



Universidad
Nacional
de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

El campo del psicoanálisis interrogando a la medicina a través del fenómeno psicosomático.

Modalidad: Ensayo

Autor: Vecchiarello Facundo Germán

Legajo: V-1015/4

Docente Responsable: López Meroni Santiago

Año: 2022

Agradecimientos:

Quiero dar mi primer agradecimiento a la Educación Pública, por seguir resistiendo e insistiendo en egresar a sus estudiantes a pesar de políticas de vaciamiento que atentan contra ella.

Agradecer a mi tutor Santiago y al jurado por haberme acompañado en mi proceso de escritura.

Gracias a mis terapeutas, por haberme guiado paso a paso en redireccionar el deseo y por llevarme de algún modo a las puertas de la acción.

A mis padres, por haberme dado más de lo que ellos pudieron recibir. A todos ustedes, mis seres queridos, sin ustedes este camino no podría haber sido el que fue.

Índice:

• Agradecimientos.....	2
• Resumen.....	4
• A modo de introducción.....	5
• I - Contexto. El síntoma para el psicoanálisis y para la medicina.....	6

• II - El síntoma y el cuerpo en la neurosis. Histeria.....	7
• III - Respuesta psicosomática. La no afánisis del sujeto.....	9 •
IV- El lugar del psicoanalista junto al médico.....	11
• Puntos	
conclusivos.....	13 •
Referencias bibliográficas.....	15

Resumen:

Los escenarios epocales producen y dan lugar a ciertos modos de producción en lo que respecta a los procesos de salud-enfermedad. Medicina y psicoanálisis trabajan con un punto en común: el padecimiento. Lo que diferencia a ambos saberes es su abordaje del síntoma. El fenómeno psicosomático es un emergente que da cuenta de una afección corporal al igual que la histeria. Pero ambas alteraciones tienen características precisas que tornan diferentes sus concepciones y sus tratamientos. Un punto nodal entre ambas es la noción de sujeto del inconciente, por lo tanto la importancia del lenguaje y del significante. Esto hace que el tratamiento del padecimiento para el psicoanálisis sea del orden de lo singular y determinado por la realidad psíquica del sujeto. En cambio para la medicina como discurso hegemónico, la respuesta al padecer, está del lado del médico en una respuesta totalizante, universal y cifrada en un cuerpo anónimo. En el siguiente escrito la respuesta psicosomática permite poner en tensión y diálogo ambos discursos.

Palabras claves: Psicosomática-Psicoanálisis-Medicina-Síntoma-Sujeto.

A modo de introducción

El siguiente escrito tratará acerca de cuestiones relacionadas a los procesos de enfermar y a sus abordajes de tratamientos.

Desde el momento de la formalización de la medicina como ciencia, el lugar del saber y la respuesta en relación a la cura estuvo depositado en la persona del médico casi de manera exclusiva. En términos generales, se fue dando lugar a una explicación reduccionista a la hora de abordar la concepción de salud y enfermedad, es decir, una respuesta dada desde el orden biologicista/organicista.

Desde hace varias décadas con el avance de la medicina social, algo de esto empezó a modificarse. A veces, es común escuchar que una persona acude al médico ante alguna alteración en su cuerpo y que se le indica el tratamiento pertinente, efectivizando de alguna manera la cura. En otras circunstancias, sucede que los tratamientos no responden como es esperable y la medicina no puede encontrar

causalidad a una afección. Aparecen comentarios como: “debe ser todo psicológico”, “es emocional” o puede ser también, que sea el mismo médico quien puede tomar la iniciativa de dar lugar a una derivación a un profesional de la salud mental, entre ella se recomienda la consulta psicológica.

A veces sucede que hay resistencias del profesional médico que se niega a reconocer la importancia de los factores emocionales, psicológicos de una persona o es porque los propios pacientes, son quienes desconocen sobre su propio padecimiento, sobre sus emociones, permaneciendo la afección en el cuerpo.

Dicho esto, podemos pensar un abordaje relacionado a lo que se conoce hoy en día como enfermedades psicosomáticas (del griego psique/alma y soma/cuerpo). La concepción de lo psicosomático da cuenta de aspectos corporales y de la vida psíquica de una persona en una trama compleja, ya que el sujeto enferma en su contexto y de acuerdo a ello cada modo de enfermar es del orden de lo singular. A lo mencionado se abre el interrogante: ¿Cómo caracterizará lo psicosomático el psicoanálisis?

El psicoanálisis claramente desde su comienzo estuvo cercano a esta cuestión de intentar comprender la relación del padecer psíquico con lo orgánico. Freud como creador del psicoanálisis y de la cura por la palabra, se dedicó a investigar la actividad psíquica por medio de sus histéricas, encontrando el nexo del síntoma con el inconsciente. Se encontró que el cuerpo afectado en la histeria era el cuerpo de representaciones, con carga simbólica y no tanto del orden de la afección netamente orgánica.

