



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

Título: “Síntoma: de la certeza causal al vacío como

causa” Modalidad de Presentación: Investigación

bibliográfica Autor: Juan Manuel Rodriguez

Número de legajo: R-5451/8

Docente Responsable: Damián Pedro Coirini

Año:2022

Índice

Resumen y palabras clave 2 Objetivos 3 Introducción 4 La propuesta

foucaultiana: la mirada clínica y su relación con el síntoma 6

El síntoma psicoanalítico: una lectura lacaniana de inhibición, síntoma y angustia 8

La construcción del síntoma: una cuestión semiológica 11 Conclusión 15

Referencias bibliográficas 16

1

Resumen:

La presente investigación bibliográfica formula un análisis sobre el síntoma a través de su vinculación con la medicina y el psicoanálisis, lo que deriva en posibles consecuencias sobre sus relaciones y antagonismos respecto al lugar que se le otorga al síntoma en el ejercicio de la clínica.

Comienza con el análisis sobre la importancia del saber médico dentro de la formación de la conceptualización del síntoma, para ello se apoya en trabajos realizados por Michel Foucault.

Posteriormente indaga en los aportes realizados por autores como Jacques Lacan, entre otros, sobre las particularidades del síntoma en el psicoanálisis. Por último, concluye con el establecimiento de las coordenadas semiológicas sobre las cuales se construyen las diferentes conceptualizaciones del síntoma para lograr clarificar su especificidad en cada campo.

Palabras claves:

Síntoma. Clínica. Medicina. Psicoanálisis. Signo.

2

Objetivos

Objetivo general:

Abordar la construcción conceptual del síntoma médico y el síntoma psicoanalítico. Objetivos específicos:

Desarrollar la conceptualización del síntoma a través de la epistemología foucaultiana sobre el análisis del saber médico.

Explicitar las características particulares del síntoma psicoanalítico a través de lo desarrollado por Lacan en el seminario *La angustia* y lo re trabajado por autores afines.

Desplegar un análisis semiológico sobre el signo, la causalidad y su relación con el síntoma desde la clínica médica y el psicoanálisis.

Criterio de selección bibliográfica:

El proceso de selección de material bibliográfico fue establecido por la pertinencia teórica, trayectoria y el reconocimiento de los autores en las temáticas abordadas, la originalidad en el abordaje y relación con desarrollos existentes.

Introducción

El presente trabajo explicita diversos problemas teóricos, entre los que se encuentra la construcción conceptual del síntoma médico y el síntoma psicoanalítico para lograr hacer explícito los estatutos de verdad con que se maneja cada campo, inaugurando de este modo, un espacio de interlocución dado en una vecindad de saberes heterogéneos.

Que el psicoanálisis es una práctica que surge con una vinculación particular al discurso médico es un hecho que atraviesa arduos debates académicos. Un ejemplo rastreable puede ser *Psicoanálisis y medicina*. Conferencia dictada durante una mesa redonda del Colegio de Medicina, en La Salpêtrière, el 16 de febrero de 1966 en donde

se pone en juego esta pregunta: “¿Cuál va a ser el lugar del psicoanálisis en la medicina?” (Lacan, 1985, p.2)

Uno de los participantes destacados era Jacques Lacan, entre otros profesionales de la época, quien ante esta pregunta esboza una respuesta que luego desarrolla:

Actualmente, este lugar es marginal y, como lo he escrito varias veces, extra territorial. Es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis, al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros diferentes asistentes terapéuticos. Es extra-territorial por el hecho de los psicoanalistas, quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad. No son las mías, pero, en verdad, no pienso que mi solo anhelo al respecto bastará para cambiar las cosas. (Lacan, 1985, p.8)

Posteriormente el autor realiza una introducción teórica utilizando el recurso de la filosofía de Michel Foucault, más precisamente su obra: *El nacimiento de la clínica*, para disponerla como referencia principal al momento de hacer inteligible aquello que caracterizaba a la práctica médica.

Lacan no realiza un desarrollo exhaustivo sobre el aporte del filósofo francés, pero efectúa una puntuación que nos habilita una base sólida desde donde comenzar un futuro análisis, rescata de Foucault la relevancia de “una mirada que se fija sobre el campo del cuerpo.” (Lacan, 1985, p.8)

El nacimiento de la clínica logra clarificar el contexto histórico que hizo posible la aparición de la experiencia clínica como forma de conocimiento avalado científicamente. De esta manera la obra implicó la posibilidad de desarrollar una reflexión profunda sobre los modos de configuración del conocimiento del individuo enfermo a lo largo del tiempo, dando como punto de llegada la medicina clínica del siglo XIX.

Esta clínica era un intento, el primero del Renacimiento, de formar una ciencia que se sostuviera sobre el campo perceptivo: “Es menester, tanto como es en sí, hacer a la ciencia ocular” (M. A. Petit, citado en Foucault, 2004, p.130) de esta manera la mirada propuesta bajo los parámetros de este discurso no estaba desprovista de razonamiento, era un vistazo sumamente profundo como objetivo, capaz de indemnizar la condición esencial de la ciencia: la causa.

