

ISSN 1668-3927

Tatuajes

REVISTA DE PSICOSOMÁTICA

www.psicomundo.com/tatuajes/

Número 2

Septiembre 1999



www.psicomundo.com

PsicoMundo

El portal de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Sumario

■ Editorial

Susana Torok - Directora de "Tatuajes"

■ Lo psicopatológico y lo actual, a través de la literatura

Dr. Orlando R. Barrionuevo - Médico psiquiatra y psicoanalista. Presidente de la Fundación Nombrar

■ Psicopatología: ¿qué más pasa?

Lic. Laura E. Billet - Psicóloga. Especialidad Psicopatología. Autora del libro "HIV-SIDA. La época de inmunodeficiencia". Edit. Nueva Visión. 1995. Último Libro: "S.I.D.A. Perspectivas psicológicas e inmunológicas. Prevención en la Época de Inmunodeficiencia" (Librería Editorial JazzBird)

■ Psicopatología y Psicoanálisis

Lic. Mirta Vázquez - Psicoanalista

■ Psicopatología: una cuestión de límites

Susana Frigerio - Psicoanalista. Coordinadora del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología, Hospital Dr. Cosme Argerich

Editorial: Continuamos

Susana Torok

Surgidas del campo de la medicina las enfermedades psicopatológicas son definidas como afecciones de etiología imprecisa que afectando algún órgano, resisten al tratamiento médico presentando bruscas apariciones y desapariciones.

Límites al saber de la medicina se introducen en el campo Psi.

El cuerpo de la histérica, límite también al mismo saber, lleva a Freud a crear el

Psicoanálisis, aportando un otro saber sobre estas dolencias. Freud "escucha" ahí un órgano afectado por el significante. El inconsciente puede inscribirse en el cuerpo; el síntoma será una formación del inconsciente. Por el contrario, las Neurosis Actuales darán cuenta de lo somático no articulado por el inconsciente. Freud no habló de afecciones psicopatológicas; habló de **síntomas de las Neurosis Actuales**, marcando diferencias con respecto al síntoma conversivo.

Lacan dirá que el fenómeno psicopatológico no es un síntoma ya que no está articulado a la cadena significativa, por eso pensamos que la referencia más cercana a éste son los síntomas de las Neurosis Actuales en Freud.

El fenómeno psicopatológico "da a ver", no dice, "muestra" con irrupciones de goce interrogando al saber de la medicina y del psicoanálisis.

Los trabajos presentados en este número de **Tatuajes** desarrollarán los temas mencionados en esta nota editorial.

Para concluir: qué hacer como psicoanalistas ahí, donde lo real de la afección se presenta como límite a nuestra práctica, donde el "**tatuaje**"- incisión en el cuerpo- abre a un campo donde la respuesta al Otro es un goce por fuera de lo simbólico.

Lic. Susana Torok

Psicoanalista - Directora de Tatuajes

Lo psicósomático y lo actual a través de la literatura

Orlando R. Barrionuevo

El presente ensayo es una aproximación entre un texto literario y lo psicósomático, que surge de un interés teórico y puntual de relacionar la práctica, con pacientes que adolecen distintos tipos de afecciones psicósomáticas.

He tomado como punto de partida el cuento de Jorge Luis Borges llamado "Historia del guerrero y de la cautiva" donde a mi entender se pueden aplicar parte de las enseñanzas de Lacan.

Creo que es adecuado aclarar previamente que, desde el punto de vista gramatical, el vocablo cautivo puede ser entendido como algo que le sucede al sujeto en la existencia, que es el caso de los personajes del cuento, donde se ve cómo el sustantivo reemplaza al nombre. Además tiene un segundo uso como adjetivo calificativo.

Cabe agregar que vulgarmente el término es usado para expresar un presente incierto y vago, preso de la libertad o del amor, desconsiderando lo propio del pensamiento.

Desde el punto de vista de la afección psicósomática es factible agregar conjuntamente a lo dicho, que el cuerpo no permanece en silencio, por el contrario, sostiene una existencia apócrifa, insensata e incauta y es llevado una y otra vez a que estén dadas las condiciones informes, para que surja en lo actual el fenómeno psicósomático.

A continuación el texto:

En la página 278 del libro *La poesía* (Bari, 1942), Croce, abreviando un texto latino del historiador Pablo el Diácono, narra la suerte y cita el epitafio de Droctulft; éstos me conmovieron singularmente, luego entendí por qué. Fue Droctulft un guerrero lombardo que en el asedio de Ravena abandonó a los suyos y murió defendiendo la ciudad que antes había atacado. Los raveneses le dieron sepultura en un templo y compusieron un epitafio en el que manifestaron su gratitud ("*contespsit caros, dum nos amat ille, parentes*") y el peculiar contraste que se advertía entre la figura atroz de aquel bárbaro y su simplicidad y bondad:

Terribilis visu facies, sed mente benignus,

Longaque robusto pectores barba fuit!

Tal es la historia del destino de Droctulft, bárbaro que murió defendiendo a Roma, o tal es el fragmento de su historia que pudo rescatar Pablo el Diácono. Ni si quiera sé en que tiempo ocurrió: si al promediar el siglo VI, cuando los longobardos desolaron las llanuras de Italia; si en el VIII, antes de la rendición de Ravena. Imaginemos (éste no es un trabajo histórico) lo primero.

Imaginemos, *sub specie aeternitatis*, a Droctulft, no al individuo Droctulft (todos los individuos lo son), sino al tipo genérico que de él y de otros muchos como él ha hecho la tradición, que es obra del olvido y de la memoria. A través de una oscura geografía de selvas y de ciénagas, las guerras lo trajeron a Italia, desde las márgenes del Danubio y del Elba, y tal vez no sabía que iba al sur y tal vez no sabía que guerreaba contra el nombre romano. Quizá profesaba el arrianismo, que mantiene que la gloria del Hijo es reflejo de la gloria del Padre, pero más congruente es imaginarlo devoto de la Tierra, de Hertha, cuyo ídolo tapado iba de cabaña en cabaña en un carro tirado por vacas, o de los dioses de la guerra y del trueno, que eran torpes figuras de madera, envueltas en ropa tejida y recargadas de monedas y ajorcas. Venía de las selvas inextricables del jabalí y del uro; era blanco, animoso, inocente, cruel, leal a su capitán y a su tribu, no al universo. Las guerras lo traen a Ravena y ahí ve algo que no había visto jamás, o que no había visto con plenitud. Ve el día, los cipreses y el mármol. Ve un conjunto

que es múltiple sin desorden; ve una ciudad, un organismo hecho de estatuas, de templos de jardines, de habitaciones, de gradas de jarrones, de capiteles, de espacios regulares y abiertos. Ninguna de esas fábricas (lo sé) lo impresiona por bella, lo tocan como ahora nos tocaría una maquinaria compleja, cuyo fin ignoráramos, pero en cuyo diseño se adivinará una inteligencia inmortal. Quizá le basta con ver un solo arco, con una incomprensible inscripción en eternas letras romanas. Bruscamente lo ciega y lo renueva esa revelación, la Ciudad. Sabe que en ella será un perro, o un niño, y que no empezará siquiera a entenderla, pero sabe también que ella vale más que sus dioses y que la fe jurada y que todas las ciénagas de Alemania. Droculft abandona a los suyos y pelea por Ravena. Muere, y en la sepultura graban palabras que él no hubiera entendido.

Contempsit caros, dum nos amat ille, parentes,

Hanc patriam reputans esse, Ravena , suam.

No fue un traidor (los traidores no suelen inspirar epitafios piadosos); fue un iluminado, un converso. Al cabo de unas cuantas generaciones, los longobardos que culparon al tráfugo, procedieron como él; se hicieron italianos, lombardos y acaso alguno de su sangre -Aldíger- pudo engendrar a quienes engendraron al Alighieri... Muchas conjeturas cabe aplicar al acto de Droculft; la mía es la más económica; si no es verdadera como hecho, lo será como símbolo.

Cuando leí en el libro de Croce la historia del guerrero, ésta me conmovió de manera insólita y tuve la impresión de recuperar, bajo forma diversa, algo que había sido mío. Fugazmente pensé en los jinetes mogoles que querían hacer de la China un infinito campo de pastoreo y luego envejecieron en las ciudades que habían anhelado destruir; no era esa la memoria que yo buscaba. La encontré al fin; era un relato que le oí alguna vez a mi abuela inglesa, que ha muerto.

En 1872 mi abuelo Borges era el jefe de las fronteras Norte y Oeste de Buenos Aires y Sur de Santa Fe. La comandancia estaba en Junín; más allá, a cuatro o cinco leguas uno de otro, la cadena de los fortines; más allá, lo que se denominaba entonces la Pampa y también Tierra Adentro.

Alguna vez, entre maravillada y burlona, mi abuela comentó su destino de inglesa desterrada a ese fin del mundo; le dijeron que no era la única y le señalaron, meses después, una muchacha india que atravesaba lentamente la plaza. Vestía dos mantas coloradas e iba descalza, sus crenchas eran rubias. Un soldado le dijo que otra inglesa quería hablar con ella. La mujer asintió; entró en la comandancia sin temor, pero no sin recelo. En la cobriza cara, pintarrajeada de colores feroces, los ojos eran de azul desgano que los ingleses llaman gris. El cuerpo era ligero, como de cierva; las manos, fuertes y huesudas. Venía del desierto de Tierra Adentro, y todo parecía quedarle chico: las puertas, las paredes, los muebles.