En el camino Freudiano, el psicoanálisis como psicoterapia nace en una búsqueda que tenía como antecedente a la medicina, en especial a la neurología y a la psiquiatría en lo que respecta al padecimiento de la salud y la salud mental.

Medicina y psicoanálisis trabajan con la idea del padecer de un cuerpo, pero que no se tratará en si del mismo cuerpo ni del mismo padecer: en la medicina se tratará del cuerpo biológico padeciente; para el psicoanálisis, se tratará de un cuerpo de representaciones, cuerpo atravesado por el lenguaje y en relación a la realidad psíquica de cada sujeto.

De acuerdo a lo antes mencionado, el interés del siguiente escrito estará puesto en poder ver qué sucede cuando un sujeto está ante una enfermedad considerada psicosomática y en donde medicina y psicoanálisis deben hacer sus respectivos aportes.

Cuál será el aporte del psicoanálisis como praxis que interroga al síntoma, cuando agota su sentido de explicación ante el sufrimiento para aportar otro sentido al padecer.

En esto vemos que el psicoanálisis continuará un trabajo que le retribuirá al sujeto un saber acerca de su propio sufrimiento y que está en el mismo, aunque hasta ese momento crea no saber nada.

No se tratará de reducir toda explicación de los procesos de salud-enfermedad al campo psicológico ni viceversa, si no más bien de buscar que pueden aportar cada uno

5

en su área de saber y sobre todo que aportará el psicoanálisis al fenómeno psicosomático, diferenciándolo del síntoma histérico.

En líneas generales este ensayo intentará explorar la concepción de lo psicosomático desde el aporte psicoanalítico y específicamente buscará contextualizar y caracterizar el síntoma para la medicina y para el psicoanálisis, en particular el síntoma histérico; caracterizar y diferenciar el padecer psicosomático desde la perspectiva del psicoanálisis con el síntoma histérico; y conocer el aporte del psicoanálisis a la enfermedad psicosomática.

I- Contexto. El síntoma para el psicoanálisis y para la medicina

Freud crea el psicoanálisis bajo el relato de la época victoriana cuya moral se regía por la represión sexual, austeridad y puritanismo. El cuerpo debía suprimir todo lo que genere un exceso de placer ligado a lo sexual. En ese momento de cúspide de estos valores, Freud produce una revolución con su teoría de la represión, el complejo de Edipo y la primacía de la sexualidad infantil en la constitución subjetiva.

El psicoanálisis es una praxis que no es ajena al momento socio histórico que se va surgiendo; sino todo lo contrario, su práctica vislumbra y acompaña a un malestar cultural que generan ciertos relatos dominantes. Quien da cuenta de dicho mal-estar, es el síntoma, como emergente que tiene modos peculiares de presentarse de acuerdo a lo establecido por el Otro, como discurso imperante.

En la época que nuestro maestro comenzó su trabajo clínico y de investigación, las histéricas estaban en el centro de la cuestión. El síntoma histérico pasó por todos los discursos y técnicas de abordajes, desde el discurso de la iglesia como posesas, el médico con las explicaciones genéticas o innatas, hasta Freud y su interpelación al síntoma como productor de sentido y de sujeto, sujeto del inconsciente y su importancia psicosexual en su constitución misma.

Como las circunstancias epocales van variando, en la posmodernidad los efectos en relación al síntoma son diferentes también.

En la posmodernidad lo referido a la concepción de salud-enfermedad tiene como impronta una noción de equilibrio entre lo bio-psico-social, ya no es sólo ausencia de enfermedad.

Esta concepción abre lugar a una multiplicidad de respuestas para su abordaje, tales como medicina, medicina naturista, terapias alternativas y diferentes modelos de psicoterapias, etc. En líneas generales estos saberes apuntan a responder ante de manera inmediata, cerrada y de no repregunta en cuanto al padecimiento. Con esto no se desmerecen los postulados de estas disciplinas, porque Freud mismo mencionaba que todas las psicoterapias son válidas si llevan al alivio del padecimiento, pero que el psicoanálisis ofrece otra cosa. Más que una respuesta, lo que da es una apertura, un interrogante a lo que hasta ese momento no lo tuvo, es decir, más que preguntarle al enfermo sobre sus síntomas y solucionarlos, se interroga al síntoma sobre el sujeto que lo habita, sujeto del inconsciente y de su atravesamiento del lenguaje que le viene del Otro. Esto lo tornará en el orden de lo singular, es decir, el psicoanálisis no es un discurso de respuestas generales, totales, sino todo lo contrario.

El discurso de la medicina trabaja con una concepción distinta a la del psicoanálisis en cuanto a la concepción del síntoma y de su tratamiento. En la obra freudiana vemos un cambio paradigmático desde la concepción neuropatológica a la psicopatológica.