La redistribución objetiva de la enfermedad restaura los pensamientos sobre su génesis y los síntomas quedan alineados al espacio constitutivo de la enfermedad con su lugar focal en el cuerpo anatómico. De lo que se trató para los médicos del siglo XIX fue tomar el cuerpo como “espacio de origen y de repartición de la enfermedad” (Foucault, 2004, p.6).

De esta forma el sujeto, tal y como lo entiende el psicoanálisis, es un obstáculo en la configuración de saber científico sobre el individuo que propone la clínica médica, puesto que el hombre de ciencia envuelve su objeto reteniendo sólo los datos que extrae de la observación, vía una exploración sofisticada del ser viviente.

Pero a su vez, en el momento que la medicina instituye su saber bajo la dinámica de ciencia, por exclusión, funda el terreno en el cual nacerá el psicoanálisis. Lacan en su escrito *La ciencia y la verdad* lo menciona de esta manera: “Es impensable que el psicoanálisis como práctica, que el inconsciente, el de Freud, como

4

descubrimiento, hubiesen tenido lugar antes del nacimiento, en el siglo que ha sido llamado el siglo del genio, el XVII, de la ciencia.” (Lacan, 2004, pp.835-836)

Las cuestiones centrales de la enseñanza de Lacan, establecidas en el escrito previamente mencionado remiten a que la ciencia en su constitución forcluye por estructura al sujeto del inconsciente, sujeto dividido al que hace lugar el psicoanálisis.

La constitución de la clínica médica y la posterior emergencia del psicoanálisis

repercuten en la configuración conceptual de cada campo, esto genera interrogantes que nos posibilitan pensar qué particularidades presenta el síntoma en cada uno de ellos.

La existencia de diferentes definiciones del síntoma no significa que deba tomarse una como certera y suprimir las otras. Se trata de tomar cada definición en su contexto y leer el sesgo y abordaje diferente que cada definición revela. Por eso, en nuestro caso, nos limitaremos a trabajar sobre el síntoma médico tal y como lo desarrolla Foucault en *El nacimiento de la clínica* y las características que adquiere el síntoma en el psicoanálisis como lo despliega Lacan con las herramientas conceptuales elaboradas en el Seminario *La angustia*.

1. La propuesta foucaultiana: la mirada clínica y su relación con el síntoma

El Nacimiento de la Clínica es un texto de Michel Foucault muy poco comentado en relación a su vasta obra, fue publicado en Francia en 1963. Desarrolla la arqueología de la mirada médica brindando la posibilidad de construir una historia sobre las

condiciones que hicieron posible el surgimiento de la medicina moderna.

Para develar la aparición de la clínica, Foucault dedica buena parte de su estudio a las estructuras hospitalarias y al conjunto de transformaciones que serán necesarias para garantizar el acceso libre a las enfermedades.

Los hospitales en la Francia del siglo XVIII resultaban caóticos y esto respondía a varios motivos. En tanto escenario artificial, dicho espacio propiciaba un estado de confusión y desorganización que complejizaba la captura de las verdades médicas. En el mismo confluían los pobres y los menesterosos, en suma, todos aquellos carentes de familia, el hospital almacenaba males diversos que se liaban entre sí.

En palabras del autor: “El hospital, como la civilización, es un lugar artificial en el cual la enfermedad trasplantada corre el riesgo de perder su rostro esencial.” (Foucault, 2004, p.27)

El ambiente anárquico de los hospitales de la época hacía imposible aislar la enfermedad y tener una comprensión efectiva de la misma. Por otra parte, más que ser un lugar que propiciaba salud, el dominio hospitalario era un lugar para la muerte, cercado por la estigmatización; territorio que multiplicaba y reproducía las enfermedades.

Esto se encontraba en íntima relación con el carácter meramente fenoménico que se le atribuía a la enfermedad en el siglo XVIII, los médicos de entonces solían concebir la enfermedad como una “experiencia histórica” sin trascendencia (Foucault, 2004). Esto quiere decir que se percibía a la enfermedad en un espacio de proyección sin profundidad, y por consiguiente sin desarrollo, no hay más que un plano y un instante. Esta tendencia momentánea tiene como objetivo identificar la enfermedad a partir de lo que se observa sobre ella y proporciona un conjunto de conocimientos que relaciona su naturaleza con la forma visible.

Bajo tales parámetros, logramos entender la ausencia del pensamiento sintomático, la causa y el efecto de la enfermedad estaban solapados en un mismo espacio esbozado por la pura clasificación descriptiva, de modo que el ‘mal’ no podía ser más que lo que se miraba y lo que precedía, por ende, a todo saber. En un escenario como este no había modo de que la enfermedad remitiera a alguna causa supuesta. Pero a principios del siglo XIX, esa medicina unidimensional que maniobraba con signos despojados de toda significación, tomó por horizonte la figura de la normalidad y, en su intento de constituir un saber sistemático y universal sobre el hombre saludable, trató de ilustrarse a sí misma avanzando hacia una nueva discursividad en la que el individuo tomaría progresivamente el estatuto de objeto.