Quizá las dos mujeres por un instante se sintieron hermanas; estaban lejos de su isla querida y en un increíble país. Mi abuela enunció alguna pregunta; la otra le respondió con dificultad, buscando las palabras y repitiéndolas como asombrada de un antiguo sabor. Haría quince años que no hablaba el idioma natal y no era fácil recuperarlo. Dijo que era de Yorkshire, que sus padres emigraron a Buenos Aires, que los había perdido en un malón, que la habían llevado los indios y que ahora era mujer de un capitanejo, a quién ya había dado dos hijos y que era muy valiente. Eso lo fue diciendo en un inglés rústico entreverado de araucano o de pampa, y detrás del relato se vislumbraba un vida feral: los toldos de cuero de caballo, las hogueras de estiércol, los festines de carne chamuscada o de vísceras crudas, la sigilosa marchas al alba; el asalto de los corrales, el alarido y el saqueo, la guerra, el caudaloso arreo de las haciendas por jinetes desnudos, la poligamia, la hediondez y la magia. A esa barbarie se había rebajado una inglesa. Movida por la lástima y el escándalo, mi abuela la exhortó a no volver. Juró ampararla, juro rescatar a sus hijos. La otra le contestó que era feliz y volvió, esa noche, al desierto. Francisco Borges moriría poco después, en la revolución del 74; quizás mi abuela, entonces, pudo percibir en la otra mujer, también arrebatada y transformada por ese continente implacable, un espejo monstruoso de su destino...

Todos los años la india rubia solía llegar a las pulperías de Junín, o del Fuerte Lavalle, en procura de baratijas y "vicios"; no apareció, desde la conversación con mi abuela. Sin embargo, se vieron otra vez. Mi abuela había salido a cazar; en un rancho, cerca de los bañados, un hombre degollaba una oveja. Como en un sueño, pasó la india a caballo. Se tiró al suelo y bebió la sangre caliente. No sé si lo hizo porque ya no podía obrar de otro modo, o como un desafío y un signo. Mil trescientos años y el mar median entre el destino de la cautiva y el destino de Droctulft. Los dos, ahora, son igualmente irrecuperables: la figura del bárbaro que abraza la causa de Ravena, y la figura de la mujer europea que opta por el desierto pueden parecer antagónicos. Sin embargo, a los dos los arrebató un ímpetu secreto, un ímpetu más hondo que la razón; y los dos atacaron ese ímpetu que no hubieran sabido justificar. Acaso las historias que he referido son una sola historia: el anverso y el reverso de esta moneda son, para Dios, iguales.

A Ulrike von Kulmann.

Hasta aquí, el relato con la complejidad, y riqueza literaria admirable del autor.

De este texto he tomado dos escenas claves para realizar el trabajo:

1 - La primera es la del guerrero lombardo que en el asedio a Ravena...abandona a los suyos y muere defendiendo la ciudad que antes había atacado.

O sea: Droctulft representa un modo de auto segregación, y a su vez una imposibilidad de separarse del cuerpo del otro.

Segregación que es posible relacionar desde el punto de vista gramatical, con las acepciones volcadas al inicio, en la definición del vocablo cautiva, donde el sustantivo queda en remplazo del nombre y de la existencia, esto es esencialmente lo que le pasa al personaje.

Si a esto se lo complementa con "desconsideración del propio pensamiento", el protagonista no queda situado en el presente sino en el pasado, fantasmático a través de un presente incierto.

Retomando el enfoque psicoanalítico; los elementos que hacen al fenómeno psicósomático responden a una particular fijación y ligazón ambigua con el otro, que en el texto está aludido como arrianismo, o como converso.

Lacan explica en "Conferencia de Ginebra" la importancia relativa de la manifestación jeroglífica -ubicándola en un plano de contingencia en relación el lugar y la lengua-, en cambio centra como lo necesario la fijación, siendo esta forma de identificación para el cuerpo Real, el rasgo sucesor de los cuerpos informes.

2 - La segunda escena es cuando la india a caballo, se tira al suelo y bebe la sangre caliente, de una oveja degollada, sin saber el motivo que la lleva a hacerlo. Dejando abierta la posibilidad que fuera por un desafío y un signo.

En este caso el personaje manifiesta un tipo de respuesta y acto, ante esa imagen de la castración.

La pregunta sería si es un acting, un pasaje al acto, o una alucinación. Creo que se podrían pensar las tres y no por eso dejarían de ser válidas.

El hecho es que esta situación se puede homologar a las distintas manifestaciones clínicas que acompañan al fenómeno psicósomático.

Pero el signo, me ha llevado a pensar un párrafo de Radiofonía que argumenta...como un significante puede sucumbir a un signo?

Lo cual me lleva a ensayar una conclusión comparativa, -por la efímera y virulenta intención de algo -.

Faltaría ubicar, en esta elaboración, cuál es la dolencia orgánica ya que en el texto no hay una referencia directa a la misma.

Mi aporte es que: ***lo cautivo, en el cuerpo*** marca la anterioridad lógica de la posterior lesión.

Psicósomática: ¿Que más me pasa?

Laura E. Billiet

Muchas personas suelen preguntar "**¿quiénes son psicósomáticos?**". ¿Se trata de 'algo' que le ocurre a algunas personas? ¿Las enfermedades 'causan' conmociones afectivas? Y de ser así, ¿ocasionan cualquier emoción o alguna en particular?. A la inversa, ¿cualquier crisis afectiva puede 'causar' cualquier alteración orgánica? En otras palabras, ¿cuál es la frontera entre los sentimientos y el cuerpo? ¿Acaso pueden medirse o, incluso, compararse sufrimientos afectivos y orgánicos? Y, en el caso del renombrado 'estrés', ¿puede atribuírsele la sola categoría de 'origen' en patologías tan disímiles como ginecológicas, cardíacas, pulmonares, digestivas, dermatológicas, jaquecas o tantas otras? ¿No constituye ello una excesiva generalización?

Es indudable que la persona sufre y se desborda mientras padece cualquier enfermedad. Es más, cuando muchos han pasado la misma patología, suelen sentirse hermanados en dicho padecimiento. Sin embargo, simultáneamente, la propia enfermedad suele ser vivida como única. Manifestación de ello son frases semejantes a 'no sabés lo que se sufre', o, 'ah, vos también la pasaste, pero a mí.....'.

Se evidencia, entonces, que además de las manifestaciones percibidas como 'orgánicas', tienen su lugar las denominadas afectivas. Dicho de otro modo, trastornos orgánicos específicos manifiestan simultáneas vicisitudes emotivas compartidas. Claro está que, al mismo tiempo, las personas que sufren patologías en común, y comparten crisis afectivas, se diferenciarán en el resto de sus biografías y trayectos de vida. Ejemplo de esto lo constituye que, aún pasando por situaciones conflictivas indudablemente en común, no todos encaran la enfermedad de la misma manera. Pues, estará quien con una gripe prosigue los proyectos que tiene entre manos, mientras que otro la vive como excusa para evitar decisiones que requerían de su presencia.

De modo que, frente a los interrogantes mencionados, es más acertado preguntarse: "**¿existen enfermedades o enfermos?**". Lo cual es más trascendente de lo que a simple vista parece. Pues, en el caso de que los denominados 'pacientes' se consideren "enfermos", ¿**cómo gravita sobre ellos un consenso** que los considera tan solo un órgano o un sistema parcialmente enfermo?

Se desprende de lo anterior, entonces, este cuestionamiento. ¿Cómo influyen los **profesionales** de salud sobre sus pacientes?. ¿Cómo colaboran en la modalidad con que el paciente encarará su dolencia? Incluso, pasado el diagnóstico, y siendo inherente a cada especialista una manera de abordar los trastornos, ¿influye ello, y cómo, en el curso o desenvolvimiento de la enfermedad?

Tratándose de la instrumentación de constatados avances tecnológicos, en un punto, sobrarían tales preguntas. Pero, la cuestión toma cauces muy **diferentes en lo que dependa del ser humano que se siente enfermo** de un órgano determinado, en un momento específico de su vida, y con una historia y crisis que le es única.

Para una mayor claridad y aunque sea una generalización drástica, podemos preguntarnos lo siguiente. Puede haber psicólogos que digan que el cuerpo de las personas (no sólo el de sus pacientes, seguramente el propio), es único territorio de "la medicina". A la vez, puede haber médicos que crean que las importancias o crisis biográficas (no sólo de sus pacientes, también las propias), sólo serían asunto de "la psicología". En primer lugar, ni la medicina ni la psicología existen así, a secas. De manera que en el extremo caso de fracasos, no se trata de que no sirva la medicina o la psicología. Más bien, cabrían dos posibilidades que admiten múltiples situaciones intermedias. O bien se trata del fracaso de un profesional determinado, o de que el paciente en cuestión -de por sí- es difícilmente recuperable. En pocas palabras, las especialidades las protagonizamos personas. En segundo lugar, cabe este otro interrogante: ¿es que existe una manera de hacer mensurable el sufrimiento humano? ¿Dónde empieza y

termina lo orgánico o psíquico? Más bien, se trata de dos maneras de percibir manifestaciones de la vida de humana. Equivalente a percibir desde diferentes ángulos de una habitación a la misma persona. Cada especialista hablará de la sintomatología que capta mediante sus referentes, pero el ser humano no se dividió en múltiples pedazos ni dejó de ser quién era.

