

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

La psicósomática: un enigma actual

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S.

143/89

INTEGRANTES: Noya, María Elena – Mat. N° 4831/99 .

Romia, María Julieta – Mat. N° 3921/96

Volpe Concaro, Agustín Francisco – Mat. N° 4887/99

SUPERVISORA: Lic. Beatriz Markis

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: Seminario: "El cuerpo y la incidencia de sus fenómenos en la clínica"

FECHA DE PRESENTACIÓN: 17 de noviembre de 2004

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
C E. Ps.

Biblioteca del C. E. Ps.
U. N. M. d. P.

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
X-PS	
	N° INVENTARIO:
	R-10386

"Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Noya, María Elena; Romia, María Julieta y Volpe Concaro Agustín Francisco, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores".

“El que subscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Noya, María Elena Mat. N° 4831/99 DNI 21604584; Romia, María Julieta Mat. N° 3921/96 DNI 25569685 y Volpe Concaro, Agustín Francisco Mat. N° 4887/99 DNI 28608976 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año 2004.”



Firma del Supervisor

Informe de evaluación de la supervisora

Los alumnos revisaron la naturaleza de los procesos mentales y su relación con lo físico en conceptos filosóficos y teorías psicológicas.

Elaboraron aproximaciones acerca de cómo porciones de cuerpo quedan encadenadas a factores que los enferman, trascendiendo lo biológico.

Recorrieron los conceptos en los cuales se sustentan las bases científicas de la así llamada Medicina Psicosomática, cuya perplejidad ante los fenómenos originó las reflexiones freudianas que dieron origen al Psicoanálisis.

Señalaron maneras de pensar al cuerpo, delimitándolo en tanto realidad que se construye.

Revisaron diferencia entre instinto y pulsión partiendo de una libido que catectiza inicialmente el cuerpo propio.

Subrayan el lugar del más allá del principio del placer y su repetición insatisfactoria ligada a una ganancia de placer.

Dan cuenta de la relación cuerpo-psiquismo en la histeria y en las neurosis actuales como forma de desviación psíquica a lo somático y continúan explicando diferentes teorizaciones que desembocan en las última reformulaciones psicoanalíticas en torno al cuerpo y al goce realizadas por Jacques Lacan, encontrando en éstas algunas respuestas al interrogante del que partieron.

Considero que los alumnos lograron sintetizar el recorrido que se plantearon de una manera respetable y satisfactoria, contando con mi aprobación.



Lic. Beatriz Markis

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Noya, María Elena Mat. N° 4831/99; Romia, María Julieta Mat. N° 3921/96 y Volpe Concaro, Agustín Francisco Mat. N° 4887/99.”

Firma de Miembro
Integrante de la
Comisión Asesora

Firma de Miembro
Integrante de la
Comisión Asesora

Firma de Miembro
Integrante de la
Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

Plan de trabajo para la realización de la investigación de pregrado

- Apellidos, nombres y matrículas de los alumnos:
 - Noya, María Elena – Mat. N° 4831/99
 - Romia, María Julieta – Mat. N° 3921/96
 - Volpe Concaro, Agustín Francisco – Mat. N° 4887/99

- Cátedra o seminario de radicación:
 - Seminario: “El cuerpo y la incidencia de sus fenómenos en la clínica”

- Supervisora:

Lic. Beatriz Markis

- Co-supervisora:

- Título del proyecto:

“La psicósomática: un enigma actual”

- Descripción resumida (no más de 150 palabras):

La enfermedad psicosomática es una problemática que se revela como enigmática frente a los diferentes saberes que han intentado poner luz sobre ella. La medicina, al ocuparse únicamente del aspecto somático, de la dimensión biológica del hombre, eclipsa las determinaciones psíquicas que entran en juego en esta entidad mórbida. A consecuencia de este reduccionismo, y frente a la resistencia de la enfermedad a disolverse por medio de las técnicas con las que opera la medicina, el padecer corporal insiste y rebasa el discurso médico. Estas lagunas de saber convocan necesariamente a otros campos disciplinarios a dar respuesta a esta problemática. La teoría psicoanalítica, a través de su particular concepción del sujeto, propone una alternativa distinta sobre la relación sobre el psiquismo y el cuerpo y, en consecuencia, sobre la enfermedad psicosomática.

- Palabras clave (hasta cinco):

enfermedad psicosomática – cuerpo - psiquismo – teoría psicoanalítica – síntoma

- Descripción detallada (no más de cuatro hojas):

Motivos y antecedentes:

La relación entre el cuerpo y la mente no ha dejado de generar interrogantes a lo largo de la historia. Diversas teorías y concepciones, tanto filosóficas como científicas, han intentado dar cuenta de dicha relación desde diversas perspectivas. Estos intentos explicativos podrían agruparse en dos grandes tendencias: las de corte monista y las de corte dualista.

La primer vertiente mencionada tiende, a grandes rasgos, a anular a alguno de los dos términos, ya la mente, ya el cuerpo. La vertiente dualista,

por su parte, incluye ambas dimensiones planteando diversos tipos de interrelaciones.

Sin embargo, a pesar de los años de desarrollo con que cuentan estas tradiciones explicativas, esta compleja relación continua originando enigmas y animando acalorados debates teóricos.

La enfermedad psicosomática, como entidad mórbida, reactualiza la necesidad de seguir pensando y teorizando en torno a la relación entre la mente y el cuerpo. Ante estos padeceres del cuerpo fue la medicina la que se proclamo como apta para proporcionar respuestas. Sin embargo, progresivamente el saber médico fue quedando perplejo ante la imposibilidad de encontrar respuestas que posibiliten su abordaje y comprensión.

Con respecto a los supuestos filosóficos que subyacen a la tradición médica es posible decir que encuentran apoyo en la división cartesiana mente-cuerpo, siendo esta posición una de las más representativas de la vertiente dualista. A través de esta concepción la medicina desconoce la incidencia de la dimensión psíquica o mental en lo somático, reduciendo de este modo al ser humano a su mera materialidad corporal. Es así que, frente a la enfermedad psicosomática, la demanda apremiante del enfermo y el sufrimiento de su cuerpo desbordan la capacidad del médico para intervenir sobre su padecer a la par que corróen sus pilares técnico científicos.

La perplejidad de la medicina ante los fenómenos que aparecen como resistentes ante su saber fue padecida por Freud mismo en los orígenes del psicoanálisis, cuando desde su formación como médico neurólogo comienza a cuestionar su saber previo y a construir los gérmenes del psicoanálisis. Es así que resulta necesario desde nuestra disciplina citar a Freud como el antecedente de mayor peso al momento de relacionar, de una manera original y novedosa, la incidencia de los factores psíquicos sobre lo biológico.

Es aquí donde emerge la praxis del psicoanálisis aportando una visión diferente a esta situación, sin embargo este aporte permanecerá en una posición extraterritorial con respecto a la medicina.

La histeria como entidad patológica, al momento en que Freud dirige su mirada y su escucha sobre ella, contaba con años de conceptualizaciones marcadas por el afán de encontrar el correlato orgánico o neurológico de la afección. Bercherie apunta que es Freud quien consigue levantar la "hipoteca neurológica" que pesaba sobre la histeria, descubriendo y conceptualizando mecanismos de formación de síntomas novedosos de origen psíquico.

Desde esta perspectiva, el cuerpo es tomado como si la anatomía no existiese; los órganos son tomados en su sentido vulgar. Mientras que sus maestros seguían sosteniendo que la sintomatología de la histeria debía ser idéntica a lesiones verificables anatómicamente, Freud en 1893 escribe un artículo fundamental, "*Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*", describiendo cómo las parálisis histéricas no corresponden a las vías de inervación sino que siguen un curso diferente que responde, en cambio, al orden de las representaciones.

Es de esta forma que Freud teorizará sobre un cuerpo distinto que el de la medicina (o ciencia), un cuerpo que se construye y que tiene su asiento a nivel psíquico. En principio el cuerpo del que se trata en psicoanálisis es un cuerpo erógeno, recortado por la pulsión y por el significante. El cuerpo no es algo dado, sino que desde una originaria fragmentación, surge como producto de una relación imaginaria con otro que lo libidiniza, conduciéndolo "de la insuficiencia a la anticipación".

Ahora bien, en la enfermedad psicosomática parecería que algo de lo que debería haberse constituido como cuerpo no accede a tal estatuto, quedando una porción sufriente y lacerada de organismo ajena a toda posibilidad de integración.