Freud, S (1991) en las conferencias de introducción al psicoanálisis, específicamente en la conferencia XVI Psicoanálisis y psiquiatría, transmite que la comprensión de fenómenos neuróticos se da de modos muy diversos entre el campo de la psiquiatría y el psicoanálisis, tomando el ejemplo de una dama que padecía delirios de celos y se interroga ¿Cómo actuaría la psiquiatría? Intentaría caracterizar el síntoma mediante la investigación en la historia familiar para buscar una causa hereditaria y así arribar a un diagnóstico. Freud se pregunta si el psicoanálisis se podría desempeñar de

modo diferente, interrogándose por la etiología, a través de la escucha, desanudando mecanismos inconscientes que participaban en el síntoma de la dama. En el caso Dora, Freud escribe: “Yo llamaría «histérica» sin vacilar, a toda persona, sea o no capaz de producir síntomas somáticos, en quien una ocasión de excitación sexual provoca predominante o exclusivamente sentimientos de displacer” (Freud, S, 1998, p: 27). Esto permite pensar que el síntoma somático no es necesario para pertenecer al campo de la

histeria.

El psicoanálisis como práctica, es práctica del discurso, de la palabra y ello conlleva a la implicancia del propio sujeto que habla y de su posición ante su padecimiento.

En contrapunto a la práctica de la medicina, clínica de la observación de los signos, del diagnóstico y de la objetivación, en tanto que, la praxis del psicoanálisis es la del significante, de la escucha, de estructuras y posiciones, siempre articulada a la lógica Edipo-castración y su posicionamiento ante la falta.

La práctica de la medicina y la del psicoanálisis tienen concepciones distintas en relación al sujeto. El psicoanálisis concibe un sujeto atravesado por el lenguaje, sujeto del inconsciente y escindido.

En el encuentro cuerpo-lenguaje se producirá un efecto que portará una marca que llevara el sello de lo propio y singular en la subjetividad.

En la medicina el cuerpo no es portador de sujeto, no lleva el tinte de lo singular sino todo lo contrario, es un cuerpo encasillado de acuerdo a observaciones, clasificaciones y diagnósticos homogeneizante y por lo tanto el discurso que atraviesa a un cuerpo no es tomado en cuenta.

II-El síntoma y el cuerpo en la neurosis. Histeria

Junto a Charcot y Breuer, Freud inicia el camino del psicoanálisis, cuyo centro tenía a la histeria como motor impulsor en el campo de la neurosis.

Freud venia del campo de la medicina, en especial de la neurología. Ese es el antecedente clave en el cual él basa sus intereses hasta llegar al corazón del psicoanálisis mismo.

¿Qué implica hablar de neurosis?

Hablar de neurosis es hablar del síntoma y por lo tanto de las manifestaciones del inconsciente, sueños, chiste y actos fallidos.

Hablar de síntoma en sentido freudiano, es hablar del sentido del mismo y de de su relación con la historia del sujeto. Por efecto del mecanismo de la represión, el sentido es desconocido por el sujeto, por lo tanto el síntoma interrogará al sujeto y permitirá la búsqueda de un saber no sabido y que en el está la verdad del propio sujeto.

¿Qué esconde y habla el síntoma en la histeria?

Freud en la conferencia 23, en una de sus definiciones y aclaraciones sobre el síntoma dice:

Los síntomas –nos ocupamos aquí, desde luego, de síntomas psíquicos- son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos. (Freud, S, 1986, p: 326).

En la histeria, el síntoma conversivo es el resultado en el cuerpo de aquello que no se dice en palabras, habla de manera desfigurada en el.

En el caso Elizabeth Von R, Freud marca una distinción clara entre la exactitud e inexactitud en cuanto a la queja del padecimiento de un enfermo orgánico y en el sujeto histérico. Entre la exactitud de un dolor real y la muestra de cierto placer oculto en el.

La parálisis en las piernas de la paciente de Freud (por conversión), se relacionaba con dos cuestiones: por un lado, a su padre enfermo, que apoyaba su pierna

en la de ella cuando lo curaba y por otro lado, el amor oculto a su cuñado.

A lo largo de las sesiones se fue dejando ver el conflicto que había entre su deseo, su anhelar erótico (amor al cuñado) y el rigor moral. ¿Cómo se solucionó este conflicto? Desplazando eso inconciliable para la conciencia y no manifestado, enfermando en el cuerpo. En el caso de la joven se trataba de una astasia abasia, es decir, se trató de la afección de una parálisis en sus piernas, una alteración de una función corporal.

Considerado esto, se puede caracterizar que el síntoma es goce, es decir, placer en el displacer y este a su vez está ligado al deseo que se mantiene en el inconsciente, al cual hay que leerlo y hacerlo hablar para que de luz a la verdad del propio sujeto. Aliviar el padecimiento o el síntoma, conlleva a una pérdida de goce y que el sujeto pueda hacerse responsable de su deseo en el discurso, historizando su síntoma.

Freud, S en las Neuropsicosis de defensas (1986), plantea que ante una representación intolerable ligada a una satisfacción pulsional, surgen diferentes tipos de defensas que consisten en las diferentes formas de tratar esta representación. Por lo tanto lo que da lugar al tipo de neurosis es la modalidad de la defensa.