El rejuvenecimiento de la percepción médica, la viva iluminación de los colores y de las cosas bajo la mirada de los primeros clínicos no es, sin embargo, un mito; a principios del siglo XIX, los médicos describieron aquellos que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable; pero no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace ver y decir, y a veces en un discurso tan realmente ‘ingenuo’ que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal. (Foucault, 2004, p.9)

De esta forma el ojo se convierte en fuente de claridad, tiene el poder de revelar una verdad que no recibe a menos que él mismo la haya hecho visible. La mirada del médico y el análisis de la razón detentan poderes análogos, porque presuponen ambas

manifestaciones que son significante-significado, conformando así un estatuto de verdad: “La enfermedad, como la palabra está privada de ser, pero, como la palabra, está dotada de una configuración. La reducción nominalista de la existencia libera una verdad constante.” (Foucault, 2004, p.172)

Podemos aseverar que, para el filósofo francés, el verdadero trasfondo de la corporalización del mal es una profunda mutación epistemológica que tuvo lugar en dos órdenes distintos: 1) a nivel de la relación del hombre consigo mismo, el sujeto se convirtió en objeto ante la mirada y el saber; y, 2) a nivel de la relación entre el lenguaje y el mundo se ha trabado una nueva alianza. (Foucault, 2004). Desde ese momento, el cuerpo le dio su objeto y su forma a la medicina científica del siglo XIX, permitiéndole definirse como discurso médico de la objetividad.

La medicina clínica del siglo XIX se subordina en este punto a lo que, en *Las palabras y las cosas*, es llamado: “Un acontecimiento general en el orden del saber.” (Foucault, 2008, p.335)

Este orden de saber constituye una nueva forma de abordaje sobre el hombre:

A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo. (Foucault, 2004, p. 277)

Este recorrido habilitó al autor a conceptualizar el síntoma en la clínica médica como:

La forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible, él es lo más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Tos, fiebre, dolor de costado y dificultad para respirar no son la pleuresía misma —ésta no se ofrece jamás a los sentidos, 'sino que sólo se revela al razonamiento'—, pero forman su 'síntoma esencial' ya que permiten designar un estado patológico (por oposición a la salud), una esencia mórbida (diferente, por ejemplo, de la neumonía) y una causa próxima (una difusión de serosidad). Los síntomas dejan transparentar la figura invariable, un poco en retirada, visible e invisible, de la enfermedad. (Foucault, 2004, p. 80)

La construcción del método clínico está asociada directamente con la aparición de la mirada del médico en el terreno de los signos y de los síntomas. El reconocimiento de esta forma de constitución establece la hipótesis de que en el futuro los síntomas serán completamente transparentes al significado que instituye su aparición. Lo simbolizado se agota por completo con la comprensible sintaxis del significante, el cual remite a una certeza invariable.

Esta reorganización que comienza como anatomoclínica impacta en el contenido y el significado de la comunicación dada entre los médicos y pacientes:

Esta nueva estructura está señalada, pero por supuesto sin quedar agotada, por el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta: '¿Qué tiene usted?', con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y del enfermo, con su gramática y su estilo propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso: '¿Dónde le duele a usted?'. A partir de ahí, toda la relación del significante con el significado se distribuye de nuevo, y ahora en todos los niveles de la experiencia médica: entre los síntomas que significan y la enfermedad que se significa, entre la descripción y lo que ella describe, entre el acontecimiento y lo que éste pronostica, entre la lesión y el mal que ella señala, etc. (Foucault, 2004, p.15)

Será la mirada y su nexos con el saber positivo la que ubica a la medicina como ciencia clínica. Es esta mirada médica la que implica un lazo entre síntomas y signos,

siendo ambos el significante del significado de la enfermedad. Se trata de una mirada que hace ver y decir a la enfermedad. Se conforma un discurso que parte de la observación de un signo, su respectiva localización en el espacio, su interpretación, ubicación en un cuadro y culmina con un diagnóstico.

Pero ocurre que de pronto el clínico se encuentra con síntomas que no hallan causa orgánica observable, abriendo un campo que objeta su razón nosológica. Estos elementos sin sentido quedan por fuera del dominio discursivo de la medicina moderna. Por lo cual se consideraba que quien padecía un síntoma que no contaba con una referencia orgánica, se trataba más bien de un impostor o de una simulación propia de un enfermo inauténtico.

Esto está vinculado directamente con el campo de saber que construye la clínica médica:

Porque lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa; es lo que puede constituir una teoría, o al menos un diagnóstico, que tenga alguna coherencia, el resto no existe para él. (Clavreul, 1983, p.90)

Este ideal médico no pudo abarcar la totalidad del campo, de ahí emerge una práctica que ya no se apoya tanto en la lesión y en la combinatoria de signos. En este margen de exclusión que generó la clínica médica se circunscribe el lugar del psicoanálisis como una práctica discursiva.

En la *Apertura de la sección clínica* Lacan esboza: “¿Qué es la clínica psicoanalítica? No es complicado. Tiene una base – Es lo que se dice en un psicoanálisis.” (Lacan, 2007, p.4)

Realizando un análisis prematuro podemos afirmar que lo rechazado por la clínica médica y rescatado por el psicoanálisis es del orden discursivo singular del ser hablante que expresa un padecimiento al cual la estructura del saber médico no brinda respuestas.

