



GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TDM 2096

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Doctorado en Medicina

Tesis doctoral

Fantasmas del cuerpo y marcas clínicas

Médica Especialista en Psiquiatría Elena Bercoff

Directora Dra. Adriana Lassalle

2018

Agradecimientos

A mi mayor tesoro, mis hijos, Juan y Caro.

A mi directora de tesis, Dra. Adriana Lassalle, por acompañarme en este trayecto.

A la Dra. Rut Agüero, quien supo orientarme en el proceso de investigación.

A las palabras generosas de Horacio Mauro.

A la memoria de mi madre, quien me regaló el amor por la lectura y la escritura, y de mi padre. Ellos posibilitaron que, desde Icaño, un pueblo tan lejano y amado, pudiese venir a Rosario para cumplir mis sueños.

A la bella música que siempre me acompañó en mis lecturas y durante la escritura de esta tesis.

Índice

1. Resumen	4
2. Abstract.....	5
3. Introducción.....	6
3.1. Presentación del problema	6
3.2. Estado actual del conocimiento	8
3.2.1. La posición de Henri Ey. La crítica de Lacan	10
3.2.2. Las enfermedades psicosomáticas y la psiquiatría actual	12
3.2.3. El concepto de personalidad.....	15
3.3. Objetivos del trabajo realizado	17
4. Enfoque y diseño metodológico de la investigación	18
4.1. La medicina y el médico: palabras que marcan, actos que determinan.....	27
4.2. El problema de la subjetividad en la medicina	30
4.3. El cuerpo y sus discursos. Cruces entre psicoanálisis, antropología, filosofía y arte	32
4.3.1. Una mirada antropológica sobre el cuerpo y su aporte al psicoanálisis.....	32
4.3.2. Una mirada filosófica sobre el cuerpo y su aporte al psicoanálisis	36
4.3.2.1. Spinoza, Freud y Lacan	37
4.3.3. Psicoanálisis, arte y cuerpo	43
5. Teoría y clínica	48
5.1. El cuerpo para la medicina, el cuerpo para el psicoanálisis.....	48
5.2. La concepción del sujeto y del aparato psíquico	53
5.3. Enfermedades psicosomáticas	56
5.3.1. Transitando por la verdad del inconsciente.....	56
5.4. Fantasmas del cuerpo y marcas clínicas	61
5.5. Cuerpo y escritura.....	72
5.6. Observaciones sobre la teoría psicoanalítica en relación a la temática psicosomática.....	79
5.6.1. Un signo a mostrar	79
5.6.2. Discurso amo, discurso universitario	81
5.6.3. Concepto de holofrase.....	87

5.6.4. Enfermedades psicósomáticas y objeto <i>a</i>	88
5.6.5. Enfermedades psicósomáticas y pulsión.....	90
5.6.6. El fenómeno de mimetismo	92
5.6.7. Repetición	93
5.6.8. Libido	94
5.6.9. Goce	95
5.7. Material clínico	99
5.7.1. Si de fantasmas se trata	100
5.7.2. Lo real del cuerpo	103
5.7.3. El cuerpo y la Ley	105
6. La dirección de la cura en pacientes afectados por enfermedades psicósomáticas	108
6.1. La posición del analista y su ética.....	110
6.2. Las dificultades de la transferencia.....	111
6.3. Un propuesta a considerar.....	114
7. El Psicoanálisis, una invitación a la Psiquiatría	116
8. Conclusiones.....	121
9. Referencias bibliográficas	124
10. Bibliografía complementaria	134
11. Anexo	136
11.1. En dialogo con otros especialistas	136
11.1.1. Juan Miguel Acosta	136
11.1.2. Elizabeth Cerilli.....	138
11.2. Voy a contar una historia	139
11.2.1. Relato del Dr. Alcides Greca	140
11.2.2. Relato de Elizabeth Meyer, coordinadora del grupo	142
11.2.3. Relato de Yanina Pietromica	143
11.2.4. Nuevo encuentro con el Dr. Alcides Greca en el año 2016.....	144

Índice de ilustraciones

<i>La Verdad Velada, de Antonio Corradini</i>	52
<i>La condición humana, de René Magritte</i>	71

1. Resumen

La marca, lo que marcó, lo que fue excluido por el lenguaje interpela el saber médico en un terreno álgido, el de las llamadas *enfermedades psicosomáticas*, que comprometen tanto la subjetividad del paciente como la del médico.

Hay un cuerpo que enferma, pero en muchos casos no sabemos por qué resiste y los tratamientos no dan los resultados esperados. Tales enfermedades incumben a las distintas especialidades de la medicina, puesto que, en algunos sujetos, el *soma* es conmovido hasta tal punto que terminan representados por él.

Desde esta perspectiva, los objetivos de la investigación se centraron, fundamentalmente, en indagar la estructura psíquica de estos pacientes y la génesis de las *enfermedades psicosomáticas* desde la pregunta sobre la operatividad fantasmática; y concluimos en que dicha operatividad fracasa.

Trabajamos, además, poniendo en consideración y diferenciando los conceptos de *soma y cuerpo*. Entendimos que ello permite otra lectura, que excede la linealidad fisiopatológica del proceso salud-enfermedad. En tal sentido, se pretendió ampliar el pensamiento y accionar médico.

Sostuvimos que el *cuerpo* es pasible de inscripciones a modo de marcas, a las que denominamos *estigmas*. En la construcción del cuerpo erógeno de ciertos pacientes, determinado órgano quedó por fuera de lo que, en psicoanálisis, es la *cadena significativa*, con lo cual dicho órgano pasa a ser reservorio de estancamiento de libido narcisista.

Como *método de investigación*, se utilizó el marco teórico del *psicoanálisis*. La investigación contempló una articulación teórico-clínica; clínica del caso por caso, regida por la rigurosidad ética inherente a la práctica psicoanalítica.

2. Abstract

The mark, what's been marked, what was excluded by language questions medical knowledge in a critical field, that of psychosomatic diseases, which compromise both the patient's and the doctor's subjectivity.

There is a sick body, but in many cases the reason why it resists is unknown and treatments do not accomplish the expected results. Such diseases concern the different specializations in medicine, for in some subjects the soma is so altered that they finish being represented by it.

From this viewpoint, the research objectives focused, mainly, on investigating these patients' psyche structure and the genesis of psychosomatic diseases, taking as our startpoint the phantom's correct functioning; we concluded that such functioning fails.

Furthermore, we considered and differentiated the concepts of soma and body. We acknowledged that this allows a different reading, which exceeds the physiopathological linearity of the health-illness process. In this way, we expected to broaden medical thought and action.

We claimed that the body can endure certain imprints as if they were marks, which we have called stigmas. Among some patients, when the erogenous body came into being, certain organ was left out of what in Psychoanalysis is known as the signifying chain, thereby becoming a narcissist libido stagnation reservoir.

As our research methodology we used the theoretical framework of Psychoanalysis. The research took into account a theoretical-clinical articulation, case by case, ruled by the ethical rigidity that characterizes the psychoanalytic practice.

3. Introducción

3.1. Presentación del problema

La elección del tema de la presente tesis y su abordaje estuvieron relacionados con la modalidad de mi práctica.

Un permanente trabajo interdisciplinario con colegas de distintas especialidades médicas y psicoanalistas, tanto en mi consultorio privado como en la Facultad de Ciencias Médicas —donde me desempeño como docente de pregrado y posgrado—, me han llevado a interesarme en profundizar el conocimiento de un terreno difuso y enigmático, ubicado por la nosografía clásica bajo la denominación de “enfermedades psicosomáticas”.

Conviene dejar delimitadas las patologías a las cuales se les asigna esta nominación. Para ello, propusimos una adaptación propia de la definición de Lucien Israel (1, p262): una enfermedad psicosomática es una enfermedad orgánica bien constituida a la que no le faltan los signos y síntomas clínicos ni la confirmación por medio de exámenes complementarios, por ejemplo, estudios por imágenes y análisis de laboratorio.

Suele suceder que los pacientes afectados por estas dolencias consultan a médicos de otras especialidades. Si se trata de un médico *atento* que no se limita a lo estrictamente orgánico y puede establecer un vínculo terapéutico con el paciente, se ubicará en una práctica que considere al sujeto y su complejidad.

Dada la insuficiente respuesta a los tratamientos convencionales de la patología en cuestión, se produce la interconsulta o derivación al psiquiatra —o en algunos casos, al psicoanalista—. Ya partimos con una desventaja: el paciente no consulta por su propio deseo, es mandado, por lo cual se sorprende al no poder conectar su dolencia orgánica con una problemática psíquica. Se genera así una marcada resistencia que obstaculiza la construcción de un espacio terapéutico.

Si la derivación se hace al psiquiatra, aquí se presenta un nuevo escollo: la posición de este; por ejemplo, desde qué lugar epistemológico abordará la diversidad que atañe al tema de esta investigación, o cuál es la noción de cuerpo que contempla.

Desde nuestra posición, consideramos que no es posible pensar las *enfermedades psicosomáticas* sin la pertinente distinción entre *soma* y *cuerpo*; distinción instalada por el lenguaje.

Hablar de *soma* es hacer referencia a los órganos, a lo biológico; pero para que el *soma* adquiriera el estatuto de *cuerpo* debemos situarnos en el ámbito de lo “simbólico”, es decir, donde el lenguaje —vehiculizado por la función parental de transmisión simbólica— cumple con un requisito indispensable, pues opera como libido transmitida que nutre los órganos tornándolos erógenos, dando cuerpo, formando un cuerpo.

Sin embargo, en la construcción del cuerpo erógeno, se presentan *fisuras* en la estructura psíquica que actuarían como un punto de detención.

Con esta perspectiva teórica, planteamos que hay pacientes en quienes, durante la construcción del *cuerpo erógeno*, determinado órgano quedó por fuera de lo que para el psicoanálisis es la *cadena significante*; y de este modo, dicho órgano pasa a ser reservorio de estancamiento de *libido narcisista*.

El órgano enfermo es excluido del esquema imaginario del cuerpo, capturando al sujeto y representándolo. Así se escucha, en la práctica diaria: “soy ulceroso”, “soy cardíaco”, “soy asmático”, “soy psoriásico”, etc. El nombre propio queda borrado, sucumbe bajo el peso de la enfermedad.

Por lo tanto, en esta tesis sostuvimos que el *cuerpo* es pasible de inscripciones, a modo de marcas, a las que denominamos *estigmas*.

El término latino *stigma* (del griego *stigma*) se refiere, entre otras acepciones, a una “marca hecha al fuego, especialmente a los esclavos que alguna vez habían huido de la casa de sus amos; [...] [a una] nota infamante” (2, p1609). Desde estas acepciones, pensamos al enfermo psicosomático como alguien que se encuentra en una situación de sujeción, expuesto en su imposibilidad estructural de ser por fuera de la marca misma. También relacionamos este término con otra característica de estos pacientes, su tendencia a no involucrarse desde la responsabilidad subjetiva con aquello que les sucede; y su manera de estar capturados por la marca hasta el punto de conformarse en torno a ella.

Hay un cuerpo que enferma, pero en muchos casos no sabemos por qué resiste ante los tratamientos y estos no dan los resultados esperados. En consecuencia, resultó fundamental poner en consideración *soma* y *cuerpo* como conceptos diferentes, pues ello nos permitió hacer una lectura otra del proceso salud-enfermedad, capaz de exceder la linealidad fisiopatológica.

Ya con Hipócrates se sabía que los afectos y las emociones se vinculan con el funcionamiento del cuerpo, es decir, las marcas psíquicas parecen tener relación con las marcas en lo biológico.

En este sentido, recordamos, por último, lo mencionado por Susan Sontag acerca de lo que podríamos llamar los *cambios de ciudadanía* que supone el proceso de salud-enfermedad. Al respecto escribió en el libro *La enfermedad y sus metáforas - El sida y sus metáforas* (3):

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar” (4, p11).

En esta tesis, abordamos esas ciudadanía a partir del trabajo sobre los casos clínicos. Se trata de casos ya cerrados, en los que cada paciente recibe otro nombre. Además, hemos modificado varios elementos que no alteran el objetivo clínico, pero que no permiten la identificación de la persona del paciente. Freud, en atención a un principio ético imprescindible en nuestra práctica, proponía dejar pasar un tiempo prudencial tras finalizarse el tratamiento.

Como método de investigación se utilizó el marco teórico del psicoanálisis, y se contempló, asimismo, una articulación teórico-clínica. Clínica del caso por caso, regida por la rigurosidad ética inherente a la práctica psicoanalítica.

3.2. Estado actual del conocimiento

En el presente apartado, nos ocupamos de los enfoques propuestos por Henri Ey desde la psiquiatría clásica —su *Tratado de psiquiatría* (5) es un texto canónico—, y por Sivak y Wiater desde la psiquiatría contemporánea. Sus aportes sobre las enfermedades psicósomáticas se guiaron por sustentos teóricos acordes a una posición epistémica diferente a la adoptada en esta investigación.

Antes de avanzar en la dirección propuesta, fue oportuno repasar algunos datos históricos referidos a los orígenes de los términos y conceptos con los que nos manejamos.

Johann Christian Heinroth, en 1818, utilizó el término “psicósomático” por primera vez. Heinroth postulaba el predominio de factores psicológicos como determinantes de las enfermedades orgánicas. Planteaba, por ejemplo, “la influencia de las pasiones sexuales sobre la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer” (6, p332). Si bien, en un primer momento, se valió del término “psicósomático” para hablar sobre el insomnio (7).

Otro precursor en este terreno fue el psiquiatra alemán Maximilian Jacobi, quien comenzó a desarrollar sus ideas al respecto en 1882, y popularizó el término (7). Según

Illa, “consideraba que el factor corporal modificaba el estado psíquico, denominando a estas condiciones como ‘somatopsíquicas” (6, p332)—término que se utilizó con menos frecuencia—.

Puede decirse que una concepción de lo psicosomático tuvo su fuente en los registros más antiguos de la humanidad, cuando las enfermedades eran concebidas como causadas por poderes espirituales, y por ende, tratadas desde una perspectiva espiritual; por ejemplo, mediante exorcismos y curas chamánicas.

También las religiones, especialmente en civilizaciones antiguas, como la babilónica-asiria, influyeron en la medicina y en la instalación de la sugestión como principal forma de tratamiento.

En la Grecia Antigua, existía ya “una concepción holística de la salud y la enfermedad” (6, p.331). Sócrates afirmaba que no era apropiado curar el cuerpo sin el alma; e Hipócrates sostenía la necesidad de un conocimiento totalizador cuando el propósito es curar el cuerpo humano. En esta línea, cabe incluir la teoría de los humores a partir de los cuatro elementos señalados por Empédocles: aire, fuego, tierra y agua. Se describió la existencia de cuatro humores en el cuerpo —sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema—, que se correspondían con cuatro tipos de temperamentos: el sanguíneo, el melancólico, el colérico y el flemático (6, p330).

Entre finales de la civilización griega y a comienzos de la romana, Galeno propuso su teoría de las pasiones, como denominaba a las “perturbaciones del alma”, que podían causar enfermedad si no se administraban correctamente. En palabras de Illa, dichas pasiones:

“intervenían como causas desencadenantes, que junto a las causas predisponentes (constitución del individuo) producían dolencias, íntimamente asociadas al calor y al frío. Se creía que la cólera, por ejemplo, suponía un alto grado de calor, mientras que la alegría, un calor moderado. El miedo y la tristeza eran consideradas pasiones frías” (6, p331).

En la Edad Media, nuevamente la religión dominó a la medicina; se afirmaba que el origen de las enfermedades tanto mentales como somáticas radicaba en el pecado.

Fue en el Renacimiento cuando surgió un interés renovado por los avances relacionados con los estudios anatómicos; como contrapartida, se rechazaba la influencia de lo psíquico en tanto factor de enfermedad del cuerpo, pues no se consideraba científico.

En el siglo XIX, para la medicina moderna, la enfermedad tenía su origen en las alteraciones celulares; el acento no estaba puesto en el paciente, sino en el tratamiento de la enfermedad *per se*.

3.2.1. La posición de Henri Ey. La crítica de Lacan

Partimos, desde el punto de vista de la psiquiatría clásica, con Henri Ey, importante referente en la formación de numerosas generaciones de psiquiatras.

Ey avanzó con la conocida teoría sobre el organodinamismo, con la cual buscaba establecer una nueva forma de pensar las causas de los fenómenos psicopatológicos.

En el primer apartado, “Medicina psicosomática”, de la Sexta Parte de su *Tratado de psiquiatría* (5), titulada “Medicina psicosomática. Neurosis de órgano. Afecciones psicosomáticas” (8), el autor planteó la siguiente definición:

“Se habla de *neurosis de órgano, de afecciones o de medicina ‘psicosomáticas’*, para designar aspectos de la patología general, que están relacionados con la vida psíquica consciente e inconsciente” (8, p903).

A continuación, desarrolló una clasificación acerca del “sentido que conviene dar a estos términos, o más bien en qué sentido estas nociones orientan la práctica médica” (8, p903).

En primer lugar, generalizó el concepto de lo “psicosomático”, y utilizó para ello la expresión “actitud psicosomática” (8, p903); esta tenía un alcance tal que abarcaba a toda la medicina, e incluso la desbordaba. Se trataba de una visión globalizadora que contemplaba y relacionaba lo físico con lo moral, lo social y lo cultural. Es decir, desde esta perspectiva, quedaban comprendidas en la esfera de lo psicosomático tanto las patologías psiquiátricas como las patologías físicas en general. En el caso de las patologías psiquiátricas, Ey sostenía la existencia de una psicosomática de la psiquiatría.

A nuestro criterio, este primer enfoque denota una posición que, lejos de ofrecer distinciones claras, como pretendía, terminó por oscurecer el panorama de la psicopatología, al abarcar un campo tan amplio de fenómenos.

En segundo lugar, Ey aplicó el término “psicosomático” a todo síntoma o síndrome funcional vinculado con las emociones. Reunía lo orgánico, lo fisiológico y lo psicológico de modo “manifiestamente coordinado”. Daba como ejemplos *el espasmo, el vértigo, el algia, la náusea*. A estos los llamó: “síntomas psicosomáticos elementales”(8, p903).

Sin embargo, con respecto a tal perspectiva, señalamos que estos síntomas llamados “elementales” no siempre tienen, lo que nominamos desde nuestra posición, entidad clínica psicosomática, ya que, en diferentes problemáticas físicas y psíquicas, suelen evidenciarse, por igual, síntomas de orden funcional.

Finalmente, propuso una tercera categoría para lo “psicosomático”, en la cual ubicó lo que él llamaba “verdaderas” *afecciones psicosomáticas* (8, p903), como la tuberculosis, el asma, la hipertensión, etc. Postulaba, con respecto a ellas, la existencia de un nexo entre la forma de vida, los hábitos y la personalidad del enfermo. Aquí es donde los especialistas en psicosomática centraron su interés.

En esta tercera clasificación, también vislumbramos la tendencia globalizadora del autor. Por otra parte, se hace notorio que su posición se orientaba en la dirección de una episteme positivista. Siguiendo esta dirección, estableció una división no del todo eficaz entre el objeto de la medicina psicosomática y el objeto de la psiquiatría:

“Sin duda, el objeto de la medicina psicosomática no es la vida mental, cuya patología define la psiquiatría. Pero poniendo en el centro de sus preocupaciones las relaciones profundas del inconsciente y las funciones vitales, la medicina psicosomática se aproxima a los métodos psiquiátricos de investigación y de tratamiento, que exigen una dimensión antropológica del acto médico” (8, p903).

En efecto, al analizarla, esta teorización resulta un tanto confusa, dado que involucra lo inconsciente con “los métodos psiquiátricos de investigación y tratamiento”. Pero la psiquiatría no se ocupa de lo inconsciente, sino de los fenómenos clínicos y su descripción. De hecho, está lejos de considerar lo concerniente al inconsciente, sus formaciones y manifestaciones, y esto no solo le cabe a Ey, sino también a quienes representan la psiquiatría actual.

El discurso de la psiquiatría, siguiendo lo manifestado por Lacan en el Seminario 17. *El reverso del psicoanálisis* (9), puede ubicarse como un discurso de la conciencia y de la síntesis que se acerca al “discurso amo”:

“es fácil deslizarse de nuevo hacia el discurso del dominio. A decir verdad, de eso partimos en lo que constituye la enseñanza del discurso de la conciencia, que vuelve, que vuelve a empezar siempre sin cesar. Uno de mis mejores amigos, alguien muy cercano en el ámbito de la psiquiatría sin duda, le devolvió su mejor aspecto — discurso de la síntesis, discurso de la conciencia que domina” (10, pp73-74).

Pero especialmente, en “Acerca de la causalidad psíquica” (11) el autor mostró sus discrepancias con la perspectiva organodinamista de Henri Ey, además de señalar el grado de absoluta oposición en que se encontraban. Para Lacan, la perspectiva de Ey:

“lo acercaba y debía acercarlo cada vez más a una doctrina de la perturbación mental [...] incompleta y falsa y que se designa a sí misma en psiquiatría con el nombre de organicismo” (11, p143).

Fundamentó la articulación entre la propuesta de Ey y la doctrina organicista, al argumentar que el órgano-dinamismo no puede:

“relacionar la génesis de la perturbación mental en su condición de tal [...] con otra cosa que no sea el juego de los aparatos constituidos en la extensión interior del tegumento del cuerpo. [...] El punto crucial es [...] que ese juego por muy energético e integrante que se lo conciba, descansa siempre, en último análisis, en una interacción molecular dentro del modo de la extensión *partes extra partes* en que se construye la física clásica, [...] dentro de ese modo que permite expresar esta interacción en la forma de una relación entre función y variable, que es lo que constituye su determinismo” (11, p143).

Esta crítica quedó refrendada por los dichos del mismo Ey, quien afirmaba:

“que hay no sólo posibilidad, sino también necesidad de indagar las condiciones químicas, anatómicas, etc.” del proceso “cerebral generador, específico de la enfermedad” mental, o incluso “las lesiones que debilitan los procesos energéticos necesarios para el despliegue de las funciones psíquicas” (11, p144).

Finalmente, para Lacan el punto de vista adoptado por Ey mostraba, antes que nada, “el problema de los límites de la neurología y la psiquiatría”; diciendo que “no tendría más importancia que la relativa a cualquier otra especialidad médica si no comprometiera la originalidad propia del objeto de nuestra experiencia” (11, p145). Marcó las diferencias cuestionando la noción de verdad en la epistemología científica pragmática que, desde su punto de vista, truncaba el fenómeno de la locura y su significación:

“Hemos de ver que la cuestión de la verdad condiciona en su esencia al fenómeno de la locura y que, de querer soslayarlo, se castra a este fenómeno de la significación, con cuyo auxilio pienso mostrar que aquél tiene que ver con el ser mismo del hombre” (11, p144).

Por cierto, no se agota aquí el pormenorizado análisis de Lacan y el esmero puesto en mostrar su discrepancia. De todos modos, ya que el objetivo era mostrar otras lecturas de la temática psicosomática, entendimos que no convenía extenderse en esta exposición.

3.2.2. Las enfermedades psicosomáticas y la psiquiatría actual

La postura de la psiquiatría actual en lo referente al tema de las enfermedades psicosomáticas hace interactuar una serie de factores:

A) El sistema psiconeuroinmunoendócrino, al que se responsabiliza de las respuestas que surgen de la interacción entre el sujeto y el medio, lo que estaría en íntima relación con el concepto de personalidad.

B) El concepto de vulnerabilidad, que toma en cuenta los factores predisponentes, desencadenantes o aquellos que, de algún modo, agravarían las condiciones del enfermo; por ejemplo, su red vincular, los sucesos vitales y la calidad de vida.

C) La relación entre emociones y función corporal, sobre la cual se sostiene el concepto de Alexitimia.

En consecuencia, se plantea que la investigación en psicósomática está dirigida a la evaluación de distintos aspectos; entre ellos: los estresores psicosociales, como duelos, desempleo, etc., que afectan el sistema inmunitario; el sistema inmunitario en interacción con otros sistemas (Sistema nervioso central y endócrino), a modo de red y no en forma independiente; los rasgos y/o desordenes de personalidad asociados; los indicadores de vulnerabilidad psicósomática, como vida operatoria, alexitimia, sobreadaptación, tipo de defensas predominantes; las respuestas psicológicas a la enfermedad o la inminencia de la muerte; las determinaciones culturales en el modo de enfermar; los aportes en una perspectiva interdisciplinaria en prevención.

A este respecto, el doctor Roberto Sivak y la doctora Adriana Wiater, con la colaboración del doctor Fernando Lolas, plasmaron las líneas principales de esta concepción teórica en un libro llamado *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica* (12).

El pensamiento de estos autores está influenciado y continúa, entre otras, la línea teórica de F. Alexander, de la llamada “Escuela de Chicago”. Esta escuela relacionó múltiples factores, como los vinculados a la constitución hereditaria, traumatismos obstétricos, enfermedades de la infancia, accidentes físicos o afectivos traumáticos de la infancia, clima afectivo familiar, características de los padres, relaciones vinculares, etc., a fin de conformar con estos datos lo que se denominó “patobiografía”, lo cual les permitía asociar determinadas enfermedades orgánicas con determinadas características psicológicas.

Otra fuente de sus investigaciones la constituyó la propuesta realizada por Luis Chiozza, quien mantiene su escuela desde 1960 hasta la actualidad. También adoptaron algunas teorizaciones formuladas por la “Escuela psicósomática de París”, representada, principalmente, por Pierre Marty.

El término “Alexitimia” fue postulado en la década del setenta por Sifneos y Nemiah para caracterizar la dificultad en la expresión verbal de los estados afectivos y la

imposibilidad de diferenciar sensaciones corporales de afectos. Para estos autores, dicha “perturbación” le dificulta al enfermo psicosomático la expresión psíquica de sus conflictos y lo hace tender a la acción frente a situaciones conflictivas.

Este escueto resumen de las escuelas mencionadas ha tenido como único propósito ubicarnos en los orígenes del concepto de “alexitimia”, ya que consideramos fundamental el conocimiento de las fuentes que nutren las investigaciones en la medida que orientan la modalidad de una práctica. En el Capítulo I de la obra que nos ocupa, titulado “Consideraciones teóricas. Afecto e historia de la alexitimia” (12, p17-p33), los autores hicieron un relato histórico de la constitución de los estudios sobre la alexitimia y definieron el término a partir de las observaciones clínicas.

Allí desarrollaron, asimismo, una clínica de la alexitimia, cuya génesis es la alteración de la personalidad, que comprende tres áreas de trastornos: área cognitiva, área afectiva y área de las relaciones interpersonales.

En cuanto al área cognitiva, la representan por un pensamiento que llamaron *operatorio*; no se trata de una dificultad intelectual: “Utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos a un contexto personal” (12, p.27). Al área afectiva le corresponde la acción, el impulso, ante la imposibilidad del discernimiento de las sensaciones corporales y la expresión de los sentimientos con palabras. La falta de empatía en estas personas ocasiona un trastorno en las relaciones interpersonales.

En el Capítulo II, “Modelos explicativos” (12, p35-p48), Sivak y Wiater presentaron los distintos modelos explicativos que han intentado producir una articulación entre factores a los que llamaron neuropsicológicos, psicodinámicos y socioculturales, a fin de explicar la enfermedad psicosomática, más precisamente, la Alexitimia.

A lo largo de estos desarrollos, se llegó al extremo de plantear una transmisión hereditaria de la Alexitimia. Así también sorprende, a partir de ciertos estudios estadísticos, la afirmación de que los trastornos psicosomáticos —entramos en el terreno de los “trastornos”— se dan con mayor frecuencia en personas de niveles sociales bajos y la apelación a las diferencias de niveles culturales entre las distintas clases sociales. Estos grupos sociales tendrían, según los autores, modalidades diferentes dentro de cada grupo familiar para enseñar cómo tolerar y soportar sin quejas las dolencias físicas.

Al trabajar la relación entre el trauma, el estrés y la alexitimia, propusieron, siguiendo a Krystal, la *alexitimia* como secuela de un suceso traumático donde se da una regresión y detención de la vida emocional. Al respecto señalaron que: “Para Krystal, las

perturbaciones postraumáticas consisten en una pérdida de integración y de habilidad del self en su autocuidado e integración” (12, p.87). Tal relación la obtuvo del estudio de sobrevivientes de campos de concentración.

Finalmente, consideraron otras fuentes teóricas de investigación que involucran a la *alexitimia* con las alteraciones neurobiológicas y registran la presencia de un aumento considerable en la relación noradrenalina-cortisol ante un estrés postraumático. La gravedad de la *alexitimia* está en íntima relación con la gravedad del trauma y el aumento en la relación simpático-médula y adrenal-hipotálamo-hipófisis adrenal.

Si bien no era el propósito de este trabajo incursionar en dicha dirección, entendimos conveniente dejar trazados algunos puntos centrales que forman parte de una corriente teórica de gran relevancia actual en la Medicina.

Desde luego, las investigaciones orientadas en estos términos siguen la vertiente de las ya mencionadas Ciencias positivas, con el condimento de algunos conceptos psicoanalíticos, pero presentados de una forma que difiere absolutamente respecto de la visión en la que se sostiene esta tesis.

3.2.3. El concepto de personalidad

Un concepto que resulta insoslayable para la psiquiatría es el de “personalidad”. Este aparece como una constante, no solo en Ey, quien hizo referencia a las enfermedades psicósomáticas como una expresión de determinada personalidad, sino que también es utilizado en la actualidad, pues se le otorga, junto a otros factores, el carácter de determinismo, de causa, y en este sentido, goza de una fuerte adhesión.

Por otra parte, tanto los representantes de la psiquiatría contemporánea como los de la de los tiempos de Ey, aun cuando recurran a lecturas de Freud, incluyéndolas en sus formulaciones teóricas, se alejan del pensamiento freudiano al intentar ensamblar el problema de la personalidad y sus manifestaciones.

Para ilustrar este alejamiento, nos remitimos a una carta enviada por Freud a Abraham con fecha 21 de octubre de 1907:

“Personalidad, así como el concepto de yo que usted maneja, es una expresión poco determinada que pertenece a la psicología de las superficies y que, para la comprensión de los procesos reales, para la metapsicología pues, no ofrece nada de particular. Simplemente, se llega a creer que, al utilizarla, se ha dicho alguna cosa que tiene un contenido” (13, p299).

Esta carta se encuentra citada como epígrafe al comienzo de un capítulo importante, escrito por Frida Saal, e incluido en el libro *Psicología: ideología y ciencia* (14), el cual se titula “Análisis crítico de la noción de personalidad” (13). Dicho trabajo ofrece un pormenorizado estudio que marca discrepancias sustanciales con respecto a los conceptos, y el no considerarlas podría llevar a peligrosos tropiezos en la dirección de la cura, en cualquier ámbito de la psicopatología.

La autora indagó sobre la historia del concepto de personalidad que se remonta a la década del 30. Durante ese período se pasó de la psicología de la conciencia a la psicología de la conducta, respondiendo así al marco social predominante que ponía el énfasis en las tendencias adaptativas del hombre a dicho marco social.

Saal tomó como referencia, entre otros, a Gordon W. Allport, quien en 1937 escribió *Psicología de la personalidad*; se trata de un texto que describe cincuenta definiciones del término, para finalmente preguntar: “¿No podríamos decir simplemente que, desde el punto de vista psicológico, la personalidad es lo que un hombre realmente es?” (13, pp301-302).

Esta ceñida y grotesca modalidad de planteo se ubica en la psicología de la superficie, tal como lo manifestó Freud a Abraham en su carta.

Si nos guiamos por las posiciones de Allport y numerosas corrientes teóricas que adhieren al concepto de personalidad, desde esas perspectivas, la personalidad se presta a ser interpretada, a nuestro criterio, como una máscara. Se convierte en un modo de presentación del paciente en el cual este se ampara hasta que algo del orden de un traspie en la estructura psíquica pone en juego los destellos del inconsciente. Cuando algo de la estructura psíquica se ha “desajustado”, no existe ningún intento adaptativo capaz de reordenar lo que ya irrumpió.

Al conformarnos con la idea de que el problema está en un desajuste de la conducta que evidencia determinado tipo de personalidad, y si a ello le sumamos una serie de factores de riesgo, puede parecer que la solución consistiría en algo tan sencillo como reacomodar las piezas para poner en orden los desajustes que conllevan, según estas teorías, a determinados cuadros patológicos, llamados en la actualidad “trastornos”; todo ello con el noble propósito de adecuar al paciente a la realidad y así conducirlo a su cura.

Tal perspectiva supone una simplificación y reduccionismo del padecimiento subjetivo. El sujeto y su verdad, la verdad del inconsciente, no se somete a las directivas

que intentan acallararlo; de algún modo encuentra la grieta para hacerse oír, el tema crucial reside en quién está dispuesto a escuchar.

Para finalizar, frente a la noción de sujeto que hemos propuesto, la idea de que las enfermedades expresan un estilo particular de la personalidad resulta claramente contradictoria: las enfermedades son, en todo caso, un colapso en lo imaginario de la personalidad.

3.3. Objetivos del trabajo realizado

Nuestra investigación sostuvo que la pregunta por la estructura psíquica de los pacientes con enfermedades psicosomáticas y la génesis de éstas puede dilucidarse a partir del modo particular que asume la operatividad fantasmática en dichas situaciones clínicas.

Por lo tanto, la temática investigada se vinculó con nociones conceptuales de relevancia para la práctica clínica. Aun cuando sabíamos que dicha práctica difiere en el psicoanálisis, la psiquiatría y otras especialidades médicas, consideramos, sin embargo, que el tratamiento de tales nociones no solo incumbe a los especialistas en psiquiatría, sino que además atañe a especialistas de otras ramas de la medicina.

En función de lo planteado, trabajamos, sobre los siguientes ejes: la diferenciación conceptual entre *soma* y cuerpo; la construcción del cuerpo erógeno; las fisuras en la estructura psíquica; los fantasmas que “toman” el cuerpo; y los estigmas que representan al sujeto a partir de los fantasmas del cuerpo. Esto nos condujo a mostrar una noción diferente de *cuerpo* que trasciende lo biológico y que, al mismo tiempo, lo atraviesa. En tal sentido, teorizamos sobre la constitución del sujeto y el aparato psíquico, entre otras cuestiones.

Creemos que las conclusiones de este trabajo pueden contribuir a que los psiquiatras y diversos especialistas de las ciencias médicas se posicionen con una mirada distinta ante el acontecer del sufrimiento de un paciente e influir, así, en el abordaje terapéutico de dichas afecciones.

4. Enfoque y diseño metodológico de la investigación

A lo largo del recorrido de este trabajo de investigación, las propuestas y sus conceptos remitieron al *Método psicoanalítico*. Dicho método nos permitió articular aspectos tanto teóricos como técnicos, ya que no se trata solo de un *método terapéutico*, sino además es un *método de investigación* con sus propios objetos de estudio.

Sigmund Freud fue distinguido, en 1930, con el premio Goethe. Si bien, en algunos ámbitos el acento se pone en que tal distinción se le otorgó por el valor literario de su obra, en general no suele enfatizarse el valor *científico* de la misma. Al remitirnos a la carta que Alphonse Paquet le escribió a Freud, en ella destacó, entre otras cosas, la *nueva forma de investigación* del maestro, de gran valor científico y con aportes revolucionarios para la época.

En pos de la cura de los pacientes y de la investigación de los fenómenos psíquicos, el Padre del Psicoanálisis incursionó por la Hipnosis, la Sugestión y el Método catártico en los inicios, hasta llegar a la *asociación libre y la atención flotante*. Este último *método* aún permanece vigente y nos abraza a la hora del trabajo singular con los pacientes a quienes se les plantea la regla fundamental: *asociación libre*; sosteniendo, en el lugar de analistas, la otra regla fundamental del método: *atención flotante*.

Por lo tanto resaltamos que, cuando hablamos de *Método psicoanalítico* hacemos referencia, tanto, a un *método terapéutico* como a un *método de investigación*. En esta tesis nos servimos de sus constructos epistemológicos. Es decir, se tomaron para su desarrollo los conceptos- *objetos* que le otorgan estatuto científico al psicoanálisis y se utilizaron como *modos instrumentales* en el análisis de casos presentados.

Tal como fue señalado en el cuerpo de la tesis, con respecto a los casos clínicos se recurrió al material discursivo de pacientes de quienes tuve a cargo la dirección de la cura. Casos clínicos ya cerrados, con el tiempo prudencial transcurrido y modificaciones de algunos elementos para proteger la identificación de la persona del paciente. Ello hace a la ética requerida y propuesta por Freud, lo que de ninguna manera llevó a desviarnos de los objetivos científicos postulados.

Con estas ideas de base, sostuvimos que el *objeto* de nuestra ciencia es el sujeto dividido en su constitución, sujeto barrado por el lenguaje. Es así que, con el *Método psicoanalítico* no vamos al encuentro, no buscamos, por el contrario, el inconsciente por allí se anuncia con su propia lógica y con sus propios objetos va al encuentro si en la

atención flotante lo podemos asir. En la *asociación libre*: puesta en juego del "sin sentido", puesta en juego del significante. Esta dinámica, tanto en la práctica como en la escritura, *a posteriori* se formaliza.

Lacan en distintos momentos de su teoría, en lo atinente a la investigación, expresaba que él no buscaba, por el contrario, encontraba. Pero, en pos de la transmisión, posteriormente buscó formalizar lo científico con el lenguaje y más allá de él, mediante las *fórmulas*, los *grafos*, los *nudos*. En esta tesis, se tomaron en consideración como ejes de relevancia *la fórmula de la metáfora paterna*, *la fórmula del fantasma*, *el grafo del deseo*, *el nudo borromeo*, entre otros.

Desde esta perspectiva planteamos los distintos *objetivos* debidamente desplegados durante el proceso, pero destacados específicamente en "**Presentación del problema**" y en "**Objetivos del trabajo realizado**". De todos modos enfatizamos que el objetivo principal de la investigación, estuvo centrado en "salirnos de las superficies" a la hora de abordar el padecimiento psíquico de cualquier orden. Llegamos a concluir que la propuesta de trabajo permitirá a los Psiquiatras y otros especialistas de las Ciencias médicas, posicionarse con una mirada diferente sobre el acontecer del sufrimiento de un paciente y por ende influirá en beneficio del abordaje terapéutico de las afecciones tratadas.

A modo de "ejemplificar" los *objetivos trazados*, nos remitimos a La Lección IV (15) de Lecciones introductorias al psicoanálisis. Sigmund Freud señaló al referirse a las características del enfoque psicoanalítico:

“No queremos limitarnos a describir y clasificar los fenómenos; queremos también concebirlos como indicios de un mecanismo que funciona en nuestra alma y como la manifestación de tendencias que aspiran a un fin definido y laboran unas veces en la misma dirección y otras en direcciones opuestas. Intentamos, pues, formarnos una concepción dinámica de los fenómenos psíquicos, concepción en la cual los fenómenos observados pasan a segundo término, ocupando el primero las tendencias de las que se los supone indicios” (15, p2159).