La intención de este trabajo será tomar los lineamientos de la teoría psicoanalítica para entender la enfermedad psicosomática. En este sentido planteamos los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Puntualizar los antecedentes psicoanalíticos que desde Freud en adelante permiten conceptualizar el abordaje de la enfermedad psicosomática
- Especificar una posible génesis de la enfermedad psicosomática.
- Establecer la diferenciación conceptual entre el síntoma, en tanto formación del inconsciente, y la enfermedad psicosomática.

Objetivos particulares:

- Desarrollar la concepción psicoanalítica del cuerpo.
- Especificar las particularidades del abordaje terapéutico de la enfermedad psicosomática.
- Establecer semejanzas y diferencias entre las Neurosis Actuales.
- Delimitar el mecanismo psíquico operante en la enfermedad psicosomática, relacionándolo y diferenciándolo del mecanismo psíquico de otras patologías.
- Especificar las últimas formulaciones psicoanalíticas en Lacan en relación a la enfermedad psicosomática.

Hipótesis:

La enfermedad psicosomática encontraría su punto de emergencia en fallas originadas en la estructuración subjetiva.

Metodología:

Para la realización de este trabajo recurriremos a la recopilación y análisis de bibliografía pertinente a la temática en cuestión. En este sentido, tomaremos como material de partida los textos freudianos que operan como fundadores de la teoría psicoanalítica, así como aquellos que implicaron un vuelco radical en su desarrollo conceptual. Indagaremos también las

reminiscencias de los conceptos freudianos en aquellos autores que se ocuparon de la enfermedad psicosomática, para luego recaer en los últimos desarrollos de Lacan en torno al fenómeno psicosomático.

Entendiendo que el psicoanálisis es, más que una disciplina de la escucha o la mirada, un trabajo de lectura, en tanto el discurso que el analizante pone en movimiento es tomado por el analista para su desciframiento, intentaremos dar cuenta de que esta capacidad de lectura es de inmenso valor al momento de abordar la cuestión de lo psicosomático, la cual tiene la forma, según Lacan, de un jeroglífico escrito en el cuerpo.

Cronograma:

Actividades	Meses		
	1	2	3
Relevamiento bibliográfico	X		
Análisis e integración de la información recabada	X	X	
Elaboración de las conclusiones		X	x
Confección del informe final			x

Bibliografía (tentativa):

- Evans, D.; *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós.
- Freud, S.; *Estudios sobre la Histeria; Las Neuropsicosis de defensa; La neurastenia y las neurosis de angustia; Conceptos psicoanalíticos de las perturbaciones psicopatógenas de la visión; Los instintos y sus destinos;*

Introducción al Narcisismo; Inhibición, síntoma y angustia; Más allá del principio del placer; Neurosis y psicosis; entre otros. Biblioteca Nueva.

- Gorali, V.; Estudios de Psicósomática
- Heinrich, H.
- Lacan, J.; Seminario II. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica.
- Paidós. Lacan, J.; *Seminario III. Las psicosis.* Paidós.
- Lacan, J.; Seminario X. *La angustia.* Inédito.
- Lacan, J.; Seminario XI. *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis.* Paidós.
- Lacan, J.; Seminario XIV. *La lógica del fantasma.* Inédito.
- Lacan, J.; Intervenciones y textos 1 y 2. Manantial.
- Miller, J. A.; *Matemas II.* Manantial.
- Miller, J. A.; *Los signos del goce.* Paidós.
- Miller, J. A.; *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica.* Paidós.
- Nasio, J. D.; *El inconciente es un nudo entre analista y paciente.* Paidós.
- Nasio, J. D.; *El libro del amor y del dolor.*
- Nasio, J. D.; *Los gritos del cuerpo.* Paidós.
- Nasio, J. D.; *Los Ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan.* Paidós.
- Revista Zona Erógena Nº 27. El cuerpo.

Firma del Supervisor

LIC. BEATRIZ MARKIS
PSICANALISTA
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA DE ADULTOS
MAT. PROF. 1111

Firma del alumno

María Eleua Noya

Firma del alumno

RONIA GARCÍA JUAREZ

Firma del alumno

Agostin F. Volpe Concaro

Plárea de investigación: Psicología clínica

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer): *Aprobado con observaciones.*

Fecha: *8/9/04*

Lic. H. MARTÍNEZ

Observaciones: el proyecto esta muy bien planteado, pero el
mitado el tema y los objetivos. ; Pero faltan desarrollar los as-
pectos metodológicos! Podría deducirse que ha de tratarse de
una investigación que recorra al análisis de bibliografía, pero
sería interesante dar cuenta de la "teoría de la lectura"

Índice

Uso del Trabajo de Investigación.....	1
Aprobación de la Supervisora.....	2
Informe de evaluación de la supervisora.....	3
Presentación ante la comisión asesora.....	5
Plan de Trabajo.....	6
Índice.....	14
Introducción.....	15
Marco Teórico	
La medicina y la enfermedad psicosomática.....	18
El Cuerpo en psicoanálisis.....	23
El estadio del espejo	24
La pulsión.....	26
El "Más allá del principio del placer".....	32
Antecedentes y estado de la cuestión	
La histeria.....	35
Las Neurosis Actuales.....	40
Las más difundidas lecturas de lo psicosomático.....	44
La concepción lacaniana de lo psicosomático.....	51
Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	66

Introducción

Nadie puede dudar de la existencia del cuerpo: es lo más tangible, está ahí, produce sensaciones, duele, se lastima, genera placer... La naturaleza del mismo es harto concreta. No ocurre lo mismo con el psiquismo. Claro, podría decirse que es evidente que el hombre piensa, siente, crea gracias a sus estados y procesos mentales. Pero, ¿cuál es la naturaleza de los mismos y cómo se relaciona con lo físico? Este interrogante tan sencillamente planteado sigue inquietando a filósofos y científicos desde hace siglos. Diversas alternativas se han planteado a modo de respuesta frente al enigma que genera la relación mente-cuerpo. Las diversas filosofías y teorías acerca de la mente y el cuerpo pueden agruparse en dos conjuntos: las concepciones englobadas bajo el rótulo de monismo psicofísico y las pertenecientes al así llamado dualismo psicofísico. Estas formulaciones no son en modo alguno acabadas y están sujetas a debates y revisiones constantes. Los principales puntos de vista sobre el problema mente cuerpo, así clasificados, son entonces los siguientes:

- Monismo psicofísico:
 1. Idealismo, panpsiquismo y fenomenalismo: todo es mente.
 2. Monismo neutral: lo físico y lo mental son otras tantas manifestaciones de una sustancia neutral única e incognoscible.

3. Materialismo eliminativo: nada es mental.
 4. Materialismo reductivo: los estados mentales son estados físicos.
 5. Materialismo emergentista: lo mental es una biofunción muy especial, un conjunto de actividades cerebrales emergentes.
- Dualismo psicofísico:
 1. Autonomismo: lo físico y lo mental son mutuamente independientes.
 2. Paralelismo: lo físico y lo mental son paralelos o sincrónicos.
 3. Epifenomenalismo: lo físico produce o causa lo mental que, a su vez, no reacciona sobre lo mental.
 4. Animismo: lo mental anima, controla, causa o afecta a lo físico que, a su vez, no reacciona sobre lo mental.
 5. Interaccionismo: lo físico y lo mental interaccionan, siendo el cerebro la única base material de la mente.

Todas estas propuestas y definiciones adquieren una importancia sustancial para la psicología porque, dependiendo de la postura a la que las diferentes corrientes psicológicas adscriban, dependerán la mayor parte de sus conceptualizaciones, metodologías, técnicas y modos de intervención.

Para la temática que motiva este trabajo, la cuestión de la relación mente cuerpo es sumamente especial y adquiere una importancia capital.

Por supuesto, no pretendemos aquí zanjar el debate en torno a la naturaleza de esta relación tan enigmática, sino simplemente elaborar algunas aproximaciones que permitan comprender un poco más la manera en que una porción de cuerpo sufriente puede hallarse encadenada a factores que trascienden lo meramente orgánico o biológico. Esto último se deriva de la sencilla cuestión de que el hombre no es simplemente una máquina biológica, sino un ser de representaciones y afectos, atravesado por una dimensión simbólica que tiene como efecto el de derribar una mítica relación directa e inmediata del hombre con su cuerpo, tal como puede suponerse en los animales, y hacerla mediata, es decir, mediatizada por lo que constituye el lenguaje. Esto, claro está, no significa que la dimensión biológica quede derrocada por la dimensión psíquica. Aquélla tiene una indudable presencia e incidencia sobre los devenires del cuerpo y de su malestar. Simplemente se afirma que hay algo que escapa a las consideraciones meramente fisiológicas y que, en el caso de la enfermedad psicosomática, muchas veces no encuentra respuestas precisas y acabadas de parte del saber que tradicionalmente ha sido el encargado de reparar los desperfectos del organismo: la medicina.