Esto no quiere decir que el médico ignora la importancia de su vínculo discursivo con el paciente, sino que su relación está centrada en la adhesión del enfermo a sus directivas, de modo que la clínica médica se otorga, y con razón, el derecho a transgredir, en cierto punto, todo lo que se refiere a las posiciones subjetivas del médico y el enfermo.

2. El síntoma psicoanalítico: una lectura lacaniana de inhibición, síntoma y angustia

Al comienzo de *El síntoma: Estructura de la formación o formación de la estructura* Juan Bautista Ritvo (2014) enuncia que el síntoma en psicoanálisis se dice de varias maneras, es decir que nos introducimos en una lógica paradójica. Estamos trabajando con un equívoco, por lo que si instauramos una definición unívoca reprimiríamos la riqueza de esta equivocidad. Al reconocer y darle lugar a la equivocidad nos alejamos de la univocidad del síntoma tal y como lo desarrolla la clínica médica.

Esto no descarta que a través del síntoma podamos tramar algo en relación a la verdad en el psicoanálisis, verdad como algo mal compuesto. Para lograr ejemplificar este estatuto de verdad podemos aproximar el síntoma con el comportamiento de un *bricoleur*, esta es una noción trabajada por Levi-Strauss donde confronta la diferencia que tiene la característica del *bricoleur* con el ingeniero. El ingeniero trabaja con medios específicos para resolver problemas específicos y el *bricoleur* trabaja con lo que tiene a mano. El síntoma tiene algo de la estructura del *bricoleur*, está mal armado, está formado por retazos y retoños de diferentes discursos. (Ritvo, 2014)

Para argumentar lo previamente mencionado abordemos diferentes relaciones

entre los términos: inhibición, síntoma y angustia.

Lacan en el primer capítulo del Seminario *La angustia* señala sobre el escrito de Freud, *Inhibición, síntoma y angustia* (2018):

8

No voy a entrar en este texto, porque hoy estoy decidido, como lo ven ustedes desde el comienzo, a trabajar sin red, y no hay tema en el que la red del discurso freudiano esté más cerca de darnos una falsa seguridad. Cuando entremos en este texto, verán precisamente lo que hay que ver a propósito de la angustia, a saber, que no hay red. Tratándose de la angustia, cada eslabón, por así decir, no tiene otro sentido que el dejar el vacío donde está la angustia. (Lacan, 2018, p.17)

¿Dónde podríamos observar esa falsa seguridad que resalta Lacan? Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*:

Inhibición tiene un nexo particular con la función y no necesariamente designa algo patológico, se puede dar ese nombre a una limitación normal de una función. En cambio, síntoma equivale a indicio de un proceso patológico, entonces, también una inhibición puede ser un síntoma. (Freud, 2018a, p.83)

Se puede notar que Freud comienza diferenciándolo de un modo vacilante y de golpe fracasa la distinción. No obstante, Freud en la misma página nos advierte que inhibición y síntoma “No han crecido los dos en el mismo suelo.” (Freud, 2018, p.83). Dicho en términos lógicos pertenecen a clases distintas. Lacan en cierto punto coincide con esta última aseveración. Afirma que salta al entendimiento que “Estos tres términos no están en el mismo nivel. Resultan heteróclitos, por eso los he escrito en tres líneas escalonadas.” (Lacan, 2018, p.18)

Inhibición

Síntoma

Angustia

Si partimos del término inhibición, Freud cada vez que hace referencia a él habla de función perturbada. La palabra función tiene un valor médico, se relaciona con una adecuación de medios con los fines, guiado por una norma. Lacan lee esa 'función' como movimiento: “La inhibición está en la dimensión del movimiento, en el sentido más amplio del término.” (Lacan, 2018, p.18). Esto permite introducir un operador que va a posibilitar distinguir, aunque sea inicialmente, lo pertinente al síntoma de lo privativo de la inhibición y, en este aspecto, vamos a poder situar mejor la problemática de la angustia que es decisiva para la inteligencia del síntoma.

Freud (2018a) asevera que: “No puede escapársenos por mucho tiempo la existencia de un nexo entre la inhibición y la angustia. Muchas inhibiciones son, evidentemente, una renuncia a cierta función porque a raíz de su ejercicio se desarrollaría angustia” (p. 84). Al remitirnos a la lectura de Lacan sobre la función, podemos afirmar que a raíz de un movimiento se desarrollaría angustia. Pero ¿movimiento hacia dónde? Podríamos adelantar que el movimiento es con orientación hacia al Goce.

La inhibición estatuye la inmovilidad del sujeto en un sitio para permitir su movilidad en otro. La inhibición es un movimiento defensivo ¿de qué? indiscutiblemente lo que está en juego es una defensa con respecto a ese límite que es el Goce. (Ritvo, 2014, p.78)

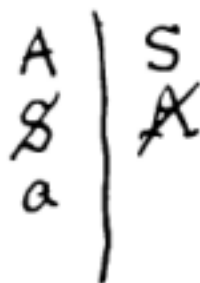
A su vez, Ritvo (2014) considera que: “La inhibición se articula con el síntoma en la medida que es resguardo de la posibilidad de síntoma” (p.80). En consonancia con la afirmación de Lacan (2018) sobre la inhibición: “Es un síntoma metido en un museo”

(p.18). Cuando depositamos una copa o una espada al resguardo de un museo pierde su uso práctico, en el caso del síntoma esto se expresaría en que ya no es operativo en el sentido psicoanalítico.