En efecto, a partir de su descubrimiento del inconsciente —conceptualización del inconsciente y sus leyes— Freud produjo una alteración en el saber que implica, por lo menos, dos aspectos a tener en cuenta.

Por una parte, introdujo elementos que hasta entonces no eran considerados epistemológicamente —sueños, actos fallidos, el tiempo del síntoma—, lo cual, lejos de ubicar el psicoanálisis en el molde de la Ciencia, suscitó la pregunta sobre qué era lo científico a partir de la existencia del psicoanálisis.

Por otra parte, el método dejó de ser un procedimiento exterior al objeto, y se transformó en performativo: sin el método de la asociación libre, de la atención flotante, de la regla de abstinencia, no se habrían constituido ni el inconsciente freudiano ni el amor de transferencia.

Asimismo, como soporte a las argumentaciones metodológicas —que siempre involucran nociones de tipo epistémico—, recurrimos al pensamiento de Michel Foucault; especialmente, a su obra *La arqueología del saber* (16), pues nos brindó un abanico de ideas que llevaron a reformular las consideraciones tradicionales en la construcción del saber.

Los conceptos se articularon con reflexiones de cuño propio, ya que el permanente trabajo con pacientes involucra, ante todo, el problema de la singularidad. Se trata de una cuestión que el psicoanálisis enfatiza con claridad cuando plantea las consecuencias teóricas del caso por caso; difiere, en este sentido, de la relación particular-universal sostenida contemporáneamente por distintas líneas de pensamiento, en especial, en el campo médico.

Sin duda, estamos frente a una tarea que demanda preparación. Más precisamente, entendemos que se trata de un día a día, un paso a paso que requieren flexibilidad en la estructura psíquica y un espacio de intercambio con psicoanalistas y profesionales de la salud.

Sobre todo, es necesario romper con la idea de un campo de conocimiento homogéneo. Al respecto, Foucault escribió:

“Por debajo de las grandes continuidades del pensamiento, por debajo de las manifestaciones masivas y homogéneas de un espíritu o de una mentalidad colectiva, por debajo del terco devenir de una ciencia que se encarna en existir y en rematarse desde su comienzo, por debajo de la persistencia de un género, de una forma, de una disciplina, de una actividad teórica, se trata ahora de detectar la incidencia de las interrupciones. Interrupciones cuyo estatuto y naturaleza son muy diversos” (17, p5).

Queda en claro, de este modo, que, al pensar la ciencia, estamos lejos de tratar con un bloque inmóvil de conocimientos. Por ello, no resulta contingente la emergencia de términos que intervienen para pensar y desgajar la historia de las ciencias, tales como umbral, ruptura, corte, mutaciones, transformaciones.

Es allí, precisamente, donde Foucault insistió con una noción central: la de ruptura. En su texto agregaba:

“En suma, la historia del pensamiento, de los conocimientos, de la filosofía, de la literatura parece multiplicar las rupturas y buscar los erizamientos de la discontinuidad; mientras que la historia propiamente dicha, la historia a secas, parece borrar, en provecho de las estructuras más firmes, la irrupción de los acontecimientos” (17, p8).

Nos encontramos en un punto en el cual la epistemología puede dar frutos promisorios, siempre que como investigadores nos permitamos interpelar los sucesos en una especie de “juego laxo”, cuando del saber se trata.

El sujeto con su padecimiento psíquico se hace “objeto” de numerosos “decires” de la ciencia. “Decires” que, en definitiva, lo terminan de alojar donde históricamente ya fue alojado, en una trama firme, carente de poros y de brechas. De ese modo, determinados modelos científicos dejan al sujeto subsumido en las diversas manifestaciones sintomáticas. Tomando los conceptos de Foucault, no hay “umbral”, no hay “ruptura”, “cortes”, “mutaciones”, y como consecuencia, no podrán darse “transformaciones”.

La idea que dirigió esta tesis —y el pensamiento que interpeló mi deseo— alude a un saber que permita destrabar, que lleve a soltar amarras para no quedar ligados a una concepción mecanicista del sujeto. El momento histórico actual, con la tecnología imperante, lo captura, e instala un modelo de enajenación, con otros ribetes y matices, pero en cierto sentido, con una cultura prevalente: “continuidad y relación causa-efecto”. Ello se ha expresado, muchas veces, en el avasallamiento diagnóstico a partir de los monosíntomas.

En cuanto a la formación de los objetos, Foucault advirtió que la psicopatología se enfrentaba a objetos “muy nuevos en gran parte, pero también bastante precarios, cambiantes y destinados algunos de ellos a una rápida desaparición” (18, p66).

Asimismo, se preguntaba, acerca de las distintas expresiones sintomáticas en la clínica: “¿Cuál ha sido su régimen de existencia en tanto que objetos de discurso?” (18, p66).

Aquí no podíamos olvidar a distintos protagonistas: Esquirol, Heinroth, Pinel, Kraepelin, Bleuler, entre otros. En efecto, no es posible dejar de reconocer su importancia en relación con el esfuerzo asombroso que llevó al nacimiento de la “Clínica psiquiátrica”. La medicina se comprometió entonces a darle un lugar, pero con otra mirada, a lo que hasta ese momento se emparentaba con lo mágico, lo sobrenatural y la delincuencia.

“El discurso psiquiátrico encuentra la posibilidad de delimitar su dominio, de definir aquello de que se habla, de darle el estatuto de objeto, y por lo tanto, de hacerlo aparecer, de volverlo nominable y descriptible” (18, pp67-68).

De todas maneras, que tanta luz no nos eclipse. Se trata de una luz que en parte ilumina, porque distingue, separa; en definitiva, establece diferencias —lo que no es poca cosa—. Sin embargo, al mismo tiempo, condujo a una vasta corriente de pensamiento a sostener, por intermedio de su práctica, que con ello alcanzaba. Pero esta práctica, en realidad, alcanzó solo a configurar una mascarada, que se le acomoda a quien responde a determinados signos y síntomas —estamos en el terreno de la vinculación particular-universal anteriormente señalada—.

No obstante, es preciso dejar en claro que delimitar el objeto de estudio en el terreno de la psicopatología trasciende la mascarada. Respecto a esto resultó fundamental considerar lo que señalaba Foucault al indicar que: “El discurso es otra cosa distinta del lugar al que vienen a depositarse y superponerse, como en una simple superficie de inscripción, unos objetos instaurados de antemano” (18, p69).

De este modo, queda explicitada la necesidad de un sistema de formación que tenga en cuenta más de una serie de determinaciones y lazos asignables. El objeto “no se preexiste a sí mismo” (18, p73). El objeto es capaz de existir y hacerse lugar entre otros objetos en las condiciones positivas ofrecidas por un haz complejo de relaciones. Estas relaciones están vinculadas a: “instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas técnicas, tipos de clasificación, modos de caracterización” (18, p74).

Como médica psiquiatra, docente en la Facultad de Ciencias Médicas, no dejo de sorprenderme ante los incesantes movimientos discursivos de los cuales emanan los diferentes objetos. Con esa mirada, considero que nuestra función debe estar dirigida a posibilitar un verdadero cambio en la formación de los futuros médicos.

La psiquiatría conserva la estructura de un monumento. Sin negar lo positivo que distinguió el nacimiento de la Clínica psiquiátrica, debemos observar, no obstante, su tendencia a perpetuarse con carácter de exclusividad en algunos ámbitos.

En muchos aspectos, las abrumadoras concepciones actuales, cuyos exhaustivos estudios de laboratorios y por imágenes definen, rotulan e indican “lo que se debe hacer”, no distan de lo que conlleva para la psiquiatría el detenerse solo en la determinación de cuadros nosológicos. Es así que el sujeto se pierde en el camino, mientras intenta autorizar órdenes de estudios costosos que no se le autorizan, y se empeña en esto porque la ciencia le aseguró que allí está su verdad.

El discurso del paciente, sus decires, deben ser recepcionados para acompañar en un camino de idas y vueltas. Camino nada sencillo, porque la historia no es sencilla. Si retomamos el término arqueología, tal vez como terapeutas no solo se trate de ser testigos de ese camino, sino que quizás también resulte necesario ponerse el ropaje del arqueólogo para intentar abordar “los monumentos y las artes de la civilización de la antigüedad” que hacen tambalear la estructura del sujeto.

Todo esto supone un fuerte criterio de pertinencia, imprescindible para no someter a modelos extrínsecos la enfermedad estudiada. Esto ya lo indicaba Foucault al localizar las matemáticas como única práctica discursiva que pudo franquear “de un golpe” los distintos umbrales. Al respecto, aclaró que si se toma el discurso matemático:

“como prototipo para el nacimiento y el devenir de todas las demás ciencias, se corre el riesgo de homogeneizar todas las formas singulares de historicidad, de reducir a la instancia de un solo corte todos los umbrales diferentes que puede franquear una práctica discursiva y reproducir indefinidamente en todos los momentos del tiempo, la problemática del origen; así se encontrarían anulados los derechos del análisis histórico-trascendental” (19, p318).

Es por ello que si algo del método freudiano resulta emparentado con la inducción, también involucra un funcionamiento específico, que algunos autores han denominado ciencia de lo singular.

En la dirección del pensamiento de Foucault que hemos tomado como referencia rigurosa del tipo de problema que hay que enfrentar cuando hablamos de metodología en esta disciplina, adherimos a que:

“lo que se intenta dejar al desnudo en esta historia arqueológica, son las prácticas discursivas en la medida en que dan lugar a un saber y en que ese saber toma el estatuto y el papel de ciencia” (19, p321).

Fue necesario ahondar en la idea, en relación con las prácticas discursivas, para observar cómo cada práctica constituye diferentes estructuras en el saber y, por ende, los criterios metodológicos se modifican en relación al objeto y al tratamiento del mismo.

Para tal propósito recurrimos a los aportes brindados por Néstor Braunstein y colaboradores en el libro *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)* (20).

En el Capítulo 5, escrito con Frida Saal, “El Sujeto en el Psicoanálisis, el Materialismo Histórico y la lingüística” (21), siguiendo a Bachelard, los autores plantearon como un verdadero obstáculo epistemológico la fantasía de unificar y articular las ciencias. En este sentido, expusieron una cuestión que consideramos fundamental atender:

“la historia de las ciencias muestra una tendencia constante hacia el establecimiento de discontinuidades, hacia la diferenciación de los métodos y de las jurisdicciones de las ciencias” (21, p82).

El discurso de una ciencia no se articula, pues, con el discurso de otra, sino con una praxis. El discurso de una ciencia determina la posición del objeto desde el momento en que lo constituye como tal; es decir, una práctica discursiva nos ubica en relación al objeto al que da origen y sobre el cual interviene.

Si frente a un paciente pretendiéramos unificar el saber, ello respondería a la ilusión de “la existencia del objeto real empírico, ‘síntesis de múltiples determinaciones” (21, pp82-83). En contraposición a esta ilusión, y en consecuencia con la orientación que planteamos, señalamos como relevante considerar que las prácticas discursivas toman su identidad en el contexto del cual emanan.

Nos interesó también reseñar otra propuesta de los autores que se vincula con el carácter metodológico de esta tesis, la formulación de que “el sujeto sólo es abordable a partir del lenguaje o, más concretamente, del discurso” (21, p92). ¿Qué decir sobre el discurso? En tanto herramienta de trabajo y objeto de estudio, este nos permite acceder al sujeto del inconsciente. El artículo plantea que “el discurso es la forma superior que integra y organiza, desde su mayor complejidad, a las formas inferiores como los códigos o la articulación de imágenes” (21, p93).

Por ende, lo que se pone en juego en nuestra práctica es el sentido que se desprende del discurso del paciente en el marco de la transferencia instalada en un proceso terapéutico. En efecto, el sentido da lugar al problema del sujeto en relación al Otro y al lenguaje, y por esta vía, a la consecuente construcción fantasmática.

De ello partimos para abordar el material clínico, con especial atención en la particularidad inherente a los sujetos cuyo cuerpo se convierte en órgano de trazas más que en un cuerpo marcado a partir de la construcción fantasmática. Esto nos obligó a tener en cuenta una modalidad diferente de compromiso en cuanto al fantasma en el caso de estos sujetos.

Quedó así delimitada la orientación de esta tesis, que toma como ejes la teoría psicoanalítica y el método psicoanalítico, con los aportes de Freud, Lacan y sus seguidores.

El psicoanálisis como práctica discursiva fundó su identidad en el inconsciente freudiano; posteriormente, Lacan formuló que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, esa es su referencia.

En El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (22) expuso que: “el inconsciente es el sujeto, en tanto alienado en su historia, donde la síncope del discurso se une con su deseo” (23, p34). Precisamente, esa idea rectora en relación con los efectos de la palabra en el sujeto y su constitución lo llevó a formular que:

“El inconsciente es los efectos que ejerce la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra, y en consecuencia, el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (24, p155).

Este es el contexto que sirve de guía para quienes nos avenimos a la práctica discursiva del psicoanálisis. En tal sentido, se considera que el bebé nace en un baño de lenguaje, lenguaje que lo preexiste. Luego, toda su existencia es una existencia de lenguaje, y no es posible abordar al sujeto sino a partir de su objetivación como discurso, donde lo dicho por él, “lo consciente”, está condicionado por lo inconsciente, lo no dicho de su discurso.

Este sujeto que habla se ha constituido como sujeto a partir del lugar del Otro, su palabra ante todo es palabra del Otro; antes de nacer, antes de hablar, es hablado por ese Otro, lugar de identificaciones. Estamos en el terreno de lo que se denomina “identificación primordial”, aquella que Freud trabajó en “Tótem y tabú” (25) como la identificación totémica, identificación al Padre muerto que instala la falta en la madre.

Dijimos de lo trascendente del sentido que se desprende del discurso —y en este momento adquiere su verdadera magnitud— al hablar del Otro como constitutivo del sujeto. Marcamos, al respecto, la categoría de discurso que aportó el artículo de Frida Saal y Néstor Braunstein: “el discurso es la forma superior que integra y organiza, desde su mayor complejidad, a las formas inferiores como los códigos o la articulación de imágenes” (21, p93). Desde esta perspectiva, el Otro se presta como la forma superior de discurso para la constitución de un sujeto; es decir, ese Otro es reservorio de significantes que sirven de matriz simbólica en el origen del sujeto.

De cada uno de estos conceptos, desde luego, se ofreció sólo una apretada síntesis, pero brindaron los lineamientos para lo desarrollado en profundidad en el cuerpo de la investigación.

A modo de digresión, recordemos que los pacientes con enfermedades psicósomáticas, generalmente, no concurren al psicoanalista; es más, resulta habitual en ellos la fascinación por lo objetivable que le brinda la medicina. En cierto modo, parece implicar un reaseguro que los tranquiliza. Por lo tanto, la presencia de un signo o de un

síntoma físico los lleva, en primer lugar, a la necesidad de encontrar un correlato en lo orgánico. Es allí donde el médico debe estar atento, y tener en claro algunas nociones epistemológicas; entre ellas, la de que no se trata de unificar los postulados científicos y articularlos entre sí; por el contrario, lo competente a cada territorio científico debe delimitarse para no entrar en confusiones y no confundir también al paciente.

Repetimos, entonces, las ideas de base a tener en cuenta: 1) el objeto de estudio difiere conforme al criterio metodológico en cuestión, de lo cual resulta un particular abordaje conceptual y práctico de dicho objeto; 2) no se deben ligar conceptos de las diferentes ciencias.

Consecuentes con este pensamiento, revisamos el concepto que circula de antaño, en el que se habla del paciente como “un ser biopsicosocial”, y que resuena como un bloque en donde las ciencias confluyen.

La lectura de los textos a los que recurrimos nos resultó inquietante, pero de una forma grata, ya que permitió aliviar esa sensación de extraña pretensión: la de llevar a cabo, como médicos, un trabajo de investigación en el cual no es posible medir, enumerar, clasificar, recurrir a fórmulas y graficar. De limitarnos a ello, estaríamos frente a una óptica reducida de la ciencia.

Lamentablemente, no podemos negar —pues somos testigos— los rumbos cada vez más preocupantes, por lo constreñido de esta dirección, en que incursionan las investigaciones desde el terreno médico.

Al tratarse del padecimiento psíquico, de circunscribirnos a procedimientos estadísticos, nos perderíamos de ahondar en lo medular de dicho padecimiento, y generaríamos así un desconcierto en los pacientes, lindante con los límites de lo iatrogénico.

Esto se pone en evidencia a la hora del encuentro con un paciente en particular, ya que si seguimos con esa modalidad de trabajo —como mostramos a lo largo de la investigación—, el sujeto corre el riesgo de quedar atrapado en el decir del otro, a quien le adjudica “la verdad”. En ella se esfuma su propia verdad, y así el sujeto es deslindado de su responsabilidad en lo que le acontece.

Para investigar acerca del padecimiento psíquico los médicos tenemos que poder tomar distancia de la certeza. Muchas veces, ésta turba la visión, paraliza, llevando a la mera repetición de cuadros descriptivos, se empobrece la fenomenología —si solo nos quedamos en ella—. Afirmar la noción de trastornos, aseverar —con estudios estadísticos

producto de investigaciones científicas— que la causa está en el cerebro, no sólo es una posición reduccionista, sino que es, también, potencialmente iatrogénica.

En esta concepción radican mi necesidad y mi compromiso ineludible como psiquiatra, docente de futuros médicos y especialistas en psiquiatría. Es aquí donde la tesis involucró efectivamente un desafío.

4.1. La medicina y el médico: palabras que marcan, actos que determinan

Una particularidad concerniente a los sujetos con problemáticas psicosomáticas los lleva, en un primer momento, a consultar con médicos especialistas en la patología que los aqueja; por ello, entendimos conveniente comenzar investigando este primer eslabón: el médico y su práctica.

En tal sentido, nos encontramos con una serie de conceptos que consideramos importantes en el ejercicio de la práctica médica: el saber, el poder, la palabra y la subjetividad.

Al pensar en ellos, acudió a mi memoria un recuerdo de los inicios de mi formación. Mientras recorría con curiosidad las páginas del libro de Maud Mannoni, *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis* (26), me detuve ante la siguiente frase:

“Con mayor frecuencia de lo que suele admitirse, ocurre que es el que cura, el médico, quien bloquea inconscientemente el movimiento dialéctico que se insinúa en el paciente, el modo en que las cosas se fijan en el enfermo debería llevarnos a poner el signo de interrogación en el médico” (27, p22).

Reflexioné: ¿cómo el médico, cuya formación está centrada en favorecer con su saber el bienestar del paciente puede, en algunos casos, obstaculizarlo?

La subjetividad es inherente al hombre, le permite ser y trascender, y se construye por y en relación a un Otro, en consecuencia, se ve implicada no sólo en las patologías psíquicas sino también en las patologías orgánicas. Con esta visión resulta interesante entender el peso del acto médico, ya que puede dar diferentes cauces al futuro de un paciente si el médico, situado en un lugar tanto de saber como de poder, no se permite recapacitar sobre los alcances y límites de su accionar.

Día a día trabajamos con una herramienta tan particular como es la palabra, aunque sólo acompañe a la prescripción de un medicamento. La palabra actúa como filtro del pensamiento, funciona poniendo límites o posibilitando el pasaje del pensamiento al acto discursivo con sus consecuentes efectos. Tiene el poder de construir y transformar; y

también nos conforma en un cuerpo; hacemos referencia a la libidinización del soma —de lo biológico— por la palabra, ya que así conceptualizamos la noción de cuerpo erógeno.

La palabra lleva a los sujetos a coincidir o disentir, y es, por lo tanto, un instrumento de encuentro y desencuentro entre las personas. ¿Cuáles son los efectos de estos encuentros o desencuentros en la relación que se establece entre el médico y el paciente?

A este respecto, si reconocemos una función maternal y una función paterna en la figura del médico, además de ocupar un lugar de supuesto saber y poder para el sujeto que consulta; su palabra logrará, pues, posibilitar o poner freno al proceso de una cura. Constituye, entonces, un hecho tan simple como trascendente si esta palabra aparece, o no, en el momento oportuno para disipar un malentendido o aclarar un supuesto, lo cual podría exacerbar o minimizar los fantasmas en torno al síntoma. Es decir, debemos tener en cuenta las concepciones mágicas que aún persisten en relación a las enfermedades.

Pensamos, además, que si la subjetividad del médico es dejada de lado, y este sustenta su práctica solo en clasificaciones nosológicas, no logrará ver las brechas ínfimas de lo posible en relación al paciente; en especial, aquellas capaces de generar caminos de apertura e instaurar en él un proceso en lo atinente al compromiso con su problemática.

Tanto el médico como el paciente deben responsabilizarse del proceso salud-enfermedad; se trata de un vínculo bidireccional, en el que también la palabra del paciente debe encontrar espacio. De este modo, se favorece un movimiento dialéctico que lleva a poner en juego elementos estructurales subyacentes que se vinculan al componente subjetivo del proceso salud-enfermedad.

Coincidimos con Jean Clavreul, quien en su libro *El orden médico* (28), planteó que todo médico tiende a posicionarse como maestro y amo, en tanto que ordena, pues establece un discurso y una práctica a los que el paciente suele someterse sin cuestionamiento alguno. El médico está, esencialmente, adiestrado para recabar signos y síntomas, agruparlos, clasificarlos, y otorgarles una significación en relación a un diagnóstico que, por lo general, lleva a separar al enfermo en dos partes: el hombre y la enfermedad.

En la falacia de esta posición se confunden las nociones de saber y poder, y por ello, se paga un precio; pero no solo el paciente, el médico también asume costos, tanto psíquicos como orgánicos.

Es así que la medicina responde al sufrimiento del hombre mediante una asombrosa dicotomía que deja entre paréntesis el ser del sujeto del inconsciente. Esto es producto, en parte, de un desconocimiento instaurado en los cimientos de la formación profesional; y se manifiesta, con frecuencia, bajo la forma de una hostilidad que se opone a todo lo que no es manejable mediante lo previamente establecido y formalizado por la ciencia positiva.

Pero lo sustancial de esta dicotomía viene a enraizarse en la dificultad que, por estructura, no permite al médico tomar contacto con su propia subjetividad. Subjetividad que resulta del encuentro del sujeto con el Otro y se traduce en marcas o inscripciones que lo condicionan.

Estas marcas se manifiestan cuando en la práctica con el paciente debe dar respuesta a temas tan cruciales como lo son la enfermedad, la muerte o la sexualidad; dichos temas lo interpelan de continuo, produciendo inquietud y malestar, ya que no hay respuestas ni recetas preestablecidas para estos avatares del diario vivir.

El médico se resguarda sin saberlo en esa dicotomía frente a la imposibilidad de cuestionar el saber positivista, en la medida que no logra interrogarse sobre los diferentes carriles por los que circula el sufrimiento humano donde él también está inmerso. De todas maneras, en algún punto, lo que está silente tiende a eclosionar de diversos modos; en algunas circunstancias —vale decir, en el mejor de los casos—, lleva al médico a consultar por la angustia que lo invade; otras veces, los costos recaen sobre su propio cuerpo.

En la mayoría de las consultas, el acto médico queda concluido al indicar un tratamiento que, de acuerdo a lo estudiado en los textos, corresponde a la patología en cuestión. Pero la complejidad del síntoma remite a tener que considerar la complejidad del sujeto y, para ello, con la ciencia positiva no alcanza. Más aun, el positivismo excluye de la ciencia al sujeto.

Desde esta óptica, el discurso médico puede congelar el proceso de una cura, por ejemplo, al emitir un diagnóstico apresurado en una primera consulta. Esto tranquiliza al profesional, quien no llega a entender que el consultante no siempre lo hace para solucionar el problema que lo aqueja. En algunos casos, su necesidad pasa por que se lo confirme en el lugar de enfermo, debido a razones históricas que lo atraviesan y que, desde luego, le son desconocidas.

Para ello se necesitan médicos con una formación que posibilite lo que manifestamos en cuanto a la importancia del movimiento dialéctico en la relación médico-paciente.

4.2. El problema de la subjetividad en la medicina

En el Seminario 17. *El reverso del psicoanálisis* (9), Lacan hizo esta observación:

“¿Cómo podría captarse toda esta actividad psíquica sino como un sueño, cuando mil veces cada día se oye *esa cadena bastarda de destino y de inercia, de tirada de dados y de estupor, de falsos éxitos y de encuentros ignorados, que son el texto corriente de la vida humana?*” (10, p74).

Es verdad, si con algo tropezamos a diario en el ejercicio de la profesión, es, justamente, con “el texto corriente de la vida humana”. En este sentido, y tomando como punto de partida lo expuesto acerca del médico y su práctica, planteamos un nuevo interrogante: incorporar la subjetividad en la práctica médica ¿puede constituir un problema para la medicina? Dar paso a esta pregunta remitió a ciertos conceptos que, si bien se trabajaron, fue necesario someterlos a un nuevo abordaje.

En el desarrollo precedente vimos cómo se delimitan dos lenguajes, dos discursos diferentes: uno, el de la medicina, que responde al positivismo; y otro, el del psicoanálisis.

El punto de conflicto no es este; el conflicto surge cuando los diferentes discursos tienden a excluirse. O lo que es peor, cuando no aparece conflicto alguno, lo cual genera dificultades para producir la pregunta respecto al sujeto y que de algún modo esta retorne sobre el campo médico.

La particularidad de este campo suele ser la de inclinarse a dar respuestas de índole pragmática al sufrimiento. Si bien esas respuestas no deben desestimarse —ya que cada territorio y cada práctica discursiva tienen su especificidad—, resulta indiscutible, no obstante, el beneficio que se obtiene a partir de problematizar la subjetividad.

Desde esta perspectiva, se han abierto caminos sorprendentes, para nada sencillos de transitar, pero que brindan una visión de mayor amplitud; justamente, por la trama compleja que subyace al sufrimiento de un sujeto y lo moviliza a realizar la consulta.

Se trata de caminos que el pragmatismo de una respuesta podría suprimir, tendiendo a cristalizar posiciones que lleven a perpetuar el sufrimiento. De este modo, quedaría forcluido uno de los discursos, corriendo el riesgo de que de ello resulte la pérdida del sujeto. Tratar a la subjetividad como obstáculo, acorde a la vocación del discurso médico, y acallar sus efectos, en lugar de considerarla e incluirla como objeto de estudio, resulta en una práctica empobrecida y potencialmente riesgosa.

La práctica médica puede pasar por extremos peligrosos, como lo señaló Lucien Israel en “Del “caso interesante” Al “enfermo-que-no-tiene-nada” (29, p11); es decir, puede debatirse entre:

“El ideal de aquel que desea presentar [...] una colección de esos casos típicos que servirían para ilustra los diversos capítulos de los manuales de patología” (29. p11) y el “enfermo-que-no-tiene-nada [...], en el que no se encuentra ningún síntoma que apoye su queja, ni siquiera multiplicando los exámenes complementarios” (29, p17).

Al ubicarnos en el terreno de las enfermedades psicosomáticas tal modalidad médica se vuelve riesgosa. Esto planteó la necesidad de instalar el siguiente cuestionamiento: ¿por qué un paciente con determinada patología orgánica —advirtiendo que no toda patología orgánica se ubica en el estatuto de psicosomática—, que cuenta con un tratamiento específico, responde a lo indicado, mientras que otro paciente con el mismo diagnóstico no responde, pasando así al capítulo de “pacientes resistentes a la terapéutica”, lo cual se torna más preocupante si se rotula como “patologías resistentes o refractarias”?

Consideramos como criterio de rigor la necesidad de respetar las teorizaciones que anteceden, teniendo en cuenta que si el médico toma por la ruta de las “patologías resistentes o refractarias”, marchará “sin sujeto”; es decir, este “quedará forcluido” por el discurso médico.

Por lo tanto, permaneció en pie la siguiente formulación: el problema es el sujeto, o mejor dicho, el sujeto y su irrupción en la práctica médica como señal de que se está demandando otro espacio o estado del discurso y de la escucha. Partiendo de estas ideas, se pone en evidencia cómo los significantes de cada sujeto pueden, desde su historia libidinal, otorgar significación a aquello que irrumpe en la economía de su cuerpo en un particular momento de su vida.

Si este concepto logra ser incluido por el médico en el encuentro con un paciente, la subjetividad, lejos de ser un obstáculo, pasará a ser “un capítulo” dentro de los programas de la Medicina, sin que ello perturbe la eficiencia de su práctica. Pero este anhelo sólo logrará efectivizarse en el marco de la pregunta por el sujeto y sus avatares.

Recordamos la advertencia de Lacan en el ya citado Seminario 17. *El Reverso del Psicoanálisis* (9), acerca de que “es fácil deslizarse de nuevo hacia el discurso del dominio” (10, p73) y quedar capturados por el “discurso de la conciencia, que vuelve, que vuelve a empezar siempre sin cesar” (10, pp73-74), y al que también llamó “discurso de la síntesis, discurso de la conciencia que domina” (10, p74). Es decir, si continuamos por ese camino, sólo lograremos que se esfume el sentido que siempre incomoda y produce el

obstáculo; ese mismo sentido que, desde el punto de vista de la medicina, la debilita y disminuye su eficiencia científica.

Desde nuestra perspectiva, esa incomodidad es la garantía de una práctica que, al hacer lugar al sujeto, se enriquece y abre nuevas posibilidades a los fines de la cura.

4.3. El cuerpo y sus discursos. Cruces entre psicoanálisis, antropología, filosofía y arte

Parte de la propuesta inicial de este trabajo pretendió dar cuenta de una noción diferente del cuerpo. Por un lado, tal noción supone trascender lo biológico, y por otro, sostiene que el *soma* seguiría un camino particular, dependiendo de cómo la constitución del cuerpo libidinal marque lo biológico.

Es por ello que reflexionamos acerca de algunos cruces entre el psicoanálisis y ciertos discursos que toman el cuerpo como sede, y a partir de los cuales tienen lugar diversos tipos de prácticas. En particular, nos detuvimos en determinados aspectos de la antropología, la filosofía y el arte. Es sabido que, en más de una ocasión, la teoría psicoanalítica —tanto en el caso de Freud como en el de Lacan— ha tomado, como fuente de numerosos y ricos desarrollos, obras y referencias producidas dentro de estas disciplinas.

4.3.1. Una mirada antropológica sobre el cuerpo y su aporte al psicoanálisis

En este apartado, exploramos ciertas perspectivas antropológicas en torno al cuerpo desde el pensamiento de David Le Breton. En su libro *Antropología del cuerpo y modernidad* (30), señaló:

“El cuerpo es un tema que se presenta especialmente para el análisis antropológico ya que pertenece, por derecho propio, a la cepa de identidad del hombre. Sin el cuerpo que le proporciona un rostro, el hombre no existiría. Vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través se lo simbólico que éste encarna” (31, p7).

En efecto, Le Breton propone un desarrollo de los pensamientos vinculados al cuerpo, influidos por lo social y lo cultural, en el transcurso de la historia; para ello se apoyó en la corriente estructuralista de Lévi-Strauss.

Al respecto, ha observado que: “La eficacia simbólica que analizó C. Lévi-Strauss no provee sólo la mayor energía que permite curar sino que, en ciertas condiciones, le abre camino a la muerte o a la desgracia” (32, p183). En este sentido, tras continuar analizando los efectos de la trama simbólica sobre el cuerpo, expresó:

“Si la palabra o el rito pueden terminar con un síntoma o provocar la muerte, es porque encuentran, desde el comienzo, eco en el cuerpo, resonancia en la carne. La palabra, el rito o el cuerpo tienen, aquí, la misma fuente. La materia prima es común: la trama simbólica” (32, p183).

Le Breton puso de manifiesto en sus reflexiones cómo se muestra de manera simultánea la grieta y la unidad entre el cuerpo y la persona, lo que a la vez no es perceptible de manera directa al hombre.

Pues bien, *vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo*, pero de esta reducción hay mucho por decir.

El cuerpo ha sido, desde tiempos remotos, un enigma tal que, para intentar abordarlo, llevó a recurrir a diversas prácticas y formulaciones tanto ideológicas como científicas.

Desde lo popular e ideológico, cada cultura fue imponiendo diferentes normas, construyendo mitos a partir de los cuales interpretar los múltiples fenómenos de los que el hombre es protagonista. Tales fenómenos se sustentan en ideas que permiten dar cuenta de lo inexplicable, lo sorprendente, aquello que se muestra pero, al mismo tiempo, se desvanece ante el otro en el preciso momento de la certeza.

La ciencia no escapa a esta dificultad generadora de impotencia, llegando de tal modo a límites sorprendentes en sus formulaciones y puestas en práctica.

El hombre y su cuerpo continúan siendo un enigma. En este punto, no pudimos dejar de extractar un pasaje del texto de Georges Canguilhem, *Lo normal y lo patológico* (33), en el que citaba a Bacon con sus postulados: “solo se gobernaría a la naturaleza obediéndola” (34, p19). Esta misma tendencia se encontraba en Comte, para quien “el progreso no es más que el desarrollo del orden” (35, p26). Finalmente, Claude Bernard, que formuló su perspectiva del siguiente modo:

“Al estudiar anatomía y la clasificación de los seres vivos, nuestro objetivo consiste en elucidar el mecanismo de las funciones; al estudiar la fisiología, en llegar a conocer cómo pueden los órganos alterarse y dentro de que límites las funciones pueden desviarse del estado normal” (36 pp41-42).

“El buen sentido señala que si se conoce completamente un fenómeno fisiológico, se tiene que estar en condiciones de explicar todas las perturbaciones que puede experimentar en el estado patológico: ‘fisiología y patología se confunden y en el fondo son una sola y misma cosa’ (36 p43).

En el intento de encontrar verdades prometedoras de soluciones se adoptó el procedimiento de abrir los cadáveres. Morgagni creó así la Anatomía patológica. Vinculaba las lesiones macro y microscópicas halladas en los órganos con una entidad clínica

perfectamente definida que, según este criterio, se traducían linealmente en signos y síntomas con una orientación diagnóstica positivista.

Nada más engañoso que esta mirada certera, de eso podemos dar cuenta los médicos. Ante cada intento de poner orden y acallar el síntoma con prácticas que excluyen al sujeto, éste se hace oír de todos modos.

Parecería entonces que algo del desorden se torna necesario para el surgimiento de la verdad, pero se trata de la verdad del sujeto, que no siempre se acomoda para congraciarse con los diferentes discursos que tratan de explicarlo. Es un primer aviso de la escisión que Lacan observó entre Ciencia y Verdad.

La división del sujeto se asienta en ese punto, entre verdad y saber. Lacan retomó en “La ciencia y la verdad” lo teorizado por Freud: “allí donde ello era, allí como sujeto debo advenir yo” (37, p843). Es el terreno de la verdad de las formaciones del inconsciente, el cual se estructura como un lenguaje; en este sentido, sostuvo Lacan:

“que no hay metalenguaje (afirmación hecha para situar a todo el lógico-positivismo), que ningún lenguaje podría decir lo verdadero sobre lo verdadero, puesto que la verdad se funda por el hecho de que habla, y puesto que no tiene otro medio para hacerlo [...] Es por eso incluso por lo que el inconsciente, que dice lo verdadero sobre lo verdadero, está estructurado como un lenguaje” (37, p846).

Asimismo, fueron estos postulados los que hicieron posible expresar aquí que esa verdad puede hacerse escuchar mediante el método de la asociación libre, propuesto por Freud como regla fundamental del psicoanálisis.

Se torna cada vez más relevante que la medicina de estos tiempos considere que el sufrimiento excede a las clasificaciones prometedoras de los textos, que el saber responde a la imposible unión entre saber y verdad, y que ello es concomitante al residuo de real que siempre se desprende del lenguaje.

Únicamente este modo permitirá dejar de lado el pensamiento reduccionista que viene transmitiéndose por años en la formación médica, y que se expresa en esta consigna: “el paciente como un ser biopsicosocial”. Tomado como un principio de unidad empírica, produce una ilusión de totalidad que conduce solo a confusiones.

Por lo tanto, si partimos de una noción más amplia, que acepte la complejidad de diferentes dominios conceptuales sobre el tema, podremos situarnos de un modo distinto en la práctica y obtener una mayor eficacia en los tratamientos.

Estamos ante diferentes disciplinas con sus propios discursos y sus propios objetos de estudio. El cuerpo del que se ocupa la medicina difiere del cuerpo del que habla el

psicoanálisis, aun cuando ambos dominios participan de una constante y mutua interpelación. Lacan, en “Psicoanálisis y medicina” (38), trató sobre los aportes que el psicoanálisis debía hacer a la medicina.

No tenemos que olvidar que, para que un cuerpo —organismo de la biología, soma— tenga vida, se hace necesaria una trama simbólica que lo signifique y le otorgue un lugar. El ser hablante está determinado y sometido por las leyes del lenguaje.

En el prefacio de “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” (39), encontramos la siguiente referencia:

“En particular, no habrá que olvidar que la separación en embriología, anatomía, fisiología, psicología, sociología, clínica, no existe en la naturaleza y que no hay más que una disciplina: la *neurobiología* a la que la observación nos obliga a añadir el epíteto *humana* en lo que nos concierne” (39, p227).

¿Cómo interpretar este prefacio? Ya al hablar de *humano* se hace referencia a aquello que diferencia a lo humano de otras especies vivientes: *el lenguaje*, lo cual implica, de manera tácita, sus efectos en el cuerpo a través de la marca del significante.

Desde esta perspectiva, por supuesto, no hay lugar para las separaciones antes mencionadas. Nuestro punto de vista —siguiendo a Lacan— entra en contradicción con lo que entendemos como pensamiento reduccionista, fundado sobre el concepto de *ser biopsicosocial*. Por el contrario, al tomar el camino del lenguaje, se abre un abanico de distinciones, ya que este —rasgo propio de lo humano que le permite diferenciarse de otras especies vivientes— marca, además, la diferencia entre los sujetos. Esta diferencia toma sus bases en la historia de cada sujeto y —como ya lo señalamos— en la posición en que se ubica en relación al Otro y al lenguaje.

Para explicar estas semejanzas y diferencias nada más ilustrativo que la clínica. Al igual que la clínica médica, la clínica psiquiátrica, desde sus albores, se ocupó de agrupar signos y síntomas que llevaron a numerosas categorías diagnósticas. Adoptó, en tal sentido, un tratamiento epistémico diferente de los signos y de los síntomas, determinado por la estructura del saber constituido en cada caso.

De ninguna manera se trató de desestimar esta modalidad, que día a día se va perfeccionando, pero no es conveniente que dicha modalidad desvíe la mirada de los terapeutas. Cuando nos encontramos en el ámbito del consultorio, hay allí un sujeto, el cual —más allá de estar aquejado por signos y síntomas que responden a determinada entidad diagnóstica— deja aparecer, por intermedio del lenguaje, su singularidad y su diferencia

ensambladas en una historia. En su trama discursiva, da cuenta de los significantes que lo marcan y determinan.

Si estos significantes pueden ser desplegados y puestos a trabajar, delinearán una historia única, singular, que perturba cualquier clasificación fenoménica. Esto ha obligado al saber a incorporar como algo intrínseco —aunque parezca una contradicción, ya que el saber tematiza lo general— el problema de la singularidad. Esta incorporación, compleja, tensa, se encuentra en la base del psicoanálisis que, a veces, entre la ironía y el rigor, ha sido llamado *ciencia de la singularidad*.