En el caso de la histeria el afecto se traslada al cuerpo, dando paso al síntoma conversivo. Freud apunta a que la conversión, es decir, el afecto trasladado al cuerpo, desaparece de la vida psíquica produciendo en muchas ocasiones la bella indiferencia de las histéricas.

El cuerpo en la histeria es producto de palabras, de representaciones y que a veces su satisfacción es a costa de una satisfacción dolorosa, como en el caso de Elizabeth Von R y las parálisis de sus piernas. Esto es debido a que el síntoma habla desfiguradamente por conversión: “De acuerdo con ello, esta abasia, en el estallido de desarrollo en que yo la encontré, no era equiparable sólo a una parálisis funcional asociativa psíquica, sino también a una parálisis funcional simbólica” (Breuer, J y Freud, S, 1979, p:167).

Freud en el caso hace una distinción entre lo que sería un enfermo orgánico y la histeria. En lo primero mencionado el autor destaca el carácter preciso y claro del dolor, en el segundo caracteriza lo impreciso del mismo. Señala que en el caso de la paciente Elisabeth, notaba que ante el examen médico y mediante cosquillas, vislumbraba tras el dolor, un placer oculto. En el caso del enfermo orgánico se produce una expresión de desasosiego o dolor físico, buscando la sustracción del examen médico. Esto señala dos aspectos importantes para tener en cuenta: primero, el lugar de la queja y segundo, el modo de accionar ante el examen médico.

En la histeria, el síntoma conversivo tiene que ver con la satisfacción de una zona erógena y su importancia de dicha satisfacción para el sujeto neurótico. En dicho caso vemos como el deseo se mueve, se desplaza entre las figuras del cuñado y el joven amigo, al conflicto corporal entre el deseo y lo moral. Allí se refleja como el síntoma varía en relación al decir de la paciente, por lo que vemos que tiene que ver con el orden de la palabra y no con lo orgánico. La relación sujeto-cuerpo implica conflicto, ese conflicto es singular, por lo cual la escucha es siempre caso por caso. En el caso Dora se produce un viraje: hay una introducción a la clínica de la palabra, es decir, se deja la clínica puramente psiquiátrica, de la mirada y se toma otra posición, la de escuchar al propio paciente, que por medio de su síntoma irá dando cuenta de que él hablará del sujeto, de su deseo e implicancia en aquello que lo hace padecer. Aquí comienza a utilizarse la asociación libre como método clínico central del psicoanálisis.

Freud había abandonado el método hipnótico-catártico, donde se partía de los síntomas y se proponía ir curándolos uno a uno. A partir del caso Dora, es el paciente quien elige el tema de la sesión, mediante asociación libre, para recoger el material necesario para el análisis.

Así, en este, el primer análisis completo de una histeria que yo emprendiera, arribé a un procedimiento que luego elevé a la condición de método e introduje con conciencia mi meta: la remoción del material patógeno estrato por estrato, que de buen grado solíamos comparar con la técnica de exhumación de una ciudad enterrada. (Freud, S, 1979, p.154-155).

En cuanto al síntoma de la tos de Dora, muestra la importancia de la oralidad como zona erógena predominante y de su satisfacción pulsional. La misma muestra la práctica sexual de su padre con la Sra K, ya que su padre era impotente. En esto se destaca la importancia del cuerpo de representaciones, cuerpo erógeno, simbólico, que se rige por las lógicas del inconciente, que tiene como soporte el lenguaje. Esto muestra la gran diferencia con la concepción de cuerpo para la medicina. Cuerpo netamente anatómico y fisiológico.

El síntoma histérico es la realización de una fantasía inconsciente puesta al servicio del cumplimiento de deseo.

El deseo que pone en juego el síntoma de Dora es que el padre y la señora K se separen, que rompan relación. La fantasía inconsciente que pone en juego es la fantasía del sexo oral, era la impotencia del padre la que la hace pensar que habría otras formas de satisfacción sexual, y es la fantasía de la felatio, de sexo oral. Es la representación de la felatio lo que provoca ese cosquilleo en la garganta que produce la tos. Es esa fantasía la que va a reproducir de alguna manera esta prevalencia de la oralidad en la histeria. Dora era una chupeteadora, el recuerdo infantil de ella es chupándose el dedo hasta los seis o siete años de edad, mientras acariciaba el lóbulo de la oreja del hermano.

El síntoma es entonces siempre una sustitución, constituido por el deseo, las fantasías y se manifiesta por los mecanismos de condensación y desplazamiento.

III – Respuesta psicosomática. La no afánisis del sujeto

En primer lugar la cuestión psicosomática se concibe como respuesta psicosomática o fenómeno psicosomático y no como síntoma o estructura psicosomática. Lacan menciona que las afecciones psicosomáticas no están incluidas dentro de las construcciones neuróticas. Es decir no operará allí la represión como mecanismo fundamental, sino un rechazo, una desestimación. Al no operar el mecanismo represivo, no se pondrán en juego las leyes del inconciente, es decir, no operarán la metáfora ni metonimia correctamente.

Freud menciona sobre la pulsión en el texto Pulsiones y destinos de pulsión, que es la medida de exigencia de trabajo que se le impone a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal.