¿Pero qué significa que el síntoma sea operativo en sentido psicoanalítico? Contardo Calligaris, en su conferencia “El síntoma” dictada en el año 1987, esboza una posible respuesta “el síntoma es la estructura misma del sujeto, es lo que hace de un sujeto, un sujeto dividido.” (Calligaris, 1987, p.176). El sujeto, al cual hacemos referencia, se constituye en el lugar del Otro como marca significante, recordemos que el Otro (A) nombra

9

para Lacan el lugar del código, el registro simbólico, pero a su vez toda existencia del Otro queda suspendida de una garantía que falta, de ahí el Otro tachado. De esta operación hay un resto, el objeto a. Lo podemos graficar con el esquema presentado por el autor en el seminario *La angustia* (Lacan, 2018, p.36):



Primer esquema de la división

En el mismo seminario Lacan (2018) define al objeto a “Como resto irreductible a la simbolización en el lugar del Otro.” (p. 358). ¿Qué aporta el síntoma a la relación entre el sujeto y el objeto a? El síntoma constituye la estructura del sujeto otorgando consistencia ante la indeterminación del objeto a, objeto que resiste a la lógica significante y es causante del deseo.

Pero ¿bajo qué circunstancias el sujeto queda expuesto a la indeterminación causada por el objeto a? Lo que provoca la exposición del sujeto a esta indeterminación es la demanda del Otro, que bajo determinadas condiciones, viene a requerir nuestro cuerpo como lo que podría ser su satisfacción.

Lo previamente mencionado podemos ejemplificarlo a través del abordaje de la fase anal del sujeto que desarrolla J. Ritvo (2014):

...el Otro demanda la entrega, es decir, la entrega de la mierda, pero la entrega de la mierda supone en cierto punto que el sujeto es la mierda, por lo tanto, entregar la mierda es entregarse, si el sujeto se entrega se pierde en el campo del Goce supuesto en el Otro. (p.131)

Entregarse en el campo del Goce supuesto en el Otro no es la única posibilidad, ante la demanda del Otro la cual está estructurada por el significante, es decir que preserva el lugar del deseo, el accionar defensivo del síntoma entra en consonancia con la definición de acto que explicita Lacan (2018): “Hablamos de acto cuando una acción tiene el carácter de una manifestación significante donde se inscribe lo que podríamos llamar desviación del deseo.” (p.342).

Esta definición nos permite afirmar que el síntoma en psicoanálisis entra en juego como acto de determinación significante, ante la indeterminación del deseo del Otro revelada por su demanda. C. Calligaris (1987) refiere que ser reducido a un cuerpo es

ciertamente algo que pone en peligro la subjetivación misma. (p. 178). De esta forma el movimiento de defensa es la suposición de un saber/significante, un saber que podría dominar esta demanda y en relación a este saber vamos a ser sujetos.

J. Lacan (2018) reitera: “Un acto es una acción en tanto que ella se manifiesta el deseo mismo que habría estado destinado a inhibirla” (p. 342), J. Ritvo agrega “En el caso en que el deseo se confundiera con el goce del Otro” (p. 135). Consideramos que esta aclaración es pertinente porque en el caso de que la acción defensiva del síntoma sea operativa ante la demanda del Otro, no hay razón para que la inhibición opere. Pero en el caso de que el deseo se confundiera con el Goce supuesto del Otro, la operatividad de la inhibición podría entrar en juego. ¿Pero de qué manera? J. Ritvo profundiza de esta forma sobre este punto: Al menos en el campo de la neurosis, en el campo de los mecanismos

10

fóbicos y en el campo de la neurosis obsesiva, la inhibición aparece en primera instancia como un no sin negatividad, un no opuesto a la Demanda del Otro, a una particular demanda, la anal. Afirma que utiliza el término en sentido no freudiano, el ‘no’ de Freud es un no que deja huella de lo que ha negado, mientras que el no sin negatividad es un ‘no’ que no deja huella. Si dejara huella sería un ‘o’ que estaría implicado en el orden del síntoma. De esta manera homóloga inhibición y supresión, donde supresión se distancia de represión, y se anexa a represión eficaz (Ritvo, 2014).

Esto habilita a pensar que lo que nos viabiliza la inhibición en esta lógica, es una sala de espera/museo, de la cual no hay huella, para un síntoma, que permitiría no caer en el Goce supuesto del Otro.

¿Qué significaría caer en el Goce supuesto del Otro? En el caso de que el síntoma no responda defensivamente ante la demanda del Otro y no haya intervención de la inhibición, emerge la angustia.

J. Lacan (2018) asevera que:

“La existencia de la angustia está vinculada al hecho de que toda demanda, aunque sea la más arcaica, siempre tiene algo de engañoso respecto a lo que preserva el lugar del deseo. Esto explica también el lado angustiante de lo que, a esta falsa demanda, le da una respuesta que la colma.” (p. 77)

Retomando la ejemplificación de J. Ritvo (2018) sobre la fase anal del sujeto donde explicita que la demanda del Otro exige la entrega de las heces, pero que a su vez puede haber confusión entre el objeto anal y el sujeto entero como órgano anal, habilita la posibilidad de que, si el sujeto cae en la confusión como órgano anal y se entrega para colmar la demanda del Otro se pierda en el campo del Goce supuesto en el Otro, ocasionando, de este modo, angustia.