4.3.2. Una mirada filosófica sobre el cuerpo y su aporte al psicoanálisis

La filosofía, con sus geniales portavoces, contribuyó, al igual que otras disciplinas, a los desarrollos del psicoanálisis. Por sus interesantes aportes, pusimos a dialogar algunas cuestiones del pensamiento filosófico con el psicoanálisis y la psiquiatría.

Al iniciarse el tránsito de un estudiante por la Facultad de Ciencias Médicas, en los antiguos planes de estudio, este debía cursar —entre otras materias— anatomía, histología y anatomía patológica —dedicadas al estudio en profundidad de las estructuras macro y microscópicas del cuerpo—. Además, los múltiples procesos fisicoquímicos cuantificables. Son áreas de la ciencia en las que el cuerpo es anónimo y lo que allí se observa supone una verdad. También los signos y síntomas que la semiología clasifica y traduce, descuentan al paciente como sujeto singular.

Tras esta organización de la medicina podía presumirse la clásica división platónica entre cuerpo y alma. Pero, desde nuestra perspectiva, los padecimientos humanos responden a un orden más complejo que el arquitectónico y semiológico con su dinámica cuantificable.

En la clínica, los pacientes, con sus discursos, darían cuenta, en cierto modo, de lo dicho por Spinoza al afirmar: “No sabemos lo que puede el cuerpo” (40, p27); pero también de lo dicho por Nietzsche: “Pensar da mareos, vómitos, náuseas porque se trata, para mí, de pensar con el cuerpo” (41, p3).

Un trabajo de la filósofa Nora Trosman, “El cuerpo como acontecimiento: superficies, fuerzas e intensidades” (41), comienza con la siguiente cita de Gilles Deleuze: “De lo que finalmente se trata siempre es de liberar a la vida allí donde está cautiva o al menos intentarlo en un incierto combate” (41, p1). Y no olvidemos que, para Platón, el alma estaba cautiva dentro del cuerpo.

Nuestra formación, que obviamente nos compromete como sujetos, nos llevó a reflexionar acerca de estas ideas y a pensar que la vida, de algún modo, siempre está cautiva. El sujeto siempre se encuentra capturado en algún punto; desapercibido de ello en algunos casos, en otros, no tanto.

El reconocimiento de la responsabilidad por parte del sujeto podría funcionar como pasaporte y permitirle entrar y salir de este punto de captura, aminorando el cautiverio imaginario en el cual se engaña.

4.3.2.1. Spinoza, Freud y Lacan

Baruch Spinoza nació el 24 de noviembre de 1632 en Ámsterdam, hijo de una familia de judíos sefardíes. Sus posiciones filosóficas y políticas hicieron que fuera expulsado de la comunidad judía y desterrado. Murió de tuberculosis a los 44 años en La Haya.

Su obra, que es vasta pese a su corta vida, desarrollada durante el Siglo XVII, tuvo como contemporáneos, entre otros, a Descartes y Leibniz. La filosofía de Spinoza produjo, en este sentido, una crítica al dualismo cartesiano entre cuerpo y alma.

Escribió los Principios de la filosofía de Descartes y Pensamientos metafísicos y el Tratado teológico-político, ambos publicados en vida. Tras su muerte, se conoció el resto de sus escritos, entre los que se encuentra su *Ética* demostrada según el orden geométrico.

Trabajamos algunos rasgos de su pensamiento que nos resultaron especialmente interesantes para la materia abordada.

En el enunciado de su primer principio, Spinoza proponía la existencia de “una sola sustancia para todos los atributos” (42, p149). Y al respecto postuló:

“una sola Naturaleza para todos los cuerpos, una sola Naturaleza para todos los individuos, una Naturaleza que es ella misma un individuo capaz de variar de una infinidad de maneras” (42, p149).

Con Spinoza estamos, desde esta perspectiva, ante un pensamiento matemático y racionalista. Aquí el concepto de cuerpo indica relaciones de reposo, movimiento, velocidad, lentitud, etc., entre partículas —dichas relaciones son las que hacen a la individualidad del cuerpo—. Al mismo tiempo, ese cuerpo afecta a otros cuerpos o es afectado por ellos. Hay que señalar que el concepto comprende distintos tipos de cuerpo: animal, idea, cuerpo social, etc.

Spinoza pensaba las funciones orgánicas y la vida en términos de relaciones complejas de velocidades diferenciales: el freno y la aceleración de partículas en un terreno o plano de *inmanencia*.

Asimismo, Spinoza, en cuanto al cuerpo y al pensamiento en su capacidad de afectar y ser afectados, habló de *modos y de afectos* —ni de sustancias ni de sujetos—.

Al decir “no sabemos lo que puede un cuerpo” o “¿Qué puede un cuerpo?”, se lo está considerando dentro del plano de *inmanencia* en el cual el *deseo (conatus)* lleva al hombre a terrenos imprevisibles e incalculables, es decir, terrenos que él nunca podría anticipar.

Destacamos aquí una de las *tesis teóricas* de Spinoza llamada “paralelismo”, que sostiene que no hay relación de causalidad real entre espíritu y cuerpo, no hay primacía de una instancia sobre la otra.

Esta tesis se oponía al pensamiento moralista de Descartes —formulado en su regla de la relación inversa—, y dio lugar a una ética sustentada en la premisa de que lo que es acción en el alma lo es también en el cuerpo, y lo que es pasión en el cuerpo lo es también en el alma (40, p28).

La distinción entre moral y ética es fundamental; esta distinción no solo hizo a Spinoza un brillante de su época, sino que además lo situó como referente para quienes siguieron su lectura y la reformularon. En este sentido, podría pensarse que algo de su filosofía resuena en las obras de Freud y Lacan, ya que el psicoanálisis es, justamente, una práctica ética. Y si bien no se trata de la misma noción de ética, el germen fundante está en Spinoza.

Al profundizar en estos desarrollos, encontramos la formulación del inconsciente por parte de Spinoza, quien entendía la conciencia como una ilusión, y le otorgaba preponderancia al pensamiento. En la misma magnitud que desconocemos lo que puede un cuerpo, desconocemos las posibilidades del pensamiento en tanto se trata de un terreno inconsciente.

En la conciencia se verían los efectos de dicho pensamiento inconsciente, no las causas. Se verían los efectos como resultados del encuentro de los cuerpos. De esta forma, aparecerían los *afectos alegres* y los *afectos tristes*, acordes con el modo de encuentro que se dé entre los cuerpos o los pensamientos —composiciones o descomposiciones—.

También fue importante mantener presentes los siguientes conceptos: inmanencia, cuerpo, pensamiento, deseo (*conatus*), ética.

Mediante un salto temporal, nos ubicamos en la carta que Freud le envió a Abraham el 21 de octubre de 1907 —a la que ya hemos aludido—; en ella se refería a la “personalidad como concepto” (13, p299) y planteaba que esta pertenecía “a la psicología de las superficies” (13, p299). Es decir, Freud señalaba allí que, al hablar de la personalidad, estamos en el nivel del yo, de los procesos conscientes.

No se trata de homologar, pero sí de tener en cuenta que en los desarrollos freudianos hay una impronta spinozista. Lo que Freud nos enseñó en toda su obra sobre las leyes y manifestaciones del inconsciente supone, para quienes ejercemos una práctica clínica, considerar las nociones de conciencia y personalidad no solo como una ilusión, sino también como una máscara que porta el sujeto.

Por otra parte, en el ámbito de la psiquiatría estos conceptos siguen vigentes y fortalecidos, y llevan, por ende, a abordar el padecimiento psíquico de un modo ilusorio. Al clasificarlo y nombrarlo bajo la forma de “trastorno” y hacer énfasis en la “personalidad”, se desconoce por igual a Spinoza, a Freud y, desde luego, a Lacan.

Lacan, al formular que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, dio cuenta en su obra de los alcances insospechables de este en relación con el padecimiento de los sujetos. ¿El mismo hilo conductor? Seguro que no, pero no cabe duda de que estos grandes hombres pudieron salirse de las superficies, y ello los acercó, haciéndolos brillar con inusual intensidad.

Como el brillo suele encandilar, no es casual que estos tres maestros hayan sido duramente criticados y hasta excomulgados. Pero el brillo no solo encandila, también ilumina. Muchos hombre se iluminaron con estos buenos encuentros y surgieron de ello buenas obras, ya que en la actualidad siguen siendo referentes legítimos.

Retomando a Spinoza, este postuló que “no nos inclinamos por algo porque lo consideramos bueno, sino que, por el contrario, consideramos que es bueno porque nos inclinamos por ello” (40, p31). Es en este proceso de *afecciones* donde intervendría el *conatus*. Desde esta visión, la conciencia es solo transitiva y, para su tranquilidad, apela a una “triple ilusión”: la “ilusión de causas finales”, que toma los efectos como causa; la “ilusión de los decretos libres”, en la cual la conciencia es tenida como causa primera y con poder sobre el cuerpo; y por último, la “ilusión teológica”, que se sostiene en la invocación a un Dios (40, p30).

Por sostener “lo bueno” y “lo malo”, en favor de la “Desvalorización de todos los valores, principalmente del bien y del mal”, se acusó a Spinoza de “inmoralista” (40, p32).

Es otra de sus tesis —seguimos en el terreno de la ética—, para Spinoza, no había ni Bien ni Mal, se trataba de buenos o malos encuentros entre los cuerpos y, consecuentemente con ello, se aumentaba o disminuía la potencia de estos; los llamó “modos de existencia” (40, p35).

Pensar la situación del sujeto en relación con la moral, la conciencia, las obligaciones u obediencia correspondería, para Spinoza, a una *ilusión*.

En cuanto a la moral, esta se vincularía al *juicio de Dios y a la ley moral*. En este sentido, Spinoza señaló que “Sólo por analogía se aplica la palabra ley a las cosas naturales; por ley no se acostumbra entender otra cosa que un mandato...” (40, p34).

Spinoza también fue una figura con un peso específico propio en la obra lacaniana.

Nora Trosman, en su artículo “Lacan con Spinoza: al final la beatitud” (43), hizo referencia, precisamente, a la “fecunda y permanente interlocución de Lacan con la filosofía” (43, p.143) y marcó que “uno de estos trayectos es el que recorre con Spinoza” (43, p143).

Tanto al inicio como al final del Seminario 11 (22), por ejemplo, Lacan apeló al filósofo y lo puso en un cierto lugar de excepcionalidad. En la clase “La excomunión” (44) se refirió al parecido entre su propia situación —al ser expulsado por el Comité Ejecutivo de la *International Psychoanalytical Association*— y la situación de Spinoza, objeto de una excomunión mayor por parte de la sinagoga, que hacía imposible su regreso.

Ambos produjeron preguntas incómodas sobre asuntos conflictivos para sus respectivos contextos.

Lacan, en “La excomunión” (44), se preguntaba si el psicoanálisis es una ciencia y qué debe entenderse por ciencia, además de advertir la correspondencia entre esta última y la religión. Indicó: “Lo específico de una ciencia es tener un objeto” (44, p16), manifestando que el objeto cambia con la evolución de la ciencia.

En “Queda por concluir” (45), el autor continuó con la indagación acerca del estatuto científico del psicoanálisis, con respecto a lo cual cuestionaba: “¿Qué orden de verdad genera nuestra praxis?” (45, p271). Para ello se apoyó en los cuatro conceptos básicos: inconsciente, repetición, transferencia y pulsión. De todos modos, insistía en preguntar si ello no implicaría una *impostura*. “Destaco el término de impostura en mi exposición de hoy porque podría ser el acicate para abordar la relación del psicoanálisis con la religión y, por la misma vía, con la ciencia” (45, p272).

En lo que respecta a la religión, se refirió al hombre de la Ilustración del siglo XVIII como al que “puso en tela de juicio la religión y la declaró una impostura fundamental” (45, p272). Pero, al mismo tiempo, consideró que esa posición resultaba insuficiente: “¿A quién se le ocurriría hoy considerar lo tocante a la religión poniéndolo entre paréntesis de manera tan simplista?” (45, p272).

De algún modo, valiéndonos de lo que Lacan denominó el *status* —en acuerdo con esa situación relativa de algo dentro de un determinado marco de referencia—, nos permitimos proponer las siguientes conexiones. El *status* de los hombres de la Ilustración estaría dado por ir a contracorriente de su época, al negar la existencia de Dios; el *status* del hombre de la ciencia, se vincularía con su posición frente al sujeto, al que separa de su singularidad; finalmente, en el psicoanálisis, este *status* estaría puesto en el objeto *a* y su carácter de *intragable*.

En cuanto al *status* de la posición de la ciencia puntuó:

“La ciencia, en la medida que elide, elude, secciona, un campo de la dialéctica de la alienación del sujeto, en la medida en que se sitúa en el punto preciso que definí como el de separación, es capaz de sustentar también el modo de ser del sabio, el hombre de ciencia” (45, pp272-273).

Y en cuanto al objeto *a*:

“El objeto *a* minúscula no franquea jamás esa hiancia. Los remito a la mirada como al término más característico para captar la función propia del objeto *a*. Justamente *a* se presenta, en el campo de espejismo de la función narcisista del deseo, como el objeto intragable, si me permiten la expresión, queda atorado en la garganta del significante. En este punto de falta tiene que reconocerse el sujeto” (45, p278).

Teniendo presentes estos desarrollos, sostenemos que cuando un sujeto —por inoperancia significativa— no puede reconocerse en ese punto de falta fundamental para su estructuración psíquica, la religión operaría como suplencia, a partir de apelar a Dios en tanto instancia tercera, en tanto ley.

El *status* de Spinoza, por su parte, se asienta en lo que Vidal Peña llamó “una crítica racionalista del racionalismo” (46, p19); de hecho, en el siglo XVII, su pensamiento revolucionario era considerado materialista, inmoral y ateo. Resulta impactante el desafío subversivo que produjo su filosofía al considerar el “amor intelectual a Dios” (43, p148), y decir que las religiones brindan consuelo a costa de la estupidez. Por esta vía, es posible situar la osadía de Spinoza con respecto a su época.

Deleuze planteaba que las tesis de Spinoza “implican una triple denuncia: de la ‘conciencia’, de los ‘valores’ y de las ‘pasiones tristes” (40, p27).

En efecto, Spinoza —como señaló Deleuze—denunció las pasiones tristes en beneficio de la alegría. Y ubicó tres figuras distintas que conforman la llamada “trinidad moralista”: el hombre de pasiones tristes, el esclavo; el hombre que se sirve de las pasiones tristes para afirmar su poder, el tirano; y finalmente, el sacerdote, el hombre que se entristece por la condición humana. Pensamos que esta “trinidad” sigue actuando —encubierta o no— en la sociedad actual y, desde luego, en la práctica clínica.

Volviendo a Spinoza, la denuncia de las pasiones tristes se vinculaba con la teoría de las afecciones, en la cual se reconocen dos tipos: *las acciones* —relacionadas con la esencia del individuo— y *las pasiones* —exteriores al individuo—. De ello surge que la *tristeza* es el resultado del encuentro con un cuerpo exterior al nuestro que no es conveniente debido a una oposición de potencias, mientras que la *alegría* surge del encuentro con un cuerpo conveniente a nuestra naturaleza que produce el aumento o suma de potencias.

Pero las pasiones tristes, como ya se dijo, resultan alienantes y dejan al hombre a merced del tirano y de la propia impotencia. Es por ello que el terreno de la ética para Spinoza es el de “una ética de la alegría”.

Nora Trosman dio cuenta de este modo del sutil pensamiento spinoziano en torno al cuerpo:

“al mismo tiempo que se ocupa del hombre en términos de líneas, cuerpos y superficies, afirma que la esencia humana es el *conatus*, el deseo, tendencia a abrir y mantener al máximo la capacidad de afectación, esto es: deseo, en el modo de decir spinoziano, *el perseverar en el ser* de lo que cada cosa es: el cuerpo en la extensión, la idea en el pensamiento” (43, p144).

Es escaso todo lo que se pueda decir al recorrer el pensamiento de esta figura compleja y brillante del Siglo XVII, por ello quisimos finalizar este recorrido con una frase maravillosa de Deleuze:

“Con Spinoza la filosofía se convierte en el arte de un funcionamiento, de un agenciamiento. Spinoza, el hombre de los encuentros y del devenir, el filósofo a la garrapata, Spinoza el imperceptible, siempre en el medio, siempre huyendo aunque apenas se mueva. Huyendo de la comunidad judía, huyendo de los Poderes, huyendo de los enfermos y de los venenosos. Y aunque él mismo puede llegar a enfermar, e incluso morir, sabe perfectamente que la muerte no es ni el principio ni el final, sino que consiste en pasar su vida a otro” (47, p72).

No caben dudas de que su vida pasó a muchos otros.

4.3.3. Psicoanálisis, arte y cuerpo

Sigmund Freud, quien era, al mismo tiempo, un estudioso y un apasionado del arte, lo abordó y se valió de él en sus distintas expresiones a lo largo de toda su obra. Ante todo, lo utilizó como una herramienta para trabajar aspectos diversos del psicoanálisis. Generó lazos que propiciaron una particular relación o “seducción recíproca” (48, p5)—en el decir de Carlos Kuri— entre psicoanálisis y arte.

Sobrada muestra ha dado el maestro vienés acerca de sus conocimientos y el provecho que obtuvo de ellos para sus investigaciones. Nos referimos aquí a lo que se llama “psicoanálisis aplicado”, el cual se configuró a partir de una serie de intervenciones en las que Freud aludió a las posibles aplicaciones del psicoanálisis en relación con otros campos de saber. De hecho, él mismo produjo varios ensayos en este sentido, entre los cuales mencionamos algunos.

En su magistral texto “El delirio y los sueños en la ‘Gradiva’, de W. Jensen” (1906 [1907]) (49), luego de relatar la novela de Jensen y detenerse en su análisis, Freud señalaba:

“Todo esto nos demuestra que el poeta no puede por menos de ser algo psiquiatra, así como el psiquiatra algo poeta, y, además, que puede muy bien tratarse poéticamente un tema de psiquiatría y poseer la obra resultante un pleno valor estético y literario” (49, p1307).

Se trata de una observación sin duda oportuna para tenerla en cuenta en la dirección de la cura de pacientes psicósomáticos, quienes se hallan capturados por la fijeza del discurso en torno a la problemática orgánica. Sostenemos que el terapeuta debe desplegar, con sus intervenciones, un cierto ingenio poético que permita producir una apertura en ese bloque discursivo.

Otro trabajo excelente que nos pareció pertinente recuperar es “Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci”, de 1910 (50). En él, Freud, a partir de la tarea realizada por los biógrafos del artista, propuso una interpretación de su vida y de su creatividad en razón de la amplitud de los conocimientos y obras que llevaron a considerar a Leonardo un genio.

El texto freudiano refleja algo del orden de una compulsión al saber en de Vinci, compulsión que se manifestaba en distintos ámbitos, y fue en este marco que surgió su producción artística. Al respecto, Freud trabajó la problemática paterna en torno al abandono; la *sublimación* de las pulsiones sexuales; y, finalmente, la homosexualidad vinculada con la identificación de Leonardo a su madre. Asimismo, interpretó la referencia

hecha por el artista acerca de un supuesto recuerdo infantil como una fantasía adulta llevada a la infancia.

En un nuevo trabajo de 1913, titulado “Múltiples intereses del psicoanálisis” (51), volvió a mostrar sus reflexiones en torno a distintas problemáticas y saberes a los que aporta el psicoanálisis. En el apartado “El interés del psicoanálisis para la estética” (51, pp1864-1865), señaló que los deseos insatisfechos, tanto los del artista como los del espectador de la obra de arte, son mitigados por una misma vía. Al respecto, escribió: “El artista busca, en primer lugar, su propia liberación, y lo consigue comunicando su obra a aquellos que sufren la insatisfacción de iguales deseos” (51, p1865).

Por último, llegamos a la exhaustiva investigación que Freud llevó adelante en “El ‘Moisés’ de Miguel Ángel”, (1913 [1914]) (52), donde expuso una serie de observaciones en las que expresaba, en cierto modo, su posición personal frente al arte:

“He de confesar, ante todo, que soy profano en cuestiones de arte. El contenido de una obra de arte me atrae más que sus cualidades formales y técnicas, a las que el artista concede, en cambio, máxima importancia. [...] las obras de arte ejercen sobre mí una poderosa acción, sobre todo las literarias y las escultóricas, y más rara vez, las pictóricas” (52, p1876).

[...] “Una disposición racionalista o acaso analítica se rebela en mí contra la posibilidad de emocionarme sin saber por qué lo estoy y qué es lo que me emociona” (52, p1876).

Al abordar el amplio espectro del *arte* y sus conexiones con el cuerpo, intentamos reseñar algunos de los planos atinentes a esa “seducción recíproca” (48, p5) entre psicoanálisis y arte.

Numerosas son las vías de entrada para este propósito y las vinculaciones con la temática de nuestra investigación; en virtud de ello, trabajamos solo algunos conceptos de resonancia en ambos campos, el del arte y el del psicoanálisis.

Partimos de la palabra griega *techné*, cuyo significado está relacionado con un saber hacer. Tiene que ver con una técnica, y si bien no posee una exacta correspondencia de significado con este término, el *arte* puede asociarse a él en su origen.

Desde tal perspectiva, no es desacertado considerar que la música, la escritura, la pintura, la escultura, la filosofía y el psicoanálisis corresponden al territorio del *arte*. Cada cual tiene, por supuesto, sus propias herramientas y objetos, y se vincula con la *estética* de un modo particular. Es decir, si bien esta es una rama de la filosofía que se relaciona con la *belleza*, la preocupación *estética* no es ajena a las otras disciplinas mencionadas. En efecto, la *belleza* como noción se articula con numerosos aspectos de lo humano.

Con esta idea surgió una línea que, argumentamos, puede tocar la *pulsión escópica* y la *pulsión invocante*, e involucra el concepto de *belleza* para pensar en la construcción del cuerpo erógeno. Baño de libido, primer hálito de vida, que lleva a conformar al sujeto en su singularidad histórica.

Retomamos lo propuesto por Freud acerca de cómo en el arte tienen lugar los mecanismos sublimatorios que operan en el sujeto; nos remitimos a lo teorizado por Kuri en su libro *Estética de lo pulsional. Lazo y exclusión entre psicoanálisis y arte* (53). El autor expuso el tratamiento mecánico que se da al concepto *sublimación* y planteó:

“Se trata de exponer cómo la sublimación introduce *no un complemento de distintas funciones del aparato psíquico* (la creatividad, el arte, o un sucedáneo no-sexual), lo que no constituiría otra cosa que una versión psicológica de la sublimación freudiana, *sino un intervalo en el dominio de lo representacional*, y con esto un punto que revisa la misma estructura de lo representacional” (48, p8).

Para pensar ese *intervalo en el dominio de lo representacional*, Kuri enumeró una serie de aspectos que deben tenerse en cuenta: el “lazo artificial entre la obra y el receptor”, “la reserva sublimatoria de destinos pulsionales de una obra” y el interjuego entre la “indeterminación de la obra de arte” y la “determinación del receptor” (48, p9). Propone, en definitiva, una lectura que revisa por igual el concepto freudiano de sublimación y la teoría de la recepción, para abrir una vía reflexiva acerca de “cómo lo pulsional penetra la estética” (48, p10), y por lo tanto, indagar la relación entre esta última y el cuerpo.

Sostenidos en la lectura y en nuestra experiencia, accedimos a trabajar con el problema de la *representación*, que no es sólo patrimonio del psicoanálisis, ya que atraviesa por igual todas las artes: el teatro, la pintura, la escultura, la escritura, e incluso la filosofía y la política. Al remontarnos a la Grecia clásica, Platón, en *República*, definía el *arte* como *mimesis* —imitación—, fundamentalmente, en el relato, en la narración. Para Aristóteles, en cambio, todas las *artes* eran imitación.

En tal sentido, Kuri expuso la posición de Weigel —tomada, a su vez, de un texto de Walter Benjamin, según aclaraba— acerca de que el cuerpo, considerado como materia de copia e inscripción de la exterioridad, es asimismo “la primera materia prima donde la capacidad mimética se pone a prueba” (54, p148), y que este “es un hecho que debería hacerse fructífero para la historia primigenia del arte con mayor energía de lo que se ha hecho hasta ahora” (54, p148).

A tal efecto, expresó que “el impulso mimético parece ser inherente al cuerpo, a su trabazón con el mundo y es la fuente y el lazo con las construcciones estéticas y técnicas” (54, p148). Pero hay algo más en su argumentación que tiene, sin duda, un peso central en lo que respecta a nuestro trabajo, y es lo siguiente: que “la mimesis es la pulsión de lo semejante, de la semejanza parcial y no del semejante” (54, p149).

Sobre la base de las ideas expuestas profundizamos el abordaje de las enfermedades psicosomáticas. En la clínica, observamos cómo la marca inscrita en el cuerpo del paciente le viene precisamente de un Otro, del que toma algo como propio y que, a su vez, termina representándolo.

Para concluir las observaciones acerca de la seducción recíproca entre psicoanálisis y arte, fue oportuno acercarnos a la lectura que hizo Derrida de Antonin Artaud y su “teatro de la crueldad”, cuando mostró que, desde la perspectiva de Artaud, “el arte teatral debe ser el lugar primordial y privilegiado de esta destrucción de la imitación” (55, p4), ya que “más que ningún otro, ha quedado marcado por ese trabajo de representación total en el que la afirmación de la vida se deja desdoblar y surcar por la negación” (55, p4).

Si bien la *mimesis* no se corresponde exactamente con la *representación*, la *representación* como semejanza prevaleció hasta fines del Siglo XVI; al respecto señaló Michel Foucault:

“la representación —ya fuera fiesta o saber— se daba como repetición: teatro de la vida o espejo del mundo, he ahí el título de cualquier lenguaje, su manera de anunciarse y de formular su derecho de hablar” (56, p35).

Pero volviendo a Artaud, reflexionar sobre el teatro de la crueldad permitió aportar nuevas perspectivas a nuestro campo de estudio. Afirmaba Derrida que, desde la posición del poeta, puede plantearse que el teatro de la crueldad propone otra forma de entender la representación, a saber, como:

“Clausura de la representación clásica pero reconstitución de un espacio cerrado de la representación originaria, de la archi-manifestación de la fuerza o de la vida. [...] Fin de la representación pero representación originaria, fin de la interpretación pero interpretación originaria que ninguna palabra maestra, que ningún proyecto de maestría habrá investido y aplanado por anticipado” (55 p7).

Al llevar estos desarrollos a la clínica, vimos que un sujeto se puede presentar y representar mediante una lesión orgánica. En ese caso, el cuerpo que irrumpe, se presenta y se representa por una determinada enfermedad a la que llamamos psicosomática y, aunque quizá suene paradójico, apreciamos que en estas enfermedades se da, por ello mismo, una

clausura de la representación, en el sentido de que por esta vía puede pensarse que algo fue sustraído originariamente sólo en forma parcial.

Dimos un paso más para formular que la temática de la *identificación* abre un interesante camino en la investigación de estas enfermedades, que contempla los conceptos atinentes a la *representación* y la *mímesis*.

Para finalizar, tanto en el psicoanálisis como en el *arte*, en sus distintas manifestaciones, la tarea radicaría en un intento de hacer visible la fuerza de lo invisible, aquello que subyace, la negatividad en que se funda un origen.

5-Teoría y Clínica

5.1. El cuerpo para la medicina, el cuerpo para el psicoanálisis

Los conceptos que hemos trabajado dieron debida cuenta de que el cuerpo del que se ocupa la medicina difiere del cuerpo del que habla el psicoanálisis, aunque ambos dominios se vinculan de manera constante.

Desde luego, existen un sistema nervioso central y uno periférico; distintos órganos que son afectados por enfermedades; un sistema inmunitario que interviene en ello; es decir, toda una estructura hecha de carne y huesos. Desde este punto de vista, el cuerpo es una realidad; no obstante, valió la pena analizar las piezas teóricas que componen esa “realidad”.

Las investigaciones actuales han producido un considerable avance en las ciencias médicas al articular diferentes campos. Así nacen la Psiconeuroimmunoendocrinología, la Psiconeuroinmunodermatología, la Psiconeuroinmunooncología, etc., con lo cual no quedan dudas de las conexiones, tanto estructurales como funcionales, existentes entre los distintos sistemas. Desde la medicina se postula, por ejemplo, que las situaciones estresantes en forma continua producen agotamiento del sistema inmune, hiperactividad simpática y un desbalance hormonal que tienen como consecuencia la aparición de la enfermedad.

Se corroboraría, de este modo, lo que ya se sabía en el tiempo de Hipócrates, que los afectos y las emociones se vinculan con el funcionamiento del cuerpo, por ende, las marcas psíquicas parecen tener relación con las marcas en lo biológico.

Era frecuente escuchar a los profesores de la Facultad de Medicina decir que no se enferma quien quiere, sino quien puede. ¿De dónde surgiría tal afirmación? En lugar de detenernos en ella, creímos que sería mejor interrogar qué es lo que *no pudieron* estos sujetos para quedar capturados por un cuerpo real, donde el organismo se hace presente con signos y síntomas sin permitir distracción alguna.

Para ahondar en este aspecto, analizamos tres conceptos que están vigentes, por un lado, en la práctica médica, y por otro, en la práctica psicoanalítica; ellos son: vulnerabilidad, afecto y libido.

En el diccionario de la Real Academia Española, “vulnerabilidad” se define como “cualidad de vulnerable”, y con respecto a “vulnerable” señala: “Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente” (57). Es un término que se utiliza con bastante frecuencia en el ámbito médico asociado a la enfermedad. Nos preguntamos, entonces, ¿qué hará al sujeto más vulnerable?, ¿un déficit de su sistema inmunológico o determinados sucesos o acontecimientos en su historia libidinal? ¿Qué tendrá mayor peso a la hora de favorecer el cambio de ciudadanía al que hace referencia Susan Sontag en el ya citado libro *La enfermedad y sus metáforas/ El sida y sus metáforas?* (3).

Regresamos a las palabras con las que la autora se refirió a la enfermedad como “el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara”:

“A todos al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque prefiramos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar” (4, p11).

En cuanto al concepto de afecto, recurrimos a Freud cuando, en su artículo “Lo inconsciente” (58), de 1915, al hacer referencia a las emociones, observó:

“La afectividad se manifiesta, esencialmente, en la descarga motora (secretora y vasomotora) encaminada a la modificación (interna) del propio cuerpo sin relación al mundo externo” (58, p2068).

Al dar un paso más en este sentido, decimos que el afecto —o quizás convendría hablar del monto de afecto— es aquello del lenguaje que no ha podido ser anudado —en el fenómeno psicósomático, la marca en el órgano tomaría esta vertiente—. Este punto se desarrolló más detenidamente en vinculación con lo que Lacan denominó el “rasgo unario”, que marca el órgano y no permite dar lugar a la cadena significativa.

Finalmente, en cuanto a la libido, revisamos el texto de Freud, “Introducción al narcisismo” (59), de 1914. Freud distinguió una libido del yo de una libido objetal y planteó un funcionamiento diferente de la libido en la evolución sexual del individuo. Asimismo, explicaba que la hipocondría y la enfermedad orgánica son situaciones clínicas donde la libido se acumula en un órgano, dejando de cumplir su función de investidura de los objetos.

Por lo tanto, para aproximar una respuesta acerca de lo que *no pudieron* estos sujetos capturados por un cuerpo real, planteamos que lo que no pudieron ha sido establecer una relación de investidura libidinal con el objeto ante determinados hechos o

situaciones vitales. Se trata de otra vertiente teórica para pensar las enfermedades psicosomáticas.

Entonces, si para la medicina el cuerpo “es una realidad”, para el psicoanálisis, en cambio, el cuerpo “es de la realidad”. Es decir, es algo que se construye, secundario a una primera identificación —marcada por lo imaginario— que comienza en el estadio del espejo. Pero, además, está vinculado con la identificación primordial. Cuerpo bañado de libido y sometido a la pulsión.

Desde el punto de vista de Lacan, lo imaginario —uno de los tres registros correspondientes a la tríada Imaginario, Simbólico, Real, estructurante del sujeto— queda enlazado en el pasaje por el primer tiempo del Complejo de Edipo a instancias del Narcisismo primario.

La madre —o quien encarne “la función materna”— resulta decisiva en este momento de constitución subjetiva. Su imagen se presta como modelo, ya que para el niño, en ese tiempo, existe un solo rostro, una sola imagen: “la materna”. Es decir, este organismo de carne y huesos al que se llama “soma”, a partir de esa imagen, se unifica.

La relevancia que esta etapa adquiere en la constitución del cuerpo libidinal fue desarrollada por Lacan en su Comunicación presentada ante el XVI Congreso internacional de psicoanálisis, en Zurich, el 17 de Julio de 1949, titulada “El estadio del espejo como formador de la función del yo [*je*] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”.

(60)

Con este estudio el autor avanza sobre la relación entre el cuerpo imaginario y el desarrollo neurológico, al sostener que:

“la cría del hombre, a una edad en que se encuentra por poco tiempo, pero todavía un tiempo, superado en inteligencia instrumental por el chimpancé, reconoce ya sin embargo su imagen en el espejo como tal” (60, p86).

Al respecto agregaba:

“Este acontecimiento puede producirse, como es sabido desde los trabajos de Baldwin, desde la edad de seis meses, y su repetición ha atraído con frecuencia nuestra meditación ante el espectáculo impresionante de un lactante ante el espejo, que no tiene todavía dominio de la marcha, ni siquiera de la postura en pie, pero que, a pesar del estorbo de algún sostén humano o artificial (lo que solemos llamar unas andaderas), supera en un jubiloso ajeteo las trabas de ese apoyo para suspender su actitud en una postura más o menos inclinada, y conseguir, para fijarlo, un aspecto instantáneo de la imagen” (60, pp86-87).

La base principal de las proposiciones que encuentra en el modelo ofrecido por el *estadio del espejo* es un punto de partida para considerar, al mismo tiempo, la identificación, lo imaginario y el cuerpo. Pero debemos tener presente que la identificación no se resuelve solo en el plano de lo imaginario; es fundamental la implicancia del significante con la consecuente marca que, como tal, imprime en la constitución del cuerpo.

Desde esta perspectiva teórica, la clínica da cuenta, entonces, de que, a este organismo de carne y huesos, el “soma”, le hace falta una imagen para constituirse en una unidad. Lo imaginario hace del cuerpo una forma; luego lo simbólico, a partir de la intervención del lenguaje, hace del cuerpo lugar de marca, de inscripción, a través del significante.

La mirada, enhebrada a la palabra, constituyen al sujeto y lo determinan, y sirven, por tanto, de soporte o de quiebre en su estructura psíquica. En este segundo caso —es decir, en el caso de que se produzca un quiebre—, se generarán diversas manifestaciones en la clínica; algunas de estas manifestaciones conforman las llamadas *enfermedades psicosomáticas*.



La verdad velada, de Antonio Corradini, 1751.

“[...] el cuerpo “es de la realidad”. Es decir, es algo que se construye, secundario a una primera identificación —marcada por lo imaginario— que comienza en el estadio del espejo. Pero, además, está vinculado con la identificación primordial. Cuerpo bañado de libido y sometido a la pulsión.”¹

1

Apartado 5.1. El cuerpo para la medicina, el cuerpo para el psicoanálisis (p50)

5.2. La concepción del sujeto y del aparato psíquico

El desarrollo teórico propuesto nos permitió dejar situadas las posiciones epistemológicas que guían a la medicina y al psicoanálisis en relación con la temática del cuerpo y la enfermedad. También nos acercó a la problemática del sujeto, su concepción y la constitución del aparato psíquico. Si bien este último aspecto ya fue tratado en el trayecto recorrido, correspondía ampliar conceptos de relevancia que son inherentes al proceso de esta investigación.

Para estudiarlos, abordamos, principalmente, los planteos de Lacan en la Conferencia en Ginebra sobre “el síntoma” (61), de 1975. Haberse centrado solo en este texto puede parecer acotado al tener en cuenta la jerarquía de lo que investigamos, pero sostenemos que sirvió de guía. Al mismo tiempo, se fueron articulando otras nociones teóricas del psicoanálisis. Además, profundizamos en la constitución del sujeto y del aparato psíquico mediante la presentación de fragmentos de historiales clínicos.

En la mencionada conferencia (61), trabajó los tres registros de la estructura psíquica: Simbólico, Imaginario y Real, y brindó numerosos elementos teóricos que permiten visualizar el ser del sujeto del inconsciente desde su constitución. Es, asimismo, uno de los momentos, entre otros de su obra, en que hace aportes sobre el tema de lo psicosomático.

Lacan puso de manifiesto en su exposición la relevancia que tiene para un sujeto la forma en que fue deseado: “Sabemos muy bien en el análisis la importancia que tuvo para un sujeto, vale decir, aquello que en ese entonces no era absolutamente nada, la manera en que fue deseado” (61, p124).

En efecto, en nuestra experiencia cotidiana como analistas, a lo largo de la dirección de una cura, vemos perfilarse, en el discurso de los pacientes, de qué modo el deseo inserto en la historia familiar de los progenitores fue conformando al sujeto en la constitución de su aparato psíquico.

“Los padres modelan al sujeto en esa función que titulé como simbolismo” (61, p124), agregó Lacan, y explicó: “la manera en que ha sido instilado un modo de hablar, no puede sino llevar la marca del modo bajo el cual lo aceptaron los padres” (61, p124).

En el cuerpo, en tanto preso de lo real, irrumpen marcas que pueden leerse en una repetición generacional que inscribe la enfermedad como vínculo filial. Esto resulta

sorprendente y, al mismo tiempo, se traduce en un gran obstáculo para el trabajo clínico cuando se trata de pacientes con enfermedades psicosomáticas.

Esa forma del vínculo filial se transcribe, en muchas ocasiones, bajo una modalidad discursiva descriptiva y monotemática que el paciente insiste en sostener durante el tratamiento. Debido a la falta de registro por parte del sujeto, su abordaje se torna complejo y, por ende, como fue señalado, hace obstáculo en el trabajo clínico.

¿Sería posible aplicar aquí lo entendido por “filogénesis”, es decir, la idea de una función cultural que le llega al sujeto desde el Otro transmitido por la madre?

Claudia, una paciente que me fue derivada por su gastroenterólogo a quien consultó debido a que sufría de “digestión lenta y ardor en el estómago”, estaba atemorizada ante la posibilidad de tener algo grave. Sus dos tíos, por línea paterna, habían muerto de cáncer de páncreas en el transcurso de un año. Su discurso estaba dedicado al relato pormenorizado de síntomas orgánicos, y contaba con lujo de detalles las numerosas interconsultas realizadas por la familia a renombrados especialistas y las circunstancias de cada tratamiento intentado por estos tíos.

Al hablar de sus dolencias orgánicas, la paciente evidenciaba una cierta confusión; en determinados momentos casi no era posible distinguir si se refería a ella o a sus tíos muertos.