Hay momentos en que estamos bien con nosotros mismos y con los demás. Lo sentimos. Y, simultáneamente lo expresamos en lo que, desde otro ángulo perceptivo, denominamos nuestro cuerpo. Naturalmente, también están los instantes en que sentimos las contrariedades de nuestra manera de ser, o en que los demás nos afectan con sus modalidades cotidianas. También lo expresamos en nuestro cuerpo. A modo de ejemplo, así como sentimos la tensión, la discordia o el desánimo, la irritación, el mal humor, simultáneamente lo expresamos en nuestro rostro, en la piel, en el ritmo cardíaco, en alteraciones respiratorias o trastornos del aparato genital femenino o masculino.

Habrán oportunidades en que comprendemos qué nos sucede. Deteniéndonos a pensar, atamos cabos y nos damos cuenta que coincide tal incomodidad orgánica con la afectiva. Nos percatamos y asombramos de que 'psíquico' y 'orgánico' se expresen así, tan simultáneamente. Y la patología cede o revierte. O su curso, aunque irreversible, conlleva una comprensión tal, que suele influir de manera muy diferente en el paciente y en quienes rodean al enfermo terminal.

En esencia, más allá del caso particular, no se trata de tratar de medir qué es primero, si anímico u orgánico. Más bien, psíquico y orgánico son diferentes maneras de expresar lo que nos sucede en cada instante que estamos conmovidos. De modo que el problema ya no es tal artificial primacía.

Más bien, lo que nos preocupa es si podemos ser conscientes a tiempo, antes de sufrir una patología, o si silenciosamente, ella va desenvolviéndose hasta hacerse notar en calidad de síntomas. ¿Por qué silenciosamente? Porque tratándose de afectos en conflicto, no siempre nos damos cuenta a tiempo de las emociones en juego en las peripecias de nuestra vida.

Sobre todo, porque no siempre resulta fácil admitir emociones tildadas probablemente como desprolijas, sea por parte de nuestra conciencia, de la familia cercana o del contexto social.

En términos más sencillos, todos tenemos la experiencia de que cuando 'largamos el entripado', sentimos alivio. También lo siente nuestro alrededor, porque los vínculos se 'descomprimen'. Naturalmente, ello se ve favorecido si quienes nos rodean lo aceptan, si la persona a la que le hacemos reclamos o planteos tiene la humildad de escuchar algo diferente a lo que esperaba o le gustaría creer de sí misma o de una relación. Caso contrario, es cierto, en función del propio equilibrio psico-orgánico, hay que arriesgarse a dar la propia apreciación y sobrellevar, como mejor se pueda, el disconformismo ajeno, y sus consecuencias.

De todas maneras, siempre hay momentos o épocas en que el conflicto, previamente, es interno. Equivalente a que nos cuesta darnos cuenta de los sentimientos o contradicciones en juego. La magnitud de la conmoción afectiva es sentida como malestar. Sin plena conciencia de nuestra parte, las peripecias cotidianas van despertando añejos problemas semejantes. O sea, de siempre. De modo que, como retroactivamente, la tensión parece agolparse y surge el agobio. La crisis se hace inminente, y por más que se recuerde sensatamente eso de que 'así se crece o se madura', no resulta fácil soportarla. Cuantas más importancias estén en juego, cuantos más intereses se tengan entre manos, más se despiertan temáticas parecidas. Todo parece trastocarse. Se siente inminente el desborde anímico y su equivalente orgánico. Aquello que solía ser un malestar orgánico transitorio, con antecedentes en la infancia y/o en la propia familia, golpea más seguido. Se siente en la puerta de un órgano o sistema. De manera que, cuando ya el 'ruido' orgánico es más notable, surge entonces la decisión de la consulta correspondiente.

Ahora bien, cada especialista de la salud 'opera' desde su ángulo profesional, y cada enfermo 'co-opera' en su restablecimiento. Esto se manifiesta en intentar -genuinamente- preguntarse **¿qué más me está pasando? ¿qué estoy depositando en esta situación**

actual? ¿por qué en este órgano o sistema? ¿por qué justo ahora? ¿es acaso esto, un manera familiar, compartida, de encarar o evitar situaciones críticas? ¿qué me lleva a creer que tengo que llegar a cuestiones de vida o muerte, como si todo fuera equivalente a lograr salir airoso o morir en el intento?

Habría muchas preguntas equivalentes. Pero algo tan sencillo, como preguntarse "¿qué más me está sucediendo psico orgánicamente?", no siempre las personas lo recuerdan. En general, porque el consenso no suele hacer de coro. Pues, el mismo contexto, profesional o no, olvida que la enfermedad pertenece a la vida, o que de una u otra manera siempre ha estado presente y haciéndose notar.

Es más, piense en cuánto tiempo ocupa en tantas cosas. Y sin embargo, salvo los éxitos, es probable que minimice la importancia de replantearse la porción de fracaso o error en lo que dependa de sí mismo.

Ahora bien, tratándose de profesionales de la salud, de una u otra manera colaboramos en todo lo anterior. Pues, tanto podemos ayudar a una persona a que viva mejor, como podemos de múltiples maneras contribuir a que, por ejemplo, alguien se separe o apresure el paso hacia la muerte.

Profundizando más, entendemos que, como en cualquier relación, unos (pacientes) y otros (profesionales de la salud) se buscan y encuentran. Todos, en algún momento, tienen la opción. O se aceptan o cada uno busca otro camino.

En lo que dependa de los denominados 'pacientes', la cuestión central sería que rescaten la importancia de poder preguntarse **¿"qué más me está pasando?", ¿por qué me enfermo de esto y no de otra cosa? ¿Cuál será el sentido específico de éste, mi trastorno orgánico? ¿por qué siempre para esta época o en circunstancias afines ?"**.

A mi entender, a muchas personas les cuesta sentir su derecho a preguntarse o a reclamarle más información o fundamento a los profesionales que los atienden. En esencia, porque suelen minimizar la propia capacidad para intuir lo que las tiene en conflicto. Es más, pueden llegar a paralizar esta capacidad de muchas maneras. Unas veces, aceptando respuestas fáciles, generales, hasta que otra crisis (generalmente más seria que la anterior) trae la noticia de que el problema no estaba tan resuelto. En otras oportunidades, la propia capacidad intuitiva es paralizada porque la persona establece una alianza con la tentación de 'dejar todo como está o no mover mucho el avispero', y seguir zafando de tensiones propias o reclamos del entorno que lo tiene en conflicto. Si bien, el problema es que termina quitándose a sí misma la oportunidad de aliviar o resolver sus sufrimientos o incomodidades de otra manera. Ejemplo de esto es cuando la gente cree que es 'ilógico o insensato' preguntarse qué más conmovió o conmueve para la época en que se constata lo 'trastocado' del propio órgano o sistema. Dicho de otra manera, pierden la perspectiva de sí mismos, porque tratan a todo su interrelacionado sistema orgánico como si fuera ajeno a sus vidas.

Pero hemos dicho, además, que lo anterior puede ser alimentado o no, paralelamente, por los profesionales de la salud. Habrá quienes se abracen a sus prejuicios, o apliquen una misma teoría para todo padecimiento (crisis matrimoniales, laborales, con el padre, con la madre, drogadicciones, suicidios, fibromas, cólicos menstruales, úlceras, tumores, inmunodeficiencia adquirida, etc.). Otros sentenciarán, dividiendo 'esto es solo orgánico', sin especificar mucho el sujeto humano a quién pertenece lo orgánico. O, agregan 'esto solo es psíquico', como si el tan descripto "Aparato Psíquico" fuera factible de ser medido con una regla.

En el primer caso -cuando el paciente es visto solo como órganos, tejidos, un ramal de linfocitos- es frecuente confundir 'encontrar la causa' con 'describir procesos'. Como también, entre los dos sentidos de 'causa', en vez de fundamentar etiologías, se prefiere tomar partido o interés. En este sentido, se intenta responsabilizar de todo a algún virus, y cuando no se puede, a la herencia. Olvidando que, en el caso de virus, bacterias, hongos, solo pueden trascender si encuentran la oportunidad de la debilidad del huésped. Esto es, el ser humano en su totalidad. En el caso de la genética, también es fácil atribuirle un absoluto protagonismo. En

parte porque todavía se desconocen algunas cuestiones, y además, porque no siempre hay adecuados grupos de control que hagan de referencia. Es más, no siempre suele investigarse a quienes, con mutaciones semejantes, no han desarrollado hasta el momento tal enfermedad o fenómeno.

En el segundo caso, -cuando el paciente es visto solo como psíquico-, tiende a ser una fórmula para justificar la propia dificultad para interiorizarse de temas que trascienden las herramientas teóricas conocidas. Como también, suele ser manifestación de la dificultad para trabajar genuinamente de manera interdisciplinaria, o sea, con otros colegas. En estos casos, para riesgo de los pacientes, se cae en generalizaciones. Por ejemplo, Ud., 'por sentirse culpable de su sexualidad' puede sufrir tanto de sífilis, como de quistes ováricos, fibromas, hiperplasia de próstata, inmunodeficiencia adquirida, aborto espontáneo, embarazo no deseado, etc.