Ser reducido al objeto de la demanda del Otro es ciertamente algo que pone en peligro la constitución del sujeto. Por lo tanto, el movimiento de defensa contra esta demanda que nos objetiva, es el acto de determinación significativa que representa el síntoma.

3. La construcción del síntoma: una cuestión semiológica

Michel Foucault en sus desarrollos sobre la clínica médica describe cómo se indaga el cuerpo humano con la potencia de la mirada y se reestructura un campo que en el siglo XVIII existía, pero no bajo las mismas condiciones, es decir, esta nueva clínica pone en marcha el aparato del lenguaje en su capacidad de nombrar y describir: aquello que se percibe y carece de significación debe ser subsumido en el lenguaje.

Esta nueva clínica tiene como sostén la agudeza de la mirada, pero también, y en la misma medida, la claridad lingüística para establecer con la llegada de un nombre

aquello que se busca transmitir, ya sea para diagnóstico o a través de la enseñanza académica. De esta forma ya no se trata de percibir una enfermedad en sí misma, sino principalmente lo que podríamos llamar sus partes, es decir los signos mínimos con los que el clínico concluirá sobre tal o cual enfermedad. Estas consideraciones M. Foucault (2004) las nombra como “la estructura alfabética de la enfermedad” (p.115); dando lugar así al nexo entre semiología médica y semiótica general, es decir entre síntoma y signo.

Podemos afirmar que el funcionamiento del síntoma en esta situación clínica coincide con la definición clásica del signo que Charles Sanders Peirce promulgaba: “Un signo es algo que toma el lugar de algo para alguien” (Le Gaufey, 2004, p.255). El clínico entonces, en principio, sabe una cosa: el signo representa algo, que alude a una realidad diferente a la realidad del signo, es decir, que hay un referente al cual hay que llegar. Esta es su única certeza. Este modo de proceder describe la política semiótica que subyace a la clínica.

Como previamente mencionamos, el signo representa algo para alguien. Allí, reconocemos tres elementos: El signo, como algo que viene en lugar de algo, en este caso

11

el síntoma; la cosa que representa, es decir la ‘x’ que el síntoma encarna; y tercero el lugar desde donde el enlace entre signo y cosa es válido, y este nexo tiene algún sentido en tanto garantiza la significación.

El signo clínico se ofrece como signo porque algo se construyó directamente, o inició su desarrollo a través de una serie de etapas más o menos complejas. La fiebre aparente, visible, procede de la infección bacteriológica no visible y de la defensa del organismo frente a ésta. [...] Todo un saber, en este momento libresco, se une allí a la percepción del lado manifiesto del signo para sostener el lazo entre este signo y su referente, al construir una cadena causal sin ruptura. (Le Gaufey, 2002, p.2)

Debemos recordar que el referente espacial de la clínica médica tiene una localización específica: el cuerpo. De este modo, se instituye una cadena causal por el cual el signo remite a la realidad del cuerpo. Realidad que mantiene un vínculo estrecho con el estatuto de verdad de esta clínica. Guy Le Gaufey (2004) desarrolla:

Pero ¿qué es la verdad? Bajo esta perspectiva llamada “clínica”, la verdad está directamente conectada con la realidad, cualquiera sea, interna o externa, psíquica o física, actual o virtual; pero la realidad en el sentido en que estos signos clínicos son, efectivamente, la expresión de ella. Una expresión puede ser tortuosa, tal vez enrevesada, quizás hasta descarriada, pero siempre sostenida por la ineludible idea de causa.” (p.257)

La causa, entonces, es aquello que actúa como mediador entre el signo y el referente, es lo que lógicamente los conecta. Por lo tanto, es impensable para el clínico incluir en su campo de interrogación la falla o engaño de los signos sostenidos por la causa, si no fuera así, y su certeza cae en una posible falsificación efectiva, el clínico queda derrotado y obligado a abandonar su labor.

Pero ¿qué sucede con el funcionamiento del signo en el campo psicoanalítico? Al indagar la historia del psicoanálisis, queda expuesto que la temática de la simulación y la causalidad constituyeron unas de las fuentes de escisión entre Jean-Martin Charcot y Sigmund Freud. Este último consideraba al neurólogo, referente y adepto a la clínica médica, como: “El gran observador francés, de quien fui discípulo entre 1885 y 1886” (Freud, 2018b, p. 18). La separación de Freud con la Salpêtrière de su maestro Charcot fue descrita de la siguiente manera: “el propio Freud pasó de ser un discípulo leal a una

independencia a rajatabla” (Hacking, 1995, p. 8) y esto no solo se estableció por los desacuerdos en torno al tópico de la causa, sino también por sus posturas con respecto a la paciente histérica, reconocida por ser capaz de falsificar su sintomatología.