Claudia no presentaba una patología orgánica demostrable que permitiera ubicarla en lo que definimos como enfermedad psicosomática; en cambio, interpretamos que su estructura neurótica se manifestaba con síntomas hipocondríacos. Aun así, pese a no encontrar en Claudia una enfermedad psicosomática, este recorte clínico fue oportuno para ilustrar lo planteado en cuanto a la enfermedad instalada como modalidad vincular que se perpetúa y atrapa al sujeto.

Volver a examinar bajo esta luz el concepto de filogénesis condujo a revisar lo que, en algunos casos, se malentiende como “genético”; es decir, la enfermedad no necesariamente tiene que estar en los genes para transmitirse. La transmisión por vía del lenguaje construye un cuerpo, lo enreda y lo enferma, en muchas ocasiones, con mayor rigor que los genes.

Para considerar el peso de la palabra, retomamos a Lacan y su “conferencia”, donde, justamente, señaló que: “El hombre piensa con ayuda de las palabras. Y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza” (61, p125). Al respecto

instalaba la pregunta: “¿si no hubiese palabras de qué podría testimoniar el hombre?” (61, p125), y afirmó: “Allí se ubica el sentido” (61, p125).

Estas observaciones constituyen un apoyo eficaz al tratar las relaciones cuerpo-lenguaje, siendo posible valernos de ellas para pensar en nuestros pacientes y dar cuenta de las implicancias de nuestra práctica.

Para continuar, propusimos una distinción que consideramos fundamental, distinción referida a las manifestaciones psicósomáticas en pacientes con estructura neurótica y las enfermedades psicósomáticas. Estas últimas se dan en aquellos pacientes que se representan por la lesión de un órgano ante la imposibilidad de disponer de los recursos del significante. A nuestro criterio, estamos frente a estructuras psíquicas diferentes.

En el caso de Nora, ella deambuló por otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos, alergistas, gastroenterólogos, pendiente de su disfonía, sus espasmos bronquiales, su hernia de hiato con reflujos. “¿Qué más puede pasarme?”, se quejaba Nora, “¿cómo haré para vivir toda la vida con esto?”.

Fijada en su discurso, no podía hablar de otro tema que no fuera sus molestias orgánicas. Sus huesos le dolían cada vez más, producto de la artrosis. A partir de una internación de su madre, la paciente comenzó a hablar de esta, de quien parecía ser el calco corporal, ya que no le faltaba ni una de las múltiples dolencias orgánicas que padecía su madre.

“Se piensa con palabras...” (61, p125), decía Lacan, “allí se ubica el sentido” (61, p125). Nora, desde niña acompañaba a su madre a las distintas consultas médicas, pues su padre, según contó la paciente, estaba muy ocupado, el trabajo le absorbía mucho tiempo. Era un modo de colaborar con él, con quien tenía un vínculo sostenido en el afecto y la admiración; lo consideraba muy inteligente y manifestaba que él le había transmitido cuestiones de índole práctica que le servían para su desempeño cotidiano.

Su madre siempre la desvalorizaba, fundamentalmente, por no haber ejercido su profesión luego de concluir de manera tardía los estudios universitarios.

¿Cómo pudo pensarse esta paciente a partir del discurso materno? ¿Servir solo como acompañante de su madre le supuso tener un lugar a partir de ello? Ante la desvalorización de su madre, ¿buscó ser considerada por esta, mimetizándose con ella mediante lo orgánico?

Se trata de preguntas nada sencillas de desplegar debido a la estructura de la paciente, pero que habrían posibilitado algún movimiento discursivo si los distintos especialistas que la trataron, en diálogo con el analista, hubiesen podido mostrarse como un semblante diferente al ofrecido por la madre. Es decir, un semblante que promoviera correr algo del orden de la certeza instalada en esta paciente que la hacía afirmar: “Soy igual a mi madre”.

En esta línea de trabajo, sostenemos que la palabra, como performativa, en su función simbólica, transmisora del lenguaje cultural e histórico familiar, constituye al sujeto y su aparato psíquico, modela su cuerpo, lo marca; como dijo Lacan: “la resonancia de la palabra es algo constitucional” (61, p133).

Vimos, entonces, la particularidad de la marca en las enfermedades psicosomáticas. En este sentido, Lacan diferenció en su conferencia la palabra hablada de la palabra escrita, y al referirse a lo psicosomático, señaló que es del orden de lo escrito: “todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma” (61, p137).

Lo desarrollado hasta aquí nos proporcionó herramientas para trabajar el concepto de “lo escrito” desde el psicoanálisis, y la particularidad de la marca en estas afecciones.

5.3. Enfermedades psicosomáticas

En pasos precedentes desplegamos nociones conceptuales que resultaron necesarias para sentar las bases de la investigación.

"Abramos el libro" solía decir al comenzar cada sesión una paciente que, según contó, había pasado gran parte de su vida buscando información en libros de medicina sobre una enfermedad congénita que se le descubrió en la infancia.

“Abrir el libro”, en nuestro caso, significa que nos abocamos a desarrollar de una forma más directa y específica el campo de las llamadas “enfermedades psicosomáticas” con un enfoque psicoanalítico.

5.3.1. Transitando la verdad del inconsciente

Para acercarnos al problema de la verdad del inconsciente, dimos inicio a este apartado con una cita tomada de la lectura del Seminario 11 (22) de Lacan, en la cual ofrece una visión del carácter “evanescente” del inconsciente, vinculada a su personal lectura de Freud.

En torno a esto, el autor transmitió:

“No he dejado de hacer hincapié durante mis anteriores exposiciones en la función de algún modo pulsativa del inconsciente, en la necesidad de evanescencia que parece serle de alguna manera inherente: como si todo lo que por un instante aparece en su ranura estuviese destinado, en función de una especie de cláusula de retracto, a volver a cerrarse, según la metáfora usada por el propio Freud, a escabullirse, a desaparecer” (62, p51).

En efecto, este objeto tan difícil de capturar plantea la necesidad de reformular los modelos científicos existentes en el campo de lo psíquico, en función de la constitución de “*la ciencia conjetural del sujeto*” (62, p51), ya que el inconsciente, propuso Lacan siguiendo a Freud:

“está constituido esencialmente, no por lo que la conciencia puede evocar, explicitar, detectar, sacar de lo subliminal, sino por aquello que, por esencia, le es negado a la conciencia” (62, p52).

La afirmación de que el inconsciente “está constituido esencialmente” por lo que le es “negado a la conciencia” (62 p52) es lo que Lacan consideró como “la osadía sin precedentes” (62, p52) de Freud.

Siguiendo con sus reflexiones, ubicó la diferencia de Freud respecto a Descartes: “Descartes aprehende su *yo pienso* en la enunciación del *yo dudo*, no en su enunciado, el cual aún acarrea todo ese saber que ha de ponerse en duda” (62, p52). Aunque los dos hablaban de pensamientos, la propuesta del psicoanalista trascendió a la del filósofo.

“No se trata del yo (*moi*), [...] se trata de lo que es el *Ich* bajo la pluma de Freud, desde el comienzo hasta el fin —cuando se sabe, desde luego, reconocer su sitio—, el lugar completo, total, de la red de los significantes, es decir, el sujeto, *donde eso estaba* desde siempre, el sueño” (62, pp52-53).

Hablar del inconsciente exige ubicarse en el sitio donde los significantes hacen red, este es el sitio que dará origen al sujeto. Por ende, tratar acerca de la *verdad*, remite a ese lugar. Al respecto, Lacan señaló que “Freud sitúa su certeza, *Gewissheit*, únicamente en la constelación de los significantes tal como resultan del relato, del comentario, de la asociación, sin que importen los desmentidos” (62, p52).

Con esta premisa en relación al sujeto del inconsciente, profundizamos los conceptos de la teoría psicoanalítica relacionados con la temática psicósomática. Asimismo, se intentó ensamblar dichos conceptos con la presentación de recortes de historiales clínicos; aun sabiendo que en el psicoanálisis no es posible una correspondencia

de término a término entre el aspecto teórico y la clínica. Por ello, en los distintos desarrollos, fue imprescindible hacer jugar la teoría “caso por caso”.

Lo explicó muy bien Juan Ritvo en una nota a pie de página, en su artículo “Mito singular y fantasma” (63), cuando habló del rasgo clínico:

“La confrontación masiva de las estructuras psíquicas, consideradas como si ellas fueran independientes del método seguido para construirlas y del tiempo de elaboración, con una práctica invocada en su pura indeterminación, nos lleva a la rumia y la esterilidad. La única articulación válida de la teoría con la clínica es la que elude la vía del ejemplo magistral y conecta un fragmento de la palabra en transferencia —aquí llamado rasgo clínico—, con un fragmento de la teoría para, así, formar un nuevo conjunto que conservará la singularidad de la trasmisión” (63, p71).

¿Cómo trabajar desde esta perspectiva teórica a la que adherimos sin perdernos en generalizaciones o aventurarnos a hipostasiar definiciones que se constituyen en nuestro campo de saber? En primer lugar, corrimos algunos riesgos para permitirnos avances teóricos que guiaron, con audacia pero también con rigor, lo que pretendimos mostrar en la investigación.

En consecuencia, una de esas nociones es que no toda patología orgánica se ubica en el estatuto psicosomático. Además, en pacientes con otras estructuras psíquicas pueden darse manifestaciones psicosomáticas, pero, desde nuestra posición, ello se diferencia de aquellos pacientes que se representan por la lesión en el órgano. Es fundamental tener en cuenta tales observaciones que servirán de orientación al momento de dirigir la cura.

En los casos que nos ocuparon, los sujetos presentaban una imposibilidad constitutiva para disponer de los recursos que el significante ofrece; es decir, desde el momento en que el sujeto se representa por la lesión, nos encontramos en el estatuto de lo psicosomático, estamos en el orden del “ser-a-partir-de-la-lesión”.

Vislumbramos así un compromiso del fantasma que presenta diferencias sustanciales en lo que respecta a la estructura psíquica; por ello, se distingue de la neurosis tanto como de la psicosis y la hipocondría, entidades clínicas donde el recurso fantasmático difiere en su modalidad operatoria.

Por lo tanto, en lo que atañe al paciente psicosomático, dejamos establecido, para empezar, que la lesión debe representarlo. “Soy ulceroso”, “Soy asmático”, etc., dirá, poniendo en evidencia un discurso truncado a partir de un achatamiento en la producción fantasmática. Un fracaso en la operatividad de esta en tanto tal.

Aquí es donde el discurso queda fijado —cancelado por la detención de la cadena significante— en el “soy por la lesión que me representa, o bien, soy por el órgano que me

representa a partir de una lesión”. En la clínica, esta particularidad se traduce, asimismo, en la ausencia de toda pregunta por la implicancia y la responsabilidad del sujeto en aquello que le acontece.

Investigamos el concepto de *fantasma* y su compromiso en las afecciones psicósomáticas con detenimiento. Antes, fue necesario reflexionar sobre el funcionamiento fantasmático en las entidades clínicas tales como la neurosis, la psicosis y la hipocondría.

En la neurosis, el *fantasma* protege al sujeto, en la medida en que le permite transitar por los avatares de una pregunta que lo sitúa en relación al deseo del Otro. ¿Qué espera el Otro? ¿Qué quiere el Otro? Desde el momento en que son posibles tales preguntas, se propicia el eslabón, la cadena, el sentido.

Se trata de preguntas que rubrican la neurosis en cuanto a su situación respecto al deseo del Otro y que, al mismo tiempo, habilitan al sujeto a transitar por los sinuosos carriles del deseo propio, si bien no desconocemos las inquietantes complicaciones que supone ir más allá del deseo del Otro. Un deseo jaqueado y en constante desencuentro hace, sin duda, a los avatares de la neurosis.

Por otra parte, las preguntas relativas al fantasma trazan de un modo particular y único la vida del sujeto. Es en esa hiancia entre el sujeto y el Otro donde aparecen las preguntas; el neurótico aproxima a ellas respuestas que transcriben modos de hacer con la falta, con la pérdida que lo constituye, y le permiten su separación del Otro.

Es decir, se trata de una construcción fantasmática, inherente al sujeto constituido en la falta o a partir de la falta en el Otro. Esta falta es propiciatoria del deseo desde el momento en que se inscribe en el psiquismo la función paterna, instalando con ella la Ley de prohibición del incesto.

Sabemos sin embargo, de lo intrincado y costoso que resulta para el sujeto poder acceder a su deseo más allá del deseo del Otro. Ya que si bien el *fantasma* protege al sujeto, también se encuentra en el nudo de las manifestaciones sintomáticas del neurótico, constituyéndose en el germen que da un carácter particular al síntoma. En el transcurso de un análisis procuramos acceder a ello mediante el trabajo sobre las formaciones del inconsciente, de las cuales el síntoma forma parte. Asimismo, se podrán entrever allí determinados correlatos identificatorios en la historia libidinal del paciente.

El neurótico paga con angustia los costos de su deseo. Esa angustia que Lacan describió tan plásticamente en El seminario 10. *La angustia* (64), como un afecto

“desarrumado, [que] va a la deriva”, “desplazado, loco, invertido, metabolizado, pero no está reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que lo amarran” (65, p23).

Precisamente, por este constante estado de conflicto entre el sujeto y el deseo, los síntomas ligados a la angustia se manifiestan de acuerdo a cada una de las diferentes formas clínicas: la neurosis de angustia, la neurosis histérica, la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva; todo ello de acuerdo, entre otras cosas, a los modos de retorno de lo reprimido.

En este sentido, sugerimos que mientras en la histeria el significante mortifica el cuerpo, en las enfermedades psicósomáticas el cuerpo aparece mortificando al significante.

Por otra parte, en la psicosis, el paciente no cuenta con el recurso protector del fantasma, ya que la pregunta que rubrica al fantasma es reemplazada por la certeza de ser todo para el Otro. Tal certeza no da lugar a la falta propiciatoria para la emergencia del deseo. No hay sujeto, hay sujeción; precisamente, por haber cedido su deseo al deseo del Otro. Esto es consecuente con la falta de inscripción en el psiquismo de la ley de prohibición del incesto, atribuible a la forclusión del significante del nombre del padre.

Estamos ante el predominio del registro de lo Real que acucia y amenaza. En algunas formas clínicas, como la esquizofrenia, el órgano puede cobrar corporalidad con la construcción de un delirio, o bien aparecen ideas delirantes “de influencia” y de agresión sobre el cuerpo. Es posible también la experiencia de fragmentación o de despedazamiento. Otra expresión se da en la experiencia aterradora de vivencias delirantes, como las de despersonalización y extrañeza, donde el enfermo experimenta la extrañeza del propio cuerpo. En cuadros graves como la esquizofrenia catatónica, el cuerpo es tomado por una serie de fenómenos psicomotores que ponen en serio riesgo la vida del paciente.

En algunas formas clínicas podemos encontrar, asimismo, alteraciones en la cenestesia; en esos casos es posible observar, entre otros síntomas vinculados con esta alteración, por ejemplo, en pleno verano, el cuerpo cubierto de pesadas vestimentas, o lo opuesto, el cuerpo a la intemperie en pleno invierno sin registrar el frío o la lluvia.

En la melancolía, el riesgo de la desaparición llega hasta la pulverización del cuerpo, tanto por la vía del delirio —mediante ideas de transformación o de inexistencia de los órganos o del cuerpo todo, como en el Síndrome de Cotard—, o por el pasaje al acto suicida.

En cuanto a la hipocondría como entidad clínica —aclaramos que no nos referimos a los síntomas hipocondríacos que pueden presentarse en determinados sujetos neuróticos,

y que para la medicina suelen ubicarse en el mismo plano—, el fantasma también queda truncado en su producción. Aquí encontramos, nuevamente, el recurso de la “certeza”, que evita al sujeto confrontarse con la falta, e interpone para ello “la certeza de la enfermedad orgánica” en su lugar.

En determinados pacientes, se torna difusa la distinción a la hora de preguntarnos por el correlato constitutivo de la estructura psíquica, y de establecer si difiere, y en qué medida lo hace, de la psicosis. Lo cierto es que, aun cuando no contemos con la referencia de los fenómenos elementales propios de determinadas presentaciones —esos rasgos que nos orientan en el hallazgo de la psicosis en la clínica—, la hipocondría como entidad clínica puede corresponderse con una estructura psicótica.

5.4. Fantasmas del cuerpo y marcas clínicas

Trabajar con lo que llamamos “la verdad del inconsciente” e incursionar en ella a partir del concepto de *fantasma* nos permitió delimitar orientadoras distinciones entre las diferentes entidades clínicas: enfermedades psicósomáticas, neurosis, psicosis e hipocondría.

Tanto si un paciente llega a la consulta por su propio deseo o a raíz de una derivación debida a una dolencia orgánica que no responde a tratamientos convencionales, trabajar en la dirección de la cura los síntomas que lo aquejan conduce, entre otras cosas, a indagar el terreno del fantasma. Por ello, no pudimos continuar avanzando sin dedicar un espacio a este concepto fundamental de la teoría psicoanalítica y aproximarnos así al nacimiento del título de esta investigación.

Debemos considerar, ante todo, los múltiples planos que circunscriben el territorio del fantasma: una proliferación imaginaria hecha de escenas; y, al mismo tiempo, un silencio, una mudez, un sinsentido —el límite de lo real—, que tomará sentido a través de la puesta en juego del significante. Es decir, los tres registros: Real, Simbólico e Imaginario se ven comprometidos.

Hablar del *fantasma*, además, remite a una referencia temporal incierta, también remite al origen, a lo mítico; sitúa, pues, el comienzo de la historia del sujeto como deseante y autónomo. Es en el lugar del origen perdido —espacio inhallable donde hubo inscripción, huella sometida al olvido, un olvido radical— donde se instala la construcción fantasmática como respuesta a la pregunta sobre el deseo del Otro.

Desde esta perspectiva, resultó ilustrativo delinear una reseña histórica del término “fantasma”.

En el *Diccionario de Psicoanálisis*, de Laplanche y Pontalis, encontramos el concepto “fantasía” (alemán, *Phantasie*; francés, *fantasme*; inglés, *fantasy* o *phantasy*; italiano, *fantasia*; portugués, *fantasia*) (66).

Esta es definida como:

“Guion imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente.

La fantasía se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias” (66, p128).

Nos detuvimos especialmente en las fantasías originarias, para marcar que son aquellas transmitidas filogenéticamente: vida intrauterina, escena originaria, castración, seducción.

Con esta idea previa, al pretender hacer historia en relación al concepto de nuestro interés, fue necesario contar con los aportes de Sigmund Freud, recuperando la utilidad que le dio en los distintos momentos de su obra al término “fantasía o imaginación”.

En la “Carta 69” que Freud envió a Fliess (Viena, 21-9-97), le decía: “ya no creo en mis neuróticos” (67, p3578). El autor estaba en el camino de trabajar las fantasías, sobre todo en la histeria, pues ponía en duda las experiencias traumáticas infantiles relatadas por sus pacientes, cuestionando la veracidad de estas. Asimismo, consideraba haber sobrevalorado la seducción al darle la jerarquía de factor etiológico.

Se anticipaba en esta carta el tema de la distinción entre verdad y realidad; en ella, Freud señaló “la innegable comprobación de que en el inconsciente no existe un ‘signo de realidad’, de modo que es imposible distinguir la verdad frente a una ficción afectivamente cargada” (67, p3579).

Ambas, verdad y realidad, están conformadas de distinta materia, pero, en cierto sentido, se complementan, ya que podemos darles otro estatuto en el marco analítico. Aludimos aquí a la verdad del sujeto del inconsciente; y en cuanto a la realidad, la referencia que se pone en juego es la de la realidad psíquica.

En trabajos posteriores, Freud continuó profundizando en este aspecto.

En su artículo, “El poeta y los sueños diurnos” (68), de 1907 [1908], diferenciaba entre el juego infantil y la fantasía. Al respecto manifestó:

“La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego. Acaso sea lícito afirmar que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él. [...] La antítesis del juego no es gravedad, sino la realidad. El niño distingue muy bien la realidad del mundo y su juego, a pesar de la carga de afecto con que lo satura, y gusta de apoyar los objetos y circunstancias que imagina en objetos tangibles y visibles del mundo real. Este apoyo es lo que aún diferencia el ‘jugar’ infantil del ‘fantasear’” (68, p1343).

Por lo tanto, en el adulto, según Freud, el juego se verá reemplazado por el “fantasear”, lo que puede aparentar una renuncia al placer que proporciona el juego. Pero sabemos por experiencia —concretamente, a partir de la escucha de pacientes en análisis— cuán vigente se mantiene lo postulado por el autor al sostener que:

“En realidad, no podemos renunciar a nada, no hacemos más que cambiar unas cosas por otras; lo que parece ser una renuncia es, en realidad, una sustitución o una subrogación. [...] Así también, cuando el hombre que deja de ser niño cesa de jugar, no hace más que prescindir de todo apoyo en objetos reales, y en lugar de jugar, fantasea” (68, p1344).

El “fantasear” traduce, pues, la imposibilidad, por parte del sujeto, de resignar la pérdida del objeto; pérdida que se presenta como operación necesaria para el psiquismo, en tanto acredita al sujeto en su condición de deseante.

Entonces, si no hay renuncia, ¿cuál es el sentido de la fantasía? Freud la explicó como promovida por instintos insatisfechos que encontrarán satisfacción a partir de esa elaboración de la fantasía como cumplimiento de deseo. Es decir, le otorgó una función reparadora: “Los instintos insatisfechos son las fuerzas impulsoras de las fantasías, y cada fantasía es una satisfacción de deseos, una rectificación de la realidad insatisfactoria” (68, pp1344-1345).

El cumplimiento de ese deseo al cual se intenta satisfacer no se limita a un tiempo actual, sino que atraviesa los distintos tiempos de la historia del sujeto que harán a la construcción de la fantasía. Freud destacó esa peculiar relación de la fantasía con el tiempo, Señalando que, tanto el pasado, como el presente y el futuro se encuentran “engarzados en el hilo del deseo, que pasa a través de ellos” (68, p1345).

Siguiendo con la revisión propuesta, trabajamos la Lección XXIII, titulada “Vías de formación de síntomas” (69). Casi en los últimos tramos de dicha lección —donde Freud explicó la “serie complementaria” para la formación de síntomas—hay una bonita analogía, digna de mencionarse por la claridad que proporciona con respecto al lugar que ocupa la fantasía en la vida psíquica:

“La creación del reino psíquico de la fantasía halla su completa analogía en la institución de ‘parques naturales’, allí donde las exigencias de la agricultura, de las comunicaciones o

de la industria amenazan con destruir un bello paisaje. En estos parques se perpetúan intactas las bellezas naturales que en el resto del territorio se ha visto el hombre obligado a sacrificar —muchas veces con disgusto— a fines utilitarios, y en ellos debe todo, tanto lo útil como lo perjudicial, crecer y expandirse sin coerción de ningún género. El reino psíquico de la fantasía constituye uno de estos parques naturales sustraído al principio de realidad” (69, p2355).

Dos obras centrales de Freud en las que abordó la cuestión de la fantasía son: *Tótem y Tabú* (1912-1913) (25) y *Moisés y la religión monoteísta: tres ensayos* (1934-1938 [1939]) (70). Ambas, además del estudio del “fantasma originario” en lo que respecta a la singularidad del sujeto, desarrollan la relación con el fantasma de los orígenes, en referencia al origen de la historia global de la especie humana.

Uno de los textos fundamentales para tratar el concepto de interés es “Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales” (71), de 1919; nos detuvimos en las tres fases que conforman lo que Freud describió como “fantasía de flagelación” y su ligazón con ciertos enunciados.

En la primera fase, que corresponde a una etapa infantil muy temprana, el sujeto se halla indeterminado: “El niño maltratado no es nunca el propio sujeto sino otro” (71, 2468). Tampoco el adulto que pega al niño está definido. Pero: “En esta persona adulta indeterminada nos es luego posible reconocer inequívocamente al *padre* [...]. Por lo tanto, esta primera fase de la fantasía de flagelación puede quedar descrita diciendo que *el padre pega al niño*” (71, p2468).

La segunda fase se caracteriza porque en ella se producen grandes transformaciones. Aunque la persona que pega al niño continúa siendo la misma, el que recibe el maltrato es ahora el “propio sujeto infantil de la fantasía” (71, p2468). Ya se avizoraba aquí para Freud el carácter masoquista de la fantasía: “Su descripción será ahora la siguiente: *yo soy golpeado por mi padre*” (71 p2469). Un último punto a destacar, que luego tiene consecuencias sobre todo el proceso del análisis, es la observación de Freud acerca de que la segunda fase “no ha tenido nunca existencia real”(71, p2469). En efecto, dirá con referencia a ello: “Es una construcción del análisis, pero no por ello deja de constituir una necesidad” (71 p2469).

En la tercera fase, se produce un fenómeno llamativo, la fantasía parece regresar a los elementos de la primera fase, con modificaciones. El adulto que pega nunca se identifica con el padre, puede quedar indeterminado, o el análisis permite descubrir un desplazamiento de la figura del padre a la de, por ejemplo, un maestro —“un subrogado paterno”— (71, p2469). El sujeto no aparece él mismo como parte de la fantasía, siempre

es otro el niño golpeado. Pero lo que diferencia esencialmente a las fantasías de esta fase y las de la primera es lo siguiente: “la fantasía es ahora el sustentáculo de una intensa excitación, inequívocamente sexual, y provoca, como tal, la satisfacción onanista” (71, p2469).

Vemos que las transformaciones ocurridas en la fantasía a lo largo de sus distintas fases de construcción encadenan una sucesión de frases tales como: “Pegan a un niño”, “El padre me pega (*yo soy pegado por el padre*)”, “El padre pega al otro niño y no quiere a nadie más que a mí”.

La sucesión significativa da lugar, así, a la cadena bajo el juego condensación-desplazamiento: frase fantasmática-escena fantasmática.

Estos textos, al igual que el resto de la obra freudiana, dan lugar a un minucioso análisis en el que, sin embargo, no nos detuvimos, ya que el propósito de esta revisión fue dejar sentadas las bases teóricas de la cuestión del fantasma.

Con este mismo objetivo, la lectura de la obra de Lacan y otros autores fue también de gran utilidad.

Comenzamos por El seminario 1. *Los Escritos Técnicos de Freud*, (72) de Lacan. En “Notas de traducción” (73, p9), Diana Rabinovich aludió a las continuas polémicas en torno al término “fantasma”. Para situar dicho concepto, la traductora apela a la definición brindada por el Diccionario de la Real Academia Española (57):

- 1-Visión quimérica como la que ofrecen los sueños a la imaginación acalorada.
- 2-Imagen de un objeto que queda impresa en la fantasía.
- 3-Persona entonada y grave, presuntuosa.
- 4-Espantajo o persona disfrazada que sale por la noche para asustar a la gente

Rabinovich aclaró, tras esta explicación, que, si bien en la lengua corriente predomina el uso del término en el sentido de la cuarta acepción, las dos primeras se adecuarían al sentido que tiene en la acepción francesa.

De habernos quedado exclusivamente con estas definiciones de “fantasma”, tendríamos la impresión —por cierto, errónea— de que tal concepto se halla vinculado sólo a uno de los tres registros estructurantes del sujeto: el Imaginario —nos referimos a la tríada R.S.I. (Real, Simbólico, Imaginario)—. De todos modos, está claro que no es así, puesto que da cuenta de ello la impronta del significante introducida por Lacan, y ya contemplada por Freud.

Al trabajar la concepción del sujeto y del aparato psíquico tomando como referencia la “Conferencia de Ginebra” (61), destacamos la importancia de la palabra y su

resonancia con efectos constitutivos del psiquismo. La palabra, en su función simbólica, no sólo es transmisora del lenguaje cultural e histórico familiar, sino que constituye al sujeto y su aparato psíquico, modela su cuerpo, lo marca a través del significante.

Por lo tanto, resulta evidente que Lacan no limitaba el concepto de *fantasma* al registro de lo Imaginario, pues articuló este concepto a la estructura del significante, permitiendo así vislumbrar la posición originaria del sujeto del inconsciente en relación con el deseo del Otro. Surge entonces la interrogación acerca de “¿Qué quiere el Otro?” o “¿Qué espera el Otro?”; son preguntas que trazan de un modo particular y único la vida del sujeto. Esta transcurre, precisamente, por interrogantes a los cuales el sujeto aproxima respuestas que transcriben modos de hacer algo con la falta, con la pérdida; es decir, que le permitirán su separación del Otro primordial.

Entre los años 1966 y 1967, Lacan dictó el Seminario 14, titulado La lógica del fantasma (74), en el cual desarrolló, precisamente, “la articulación lógica del fantasma”, junto con otros aspectos; entre ellos, “la relación de esta estructura del fantasma con la estructura como tal del significante” (75, p1).

Encontramos en este seminario la siguiente fórmula del fantasma —sujeto barrado, (punción, en la fuente consultada) losange, (75) $a—:\$ \diamond a$.

Lacan explicó que el sujeto barrado se relaciona con la división del sujeto: “el sujeto está por una parte barrado por lo que lo constituye propiamente en tanto función del inconsciente” (75, p1). El sujeto así constituido se relaciona con a por intermedio del *losange*.

Dijo Lacan: “ a ’ es un objeto del que extraigo la lógica del fantasma” (75, p1). Insistiendo de manera constante en que a no se remite al terreno de lo Imaginario, sino que se presenta como resto de lo real:

“El término a nos aparecerá (mejor aun a medida que marquemos lo que permite caracterizarlo como valor lógico) mucho menos emparentado con el dominio de lo imaginario. Lo imaginario que se engancha, se acumula ahí; el objeto a es otro estatuto” (75, p1).

Más adelante agregó al respecto:

“ a resulta de una operación de estructura lógica, efectuada no *in vivo*, no sobre lo viviente mismo, no en el sentido confuso que guarda para nosotros el término ‘cuerpo’ (no es necesariamente la libra de carne, aunque pueda serlo, después de todo cuando lo es no arregla tan mal las cosas) [...] Es el seno, el escibalo, la mirada, la voz, estas piezas separables, sin embargo profundamente religadas al cuerpo, he aquí de lo que se trata en el objeto a ; para hacer el a por lo tanto limitémonos, ya que nos obligaremos a cierto rigor de

la lógica, a señalar que hace falta lo ‘listo para proveerlo’. [...] para hacer el fantasma hace falta ‘lo listo para llevarlo’” (75, p2).

Dentro de la fórmula, el sujeto barrado y *a* se ligan por el *losange*, que es el “signo para conjugar en él lo que puede ahí aislarse” (75, p1).

La fórmula se traduce del siguiente modo: el sujeto dividido se halla en relación de sí y de *a*; *a*, en su estructura, se relaciona con el Otro. En función de esta fórmula, lo que el fantasma “lleva” “tiene dos nombres que conciernen a una sola y misma sustancia”, ellos son *deseo* y *realidad*. En cuanto a este punto, Lacan aclaró que:

“Es totalmente inútil fatigarse en articular la realidad del deseo, porque primordialmente el deseo y la realidad son una relación de textura sin corte, ellos no tienen por lo tanto necesidad de costura, necesidad de ser reconocidos” (75, p2).

Recordamos lo afirmado por el autor en referencia a que: “el sujeto no podría instituirse más que como una relación de falta al *a* que es del Otro, al querer situarse en el Otro, al no haberlo más que amputado de ese objeto *a*” (75, p4).

La investigación nos condujo a otra referencia importante: el artículo de Sara Glasman, “Consideraciones sobre la pulsión y el fantasma”, (76) donde la autora analizó un trabajo de Alberto Marchilli: “El fantasma y lo invocante”. Extractamos algunos puntos interesantes para una posterior reflexión.

Se trata de dos análisis de jerarquía que se enlazan reflexivamente. En un punto, Marchilli, al tomar el texto paradigmático de Freud “Pegan a un niño” (71), observó que el fantasma articula las pulsiones escópica e invocante. Ambas pulsiones juegan un papel privilegiado en la estructuración psíquica y en la conformación del cuerpo erógeno; ello se da a condición de la pérdida de objeto y la sustracción de libido narcisista para que pueda emerger la construcción fantasmática e investir objetos no narcisistas. Asimismo, dichas pulsiones son relevantes a la hora de tratar específicamente las enfermedades psicosomáticas.

Como puede leerse siguiendo a Glasman, Marchilli no descuidó en su artículo lo tratado en “Pegan a un niño” en cuanto a la pulsión sadomasoquista, la ubicación del masoquismo en el Edipo y la vinculación que relaciona el autoerotismo con el fantasma, lo cual permitió a Freud llegar al desarrollo de la pulsión de muerte.

Otro punto interesante de Marchilli, que creímos oportuno transcribir a continuación por la riqueza de su aporte, dice:

“Recapitulando hasta acá, la pulsión es compulsión; esa compulsión es autoerótica; implica una zona del cuerpo, y *no hay interpretación psíquica de lo que allí ocurre; es introducida en lo somático por la filogénesis*; la filogénesis es una carga cultural que es transmitida por el Otro: la madre cumple en esto una función ‘asignada por la cultura’. Pero si quisiera llevar esto más lejos la hipótesis de que *la pulsión se introduce en la ‘materia viviente’*, habría que decir que el viviente ha devenido materia para la pulsión” (76, p18). [El subrayado es nuestro.]

Partiendo de este desarrollo, Glasman describió una especie de división en el sujeto: por un lado, deja lo pulsional como ligado al cuerpo; y por otro, el fantasma, ligado a lo psíquico y marcado por el significante. Asimismo, la autora otorga a la pulsión parcial una función límite entre ambos campos disyuntos con efectos en ambos.

En síntesis, el texto nos brindó aportes centrales para pensar, desde las teorías freudiana y lacaniana, lo inherente a la constitución del sujeto a partir del fantasma.

Ritvo, en “Mito singular y fantasma” (63), señalaba: “En diversas ocasiones ha dicho Lacan que el fantasma es una frase y su modelo Pegan a un niño” (63, p77). En este sentido, propone un análisis sobre lo que entiende por frase en la lengua analítica y en la gramática. En gramática, sea descriptiva o transformacional, el discurso queda “reducido a una sucesión lineal de frases” (63, p77); mientras que, en la lengua analítica, homologa el habla con los hilos de una red, lo cual nos remite a las representaciones orientadas por el automatismo de repetición, contemplando la condensación y el desplazamiento en la estructura de la frase fantasmática.

La frase “Soy pegado por mi padre” conduce a diversas significaciones que hacen a la construcción fantasmática y la vinculación con lo pulsional.

En otro momento interesante de su artículo, Ritvo relacionó trauma y fantasma:

“El fantasma difiere el momento traumático de la sexualidad y el síntoma repite, como segundo, la primariedad del trauma. Desde otra perspectiva, puedo decir que el síntoma es el futuro anterior del fantasma” (63, p79).

Se refería así a la temporalidad con la que el fantasma envuelve el grano traumático y protege al cuerpo erógeno, acotando, por intermedio de su condición de objeto fantasmático, la entrega del sujeto al deseo del Otro. De este modo, planteaba el autor, se consigue la eficacia del síntoma neurótico, en una repetición que ata a los significantes. Lo que buscamos nombrar como “fantasmas degradados de lo psicosomático” se sustrae a este mecanismo, y tal vez a la teoría, de ahí el carácter de interrogante que presenta.

Al entrar en nuestro campo específico de preocupaciones en torno a lo que hemos denominado “enfermedades psicosomáticas”, vimos que, en lo que habitualmente se

nombra como pacientes con enfermedades psicosomáticas, la clasificación se desplaza cuando ingresamos por “los fantasmas” que constituyen un recorte del cuerpo.

Estamos ante un recorte que quedó detenido en la instancia de lo que nombramos *soma*, pero el punto de indagación que ilumina y descentra la clasificación son los fantasmas del cuerpo que instauran un dominio psicosomático en diferentes pacientes.

Para entender tal operatoria fantasmática, con sus consecuentes marcas clínicas, la investigación llevó, indefectiblemente, a incursionar en el registro de lo Real, y a pensarlo de este modo: lo que yace tras la red significativa es un Real ensamblado. En determinadas vicisitudes de la constitución del sujeto, ese ensamble necesario de lo Real con lo Simbólico y lo Imaginario se atenúa, se debilita, parecería deshilacharse, y este escenario estructural se hace presente mediante el signo que denuncia la lesión del órgano. En las enfermedades psicosomáticas nos encontramos ante un Real que remite a pensar en un recorte corporal desprotegido o sin velo. Aquello que no pudo simbolizarse y quedó por fuera del discurso, excluido.

Estas marcas clínicas responden a una construcción fantasmática empobrecida; se convierten así en escritura, en marcas que trazan el cuerpo. Como una de las propuestas centrales de esta tesis nombramos a tales marcas, que representan al sujeto, *estigmas del cuerpo*.

Antes de entrar de lleno en el desarrollo teórico de la noción, nos propusimos realizar una breve reseña del origen del término adoptado, remitiéndonos especialmente, al campo de los estudios sobre religiones, y en particular, al cristianismo.

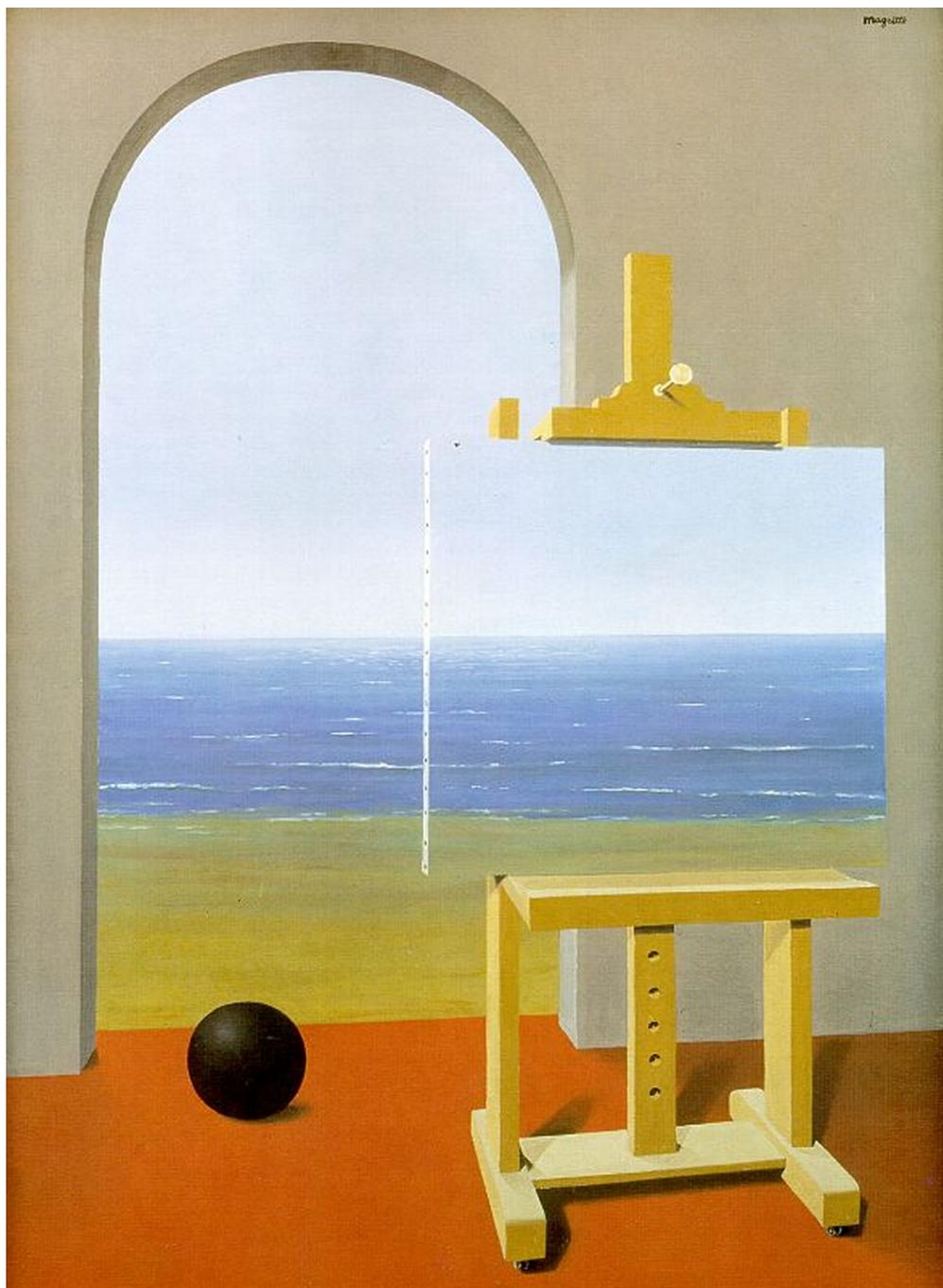
El término latino *stigma* (del griego *stigma*) se refiere, entre otras acepciones, a una “marca hecha al fuego, especialmente a los esclavos que alguna vez habían huido de la casa de sus amos; [...] [a una] nota infamante” (2, p1609).