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 psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (Freud, S, 1985, p:117)

Siguiendo el texto en su aclaración sobre la pulsión, el autor marca que es un concepto que hace frontera entre lo psíquico y lo somático. ¿A qué da lugar esta concepción de la pulsión? Es la representación psíquica, que representa una alteración

proveniente de lo corporal. Uno de los destinos de la pulsión es la represión y esta a su vez, es la operación que se da en el campo de la neurosis. Aquello que se reprime, retorna de manera desfigurada por medio de las formaciones del inconsciente: síntomas, actos fallidos, lapsus y sueños.

9

¿Cómo se hace mención de lo que sucede en el caso de la neurosis con respecto a lo pulsional en una afección psicosomática? Ocurre que el conflicto pulsional es expulsado de la psiquis y descargado por la vía somática a través del cuerpo. La lesión se da en el cuerpo sin tramitarse por vía del inconsciente. La pulsión se encarna en el cuerpo, el cuerpo habla por el sujeto en sus lesiones. El afecto no recibe una elaboración psíquica y sigue un curso exclusivamente somático, reducido a una pura expresión que lesiona lo real de un tejido, de un órgano. Lesión que no puede ser restaurada por la vía de la palabra porque no es metáfora, como en el síntoma conversivo; no está compuesta por significantes, no tiene una envoltura formal de cómo presentarse de manera metafórica. El inconsciente queda fuera de juego.

Tanto en el caso del síntoma conversivo como en la afección psicosomática lo que esta en el centro es la afección de cuerpo.

Ahora bien, ¿Qué vertiente se puede pensar en esta trabazón que se menciona más arriba entre lo anímico y lo corporal? La vertiente del lenguaje, vertiente del significante.

Eldelsztejn, A menciona: “No hay zona erógena propiamente dicha de una pulsión si el resto del intervalo de los significantes no se localiza allí.”(Eldelsztejn, A, 2008, p.305). Aclara que alguien que satisface una parte del cuerpo no necesariamente satisface una pulsión, porque para que se trate de ella debe estar anudada a un borde corporal la función de resto significativo, es decir, de su corte, intervalo donde se sitúa y aloja el sujeto del inconsciente que implica al Otro.

Freud y su descubrimiento del inconsciente por medio de sus histéricas logró que el síntoma este considerado en el campo del lenguaje, donde la afección manifestada en lo corporal se tramita por el lenguaje, para hacerlo hablar y que tome su lugar de metáfora, lugar del significante al decir de Lacan.

Al comienzo se manifiesta (el síntoma) por la queja, el sufrimiento y de esto el propio sujeto va a ir dando cuenta en su propio decir, sin saber que lo sabe. Para esto es fundamental que el sujeto vaya implicándose en aquello que lo lleva a ese sufrimiento, es decir, que se vaya responsabilizando de su síntoma y pueda ir produciendo cambios subjetivos significativos por medio de su análisis.

En la Conferencia de Ginebra, Lacan hace referencia a algo en relación a lo antes mencionado diciendo que:

El hombre piensa con ayuda de las palabras y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo dónde algo se esboza. Por otra parte, osaré decir al respecto el término de innato- ¿si no hubiese palabras de qué podría testimoniar el hombre? Allí se ubica el sentido. (Lacan, J, 1975, p: 175)

¿Qué sucede con el sujeto y la metáfora en la afección psicosomática? En relación al lenguaje se destacan dos cuestiones fundamentales en relación a la significación: metáfora y metonimia. Lacan caracteriza a la metáfora como una operación de sustitución, cuyo resultado es la creación de sentido nuevo, de un plus de sentido donde vemos al sujeto aparecer en relación al significante.

El síntoma neurótico es una formación sustitutiva y por ende se rige por la operación metafórica, es decir por la sustitución del significante.

En Elisabeth Von R por ejemplo, su astasia abasia metaforizaba ese no poder dar

un paso y que le ocasionaba cierta desdicha.

En la afección psicosomática el significante no hace cadena, es decir, no remite a otro significante, no opera a modo de la sustitución, de la metáfora. Se puede considerar que en el fallido que se da entre lenguaje y cuerpo, en la respuesta psicosomática no hay lectura a modo del síntoma, sino que hay un paso previo, su escritura.

En el campo de la neurosis, el síntoma afecta el cuerpo en sentido metafórico, no llevando a cabo lesión de órgano sino algo del orden de lo funcional, ya que lo afectado es la representación de órgano.

10

En lo psicosomático lo afectado es el cuerpo, el órgano, allí se realiza efectivamente su marca. Eidelsztein, A (2008) haciendo mención a Lacan sitúa esa afección a nivel de lo real.

En cuanto a lo metonímico, es decir, las asociaciones que puede producir la persona, se dificulta. Hay pobreza de discurso sobre la enfermedad, donde el sujeto no estaría implicado y por ende, decir sobre su afección resulta difícil porque no opera la sustitución, no hay producción de sentido. Hay carencia de lo simbólico.