En otros términos, es sensato recordar que "ser paciente" no significa siempre ser "pasivo" o "ajeno" a sí mismo'. Más bien, conviene discriminar en qué oportunidades es adecuado ser tolerante y en cuáles puede ser totalmente desacertado.

La importancia de que alguien pueda preguntarse ¿qué más me pasa? en los ámbitos que correspondan, es que brota información espontánea acerca de antecedentes orgánicos o afectivos importantes, propios o familiares. Lo cual, brinda a quien sufre, la oportunidad de comprender de otra manera, simultáneamente, qué cuestiones de su vida lo tiene trastornado. Porque todas las personas necesitan recuperar la capacidad de pensar en función de reestablecer el mejor equilibrio psíquico físico posible. Es más, en la medida que los pacientes pueden cuestionarse a sí mismo de manera saludable, recuperan su derecho a interrogar más a cualquier profesional que los atienda. Por el contrario, cuando no reclaman claridad de tratamientos, ello suele ir de la mano de creerse **protegidos en la ignorancia**. Lo cual, a la corta o a la larga, contribuye a proseguir viviendo torturado con problemas que subsisten o empeoran.

En tanto profesionales, se requiere profundizar sobre lo que **no sabemos y/o saber delegar**. a tiempo, a los colegas que se desempeñan en tal o cual especialidad laboral. Quedarse con que todo se reduce solamente 'al estrés', o al 'déficit de autoestima', o por 'no saber valorarse', es rasgar de una sola vez las cuerdas de una guitarra. Para que, mientras tanto, estando en juego el concierto psicoorgánico de otra persona, éste siga sin comprender cuál es la cuerda específica que le desentona.

Inclusive, desde mi ámbito laboral, muchas personas sufren de síntomas orgánicos sobre los cuales no son interrogados porque gozan de consenso. Salvo que tengan que ver con el motivo de consulta, suelen pasarse por alto (automedicaciones, trastornos hepáticos, dolores de cabeza, cólicos menstruales, gastritis, constipación, patologías inmunitarias). Es frecuente creer que, mientras el paciente no explicita temores o datos específicos de su historia, entonces, el profesional no corresponde que pregunte al respecto. A mi entender, en la medida que trabajamos para los pacientes, omitir estas cuestiones altera severamente la probable comprensión que podamos alcanzar sobre la problemática de quien nos consulta.

Podemos decir que, así como para ser padres e hijos se requiere que todos se den mutuamente el lugar de tales, en el vínculo profesionales de la salud y pacientes sucede otro tanto. Corre por nuestra cuenta 'empaparnos' de las cuestiones de la vida y hacernos la más completa 'composición del lugar' de quien nos consulta. Pero también, los pacientes tienen que rescatar su derecho a expresar o reclamar con más precisión sobre los problemas que los aquejan. Se manifiesten, para el observador, como afectivos u orgánicos. Solo así, el encuentro paciente-médico-psicólogo se traducirá en un **trabajo interdisciplinario**. Cada especialista, desde su experiencia sustentada, proseguirá trabajando, pero con mayor amplitud de criterio y conocimiento sobre las personas que atiende. Lo cual favorecerá que el paciente, Usted, o su misma familia, puedan preguntarse más seguido "**¿qué más me pasa?**", a fin de intentar ocuparse más profundamente de la vida que, hasta el momento, tienen en sus manos, y depende de sí mismos.

Psicósomática y psicoanálisis

Conferencia pronunciada en el Seminario "Fenómeno Psicósomático",
Hospital Dr. Cosme Argerich

Mirta Vázquez

En un principio quiero comentar algo, antes de comenzar esto y es lo siguiente: yo preparé un trabajo en función de cierta problemática que me parece encontrar en los psicoanalistas al abordar este fenómeno psicósomático. En este punto traté de ver que es lo que podría decir al respecto, pero me gustaría contar con la intervención de ustedes que son aquellos que probablemente estén en contacto con la praxis con gente que presenta estos fenómenos. Este trabajo es un trabajo teórico, trato de dar cuenta de este fenómeno desde lo que la teoría dice, que no es mucho, porque en verdad Lacan habla pocas veces de psicósomática, y en la obra de Freud no encontramos prácticamente ninguna referencia.

Entonces, ¿qué es la llamada enfermedad psicósomática? Y sobre todo ¿en qué ella concierne al psicoanálisis? Estas son las dos preguntas que trataré de desarrollar.

Comenzando por el principio, se llama vulgarmente psicósomático, a todo trastorno del cuerpo cuyo origen no se encuentra en lo orgánico. Una acepción más precisa la podemos hallar en el diccionario; el diccionario de la Real Academia Española dice así: Psicósomático: "Dícese de lo que afecta la psique así como de lo que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario". Y bueno, si bien no es desde el diccionario que voy a abordar este tema sino desde el psicoanálisis como dije antes, como introducción me gustaría detenerme un momento en la definición del diccionario, sobre todo en este aspecto, de la última parte de la definición, "acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario". ¿Al contrario de qué?. Del cuerpo sobre la psique. Para el psicoanálisis, ¿esto sería posible?

¿No existe acaso para el psicoanálisis un cuerpo porque la marca significativa lo ha separado de su goce de viviente para construir lo que se da en llamar el "psiquismo humano"?

¿Qué es el cuerpo, sino el lugar que estas marcas delimitan?

El descubrimiento mismo del inconsciente estructurado como un lenguaje determinó su incidencia sobre el cuerpo, jeroglífico de la histeria, diría Lacan, síntoma de conversión que metamorfosea un cuerpo, cifrando un goce enigmático.

Esta cuestión de jeroglífico de la histeria, lo tomo de un Escrito de Lacan, "Función y campo de la palabra..." y lo tomo por lo siguiente, en una conferencia que él da en Ginebra, se le pregunta en relación al fenómeno psicósomático si se trata de un jeroglífico, si es del orden de la neurosis o sea de la conversión somática propia de la histeria, habría allí un alfabeto... El en principio de evade, no responde a esto. Hace allí una digresión en relación a... al que le pregunta, pero toma este tema del jeroglífico. Quiero decir con esto que el jeroglífico, en todo caso como una inscripción en un cuerpo, como una escritura enigmática no es prototipo del fenómeno psicósomático. Esta cita de "Función y campo de la palabra..." dice así, hablando del síntoma, por consiguiente del síntoma como lo entendemos en psicoanálisis, del síntoma neurótico: "El síntoma es aquel significativo de un significado reprimido de la conciencia del sujeto, símbolo escrito sobre la arena del cuerpo, sobre la arena de la carne. Participa del lenguaje por la ambigüedad semántica que hemos señalado ya en su constitución. Este síntoma –dice Lacan- es una palabra con pleno derecho, porque incluye el discurso del Otro en el secreto de su cifra. Descifrando esta palabra fue como Freud encontró la lengua primera de los símbolos, viva todavía en el sufrimiento del hombre de la civilización". Y ahí entonces es cuando marca "estas marcas", este jeroglífico de la histeria, blasones de la fobia, laberintos de la neurosis obsesiva, y se refiere, luego de esta enumeración que va haciendo, a la función del analista en estos cifrados; "son los equívocos que nuestra invocación disuelve, los artificios que nuestra dialéctica absuelve, en una liberación del sentido aprisionado en ese síntoma que va desde la revelación del palimpsesto (el palimpsesto eran unas escrituras antiguas de las cuales

se borraba la primera de ellas, se escribía encima pero quedaban las huellas de la primera inscripción) hasta la palabra misterio y el perdón de la palabra".

En su conferencia en Ginebra interrogado sobre la psicósomática vuelve a aparecer este tema, como yo les decía antes, el jeroglífico. Lacan no responde pero indica que en la psicósomática, se trata del cuerpo considerado como *marbette* como portando el nombre propio; hay acá ya una distinción en relación al síntoma neurótico, distinción que yo luego voy a tratar, pero si Lacan dice en otro momento que el neurótico es un *sin – nombre* el psicósomático portaría en el cuerpo un nombre propio, es decir que encontraría allí una inscripción que le daría un nombre. Recordemos que esta conferencia es sobre el síntoma y en ningún momento le da este estatuto al fenómeno psicósomático.

Entonces se trata de dos escrituras diferentes sobre el cuerpo; por un lado el síntoma neurótico, el paradigma es la conversión histérica, por otro lado el fenómeno psicósomático.

Puntuaré estas diferencias basándome en la conferencia de Miller, publicada en Matemáticas II, que se llama "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático", conferencia que él da luego, que en la Sección Clínica de París, se hacen unas jornadas donde se presentan trabajos de psicoanalistas que trabajan con este tipo de enfermos. Miller simplemente hace una recopilación de las características del síntoma neurótico tal como lo entendemos en psicoanálisis para diferenciarlo del fenómeno.

Como el síntoma es una formación del inconsciente, su primera particularidad es que tiene estructura del lenguaje. Si tiene estructura de lenguaje, si se inscribe como jeroglífico en el cuerpo **es a descifrar**.