Ambas acepciones tienen en nuestro contexto sugerentes resonancias. En efecto, podríamos pensar al enfermo psicosomático como alguien que se encuentra en una situación de sujeción, en la cual el órgano queda *marcado a fuego*. Desde tal perspectiva, esa marca denotaría, acorde a lo planteado, la sujeción al Otro, y al mismo tiempo, es algo que se brinda a la vista del otro. En síntesis, permite al sujeto reconocerse y ser reconocido.

Es una *nota infamante* en el sentido de que deja al sujeto expuesto en su imposibilidad estructural de ser por fuera de la marca misma. Conviene recordar lo ya señalado acerca de este tipo de pacientes a los que escuchamos presentarse y representarse por la lesión del órgano.

Otro aspecto que no pudimos pasar por alto se vincula al campo de estudio de la historia de las religiones; en este terreno, el supuesto carácter sobrenatural de los estigmas es un elemento central. Se cree que las marcas del cuerpo son signos de la elección divina, y por lo tanto, divinamente impuestas.

Por ejemplo, para los cristianos, el término *stigmata* refiere a las heridas que algunas personas portan en las manos y los pies, y ocasionalmente, en el costado, el hombro o la espalda, las cuales se cree que son signos visibles de participación en la pasión de Cristo. Al respecto, Thurston sostuvo que, a partir, sobre todo, de la figura de San Francisco de Asís, surgió en la mente de muchos contemplativos la idea de “esta forma de unión con sus Divino Señor”, y que “era posible conformarse físicamente a los sufrimientos de Cristo al portar las marcas de Sus heridas en las manos, los pies y el costado” (77, p221). El estigma funciona, en consecuencia, como la marca de una irrupción de algo ajeno. En los pacientes con enfermedades psicósomáticas esta “irrupción de algo ajeno” es una experiencia que resuena fuertemente en la clínica.



La condición humana, de René Magritte, 1935.

“[...] los múltiples planos que circunscriben el territorio del fantasma: una proliferación imaginaria hecha de escenas; y, al mismo tiempo, un silencio, una mudez, un sinsentido —el límite de lo real—, que tomará sentido a través de la puesta en juego del significante.”²

2

5.5. Cuerpo y escritura

Al ocuparnos del concepto de *fantasma*, nos aproximamos a la génesis de lo que designamos como *estigmas del cuerpo*. Con esta perspectiva, entramos en el orden de lo escrito en la estructura. Surgieron así algunas preguntas cuyo sentido fuimos desarrollando. Por ejemplo, ¿de qué tipo de escritura se trata, y qué alcance tendría? Al referirnos a los *estigmas del cuerpo*, ¿podemos hablar de tatuaje, de relevo del rasgo? ¿Estamos ante algo que declina como identificación y lleva las cosas al terreno de la escritura en lugar de que emerja el deseo?

Para comenzar a desplegar estos interrogantes, retomamos lo anunciado acerca de la escritura en el órgano en “La concepción del sujeto y del aparato psíquico”.

En el apartado titulado “Respuestas”, de la “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma” (61), Lacan propuso que lo psicossomático es del orden de lo escrito: “Todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma” (61, p137).

Un nuevo intercambio entre los concurrentes a la conferencia lo llevó a establecer la diferencia entre la palabra hablada y la palabra escrita, para luego vincular lo escrito con el rasgo unario:

“El cuerpo en el significante hace rasgo y rasgo que es Uno. Traduje el *einzigster Zug* que Freud enuncia en su escrito sobre la identificación como rasgo unario. Alrededor del rasgo unario gira toda la cuestión de lo escrito. Al respecto, que el jeroglífico sea egipcio o chino da lo mismo. Siempre se trata de una configuración al rasgo. No en balde la numeración binaria sólo se escribe con 1 y 0. La cuestión debería juzgarse a nivel de ¿cuál es la suerte de goce que se encuentra en lo psicossomático? Si evoqué una metáfora como la de lo *congelado*, es porque hay efectivamente una especie de fijación. Tampoco Freud emplea en balde el término de *Fixierung* —es porque el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número” (61, p139).

Las cuestiones teóricas planteadas en esta cita, dada su jerarquía, no pudieron ser abarcadas en una sola reflexión.

Para empezar, ubicamos el concepto de *Identificación* en Freud, ya que ello nos permitió abocarnos a trabajar con mayor precisión lo que se denomina *rasgo unario* en la obra de Lacan. Es una línea teórica que promueve a investigar la situación de pacientes afectados por determinadas enfermedades orgánicas llamadas “psicossomáticas”, precisamente, a partir de la pregunta por la identificación.

La primera obra en la que nos detuvimos fue “Tótem y tabú” (1912-3) (25), donde Freud trabajó la identificación totémica en relación a “la comida totémica, quizá la primera

fiesta de la humanidad” (25, p1838). Se trata de la identificación al Padre muerto que instala la falta en la madre. Estamos en el terreno de la *Identificación primordial*, anterior a toda elección de objeto y, al mismo tiempo, necesaria para la elección de objeto.

En el sistema totémico ya está planteada, por tanto, la Ley exogámica, vehiculizada filogenéticamente por línea materna. Según Freud, en la organización totémica, entre los integrantes de un clan o una tribu, hay un vínculo fraternal; dicho vínculo puede constituirse por lazo sanguíneo, pero está dado, principalmente, por la pertenencia a un tótem. Esto supone toda una serie de obligaciones, como la que impide que exista, entre los participantes de cierto clan o tribu, contrato sexual y matrimonial.

Señalamos que cuando se hace referencia al tótem no se habla de un individuo, sino de ese grupo representado por la figura y nombre de, por ejemplo, un animal, una planta o una fuerza natural.

Entre los muchos aspectos interesantes que presenta el análisis del totemismo, está aquel que permite pensar en la forma en que se produce la inscripción psíquica. Aludimos a la inscripción mediante el tatuaje; en ese caso, se trata de una escritura primitiva que funciona de modo identificatorio y como indicadora de pertenencia a un mismo clan o tribu. En determinados rituales o actos solemnes los miembros del clan se visten con la piel del animal o se tatúan su figura en el cuerpo.

En lo que respecta al tabú, es una palabra de origen polinesio, cuyo antónimo es *noa*, término que, acorde a lo explicado por Freud, puede definirse como: “lo ordinario, lo que es accesible a todo el mundo”. En este sentido, agregó que, en cambio, “el concepto de tabú entraña [...] una idea de reserva, y [...] se manifiesta esencialmente en prohibiciones y restricciones” (25, p1758).

En relación a ellas indicó:

"Las restricciones tabú son algo muy distinto de las prohibiciones puramente morales o religiosas. No emanan de ningún mandamiento divino, sino que extraen de sí propias su autoridad. Se distinguen especialmente de las prohibiciones morales por no pertenecer a un sistema que considere necesarias en un sentido general las abstenciones y fundamente tal necesidad. Las prohibiciones tabú carecen de todo fundamento. Su origen es desconocido. Incomprensibles para nosotros, parecen naturales a aquellos que viven bajo su imperio" (25, p1758).

La dos significaciones opuestas que posee el término tabú desde el punto de vista de Freud pueden enunciarse del siguiente modo: por un lado, tiene la significación de lo “sagrado o consagrado”, y por el otro, su contraria, la de lo “inquietante, peligroso o impuro” (25, p1758).

Es necesario plantear, asimismo, una primera referencia a esa “identificación originaria” que nos es transmitida filogenéticamente. En esta identificación, aún no hay sujeto, hay cuerpo a construirse. Recordemos el término *Ursprünglich*, traducido como *originario*, donde *Ur-* es el prefijo que indica lo primordial, la marca de lo filogenético, que es necesaria para la primera transmisión de libido.

La diferencia entre *originario* y *primario* en Freud ha dado lugar a variadas consideraciones que no pueden pasarse por alto. En primer lugar, el estado llamado “originario” —el de la horda primitiva— (*Urzustand*) tiene carácter de inobservable; en todo caso, aparentemente, la referencia observable más inmediata, como lo señaló Le Gaufey, fue para Freud un tipo de organización primitiva (*Primitivste Organization*) compuesta por miembros varones “que gozan de iguales derechos” (25, p1838) bajo las restricciones del sistema totémico.

Esta situación presenta un problema teórico que Le Gaufey expresó del siguiente modo:

“Lo que nos queda por resolver es cómo la estructura interna de ese mito articula esos dos órdenes poderosamente heterogéneos: “lo originario” (*Urzustand*) y “lo primario” (*primitivste*, forma superlativa, el primero de todos) que va a ser presentado como una consecuencia de este origen. ¿Qué es lo que pasa entre este *originario* y ese *primario* que permite pensar que pertenecen a la misma serie, inaugurando así la sucesión indefinida de figuras llamadas “secundarias?”” (78, p119).

[...] “ese “*primitivste*” tan bien nombrado por Freud con un superlativo, hace de él el primero de una serie cuyos elementos se van a eslabonar hasta nosotros y hará que entre *originario* y *primario* se desarrolle la tensión esencial de un *primer lazo*”(78, p122).

En otra obra de gran importancia, “Psicología de las masas y análisis del yo” (1920-1921- [1921]), (79) en el capítulo titulado “La identificación” (80) Freud puntuó: “La identificación es conocida en el psicoanálisis como la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona, y desempeña un importante papel en la prehistoria del complejo de Edipo” (80, p2585).

Estamos en el terreno de la *Identificación secundaria*, si bien Freud no la conceptualizó específicamente con ese término. Por ende, corresponde destacar la importancia de la *identificación* en relación a la constitución del sujeto y la formación de síntomas desde tal perspectiva.

Freud desarrolló tres fuentes a considerar en cuanto a la formación de síntomas, inherentes a distintos caminos que puede seguir la identificación en un sujeto; resumiéndolas de esta manera:

“1. La identificación es la forma primitiva del enlace afectivo a un objeto; 2. Siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección de objeto en el yo; y 3. Puede seguir siempre que el sujeto descubre en sí un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales. Cuanto más importante sea tal comunidad, más perfecta y completa podrá llegar a ser la identificación parcial y constituir así el principio de un nuevo enlace” (80, pp2586-2587).

La primera de ellas es la más temprana y presenta características similares a las del Complejo de Edipo; el síntoma neurótico puede surgir a partir de un deseo hostil de sustituir a la madre —síntoma histérico—, o bien puede ser tomado de la persona amada —el padre—. Al respecto, escribió Freud: “la identificación ha ocupado el lugar de la elección de objeto, transformándose ésta, por regresión, en una identificación” (80, p2586).

Es decir, distinguió aquí dos modalidades, proponiendo que el yo, en determinadas circunstancias, puede copiar a la persona amada, o en otros casos, a la persona no amada, pero en ambas situaciones: “la identificación no es sino parcial y altamente limitada, contentándose con tomar un solo rasgo de la persona-objeto” (80, p2586).

La *segunda identificación* queda así expresada por Freud, al sostener que se trata de una identificación parcial y que solo se da con un rasgo del otro. Trabaja a partir de la *identificación* la formación de síntomas neuróticos, la homosexualidad y la melancolía.

En “Introducción al narcisismo” (1914), (59) el desarrollo se vinculó a una identificación especular. Esta tiene que ver con el amor por la imagen en el espejo. Se trata de una instancia decisiva para que pueda darse, o no, el pasaje a la elección de objeto. En situaciones clínicas graves, no solo en enfermedades orgánicas, dicho pasaje se verá obstaculizado.

Con esta lectura de Freud, nos servimos del *einzigster Zug* para avanzar en nuestro propósito. A tal fin, fueron de gran utilidad algunas referencias teóricas propuestas por Lacan sobre el *rasgo unario*.

Aclaremos que Lacan, cuando tomaba un concepto de Freud, no siempre lo utilizaba en el mismo sentido ni tampoco se trataba de una lectura lineal que se trasladaría luego a sus argumentaciones teóricas; más bien, hizo su propia lectura, y construyó así nuevas propuestas conceptuales que adecuó a sus propósitos. Además, en el trayecto de su obra se permitió revisar y reformular dichas propuestas.

El pasaje desde la noción de *einzigster Zug* al *rasgo unario* de Lacan tiene lugar mediante *la letra*. Lo que en Freud podría situarse en el plano imaginario —cuando trató la identificación secundaria en “Psicología de las masas y análisis del yo”—(79), en Lacan se sitúa en el orden del significante y sus efectos sobre la imagen del cuerpo; es allí donde

puso el énfasis, más que en lo imaginario. Por lo tanto, este paso por el campo de lo *imaginario-simbólico* se logra mediante *la letra* como *nombre propio*, lo cual no implica que *la letra* se corresponda unívocamente con *el significante*.

Esta no univocidad se explicaría de la siguiente manera: el significante por sí solo no representa al sujeto, sino a otro significante; y cuando los significantes hacen cadena, hay efecto de representación del sujeto en el campo del Otro. En esta instancia del significante es donde situamos la *letra* que nombra —lo que produce la transcripción del *einzigiger Zug* a rasgo unario— y escribe al sujeto como algo que le es propio, como marca en ese campo del Otro.

Es decir, la *letra* no es un fonema, no tiene que ver con la designación de un objeto en particular; por el contrario, hay un borramiento del objeto como figura. Allí está el *nombre propio*, en “lo irremplazable” de un sujeto, y vinculado al lenguaje.

En “La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud” (81), Lacan afirmó que “es toda la estructura del lenguaje lo que la experiencia psicoanalítica descubre en el inconsciente” (81, pp474-475). A este respecto, advirtió que tal afirmación obligaría a reconsiderar la idea *del inconsciente como sede de los instintos*. Luego, para terminar de redondear la noción de *letra*, sostuvo que, a *la letra*, hay que tomarla “Sencillamente, al pie de la letra” (81, p475).

A lo largo de este artículo, Lacan propuso un trayecto desde la *letra* como soporte hasta el nombre propio. Designó “como letra ese soporte material que el discurso concreto toma del lenguaje” (81, p475); lo cual supone que la estructura del lenguaje preexiste al sujeto.

En el Seminario 10. *La angustia* (64)—Clase 2 (82), del 21 de noviembre de 1962—, encontramos:

“no hay aparición concebible de un sujeto en cuanto tal sino a partir de la introducción primera de un significante, y del significante más simple, el que se llama el rasgo unario. El rasgo unario está antes que el sujeto. *En el principio era el verbo* significa *En el principio es el rasgo unario*” (82, pp30-31).

Si el rasgo unario es *de antes del sujeto*, si *en el principio fue el verbo* —el sujeto hablado desde el campo del Otro, que encuentra allí su lugar—, no podíamos dejar de reflexionar, partiendo de su intervención como marca inaugural preexistente, sobre el lugar de jerarquía que ocupa en la teorización de las enfermedades psicosomáticas.

Más adelante, en la misma clase, Lacan insistió sobre algunos aspectos que dan cuenta de la trascendencia de esta noción para la estructura psíquica:

“*Simplex*, singularidad del rasgo, eso es lo que nosotros hacemos entrar en lo real, lo quiera lo real o no. Una cosa es segura, que entra, y que ya ha entrado ahí antes de nosotros. Por esa vía, todos esos sujetos que dialogan desde hace, ciertamente, algunos siglos, tienen que arreglárselas como puedan con esta condición — que precisamente entre ellos y lo real esté el campo del significante, porque ya fue con este aparato del rasgo unario como se constituyeron como sujetos” (82, p31).

Dijimos que ese rasgo *está antes que el sujeto*; pues bien, antes que el sujeto tenemos la presencia del Otro, ya que el sujeto es hablado desde el Otro. Destacamos, entonces, la singularidad del rasgo que entra en lo real con la mediación del significante. Es por ello que nos preguntamos, justamente, sobre las potenciales consecuencias cuando el significante no puede mediar.

De este modo, fue posible aproximar la teorización de que, ante una enfermedad psicósomática, se produciría una detención en el rasgo con predominio del registro de lo real; en este punto de identificación, el sujeto quedaría en posición de objeto en relación al Otro.

En la práctica clínica se pone en evidencia que el órgano afectado suele tener una vinculación con este orden identificatorio al rasgo; todo sucede como si no fuese posible para el sujeto distinguir la diferencia con el Otro.

Examinamos el Seminario 9. *La identificación* (83). En la clase 2 (84), del 22 de noviembre de 1961, a propósito del *einzigster Zug*, leímos:

“La fundación del uno que constituye ese trazo no está en ninguna parte tomada en otra parte que en su unicidad. Como tal, no podemos decir de él otra cosa sino que es lo que tiene de común todo significante: estar ante todo constituido como trazo, tener a ese trazo por soporte” (84, p18)

Lacan aludía en ese planteo a la identificación inaugural del sujeto al significante radical, al trazo único como tal. Si se trata de la identificación inaugural, el rasgo nos remite al Otro, viene del Otro. Esta hipótesis nos llevó a dar un paso más, que se enlazaba con la pregunta por el “Nombre del padre”. Sostuvimos que el rasgo podría operar como escritura filogenética en el órgano.

Siguiendo estas reflexiones en cuanto al rasgo unario y la escritura, formulamos pues, que en lo psicósomático “el rasgo” marca el órgano —no el cuerpo—. El rasgo unario lo escribe —¿como un tatuaje?— en un punto donde no da lugar a la cadena significante, sino que la misma se detiene. Se produce una suerte de degradación de su función misma de rasgo, y el rasgo prevalece como tal en un recorte corporal desprotegido de la construcción fantasmática.

Reiteramos que, cuando hablamos de identificación —identificación al rasgo—, el “rasgo unario” no es exactamente equiparable al S1; es imprescindible mantener esta distinción entre rasgo y significativo, ya que, si bien están en relación, conceptualmente, no se trata de lo mismo. De igual modo, sostenemos que esta distinción entre el rasgo —en función de la identificación del sujeto— y la cadena significativa —en función del deseo— no remite a otra cosa que a la clásica e importante distinción freudiana entre identificación y elección de objeto.

Esta diferencia permite observar que —en cuanto a la función del rasgo como sujeto de la identificación en la instancia psicosomática— el rasgo declina como un signo, una marca que no pudo hacer cadena significativa, y adquiere, eventualmente, visos de parodia de identificación. Todo esto debe llevarnos a una revisión de la articulación entre cuerpo, identificación y rasgo bajo el espectro de lo psicosomático.

Por último, retomamos lo planteado por Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” (79) al trabajar la “segunda identificación”; esta identificación siempre es parcial y solo se da a un rasgo del Otro, lo cual puede ayudar a dilucidar ciertos aspectos de las afecciones que abordamos.

En tales afecciones, si hay detención en este punto identificatorio y los significantes no pueden hacer cadena, el sujeto quedaría en posición de objeto en relación al Otro. Advertimos, además, que si la lectura del rasgo no se hace desde el S1 y va al cuerpo real —como imagen real—, y no propicia una lectura inconsciente, se pierde el movimiento de representación; estamos, entonces, ante un S1 situado en el superyó con función de mandato.

En la práctica clínica se pone en evidencia que el órgano afectado suele tener una vinculación con esta modalidad identificatoria, como si no fuese posible establecer una diferencia entre el sujeto y el Otro.

Por ejemplo, en determinados momentos del relato de la paciente a la que llamamos Claudia, no se podía distinguir si hablaba de ella o de sus tíos, muertos ambos por cáncer de páncreas. En el caso de Nora, su discurso traducía la confusión con su madre al enunciar, en relación con el padecimiento de numerosas afecciones orgánicas: “Soy igual a mi madre”.

5.6. Observaciones sobre la teoría psicoanalítica en relación con la temática psicosomática

Entendimos necesario teorizar sobre algunos conceptos psicoanalíticos para vincularlos con la temática psicosomática, en un interjuego —que resultó enriquecedor— con fragmentos clínicos tomados de la práctica.

Trabajamos lo referente al signo, el discurso amo y el discurso universitario, también, los conceptos de holofrase, objeto *a*, pulsión, y el fenómeno de mimetismo, junto a la repetición, la libido y el goce.

5.6.1. Un signo a mostrar

Para empezar, recobramos lo Lacan señalaba en “La conferencia de Ginebra sobre el síntoma” (61), acerca de que un enfermo psicosomático “se asemeja más a un jeroglífico que a un grito” (61, p138). A partir de ello, incursionamos en los significados del término “jeroglífico”. En la 22ª edición del *Diccionario de la Real Academia Española* (57) se ofrece la siguiente definición:

jeroglífico, ca.

(De hieroglífico).

1. adj. Se dice de la escritura en que, por regla general, no se representan las palabras con signos fonéticos o alfabéticos, sino el significado de las palabras con figuras o símbolos. Usaron este género de escritura los egipcios y otros pueblos antiguos, principalmente en los monumentos.

2.m. Cada uno de los caracteres o figuras usados en este género de escritura.

3.m. Conjunto de signos y figuras con que se expresa una frase, ordinariamente por pasatiempo o juego de ingenio.

4.m. Cuadro, escritura, apunte, etc., difíciles de entender o interpretar. (57)

Partiendo de esta definición, pareciera que en el fenómeno psicosomático no hay palabras por decir, sino que hay signos por mostrar. La pregunta pertinente sería entonces: ¿por mostrar a quién?

En El Seminario 11 (22), Lacan hizo referencia al *signo* señalando que:

“Toda la ambigüedad del signo reside en que representa algo para alguien. Este alguien puede ser muchas cosas, puede ser el universo entero, en la medida que se nos enseña, desde algún tiempo, que la información circula por él, con el negativo de la entropía. Todo nudo donde se concentren signos como representantes de algo, pueden pasar por ser alguien” (85, p215).

Volvimos a la situación clínica de la paciente Nora, trabajada en “La concepción del sujeto y del aparato psíquico”, para pensar ¿qué mostraba esta paciente con sus signos

y a quién los mostraba? Al remitimos al planteo de Lacan —“toda su ambigüedad reside en que representa algo para alguien”—, pudimos aventurar la siguiente pregunta: ¿representará la forma de pago que encontró esta paciente para saldar la deuda imaginaria contraída con su madre?

Siguiendo con la definición de jeroglífico, en cuanto a que este género de escritura era utilizado por pueblos antiguos en sus monumentos, nos fue posible, en lo que respecta a las enfermedades psicosomáticas, relacionar lo antiguo con el vínculo primitivo entre el sujeto y el Otro. Esto permitió homologar, en tales casos, el órgano en cuestión con la función desgastada del monumento, más apto para señalar, reverenciar o simplemente descuidar que para ser leído.

La potencia jeroglífica que estuvo en su base se ha resecado, por lo cual el cuerpo solo hace señas, sin la pregunta subjetiva por lo que tiene escrito. Es así que la lesión aparece donde no hay posibilidad de elaboración fantasmática.

Insistimos en la riqueza de “La Conferencia de Ginebra” (61), allí Lacan ubicó lo psicosomático en el terreno de lo escrito, de la palabra que escribe un órgano. Formulamos que el rasgo, como letra transmitida filogenéticamente, marca el órgano en un recorte corporal desinvertido de la construcción fantasmática.

De esta modalidad de escritura —escritura en el órgano— surge, como inherente a estos pacientes, la traducción en signos y síntomas físicos de una dolencia orgánica que los lleva a consultar con especialistas de distintas áreas de la medicina referidas a la patología en cuestión. Por lo tanto, son pacientes que no acuden al analista motivados por el deseo de preguntarse acerca de su afección, sino que son derivados por médicos de otras especialidades ante la respuesta insuficiente o la falta de respuesta a los tratamientos indicados.

Debido a la particularidad señalada, el analista que resuelva tomarlos en tratamiento deberá, de algún modo, posibilitar cierta flexibilidad que permita, de forma pausada, un corrimiento desde el discurso centrado en lo orgánico hacia un discurso que intente desplegar la trama inconsciente.

La dirección de la cura difiere de acuerdo con los matices propios de cada situación clínica. Si estas particularidades no son tenidas en cuenta, sólo se logra incrementar la resistencia del paciente, y ello trae aparejada, por lo general, la pronta interrupción del tratamiento.

Es asimismo necesario enfatizar la importancia de la formación del médico en relación a poder percibir una dimensión diferente del proceso salud-enfermedad; solo así una derivación será efectiva y tenida en cuenta por el paciente.

5.6.2. Discurso amo, discurso universitario

En una primera aproximación al estatuto psicosomático, encontramos pacientes que se representan por la lesión orgánica. Su discurso, por las características que posee, facilita poner en escena lo que Lacan formuló como *discurso amo* y *discurso universitario*. Estos dialogan entre sí y nominan al sujeto con un diagnóstico inexorable por el cual queda subsumido. De este modo, bajo la referencia ilusoria de un diagnóstico semejante, se pierde la riqueza del sujeto del inconsciente, ligada a la condición constitutiva del discurso.

En la clínica, nuestro compromiso y el del paciente consisten en preguntarle al discurso sobre el sujeto —como así también al síntoma, a los sueños, a los lapsus—.

Nuevamente, aparece el concepto de “discurso”, y si bien nos abocamos a él en las distintas etapas de la investigación, vista su jerarquía en nuestra práctica, debimos todavía dar un paso más para nutrir el pensamiento y el quehacer médicos. Con este propósito regresamos para concentrarnos en la obra de Lacan.

En El seminario 17. *El reverso del psicoanálisis* (9), Lacan trabajó la “Producción de los cuatro discursos”, situándolos como un “aparato de cuatro patas” (86, p18), con cuatro posiciones, a los que ha dado en llamar: *discurso amo*, *discurso universitario*, *discurso de la histérica* y, finalmente, el *discurso psicoanalítico*.

Los cuatro elementos que constituyen el discurso son: S1 —el significante amo, el significante como tal—, S2 —en relación a la cadena significativa—, \$—sujeto barrado por el lenguaje— y el objeto *a*. El nombre que tomará cada uno de los discursos dependerá de qué elemento se privilegie.

Tratamos algunos puntos interesantes que, al respecto, se plantean en este seminario. Aquí Lacan propuso entender “el discurso como una estructura necesaria que excede con mucho a la palabra, siempre más o menos ocasional”. Y agregó: “Prefiero, dije, incluso lo escribí un día, un discurso sin palabras” (86, p10).

Es decir, hace referencia al lenguaje como instrumento fundamental, que va más allá de las palabras y que permite “cierto número de relaciones estables, en las que puede ciertamente inscribirse algo mucho más amplio, algo que va mucho más lejos que las enunciaciones efectivas” (86, p11).

Puso así de relieve las articulaciones del discurso, de lo cual resulta que S1 está en relación a S2; donde S2, como ya dijimos, es la batería de significantes en el campo del Otro, que es *A*. Allí se introduce un saber de orden diferente.

Ello se puede ejemplificar con la experiencia cotidiana de la praxis. En el discurso de los pacientes, a lo largo de la dirección de una cura, vemos perfilarse el modo en que el deseo está inserto en la historia familiar de los progenitores. Esto conforma la constitución del aparato psíquico del sujeto y modela su cuerpo, pero sin que pueda ser traducido en palabras. Solo la escucha atenta del analista podrá hacer una lectura.

Vimos, además, que en los pacientes con enfermedades psicosomáticas, el vínculo familiar puede llegar a establecerse mediante la enfermedad, que aparece como la única posibilidad de diálogo, y este modo persiste de generación en generación. ¿Estaremos, en tales casos, frente a un discurso sin palabras como el que señaló Lacan?

Relatamos el caso de Nora, paciente que se presentaba y representaba como “calco corporal de su madre”. Nora sirvió de ejemplo al permitirnos acceder a uno de los cuatro discursos, llamado por Lacan “discurso amo o maestro”.

En el “discurso amo” —o “maestro”—, hay privilegio del S1—el significante como tal—, y es en función de ese privilegio que se lo ubica como el primer discurso. Lacan destacó al respecto que: “S1 es, digamos, para ir deprisa, el significante, la función de significante en que se apoya la esencia del amo” (86, p19). En este sentido planteaba la “función de la episteme” como “saber transmisible”, para señalar que: “Se trata de encontrar la posición que permita que el saber se convierta en saber de amo” (86, p20).

El discurso médico se aproximaría, así, al “discurso amo o maestro”. Y por ello nos pareció oportuno preguntarnos si se trata de un discurso solidario con la imagen que el llamado “paciente psicosomático” tiene de su cuerpo y de su queja.

No olvidemos que el discurso amo *funda*, ya que otorga a los signos el valor de una significación. En nuestro caso, del ordenamiento de estos signos, *resulta* la aparición de una enfermedad, y el producto es un diagnóstico. Estamos ante un “acto de dominio, de maestría”, establecido sobre la tranquilidad de que se trata de un acto respaldado en los modelos de investigación de la medicina y que se repite de modo cotidiano en la práctica médica.

Este discurso toma vigor, ya que se instala y se sostiene merced a la exclusión de la subjetividad tanto de quien lo emite, el médico, como de quien lo recibe, el paciente, dejando al sujeto por fuera del discurso.

La finalidad del discurso médico —como ambición científica— es la constitución de un objeto que, para el médico, como vimos, es la enfermedad. Se pone en evidencia el goce que porta este discurso, pues el objeto aparece en función de un determinado orden. Orden que tranquiliza al dar respuestas certeras con *un cierto aval de verdad*.

“El discurso del amo es el único que vuelve imposible esa especie de articulación que en otro sitio hemos designado como el fantasma, en tanto es relación del ‘a’ con la división del sujeto” (87, p196).

En consecuencia, planteamos que un diagnóstico que responda a la estructura del “discurso amo” tenderá a hacer desaparecer al sujeto; mientras que el médico, por su parte, según esta lógica, quedará pacificado en su función, ya que *cumplirá con su deber*.

El “discurso amo” siempre ocupa el lugar de la verdad, pero de una verdad unívoca. Es el “lugar del orden, del mando”, y es debido a ello que este discurso, “por su propia estructura —dijo Lacan—, enmascara la división del sujeto” (88, p108).

Siguiendo con la situación clínica de Nora, dimos paso a dos de las preguntas de la paciente. Nuestro propósito al hacerlo fue el de remarcar la fuerza del *discurso amo-maestro* en ella. En Nora —como en tantos otros pacientes con quienes trabajamos en la práctica—, el discurso amo se manifiesta bajo la forma de una no fisura discursiva que es inherente a su constitución psíquica.

Preguntaba Nora, a modo de queja, refiriéndose a sus muchas dolencias: “¿Qué más puede pasarme?”. La propuesta a trabajar con la paciente se centró en el intento de posibilitarle pensar que podían pasarle cosas diferentes; es decir, que era posible para ella establecer diferencias con su madre. Se trataba de romper con algo que, aunque aparecía bajo la forma de pregunta, era sólo una queja, y por lo tanto, no abría una verdadera interrogación.

Su discurso aparecía comprometiéndola siempre con un lugar en donde lo materno marcaba lo que se debía, cómo se debía y a quién se debía. Se vislumbraba en él una deuda que solo se compensaba con su entrega al padecimiento orgánico, y que la mantenía, de este modo, ligada a lo materno; ligazón que se traducía de manera permanente en la expresión: “Soy igual a mi madre”.

Sin embargo, sabemos que la deuda ilusoria con los padres nunca puede saldarse, es justamente su carácter de impagable lo que define para el sujeto el compromiso de un dar, una donación, una transmisión hacia adelante, ya sea respecto de sus propios hijos, de la profesión, de una sociedad, de la cultura, etc.

Anticipamos que la madre de Nora era profesora, e incluso había llegado a ser directora en uno de los colegios donde daba clases. Una madre que la opacaba con su saber y que siempre le reprochaba no haber ejercido la profesión para la cual Nora se había formado. Como contrapartida, mostraba una clara predilección por su otro hijo, él sí, profesional exitoso. Entre otras cosas, no cumplir con las expectativas de su madre era lo que parecía endeudar a la paciente.

Además se preguntaba: “¿Cómo haré para vivir toda la vida con esto?”.

Recortamos de esta pregunta la expresión “vivir con esto”. ¿Qué será aquí “esto”? ¿La deuda que no pudo cancelar nunca con su madre? Pero la cuestión, justamente, es no quedar fijados en esa deuda imaginaria e insalvable.

Por otra parte, en Nora, pudimos inferir —en cuanto a su estructura psíquica— que, si bien parecía representarse a imagen y semejanza de su madre, era posible, en un punto, registrar la renuncia parcial a esta madre, el no quedar totalmente pegada a ella.

De su discurso se desprendía, además, la inscripción de lo paterno. El hecho de haberse sentido autorizada y valorada por un padre afectuoso —que logró rescatarla de “ser igual (a su madre) o no ser”— le permitió a Nora un lugar propio. Un lugar que se marcó a partir de sentirse reconocida por su padre, no sólo debido a que se ocupaba de su madre, sino también por la facilidad de aprender de él cosas prácticas que le sirvieron para su vida futura.

Pudo pensarse, a partir del trabajo terapéutico, en un tránsito que intentó conducir de “cómo vivir con esto” a un posible cambio en la enunciación, que podría traducirse como “esto con que vivir”, en referencia al legado recibido por vía paterna. Un reconocimiento del don paterno y no sólo la carga de la deuda materna.

Nos detuvimos aquí, pero quisimos dejar manifestado que la circulación del discurso con los matices de la pregunta no obturada por una respuesta es lo que compete a nuestra práctica.

Continuando con la investigación, pasamos a ocuparnos del “discurso universitario”. Este discurso se instala en la misma secuencia que “el discurso amo”, como primacía del saber. En él, S2 ocupa el lugar dominante, por tanto, hay privilegio de la cadena significante.

En el referido Seminario *El reverso del psicoanálisis* (9), ya advertía Lacan acerca de “la dificultad propia” de traducirlo —a él, a Lacan, a su teoría— “al lenguaje universitario”, por la distorsión que este promueve, y a la que consideraba “distorsión en

cierto modo obligada, al traducir al discurso universitario algo que tiene sus propias leyes” (89, p43).

Vinculado a ello, recobramos lo expresado por Jean Clavreul en *El orden médico* (28):

“La función de la Universidad es recoger y transmitir el saber, entendido como información organizada, capitalizada, acumulativa. La transmisión de ese saber, destinado a ser transmitido de nuevo sólo parcialmente y tras haber sufrido necesariamente una degradación, no es un problema secundario. La Universidad lucha contra lo que es una entropía del saber, en el sentido en que hablamos de entropía de la energía. La pedagogía se esfuerza por reducirla; no por eso la entropía es en su principio mismo menos ineluctable, como lo es la entropía de la energía. La pedagogía sirve para recoger y organizar los significantes S2, S3, S4... entre ellos, sin privilegiar a ninguno, y sin recoger un significante nuevo salvo que ocupe su sitio en el orden de un discurso constituido. De modo que hasta cierto punto la Universidad obstaculiza el advenimiento de significantes nuevos, si son destructores del orden establecido. El saber constituido obstaculiza la toma en consideración de lo que no se inscribe en ese saber. Compone la pantalla que cautiva y captura la mirada sobre los hechos que constituye, pero excluyendo los hechos que no se inscriben allí” (87, p197-198).

La función universitaria, en manos de sus maestros-amos, trasmite un saber ordenado, organizado y acumulativo. Un saber en sí mismo, marcado por la imposibilidad de ser cuestionado; un saber que no se relaciona con los significantes que lo constituyen.

A pesar de esto y a que, por años, la enseñanza estuvo —y aún lo está— en manos de esos maestros-amos, asistimos con agrado a una especie de corrimiento en cuanto a la trasmisión y a la puesta en práctica de los conocimientos. Se comenzó a vislumbrar cierto espacio de reflexión sobre los actos médicos y sus consecuencias, que comprometen, como sabemos, no solo al enfermo sino también al profesional.

El orden y el saber depositados en el Otro, Otro primordial transferido a la figura del médico, es en un punto necesario para el establecimiento del vínculo transferencial. Lo mismo vale para el momento de la derivación, cuando ese orden y saber son transferidos al psicoanalista. No obstante, es necesario, igualmente, que ni el médico ni el psicoanalista se plieguen al desafío propuesto por el paciente, de modo tal de no quedar capturados por la fascinación que suele generar el lugar que se les otorga.

Solo así se contribuye a que el paciente intente hacer otra lectura de su dolencia, ya que en estos casos se vuelve notorio que, ante la derivación, no se va en busca de un análisis. Es decir, la pregunta por la implicancia de lo que le ocurre —patrimonio de la neurosis— no está presente; es más, el paciente pregunta e interroga al terapeuta y hasta lo desafía sobre su saber; por lo tanto, exige una respuesta, ya que para ello ha sido derivado.

Es en razón de esta circunstancia que el terapeuta deberá permitirse flexibilidad, lo que no significa un desvío del trabajo a realizar. Se trata de propiciar en el paciente interrogantes que le permitan desprenderse de las certezas que lo condenan al sonido de los órganos, para poder acallar lo inquietante que resultan las manifestaciones del inconsciente.

La derivación conmociona al sujeto en la medida en que no puede conectar la dolencia orgánica que lo aqueja con una problemática psíquica. Aun cuando concurre a las consultas manteniendo la continuidad, muestra dificultades para esbozar un sentido otro respecto de su situación.

Destacamos, sin embargo, que el sentido en la enfermedad orgánica marca una diferencia con el sentido en el síntoma histérico. En el síntoma histérico, se ve afectada la función de un órgano o sistema a partir de un conflicto que es tramitado en términos de los significantes y con la economía de lo reprimido.