Ahora bien el inconsciente se sedimenta sobre la base del lenguaje y el sujeto emerge del mismo, es efecto del significante que tiene lugar como tal en la enunciación. El sujeto toma una posición en el discurso, acorde a la lógica Edipo-castración y por ende ante la falta. Esto dará lugar a ciertas operaciones que definirán lugares estructurales: represión en la neurosis, renegación en la perversión, forclusión en la psicosis.

¿Qué de esto sucede a nivel de las enfermedades psicosomáticas? Lo que habría es un rechazo, su mecanismo no es la represión ni se rige por lo tanto por las leyes del inconsciente como se ha mencionado antes.

Si no se produce dicha cadena significativa, no hay producción de efecto, de sentido, por lo tanto no hay emergencia del sujeto. No se produce lo que Lacan llama hiancia entre los significantes, no hay intervalo entre S1 y S2. Es en esa hiancia donde el sujeto aparece y desaparece en su carácter evanescente.

Lacan menciona a esto como la afáncisis del sujeto y que en la respuesta psicosomática no se produce. Los significantes están congelados, pegoteados produciendo el holofraseo, por lo tanto allí no hay lugar para producir formaciones del inconsciente y por lo tanto no hay lugar para el sujeto.

Lo psicosomático, aunque no es un significante, es algo que, al fin y al cabo, solo es concebible en la medida en que la inducción significativa a nivel del sujeto ocurrió de una manera que no pone en juego la afáncisis del sujeto. (Lacan, J, 2013, p: 235)

Eidelsztein, A (2008) siguiendo la idea lacaniana sostiene que la falta de afáncisis del sujeto marca una ausencia de aquello que hace o puede llegar hacer de su padecer un síntoma dentro de la lógica freudiana, en cuanto a la formación de compromiso. Indica que eso no significa que no haya sufrimiento ni de que no exista sujeto, en todo caso lo que acontece es que el sujeto no está involucrado en el fenómeno psicosomático como afáncisis. La persona con una enfermedad psicosomática no puede hablar de lo que sucede a nivel de lo asociativo de su padecer, no está implicada en su afección en cuanto biografía de su síntoma. El psicoanálisis deberá trabajar en esto indudablemente abriendo un camino.

IV - El lugar del psicoanalista junto al médico

El psicoanálisis en diálogo y tensión con el discurso médico ¿completa el trabajo

médico, lo continúa y/o abre otra dimensión posibilitadora en cuanto al aporte del sufrimiento del sujeto?

Lacan, J en *Psicoanálisis y Medicina* (1985), referencia como lugar marginal y extraterritorial el lugar del psicoanálisis junto a la medicina, debido a que oficia como especie de ayuda externa y admite que ese lugar mismo es el que los psicoanalistas desean conservar por razones propias.

Como es de conocimiento, el avance de la medicina cada vez es mayor, preciso y totalizante, esto lleva a pensar el lugar hegemónico que ocupa tal discurso, lugar que le otorga un poder de carácter absoluto para dar respuestas al paciente ante una afección.

Este modo de dar respuesta de la medicina produce un imperativo sobre el cuerpo debido a que lo mide, cuantifica y lo conoce de manera exacta, si se quiere decir de algún modo, a su vez más desconoce y descentra al sujeto. Esto quiere decir que el modo

11

totalizante y universal con el que la medicina aborda el padecimiento de una persona, deja por fuera y da lugar a un desconocimiento que no tiene en cuenta lo singular del sufrimiento humano. Singular en cuanto al lenguaje y por lo tanto de un discurso que le concierne y que lo toma como sujeto, sujeto del inconsciente.

Raimbault, G (1985) sostiene que el cuerpo vivo habita un lenguaje y que por lo tanto sus modos de placeres y sufrimientos tienen que ver con una historia que es particular y que eso no puede ser generalizable; a su vez esta es su verdad.

El paciente ubica tanto al psicoanalista como al médico, en el lugar del supuesto saber y eso abre lugar a la demanda del paciente: tanto la del saber sobre el cuerpo y la del goce.

Paciente hace mención a pasividad y a espera. En el caso de la medicina el sujeto es pasivo en relación al saber ubicado en el médico cuya respuesta es la resolución de su padecer. Eso es lo que espera como paciente. La pasividad es ante la medicina como lugar de un saber amo, total y ante el médico como aquel que se autorreferencia como templo del saber y el cual deja por fuera el discurso singular, el saber del sujeto, saber no sabido, no-todo que tiene algunas respuestas sobre sus síntomas.

Ahora bien ¿qué posicionamiento toma el psicoanálisis en cuanto a su praxis con respecto a la medicina? ¿Completa el discurso de la medicina aportando un saber más o abre otra vía?

Claramente que cuando la medicina no puede responder ante un diagnóstico determinado de modo esperado y específico, el psicoanálisis abre ahí una pregunta en tal encerrona, aportando algo distinto y esclarecedor ante el sufrimiento de ese cuerpo.