Marco Teórico

- La medicina y la enfermedad psicosomática

El médico ha sido tradicionalmente, además del receptor de las demandas causadas por sufrimiento, el portador de la función de ayudar a los enfermos en las formas pautadas por los ritos de cada cultura; su práctica no era ajena a la idiosincrasia de la población donde era ejercida sino que, de algún modo, se amoldaba a ella y la complementaba. Desde el surgimiento de la clínica moderna, en cambio, la maniobra médica empezó a ser deducida de aquello que hoy se denomina el dato clínico sobre una interpretación científica de ese hecho. El médico moderno, cuya pericia gravita cada vez más intensamente sobre deducciones diagnósticas derivadas de tecnologías cada vez más precisas y específicas, microtecnologías que intimidan al cuerpo y hasta transmiten una imagen de su malestar y degradación, y al convertirse frecuentemente entre un simple mediador entre los trastornos delimitados en manuales diagnósticos y un medicamento o psicofármaco acorde, ha dejado de ser quien como sujeto se hace el receptor o destinatario de las quejas por el padecer de otro sujeto. Podría decirse que se ha mimetizado por sobre la moderna praxiología a su alcance, se ha automatizado, en fin, se ha deshumanizado. En la medicina moderna, lo terapéutico se confunde con lo estrictamente curativo, en el sentido de recuperar la salud perdida.

Con respecto a los supuestos filosóficos que subyacen a la tradición médica es posible decir que encuentran apoyo en la división cartesiana mente-cuerpo, siendo esta posición una de las más representativas de la vertiente dualista. Descartes hubo de reconocer la existencia de dos sustancias en el hombre: la *res extensa*, esto es, el cuerpo, y la *res cogitans*, el espíritu, el alma o similares. Esta bipartición permitió a la medicina ocuparse del cuerpo exclusivamente, llegando al punto de borrar del panorama científico aquellos tintes espiritualistas que resultaban más bien un obstáculo para la óptima operatoria de esta práctica.

“Esta división introducida por Descartes (...) permitió indudablemente el desarrollo de las ciencias de la naturaleza, pero sólo gracias a una simplificación que consistió en apartar el ser humano y sus fenómenos peculiares, que por su mayor complejidad hubieran dilatado y complicado el desarrollo científico.”¹

Sucede que el progreso de la ciencia, al interior del cual la tradición positivista se encuentra más viva que nunca encubierta en cada investigación, en cada avance tecnológico, no puede darse sino dejando de lado algo. La ciencia es el paradigma en el cual nos movemos. Desde hace poco más de un siglo la sociedad ha ido adquiriendo e identificando sus normas y valores a los que el discurso científico propone como válidos.

A través de esta concepción la medicina desconoce la incidencia de la dimensión psíquica o mental en lo somático, reduciendo de este modo al ser humano a su mera materialidad corporal. Es así que, frente a la enfermedad

¹ Bleger, J. Psicología y Medicina. En Schavelson, Psicología y cáncer. 1965. P. 62

psicosomática, la demanda apremiante del enfermo y el sufrimiento de su cuerpo desbordan la capacidad del médico para intervenir sobre su padecer a la par que corroen sus pilares técnico científicos. El problema es que el médico moderno frente a casi todo tipo de malestar, sufrimiento o angustia, lo primero que hace es aceptar la oferta de la sociedad moderna caracterizada por los efectos de la presencia de la ciencia, que consiste en creer que para poder curar ese malestar se operará sobre la supuesta base material del mismo.

La medicina psicosomática, se autodenomina como una alternativa superadora de la posición médica tradicional, ya que introduce en su operatoria la dimensión de lo psíquico en tanto afectaría al cuerpo. Mirando un poco más de cerca, esta superación no es tal ya que análoga lo psíquico y lo somático con la pretensión de erigir nuevamente al ser humano como una totalidad indivisa, la cual, si aparece disfuncional, se traduce en la concepción de una enfermedad única, ante la cual esta nueva medicina se postula como respuesta única y eficaz ante este padecer.

"...todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico posee un correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la existencia misma del fenómeno somático puede ser comprendida en su sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico puede ser contemplada en su aspecto corporal." ²

² Chiozza, L. Cuerpo, afecto y lenguaje. Cap. 14. Ed. Paidós. 1977. P. 129

La perplejidad de la medicina ante los fenómenos que aparecen como resistentes ante su saber fue padecida por Freud mismo en los orígenes del psicoanálisis, cuando desde su formación como médico neurólogo comienza a cuestionar su saber previo y a construir los gérmenes del psicoanálisis. Es así que resulta necesario desde nuestra disciplina citar a Freud como el antecedente de mayor peso al momento de relacionar, de una manera original y novedosa, la incidencia de los factores psíquicos sobre lo biológico.

Es aquí donde emerge la praxis del psicoanálisis aportando una visión diferente a esta situación, sin embargo este aporte permanecerá en una posición extraterritorial con respecto a la medicina.

Freud, en el marco de la vertiente que algunos comentadores gustan en llamar sociológica, desarrolló conceptos fundamentales referidos a la sociedad y cierta destemplanza ineludible para los individuos que son parte de ella. Lo llamó "malestar en la cultura", refiriéndose con ello a cierto desasosiego inherente e inevitable en la civilización.

"Este malestar ineludible para todo sujeto hablante, sufre modificaciones según los cambios culturales y, en este sentido, serán especialmente relevantes las variaciones de las formas en que cada cultura opera con el saber."³

En este sentido, el psicoanálisis emerge como respuesta a cierto malestar presente en la cultura de su tiempo, cultura en la que la pregnancia del discurso de la ciencia es muy importante. La ciencia refiere a un tipo de

³ Eidelztein, A. Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. I. Letra Viva, P. 54

conocimiento particular: el saber científico. Este último, racional, formal, acumulativo, parece no tener en vista otra cosa que no sea el progreso, sus pasos conducen al futuro, desde un presente cada vez más rápidamente obsoleto. Casi, acaso, al modo de un automatismo. ¿Qué queda, entonces, de lado? El pasado, la historia, la verdad del sujeto eclipsado por el afán totalizante del saber. A pesar de que el desarrollo de la bioquímica ha producido en los últimos años una enorme gama de medicamentos, se verifica en la actualidad un gran incremento del dolor. Dado el corrimiento del médico, por efecto del cada vez más amplio apoyo sobre los medios impersonales de diagnóstico y tratamiento aportados por la ciencia y la tecnologías y reclamados por los pacientes, la verdad subjetiva del dolor o sufrimiento, ha quedado naufragando y es el psicoanálisis el que, en cierta medida, se ha ocupado de rescatarla. El psicoanálisis será aquél que convoque a la verdad al campo que le corresponde, el que acabe con el ostracismo al cual se vio sometida por la operatoria de la ciencia. El psicoanálisis restituirá a un sujeto víctima de su historia, divorciado de su ser, producto de un saber insabido sobre la verdad.

Los signos clínicos para el médico no son co-variantes, aunque sean considerados con relación a otros datos, no co-varían ya que no son significantes sino signos. Por otra parte, la medicina intenta anular mediante el método comparativo y estadístico toda sorpresa causada por la particularidad. En psicoanálisis será la sorpresa uno de los principales indicadores de la presencia del sujeto del inconsciente.

- El cuerpo en psicoanálisis

Para el psicoanálisis el cuerpo no es más que a construirse; debe erigirse desde fuera del sujeto con la herramienta de la palabra y la operatoria de la sexualidad. El lenguaje irá alojándose en los rincones de la carne, insinuándole al sujeto funciones, placeres, dolores, goce. Silenciosa, la palabra hospedada en el cuerpo, que desde entonces sabrá más de lo que dice, irá surcando el devenir del deseo y de la pulsión en el sujeto hablante.