En la afección psicósomática, en el decir de Haydée Heinrich, el sujeto no ha podido disponer de los recursos que el significante ofrece; en especial, del síntoma (90, p10). El significante queda cristalizado, no hay posibilidad de establecer una cadena asociativa. Fracasa el significante en cuanto a representar al Sujeto para otro significante. Aparece en la afección psicósomática, el signo, es decir, aquello que en su reconocimiento evoca otra cosa; en este caso, una lesión orgánica.

Si consideramos la diferencia establecida entre *soma* y cuerpo, señalamos que aquello que del *soma* quedó marginado, desinvertido, toma la vertiente del signo como resguardo de un lugar imaginario de vigencia permanente en relación al Otro. Es oportuno recordar lo enseñado por Lacan en cuanto al signo, con respecto a que toda su ambigüedad reside en que representa algo para alguien —asunto sobre el que volvió asiduamente a lo largo de su obra—.

En la Clase 5 (91) de El seminario 10. *La angustia* (64), al distinguir entre signo y significante señaló:

“El significante, como les dije en cierto momento decisivo, es una huella, pero una huella borrada. El significante, les dije en otro momento decisivo, se distingue del signo en el hecho de que el signo es lo que representa algo para alguien, mientras que el significante es lo que representa a un sujeto para un ser significante” (91, p74).

Esta operación, justamente, es la que se verá cancelada en el paciente psicósomático. Cuando se detiene la cadena significativa, nos hallamos ante lo que se designa como holofrase.

5.6.3. Concepto de holofrase

Un sujeto puede constituirse como sujeto deseante si se dan en él dos operaciones que tienen carácter fundacional. En primer lugar, la que conocemos con el nombre de *alienación* y, posteriormente, la operación de *separación*.

Dejamos anotadas del Seminario 11, (22) una serie de aspectos sobre estas nociones que sirvieron de referencia para nuestro objetivo.

Lacan:

“La alienación consiste en ese *vel* que condena [...] al sujeto a sólo aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como *afánisis*” (85, p218).

“Mediante la separación el sujeto encuentra [...] el punto débil de la pareja primitiva de la articulación significante, en la medida en que es, por esencia, alienante. En el intervalo entre estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con que tiene que vérselas, digamos, para ilustrarlo, la madre, en este caso” (92, pp226-227).

“El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. [...] El sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro [...]. [...] para responder a esta captura, [...] responde con la falta antecedente, con su propia desaparición, que aquí sitúa en el punto de la falta percibida en el Otro” (85 p222).

En las enfermedades psicósomáticas hay una falla en la segunda operación en razón de que la primera, la desaparición del sujeto en el Otro, la *afánisis*, se compromete, y no tiene lugar del modo que lo requiere la inducción significante. Planteamos que el S2 pasa a ser reemplazado por el órgano enfermo, con lo cual el sujeto queda pegado a una alienación significante. Hablamos de un significante congelado, ya que no hay intervalo entre S1 y S2. Por ende, al no establecerse la cadena significante, trae como consecuencia lo que se denomina “holofrase”; y ello equivale a una obstrucción de la interpretación como lectura.

Jacques Lacan, en El seminario 1. *Los escritos técnicos de Freud* (72), desarrolló la holofrase del siguiente modo:

“En los usos de algunos pueblos —y no tendrían necesidad de ir muy lejos para encontrar un uso habitual— hay frases, expresiones que no pueden descomponerse, y que se refieren a una situación tomada en su conjunto: son las holofrases”(93, pp328-329).

Se preguntó: “¿En qué situación se pronuncia esta holofrase?” (93, p329). [...] “[una] situación entre dos personas, mirándose una a otra, esperando cada una que la otra ofrezca hacer algo que ambas partes desean pero que no están dispuestas a hacer”. [...] “Verán

también que toda holofrase está en relación con situaciones límites, en las que el sujeto está suspendido en una relación especular con el otro” (93, p329).

Esta última formulación en cuanto a la holofrase resulta particularmente ilustrativa, ya que condujo a pensar y a preguntarse por la enfermedad desde la perspectiva que vinimos trabajando. Esta suspensión especular, de la cual el paciente no puede dar cuenta, parece acontecer en determinados momentos de la vida de un sujeto; realmente, ocurre como si una situación límite de su estructura lo detuviese allí.

Por lo tanto, en relación con la estructura subjetiva que constituye a estos pacientes con enfermedades psicosomáticas, proponemos que se daría una operación diferente sobre el significante. No se trataría del mecanismo de forclusión ligado a la psicosis. Sin embargo, constatamos algo de un orden forclusivo parcial a nivel de la separación que se traduce en una separación parcial del Otro primordial. En los intersticios del discurso de los pacientes capturados por una enfermedad psicosomática, se puede escuchar un llamado al padre, más precisamente, a la función paterna. Llamado que conduce a indagar, por lo tanto, el vínculo existente entre el sujeto y el Otro primordial.

Esta propuesta nos llevó por la vía que Lacan introduce para pensar lo psicosomático:

“Lo psicosomático, aunque no es un significante, es algo que, al fin y al cabo, sólo es concebible en la medida en que la inducción significativa, a nivel del sujeto, ocurrió de una manera que no pone en juego la *afánisis* del sujeto” (92, p235).

La experiencia clínica demuestra que no es cualquier órgano el que se afecta. Si bien el paciente no puede establecer nexos asociativos —¿por qué ese órgano?—, el sentido puede llegar, por añadidura, en el mejor de los casos, como resultado de una labor terapéutica.

Reiteramos, finalmente, que estas patologías —como expusimos en “Fantasmas del cuerpo y marcas clínicas”, no incumben a la relación entre el sujeto y el objeto; es decir, escapan a las construcciones narcisistas y a la fijeza del fantasma; en consecuencia, implican un real, en cuya causalidad interviene el modo en que se produjo la inducción significativa.

5.6.4. Enfermedades psicosomáticas y objeto *a*

Los objetos que el psicoanálisis considera cesibles, aquellos que se desprenden y, eventualmente, se instalan entre el sujeto y el otro —la placenta, las heces, la voz, el pecho

en la lactancia—, son nombrados bajo la designación de *objeto a*. En las enfermedades psicósomáticas, estos toman un dominio diferente de corporalidad y aparecen como significantes en este plano, a modo de repetición, por fuera de la cadena significativa misma.

Llegada esta instancia —aunque ya nos referimos a él, al estudiar la fórmula del fantasma—, necesitamos hacer algunas consideraciones más en relación al *objeto a* para entender lo anteriormente trabajado.

Durante la gestación, lo que mantiene unido al niño con la madre es la placenta, órgano que se pierde en el momento mismo del nacimiento, con lo cual se produce un primer corte entre la madre y el niño. Se instala entonces algo del orden de la falta, falta que viene a suplirse por sustitutos que la madre ofrece al niño, y que Lacan denominó *objeto a* —como dijimos, la mirada, la voz, el pecho en la lactancia, las heces—. Estos objetos circulan en el vínculo madre-niño cumpliendo una función de ligadura simbólica, pero deberán perderse para que ese hijo pueda constituirse como ser deseante, y es así que devendrá sujeto de la falta.

El sujeto en primera instancia fue producto del deseo del Otro, sólo a partir de poder soportar la falta pasará a sostenerse de su propio deseo. Para constituirse como sujeto deseante, el niño debió ser objeto de deseo de sus progenitores, deseo que lo preexistió en el discurso de aquellos aún antes de ser gestado.

El *objeto a* resulta en sí engañoso para el niño; en principio, lo satisface, y luego lo frustra al operar la ley de prohibición del incesto mediante el significativo del Nombre del padre. La frustración conforma la base del deseo, lo promueve, llevando al niño a la ilusión permanente del reencuentro con el objeto perdido.

En los sujetos comprometidos por enfermedades psicósomáticas, pudimos inferir una situación estructural de tal carácter que orienta hacia el colapso de un funcionamiento que atañe al *objeto a*. Dicho colapso se avizora como constitutivo de una estructura psíquica de otro orden, donde ubicamos estas afecciones.

Al respecto, insistimos en la diferencia operativa entre la psicosis y las enfermedades psicósomáticas, ya que si bien, en estos pacientes con enfermedades psicósomáticas, la operación inicial de corte está cumplida por la eficiencia del significativo del Nombre del padre, no hay posibilidad de simbolizar el trauma de separación con la madre. El sujeto no encuentra un sustituto fantasmático que lo represente, la lesión de un órgano ocupará ese lugar.

5.6.5. Enfermedades psicósomáticas y pulsión

Investigamos acerca de la pulsión en dos sentidos. Para señalar cómo interviene en las enfermedades psicósomáticas y para situar la participación de la pulsión escópica en este terreno. Lo concerniente a la pulsión escópica permitió el abordaje del fenómeno mimético y sus efectos sobre el cuerpo.

La pulsión es un estímulo para el aparato psíquico. Proviene del interior del organismo y actúa como una fuerza constante, de la que no es posible escapar; y sólo se satisface con la supresión del estado de excitación.

Fue definida por Freud como “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático” (94, p117):

“Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (94, p117).

En este sentido, seguimos el desarrollo que Lacan hizo sobre el tema cuando abordó el “Desmontaje de la pulsión” (95). Este estudio posibilitó trabajar el concepto de goce en las enfermedades psicósomáticas.

Sostuvo Lacan:

“Mientras el uso del término inconsciente en la teoría analítica está gravado por su pasado, *Trieb*, en cambio, es usado por todos como la designación de una especie de dato radical de nuestra experiencia” (95, p169).

No obstante, remarcó la importancia de la pulsión como un elemento clínico de peso:

“En efecto, en la experiencia encontramos algo que posee el carácter de lo irrepresible aun a través de las represiones —por lo demás, si ha de haber represión es porque del otro lado algo ejerce una presión”. [...] “Ese elemento es la pulsión” (95, p169).

Freud distinguió en la pulsión cuatro términos: el empuje, la fuente, el objeto y la meta. Para Lacan estos cuatro términos sólo pueden aparecer disyuntos, más allá de la aparente naturalidad de la serie, explicándolo así:

“Freud dice que es importante distinguir cuatro términos en la pulsión. Pongamos primero el *Drang*, el empuje. La *Quelle*, la fuente. El *Objekt*, el objeto. El *Ziel*, la meta. Al leer esta enumeración, por supuesto, puede parecer muy natural. Mi propósito es probar que todo el texto se empeña en demostrar que no es tan natural como pudiera creerse” (95, p170).

Una vez realizada esta aclaración, continuando con el análisis del concepto, señaló que, para Freud, la pulsión es una fuerza constante, lo que lleva a distinguirla de una función biológica, como pueden serlo el hambre y la sed, ya que dichas funciones tienen un ritmo, mientras que la pulsión actúa muy de otro modo: “la pulsión, valga la expresión, [...] no tiene ni día ni noche, ni primavera ni otoño, ni alza ni baja. Es una fuerza constante” (95, p172).

Cuando en diferentes momentos de su obra trabajó el concepto de goce, tomó los ingredientes de Freud, haciendo participar en dicho concepto la satisfacción pulsional, la libido y el principio del placer.

Volviendo a la pulsión, Lacan advirtió sobre su carácter no natural, formulando que no posee un montaje armónico entre sus partes que la encaucen naturalmente hacia un fin predeterminado; más aún, es pasible de descomposición y está marcada por el significante.

Sólo puede ser captada en sus representantes, por un dominio paradójicamente diferente, ligado al lenguaje; si no puede articularse en representantes, no puede transformarse en libido. Ante tal circunstancia, se abren las especulaciones acerca de la naturaleza misma de la pulsión.

Estas especulaciones operan en muchas de las preguntas que se nos plantearon frente al fenómeno psicossomático, en el cual se supone un estado “puro” de la energía, y opera una tensión que está en la base de las conjeturas sobre la fuente de la angustia —aunque esta no se manifiesta como tal en los pacientes—.

La satisfacción pulsional, como fin de la pulsión, introduce el problema de la descarga como punto de llegada. Es precisamente aquí donde se observa el carácter disyunto de los elementos de la pulsión; por un lado, se constituye como un empuje constante, sin respiro —es lo que entendemos por *la perentoriedad de la pulsión*; y es eso lo que la hace “reprimible”, a diferencia, por ejemplo, del hambre—, y por otro lado, plantea la exigencia de la descarga como único horizonte de satisfacción.

Si consideramos al significante como un representante de la pulsión, podemos tomar al órgano comprometido en las patologías psicossomáticas como una suerte de “significante corporal”. Una parte del cuerpo escapa a la regulación del conjunto, y en él se instala la repetición.

Con respecto a la pulsión escópica en particular, Lacan indicó que: “Lo fundamental de cada pulsión es el vaivén con que se estructura” (96, p185), y que en la

pulsión escópica esto es “ver y ser visto” (96, p185). Hizo referencia al carácter circular de la pulsión, que lleva a la aparición del sujeto en el otro:

“O sea, la aparición de *ein neues Subjekt*, que ha de entenderse así —no que hay ya un sujeto, el de la pulsión, sino que lo nuevo es ver aparecer un sujeto. Este sujeto, que es propiamente el otro, aparece si la pulsión llega a cerrar su trayecto circular. Solo con su aparición en el otro puede ser realizada la función de la pulsión” (96, p186).

El objeto de la pulsión escópica es, pues, la mirada, “mirada que es el sujeto, que lo alcanza, que acierta en el tiro al blanco” (96, p189). La mirada se dirige a un punto, el cual, en definitiva, no puede ser visto, marca de la ausencia, del vacío, requisito estructurante de la falta representado por el objeto *a*.

En relación con este aspecto, el autor dijo en el capítulo VI, “La esquizia del ojo y de la mirada” (97):

“La mirada sólo se nos presenta bajo la forma de una extraña contingencia, simbólica de aquello que encontramos en el horizonte y como tope de nuestra experiencia, a saber, la falta constitutiva de la angustia de castración. El ojo y la mirada, ésa es para nosotros la esquizia en la cual se manifiesta la pulsión a nivel del campo escópico” (97, pp80-81).

Nos encontramos ante la situación de considerar la articulación entre la pulsión escópica, el registro de lo imaginario y sus efectos en lo referente al cuerpo. Para ello debe señalarse, que en la constitución imaginaria no todo es especular, algo debe ser extraído. Esta experiencia es constitutiva de la estructura psíquica del sujeto, y se halla marcada por una especie de resta, un menos en el cuerpo imaginario que se expresa con $-\phi$, andamiaje de la castración del sujeto, vía que impide quedar en un plano de confusión con el Otro.

Es decir, en el espejo debe darse “algo a no ver”, un negativo, que representa la falta en el encuentro del sujeto con el Otro; es ello lo que permite el pasaje al registro de lo simbólico. Dada la posibilidad de distinguirse del Otro, castración mediante, podrá advenir un sujeto deseante, representado por *a*: falta en el encuentro del sujeto con el Otro.

El $-\phi$ es una especie de operación sobre el cuerpo imaginario, un vacío, lo no inscripto en lo imaginario, lo que se le quita al Otro y que funciona como reserva libidinal. De todos modos, la experiencia clínica muestra los diversos avatares a los que el sujeto se ve sometido en este proceso de distinción.

5.6.6. El fenómeno del mimetismo

Este recorrido permitió arribar en *La esquizia del ojo y la mirada* (97) al concepto de mimetismo para Lacan:

“El problema más radical del mimetismo consiste en saber si ha de atribuirse a alguna potencia formadora del propio organismo, que muestra sus manifestaciones. Para que sea legítimo tendríamos que poder concebir por qué circuitos esa fuerza puede encontrarse en posición de dominar, no solo la forma de cuerpo mimetizado, sino su relación con el medio ambiente, ya sea distinguiéndose o confundiendo con él” (97, p81).

Volvimos al estudiado caso clínico de Nora, para observar algunas cuestiones que merecieron examinarse bajo esta luz. Nora sufría de las mismas patologías orgánicas que su madre, algunas del espectro psicossomático y otras del orden de los síntomas histéricos. ¿Mimetismo?, estamos aquí ante una “fuerza en posición de dominar”, una madre en posición de dominar a tal punto de generar confusión y llegar, en cierto modo, a obturar el deseo. Nora decía que su madre la paralizaba tan solo con mirarla.

En cuanto al carácter inasible de la mirada planteó el autor:

“La mirada, en cuanto el sujeto intenta acomodarse a ella, se convierte en ese objeto puntiforme, ese punto de ser evanescente, con que el sujeto confunde su propio desfallecimiento. Por eso, de todos los objetos en los que el sujeto puede reconocer su dependencia en el registro del deseo, la mirada se especifica como inasible” (98, p90).

Entonces, a modo de hipótesis frente al fenómeno del mimetismo, surgió la siguiente pregunta: ¿la pulsión escópica estaría *desintrincada* de la pulsión invocante? De ser así, ¿puede sostenerse que es por ello que la pulsión escópica adquiere una posición superyoica? Y por último, ¿podría pensarse que la mirada, en lugar de inasible, se torna cautivante y obtura el deseo?

Concluimos con la idea de que la mirada y la palabra enhebradas constituyen al sujeto y lo determinan, a la vez que sirven de soporte o de quiebre en cuanto a su estructura. Ello tiene en la clínica diversas consecuencias y manifestaciones.

5.6.7. Repetición

La clínica muestra que, en las enfermedades psicossomáticas, el órgano es capturado por el mecanismo de la repetición, y que las circunstancias en las cuales se dan las crisis o exacerbación de la sintomatología señalada suelen tener las características de la repetición —de modo similar a lo que ocurre en los sueños traumáticos—.

El Seminario sobre *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis* (22), continuó siendo la base para la investigación en relación al concepto de la repetición.

En un primer momento, Lacan enunció que la función de la repetición “nada tiene que ver” con el retorno —retorno que se vincula, a su vez, con la rememoración—:

“Estando el sujeto en su lugar, la rememoración de la biografía es algo que anda, pero sólo hasta cierto límite, lo real” (62, p57).

Hablar de retorno y de rememoración es ubicarnos en el territorio de la Neurosis. No obstante, si bien el mecanismo de la repetición se patrimonio de la neurosis, en las enfermedades psicosomáticas también nos encontramos con él, pero de otro modo; ya anunciamos que funciona en estos casos de manera similar a los sueños traumáticos.

Siguiendo los desarrollos en el seminario: “Toda la historia del descubrimiento freudiano de la repetición como función se define acotando así la relación entre el pensamiento y lo real” (62, p57).

En distintos momentos de la investigación dejamos debidamente explicado el compromiso del registro de lo real en las enfermedades psicosomáticas.

En este mismo sentido, Lacan planteó:

“La repetición aparece primero bajo una forma que no es clara, que no es obvia, como una reproducción, o una presentificación, en acto” (62, p58). [...] “un acto, un verdadero acto, tiene siempre una parte de estructura, porque concierne a un real que no se da allí por descontado” (62, p58).

Pudimos establecer, entonces, una línea asociativa entre nuestras investigaciones y la repetición en tanto encuentro con lo real. Pero en el caso de las enfermedades psicosomáticas, esto se presenta bajo la forma de una detención en la significación, lo cual da emergencia al signo que denuncia un recorte corporal desinvertido. Estamos en el plano del *soma*, que ocupa el lugar de señal representativa del sujeto, ya que no hay posibilidad de ligadura con la cadena significante.

De allí la similitud con los sueños traumáticos, la escena que se repite, por no haber sido tramitada mediante la sucesión de los significantes. Es el nivel de los procesos primarios, de la alienación del sentido, con sometimiento al principio del placer.

5.6.8. Libido

“—la libido no es algo fluido, algo que se escapa. No se reparte ni se acumula, como un magnetismo, en los centros de focalización que le ofrece el sujeto— la libido debe concebirse como un órgano, en los dos sentidos del término, órgano como parte del organismo y órgano-instrumento” (99, p194).

“Del amor a la libido” (99)

Lacan, Seminario 11

La característica de este órgano, al que Lacan denominó “laminilla” y al que asoció con el instinto de vida —“vida inmortal”—, es justamente la de desplazarse: “anda por todas partes” (99, p205).

Precisamente, no debemos olvidar que, tanto en las afecciones psicósomáticas como en la hipocondría, ese “andar por todas partes” sufre un estancamiento, se detiene; es decir, hay una falta de tramitación de lo representacional por la cadena significante.

Cuando hablamos de libido, planteamos un dominio en el cual lo que Freud postuló como energía psíquica sexual resulta inscribible en términos de representantes. El trabajo libidinal supone, en cuanto al cuerpo, una relación con su imagen, indispensable para investirlo como cuerpo —erógeno, amoroso— y sacarlo de su condición meramente orgánica. La libido es, en ese sentido, un órgano no metabólico, pero tanto para Freud como para Lacan, resulta también indispensable en la constitución de la imagen del cuerpo. Es estructural para el narcisismo, un punto inaprensible para el mismo yo.

Revisamos algunas cuestiones teóricas que nos permitieron pensar el punto de fuga en la estructura libidinal. Al respecto, Freud habló, en general, de castración invocando una renuncia al cuerpo de la madre para preservar el pene; mientras que Lacan, más ceñido a las vicisitudes del cuerpo, situó la necesidad de un punto no especular, fundamental en la constitución de la imagen especular misma.

Fenomenológicamente, se puede exponer de varias maneras —los ojos no pueden verse, el propio movimiento no puede tocarse; referencias que remiten a las reflexiones de Merleau Ponty sobre la percepción, etc.—, pero, en definitiva, se trata de indicar un punto de fuga de la estructura libidinal. Ese es uno de los pasos para ubicar la naturaleza del goce: como aquello del cuerpo que se resta al narcisismo. Señalamos que la libido también está relacionada en Lacan con el concepto de goce.

5.6.9. Goce

El goce, como se dijo, se vincula con dos conceptos: la repetición y la libido. En este apartado, tomamos como fuente de referencia el libro de Néstor A. Braunstein: *Goce* (100). A partir de sus desarrollos abordamos este problema que da lugar a múltiples equívocos cuando lo utilizamos en la clínica.

El primer equívoco es el de referirnos al goce como un concepto equivalente a otros. Ya caemos en un error, dado que tal noción no es pasible de ser circunscripta con la precisión que lo permiten otras —por ejemplo, castración, fantasma, narcisismo, etc.—, las

cuales dan lugar a ensayos de explicación, trazas interrogativas que, aunque fragmentarias, lo son en un grado que resulta inherente al estatuto del saber en la práctica analítica. Por ello, no hay que otorgarle al goce la misma eficacia en términos de argumentación explicativa. En consecuencia, procuramos en nuestro recorrido no quedar atrapados en una especie de interpretación positivista desde el psicoanálisis.

Vimos en el texto los distintos significados del término “gozar”, según la Real Academia Española: “1. Tener y poseer alguna cosa; como dignidad, mayorazgo o renta.// 2. Tener gusto, complacencia y alegría de alguna cosa.// 3. Conocer carnalmente a una mujer.// 4. Sentir placer, experimentar suaves y gratas emociones” (101, p12).

De hacer una interpretación rápida de los cuatro significados, vislumbramos en ellos que el gozar está ligado a un plus, a un más, en relación al poseer, al tener, al sentir. Pero “gozar” deriva del latín *gauder*, término que, marcó Braunstein, “tiene una herencia no reconocida en el muy castizo verbo ‘joder’” con sus cuatro acepciones: “1. Fornicar.// 2. Molestar, estorbar.// 3. Arruinar, echar a perder.// 4. Interjección que denota asombro o incredulidad” (101, p13).

En cierto modo, si consideramos la herencia del término, el plus, el más que señalamos en relación con él, parecería, en algún punto, desvirtuarse. El autor muestra, además, que “las vecindades semánticas de ‘gozar’ y ‘joder’” (101, p13) podría llevarnos a incluir el verbo “jugar”, pero aclaró que este último proviene del latín *jocum* —broma o chanza— y lo señaló como: “algo próximo al *Witz* freudiano, en el registro del lenguaje y de sus artificios” (101, p13). Estas asociaciones inclinan hacia una vertiente positiva del sentido del término, que muchas veces se encuentra en diferentes desarrollos psicoanalíticos.

“En psicoanálisis la palabra entra por el portón de su significación convencional y así aparece a veces en la escritura de Freud, a veces en el Lacan de los primeros tiempos, como sinónimo de una gran alegría, de placer extremo, de júbilo o de éxtasis” (101, p13).

De todas maneras, hay que conducirse con marcada prudencia en la lectura e interpretación de los textos, debido a los giros constantes que en ellos se producen y que, por ende, tienden a generar ciertos extravíos o esperanzas conceptuales que luego repercutirán en la práctica clínica.

Advertimos lo peligroso que ello puede resultar si se interviene con un dejo de simplificación y se sitúa o asocia la problemática psíquica al goce en su “significación

convencional”. Por ejemplo, en la apelación abusiva al término, en especial, cuando se lo utiliza para indicar una captura del sujeto por parte del goce, en contra del deseo.

Es decir, se convierte al goce en una especie de elección positiva, y la observación del terapeuta suena entonces como una denuncia —nos referimos a interpretaciones que marcan “cuánto está gozando con esa repetición o ese padecimiento”, y que no son infrecuentes de escuchar en los relatos informales de pacientes o analistas—. Tales situaciones se alejan con claridad del modo en que la práctica permite trabajar el conflicto, esto es, la manera en que se produce una división entre el deseo y lo que podríamos llamar su negatividad, el goce.

De manera consecuente con lo expuesto, proponemos aproximarnos al goce para ubicarlo como defecto del significante, y destacar que, en tanto operador psicoanalítico, nunca es positivo. En efecto, al hablar de él, siempre resuena algo en relación con la pérdida, que obliga a revisar qué tipo de cuestiones vinculadas al discurso no han operado. Por ende, debemos separar el goce tanto del deseo como del placer.

“Del goce del ser, por la intromisión necesaria del Otro y de su Ley que exigen que tal goce sea entregado en el mercado de los intercambios, queda una falta en ser que es el deseo, algo perdido como disfrute del cuerpo [...]” (102, p53).

Este punto condujo a repasar “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano” de Lacan: “La castración quiere decir que es preciso que el goce sea rechazado para que pueda ser alcanzado en la escala invertida de la Ley del deseo” (103, p807).

En relación al cuerpo y el goce, el autor introduce, asimismo, una grafía con la cual señala una operación de resta a partir del $-\phi$. Carlos Kuri al trabajar sobre la "identificación" expresó esa relación del siguiente modo:

“Este $-\phi$, que literalmente se ha tomado como la negativización del goce fálico, implica una resta que interfiere la fusión del goce con el cuerpo sobrevenido del Otro con mayúscula. [...] ¿Qué busca indicar Lacan con esto? En el espejo algo produce una especie de turbación de la imagen, algo tendrá que ser tachado, vuelto invisible; en el caso de la nena, tendrá que tachar lo que no ve, lo que falta; en el varón, en cambio, tachará eso que está a la vista, el $-\phi$ es aquí una mancha ciega, algo que se le sustrae a la imagen especular” (104, p21).

Es fundamental que no todo sea especularizable, que haya una especie de punto ciego en el espejo, lo que hace decisivo el encuentro del sujeto con el Otro en relación a lo estructural y al cuerpo, en tanto que el falo opera como mediador con el goce. El goce

estaría situado, de este modo, como raíz negativa —retroactivamente— de la inscripción significativa.

Fue interesante e ilustrativo recurrir al uso que se le da al término “goce” en el derecho:

“Aquí confluyen rápidamente la teoría del derecho y la del psicoanálisis pues se plantea desde un primer momento la cuestión fundamental de la primera propiedad de cada sujeto, el cuerpo, y de las relaciones de este cuerpo con el cuerpo del otro tal como ellas están aseguradas por un cierto discurso o vínculo social” (101, p16).

En la teoría del derecho, “goce” se relaciona con “usufructo”: “Sólo puede gozarse, jurídicamente, de aquello que se posee, y para poseerlo plenamente es necesario que el otro renuncie a sus pretensiones sobre ese objeto” (101, p16).

En psicoanálisis, estamos en el terreno de la castración, en la función operativa de la Ley que permite al sujeto disponer de su cuerpo, pero si reparamos en lo planteado en cuanto a la resta sobre el cuerpo imaginario (-φ) —indispensable tanto para la constitución del cuerpo como para instaurar un reservorio libidinal— la disposición del cuerpo debe ser atravesada por la negatividad que implica que el goce de nuestro cuerpo está siempre en el cuerpo del Otro.

Una de las vertientes para pensar las estructuras clínicas, según se ha dicho, tiene su sostén en la modalidad del sujeto de situarse frente al goce, como para indicar, en realidad, el modo en que se instituye, a partir de la Ley, la esquizia goce/deseo, y ubicar, así, la naturaleza del goce como aquello del cuerpo que se resta al narcisismo.

A partir de tales desarrollos pensamos e inferimos que, en las enfermedades psicosomáticas, algo de la negatividad del goce no pudo ser articulado por el narcisismo y, al mismo tiempo, nos preguntamos qué pasó con la libido y con lo no especular en relación al goce. Es una instancia que remite a vislumbrar, en estas estructuras, un fracaso, tanto en el orden del deseo, como del fantasma y el narcisismo.

Como hemos visto en el transcurso de lo investigado, los sujetos afectados por enfermedades psicosomáticas *lidian*, por así decirlo, entre otras cuestiones, con la imposición del goce, la primacía de la necesidad y la anulación parcial del deseo con sus consecuentes efectos.

5.7. Material clínico

El discurso de los pacientes constituyó el “material clínico” que le dio sustrato a la investigación. De ese discurso, se delimitaron los “objetos de estudio” propios, con los cuales trabajamos, contando con la riqueza del material teórico desarrollado.

No obstante, la articulación teórico-clínica no siempre cuenta con un perfecto encastre, dado que marchamos, como lo explicitamos en varias ocasiones, por el terreno de la verdad del inconsciente, que siempre es única y singular.

Por lo tanto, nuevamente enfatizamos la concepción del sujeto en tanto atravesado y dividido por el lenguaje. Sujeto vacilante en su deseo y en una constante disputa con el Otro.

Lacan:

“[...] el sujeto sólo es sujeto por su sujeción al campo del Otro, el sujeto proviene de su sujeción sincrónica en ese campo del Otro. Por ello el sujeto tiene que salir de él, airoso, y en ese *salir airoso*, a la postre, sabrá que el Otro real, al igual que él, tiene que salir airoso también, tiene que arreglárselas” (99, p195).

Los pacientes que abordamos padecen, precisamente, “de no poder salirse airoso”.

Recordé a Lucía con sus aftas, y molestias varias y constantes en la cavidad bucal; Cristina con su diabetes insulino-dependiente; Antonio con cáncer de laringe que lo llevó a la muerte; y tantos otros sujetos capturados por un cuerpo real.

“Pienso todo el día en mis manchas —decía José en sesión— no puedo pensar en otra cosa, no me permite concentrarme en lo que leo. Voy a perder el año” —era estudiante avanzado de Ciencias Económicas—.

De algunos pacientes —por la dificultad inherente a la estructura psíquica que los llevaba a representarse por una enfermedad psicosomática—, solo quedó el recuerdo de la primera y única consulta —como, por ejemplo, en el caso de José—.

Sin embargo, en otras situaciones clínicas, la de pacientes a quienes pude acompañar en el intento de construir una nueva escena —la construcción de un cuerpo más allá del fantasma de la enfermedad que los mortificaba—, me fue posible hacer un desarrollo del material histórico y proponer algunas articulaciones teóricas acerca de lo investigado.

Conviene destacar que nominar como “psicosomático” a un paciente sólo dependerá del sujeto en cuestión, es decir, *a quien* se está escuchando y *a quién* se está escuchando, en el marco de un espacio terapéutico. Resaltamos, entonces, esta idea: *no*

todo paciente con una úlcera, una afección en piel, una neoplasia, etc., puede rubricarse como “psicosomático”. A partir de la escucha, la estructura que se pondrá a trabajar nos permitirá despejar y establecer las diferencias.

5.7.1. Si de fantasmas se trata

Sofía tenía poco más de veinte años de edad en el momento de la consulta. La paciente comenzó la entrevista con un pedido: “Yo quiero que alguien me haga bien”. Este pedido resonó en mi escucha, llevándome a pensar en el origen y en el sentido de tal demanda, instalándose una pregunta que funcionaría como uno de los ejes de trabajo en el análisis: *¿Quién le hizo mal?*.

Quizás, inicialmente, tal interrogante sonaba superficial, pero en el transcurrir del análisis, el pedido de Sofía y mi pregunta fueron tomando “cuerpo”. Y de ello se trata, del cuerpo y los tropiezos en su construcción libidinal.

Establecida la diferencia conceptual entre *soma* y cuerpo, advertimos que Sofía, ya a los tres años, apelaba a su *soma*, manifestándose por medio de lesiones en piel. Se trataba de signos clínicos que, de acuerdo a la descripción de la paciente, parecían corresponder a una psoriasis. Desde chica, presentaba eccemas en la zona interna de los muslos que luego se diseminaban.

Los comienzos de esas lesiones coincidieron con la internación de su hermana menor, situación que había llevado a sus padres, sobre todo a su madre, a “internarse con ella”. En relación con esto, Sofía decía: “Pensaba que mi mamá no me quería. No me miraba, solo tenía ojos para mi hermana”. En las fantasías de la paciente, su madre no la quería, ya que tenía la mirada puesta en su hermana enferma.

Consideración teórica: aquello que del *soma* queda marginado, desinvertido, toma la vertiente del “signo” —en la situación de Sofía, quien de pequeña apelaba a su *soma*: las lesiones en piel—. Tales lesiones actúan, entonces, como resguardo de un lugar imaginario, un lugar imaginario de amor, que permite la vigencia permanente en relación al Otro. Sin embargo, como contrapartida, implica un costo demasiado alto, ya que deja al sujeto atrapado.

Además, aparecía, como una constante, un llamado a la función paterna. Esto podía observarse tanto en el discurso de la paciente como en los dibujos que de pequeña le regalaba a su padre.

Se traducían así la angustia de quedar *entrampada* en la “Primera identificación”. Hablamos de la “identificación narcisista”; una identificación que se diferencia de lo que Freud trabajó en “Tótem y Tabú” (25) acerca de la “identificación primordial”, totémica, identificación al Padre muerto que instala la falta en la madre.

Decimos *entrampada* no en el sentido de un cierre o repliegue de la libido, ya que en tal caso estaríamos en el terreno de la psicosis. hacemos alusión, en cambio, a una pregunta: *¿Qué fue lo que no operó en esta investidura narcisista y entorpeció así el pasaje de libido, con lo cual se produjeron ciertos arrebatos de lo orgánico a modo de signo?*

La naturaleza de la trampa consiste en la declinación del amor hacia el registro de la necesidad, que cobra prevalencia, y se genera así una confusión entre cuerpo y *soma*. La función materna se comprime en las necesidades del *soma* y opaca la libido del cuerpo; ello traerá como consecuencias, problemáticas clínicas de relevancia.

Retomando el discurso de Sofía, mostramos cómo se puso en evidencia, en su caso, el llamado a la función paterna al que antes aludimos. Decía la paciente de su madre: “Mi mamá vive para nosotras y para mi papá, deja de hacer cosas de ella por nosotros, eso la hace feliz”.

Al considerar esta situación desde el punto de vista teórico, sostenemos que una madre que deja de hacer sus cosas y pone en la misma línea a sus hijas y a su marido no puede establecer diferencias. En tanto “deja sus cosas”, deja su vida, espera, de igual modo, el retorno. Se trata de un “amor que genera trampa”, ya que no hay distinción — insistimos —, no hay diferencias.

A medida que iba transcurriendo el análisis, Sofía comenzó a mostrar a su madre desde una visión diferente: “Siempre está en el medio”, expresaba. Contaba que participaba de las charlas con sus amigas como una más del grupo. “Siempre está presente, está en todos lados. Cuando yo hablo con mi mamá, mi papá va y viene. Yo sé que lo que yo le cuento a mi mamá se lo va a contar a mi papá. Me duelen muchas cosas de mi papá, y yo soy muy parecida a mi mamá. A mí me molesta que mi papá no me venga a hablar. Siempre tiene que haber algo en el medio.”

Su papá *iba y venía*, ¿cuál era su lugar?, ¿qué lugar ocupaba el padre de Sofía? De chica, ella le hacía dibujos, también le escribía cartas que le dejaba donde él las pudiera encontrar. Trajo a sesión algunos de aquellos dibujos. En los dibujos había frases que aludían a sus reclamos en relación con el padre —le decía, por ejemplo, que quería

encontrarlo y no podía—; había más: el pedido a su padre de que la guiase para encontrar un “camino”, o el pedido de que él dejase de fumar como favor hacia ella. En relación con la madre —le escribía que la quería y que no podía estar sin ella—.

Como vemos, circulaba en el discurso de esta paciente el fantasma de la enfermedad y de la muerte, así como del control sobre lo orgánico. Estaba presente, al mismo tiempo, el temor por la muerte de su padre. Otra cuestión de importancia para marcar, es que tanto la paciente como su hermana manifestaron síntomas correspondientes a patologías alimentarias en la adolescencia: anorexia y bulimia.

Al trabajar “Los fantasmas del cuerpo y las marcas clínicas”, señalamos que el *fantasma* permite vislumbrar la posición originaria del sujeto del inconsciente en relación con el deseo del Otro. Surge la interrogación acerca de “¿Qué quiere el Otro?” o “¿Qué espera el Otro?”. Son preguntas que trazan de un modo particular y único la vida del sujeto, esta transcurre, precisamente, por interrogantes a los cuales el sujeto aproxima respuestas que transcriben modos de hacer algo con la falta, con la pérdida; es decir, que le permitirán su separación del Otro primordial.

En el caso de la paciente estaríamos ante una especie de achatamiento de la producción misma del fantasma. Se trata de un fantasma que reniega de ser tal: el sujeto sería objeto necesario para otro, pero no objeto de deseo. Como vimos, lo que primaba en la madre de Sofía era la atención a la necesidad. Al referirse a ella, la paciente comentaba que su madre nunca cuidaba de su aspecto físico ni de su vestimenta. Este comentario aludiría a una madre que parecía no registrar la demanda de amor, ya que ella misma quedó excluida del amor, de mostrarse como mujer para ser amada y deseada por un hombre.

Una intensa angustia invadía a la paciente cuando hablaba de su padre. Manifestaba que deseaba cambiar muchas cosas de él. Era un padre al que debía dibujar a modo de recurso, un padre que no le podía hablar: “Él no hace nada. Yo siempre le ponía en mis cartas que era mi ídolo, en una le puse que ya no era más mi ídolo”.

Para cerrar la presentación del caso clínico, se podría introducir aun otra pregunta: ¿un padre es o un ídolo o nada? Atendiendo el discurso de Sofía, podríamos decir que el silencio, la ausencia de palabra del padre la conducían, a su modo, a interrogarse por la función paterna.

5.7.2. Lo real del cuerpo

Sostenemos que nuestra especialidad es un arte, un arte que debe adecuarse, como lo explicitamos oportunamente, al caso por caso, si queremos que los tratamientos prosperen.

En el terreno de las enfermedades psicosomáticas, nuestro arte tendrá que esmerarse aun más, ya que partimos con una desventaja: generalmente, los pacientes que consultan están fijados al *discurso amo* y al *discurso universitario*.