En segundo lugar, supone una sustitución. Ya esto lo indicaba Freud, cuando decía que se trataba de una satisfacción sustitutiva en el síntoma de otra que falta a su lugar; el carácter de sustitución del síntoma neurótico lo encontramos en Freud. Entonces, sustitución, *metáfora* abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación, ¿Qué quiere decir esto?.

Que es una metáfora. Hay algo cifrado del orden de lo simbólico, entonces ese síntoma neurótico puede desplazar en tanto se reformula su sentido. Posibilita, la intervención psicoanalítica, vía la palabra.

En tercer lugar implica una modificación debida a la emergencia de efectos de verdad; cuando aparece algo del orden de la verdad el síntoma puede modificarse, probablemente desplazarse; en un primer momento, no es tan sencillo el levantamiento de un síntoma, pero en todo caso tiene una plasticidad que luego vamos a ver que no es propia del fenómeno psicósomático. Hay verdad, entonces, anidada en el síntoma.

En este punto agregaría algo más: Uds. Saben que para Lacan, la verdad tiene estructura de ficción. ¿Qué tiene que ver esto en relación al síntoma?, esta verdad anidada en el síntoma como estructura de ficción también, me parece que esto se relaciona con lo que decimos antes, con su registro simbólico, el nivel metafórico del síntoma. La ficción que ese síntoma en las primeras históricas de Freud se veía claramente, simbolizan esta satisfacción sustitutiva de otra que falta, que el síntoma viene a simbolizar. Yo recordaba cuando estaba preparando esta charla, este síntoma de Isabel de R., cuando no puede dar un paso, y tenía que ver con algo del orden reprimido, el deseo de muerte de la hermana, el enamoramiento del cuñado y demás; hay una verdad entonces. Podríamos hacer una disquisición un poco más fina, y decir que el síntoma está ligado a la pantomima, si bien la pantomima histérica está más bien ligada al fantasma, podría haber allí una cierta relación a encontrar.

Por último entonces, se desprende de todo lo que dije antes, el síntoma tiene relación con el Otro del significante. Por su estructura de lenguaje, por su estructura metafórica, con el Otro del deseo. Es decir en síntesis, que es lo que nos interesa a nosotros: **es interpretable**. Justamente el dispositivo analítico permite su puesta en forma, posiblemente,

vía la interpretación, su levantamiento. Esto tampoco es sencillo en el síntoma, porque hay dos aspectos del síntoma; un aspecto que es mensaje y es un mensaje dirigido al Otro, enigmático, escrito en otro idioma, como lo quieran decir, pero hay una recurrencia al Otro. Es más, cuando nosotros recibimos un paciente neurótico, tratamos de formalizar ese síntoma de modo tal que la pregunta le vuelva a él, que le resulte enigmático para él. Pero hay otro aspecto del síntoma, hay un aspecto de goce, que no es mensaje del síntoma.

Entonces, es una inscripción simbólica en el cuerpo, pero ¿qué de lo real del síntoma?. No es tan fácil su levantamiento. A eso me refiero ¿Es acaso sólo goce fálico? O sea aquel que de alguna forma puede ser atendido por la palabra. Si se trata de una satisfacción ¿no hay un aspecto real de goce pulsional en juego también en un síntoma analítico? Por eso es relativamente fácil que desplace, y no es tan fácil que se levante, que desaparezca.

Dejaremos abierta esta cuestión y pasaremos al fenómeno psicósomático propiamente dicho; ya en una misma denominación encontramos una diferencia con el síntoma, no es una formación del inconsciente, por lo tanto un hecho del lenguaje, sino un fenómeno es decir una manifestación, un hecho observable. Lacan va a decir que es un fenómeno que pertenece al orden del número, real, y no de la letra, simbólico; y lo indica así, en esta conferencia de Ginebra: ¿Cuál es la suerte de goce que se encuentra, en el psicósomático?, se pregunta Lacan y dice: "Si evoqué una metáfora como la de lo congelado, es porque hay efectivamente esa especie de fijación. Tampoco Freud emplea en el balde el término de fijación, es porque el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden *número*".

Esta última parte requiere una interpretación porque es una frase oscura. "El cuerpo se deja llevar...", hay una complacencia somática como también lo indica Miller. También hay una complacencia somática en el síntoma, pero agrega: "...a escribir algo del orden del número" y no de la letra. Entonces implica una escritura en el cuerpo en el orden *número* y no de la *letra*. Por consiguiente si es del orden del número, nosotros los analistas, no sabemos leerlo. Nosotros leemos letras, escuchamos palabras; un enigma escrito en el cuerpo, como decía antes portando el nombre propio, -acá se entiende un poco más lo del nombre propio-, si es asmático, psoriásico o ulceroso. Muchas veces este paciente derivado por un equipo algún médico se presenta así: "Soy ulceroso" etc.

Yo tenía la sensación cuando preparaba esto, que el paciente que se presenta de esta forma requiere de un analista un doble trabajo, no es solamente poner el síntoma en forma, en forma de palabra, porque no hay otra para el análisis, por eso decía hacer un trabajo previo. Si se revela entonces el goce específico, como dice Lacan, que hay una fijación, se podría abordar el fenómeno psicósomático y traducirlo de modo que parezca como una formación del inconsciente. Esta es una hipótesis.

El fenómeno psicósomático entonces, por su misma estructura, esquivada la estructura del lenguaje, en él el trauma estaría inscripto directamente en el cuerpo. El fenómeno psicósomático imprime al goce en el lugar del Otro como cuerpo. Este Otro, como cuerpo, ya no es el Otro sutil de la palabra. Esta es una, frase: "Otro del lenguaje o del significante", que tomo de "Función y campo de la palabra..." cuando Lacan hace una referencia al cuerpo y al lenguaje. Dice: "La palabra, en efecto, es un don del lenguaje y el lenguaje no es inmaterial, es cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto, pueden preñar a la histérica, identificarse con el objeto del penisneid, representar al flujo de orina de la ambición uretral o el excremento retenido del gozo avaricioso".

Obviamente, cuando se refiere a esto, se está refiriendo al cuerpo erótico. Es más, dice él "Las palabras permiten que se opere sobre ellas como se operaría sobre el cuerpo", y pone el ejemplo del Hombre de los lobos cuya castración aparece en el olvido de una letra, de una palabra que aparece. Corta la doble V, hace aparecer V, que también está recortada y al decir *avispa* que se dice *Vespe*, dice *espe* y reconoce las iniciales de su nombre. Pero lo importante aquí es que hay una operación en las palabras, hasta en ese sentido Lacan toma las palabras como cuerpo, pero cuerpo sutil.

Cuando yo digo que el goce en el psicósomático, está en el lugar del Otro como cuerpo, no se trata de este cuerpo significativo. ¿Qué es el cuerpo para nosotros y en qué cuerpo, entonces, se inscribe este fenómeno, que lo diferencia del organismo?.

¿Cómo es que este goce ha vuelto a entrar en el cuerpo?, en tanto que si hay cuerpo, es porque el significativo lo ha separado de su goce dejando ese goce reservado a las zonas erógenas.

Una conferencia de Colette Soler, que ella da en Bruselas en otoño del 87, se llama "El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan" me ayudo bastante para seguir adelante con esta cuestión y para encontrar esta diferencia con el organismo; ella dice que hay una constante en Lacan, así como hay algunos aspectos de su teoría que se fueron modificando con el tiempo, algunos quedaron constantes, por ejemplo que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, es una constante. Hay también una constante y es que el organismo, lo viviente, no basta para hacer un cuerpo. Entonces ¿cómo se hace un cuerpo?, y ahí Lacan en su teoría va privilegiando determinados aspectos o determinados registros; en principio dice: "Es necesario un organismo más una imagen. La unidad de la imagen da el sentimiento de unidad del cuerpo". Opone en este momento la unidad de la imagen a lo que sería el organismo caracterizado por su prematuración y lo dice así en El estadio del espejo: "La función del estadio del espejo se nos revela como un caso particular de la formación de la *imago*, que es establecer una relación del organismo con su realidad". O sea, el viviente, el recién nacido establece una relación con la realidad a partir de la *imago*, de la imagen dice Lacan, pero esta relación con la naturaleza, mismo en el momento del nacimiento de este organismo está alterada en el hombre. Esto no ocurre en los animales. Y dice: "Está alterada por una discordia primordial que traicionan los signos del malestar y la incoordinación motriz de los meses neonatales. La noción objetiva, del inacabamiento anatómico del sistema piramidal (se refiere al sistema nervioso M. V.), como de ciertas remanencias humorales del organismo materno confirma este punto de vista que formulamos como el dato de una verdadera prematuración específica del nacimiento". Esto es un dato, es verdad que el organismo humano requiere de otro, de otro especular concreto, digamos, antes de que aparezca este Otro del lenguaje, para subsistir. Es decir nace prematuramente. El organismo entonces es discordante en sí mismo, no puede subsistir solo.

Un cuerpo es organizado por la imagen, con la presencia de otro "con minúscula" que se ocupe de ese viviente que es el recién nacido.