“...el cuerpo es una realidad. (...) Decir que el cuerpo es una realidad, implica decir que el cuerpo no es primario, que no se nace con un cuerpo. Dicho de otra forma, el cuerpo es de la realidad, pero en el sentido de que la realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye, que es secundario.”⁴

El cuerpo del psicoanálisis no es el cuerpo del que trata la medicina. Nada ha aportado el psicoanálisis a lo que se supone lo más corporal del cuerpo, su funcionamiento biológico.⁵ El cuerpo es parte del Yo, es un conjunto de ideas, de representaciones, marcado por el afecto, por el deseo; no es, entonces, el mero organismo biológico. El cuerpo es un objeto para el sujeto. El ser humano es la única especie que sabe que posee un cuerpo, a diferencia de los animales en que la relación con su cuerpo es continua e inmediata.

⁴ Soler, C. El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. En Goralí, V. Estudios de Psicósomática. P. 94

⁵ Ídem

Ahora bien, ¿cómo se conforma esta representación del cuerpo? El neonato, para su subsistencia, depende íntegramente de otro que le provea los cuidados necesarios para paliar su condición de prematuración. Paulatinamente y gracias a los cuidados de ese Otro primordial, ese inicial manojito de instintos irá adviniendo sujeto en función de la lectura que de sus necesidades haga la madre. En tanto que la madre desee al niño, podrá asumir una función de sostén necesaria para la conformación subjetiva. Poniendo como ejemplo la alimentación, no se trata en esta función de dispensar únicamente el alimento que satisfaga la pura necesidad; simultáneamente a la procuración de la leche, la madre brinda amor, caricias, miradas y por supuesto palabras que marcarán los destinos de la pulsión. Cabe aclarar que la pulsión se distingue de la mera necesidad orgánica en cuanto que introduce en ella una cualificación erótica. Pasaje que marcará que, luego de estas primeras inscripciones, el niño no busque tan sólo el objeto que colme su necesidad, sino que deseará ese plus de satisfacción que se le ha dispensado en conjunto con el alimento. Será la búsqueda, siempre infructuosa, de una identidad de percepción con esta primera vivencia de satisfacción que es del orden de lo mítico.

La madre, en su función subjetivizante, irá, desde su discurso, delimitando zonas privilegiadas, ofertadas por el cuerpo real, en las que la pulsión se alojará. El niño va apropiándose de los decires sobre su cuerpo que, provenientes del exterior, comienzan a ser asumidos como propios.

- El estadio del espejo

Junto a las palabras que van moldeando este proto-cuerpo, va tomando forma simultánea e inseparablemente una imagen del mismo. En los primeros meses de vida se produce la progresiva asunción por parte del niño de una imagen más o menos unificada y unificadora del propio cuerpo en función de hallarse en presencia de otros semejantes. El niño recobra la totalidad de su cuerpo en una imagen y progresivamente toma conciencia de él mismo como entidad. Lacan, en uno de sus primeros aportes al psicoanálisis, bautizó esta fase como "estadio del espejo". Lo plantea como un fenómeno de valor doble: por un lado, tiene un valor histórico, en tanto constituye un momento decisivo del desarrollo mental del niño; por otro, tipifica una relación libidinal esencial con la imagen del cuerpo. Esta fase, cuya especificación cronológica va cediendo terreno para volverse del orden de lo estructural, en tanto ilustra la naturaleza conflictiva de la relación dual, es la primera articulación del yo, es preformadora del yo por la entrada o ingreso en lo imaginario, de lo cual se desprende que el yo es el resultado de la identificación con la propia imagen especular. La visión de la propia imagen contrasta con la falta de coordinación del cuerpo del niño, vivida como fragmentación que genera angustia e impulsa a identificarse con la imagen percibida. De este modo también se reduce la tensión agresiva entre el sujeto y la imagen. Lacan planteará que para hacer un cuerpo se precisa un organismo vivo más una imagen, cuya unidad brindará un sentimiento de unidad del cuerpo.

En esta fase se juega gran parte del drama de la alineación y subjetivización. Esta fase proporciona la clave de partición entre lo Imaginario y lo Simbólico y escenifica la forma en la se construye un sujeto en función de una ficción.

“Bajo la cobertura de un acceso engañoso a la instancia del yo corporal total y distinto del entorno, esta fase no constituye, en realidad, sino el primer paso de la alineación humana. (...) En este sentido, la fase del espejo estructura ya el yo en la línea de la alineación antes de que el simbolismo no restituya al niño su subjetividad y antes de la recaída en lo imaginario por la mediación del lenguaje y de la dialéctica de las identificaciones.”⁶

A través del estadio del espejo, el cuerpo en tanto entidad se constituye pero de manera excéntrica, desde fuera, invertida y marcada luego por la operatoria de la falta. El sujeto ignora su alineación y así toma forma el desconocimiento crónico de sí mismo.

- La pulsión

El concepto de pulsión es fundamental en la obra de Freud. En un texto princeps al respecto, “Pulsiones y destinos de pulsión”, Freud la define como un concepto lindante entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos procedentes del interior del cuerpo que arriban al alma, y como una magnitud de la exigencia de trabajo

⁶ Rifflet Lemaire, A. Lacan. Edhasa. 1970. P. 286

impuesta a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático. La misma despliega una determinada actividad psíquica originada por estímulos provenientes del interior del cuerpo. La pulsión, plantea Freud, existe en el psiquismo a través de su representante representativo. Son estos representantes, o agentes representativos los que forman los contenidos del inconsciente, y por añadidura, son éstos quienes crean el inconsciente con la represión originaria. Este proceso consiste en que la representación psíquica de la pulsión ve negado el acceso a la conciencia, lo cual produce una fijación, o sea, que la representación de que se trate va a perdurar inmutable a partir de este momento, quedando la pulsión ligada a ella. Recordemos que a esta altura de la obra freudiana, la represión de la pulsión no responde, como podría suponerse, a un grado de tensión extremo provocado por la insatisfacción de aquélla, sino que sería producto de la inconciabilidad de su satisfacción con otras exigencias y designios, produciendo placer en un lugar y displacer en otro.

En este sentido la represión operará cuando el motivo de displacer cobre un poder mayor que el placer de la satisfacción y con el objetivo de rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella. Freud plantea que toda represión consta de dos fases: una represión primordial que aleja del campo de la conciencia a la agencia representante psíquica de la pulsión, produciéndose, así, una fijación: a partir de ese momento la agencia representante persiste inmutable y la pulsión sigue ligada a ella. La segunda fase consiste en la represión propiamente dicha, que recae sobre los retoños o ramificaciones psíquicas de la representación reprimida o sobre aquellas

series de ideas procedentes de fuentes distintas, pero que se han ligado asociativamente a dicha representación. Así resulta que la represión no implica sólo repulsión consciente sobre lo que ha de reprimirse, sino igualmente atracción por parte de lo reprimido primordial de todo aquello susceptible de conectársele o asociársele. La represión sólo perturba el vínculo con un sistema psíquico; el sistema consciente. La agencia representante en modo alguno se ve sofocada por la represión, sino que permanece en el Inconciente formando nuevos retoños y conexiones.

Ahora bien, junto a la agencia representante interviene algo diverso, algo que representa a la pulsión y puede experimentar un destino de represión totalmente diferente del de la representación investida desde la pulsión. A este otro elemento de la agencia representante psíquica Freud lo llama monto de afecto, el cual corresponde a la pulsión en la medida en que ésta se ha desasido de la representación y ha encontrado una expresión proporcionada a su cantidad en procesos que devienen registrables para la sensación como afectos. El destino general de la representación representante de la pulsión puede ser desaparecer de lo consciente si antes fue consciente, o seguir coartada de la conciencia si estaba en vías de devenir consciente. Por su parte, el factor cuantitativo de la agencia representante de la pulsión, establece Freud, tiene tres destinos posibles: la *pulsión es sofocada por completo, de modo que nada se descubre de ella.* o

sale a la luz como un afecto coloreado cualitativamente de algún modo, o se muda en angustia.⁷

Freud, en 1926, modifica esta última noción para plantear que en el proceso de la represión es el yo quien quita la investidura preconciente de la agencia representante de la pulsión que ha de ser reprimida y la emplea para el desprendimiento de un monto de displacer o angustia. Así es el yo el verdadero generador de la angustia en contraposición a la concepción anterior según la cual la energía de investidura de la moción reprimida se mudaba automáticamente en angustia.