Así llegó Lidia, derivada por una alergista. Cuando le pregunté acerca del motivo de su consulta, respondió: “Me brotó toda. Los tratamientos que me indica la Dra. no dan resultado”.

Lidia presentaba lesiones eritematosas y pruriginosas de diferentes tamaños diseminadas por todo el cuerpo. Sentía aumento de temperatura en la piel; además, manifestaba frío y decaimiento extremo. Tras realizarle una biopsia en las lesiones de piel, se estableció que se trataba de una dermatitis atópica.

Su caso se adecuaba a lo que, por definición, llamamos *enfermedades psicosomáticas*. Es decir, se trataba de una enfermedad orgánica bien constituida a la que no le faltaban ni los signos y síntomas clínicos ni la confirmación de la lesión orgánica por medio de los estudios pertinentes.

Además de la afección en piel, padecía de úlcera gástrica y hemorroides. Las sesiones transcurrían entre largos silencios o quejas sobre sus diferentes dolencias orgánicas, o bien eran ocupadas por preguntas que ella me hacía, preguntas dirigidas “al saber médico”.

Consideré la historia de Lidia como un caso paradigmático en relación a lo real del cuerpo, cuerpo que se ofreció a la medicina desde su más temprana infancia. Ya a los 5 años de edad estuvo expuesta a numerosos estudios y tratamientos médicos por la aparición de vello pubiano y axilar como consecuencia de una insuficiencia suprarrenal congénita —enfermedad “rara y no muy estudiada en esas épocas”, según el decir de la paciente—.

Lidia contó que su niñez se desarrolló vinculada siempre al ámbito de la medicina, y que fue una etapa durante la cual su organismo sufrió muchas agresiones. El tener que hablar en sesión, la remitía a esos momentos, haciéndola sentir expuesta, desnuda, tal

como se había sentido ante la mirada de médicos y estudiantes, ya que fue atendida en un hospital escuela.

Era la menor de siete hermanos, la que acompañaba a sus padres a los médicos. Reconocía en ella una especial predisposición para acompañar, al respecto decía: “Cuando tengo que ir a acompañar a otras personas no pienso en mi urticaria”.

Le costaba relacionarse socialmente y se casó alrededor de los cincuenta años. No se sentía identificada con su sexo, lo cual se vinculaba con el vello de la cara, que debía afeitarse cada mañana. Cuando hacía referencia al tema del vello, se angustiaba; era lo único que quebraba el discurso de Lidia.

Tras su primer episodio alérgico, respondió positivamente al tratamiento indicado por el especialista; pero los sucesivos episodios fueron más prolongados y resistentes a las diferentes terapéuticas.

Ante mi pregunta sobre sucesos previos a la aparición de las lesiones, contó, como restándole importancia, el comienzo de la edificación de la casa donde viviría con su esposo. Luego de casada, habían vivido dos años con los padres de ella, más tarde, comenzaron a construir en un terreno de los padres de su esposo.

Esta presentación obedece a un recorte teórico realizado sobre el material clínico correspondiente a un tratamiento que se sostuvo rigurosamente durante cinco años. Digo *rigurosamente*, ya que Lidia no faltaba jamás; pese a ello, durante mucho tiempo, solo preguntaba, nunca *se* preguntaba, únicamente interpelaba “el saber médico”.

Dadas tales circunstancias, pude esbozar algunas interpretaciones que, desde luego, no fueron comunicadas a la paciente debido a las características estructurales de esta.

Tomando en cuenta lo que entendí como factor desencadenante —la construcción de su vivienda propia—, me pareció destacable el hecho de que la paciente, en pleno periodo de *edificación* subjetiva y de *edificación* de su identidad sexual —no olvidemos la edad de manifestación de su problemática orgánica—, haya pasado a ser un objeto capturado por la mirada médica; objeto raro, curioso, ya que en esa época tales patologías no se conocían ni se diagnosticaban con la precisión científica actual.

Todo parecía suceder como si algo de ello retornase y pusiera en contacto estos diferentes momentos de *edificación* histórica.

Su cuerpo de nena tenía una piel más áspera y con vellos, producto de una mayor producción de hormonas masculinas. Presentaba, además, aumento en el tamaño del

clítoris, por lo que fue operada pasada la adolescencia. Estas marcas en el cuerpo generaron confusión en relación con la pregunta: ¿qué soy, hombre o mujer?

Su esposo, hijo único, estaba enteramente sometido al deseo materno, lo que generaba angustia en Lidia, pues su suegra no era cualquier personaje para ella. La describía con frecuencia como una mujer soberbia y autoritaria: “Tengo que hacerme como una protección, para defenderme de todo lo que ella dice o hace, como que absorbe las fuerzas que uno tiene”.

Ya que desde niña debió armarse de una protección para soportar estudios y exámenes médicos, con controles que continuarían durante toda su vida, el Otro se le tornó imprescindible, y a la vez, debía armarse de una coraza para protegerse de él, tanto de su palabra, como de su mirada.

Pensemos en las consecuencias sobre el cuerpo de esta paciente —como en otros casos— de determinada posición con respecto al discurso que otorga identidad: *soy* a partir de la lesión en el órgano; es decir, cuando la lesión representa al sujeto.

Con el análisis de este caso, nos ubicamos, una vez más, en el terreno del autoerotismo y del narcisismo primario. Recordamos a Lacan situando el fenómeno psicosomático en el registro del autoerotismo, por lo tanto, corresponde al narcisismo primario —producido por un goce autista—. Ese goce otorga al sujeto un modo de hacerse un cuerpo que existe sólo a partir de la lesión orgánica, pero que, en definitiva, le permite una forma de existencia.

5.7.3. El cuerpo y la Ley

“Los deseos del niño pasan por el otro especular. Allí es donde son aprobados o reprobados, aceptados o rechazados. Esta es la vía por donde el niño aprende lo simbólico y accede a su fundamento: la Ley” (105 p265).

El caso clínico que tratamos aquí nos permitió indagar una instancia crucial en la estructuración psíquica: la temática de la función paterna, la Ley.

En la primera comunicación telefónica para pedir una consulta, Marcos expresó: “Necesito un turno, el gastroenterólogo me dijo que la llame porque soy ulceroso”.

Luego, en la primera entrevista, reiteró el “soy ulceroso” y el “me dijo el gastroenterólogo”, expresiones que traducen la puesta en juego del *discurso amo* y del *discurso universitario*. A ello sumó la siguiente explicación: “No puedo comer lo que me gusta porque el gastroenterólogo me lo prohibió”.

Marcos se presentó a través de un diagnóstico, mientras que sus datos de filiación sólo surgieron a partir de mis preguntas.

Lo más importante para Marcos eran su estómago, el dolor y lo que podía o no comer por indicación médica. El discurso se limitaba al relato del padecimiento orgánico y a cómo organizaba su día en función de planificar la dieta. De todos modos, el dolor no cesaba.

Durante meses las entrevistas transcurrieron sin la posibilidad de hablar sobre otros temas. Pude escuchar así la necesidad de contar con detalles los pormenores que lo tenían capturado y que lo invalidaban en distintos ámbitos de su vida. Tengamos en cuenta lo siguiente: esto ya lo estaba “representando”.

Las comidas del hogar se planificaban en relación a lo que él podía o no comer, y su esposa lo acompañaba en ello. En ese entonces se acercaba a cumplir cincuenta años, era un profesional exitoso, pero se privaba de reuniones sociales importantes y, si concurría, solía manifestar: “No me queda otra opción, no pruebo bocado”.

Los síntomas habían comenzado al casarse: “Ya esa noche sentí un dolor insoportable en el estómago”, comentó haciendo referencia a su fiesta de bodas. Un mes después, obtuvo el título universitario.

Si de fantasmas que marcan el cuerpo se trata, Marcos tenía solo un problema: “su estómago”. Finalmente, pero con fastidio, comenzó a reconstruir su historia a partir de mis preguntas.

Hijo único, contó que su madre, ama de casa, era una “excelente cocinera”. Según él, cocinar “era su única pasión”. “Organizaba las compras para el menú de la semana, y siempre decía: ‘No hay mejor comida que la hecha en casa’”.

El padre, que por su trabajo debía viajar con frecuencia, solía estar poco tiempo en el hogar, pero cuando llegaba, le decía a su esposa: “Venía pensando en qué cosa rica habrías preparado”. Al respecto, agregaba Marcos: “Mamá decía: ‘Come cualquier porquería cuando viaja’, entonces se esmeraba para que yo y papá comiéramos rico y sano”.

La mamá de Marcos también era hija única. Su madre había muerto de cáncer de estómago unos años antes de que ella se casara, y quedó a cargo de las tareas domésticas. Sobre todo, tenía una preocupación por la comida, ya que sostenía que su madre se había enfermado por no cuidarse y “comer porquerías”, debido a que no le gustaba cocinar.

Hizo cursos de cocina, nunca trabajó fuera de su casa, cuidaba de su padre, a quien continuó preparándole la comida aun luego de haberse casado. Se la llevaba todos los días. “El abuelo se dejaba cuidar”, decía Marcos.

Los hombres de esta familia se dejaban cuidar. Observamos así la primacía de la necesidad biológica por sobre el deseo en los cuidados maternos. Lo que es de afuera es “porquería”, enferma y mata. Vemos, entonces, la construcción fantasmática materna a la que este paciente quedó ligado.

Considerando la patología, “úlcera gástrica”, podemos inferir que no se trataba de cualquier órgano para Marcos. El estómago aparecía como receptor de la construcción fantasmática materna, construcción que marca, que lesiona hasta ulcerar.

Destacamos el comienzo de los síntomas: el día de su casamiento —seguido por el acceso a un título universitario, un mes más tarde—. En esos momentos de su vida, el paciente se encontraba en la encrucijada de hacer cosas en nombre propio, por fuera de lo familiar, pero no olvidemos que, para la madre, “la mejor comida [era] la de casa”.

A modo de construcción, planteamos lo siguiente. Marcos estaba intentando “comer fuera de casa”, es decir, por fuera de la familia primaria, en nombre propio. Aunque, en un punto, también se aseguraba de no hacerlo, justamente, al enfrentarse con las dificultades que este intento le generaba.

En una sesión, como al pasar, sin mostrar cuestionamiento alguno sobre su elección de pareja, mencionó el lazo de parentesco con su esposa. La madre de su esposa era hermana del padre de su madre, es decir, la esposa de Marcos era prima hermana de la madre de Marcos y tía segunda de Marcos. ¿Imposibilidad de una salida a la sexualidad de modo exogámico?

La elección de la carrera, vinculada al mundo legal, y las asociaciones del paciente al respecto, nos llevaron a pensar en la función paterna, la Ley, y el vínculo entre la construcción del cuerpo y la Ley. Se trata de una instancia crucial en la estructuración psíquica, vinculada al cuerpo y al deseo.

Los hombres de esta familia se dejaban cuidar. Marcos parecía intentar suplir, reparar, con costos somáticos, aquello que de la función paterna se encontraba debilitado.

6. La dirección de la cura en pacientes afectados por enfermedades psicosomáticas

"Un enfermo psicosomático es más bien complicado y se asemeja más a un jeroglífico que a un grito" (61, p138).

Conferencia en Ginebra sobre el síntoma

J. Lacan

La dirección de la cura en pacientes con enfermedades psicosomáticas está orientada por determinadas pautas que, entendemos, le son propias. De todas maneras seguimos fieles a la escucha psicoanalítica y a la premisa fundamental del caso por caso, es decir, respetando la singularidad.

En el desarrollo de esta tesis, dedicamos un amplio espacio teórico a destacar la importancia de la formación del médico —cualquiera sea su especialidad—. En efecto, es necesario que el profesional pueda distinguir una dimensión diferente en el proceso salud-enfermedad, ya que sólo de este modo, si es oportuna, podrá realizar una derivación efectiva, que sea considerada por el paciente.

Como sabemos, el paciente, habitualmente, consulta a causa de signos y síntomas que configuran una dolencia orgánica; en cambio, pone entre paréntesis la dimensión subjetiva, quedando sometido, de este modo, al sonido de los órganos. Es allí donde la “escucha atenta” del médico, sin perder por ello la eficiencia de sus conocimientos con base en la ciencia positiva, intentará propiciar, a partir de la relación terapéutica, un vínculo que le sirva al paciente como referencia válida. Tal vínculo favorece al corrimiento de las certezas que suelen acompañar este tipo de patologías y que, en muchas ocasiones, obturan los interrogantes por el sentido.

Si bien este planteo compete, como dijimos, a los planes de estudio de la carrera de Medicina, al mismo tiempo, los excede. En especial, en lo que respecta a la estructura subjetiva del médico, quien, además de practicar su profesión, es un sujeto, el cual, en virtud de su propia historia, tomará una determinada posición en la práctica, más allá de los conocimientos adquiridos en su formación profesional.

No debemos soslayar el valor de *coraza* que se anuda a dichos conocimientos; donde suelen ampararse falencias simbólicas de diversa índole que ponen en juego, y al mismo tiempo, en peligro, no solo lo atinente al compromiso que debe establecerse con la

problemática del paciente sino, además, al médico mismo, quien termina pagando con su propia salud.

Según lo argumentado queda establecido como primer eslabón en la dirección de la cura de pacientes con enfermedades psicosomáticas, la intervención del médico generalista o especialista que efectúa la derivación.

En cuanto al analista que resuelve tomar en tratamiento a un sujeto representado por una patología orgánica y que no logra entender por qué fue derivado, trabajamos algunas ideas, como propuestas a tener en cuenta.

En estas situaciones clínicas, resulta fundamental, en la dirección de la cura, que el analista se plantee cierta flexibilidad en su posición. Permitirá, entonces, un corrimiento desde el discurso centrado en lo orgánico hacia un discurso que facilite indagar la trama inconsciente.

Al no poder considerarse —justamente, por cierta suerte de rigidez estructural— estas particularidades y otras que sugerimos, se incrementa la resistencia inherente a estos pacientes. Ello suele conducir a la pronta interrupción de las consultas, sin que llegue a lograrse el inicio de un tratamiento analítico —cosa que sucede con frecuencia—.

A partir de la experiencia clínica, retomamos la jerarquía y el lugar de privilegio otorgado a la necesidad de que surja en el sujeto una pregunta. Una pregunta que pueda remitirlo a esbozar algo del orden del sentido desde una historia que lo precede y lo significa. Además, la pregunta también es fundamental en quien dirige la cura, el analista. Es así que, para reflexionar acerca de ello, volvió a sernos de utilidad la “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma” (61), de Lacan.

Lo dicho en la conferencia, en cuanto a que un paciente psicosomático se asemeja más a un jeroglífico que a un grito, convoca a pensar: ¿qué hacer con ese jeroglífico para que surja la demanda en el intento de desciframiento y una posible pregunta por el sentido a la que aludimos?

Analizamos detenidamente esta noción y distinguimos los efectos de quedar detenidos en el nivel del jeroglífico. Enfatizamos lo referente al “signo” que remite a un órgano, que quedó por fuera de la cadena significante y excluido del esquema imaginario del cuerpo; siendo, en consecuencia, patrimonio distintivo de estos pacientes la sustitución de la palabra por el signo.

Con frecuencia, la principal dificultad que encontramos es la de propiciar un discurso que permita hacer historia y develar la posición subjetiva del paciente. Solo a

través del discurso, en el marco de un espacio terapéutico, podrá evidenciarse algo de este orden, pues sabemos que toda estructura clínica es un hecho de entramado discursivo.

Otra pregunta atinente en la dirección de la cura, es en relación al lugar que ocupa el deseo en estos pacientes. Para tal análisis recurrimos al planteo de Jean Guir en su libro *Psicosomática y Cáncer* (106); el autor señaló que “el *eslabón deseo* se conserva, aunque no podemos tener en cuenta la función de afánisis del sujeto” (107, p149).

No obstante, siendo consecuentes con nuestra propuesta, nos permitimos matizar esa afirmación. Inferimos que la captura del sujeto, a partir de representarse por la lesión orgánica, anula parcialmente el deseo, y en cierto modo, lo obstaculiza. Desde luego, en la singularidad del caso por caso, esta anulación parcial tendrá sus particularidades, y formará parte del trabajo terapéutico intentar el corrimiento de una posición subjetiva que deja cautivo al sujeto.

Esta línea de pensamiento, sitúa el terreno del narcisismo primario y el ámbito del registro de lo Real. Dimos debida cuenta de ello en el pormenorizado desarrollo teórico y clínico de esta tesis. Expusimos, asimismo, una distinción entre los pacientes psicossomáticos y aquellos pacientes neuróticos en los que se produce la irrupción de fenómenos psicossomáticos. En estos últimos casos, encontramos que es posible pensar que el *eslabón deseo*, como lo propone Guir, sí se conserva.

6.1. La posición del analista y su ética

Luego de atender nuestras definiciones e interrogantes previos, reflexionamos acerca de la ética que debe guiar toda práctica clínica, partiendo de ciertas conceptualizaciones freudianas.

En primer lugar, “el paciente no debe ser manipulado ni adoctrinado” (108, p267). Este es un principio fundamental, ya que no se trata de salvar ni de educar, sí de escuchar. Respetar lo que en psicoanálisis se denomina “regla de abstinencia”.

Freud, en su artículo “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico” (109), señaló:

“He de recomendar calurosamente a mis colegas que procuren tomar como modelo durante el tratamiento psicoanalítico la conducta del cirujano, que impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías psíquicas a su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte” (109, p1656).

Aquí se hace referencia a varias cuestiones. Por empezar, implica una suerte de abstinencia de la vida personal del terapeuta; se trata de abstenerse de confundir su vida con la del paciente. Pero la abstinencia es también aquello con lo que paga el analista que conduce un tratamiento al poner entre paréntesis su propia vida personal.

Es por esto que se ha aproximado la regla de abstinencia a la noción de *deseo del analista*. En tal sentido, se dice que, en el análisis, lo que debe prevalecer es el *deseo de analizar*, un deseo que conduce la reciprocidad más allá de la relación personal y del amor de transferencia. Es un deseo “impersonal”, ya que no se identifica con la persona que sostiene el lugar del analista. Se hace evidente en esta situación la necesidad intrínseca de que el analista tenga su propio análisis.

Además, para Freud, el tratamiento no pasaba por la reflexión ni el esfuerzo de la atención o la voluntad, sino que se aboca a trabajar con las formaciones del inconsciente; lugar donde podremos aproximarnos al deseo.

La formación constante y la supervisión de casos constituyen una parte ineludible de la singular práctica profesional que supone el psicoanálisis.

Luego de esta apretada síntesis, que ubica sobre algunos ejes de la ética en psicoanálisis, nos preguntamos: ¿cómo aplicarlos y avanzar en la dirección de la cura de pacientes afectados por una enfermedad psicosomática?

6.2. Las dificultades de la transferencia

Si bien no es una característica privativa de los pacientes con enfermedades psicosomática, en general, no son sujetos que buscan un análisis. Es decir, el interrogante por la implicancia y responsabilidad en relación a lo que les ocurre no está presente en tales pacientes.

La pregunta que insiste, en cambio, está dirigida al terapeuta, y suele convertirse en una especie de interrogatorio, que hasta puede expresarse como un desafío sobre el supuesto saber de aquel. Se trata de una pregunta que exige una respuesta sin más. El paciente considera que sólo para eso ha sido derivado por otro especialista al agotarse los recursos existentes y las diversas medicaciones indicadas para la patología orgánica en cuestión.

Nos encontramos aquí en el rubro designado por la medicina como “pacientes resistentes a la terapéutica”, o lo que es peor, “patologías resistentes o refractarias”, nominación que desde los inicios excluye al sujeto. Desde la concepción positivista del

discurso médico, el sujeto queda así nombrado por una enfermedad que lo representa, y es forcluido como tal.

Volvimos al caso clínico de Lidia, ya presentado. Durante las entrevistas preliminares, no instalada la transferencia —pesada tarea y difícil de lograr en estas situaciones—, la paciente sostenía largos silencios, o bien inundaba el tiempo de la sesión con quejas sobre todo tipo de dolencias orgánicas. Sentía desconfianza de las medicaciones propuestas por los profesionales a quienes consultaba; todas le ocasionaban efectos indeseables, por lo tanto, las abandonaba.

Preguntas y quejas sumadas a los silencios llenaban la sesión; desde luego, siempre se retiraba fastidiada; de todas maneras, regresaba a la semana siguiente, cumplidora como siempre.

Dijimos que un principio fundamental a sostener en la práctica es el del “caso por caso”. En la singularidad del caso de Lidia, frente a estos duros inicios, no siempre fue viable poner en práctica algunos postulados éticos del psicoanálisis, ya que, en ciertos momentos, respondía a sus preguntas con someras explicaciones; o daba indicaciones precisas, aun sabiendo que nada la convencía ni la dejaba conforme. Desde luego, no era ese el fin que yo perseguía; lo que subyacía en estas intervenciones era un intento por instalar la transferencia.

La transferencia siempre resulta enrevesada y engañosa en las diversas estructuras clínicas; por lo tanto, es fundamental estar atentos para maniobrar con ella. Este es uno de los motivos de su importancia como herramienta en la dirección de una cura. La trascendencia que le otorgamos a la supervisión de pacientes se debe, pues, a la necesidad de no extraviarnos, de no quedar adheridos a un discurso con el riesgo de perder de vista la estructura clínica subyacente.

Con esta observación teórico-práctica, continuamos con la paciente. Luego de transcurridos casi tres años de tratamiento, y en el marco de una transferencia que por momentos lograba instalarse, pude comenzar con algunos señalamientos. Llegado cierto punto, me autoricé a decirle: “No más preguntas, comience usted a preguntarse”. Aunque reticente, Lidia intentaba asociar de forma libre, relataba sueños y parecía comenzar a implicarse. De todas maneras, al llegar a determinados puntos nodales, uno de ellos referido a la sexualidad, el silencio se hacía impenetrable; por lo tanto, *cerrábamos el libro*.

La expresión utilizada por mí para terminar la sesión: “*cerramos el libro*”, se refería a otra acuñada por la paciente: “*abramos el libro*”, y que ella utilizaba al comenzar cada sesión.

Se trataba de una expresión vinculada a su historia; de joven, buscaba en distintos textos de medicina datos sobre su enfermedad —como ya se dijo, padecía una insuficiencia suprarrenal congénita—. Cada vez que algo de lo leído la movilizaba o la asustaba, rápidamente *cerraba el libro*. Yo utilizaba esta frase para concluir con la sesión cuando el silencio se prolongaba. Mi intervención generaba un efecto positivo en ella; favorecía a continuar trabajando en el siguiente encuentro.

Este movimiento en la dirección de la cura permitía acotar el funcionamiento autorreferencial al órgano; hasta podríamos decir, al “lenguaje de órgano”, lo que habitualmente leemos en textos lacanianos como *acotar un lugar de goce*, que, sin duda, está en juego en el paciente.

A veces, ante esa intervención, *cerramos el libro*, Lidia se ofuscaba y decía: “Al final nunca podemos terminar de hablar de un tema, siempre queda inconcluso”. Frente a esta manifestación, le señalaba que eso no era así. Intentaba mostrarle que, más que de dejar algo inconcluso, se trataba de establecer otros caminos posibles. Sin obviar que lo *inconcluso* podría vincularse a las dudas de la paciente en relación con su sexualidad.

El trabajo terapéutico transcurrió en el marco de un camino flexible. No obstante, se fueron estableciendo pautas que hicieron marcas, marcas con palabras.

Se instaló un lenguaje diferente; la paciente retomaba temas de sesiones anteriores o bien abría nuevos interrogantes. Llegamos incluso a abordar materiales de sus sueños que en los inicios no recordaba, o a los que no ponía en consideración por restarles importancia.

Cuando Lidia me consultó, lo primero que hice fue comunicarme con la profesional que la había derivado. Mi finalidad era la de preguntar, entre otras cosas, por los motivos de la derivación; e informarme acerca de qué había podido escuchar la especialista más allá de los síntomas y signos. A partir de ello, acordamos mantenernos en comunicación y diálogo, así se lo hicimos saber a la paciente.

Este trabajo conjunto ofrecía la posibilidad de articular conexiones entre la evolución de la dolencia orgánica y el proceso de la terapia analítica.

Quiero destacar que tal proceder es una parte esencial de mi modalidad de trabajo, ya que, constituye el primer paso en la dirección de la cura, brindando al paciente un

acompañamiento necesario, además de contribuir a la transferencia. El diálogo con el profesional que realiza la derivación conlleva esta perspectiva: cada cual desde su práctica ocupará un lugar de referente para acompañar al paciente en una lectura otra, nueva, de su problemática.

6.3. Una propuesta a considerar

El analista está advertido de lo fundamental de una escucha atenta, también de la cautela que requiere maniobrar con la transferencia, es por eso que hemos desarrollado algunos aspectos éticos tomando las enseñanzas de Freud como eje.

Dejándome llevar por reflexiones surgidas a partir de lecturas, observaciones y puestas en práctica en la dirección de la cura de pacientes a lo largo del ejercicio de la profesión, quise brindar mis aportes.

Al recepcionar a un paciente derivado por un especialista médico, en la primera entrevista considero importante, si la circunstancia lo permite, recabar exhaustivamente datos clínicos de la afección orgánica; estudios realizados, tratamientos efectuados y en curso. Hacer una ficha apropiada con todos esos elementos obtenidos que se actualizará de acuerdo al caso y a lo solicitado por el médico derivante.

¿Por qué aclaro que intento recabar datos clínicos sobre la afección orgánica en una primera entrevista *si la circunstancia lo permite*? Suele ocurrir, y por ello la insistencia de considerar el “caso por caso”, que el paciente no se encuentre dispuesto a responder ciertas preguntas. En ese contexto, obtendrá la investigación con frases clásicas: “usted ya sabe” o “mi médico ya le contó” o “qué opina usted”. Pues entonces, tiempo, tiempo y más tiempo, hasta que llegue el momento oportuno.

La importancia de confeccionar la ficha mencionada radica, en parte, en dar trascendencia a lo que es trascendente para el paciente y, además, se trata de contar con herramientas que ayuden a detectar, si ocurrieron, modificaciones en la evolución de la enfermedad a partir del comienzo de las entrevistas.

Concluimos haciendo nuestro el decir del poeta Pablo Neruda: “Todo está en la palabra. Una idea entera se cambia porque una palabra se trasladó de sitio, o porque otra se sentó como una reinita adentro de una frase que no la esperaba y que le obedeció”.

El sujeto, al igual que sucede con los poemas y las canciones, está hecho de palabras. De acuerdo al modo en que ellas son acomodadas por quienes las acomodan: los poetas, los músicos, los padres, los médicos, los psicoanalistas, resultará bonito, alegre,

grato, en algunas ocasiones, y en otras, nostálgico, triste, impregnado de sufrimiento y tragedia.

Está en nosotros poner a trabajar las palabras para reubicarlas en ese trayecto que se aproxime a la verdad del inconsciente, en el intento de dar un cauce diferente a la “sentencia del Otro”.

7. El psicoanálisis, una invitación a la psiquiatría

El psicoanálisis es una práctica que ha resistido diferentes embates desde su gestación hasta la actualidad; principalmente, debido al modo en que pone en jaque una serie de conceptos legitimados por la ciencia y la cultura. Por ello, en estas instancias el objetivo principal consistió en poner a considerar algunos ejes teóricos, que si bien ya se trataron, merecieron ser recuperados para situar el lugar del psicoanálisis y la jerarquía ética de su práctica.

Sigmund Freud y Jaques Lacan fueron médicos. Neurólogo el primero, psiquiatra el segundo. Ambos, desafiantes, llegaron a trascender aquel saber del cual partieron.

Si bien los filósofos se ocupaban de lo inconsciente, Freud al descubrir el inconsciente con sus propias leyes, los conceptos considerados en sus desarrollos y el tratamiento que les dio en su teoría, produjo una subversión que ubicó al psicoanálisis en un plano similar a la revolución copernicana.

Lo revolucionario para aquellos tiempos consistía en la propuesta que el inconsciente es lenguaje y escritura. A Lacan no le fue suficiente y formalizó una estructura: el “nudo borromeo”.

A partir de la existencia del psicoanálisis, del inconsciente freudiano y de los avances de Lacan surgen interrogantes de rigor epistemológico. Entre ellos, a qué se considera científico. Se planteó la ambigüedad entre el saber como coherencia y la verdad del sujeto, junto a la no correspondencia entre sujeto e individuo.

La conceptualización y abordaje del síntoma se alejan de las propuestas por las ciencias positivas.

La noción del Yo, de la conciencia y de los pensamientos, al igual que la ética tratadas por los filósofos irán por otro camino.

La noción de ética en psicoanálisis se ubicará en un terreno distinto al de la moral. Freud, Lacan trabajaron esta sustancial diferencia, con sus referentes en la filosofía: Spinoza y Nietzsche, asumiendo el costo de ser tratados de inmorales.

En el campo del psicoanálisis estamos frente a una ética sin preceptos ni ideales, pero comprometida con la Ley y la responsabilidad. Tiene lugar una puesta en juego del deseo, deseo engañoso, escurridizo, que solo en tanto pueda mediatizarse por la palabra confrontará al sujeto del inconsciente con la falta inherente a su constitución subjetiva.

Hablamos, pues, de una ética vinculada a la renuncia de un saber previo; por lo tanto, no cuenta con respuestas, ya que estas obturan el valor y el sentido del síntoma.

“ética vinculada con la perseverancia en el ser, con el deseo en tanto camino al goce, con la confrontación sostenida a la falta, va en contra del bienestar y de las propuestas tranquilizadoras. Es en eso que el análisis no es una terapia sino la impugnación tácita de todas ellas y que no puede esperar más que fracasos y postergaciones si pretende compararse con los ansiolíticos de hoy. Pues su meta no apunta al principio del placer, al ‘completo bienestar’ de la definición ‘mundial’ de la salud, sino al más allá, a ese cuerpo que se experimenta aún en el sufrimiento y a través de una tensión sin pausa, al goce que, si sufre, es por los topes del placer” (110, p213).

En cuanto al síntoma; el síntoma es escritura y como tal se brinda a ser leído. Pero la condición de esta lectura es, de acuerdo a lo teorizado, la abstinencia por parte del analista, en el sentido de no poner en juego sus ideales y su deseo, que no debe ser otro que el deseo de analizar.

“Una palabra, sí, eso es el síntoma, pero palabra ausente, ‘girón de discurso que, a falta de haber podido proferir con la garganta, cada uno de nosotros está condenado, para trazar su línea fatal, a hacerse el alfabeto viviente” (110, p209).

En la medida en que el psicoanálisis se caracteriza por su condición de discurso, se aboca, en tanto tal, a indagar en el discurso que porta el sujeto, en aquel que lo constituyó, a partir de los significantes. Los significantes son las piezas que resuenan en este discurso, y que quizá tomarán sentido, o no, en el proceso terapéutico. El paciente debe comprometerse con su responsabilidad en los avatares de su sufrimiento, y el terapeuta, con la responsabilidad de acompañar ese proceso con sus intervenciones.

Se conforma de este modo un escenario compuesto por tres elementos: el paciente, el analista y, como elemento tercero, la palabra, que introduce una alteridad en los enunciados del paciente para que puedan desplegarse aquellos significantes que representan al sujeto.

El *sentido* que se desprende del discurso pone en juego el problema del sujeto en relación al Otro y al lenguaje, y por esta vía, se hace posible acceder a la consecuente construcción fantasmática en el caso de la neurosis o bien a las diferentes expresiones en la clínica inherentes a los fracasos de dicha construcción.

Es importante una consideración primordial, debido a las numerosas confusiones que atraviesan al psicoanálisis desde sus orígenes: hablar de psicoanálisis es hablar de un “método terapéutico” y de un “método de investigación” con sus propios objetos de estudio.

Desde este punto de vista, el psicoanálisis debe ser diferenciado de las psicoterapias basadas en la psicología del yo. Freud, con la metapsicología, plantea un más allá del yo, esto es, el inconsciente. Por lo tanto, la dimensión clínica propone un orden, o mejor dicho, otro orden, una lógica y una dinámica que nos alejan de las certezas.

Para su fundamentación, nos remitimos a la lectura propuesta por Lacan, quien sostuvo que: yo (*je*) no es el yo (*moi*), y que el sujeto no es el individuo. El yo no es una sustancia u objeto asible en la conciencia. El yo es un otro absolutamente desconocido para el terreno de la conciencia. En efecto, el sujeto no es el individuo, dado que el individuo está sujeto a la trama discursiva que lo preexiste, por ende, no es asible en su yo ni en la conciencia, porque ni el yo ni la conciencia son autónomos.

El autor desarrolló la ambigüedad del saber y la verdad en el terreno de la subjetividad. El saber vinculado con la coherencia que distingue a lo científico experimental. En cuanto a la verdad, es aquella del sujeto, que no siempre se acomoda para congraciarse con los diferentes discursos que tratan de explicarlo, es un primer aviso de la escisión que Lacan observa entre Ciencia y Verdad.

La división del sujeto se asienta ente verdad y saber. “allí donde ello era, allí como sujeto debo advenir yo” (37, p843). Se trata de la verdad de las formaciones del inconsciente, inconsciente que —como dijimos— se estructura como un lenguaje; Freud, con la técnica de la asociación libre, hace a la verdad hablar.

“Yo la verdad, hablo...’ va más allá de la alegoría. Quiere decir sencillamente todo lo que hay que decir de la verdad, de la única, a saber que no hay metalenguaje (afirmación hecha para situar a todo el lógico-positivismo), que ningún lenguaje podría decir lo verdadero sobre lo verdadero, puesto que la verdad se funda por el hecho de que habla, y puesto que no tiene otro medio para hacerlo” (37, p846).

Saber y verdad, por lo tanto, son contingencias del discurso. Partiendo de las contingencias del discurso surge una propuesta a la Psiquiatría en cuanto a la clínica y su innegable valor.

Paul Bercherie, en su libro *Los fundamentos de la clínica* (111), realizó una reseña histórica acerca de cómo se fue perdiendo la posición clínica que la psiquiatría había logrado desde el final del siglo XIX hasta la construcción del organodinamismo de Henry Ey.

El desplazamiento que provocaron la psicofarmacología y los hallazgos de los métodos de diagnóstico por imágenes incidieron en cierto olvido de la mirada clínica del

psiquiatra. Bercherie indicó, en este sentido, la importancia del psicoanálisis para el retorno de la clínica en psiquiatría.

Si consideramos el trayecto recorrido, podemos decir que el psicoanálisis cursa una invitación a la psiquiatría. Esa invitación está formulada por medio de interrogantes. ¿Qué noción del síntoma permite observar este retorno de la clínica? ¿De qué naturaleza son las resistencias y refractariedades que los pacientes ofrecen a algunos tratamientos? ¿Qué dimensión de la subjetividad se recupera, reformulada con el grupo de conceptos psicoanalíticos?

La mirada de la psiquiatría parece anclarse en aquello que se le presenta como fenómeno. En este punto, el psicoanálisis propone a la psiquiatría tomar esos fenómenos que conforman la clínica y hacerlos hablar en el intento de seguir un camino diferente al de la evidencia.

Vuelve, entonces, la pregunta, ¿evidencia de qué? Proponemos pensar en estos fenómenos que se dan al otro, justamente, para ser leídos, ya que responden a una estructura de discurso. Discurso que se asienta en el malentendido, constitutivo de la existencia humana.

Por ende, la verdad se contrapone a la certeza y a la evidencia y, una y otra vez, retorna en el síntoma si tratamos de amordazarla.

Como psiquiatra y psicoanalista no puedo desconocer y dejar de dar valor a la compleja arquitectura del sistema nervioso, y a la genética, con sus avances y sus propuestas. Tampoco puedo desconocer el valor de la psicofarmacología, dado que recurro a ella como una herramienta más en el tratamiento de determinados pacientes.

De todos modos, me interpela aquí una nueva pregunta: ese lenguaje que modela y conforma el cuerpo, que lo marca y lo determina, en un intersticio ciego para el sujeto y la ciencia, ¿no ejercerá efecto de cascada en el sistema nervioso y en la genética?

Retomando el tema de la evidencia, muchos pacientes nos sorprenden, precisamente, con la evidencia de que el psicofármaco modificó las imágenes y la funcionalidad alterada, como así también los niveles alterados de neurotransmisores, pero los síntomas siguen. Entonces, la clínica se sostiene y persiste el sufrimiento. ¿Qué resiste? ¿A qué resiste?

Otro punto que mereció ser tratado se relaciona con la afirmación de que el psicoanálisis no puede intervenir en determinadas patologías.

El psicoanálisis, desde su teoría y su práctica, tiene mucho por decir e intervenir, como hemos visto, en cuanto a las enfermedades psicosomáticas, pero también en relación con la psicosis, y las mal llamadas “patologías actuales”.

Conviene aclarar que las llamadas “patologías actuales” poseen, en verdad, una larga historia, sólo que en la actualidad se nos ofrecen con las modalidades y tintes de la época. Basta con seguir los consejos de Freud y remitirnos a tomar estas cuestiones que se proponen como actuales bajo otra óptica; las veremos, entonces, *documentadas*, por decirlo de algún modo, en las obras literarias y otras artes —como la pintura y la escultura— de los siglos precedentes. En efecto, el teatro, la literatura, las artes plásticas expresaban situaciones de la época en cuanto a las sociedades y sus actores.

El psicoanálisis no se limita, pues, a la neurosis, solo que su operativa cambia y soporta la imposibilidad totalizadora. Suprime la respuesta e invita a un hacer diferente.

Para finalizar, tomé prestadas de Heidegger las siguientes palabras sobre el conocimiento:

“El conocer no es como un puente que en algún momento y secundariamente une dos orillas de un río que subsisten por sí, sino que es él mismo un río que al fluir crea las orillas y las vuelve una hacia otra de un modo más originario que lo que pueda nunca hacerlo un puente”. (112, p456-457).

8. Conclusiones

Hay un cuerpo que enferma pero, en muchos casos, no sabemos por qué resiste y los tratamientos no dan los resultados esperados. Ante esta problemática, abordamos un terreno enigmático y álgido de la nosografía, el de las llamadas *enfermedades psicosomáticas*.

Para aproximarnos a nuestro objeto, fue necesario establecer ciertas cuestiones de base. En primer lugar, que cada disciplina tiene su propio discurso y sus propios objetos de estudio. Distinguimos con rigurosa claridad, que el cuerpo del que se ocupa la medicina difiere del cuerpo del que habla el psicoanálisis, aun cuando ambos dominios participen de una constante y mutua interpelación.

Señalamos que para la medicina, el cuerpo “es una realidad”, en cambio, para el psicoanálisis, “es *de* la realidad”; cuerpo bañado de libido y sometido a la pulsión.

La clínica muestra lo teorizado en relación a que el organismo de carne y huesos: soma, necesita de una imagen que lo unifique. Mediatizado por el *estadio del espejo*, lo *imaginario* hace de él una forma; luego lo *simbólico*, a partir de la intervención del lenguaje, hace de él lugar de marca, de inscripción, a través del significante.