El evento que podemos resaltar como el promotor de la imposibilidad del uso del signo tal y como funciona en la clínica médica es sin lugar a duda cuando Freud se decidió a abandonar su ‘neurótica’, es decir no sólo la idea de una causalidad lesional, sino también la causalidad de un trauma sexual en el origen de la histeria. La noción de trauma corporal ya no podía ser sustituida por la de trauma en relación al tejido histórico. ¿Pero Freud abandonó por completo la lógica causal? Lo que abandonó fue precisamente la teoría del trauma en relación con un valor etiológico. Renunciar a su neurótica era desistir a sus creencias médicas sobre la causa de la histeria, lo que produjo un cambio en la racionalidad del autor.

Posteriormente comienza a elaborar una metapsicología recurriendo a terminología propia de la física y la química que buscan indemnizar el lugar de la causalidad, aunque de un modo muy particular. Hace referencia a:

Una causa que quiere conservar prerrogativas orgánicas pero con piezas indóciles para lo orgánico – trauma, recuerdos, fantasías –, reclaman potencia causal pero con materia representacional. Materia coalescente a desplazamientos, desfiguraciones y sustituciones, que conforman la complejidad de lo originario, el

12

ombigo del sueño, lo filogenético, la pulsión de muerte, y que conducen la etiología a una asíntota con respecto a la causalidad. (Kuri, 2016, p.57)

Bajo tales condiciones causales ¿qué configuración adquiere el signo para el psicoanálisis? Para poder responder esta pregunta, es necesario distinguir el signo conmemorativo, asimilándolo con el signo clásico en medicina, del signo indicativo del cual podemos afirmar, se relaciona con el psicoanálisis. Guy Le Gaufey (2002) cita a Sextus Empiricus:

Se dice que un signo es «conmemorativo» cuando ha sido claramente observado asociado a la cosa significada en el momento en que ésta es obvia, y nos induce, cuando ésta última ya no es evidente, a recordar aquella primera asociación, aun cuando el objeto significado ya no se presenta actualmente de manera manifiesta.

Un signo se llamará «de indicación», no cuando está claramente asociado a la cosa significada, sino cuando designa, en virtud de su naturaleza propia y de su constitución, aquello de lo que es el signo, como por ejemplo los movimientos del cuerpo son los signos del alma. (p.8)

El signo de indicación actúa como indicador de otra realidad sin que esta sea obvia, por lo tanto, habrá que elaborarla. La situación analítica no nos proporciona un signo de la misma naturaleza que la clínica médica. Por lo general esto se olvida, y se tiende a tratar signos analíticos como signos conmemorativos, cuando en realidad son signos de indicación.

He aquí una de las razones por las cuales Lacan identificó, en su seminario RSI, la realidad psíquica y la religiosa: ambas se alcanzan por signos «de indicación». Y por más indispensables que sean estos signos en el orden semiótico, no autorizan una clínica en el sentido que la desplegó Foucault, aunque les pese a tantos analistas que hablan de «Clínica freudiana» y de «Clínica lacaniana» sin pestañear, considerando que colgar un adjetivo por ahí y un sustantivo por allá no es sino una mera cuestión de gramática. (Le Gaufey, 2002, p.10)

La causalidad en psicoanálisis agujerea el funcionamiento del signo

conmemorativo. ¿De qué manera lo podríamos argumentar con herramientas conceptuales otorgadas por Jacques Lacan? Es de vital importancia la definición de sujeto y su vinculación con el significante porque nos posibilita comprender bajo qué coordenadas semióticas se organiza el psicoanálisis.

Lacan primero introdujo su definición del sujeto como 'representado por un significante ante otro significante' también habló acerca de 'effaçons du signifiant', una especie de juego que mezcla la palabra 'façon', la manera o el modo en que el significante funciona, y el verbo francés 'effecer', borrar, borrar algo. El significante, tal y como Lacan lo usa, borra (efface) el lazo entre el mismo y el significado, dejando en suspensión cualquier lazo con objeto alguno. (Le Gaufey, 2004, pp. 258-259)

El valor del significante, tal y como lo desarrolla J. Lacan, radica en que, si bien la causa no sea significante, es por el significante que podemos localizarla. ¿Pero qué nos permite localizar como causa? Es aquí donde la definición de síntoma, que ya hemos trabajado, cobra nuevamente preponderancia: el síntoma es determinación significante ante la indeterminación del deseo.

Indeterminación causada por el objeto a, invención de J. Lacan, que participa en la estructura del síntoma yendo al lugar vacío de la causa, imposible de objetivar. En la clínica médica la causa es certeza, el signo médico representado por el síntoma formaliza una realidad incuestionable, en el psicoanálisis el síntoma formaliza un vacío en el lugar de la causa. El síntoma es el resultado de la formalización de la estructura del sujeto, el efecto

13

es el deseo que, por su parte, no tiene nada de efectuado, es decir que en ningún caso puede ser satisfecho y que su funcionalidad está determinada por su relación a la falta. Ante tal situación: "La posibilidad de una clínica es extremadamente estrecha, pero no absolutamente inexistente. Sería suficiente considerar el significante como un cierto tipo de realidad para reconstruir una especie de clínica." (Le Gaufey, 2004, p. 259) De aquí la posibilidad de construir un tipo de clínica que se apunte en la realidad significante que ofrece el síntoma del sujeto. Pero asumiendo que esta clínica tiene la particularidad de ofrecer a sus pacientes intervenciones en las cuales la realidad está sostenida sobre la indeterminación de su deseo. Por lo tanto, cuando este vacío falta, cuando la clínica que se considera analítica se apoya en una supuesta certeza causal, en el acto, se pierde el motor que constituye el análisis de un sujeto.