El inconsciente, para Freud, posee las siguientes características: en primer lugar, el principio de no contradicción. Los elementos inconcientes no conocen negación, ni duda, ni grado de certidumbre, y por tanto, coexisten sin anularse. Además; no existe una cronología en el sentido lineal del término, categoría propia de la conciencia. En tercer lugar, existe un predominio de la realidad psíquica por sobre la realidad exterior. Los procesos inconcientes se encuentran sometidos al principio del placer. Rige, por último, en el Inconsciente el proceso primario, por el cual existe en él una mayor movilidad de las intensidades de carga. Gracias al proceso de desplazamiento, una representación puede pasar o transmitir a otra toda su carga, y gracias al proceso de condensación, puede apoderarse de la carga total de varias otras. En cambio, en el sistema preconsciente domina el proceso secundario.

⁷ Freud, S. (1915) La represión. Biblioteca Nueva. Tomo II. P. 2055

La pulsión así reprimida, no deja de tender a la completa satisfacción que consistiría en la repetición de una satisfacción primaria: la de la unión con la madre. Nada puede poner fin a este estado de tensión.

Freud postula cuatro elementos constitutivos de la pulsión. En primer lugar, la perentoriedad, es decir su factor motor, la magnitud de fuerza que representa. El fin de la pulsión es siempre la satisfacción, que sólo puede ser alcanzada por la supresión del estado de estimulación de la fuente de la pulsión. El objeto de la pulsión es aquello en lo que la pulsión halla o puede hallar satisfacción y constituye lo más variable de la pulsión, en tanto puede ser localizado en distintos niveles. Es justamente esta variabilidad del objeto lo que hace a la pulsión un concepto radicalmente diferente al instinto. No sólo no existe un objeto prefijado naturalmente que satisfaga la pulsión, sino que la pulsión en sí misma no es unidad, sino de lo que se trata es de la existencia de pulsiones parciales. Se agrega a esta distinción el hecho de que los instintos son puramente fisiológicos mientras que la pulsión incluye componentes anímicos y afectivos. Además el instinto es una fuerza de choque momentánea, mientras que la pulsión es constante y, aún satisfecha su fuerza continúa provocando tensión en el aparato. La pulsión se diferencia por último del instinto por el hecho de que este último es común a la especie, mientras que la primera, si bien es universal, adquiere matices idiosincrásicos.

En este sentido, las pulsiones parciales encontrarán caminos de satisfacción múltiples en función de las vivencias y vicisitudes que acontezcan en la historia de cada individuo. Freud postula que habría una

tendencia hacia la subordinación de las distintas pulsiones parciales bajo el primado de lo genital, lo cual no implica la desaparición de las tensiones que estas pulsiones parciales conllevan. Por último, la fuente es aquello que actúa como lugar de procedencia de la tensión que la pulsión representa.⁸

Freud plantea que al comienzo de la vida el cuerpo constituiría una zona erógena en su totalidad, pero existirían algunas partes del cuerpo que estarían predestinadas a que una mayor erogeneidad se radique en ellas. Esto sucede porque estas partes son los protagonistas del intercambio del niño con la madre, y en tanto tales solicitan por parte de ésta el máximo cuidado, atención y excitación. Por ello, y merced a las primeras vivencias de satisfacción, la pulsión hallará en estas zonas así delimitadas los caminos propicios de su curso. El deseo de la madre, de esta forma, transforma el cuerpo anatómico en cuerpo libidinal.

Al momento en que Freud escribe este artículo fundamental, concebía al aparato psíquico como regido por la consecución del placer y la evitación del displacer, estando relacionado el displacer con un incremento de la tensión circulante dentro del aparato, y el placer con una disminución del mismo. En este momento, Freud discrimina entre dos tipos de pulsiones: las yoicas o de autoconservación y las pulsiones sexuales. Dentro de estas últimas Freud distingue la libido que catexiza al yo y la que catexiza a los objetos. Para Freud, la libido, que en latín alude a deseo, ganas, sería la dimensión psíquica de la pulsión sexual. Lo primero que comienza a catexizar la libido es el propio cuerpo, el yo (narcisismo primario), para

⁸ Freud, S. (1915) Los instintos y sus destinos. Biblioteca Nueva. Tomo II. P. 2042

luego poder lanzarse hacia los objetos exteriores, permaneciendo siempre una parte sobre el yo, es decir, que la libido no es toda transvasable. Esta dimensión de cesible que ostenta la libido implica que la libidinización de un objeto no puede producirse sino a expensas del empobrecimiento de la libido del yo y viceversa.

- El "Más allá del principio del placer"

Será en 1920, con un artículo que opera como punto de inflexión en la teoría freudiana, en que este esquema tomará una nueva forma. Se trata de "Más allá del principio del placer". A partir de este texto, las pulsiones de autoconservación y las sexuales quedan unificadas bajo la nueva denominación de pulsiones de vida, a las que Freud contrapone la pulsión de muerte. Esta noción se va imponiendo en Freud en función de ciertos fenómenos que aparecen en su práctica clínica cotidiana, ante los cuales el principio del placer parece quedar fuera de juego, generándose así un enigma que intenta resolver. El misterio para Freud es descubrir cómo algunos de sus pacientes emprendían conductas que eran en todo opuestas a lo que él había concebido como un aparato regido por la serie placer-displacer. Freud trae a colación algunos fenómenos realmente interesantes. Los sueños de las neurosis traumáticas, los cuales retrotraían al enfermo constantemente al momento del trauma, a la situación de su accidente, instante en el cual el sujeto despertaba sobresaltado. En el caso del juego infantil se produce una repetición de una vivencia o impresión desagradable,

debido a que la repetición iba conectada a una ganancia de placer de otra índole pero directa. El niño trueca la pasividad del vivenciar por la actividad del jugar. También menciona Freud el caso del neurótico que, bajo transferencia, puede no recordar todo lo que hay en él de reprimido, acaso justamente lo esencial. Sucede, en cambio, que se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia del presente, en vez de recordarlo como fragmento del pasado. Lo que la compulsión de repetición hace revivenciar no puede menos que provocar displacer en el yo, puesto que saca a la luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas.

Así, aún bajo el imperio del principio del placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero. Existe, entonces, una compulsión a la repetición, tanto en individuos neuróticos como no neuróticos, que se instaura más allá del principio del placer.

"...la obsesión de repetición, la cual parece ser más primitiva, elemental e instintiva que el principio del placer al que se sustituye." ⁹

Freud explica que las excitaciones traumáticas son aquéllas capaces de perforar la protección antiestímulo del sistema conciente.

"Un suceso como el trauma externo, provocará una perturbación enorme en la vida energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio del placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse que el aparato anímico resulte anegado por grandes cantidades de estímulo; entonces la tarea planteada

⁹ Freud, S. (1920) Más allá del principio del placer. Biblioteca Nueva. Tomo III. P. 2519

es más bien otra: dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente a fin de conducirlos a su tramitación."¹⁰

La pulsión de muerte representa la tendencia fundamental de todo ser vivo a volver al estado inorgánico, de lo cual se desprende que la meta de toda vida es la muerte. Atribuyendo una naturaleza conservadora a la pulsión, Freud plantea que la meta de la misma "...ha de ser más bien un estado antiguo, inicial, que lo vivo abandonó una vez y al que aspira a regresar por todos los rodeos de la evolución."¹¹

Como afirmáramos más arriba, el niño, por su prematuración constitutiva, no puede sobrevivir sino es mediando la existencia de algo que lo rescate, que lo ancle a la vida y lo ponga en movimiento, que desvíe este derrotero que de otro modo no sería más que la tendencia directa hacia la muerte. Es la madre que, como encargada de proveer lo necesario para la vida, brinda algo más que puro alimento, lo cual dará origen al surgimiento de la dimensión deseante del sujeto. El deseo, en este sentido, sería en el ser humano lo que da sostén a la vida, impidiendo la precipitación del fin último de la vida, que es la muerte. El deseo, la vida no hace más que demorar la consecución de este fin inevitable.

¹⁰ Freud, S. Op. Cit. P. 2521

¹¹ Freud, S. Ídem

Antecedentes y estado de la cuestión

- La histeria

La histeria como entidad patológica, al momento en que Freud dirige su mirada y su escucha sobre ella, contaba con años de conceptualizaciones marcadas por el afán de encontrar el correlato orgánico o neurológico de la afección. Bercherie apunta que es Freud quien consigue levantar la "hipoteca neurológica" que pesaba sobre la histeria, descubriendo y conceptualizando mecanismos de formación de síntomas novedosos de origen psíquico. La histeria existía ya desde la época de los griegos, y la conceptualización de la misma aparece inalterada durante casi 20 siglos: se concebía a la histeria como homóloga a la crisis histérica y se la entendía como una enfermedad propia de las mujeres, en tanto resultante de la degeneración del órgano uterino. Muchos investigadores y psicopatólogos teorizaron posteriormente en torno a esta entidad. Sydenham y Charcot no dejaban de relacionar la histeria con una disfunción orgánica, y es Freud quien va a revolucionar la naturaleza de esta entidad patológica bajo una mirada totalmente distinta.