Destacamos que la mirada, enhebrada a la palabra, constituyen al sujeto y lo determinan, y sirven, por tanto, de soporte o de quiebre en su estructura psíquica. En este segundo caso —es decir, en el caso de que se produzca un quiebre—, se generarán diversas manifestaciones en la clínica; algunas de tales manifestaciones conforman las llamadas *enfermedades psicosomáticas*.

Fundamentamos que no toda patología orgánica se ubica en el estatuto psicosomático. Las *enfermedades psicosomáticas* en sentido estricto, se dan en aquellos pacientes que se representan por la lesión de un órgano ante la imposibilidad de disponer de los recursos que otorga el significante. A nuestro criterio estamos, con toda claridad, frente a una estructura psíquica diferente.

Al abordar esta estructura, se constata en cuanto a las operaciones fundantes del psiquismo que, en los pacientes afectados por estas enfermedades hay una falla en la segunda operación: la *separación*, en razón de que la primera: la *alienación*, (la desaparición del sujeto en el Otro), la *afánisis*, se compromete, y no tiene lugar, del modo que lo requiere, la inducción significante.

El mecanismo de separación ha quedado, en parte, interrumpido, produciéndose una separación parcial del Otro primordial. En los intersticios del discurso de los pacientes capturados por una enfermedad psicosomática, se puede escuchar un llamado al padre, más precisamente, a la función paterna.

En cuanto a la cadena significativa, el S2 pasa a ser reemplazado por el órgano enfermo, quedando el sujeto pegado a una alienación significativa. Se trata de un significativo congelado, no hay intervalo entre S1 y S2. Al no establecerse la cadena significativa, trae como consecuencia lo que se denomina “holofrase”.

Hay pacientes en quienes, durante la construcción del cuerpo erógeno, se presentarían *fisuras* en la estructura psíquica que actúan como puntos de detención. Determinado órgano quedó por fuera de la cadena significativa; y de ese modo, dicho órgano pasa a ser reservorio de estancamiento de libido narcisista.

Por lo tanto, sostenemos que el cuerpo es pasible de inscripciones, a modo de marcas, a las que denominamos “estigmas”.

El enfermo psicosomático se encuentra en una situación de sujeción, expuesto a la imposibilidad estructural de ser por fuera de la marca misma.

El órgano enfermo fue excluido del esquema imaginario del cuerpo, capturando al sujeto y representándolo. Así se escucha, en la práctica diaria: “soy ulceroso”, “soy cardíaco”, “soy asmático”, “soy psoriásico”, etc. El nombre propio queda borrado, sucumbe bajo el peso de la enfermedad.

La captura del sujeto, a partir de representarse por la lesión orgánica, anula parcialmente el deseo, y en cierto modo, lo obstaculiza. Desde luego, en la singularidad del caso por caso adquiere sus particularidades y formará parte del trabajo terapéutico intentar el corrimiento de esta posición subjetiva que deja cautivo al sujeto.

Estas patologías no incumben a la relación entre el sujeto y el objeto; es decir, escapan a las construcciones narcisistas y a la fijeza del fantasma; en consecuencia, implican un real, en cuya causalidad interviene la inducción significativa.

El punto de indagación que ilumina y descentra el lugar de estas enfermedades está constituido por los fantasmas del cuerpo. Es el fantasma en este modo particular de construcción, el fantasma en su achatamiento, el que instaura un dominio psicosomático. Para entender tal operatoria fantasmática, la investigación nos llevó, indefectiblemente, a incursionar en el registro de lo *Real*, y a pensarlo de este modo: lo que yace tras la red significativa es un *Real* ensamblado.

En determinadas vicisitudes de la constitución del sujeto, ese ensamble necesario de lo *Real* con lo *Simbólico* y lo *Imaginario* se atenúa, se debilita, parecería deshilacharse, y en este escenario estructural se hace presente el signo que denuncia la lesión del órgano. En las enfermedades psicosomáticas nos encontramos ante un *Real* que remite a pensar en un recorte corporal desprotegido o sin velo. Aquello que no pudo simbolizarse y quedó por fuera del discurso, excluido.

Con esta perspectiva, entramos en el orden de lo escrito en la estructura. En lo psicosomático, “el rasgo” operaría como escritura filogenética en el órgano.

“El rasgo” marca el órgano —no el cuerpo—. El rasgo unario lo escribe —¿como un tatuaje?— en un punto donde no da lugar a la cadena significante, sino que la misma se detiene. Se produce una suerte de degradación de su función misma de rasgo, y el rasgo prevalece como tal en un recorte corporal desprotegido de la construcción fantasmática.

El rasgo declinaría como un signo, una marca que no pudo hacer cadena significante, adquiriendo, eventualmente, visos de parodia de identificación. Al respecto, proponemos una revisión de la articulación entre cuerpo, identificación y rasgo bajo el espectro de lo psicosomático.

Dejamos señalado que los distintos ejes trabajados en esta investigación— fundamentalmente, lo atinente a la temática de la representación— quedan abiertos a futuras indagaciones.

Por último, consecuentes con nuestra pretensión, atendiendo a la etimología de la palabra investigar: *investigare*, derivada de *vestigium*, cuyo significado es pista, marca, huella, deseamos que el trabajo realizado trace fecundas huellas en el pensamiento y accionar médico.

9. Referencias bibliográficas

1. Israel L. Problema Psicosomático. En: El médico frente al enfermo. Barcelona: Los libros de la Frontera; 1976. p. 257-287.
2. Blánquez Fraile A. Diccionario latino-español, K-Z. 5a ed. Barcelona: Ramón Sopena; 1997. 1869 p.
3. Susan S. La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas. 1a ed. Buenos Aires: Debolsillo; 2012. 205 p.
4. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. En: La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas. 1a ed. Buenos Aires: Debolsillo; 2012. p. 7-101.
5. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. 8a ed. Barcelona: Toray-Masson; 1978. 1100 p.
6. Illa G. Patología psicosomática. En: Psicoinmunoendocrinología / Aspectos Epistemológicos, Clínicos y Terapéuticos. 1a ed. Buenos Aires: Polemos; 2002. p. 329-341.
7. Kaplan HI, Sadok BJ. Factores psicológicos que afectan al estado físico. En: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. 8a ed. Madrid: Panamericana; 2001. p. 906-944
8. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Medicina Psicosomática (Neurosis de órgano. Afecciones psicosomáticas). En: Tratado de Psiquiatría. 8a ed. Barcelona: Toray-Masson; 1978. p. 901-925.
9. Lacan J. El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Quilmes: Paidós; 1999. 231 p.
10. Lacan J. V: El campo lacaniano. En: El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Quilmes: Paidós; 1999. p. 73-83
11. Lacan J. Acerca de la causalidad psíquica. En: Escritos 1. 14 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1988. p. 142-183

12. Sivak R, Wiater A, Lolas F. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 1998. 191 p.
13. Saal F. Análisis crítico de la noción de personalidad. En: Psicología: ideología y ciencia. 15 ed. México: Siglo veintiuno editores; 1990. p. 299-326
14. Braunstein NA, Pasternac M, Benedito G, Saal F. Psicología: ideología y ciencia. 15 ed. México: Siglo veintiuno editores; 1990. 419 p.
15. Freud S. Lección IV. Los actos fallidos (Cont.) En: Lecciones introductorias al psicoanálisis (1915-1917 [1916-1917]). En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2154-2167
16. Foucault M. La Arqueología del Saber. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2002. 355 p.
17. Foucault M. Introducción. En: La Arqueología del Saber. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2002. p. 3-29
18. Foucault M. La formación de los objetos. En: Las regularidades discursivas. En: La Arqueología del Saber. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2002. p. 65-81
19. Foucault M. En: Ciencia y saber. En: La descripción arqueológica. En: La Arqueología del Saber. 1a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2002. p. 298- 330
20. Braunstein NA. Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia lacan). 5a ed. México: Siglo veintiuno editores; 1986. 241 p.
21. Saal F, Braunstein N. El sujeto en el psicoanálisis, el materialismo histórico y la lingüística. En: Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia lacan). 5a ed. México: Siglo veintiuno editores; 1986. p. 80-158
22. Lacan J. El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. 290 p.
23. Lacan J. II. El inconsciente freudiano y el nuestro. En: El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 25-36

24. Lacan J. XII. La sexualidad en los desfiladeros del significante. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 155-167
25. Freud S. Tótem y tabú. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1745-1850
26. Mannoni M. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. 7a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentinos editores; 1987. 251 p.
27. Mannoni M. La segregación psiquiátrica. En: El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. 7a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno argentinos editores; 1987. p. 17-33
28. Clavreul J. El orden médico. Barcelona: Argot Compañía del libro, S. A; 1983. 320 p.
29. Israel L. Introducción. En : El médico frente al enfermo. Barcelona: Los libros de la Frontera; 1976. p. 11-22
30. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. 2a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995. 254 p.
31. Le Breton D. Introducción. En: Antropología del cuerpo y modernidad. 2a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995. p. 7-11
32. Le Breton D. La eficacia simbólica. En: Medicina y Medicinas: De una concepción del cuerpo a concepciones del hombre. En: Antropología del cuerpo y modernidad. 2a ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995. p. 181-183
33. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. 1a ed. en español. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores sa; 1971. 233 p.
34. Canguilhem G. Introducción al problema. En: Lo normal y lo patológico. 1a ed. en español. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores sa; 1971. p. 17-23
35. Canguilhem G. Augusto Comte y el "Principio de Broussais". En: Lo normal y lo patológico. 1a ed. en español. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores sa; 2009. p. 25-39
36. Canguilhem G. Claude Bernard y la patología experimental. En: Lo normal y lo patológico. 1a ed. en español. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores sa; 2009. p. 41-62

37. Lacan J. La ciencia y la verdad. En: Escritos 2. 13 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1985. p. 834-856
38. Lacan J. Psicoanálisis y medicina. El lugar del psicoanálisis en la medicina. Conferencia durante una mesa redonda del Collège de Médecine, en La Salpêtrière, el 16 de Febrero de 1966 y debate posterior [Internet]. Establecimiento del texto, traducción y notas, Ricardo E. Rodríguez Ponte, para circulación interna de la Escuela freudiana de Buenos Aires. [citado 5 de agosto de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.9%20%20%20PSICOANALISIS%20Y%20MEDICINA,%201966.pdf>
39. Lacan J. Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En: Escritos 1. 14 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1988. p. 227-310
40. Deleuze G. Sobre la diferencia entre la ética y una moral. En: Spinoza: filosofía práctica. 1 ed. Buenos Aires: Tusquets editores; 2006.p. 27-40
41. Trosman N. El cuerpo como acontecimiento: superficies, fuerzas e intensidades. Material de Seminario de posgrado: El cuerpo como acontecimiento. Sus múltiples dimensiones: filosófica, estética y psicoanalítica. Facultad de Psicología de la UNR, 2009.
42. Deleuze G. Spinoza y nosotros. En: Spinoza: filosofía práctica. 1 ed. Buenos Aires: Tusquets editores; 2006. p.149-158
43. Trosman N. Lacan con Spinoza: Al final de la beatitud. En: AAVV: Jacques Lacan y los filósofos. Buenos Aires: EFBA; 2004. p. 143-150
44. Lacan J. I. La excomuni3n. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paid3s; 1992. p. 9-21
45. Lacan J. Queda por concluir. En ti m3s que en tu. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paid3s; 1992. p. 269 -284
46. Spinoza B. 3tica demostrada seg3n el orden geom3trico, introducci3n, traducci3n y notas de Vidal Pe3a. Madrid: Ediciones Orbis, 1984. 366 p.
47. Deleuze G., Parnet C. Cap3tulo segundo. De la superioridad de la literatura angloamericana. En: Di3logos. Valencia: Pretextos; 1997. p. 43-86

48. Kuri C. Introducción. En: Estética de lo pulsional. Lazo y exclusión entre psicoanálisis y arte. Rosario: UNL-Homo Sapiens ediciones; 2007. p. 5-10
49. Freud S. El delirio y los sueños en la “Gradiva”, de W. Jensen (1906 [1907]). En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p.1285-1336
50. Freud S. Un recuerdo infantil de Leonardo De Vinci. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1577-1619
51. Freud S. Múltiples intereses del psicoanálisis (1913). En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1851-1867
52. Freud S. El ‘Moisés’ de Miguel Ángel. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1876 a 1894
53. Kuri C. Estética de lo pulsional. Lazo y exclusión entre psicoanálisis y arte. 1a. ed. Rosario: UNL-Homo Sapiens ediciones; 2007. 375 p.
54. Kuri C. La imitación como engaño; la imitación como perduración (distorsionada) del cuerpo. En: Estética de lo pulsional. Lazo y exclusión entre psicoanálisis y arte. 1a. ed. Rosario: UNL-Homo Sapiens ediciones; 2007. p. 148-154
55. Derrida J. El teatro de la crueldad y la clausura de la representación. En: La escritura y la diferencia. Traducción de Patricio Peñalver. Barcelona: Anthropos; 1989. p. 1-23
56. Foucault M. Las cuatro similitudes. En: La prosa del mundo. En: Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. 2a ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2010. p. 35-44
57. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=MQdMeZw>
58. Freud S. Lo inconsciente. En: Obras Completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2061-2082
59. Freud S. Introducción al narcisismo (1914). En: Obras Completas Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2017-2033

60. Lacan J. El estadio del espejo como formador de la función del yo [*je*] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Escritos 1. 14 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1988. p. 86-93
61. Lacan J. Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En: Intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial; 1988. p. 115-144
62. Lacan J. IV. De la red de significantes. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 50-60
63. Ritvo J. Mito singular y fantasma. En: Conjetural. Revista psicoanalítica N17. Buenos Aires: Ediciones Sitio; Diciembre de 1988. p.71-80
64. Lacan J: El seminario 10. La angustia, 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2015. 367 p.
65. Lacan J. La angustia en la red de los significantes. En: El seminario 10. La angustia, 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2015. p. 11-23
66. Laplanche J, Pontalis JB. Fantasía En: Diccionario de psicoanálisis. 1a ed. 6ta re. Buenos Aires: Paidós; 1996. p.138.
67. Freud S. Carta 69. En: Los orígenes del psicoanálisis. En: : Obras completas. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 3578-3580
68. Freud S. El poeta y los sueños diurnos. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1343-1348
69. Freud S. Vía de formación de síntomas. En: Lecciones introductorias al psicoanálisis. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2345-2357
70. Freud S. Moisés y la religión monoteísta: tres ensayos. En: Obras completas. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. P. 3241-3324
71. Freud S. Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. En Obras completas. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. P. 2465-2480
72. Lacan J. El seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. Barcelona: Paidós; 1a. ed. 1981. 417 p.

73. Lacan J. Notas de traducción. En: Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Barcelona: Paidós; 1a. ed. 1981. p. 9-10
74. Lacan J: Seminario 14. La lógica del fantasma. Traducción fechada en Buenos Aires; Julio de 1991. Inédito, sin otros datos. p. 143
75. Lacan J. Clase 1. En: La lógica del fantasma. Traducción fechada en Buenos Aires; Julio de 1991. Inédito, sin otros datos. p. 1-6
76. Glasman S. Consideraciones sobre la pulsión y el fantasma. En: Conjetural. Revista psicoanalítica N.º 16. Buenos Aires: Catalogos. Agosto de 1988. p. 17-33
77. Thurston H. The problem of Stigmatization Studies. En: An Irish Quarterly Review. Jun., 1933; Vol. 22, No. 86, p. 221-232.
78. Le Gaufey G: La procesión de padres. En: La evicción del origen, traducción de Carlos Schilling. Buenos Aires: Edelp, Ecole Lacanienne de Psychanalyse; 1995. p. 113-127
79. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. En: Obras completas. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2563-2609
80. Freud S. La identificación. En: Psicología de las masas y análisis del yo. En: Obras completas. Tomo III. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 2585-2588
81. Lacan J. La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En: Escritos 1. 14 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1988. p. 473-509
82. Lacan J. Clase II. La angustia, signo del deseo. En: El seminario 10. La angustia. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2015. p. 25-37
83. Lacan. J. Seminario IX. La identificación. [citado 29 de Julio de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.lacanterafreudiana.com.ar/lacanterafreudianajaqueslacanseminario9.html>
84. Lacan J: “Clase 2”, del miércoles 22 de noviembre de 1961. En: Seminario IX. La identificación. Versión crítica, establecimiento del texto, traducción y notas Ricardo E. Rodríguez Ponte, para circulación interna de la Escuela freudiana de Buenos Aires. [citado

29 de Julio de 2016]. Recuperado a partir de:

<http://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.1.3.2%20CLASE%2002%20%20S9.pdf>

85. Lacan J. XVI. El Sujeto y el Otro: La alienación. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 211-223

86. Lacan J. I: Producción de los cuatro discursos. En: El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1999. p. 9-25

87. Clavreul J. Discurso médico y discurso psicoanalítico. En: El orden médico. Barcelona: Argot Compañía del libro, S. A; 1983. p.189-203

88. Lacan J. VII: Edipo, Moisés y el padre de la horda. En: El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1999. p. 107-124

89. Lacan J. III: Saber, medio de goce. En: El Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1999. p. 41-56

90. Heinrich H. I. La falta de confianza en el significante. En: Borde <R> S de la neurosis. 1a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 1993. p. 9-15

91. Lacan J. V. Lo que engaña. En: El seminario 10. La angustia. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2015. p. 67-80

92. Lacan J. XVII. El Sujeto y el Otro. (II) La *afanisis*. En El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 224-237

93. Lacan J. XVIII. El orden simbólico. En: El seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. Barcelona: Paidós; 1a ed. 1981. p. 321-340

94. Freud S. Pulsiones y destinos de pulsión (1915). En: Obras Completas. T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu; 1992. p.105-134

95. Lacan J. XIII. Desmontaje de la pulsión. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 168-180

96. Lacan J. XIV. La pulsión parcial y su circuito. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 181-193

97. Lacan J. VI. La esquizia del ojo y de la mirada. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 75-85
98. Lacan J. VII. La anamorfosis. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 86-97
99. Lacan J. XV. Del amor a la libido. En: El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 5a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. p. 194-208
100. Braunstein NA. Goce. 5a ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2003. 245 p.
101. Braunstein NA. El goce: de Lacan a Freud. En: Goce. 5a ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2003. p. 11-43
102. Braunstein NA. Los goces distinguidos. En: Goce. 5a ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2003. p. 44-94
103. Lacan J. Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En: Escritos 2. 13 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1985. p. 773-807
104. Kuri C. Clase 1. Identificación primaria y represión originaria. Derivaciones del significante y formas de la abstinencia. Cuerpo, imagen e incorporación. En: La identificación. Lo originario y lo primario: una diferencia clínica. 1a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 2010. p.13-35
105. Lacan J. XIV. Las fluctuaciones de la libido. En: El seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. 1a ed. Barcelona: Paidós; 1984. p. 261-276
106. Guir J. Psicósomática y cáncer. 2a ed. Buenos Aires: Catálogos-Paradiso; 1984. 157 p.
107. Guir J. XIII. Afanisis, holofrase y objeto "a" en los fenómenos psico-somáticos y cancerosos. En: Psicósomática y cáncer. 2a ed. Buenos Aires: Catálogos-Paradiso; 1984. p.149-156.
108. Palombo MA. Freud: vigencia de una ética. En: El campo de la ética. Mediación, discurso y práctica. 1a ed. Buenos Aires: Edicial; 1997. p. 255-217
109. Freud S. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. En: Obras completas. Tomo II. 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1973. p. 1654-1660

110. Braunstein NA. Goce y ética en la experiencia psicoanalítica. En: Goce. 5a ed. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2003. p. 208-245.
111. Bercherie P. Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial; 1986. 229 p.
112. Heidegger M. El concepto de «caos». En: Nietzsche. Primer Tomo. Barcelona: Destino; 2000. p. 451-457.

10. Bibliografía Complementaria

- Amigo S. Paradojas clínicas de la vida y la muerte: ensayos sobre el concepto de “originario” en psicoanálisis, 1a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 2003. 253 p.
- Bianco Gabriella (coord.): El campo de la ética. Mediación, discurso y práctica, 1a ed. Buenos Aires: Edicial; 1997. 280 p.
- Cancina PH. La investigación en psicoanálisis. Rosario: Homo Sapiens ediciones; 2013. 154 p.
- Dor J. El padre y su función en psicoanálisis. Buenos Aires: Nueva Visión; 2008. 106 p.
- Ferreyra N. La dimensión clínica del psicoanálisis, 1a ed. Buenos Aires: Kliné; 2005. 205 p.
- Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas, 2a ed. Argentina, primera reimpresión. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores, 2010. 398 p.
- Freud S. Obras completas. Tomo I, 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. 1179 p.
- Freud S. Obras completas. Tomo II, 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. p. 1169 - 2421.
- Freud S. Obras completas. Tomo III, 3a ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. p. 2413 - 3667.
- Haimovich E, Kreszes D (Bugacoff A, Czerniuk R y Nucenovich N (colaboradoras). Fantasía: Metapsicología y Clínica, 1a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 2011. 171 p.
- Heidegger M. Nietzsche. Primer Tomo. Barcelona: Destino, 2000. 998 p .
- Heinrich H. La falta de confianza en el significante. En: Borde <R> S de la neurosis, 1a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 1993. 108 p.

- Kaplan HI y Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica, 8a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. 1586 p.
- Kuri C. La identificación. Lo originario y lo primario: una diferencia clínica. Rosario: Homo Sapiens; 2010. 134 p.
- Lacan J. Escritos 1. 14 ed. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 1975. 509 p.
- Lacan J. Escritos 2. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 1985. 900 p.
- Lacan J. El seminario 2. El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 1992. 481 p.
- Lacan J. El seminario 3. Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós; 1981. 459 p.
- Lacan J. El seminario 7. La Ética del Psicoanálisis. 1a ed. Buenos Aires: Paidós; 2009. 387 p.
- Lamorgia O. Herejías del cuerpo. Actualizaciones en psicósomática. 2a ed. Buenos Aires: Letra Viva; 2012. 155 p.
- Lassalle A. Órgano, cuerpo, rasgo. Clínica psicoanalítica del fenómeno psicósomático. 1a ed. Buenos aires: Letra Viva; 2014. 121 p.

11. Anexo

El material que se incluye en este anexo está vinculado a la modalidad de mi práctica. Da cuenta del diálogo fluido con médicos de otras especialidades y también con psiquiatras de quienes recibo la derivación de pacientes que padecen enfermedades psicosomáticas.

La primera parte de esta sección consta de entrevistas realizadas a un especialista en psiquiatría y a una especialista en pediatría. La segunda parte consiste en el relato de una experiencia de la cual participé en el marco del llamado Grupo Balint, e incluye los aportes de sus principales gestores.

11.1. En diálogo con otros especialistas

Tomé como referentes a dos colegas que, además de su práctica clínica, desempeñan función docente en la Facultad de Medicina de Rosario. Una de ellas, la Pediatra Elizabeth Cerilli, es docente de pregrado. El otro colega, Juan Miguel Acosta, pertenece a la Cátedra de Psiquiatría adultos, y actualmente se desempeña como Subdirector de la Carrera de Posgrado en Psiquiatría.

Cada uno de ellos abordó temáticas diferentes, pero que están en conexión con los pasos desarrollados en esta investigación.

11.1.1. *Juan Miguel Acosta*

Destacando la importancia de la formación del médico y la necesidad de un cambio que lleve a considerar al sujeto y su complejidad, quise brindarle un espacio a la palabra de Juan Miguel Acosta, quien en sus inicios fue Jefe de trabajos prácticos de pregrado, y luego Tutor de Médicos Residentes de nuestra especialidad.

Para abrir el diálogo le pedí que se permita asociar libremente y transmitir su deseo respecto de la formación médica, ya que, producto de numerosas charlas, sabía de su compromiso con tal función.

Además le pregunté si él se interrogaba acerca de su práctica, tanto clínica como docente, en pro de generar cambios que se tradujeran en efectos sustanciales, no solo en los pacientes y médicos en formación, sino también en él mismo como sujeto. Todo esto, para

no olvidar las marcas que conlleva en el médico la elección de transitar por determinados lugares vinculados con el padecimiento psíquico.

Sus palabras:

Considero que la formación del médico —recordemos el artículo de Freud, “Análisis profano” (1926)— debe comprender disciplinas que le permitan saber sobre el funcionamiento biológico del ser humano —tales como química, física, biología, fisiología—, para adentrarse luego en áreas más específicas —como son la anatomía patológica y las materias clínicas—. No puede ignorar esto, porque es lo primero que tiene que abordar. El cambio curricular que hizo nuestra Facultad se debió a que interpretaba la anterior premisa como extremadamente biologista. Intentó incrementar los conocimientos de las disciplinas humanísticas en detrimento de las disciplinas básicas.

Creo importante no olvidar lo que Freud avizoró ya en su época: no se trata de superponer, a la ya larga carrera de medicina, una infinita cantidad de conocimientos de otras áreas —tales como Antropología, Psicología, Sociología, etc.—, o reemplazar los indispensables conocimientos de biología y patología por otras disciplinas que no son específicas del médico —tampoco excluyentes—. No se trata de amontonar conocimientos, sino de discriminar cuales son los más pertinentes. Decir “conocimientos pertinentes” no significa ceñirse a las disciplinas básicas, ya que no se trata de formar veterinarios; esto viene a cuenta, y en este sentido, sería importante interrogarse en relación a las investigaciones científicas que utilizan animales de laboratorio y luego extrapolan los resultados sacando conclusiones acerca de los seres humanos, sobre todo, en el terreno del padecimiento psíquico.

En la formación del futuro médico deben existir contenidos temáticos que lo alerten y le permitan pensar que ejerce sus conocimientos sobre un ser humano semejante a sí mismo, donde el sufrimiento se presentará marcado por las características propias de ese ser humano —su historia—, y que el médico va a responder no solamente desde sus conocimientos específicos, sino que también pondrá en juego en ese encuentro sus propias vivencias e historia personal. Es imposible una asepsia absoluta y el no involucramiento con el otro; es justamente aquí donde debe estar alerta, para no cometer errores o padecer él como sujeto.

No puede no haber en la formación del médico instancias o espacios educativos que le permitan, en algún punto, registrar algo de lo que estamos planteando. No es sencillo

pensar cómo implementar estas instancias, dado que con frecuencia se requiere que el profesional sobrelleve una crisis personal para que pueda tornarse permeable a su propia subjetividad y a la del otro.

¿Cómo se intenta transmitir a un alumno que no se trata de “charlar”, “interesarse por la vida personal” o “simplemente mostrarse simpático”? No se trata únicamente de una “voluntariedad” o de “una gran vocación por hacer el bien” que raya y se vincula con la omnipotencia de muchos. El obviar lo anteriormente dicho hace que el médico se enfrente a su práctica, exponiéndose “carnalmente” o “descarnadamente” al sufrimiento de los pacientes y a su propio sufrimiento con un costo con frecuencia desmesurado. No en vano se traduce el anglosajón “burn-out” al español como “quemado”, “escaldado”, el médico en su intimidad deja de ser capaz de responder a demandas que vive como excesivas.

Comprometido con este pensamiento no puedo dejar de reparar en las cicatrices propias que me genera mi práctica. Reparar en el sentido de intentar atender a su presencia o a su existencia tanto como a su cura.

11.1.2. Elizabeth Cerilli

Elizabeth Cerilli es pediatra de quien puedo decir es una “médica atenta”, ya que se encuentra comprometida en una constante actualización y dedicada a su profesión; además se permite un abordaje del paciente que va más allá de los cuadros orgánicos a causa de los cuales los niños son llevados a la consulta. Desde esta perspectiva, abordé lo referente a cómo piensa la interconsulta y derivación, si la considera necesaria, y de qué manera la trasmite y trabaja con los padres, y el efecto que produce en ellos.

Sus palabras:

Desde los inicios de mi formación consideré que así como hay enfermedades orgánicas que afectan la psiquis de los niños generando miedo, inseguridad, conductas agresivas, retracción y otras manifestaciones que interfieren en su desempeño cotidiano, la patología psicológica engendra enfermedades orgánicas, con lo cual su abordaje terapéutico se torna dificultoso.

Surge un desafío para el médico al saber que en estos casos no solo un medicamento dará respuesta positiva a dicha patología en vista del ensamble que aquí se juega.

Otros “personajes” entran en escena y, en la medida en que va transcurriendo mi relación con estos padres, se vislumbra como un “sello” que los marca y unifica.

El niño con su patología psicósomática es la expresión visible de aquello que oculta el interjuego familiar.

Pienso que mi palabra es imprescindible como función mediadora, al convertirme en un referente por el vínculo establecido, sabiendo que hay padres que se resisten y no pueden escuchar de su responsabilidad en los acontecimientos de sus niños.

Debo entenderlo como un proceso de mayor o menor duración acorde a las estructuras familiares para poder encontrar el momento oportuno de una interconsulta y eventual derivación, sin que ello implique un corrimiento de mi función de acompañar el transcurrir terapéutico.

Para finalizar debemos aceptar como médicos que “no hay una receta concreta para el padecimiento humano”.

11.2. Voy a contar una historia³

A comienzos del año 2008, luego de tomar examen a los alumnos de pregrado de Medicina en la Cátedra de Psiquiatría Adultos, de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, recibí una invitación del Dr. Juan Miguel Acosta, de quien conocemos su opinión concerniente a la formación del médico. Consecuente con sus propósitos, expresados en el apartado previo de este Anexo, algo de lo allí vertido parecía empezar a gestarse.

La invitación que recibí consistía en concurrir al Grupo Balint, constituido por el Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Agudo Ávila. Allí tomé conocimiento para mi sorpresa, grata desde luego, de que los integrantes del Servicio de Clínica Médica se reunían desde el año 2003, una vez por semana, para llevar adelante esta labor. A fines del año 2007, se incorporaron médicos en formación y docentes de la cátedra de Psiquiatría, los últimos viernes de cada mes, y desde aquel momento, formé parte de este grupo de trabajo.

3

El material que se ofrece bajo este título es producto de un trabajo realizado en el año 2010, por lo tanto, las referencias temporales incluidas aquí deben referirse a ese momento.

Deseo remarcar aquí la importancia que tuvo para mí el trabajo que venían realizando los dos Servicios, que no radicaba solamente en el mero pedido de una interconsulta cuando el clínico lo consideraba necesario.

Lo importante y novedoso era justamente poder dialogar y que en ese diálogo intervinieran dos discursos diferentes, cada cual desde su disciplina, para pensar en el paciente como en un sujeto que, en determinado momento, se encuentra atravesando una problemática que lo compromete en distintos aspectos de su vida y que el médico tiene que poder atender.

Como lo señalamos, la práctica médica y la problemática que atraviesa un paciente también atañen al médico y a su subjetividad, por ello, es de fundamental importancia que estos avatares cotidianos sean puestos en palabras, para poder intervenir con mayor tranquilidad y eficacia.

En el Grupo Balint no solo se trabajaba la situación de los pacientes para quienes se solicitaban interconsultas, además se planteaban los obstáculos que se presentan en la práctica a partir de considerar el compromiso de la subjetividad del médico en dicha práctica.

Antes de dar paso a la palabra de los responsables de esta fructífera labor, los voy a presentar: El Dr. Alcides Greca, Profesor Titular de la 1ª Cátedra de Clínica Médica, la Psicóloga Elizabeth Meyer, coordinadora de la tarea grupal, y la Psicóloga Yanina Pietromica como observadora del proceso grupal.

11.2.1. Relato del Dr. Alcides Greca

Los comienzos

Con el antecedente de la enriquecedora experiencia de dos años de Grupo Balint en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Eva Perón, me hice cargo de la titularidad de la 1ª Cátedra y de la Jefatura del Servicio en el Hospital del Centenario, con la idea de reeditar el grupo. Sin embargo, imaginaba que debería pasar algún tiempo de afianzamiento de mi figura y de adaptación mía y del grupo de residentes a la nueva situación.

En una de las habituales reuniones de seminario que se llevan a cabo cotidianamente en el Servicio, hice una presentación formal de la experiencia del grupo del Hospital Eva Perón y percibí interés en algunos de los residentes, y un cierto escepticismo explícito en unos y no explícito en otros.

La posibilidad de contar con el mismo grupo de coordinación que entonces, me decidió a iniciar en marzo —antes de lo planeado por mí en un principio— las reuniones semanales.

El comienzo del funcionamiento tuvo las siguientes características:

- El análisis de los primeros casos problema en lo referente a la relación médico-paciente derivó con rapidez hacia el planteo de conflictos del grupo de residentes con la institución hospitalaria y con otros servicios que, por el modo de funcionamiento existente hasta entonces, hacían que los residentes se sintieran objeto de una marcada carga de ansiedad.
- Las resistencias a los ordenamientos funcionales instrumentados por mí desde la jefatura —modalidades de pasaje de sala, rotación de residentes por otros servicios, etc.— se manifestaron rápidamente y fueron motivo de sucesivas reuniones.
- Surgió entonces lo difuso que estaba en el grupo el concepto de roles —de residentes de 1º, 2º y 3º año, jefe de residentes, instructores de residentes, jefe de servicio—. Tuve clara conciencia de que un cierto funcionamiento anárquico hasta entonces les dificultaba establecer con claridad el posicionamiento de cada uno como engranaje de la estructura grupal. Resultó evidente en ese momento la resistencia generada por mí —quizás no por mi persona, pero sin duda por mi figura de jefe—.
- Tal resistencia se hizo extensiva en forma notoria al equipo de coordinación, aunque curiosamente, los residentes mostraban signos de interés en el grupo. Expresiones como “Esto es para conversarlo en el Balint”, o “¿Cómo vamos a hacer con el Balint?”, ante un día en que algo dificultaba llevar a cabo la reunión, me demostró que, aun con resistencias, al grupo le resultaba necesaria la elaboración de los viernes a mediodía de todo lo que le estaba ocurriendo.
- Paulatinamente, se fue entrando de lleno en la tarea principal del grupo —el análisis de la relación médico-paciente—, y se fueron analizando tópicos específicos, como el rol del médico de cabecera, el rol de especialista consultado, la derivación y la interconsulta, desde una perspectiva mucho más rica que al comienzo. Asimismo, se fue diluyendo la resistencia a abordar literatura específica sobre esta temática. Al principio se prefería ignorar su existencia y pensar que estas cosas “dependen del criterio de cada uno”, ya que sobre eso “no hay nada escrito”. El aporte de la coordinadora de bibliografía específica y algunas charlas de expertos —Dr. Isaac Abecasis, Dr. David Abecasis, Dr.

Valter Castellini, Dr. Juan Balbi, Dra. Adriana Berardo, entre otros— fueron modificando poco a poco esta actitud resistencial.

- La verbalización de las resistencias, en particular hacia mi figura, me resultó muy útil para conocer las características de personalidad de cada uno de los integrantes del grupo, para poder interpretar sus motivaciones y para ser capaz de diseñar estrategias desde mi posición de modo tal de hacer más productivo el funcionamiento del grupo de trabajo.

El momento actual

El grupo se ha consolidado y se ha integrado de manera significativa. Se han ido consiguiendo ordenamientos operativos basados en la comprensión del concepto de encuadre y de roles que ha tornado más armónica y menos tensa la tarea diaria, tanto en lo referido al grupo en sí, en relación con otros servicios del hospital y con su Dirección. Los análisis de casos clínicos han adquirido una profundidad mucho mayor que al principio.

En los últimos dos años hemos trabajado una vez por mes en forma conjunta con el Servicio de Salud Mental, analizando casos clínicos que abordamos en forma mancomunada. Esto nos ha permitido discutir y redefinir la relación entre ambos servicios, los alcances de la interconsulta y, en especial, analizar los factores perturbadores de la relación entre los grupos, particularmente, preconceptos acerca de la calificación recíproca.

Creo que este trabajo nos conducirá a un diálogo más rico, manteniendo la individualidad de cada uno como equipo de trabajo —clínicos y psiquiatras—, pero siendo capaces de una comunicación más franca y fructífera.

Sin lugar a dudas, nos queda un largo camino por recorrer, pero creo que lo hemos iniciado y lo transitamos con la visualización de un futuro auspicioso.

11.2.2. Relato de Elizabeth Meyer, coordinadora del grupo

La idea de la praxis médica tiene que involucrar la observación y el análisis del ser humano en sus distintos niveles, no solo el biológico, el subjetivo, sino además el social. Es importante poder pensar la enfermedad como un desequilibrio en uno u otro de los niveles al tiempo que se conoce la interrelación entre ellos.

Pensando en la formación del médico con esta visión es que se planteó lo del Grupo Balint.

Balint hablaba de la Medicina y de la relevancia que él le daba a la relación médico-paciente, es decir, cómo esta incide en el proceso de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cura.

Por ello, el grupo que coordino tiene como objetivo capacitar al médico en este sentido. La técnica que aplicamos para la coordinación es la de Enrique Pichón Rivier llamada “técnica de grupo operativo”. Porque cuando no se analizan los fenómenos que perturban el abordaje y la realización de la tarea por la que el grupo se constituye, no se puede integrar, no hay producción y no se sostiene.

Si bien tuvimos una acogida cordial “cordialmente resistida”, en todos estos años se produjeron importantes avances y, como todos los avances, nunca son lineales. Podría destacar la capacidad, tolerancia y aceptación por parte de los médicos de escuchar un discurso distinto que no pretende competir sino complementar aportando una mirada más amplia del paciente y que permite integrar al médico con su subjetividad.

11.2.3. Relato de Yanina Pietromica

En mi función de observadora de la tarea que venimos realizando se evidenció una evolución en la integración de ambos servicios.

Fundamentalmente, a partir del análisis de los casos trabajados, queda clara la necesidad del abordaje interdisciplinario para aliviar la angustia que genera enfrentarse día a día con el sufrimiento humano.

Ello trae como consecuencia un accionar más eficaz en la praxis de cada uno a partir de valorizar el discurso del otro. Es decir, se trata de promover una actitud cooperativa y no competitiva, lo que demanda un esfuerzo continuo, sobre todo de renuncia narcisista. Ese es el objetivo implícito en el que se sustenta la producción de cada encuentro.

Solo me resta expresar mi agradecimiento por el espacio que ocupo, comprometiéndome a continuar aportando con mi formación teórica y clínica.

Considerando que si hay flexibilidad y renuncia, podremos seguir dialogando y enriqueciéndonos. Quiero decir con ello que no necesariamente una única corriente teórica nos puede convocar, de hecho, este trabajo lo demuestra.

11.2.4. Nuevo encuentro con el Dr. Alcides Greca en el año 2016

Durante el año 2016, le propuse al Dr. Greca un nuevo encuentro con el propósito de interiorizarme acerca de la continuación del Grupo Balint. Al respecto, brindó la siguiente información:

El Grupo Balint de clínica médica funcionó con la estructura mencionada hasta fines de 2013. En el año 2014, lo coordinó la psicóloga Yanina Pietromica, y a fines de ese año, el grupo dejó de funcionar.

Actualmente el servicio tiene un Seminario cultural que se realiza dos veces por mes, en el que se abordan distintas temáticas en su relación con la práctica de la medicina y el funcionamiento grupal utilizando material literario, cinematográfico, conferencias, etc.