Luego Lacan produce un cambio dice Colette Soler. Y va a decir que lo que introduce la unidad en el organismo no es la imagen sino el significativo. Y acá aparece una cierta paradoja, porque en la conferencia de Ginebra Lacan dice: "El cuerpo en el significativo hace un rasgo", traduce *einzigster Zug*, palabra alemana que Freud anuncia en su escrito sobre La Identificación como rasgo unario; "alrededor de éste gira toda la cuestión de lo escrito; al respecto, el jeroglífico, sea egipcio o chino, da lo mismo, siempre se trata de una configuración del rasgo. No en balde la numeración binaria sólo se escribe con Uno y Cero".

Acá empieza la complicación en relación al fenómeno psicósomático, porque él había dicho: "Es porque el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número..." y luego habla del rasgo unario, esto que hace Uno en el organismo Cero, se inscribe un rasgo significativo, Uno, que vamos a ver más adelante, posibilita además de la inscripción significativa, la separación de este cuerpo de los otros; puede contarse como Uno diferente del "otro".

¿Es este el número al cual Laca se refiere en el fenómeno psicósomático?

Miller intenta dar una respuesta. Esta concepción de Lacan aparece entonces como una anulación de la anterior, cuando el cuerpo se unificaba NO por lo significativo sino por la imagen, cuando dice: "Posee una unidad este organismo que se pierde por causa del significativo".

Aunque habla de cierta cuestión del organismo a partir de la unidad de la imagen, esto no basta para hacer un cuerpo, es necesaria la introducción del Uno, por lo significativo. Entonces

Lacan va a decir que el cuerpo verdadero es el primero, es el del Uno significante, el cuerpo del lenguaje que hace al segundo, al cuerpo que tenemos. Por eso el animal no tiene un cuerpo porque no está en el significante, es sólo organismo; es el significante el que nos permite decir "yo tengo un cuerpo".

Es decir nos da el cuerpo como atributo del ser, no "yo soy un cuerpo", "yo tengo un cuerpo", que lo podemos decir porque hay significante.

Cuerpo y sujeto son antinómicos, como sujetos del significante estamos separados del cuerpo. Las marcas significantes sobre el cuerpo inscriben *una erótica* y una pertenencia al conjunto de los otros cuerpos y el efecto de la marca, si bien es Uno, es también de desplazamiento, o me parece mejor decir de discriminación del cuerpo; es un cuerpo Uno separado del resto, pero es también un cuerpo discriminado en el sentido de que en el organismo el lenguaje aísla los órganos y les atribuye una función que sólo la percibimos cuando algo no funciona.

Soler pone un ejemplo gracioso, dice que los padres se desesperan cuando a un niño, que no habla aún, le pasa algo en el cuerpo, y querrían que le dijera que es lo que le duele, el estómago, las piernas, etc.; no puede decir eso. Si nosotros podemos distinguir, es cierto que lo distinguimos cuando algo no funciona, cuando hay dolor, pero si podemos distinguir si es la uña, si es el estómago, etc., es porque de alguna forma hay significante. Unifica por un lado y por el otro lado discrimina este cuerpo.

Ahora bien, ¿qué es lo que está afectado en el fenómeno psicósomático? ¿El cuerpo orgánico, el organismo, el cuerpo significante, la función de determinados órganos discriminados por el significante, la piel, etc.?

Miller hace una propuesta de escritura para el fenómeno psicósomático, que es complicado de entender:

I ()

Este rasgo unario inscripto en un cuerpo no es otra cosa que el Ideal, que Lacan escribe así:

I (A)

Implica entonces que este rasgo unario, este significante que atraviesa un cuerpo, que lo separa de un goce proviene del Otro significante, del Otro del lenguaje.

Miller se pregunta: ¿"Este rasgo inscripto en el cuerpo en el fenómeno psicósomático a quién pertenece?".

Entonces deja el paréntesis en un primer momento, *vacío*:

I ()

Va a tratar de ver, de pensar y se pregunta: ¿"Sería un rasgo unario no indexado al Otro del significante, que no pertenece al Otro del significante"? Para mí ya hay allí una contradicción. **Si es rasgo unario está indexado al Otro del significante.** El fenómeno psicósomático podría ser una parte del cuerpo que no entró, bueno se podría quizás pensar así.

El fenómeno psicósomático quedaría aislado, pertenecería más bien al orden de este cuerpo cerrado; esta expresión es de Lacan, yo la encontré en un capítulo de *Encore* que se llama "Del barroco", cuando habla del cuerpo y dice que el cuerpo no sabe nada, se basta sí mismo, que los afectos no son del cuerpo... Tanto le critican a Lacan, esta cuestión de su intelectualismo, que Ud. no tiene en cuenta a los afectos, etc. "Los afectos no son del cuerpo, el cuerpo goza solo y es cerrado, si hay efectos es porque hay significante. Yo dedique todo un año a trabajar

al afecto privilegiado para el psicoanálisis y es la **angustia**". "Lo importante, - dice Lacan en este capítulo de Encore, es que todo eso encaja lo suficiente para que el cuerpo subsista, ésa es la función del cuerpo: no morir, subsistir. Bueno, reproducirse. Si no hay accidente, para que el cuerpo subsista, si no hay accidente interno o externo. Lo que quiere decir es que el cuerpo es tomado como se presenta ser, como un cuerpo cerrado" (pág. 135 – Ed. Paidós). No abierto al significante.

Entonces cuerpo cerrado no abierto al significante; bien; esta es la pregunta que hace Miller, pero él insiste cuando dice que el Otro, situado entre paréntesis... ahí tendríamos un cuerpo indexado al significante. Pero también dice: "El fenómeno psicósomático esquivo al Otro del significante". Por otro lado dice, y esto es paradójico, que no es porque no hay inscripción significativa, que hay rasgo unario, hay un significante Uno que no desliza, porque nosotros sabemos que si hay un significante Uno, toma este valor porque hay otro que retroactivamente lo hace aparecer a este como Amo, como Uno

S1 ---→ S2

<-----
\$

Y el sujeto aparece entre los dos significantes que lo representan.

Bueno, dice, esta parte (S₂) en el fenómeno psicósomático no está, con lo cual hay una cierta lógica, por lo menos en esto, en cuanto hacer que un sujeto se pregunte por un significante, hacer introducir a alguien en una dimensión de un Saber sobre este significante que lo atraviesa, es un poco difícil en el fenómeno psicósomático.

El sujeto deja de estar representado para otro significante; sería un jeroglífico en el desierto este jeroglífico del fenómeno psicósomático. Es **escrito** y el escrito, dice Lacan está hecho para no leer, está escrito pero no habla, podríamos decir.

Entonces, Miller dice que si en la escritura aparece el fenómeno sería esta:

I (a – a')

es decir es un rasgo unario, significante que corresponde al Ideal enraizado, indexado al registro de lo imaginario. Me parece que esto es para discutirlo, porque si hay una inscripción significativa, estamos en el orden simbólico, Miller agrega que el fenómeno psicósomático es o abre un campo de Investigación del S₁.

Vamos a tomar el Otro como cuerpo, el goce mítico, ese goce perdido para siempre por la operación del significante en el cuerpo, es al cual el sujeto, cualquiera sea, desea retornar. El efecto del significante sobre el cuerpo afecta ese goce; lo viviente, el organismo no entra en el lenguaje, sino por la mortificación que le impone el significante. Esta experiencia de satisfacción es mítica, es la primera experiencia a la que se refería Freud y representa el goce en plenitud. Freud dice que esta primera experiencia deja huellas, a partir de ellas el sujeto más tarde podrá satisfacerse alucinatoriamente. Freud nos describe un psiquismo, dice Colette Soler, que gozaría solamente esta huella.

Para el ser humano el goce siempre está marcado por el inicio de una pérdida, ya que todas satisfacciones posteriores, estarían en pérdida, en relación a una supuesta satisfacción primaria y total. Lo que sería investido será una huella, un signo, un trazo, un rasgo unario, que para Lacan es el significante de una experiencia de goce, que a partir de que el significante está presente el goce está incompleto.

El goce no es algo que esté sólo del lado del placer. Para Freud el placer era el mínimo de excitación posible del aparato psíquico, consiste en hacer lo menos posible, tendiente al bienestar. Pero Freud descubre que ese bienestar no es unívoco, ya que es posible estar bien en el mal. Hay en el sujeto algo *más* que él lo llama *Más* allá del principio del placer, algo más

que la homeostasis, lo conceptualiza como **pulsión de muerte**. El sujeto humano tiende a su destrucción; acá es donde Lacan sitúa el goce, hallar placer en el sufrimiento.

El cuerpo, como decía antes, al ser capturado por el significante pierde ese goce mítico inicial y se produce en él un desierto de goce, quedando reservado ese goce, vamos a ver luego, como goce recuperado, como plus de goce en el objeto y en el cuerpo queda reservado a las zonas erógenas.

En le psicósomático hay como en todo sujeto la estructura del lenguaje incorporada, pero dice Lacan que en el fenómeno psicósomático no se incorpora la estructura del lenguaje. Sino un significante y esto es lo que le da cierta fijación. Esta es la propuesta de Lacan que daría cierta razón al matema de Miller, hay un significante que no se fija, que no se desliza, hay un significante 1 absoluto.

Este goce normalmente separado del cuerpo retorna a él.

Miller indica que hay una descolocación del goce, como si hubiera una colocación desplazada de las zonas erógenas, lo llama un ataque –en el fenómeno psicósomático- localizado en el cuerpo y entonces dice hay una cierta unión del Ideal con el objeto. En vez de estar separados, hay una cierta coalescencia, es la palabra que él utiliza, que vendría a ser unión del Ideal con el objeto.