Conclusión

En el recorrido que hemos realizado ahondamos en la arqueología de la clínica médica, la misma nos brinda la posibilidad de construir una historia sobre las condiciones que hicieron posible el surgimiento de la medicina moderna. Se hace explícita la mutación de carácter fenoménico que se le atribuía a la enfermedad en el siglo XVIII como consecuencia de la ausencia de pensamiento sintomático tal y como lo conformó el método clínico descrito por Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica*, donde asocia la mirada del médico con el terreno de los signos y síntomas, pero que a su vez, en esta misma operación excluye de su campo de saber a los elementos que no se rigen por

esta lógica nosológica.

Posteriormente desarrollamos las características del síntoma psicoanalítico a través de los aportes realizados por autores tales como Jacques Lacan, Juan Bautista Ritvo, Sigmund Freud, Contardo Calligaris, entre otros, logrando conceptualizar y argumentar al síntoma del sujeto como acto de determinación significativa ante la indeterminación causada por el deseo, a través de particulares vinculaciones con la inhibición y la angustia.

Una vez desplegada la configuración de ambas conceptualizaciones del síntoma, se aborda un análisis semiológico sobre el signo, las repercusiones que genera en la causalidad y su relación con el síntoma, generando una diferenciación semiológica entre la clínica médica y el psicoanálisis.

Ante lo mencionado el trabajo expone que toda producción de saber se enmarca en la ausencia del mismo, todo conjunto epistémico tiene un punto de inconsistencia y esta ausencia es quien motoriza y sostiene la producción de conocimiento. En la clínica médica la construcción del saber implica aspiraciones de transparencia sobre ciertos principios o conjuntos de ideas relativamente invariante y, además, deben ser reproducibles conforme al método experimental.

Pero en el psicoanálisis, las circunstancias difieren. Lacan, en su conferencia llamada: *Lugar, origen y fin de mi enseñanza*, afirma:

El fin de mi enseñanza, pues bien, sería hacer psicoanalistas a la altura de esta función que se llama sujeto, porque se verifica que solo a partir de este punto de vista se comprende de qué se trata en el psicoanálisis. (2007, p.61)

Por lo tanto, en el psicoanálisis no encontramos pretensión de cientificismo o acumulación de saber cristalizado. Se trata de abordar el padecimiento del sujeto, estrictamente definido como efecto significativo, dividido en función de ciertas articulaciones de la cadena significativa. Es decir, el sujeto no como creador del discurso, sino que es realizado, atrapado y atravesado por él.

Bajo tales circunstancias, se hace evidente cómo cada clínica se define a través de una noción de síntoma y una estructura del sujeto que concibe y le es propia. Pero que, a pesar de que existan diferentes definiciones del síntoma, no implica que deba jerarquizarse una sobre otras.

En base a todos estos elementos expuestos, podemos advertir que la relación entre medicina y psicoanálisis no se trata de complementariedad ni tampoco exclusión, sino que conforman una relación que se sostiene en base a su heterogeneidad, donde los posibles intercambios se dan a partir del encuentro de puntos de inconsistencias de cada campo de saber respetando la incumbencia, decisión y responsabilidad que le compete a cada uno.

Referencias bibliográficas

Calligaris, C. (18 de abril de 1987). *El síntoma*. Conferencia en la Facultad de Medicina.

Rosario. Argentina.

Clavreul J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Freud, S. (2018a). "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras completas. Tomo XX*. Madrid: Amorrortu.

(2018b). "Cinco conferencias sobre psicoanálisis". En *Obras completas. Tomo XI*. Madrid: Amorrortu.

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

(1968). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Le Gaufey, G. (agosto de 2008). ¿Es el analista un clínico?. *Opacidades. N° 3*. p. 255

(28 de agosto del 2002). *Una clínica sin mucho de realidad*. Conferencia en la Alianza Francesa. San José. Costa Rica

Hacking, I. (1995). "El trauma". Visita 5 de diciembre de 2021 en http://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Hacking_Trauma.pdf

Kuri, C. (2016). *Nada nos impide, nada nos obliga. De la contingencia en psicoanálisis*. Rosario: Nube Negra.

Lacan, J. (1977). "Apertura de la sección clínica". Ornicar? N°9. Vista 21 de noviembre de 2021 en https://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf

(2007). *Mi enseñanza*. Buenos Aires: Paidós.

(2008). *El Seminario XVI. De un Otro al otro*. Buenos Aires: Paidós. (2009).

"Psicoanálisis y medicina". En *Escritos II*. México: Siglo XXI. (2009).

"Ciencia y verdad". En *Escritos II*. México: Siglo XXI. (2018). *El Seminario X*.

La angustia. Buenos Aires: Paidós.

Ritvo, J. (2014). *El síntoma: estructura de la formación o formación de la estructura*. Rosario: Colectora.