“El objetivo del psicoanálisis consiste entonces en devolverle el sujeto a su cuerpo, o el cuerpo al sujeto. En este sentido, en esa función, podemos decir que el psicoanálisis subvierte la posición médica clásica”. (Raimbault, G 1985, p: 28)

Devolverle el sujeto al cuerpo o el cuerpo al sujeto implica que de lo que se trata es que hay que dejar que el sujeto hable, que ponga en juego la palabra a ese cuerpo vivo que padece, y que ese cuerpo sea leído, escuchado.

Que se diga, es la regla fundamental que pone en ejercicio el psicoanalista para oír e interrogar al sujeto detrás del síntoma. En la medicina eso no es posible, porque el síntoma no es leído en la singularidad de cada discurso que aporta cada sujeto en particular, sino por el contrario es codificado y encasillado en el discurso de la ciencia de modo tal que la ciencia reduce el cuerpo en cierto anonimato.

Ese será un aporte fundamental del psicoanálisis: primero no completar nada en favor de un saber- todo, sino más bien podemos pensarlo en una continuidad ante una irrupción que convoca la dimensión propiamente subjetiva, dimensión del lenguaje, de los significantes, de la metáfora y la metonimia.

Siguiendo esta idea y siendo aún más específico se abrirá la cuestión de ¿Cuál será el trabajo analítico en la afección psicosomática?

Cabe mencionar que por un lado, el fenómeno psicosomático puede entenderse como síntoma en el sentido médico, es decir, hay una lesión de órgano efectivamente y por otro lado, no lo es en el sentido psicoanalítico

En la respuesta psicosomática entre el cuerpo y el lenguaje hay algo que falla, produciendo un déficit en el orden de lo simbólico.

En dicha afección hay algo que es central: la afección orgánica, lesión de órgano, goce encarnado en lo real del cuerpo, pero que le faltaría algo que lo cerca, que lo rodea como tal para leerlo como síntoma en el sentido analítico. Eso es lo que se puede ir despejando como trabajo de un análisis posible.

En el caso de la joven que padecía astasia abasia su goce estaba en el dolor de piernas y su cerco, es decir, su metaforización era ese no avanzar en su vida. En el fenómeno psicosomático es posible pensar un cuerpo callado, no en el sentido médico, sino en el orden de aquello que lo representa y que no tiene que ver con lo genético, innato de su afección, sino con su filiación, es decir, con su historia.

12

Subjetivar sería la tarea de un trabajo en análisis; que implique abrir un interrogante allí, un intervalo, una investigación, que lo implique como sujeto, sujeto de su historia y de su inconsciente. Esta tarea implicaría ir construyendo algo del orden deficitario en relación a lo simbólico. El sujeto si habla de su síntoma es en sentido clínico médico, no en el sentido subjetivo. Ahí hay una tarea posible del analista, colaborar con eso fallido, no escrito para ser leído como sucede en el síntoma en el campo de la neurosis. Este trabajo es a construir en transferencia cuya antesala tiene el trabajo de generar demanda en el sujeto, demanda de análisis, ya que por lo general, los pacientes con afecciones psicosomáticas acuden a la consulta con alguien del campo psi, porque lo aconseja un tercero, entre ellos: el médico.

Puntos conclusivos

Pensar el sufrimiento de un sujeto no es nada sencillo, porque implica pensar y comprender al ser humano en su devenir histórico, es decir, su filiación, donde están implicados otros semejantes y el Otro como sede del lenguaje, por lo tanto el modo de dar respuesta a su abordaje no puede ser de manera: totalizante, homogénea y universal, sino por el contrario, lo singular es lo que le concierne.

¿Qué lugar se puede pensar para el psicoanálisis como praxis que contribuye al alivio del sufrimiento? El psicoanálisis es un modo de encontrar un cambio de perspectiva en la vida de un sujeto, que va acompañada del descubrimiento de una verdad y sus consecuencias como tal. Este cambio de perspectiva produce efectos, cambios que posicionan a una persona en otros modos de dar respuestas ante la vida.

Cuando una persona acude a un análisis va porque sus síntomas y el sentido que lo encarna, ya no anda, no camina, es decir, que ya no alcanza y es ahí donde el psicoanalista entra a cumplir una función: la de escuchar y analizar, para que el sujeto pueda producir nuevos sentidos y hacer algo con su lugar gozante.

La medicina ha dado respuestas exactas, cerradas y mono metódica en su tratamiento para la cura: el fármaco; y un conocimiento unilateral de la enfermedad: el médico. Para el psicoanálisis la cura está en la palabra, es decir, en un discurso que encarna un sujeto y que el que lo conoce sin saberlo.

El sujeto espera del medico un saber y una cura de manera pasiva, esta es su demanda. En el análisis sucederá algo de otro orden: demandará un supuesto saber y cierta cura, pero irá cayendo como tal en la medida que se vaya implicando como sujeto

sujetado, a su historia, a su inconsciente y a su deseo. Ahí encontrará un modo diferente de conocer algo que concierne al goce que enferma, dando lugar a nuevos efectos y sentidos.