Entonces el Otro, en el fenómeno psicósomático, es el cuerpo propio ya que se experimenta como cuerpo del Otro, lo dice así: "Aquí, en el fenómeno psicósomático, es el cuerpo como Otro que viene a tomar nota de lo que ha tenido lugar en esa ligazón antigua, con el acontecimiento traumático; no es el Otro del significante el que toma nota, sino el cuerpo. Ese tomar nota se efectúa por el cuerpo, al hacer del cuerpo *un sujeto de la frase* como cuando hablamos del Otro. Lo que lo llevaría –él indica acá también una cierta paradoja con esto- a reconocer una suerte de independencia en la materia".

Es decir hay un cuerpo si hay un significante, dijimos, hay un cuerpo que responde sólo, sin medición del significante, al trauma.

Bien, retomemos el comienzo de trabajo en relación al organismo y al cuerpo, cómo se articulan para Lacan estos dos términos en el sujeto, que llama Lacan *parlêtre*, hablante ser - se traduce- para poner en una sola palabra el ser y la palabra, el hablar (Puede ser también ser – parlante).

Una vez que el significante ha operado, ha tomado un organismo y producido un cuerpo. Lacan va a decir: "La libido es un órgano".

Acá tenemos una idea de órgano diferente a la del organismo del viviente, "La libido es un órgano", esto lo desarrolla largamente en "Posición de lo inconsciente...", uno de sus Escritos.

El describe así a la libido, como una laminilla. Cuando dice que es un órgano quiere decir que es algo que sale del cuerpo, está fuera del cuerpo como los objetos a. Este órgano incorpora que es la libido completaría y a la vez descompletaría el cuerpo del hablante, del *parlêtre*. La libido para Lacan, y esto lo toma de Freud, es lo que hace buscar una parte de sí mismo fuera de uno mismo, lo que empuja a un ser humano hacia otro, que Freud va a llamar objeto. Para Lacan esta extensión es posible si hay una pérdida previa, una sustracción. Hay que entender de qué se trata esta sustracción. ¿Qué se pierde para que haya libido?.

Se trata de la castración. El seno, esto lo dice Freud, es el objeto que se constituye como tal en tanto que perdido. Es decir para un niño el seno es parte de su cuerpo, en tanto lo pierde, se separa de él, encuentra una diferencia entre él y ese objeto que lo constituye como tal. Esto es el destete. En este momento el niño no pierde a la madre, la madre se constituye ahí como simbólica; dice Lacan que pierde el objeto, está separado de su cuerpo y que sólo toma significación con la constitución del objeto fálico...

Esto, es identificado a la sustracción de la castración.

Hay una parte de sí mismo perdida para que pueda buscarla afuera. ¿Qué queda entonces de esa negativización del goce?.

El goce está fuera del cuerpo, redistribuido en los objetos a los cuales tendemos, y lo que subsiste es el goce pulsional. Precisamente por el corte significativo, por la inscripción significativa que queda a través de la demanda del Otro, el goce, se localizará en los bordes del cuerpo, ligados al objeto, pero en tanto fuera del cuerpo. Este objeto es lo que va a llamar Lacan *plus de goce*. Este goce que se encuentra en la relación con el objeto, el objeto de amor, por ej., es goce recuperado, es *plus de goce*, que corresponde a un menos...

Dice Colette Soler: "Así pues, el cuerpo y su goce, lo único abordable mediante el Psicoanálisis, en tanto se habla, es este objeto real en la medida que no puede ser aprehendido por el significante, lo sitúa el significante, pero no lo designa".

Para terminar voy a mostrar en estos círculos, como lo dibuja Miller, esta cuestión de la relación entre el organismo y el cuerpo.



Cuerpo central, organismo circundante del sujeto. La libido, que es un órgano, que lo relaciona con el exterior. Esto lo toma, la forma en que lo dice, de un Escrito de Lacan.

"Hay un territorio libidinal", dice Lacan, esto se da también en los animales que fijan su territorio libidinal fuera del cuerpo. Mientras, dice Miller, en el fenómeno psicósomático, este goce que retorna al cuerpo, estaría en el interior y en el círculo exterior estaría el cuerpo, como un núcleo de goce corporificado, no elaborado o tramitado por el significante.

No se trata del goce recuperado, de *plus de goce*, puesto que éste se encuentra en un objeto fuera del cuerpo, sino de una especie, (para tomar un término un poco pecaminoso porque es de Jung), de introversión de la libido.

La libido ya no es un órgano incorporal, sino es libido corporificada.

Entonces, termino con una pregunta que hace Miller: ¿tendría sentido en el fenómeno psicósomático hablar de un cuerpo inorgánico y considerar la lesión como libido corporificada?.

Bien, lo que queda pendiente es un poco esta cuestión de qué hace un psicoanalista, cuando alguien viene y dice: "Soy asmático", por ejemplo. Nosotros podemos saber un poco más, que es libido corporificada, que no es un síntoma, no desliza, etc. ¿Qué hacemos? Yo no tengo una respuesta, pero quiero hacer una aproximación. Me parece que se trata de tomar este fenómeno psicósomático en tanto tal, (si es por eso por lo que consulta, si alguien lo deriva a un psicoanalista porque ese es su sufrimiento), en reserva, entre paréntesis y trabajar como cualquier persona que se presenta al analista, tratando de que hable, es decir, de que aparezca algo de su síntoma, de qué se trata el malestar. Es cierto que si no hay una remisión de ese síntoma, él lo vive así, no tiene ningún problema y sólo le afecta su psoriasis, por ejemplo, es verdad que el psicoanalista puede hacer muy poco en relación al fenómeno psicósomático propiamente dicho. Pero bueno, después de todo, nosotros estamos para escuchar el sufrimiento de alguien, y si alguien consulta por eso vale la pena escucharle y ver si se puede allí constituir un síntoma.

Pregunta: Cuando decís si se puede constituir un síntoma, ¿te referís a si el fenómeno psicósomático se puede transformar en síntoma?

Respuesta: Eso me parece que es imposible; más bien, que se constituya demanda analítica. Por eso decía dejar el fenómeno psicósomático de lado.

Es cierto que cualquier neurótico que está en análisis puede tener algo de esto. En general las remisiones, los momentos en que aparece "ahora estoy mejor del acné" o "no se cae tanto el pelo", yo, por lo menos puedo hacer la relación entre el momento del análisis en que se encuentra el paciente y la remisión de ese fenómeno. Pero sí se pudo constituir un síntoma neurótico. Por eso decía, me parece que intentar transformar esto es un síntoma... no sé, tal vez ustedes tienen más experiencia y lo pueden hacer con alguien. Pero no me parece que eso sea posible. Probablemente en el transcurso de un análisis estos sufrimientos, estos fenómenos, se aligeren, se alivien un poco.

Porque además la palabra *psicósomática* no es del psicoanálisis; el significante viene de la medicina, y la medicina logra también el descubrimiento de ciertas drogas o paliativos para las alergias, etc. Por ahí, lo que se puede hacer es que alguien que tiene ese problema y que además se analiza encuentre la forma de hacerse tratar por un especialista en eso, porque hay quienes pueden tener el fenómeno y no querer tratarse, pero transformarlo en un síntoma, me parece que es imposible.

Alumno: comentario inaudible referente a si hay remisión y queda un resto irreductible.

Respuesta: Correcto, inclusive eso puede servirnos para encontrar ahí la diferencia y lo que puede aparecer como un fenómeno psicósomático es en verdad un síntoma. Esto es probable.

Yo recuerdo un paciente que viene a la primera entrevista y dice que viene porque se le cae el cabello; inmediatamente luego empieza hablar de toda la historia de su vida y en un momento se refiere a la muerte de su padre, cuenta lo que pasó en la familia cuando el padre muere, y comete un fallido. Dice: "Caer" por "Cayer". Hay una intervención mía, le digo ¿"Callar"? porque una vez que el padre muere, nunca más se habla del tema, había algo *callado*. Inmediatamente aparece allí una demanda de análisis, no explícita, pero sigue viniendo, se analiza. Con el tiempo nunca más habló de su pelo, es obvio que no era un fenómeno psicósomático. Lo más difícil es cuando alguien viene con eso y se queda ahí.

Y esto hace también a una cuestión de cierta ética del análisis, porque es verdad que nosotros no prometemos la felicidad, pero algo prometemos, sino nadie viene. Nadie se va a analizar si no se resuelve nada y está siempre peor. Entonces a lo mejor habría que discriminar ahí también, que el psicoanálisis no lo puede garantizar si ese fenómeno va a desaparecer. A lo mejor se puede decir eso para no caer en esos fracasos de aquel que va al analista y dice: "Yo fui", me mandó el médico y sigo igual que antes".

Pregunta: A nosotros nos hace pregunta el tema de lo estructural del fenómeno. Lacan plantea que el fenómeno puede aparecer en cualquier estructura, entonces nos preguntamos sobre la coalescencia del S1 con el a en relación a la constitución subjetiva; digamos que en la neurosis el S1 está articulado al S2 y el sujeto entre ambos; entonces ¿cómo entender la constitución subjetiva en el sujeto neurótico que padece un fenómeno psicósomático?