Mientras que sus maestros seguían sosteniendo que la sintomatología de la histeria debía ser idéntica a lesiones verificables anatómicamente, Freud en 1893 escribe un artículo fundamental, "*Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*", describiendo cómo las parálisis histéricas no corresponden a las vías de inervación sino que siguen un curso

diferente que respondé, en cambio, al orden de las representaciones. De hecho, Freud escribe que "...dado que no puede haber sino una sola anatomía cerebral verdadera, y ésta ha de hallar su expresión en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales, es evidentemente imposible que tal anatomía pueda explicar los rasgos distintivos de las parálisis histéricas, por esta razón no es admisible deducir para la anatomía cerebral conclusiones basadas en la sintomatología de estas parálisis." ¹² Afirmará además su convicción respecto a que las parálisis histéricas encuentran una raigambre totalmente independiente de la anatomía del sistema nervioso. Desde esta perspectiva, el cuerpo es tomado como si la anatomía no existiese; los órganos son tomados en su sentido vulgar. Agregará también que, en una parálisis histérica determinada, la concepción que el paciente tenga de la parte del cuerpo involucrada queda "abolida del comercio asociativo", relegada del resto de las representaciones que constituyen su esfera psíquica, de las cuales el cuerpo es un subconjunto de las mismas. Aquí se encuentra el origen del posterior mecanismo de conversión. Se observa, entonces, en estas primeras conceptualizaciones de Freud, que el cuerpo no puede ser homologado a su mera existencia biológica, sino que está entramado en un complejo ideativo o ideológico que produce efectos. La idea de que una cantidad o intensidad determinada de excitación psíquica puede inervar porciones somáticas está presente bien temprano en la obra de Freud. Irá descubriendo y dilucidando que los síntomas corporales de la

¹² Freud, S. (1888) Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Biblioteca Nueva. Tomo I. P. 15

histeria tienen un significado, un sentido que permanece oscuro al sujeto, pero que puede encontrar la vía somática para manifestarse.

Cabe destacar que Freud infiere dos características de lo que él llama el estado histérico: la primera es la existencia de una mayor influencia de los procesos psíquicos sobre el organismo; la segunda da cuenta de que el estado histérico se caracteriza por tener un plus de excitación. Algo de crucial importancia al considerar la histeria es la disociación de la conciencia, entendiendo por tal un mecanismo de expulsión o repulsa de una representación penosa e intolerable de la conciencia.

"... más firme se hizo nuestra convicción de que aquella disociación de la conciencia, que tan singular se nos muestra como *double conscience* en los conocidos casos clásicos, exista de un modo rudimentario en toda histeria, siendo la tendencia a esta disociación, y con ella a la aparición de estados anormales de conciencia, que reuniremos bajo el calificativo de hipnoides, el fenómeno fundamental de esta neurosis."¹³

En este sentido puede entenderse que tal disociación surge a partir de un acto de voluntad a través del cual el sujeto decide olvidar algo, decisión que responde a la negativa de enfrentarse con una dificultad. Es necesario aclarar que esta condición es necesaria pero no suficiente para dar lugar a un síntoma histérico en tanto que se requiere de la adición de nuevos sucesos traumáticos que actuarán como desencadenantes.

¹³Freud, S. (1895) *Estudios sobre la histeria*. Comunicación preliminar. Biblioteca Nueva. Tomo I. P. 46

"... la labor que el Yo se plantea de considerar como *non arrivée* la representación intolerable es directamente insoluble para él; ni la huella mnémica ni el afecto a ella inherente pueden ser hechos desaparecer una vez surgidos. Pero hay algo que puede considerarse equivalente a la solución deseada, y es lograr debilitar la representación de que se trate, despojándola del afecto a ella inherente, esto es, de la magnitud de estímulo que consigo trae. La representación así debilitada no aspirará ya a la asociación." ¹⁴

Hasta aquí parecería que el mecanismo desplegado resultara eficaz; sin embargo Freud agrega:

"Mas la magnitud de estímulo de ella separada habrá de encontrar un distinto empleo." ¹⁵

Es en función de esta supervivencia del afecto que Freud comienza a dilucidar el mecanismo conversivo ya que es el afecto el que encuentra en una representación somática su vía de manifestación. Freud destaca como rasgo esencial de la histeria esta facultad a la conversión.

El síntoma en la histeria funcionaría como un símbolo mnémico, es decir que es el síntoma conversivo mismo el que es el representante de la representación disociada. Por otra parte el sentido de que el síntoma posea un carácter simbólico reside en su sobredeterminación, en la medida en que

¹⁴ Freud, S. (1894) Las Neuropsicosis de Defensa. Biblioteca Nueva. Tomo I. P. 171.

¹⁵ Idem.

resulta a la vez de una predisposición constitucional y de una pluralidad de acontecimientos traumáticos.

La gran novedad que introduce Freud con respecto a la episteme de su época es la de subvertir la noción de disposición orgánica, sobre la cual la psiquiatría clásica elaboró una meticulosa descripción fenomenológica, subversión mediante la cual se erigen los pilares fundamentales sobre los que se apoya la teoría psicoanalítica. Las nociones de representaciones y afectos adquieren una importancia capital en el padecer del individuo en detrimento de las determinaciones puramente biológicas.

Vemos en la histeria, entonces, que el síntoma manifiesta algo del orden de lo reprimido, su contenido entra en cierta trabazón anímica con lo psíquico, y que su emergencia se produce a espaldas del sujeto mediante un mecanismo de asociación de ideas en complejas constelaciones.

- Las neurosis actuales

Freud descubre además que existían pacientes con manifestaciones corporales cuya determinación simbólica en el sentido de la histeria no podía ser desentrañada. Acuñó el término de Neurosis Actuales para dar cuenta de ellas. Este calificativo responde a que la etiología de las mismas, que es de carácter sexual como en las psiconeurosis, remite a aconteceres en la vida actual del individuo, vinculados a prácticas sexuales nocivas. Puede plantearse que mientras en las psiconeurosis los síntomas responden a sustitutos de representaciones sexuales, las manifestaciones en las neurosis actuales son sustitutos del orgasmo.

"...el mecanismo de la neurosis de angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática, de lo psíquico, y en un consiguiente aprovechamiento anormal de dicha excitación."¹⁶

La palabra actual debe interpretarse por tanto, en el sentido de una actualidad en el tiempo y también viene a significar ausencia de mediación simbólica, tal como cabe encontrar en los síntomas psiconeuróticos. En este sentido no habría mecanismo psíquico que haga posible la tramitación del monto de excitación a fin de lograr una más eficaz elaboración del mismo. En cambio la tensión, esquivando las manifestaciones simbólicas, encuentra descarga a través de vías colaterales produciéndose así las manifestaciones

¹⁶ Freud, S. (1894) La neurastenia y las neurosis de angustia. Biblioteca Nueva. Tomo I. P. 193

típicas de la neurosis de angustia, que consisten precisamente en equivalentes del ataque de angustia.