En el caso del síntoma histérico, para su producción actúan las leyes del inconsciente, retorno de lo reprimido por conversión. En su origen se halla la angustia, producto de un conflicto inconsciente, que al no poder expresarse en palabras, lo hace sobre el cuerpo afectando una función.

El fenómeno psicosomático por no formar parte de la trama inconsciente, no se rige por tales leyes. Se trata de algo que en la historia del sujeto quedó mudo, petrificado, sin movimiento alguno, como cuerpo extraño y por fuera de la territorialidad inconsciente, que ataca directamente al órgano.

El síntoma histérico no produce lesiones en el órgano. Lo que enferma es la representación de órgano, afectando una función motora y/o sensorial. El fenómeno psicosomático supone una lesión orgánica, un órgano enfermo, irrumpiendo en lo real a través del cuerpo.

El síntoma histérico se adecua y acomoda a la situación transferencial. El sujeto se ve interrogado por su síntoma, que lo hace hablar, y por este motivo, en muchas ocasiones, acude a la consulta psicológica.

La persona con afección psicosomática, no se presta fácilmente a la situación transferencial, generalmente llega a consulta por recomendación médica. Resulta difícil la implicación subjetiva en tanto, el inconsciente está fuera de juego.

13

En la respuesta psicosomática, no se puede reducir tal afección ni a la medicina ni solamente al ámbito psi, sino más bien un trabajo superpuesto donde cada disciplina aporta algo de su saber, teniendo en cuenta que sucede por lo general que el cuerpo viviente que enferma, a veces no responde a la respuesta dada desde la medicina; allí queda un resto, un saldo de sufrimiento que ningún fármaco o técnica puede callar y eso le pertenece al sujeto. En el caso de la respuesta psicosomática se tramita en una lesión de órgano, y lo que le pertenece al orden subjetivo está dificultado, allí podemos pensar una posible intervención del analista. Un canal de apertura, un intersticio donde algo del sujeto tenga lugar. Esto implicaría hacer letra en ese cuerpo mudo que no habla en representación de lo que lo afecta, sino más bien que manifiesta una carencia, un déficit simbólico y por lo tanto metafórico.

Si bien el discurso del psicoanálisis está alejado del discurso médico, no es sin dejar de estar en permanente diálogo, tensión con el y con otros campos también, eso a mi entender es lo interesante del discurso psicoanalítico.

Para finalizar este escrito considero como punto de tensión y de intersección entre medicina y psicoanálisis, punto que a su vez genera otros contra puntos entre ambos campos. Ese punto en común es del lugar de dar algún tipo de alivio al padecimiento. Siguiendo la idea de Soler, C (1996), entre psicoanálisis y medicina hay una intersección o algo en la intersección que los convoca: el dolor. Lo que excluye a ambos saberes es su lugar de cómo abordan el síntoma, dado que el discurso médico no se caracteriza por tomar en cuenta lo singular del sujeto en su padecer y el psicoanálisis irá ahí a buscar sentidos nuevos ante el sin sentido o ante un sentido agotado, que de cuenta del nexo entre el sujeto y su sufrimiento.

Un psicoanalista puede aportar su escucha y posicionarse críticamente frente a la hegemonía del discurso médico, devolviéndole al sujeto su palabra. El psicoanálisis y otros saberes pueden compartir e construir espacios comunes que favorecen el descentramiento del discurso médico y haciendo lugar a los discursos de los sujetos.

La presencia de un psicoanalista abre interrogantes ante puertas que obturan, cierran e imponen saberes científicos y a su vez facilita un lugar a la subjetividad de otro discurso, el del propio sujeto.

Referencias bibliográficas

- Eldesztein, A. (2008). *Las estructuras clínicas de Lacan*. Volumen I. 2ª edición. Buenos Aires. Letra Viva.
- Freud, S y Breuer, J (1979). *Estudios sobre la histeria*. En obras completas (Vol. II). Bs. As. Amorrortu.
- (1979). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. En obras completas (Vol. XVI). Bs. As. Amorrortu.
 - (1985). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajo sobre metapsicología y otras obras*. En obras completas (Vol. XIV). Bs. As. Amorrortu.
 - (1986). *Primeras publicaciones psicoanalíticas*. En obras completas (Vol III). Bs. As. Amorrortu.
 - (1986). *De la historia de una neurosis infantil. Caso hombre de los lobos y otras obras*. En obras completas (Vol. XVII). Bs. As. Amorrortu.
 - (1998). *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. En obras completas (Vol. VII). Bs. As. Amorrortu.
- Golami,V. (1996). *Psicoanálisis y medicina. Dolencias hacia el síntoma. Cap. Descartes con Freud*. Bs. As. Atuel.
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y medicina*, en Intervenciones y Textos I. Ed, Manantial, Bs. As.
- (1998) *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. Intervenciones y textos 2. Ed, Manantial, Bs. As.
 - (2013). Seminario XI. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Bs. As. Paidós.
- Raimbault, G. (1985). *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Barcelona. Ariel S.A.