Respuesta: A ver si entendí tu pregunta: Si es un sujeto neurótico está en la estructura del lenguaje; es lo que dice Miller y en este punto yo estoy de acuerdo con él, una parte de esa libido en vez de estar puesta afuera ha quedado reducida a un punto del cuerpo, la piel, por ejemplo; entonces no sé si sobre eso se puede operar psicoanalíticamente, si la palabra tiene efecto, si hay un enigma a descifrar, para decirlo de otro modo, como en el síntoma neurótico. Esto me parece que no, porque es verdad que la libido es sin – palabra, entonces si se instala en una parte del cuerpo, qué puede hacer un psicoanalista allí. Ahora, si es un sujeto neurótico y consulta es probable que se pueda transcurrir todo un análisis y que a lo mejor le de otra significación al fenómeno psicósomático, podría ser.

Pregunta: Yo me preguntaba acerca de ¿qué puede hacer un psicoanalista? Está claro que este fenómeno no tiene que ver con lo simbólico, entonces tenemos que pensarlo jugando entre lo real y lo imaginario, cuál es la relación que se establece entre estos dos registros, donde lo simbólico queda afuera.

Si en tanto a lo real lo vamos a pensar desde el goce y éste localizado en el cuerpo, y que la única noción posible de este cuerpo es la imagen, o sea es esto que Freud llama "yo – corporal"...

Respuesta: ¿Pero en el cuerpo o en el organismo? Porque el goce localizado en el cuerpo está en todos, en las zonas erógenas, este es el punto. Cuando yo digo si el psicoanalista puede hacer algo, no es con la persona que habla y presenta un fenómeno psicósomático sino con el fenómeno mismo. Es interesante lo que vos decís porque si lo ubicamos como algo del orden de lo real, es incurable; lo que pasa que **es** con lo simbólico que vamos cerniendo, nosotros analistas, ese real incurable. Acá está puesto en el cuerpo, hay una *imaginarización* que es lo que vos decís.

Pregunta: A mí me sirve pensarlo desde esto que dice Freud en "Más allá...", de esta relación que él establece entre un yo – coherente y un yo – reprimido; en este yo – reprimido sí se puede operar pues allí está el síntoma, la repetición, etc.; del otro lado Freud pone la resistencia, sin embargo él puede operar allí...

De este yo, Freud da la noción de representación, de homúnculo...

Respuesta: Claro, pero él habla de representación, ya cuando hablamos de yo – corporal nos referimos al cuerpo signifiante, no al organismo; me parece que acá en el fenómeno no se trataría de un yo – corporal. Por ejemplo, la parálisis hística, sufre del cuerpo, es verdad, no puede caminar. No le encuentran nada en lo orgánico y va al psicoanalista; pero cuando empieza a hablar metafóricamente ese síntoma está sustituyendo la satisfacción, etc., eso es lo que dice Freud. Entonces, ese síntoma es de un cuerpo afectado por el lenguaje, hay "un cuerpo" allí. En la afección psicósomática no se trata de "un cuerpo", por eso yo decía: "es como un órgano, es el esófago" es eso, es el organismo el que sufre. Es más complicado.

También es cierto que puede haber pacientes que vienen con una afección y nosotros la dejamos entre paréntesis; intentamos hablar de otra cosa para ver si se podrá hablar de un análisis; pero algunos tiene la vida comprometida cuando consultan. Allí hay una urgencia y no se puede poner entre paréntesis. Por eso hablaba de cierta ética, decirle al paciente, el psicoanálisis es con la palabra, si Ud. esta dispuesto a hablar...pero no le puedo garantizar que su problema remita. Tendrá además que tratarse médicamente.

Pregunta: inaudible referente a la libido.

Respuesta: Entiendo lo que vos decís, pero me parece que no es la libido la que está signifiada en nadie. Más bien me parece que se trataría de una operación que posibilite que esa libido en vez de estar incorporada, esté puesta en los objetos; porque esta es la cuestión de la libido. Esa sería una estrategia posible, que haga algo, que se olviden de ese fenómeno, y ver si es posible que de esa manera remita.

Pregunta: ¿Esto no tendría que ver con la sublimación?.

Respuesta: Sí, se toca con lo que estamos diciendo; sería incluso un tema para investigar, por ejemplo ver si los artistas han sufrido un fenómeno psicósomático o si eso les ha impedido en todo caso crear.

Es la libido puesta en el objeto, fuera; la forma más alta de esta libido puesta afuera, no es el amor, es la sublimación. Es lo que dice Freud; el destino de pulsión por excelencia, para Freud es la sublimación.

Es un tema para investigar, la sublimación como dice Freud es un mecanismo apto para el neurótico pero resulta que los psicóticos subliman también.

Lacan en el Seminario de La ética dice que la sublimación es hacer algo de la nada, y pone el ejemplo del alfarero, el que construye un vaso, pero en verdad lo que contornea es el vacío.

Psicósomática: una cuestión de límites

Susana Frigerio

Respecto de la psicósomática, que se nos presenta como un campo de límites poco precisos, podemos instalar una pregunta: ¿Cuál es el lugar para el Psicoanálisis en relación a este campo ?

Una primera aproximación estaría dada en no quedar encerrados en relación a este término: psicósomática, heredado de la medicina y que supone un intento de cubrir una hiancia, que se presenta como lugar de enigma para la medicina y que merece ser puesto en cuestión desde el Psicoanálisis.

En nuestro encuentro con este campo nos confrontamos con aquello que aparece como un límite y se nos impone allí interrogar la relación del fenómeno psicósomático y la estructura del lenguaje.

Este límite implica que en el fenómeno psicósomático determinados acontecimientos no pueden ser transpuestos a través de la mediación significativa, sino que quedan inscriptos en un cuerpo que, presentificándose, no puede caer en el olvido.

La lesión no es condición suficiente para ubicar al fenómeno psicósomático, que por otra parte no constituye una estructura sino algo del orden de la manifestación.

Podemos situarlo como una suerte de inermidad simbólica en función de cierta falla en un tiempo de constitución del sujeto que afecta al cuerpo del cual se recorta una parte de un modo diferente al compromiso del cuerpo en el síntoma histérico.

En el punto del fenómeno psicósomático no puede ser localizado el sujeto, no hay allí espacio para la interrogación, no hay enigma que lleve a la formulación de una demanda.

En la clínica nos es dado el encuentro con pacientes que presentan fenómenos en el cuerpo en los que no aparece el sujeto ,describen su afección, la dan a ver, se presentan como asmáticos, hipertensos, etc., llevando un nombre en el cuerpo.

No se trata de representaciones reprimidas sino de significantes congelados que toman cuerpo. Suponen un punto en el que solo hay marcas del orden de lo no legible, escritura que deja impresas marcas del goce del Otro.

Aunque forme parte de nuestra práctica cotidiana y si bien es preciso pensarlo en la singularidad de cada caso, no deja de interrogarnos por qué razón alguien que va en búsqueda de una atención médica llegue al poco tiempo derivado a consultarnos.

Hay sujetos que en ningún momento presentan no diría siquiera una demanda, sino tan solo la remota intención de tal consulta, pero que muchas veces siguiendo la indicación médica llegan y es allí donde nos topamos con la mudez característica del fenómeno psicósomático.

No es nuestra posición intervenir en esos casos forzando algo del orden de una pregunta allí donde no es posible, sino ofertar la posibilidad de escucha y que en los dichos algo pueda conmoverse en dirección a un punto de división subjetiva ,que algo pueda ser puesto en cuestión y que necesariamente no es en relación al asma, úlcera, psoriasis.

No insistimos allí donde se manifiesta algo del orden de lo indecible, sino que aguardamos que algo de lo indecible empuje a hablar.

El discurso analítico no puede ni intenta invalidar la eficacia propia del discurso médico, por el contrario intervenciones que apunten a un corte, una separación y delimitación de ambos operan en el sentido de abrir la posibilidad de un espacio para el sujeto.

En este marco es que podemos situar un cruce respecto de que tanto a la medicina como a algunos psicoanalistas nos convoca en este tema algo que compromete lo real del cuerpo.

Los avances de la ciencia y la técnica, su eficiencia, no dejan de tropezar con límites en relación a la insistencia de afecciones que no responden en la proporción esperada a estos avances.

Hay algo que queda por fuera, que no puede ser cuantificado, registrado por las técnicas ni aparatología de diagnóstico y que bajo la forma de sufrimiento, exceso, no se reduce, no responde a adaptaciones ni evoluciones calculables: La dimensión del goce.

En función de esta exclusión es que delimitamos entonces un campo para el Psicoanálisis respecto del padecimiento subjetivo instalado en un cuerpo desajustado para la medicina. Este planteo descarta un intento de alcanzar una supuesta complementariedad, por el contrario marca una separación que permite ocupar una posición, respetando los límites de cada discurso, para tomar aquello que necesariamente queda por fuera e insiste: el padecimiento subjetivo anclado en un cuerpo que lleva las señales de la irrupción del goce del Otro.

Al situar la clase de goce ligado a lo psicósomático, Lacan plantea que es de esperar que la invención del inconsciente pueda servir para algo en relación a la revelación de ese goce específico.

Poner a trabajar esta cuestión nos señala una dirección posible a transitar respecto de esta temática.