“...el mecanismo de la Neurosis de Angustia ha de ser buscado en la desviación de la excitación sexual somática, de lo psíquico, y en un consiguiente aprovechamiento anormal de dicha excitación.”¹⁷

Freud construye un detallado cuadro clínico de estas neurosis, con las siguientes manifestaciones:

1. La excitabilidad general, entendida como una acumulación de excitación o incapacidad de resistirla.
2. La espera angustiosa, síntoma nodular de estas neurosis, entendida de manera general como ansiedad o tendencia a la visión pesimista de las cosas, fuera de los parámetros normales.
3. El ataque de angustia, esto es, la espera angustiosa que irrumpe de repente en la conciencia. Puede consistir en la sensación de angustia, no representacional, o unida a la idea de muerte o locura o enlazada a una o más funciones físicas.
4. Equivalentes del ataque de angustia. Debido a la gran variabilidad de los ataques de angustia, Freud da una lista de las diversas formas por él conocidas. Allí incluye las siguientes:
 - a. Con perturbaciones de la actividad cardíaca
 - b. Con perturbaciones de la respiración

¹⁷ Freud, S. (1894) La Neurastenia y la Neurosis de Angustia. Biblioteca Nueva. Tomo I. P. 193

- c. Ataques de sudor
 - d. Ataques de temblores y convulsiones
 - e. Ataques de bulimia
 - f. Diarreas
 - g. Ataques de vértigo locomotor
 - h. Neurastenia vasomotora
 - i. Ataques de parestesia
5. El pavor nocturnus en los adultos
 6. Vértigos en forma simple como mareos y en la más grave como ataque de vértigo.
 7. Fobias referidas a amenazas fisiológicas generales y a la locomoción.
 8. Perturbaciones de la actividad digestiva.
 9. Parestesias

Hasta aquí hemos desarrollado conceptos relativos a la histeria y a las neurosis actuales, resaltando sus diferencias y sus formas de manifestación. Freud relaciona ambas neurosis en el artículo:

"...hallamos ciertos caracteres que nos permiten considerar la neurosis de angustia como la contrapartida somática de la histeria. Tanto en una como en otra se trata de una acumulación de la excitación (...) En ambas se da también una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual surgen procesos somáticos anormales. Por último también en las dos surge, en lugar de una elaboración psíquica, una desviación de la excitación hacia lo somático, con la única diferencia de que la excitación en cuya desviación

se manifiesta la neurosis es en las neurosis de angustia puramente somática (la excitación sexual somática) y en la histeria psíquica (provocada por un conflicto).¹⁸

Son estos antecedentes de la obra freudiana los que han motivado a muchos teorizadores a abordar la cuestión psicosomática. Algunos utilizan la prototípica conversión histérica para dar cuenta del proceso de psicosomatización, ante lo cual podría argumentarse, en primera instancia, que este último parece perder toda especificidad, pues si es homologable al síntoma histérico, ¿cuál sería la necesidad de tal discriminación? Otros utilizan el molde de las neurosis actuales, haciendo hincapié en ciertas fallas a nivel psíquico que tendrían como resultado un cuerpo lastimado.

¹⁸ Freud, S. (1894) La neurastenia y la neurosis de angustia. Biblioteca Nueva. Tomo I. P 197-198

- Las más difundidas lecturas de lo psicosomático

Luis Chiozza, aplicando los conocimientos psicoanalíticos a la enfermedad somática, plantea que cuerpo y psiquis se relacionan entre sí formando parte de uno mismo. Se trataría de un cuerpo animado y de una vida subjetiva siempre ubicada en un cuerpo. Utiliza ambos conceptos como referidos a una misma realidad objetiva:

“De manera que la representación boca y la fantasía oral no solamente se configuran influyéndose mutuamente en un proceso recíproco y continuo sino que, como miembros que pertenecen a dos cadenas distintas de organización del conocimiento (corporal y psíquico), mantienen entre sí una relación específica...”¹⁹

Se trataría entonces de una misma realidad en la que existe una suerte de correspondencia biunívoca entre lo corporal y lo psíquico. De lo cual resulta, sostiene el autor, que los conceptos de psicogénesis o somatogénesis resultan obsoletos, ya que hay en cada trastorno del ser las dos entidades, cuya percepción y conocimiento varía según cómo las aprehenda la conciencia. Parece reducir la cuestión de lo psicosomático a una simple alternativa entre dos enfoques en todo complementarios:

“Cuando decimos (...) que todo lo corporal posee un sentido psicológico y todo lo psíquico posee un correlato corporal, no presuponemos que un fenómeno psíquico se convierta en corporal o viceversa, sino que la

¹⁹ Chiozza, L. (1977); El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires. P. 130

existencia misma del fenómeno somático puede ser comprendida en su sentido y la existencia misma del fenómeno psíquico puede ser contemplada en su aspecto corporal.”²⁰

En este sentido, para Chiozza, tras de todo fenómeno somático habría un significado oculto y específico esperando a ser descubierto por la pericia del psicoanalista.

Leopold Bellak, en el marco de la medicina psicosomática, que es la prueba de cómo “la medicina ha arribado a una concepción del hombre como entidad total”, trata la manifestación psicosomática en términos tales como antropomorfización del órgano afectado, o sobrevaloración hipocondríaca, para lo cual la tarea del médico consistiría en averiguar cuál es el sentido superficial, cotidiano que la afección tiene para el paciente, aunque la tarea se complica, admite Bellak, cuando las ideas acerca del significado de la enfermedad “proviene de fuentes menos concientes”. También adquiere gran importancia la explicación racional del proceso de la enfermedad, lo cual ayuda al paciente a tranquilizarse un poco y enfrentar mejor su trastorno al ser presentado por el médico ante “ese factor oscuro y amenazante que podríamos llamar el cuco de la enfermedad”.²¹

En una posición similar puede ubicarse a Flanders Dunbar, para quien “psicosomático no es más que un adjetivo que se aplica adecuadamente a un tipo de enfoque útil para encarar todo tipo de dolencias humanas”. Con Dunbar y Alexander aparece por primera vez el término psicosomática, en

²⁰ Chiozza, L. Op. Cit. P. 131

²¹ Bellak, L. (1977) Psicología de las enfermedades orgánicas. Hormé-Paidós. P. 15

Estados Unidos hacia 1930. El enfoque de Dunbar presenta una imagen estereoscópica de los métodos de observación psíquico y somático, echando por tierra la creencia en la dicotomía mente-cuerpo, "inexistente en el organismo mismo".²²

Para este autor existe para cada afección psicósomática específica, una personalidad también específica, es decir, rasgos de carácter que son dominantes en los afectados por tal o cual padecer corporal. Cree, además, que la exclusión del conflicto fuera de la conciencia produce una especie de cortocircuito a través de mecanismos subcorticales.²³

Franz Alexander, por su parte, convencido de que la enfermedad psicósomática propiamente dicha es bien diferente del prototipo de la conversión histérica, teorizó acerca de "esquemas dinámicos específicos" propios de los trastornos psicósomáticos, que darían cuenta de la forma en que una vivencia emocional traumática en la infancia hace emerger en el adulto este tipo de manifestaciones corporales. Alexander se refiere a un esquema energético. Las neurosis ordinarias implican un empantanamiento de la energía en el aparato psíquico. Pero esta energía puede también estancarse en un órgano o un aparato específicamente investido por la vida psíquica, creando así una neurosis de órgano y, en ciertos casos, lesiones orgánicas.

Henri Ey, en esta misma línea de pensamiento, afirma que la medicina psicósomática en tanto concepto designa, en primer lugar, la

²² Dunbar, F. (1978). *Aplicación de conceptos psicósomáticos*. Paidós. P. 35

²³ Chemama, R. *Diccionario de Psicoanálisis*. P. 359

tendencia a comprender todos los hechos de una situación en la unidad del organismo, resultando toda enfermedad, en este sentido, psicósomática. También "se aplica a todo síntoma o síndrome funcional, en el cual el médico encuentra como unidad patológica a la vez una expresión fisiológica y una expresión psicológica manifiestamente coordinadas". Por último, "existe una tercera categoría de hechos que expresan de una manera particular y prevalente las reacciones del sujeto a sus condiciones de vida: se trata de verdaderos hábitos patológicos de larga duración o cíclicos, verdaderas enfermedades que expresan un estilo particular de personalidad".²⁴ Este último grupo lo constituyen las llamadas neurosis de órgano.

Con mayor rigurosidad, Otto Fenichel utiliza un término similar a este último para dar cuenta de este remanido campo de lo psicósomático: síntoma órgano-neurótico. Lo hace advertido de que "no todos los cambios somáticos de carácter psicógeno merecen el nombre de conversión, por cuanto no todos ellos representan la traducción de una fantasía somática al lenguaje corporal". Agrega que "las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido".

²⁵ Cita Fenichel a Freud, quien ya había advertido que no toda perturbación funcional es necesariamente psicógena, discriminación equivalente a la hecha por el mismo Freud entre neurosis actuales y psiconeurosis. Fenichel,

²⁴ Ey, H. (1978) Tratado de psiquiatría. Mansso. P. 554

²⁵ Fenichel, O. (1971) Órgano-Neurosis. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. P. 274

descartando el concepto de "psicosomática", representante, a su parecer, de un dualismo que no existe, acuña, entonces, el término antes aludido, distinguiendo posteriormente cuatro clases de estos síntomas así rebautizados:

1. Equivalentes de afectos, en los que las expresiones físicas específicas de un afecto dado se producen sin las correspondientes vivencias psíquicas específicas, es decir, sin que la persona se percate de su significación afectiva.
2. Perturbaciones del quimismo en la persona insatisfecha, en los que la no realización del acto que pone fin a la tensión pulsional, ya sea por circunstancias externas, ya por inhibiciones internas, perjudica necesariamente el quimismo natural de los procesos de excitación y gratificación. Se trata aquí de estados de tensión que son detenidos en su evolución y descarga, no dando lugar a la emoción específica y alterando las funciones psíquicas del individuo.
3. Consecuencias físicas de actitudes inconscientes: en estos casos, una actitud desusada, arraigada en conflictos instintivos inconscientes, da lugar a un determinado comportamiento, el cual, a su vez, produce cambios somáticos en los tejidos. Estos no son directamente psicogénicos pero el comportamiento de la persona a causa del cual se iniciaron estos cambios, sí lo es.
4. Combinaciones de las posibilidades anteriores.

Un párrafo aparte merece la así denominada Escuela Psicosomática de París, que inauguró la investigación psicosomática en Francia, con Pierre Marty a la cabeza. Este último advierte acerca de que el conflicto inconsciente no puede explicar por sí solo la cuestión de lo psicosomático. Para Marty, el enfermo psicosomático sufre de trastornos en sus procesos de mentalización, designando este concepto a la actividad psíquica que elabora un conflicto determinado, proceso que caracterizaría al hombre normal. El vaciamiento resultante del empobrecimiento de estos procesos da lugar a un pensamiento de tipo operatorio, fijado a la realidad concreta y produciendo efectos deletéreos en la capacidad de imaginación, fantaseo y ensueño. El "pensamiento operatorio" descrito por Marty y M'Uzan se caracteriza por no tender a significar la acción sino a duplicarla, por tener rasgos del superyó, considerar al otro como idéntico, no metaforizar, por un sujeto presente pero vacío, entre otros elementos. En este sentido, algo del orden de lo afectivo sufre de insuficiente representación, viéndose hipertrofiado lo somático como manera patológica de manifestación de esta insuficiencia. La dimensión psíquica parece quedar fuera de juego. Las pulsiones, así salvajes e indomeñadas, victimizan al cuerpo ante la imposibilidad de dialectizarse a través de lo mental. Las postulaciones de esta escuela parecen confluír hacia la conceptualización de una estructura de personalidad psicosomática, distinta de la neurótica o psicótica. Esta escuela mantiene, como pilar de sus fundamentaciones acerca de lo psicosomático, la metáfora energética de Freud. De esta manera, el proceso de psicosomatización existe merced al cuerpo de los comportamientos

arcaicos y automáticos que podrían actualizarse en cualquier momento por efecto de un exceso de estimulación o de un desfallecimiento del funcionamiento mental.²⁶

²⁶ Chemama, R. Op. Cit.

- La concepción lacaniana de lo psicosomático

La cuestión del fenómeno psicosomático está lejos de ser central en la obra lacaniana, sin que esto implique que él no le hubiese otorgado importancia. Los autores que se basan en él, al momento de abordar el tema, recurren a referencias del mismo Lacan dispersas a lo largo de sus Seminarios y publicaciones. Estas referencias parecen dichas como al pasar, dentro de otro contexto, pero a partir de ellas todo un acervo de implicancias pueden ser derivadas y construidas.

Como es sabido, Lacan trabaja la teoría psicoanalítica de un modo muy especial. Lacan, formado en la International Psychoanalytical Association (IPA), fue progresivamente polemizando con esta institución sosteniendo que las escuelas posfreudianas que en ella se alojaban habían transformado radicalmente la obra de Freud, por medio de diversas tergiversaciones que hicieron perder de vista los elementos rectores de su obra. Lacan se propuso entonces llevar a cabo un "retorno a Freud", con el objetivo de realizar una minuciosa nueva visita a los textos de Freud y así volver a rescatar la esencia de la obra freudiana. Lacan no realiza sólo una relectura de Freud sino que introduce elementos novedosos y sumamente originales en el psicoanálisis, con el intento además de matematizar los conceptos.

Lacan lee en Freud la postulación de un inconsciente estructurado como un lenguaje. Rebautiza los procesos de condensación y desplazamiento como metáfora y metonimia respectivamente. Para él, la

Lacan contornea nuevos bordes a la cuestión de lo psicosomático. Él elige llamarlo fenómeno psicosomático (FPS) y esto no es simplemente una cuestión de estilo, sino que implica una concepción distinta del asunto. En primer lugar, usa fenómeno para diferenciarlo del síntoma, el cual implica la expresión simbólica de un conflicto inconciente. En el fenómeno, en cambio, tal malla simbólica está ausente, pues ha quedado fuera de juego. Fenómeno implica, además, aparición súbita e inesperada, algo que sorprende, que irrumpe. Puede asociársela en este sentido con reacción o respuesta psicosomática, en tanto tiene que ver con algo casi automatizado, algo que hace cortocircuito en el cuerpo, esquivando el lenguaje.

A través de la notación $\$$ podemos entender el efecto de eclipsamiento, la afanisis del sujeto en la cadena significante. La condición de consistencia de esta última es la disyunción del par significante S_1-S_2 , a partir del cual todo un acervo de cuestiones puede ser planteado: el rodeo metonímico del deseo, el fantasma, las formaciones del Inconciente, etc. La sentencia lacaniana del inconciente estructurado como un lenguaje invita a pensar en una combinatoria de elementos formales, los significantes, de los que siempre falta el Uno. Que falte no significa que esté ausente, sino que ex-siste fuera de los demás activando el movimiento de los otros significantes. ¿Qué sugiere entonces el par S_1-S_2 ? Muchas cosas, entre ellas que no existe el todo; que en tanto parlêtre, en tanto ser del habla, algo siempre se escapa cuando se habla; que no hay significante que represente al sujeto; que el sujeto sabe más de lo que dice y dice más de lo que sabe;

que en todo enunciado, algo opera como enunciación y ese algo es del orden de lo inconsciente.

Desde el axiomático "el significante es lo que representa al sujeto para otro significante", se puede pensar que el S_1 representa al sujeto para todos los otros significantes S_2 , pero no hay significante que pueda representar al sujeto. De alguna manera el sujeto, el sujeto barrado huérfano de significación, está perdido entre los significantes. La inoculación significante (que siempre es desde el Otro, gran Otro, al cual también le falta el Uno, por eso está barrado) vacía al cuerpo viviente de goce. El significante opera, por decirlo así, como anestesia al goce; por eso el goce no se siente. Lacan plantea que el goce está prohibido para aquel que habla y que el principio del placer es una ley que ordena gozar lo menos posible. Sin embargo, el sujeto no renuncia tan fácilmente al goce, el cual, zigzagueante, sigue bordeando lo real del cuerpo. Fundamentalmente transgresor, el goce buscará constantemente ir más allá del principio del placer. Veremos que algo del orden del goce entra indefectiblemente en juego en el fenómeno psicósomático. Más que entrar, produce una irrupción intempestiva.

Con Lacan, se hace evidente que el efecto psicósomático proviene de la notable aptitud del cuerpo al condicionamiento, o sea, a someterse al imperativo de signos, que en la experiencia pavloviana son de hecho significantes del experimentador. El peligro viene del Otro. En el fenómeno psicósomático existiría un fracaso en la interrogación por el deseo del Otro, la ausencia de afanisis. La entrada al lenguaje produce un sujeto dividido,

escindido. El viviente mítico debe articular su necesidad como demanda dirigida al Otro. Aquí surge el deseo. Pero el Otro también desea y demanda. El sujeto no puede transponer la demanda del Otro, que así queda absolutizada, blindada ante la posibilidad de ser respondida por el fantasma. Por masificación significativa, esa demanda se hace signo, pierde el enigma, pierde el equívoco. Cuando Lacan intercala sus comentarios sobre Pavlov y los condicionamientos, apunta a que el experimentador expresa una demanda incuestionable, que termina por alterar una función biológica. Pues esto es similar a lo que sucede en el fenómeno psicossomático.

Pareciera como si los significantes impuestos al sujeto tuvieran como efecto el que este último se manifestara dentro del marco de la necesidad, regresando a la misma situación de dependencia que se establece entre el bebé y la madre, sin poseer conciencia alguna de su deseo; de este modo, el deseo y la necesidad pueden confundirse, por lo cual no habría dialéctica del sujeto.²⁹ *Hay deseo porque hay inconsciente, es decir, lenguaje que se le escapa al sujeto en su estructura y en sus efectos y porque siempre hay en el nivel del lenguaje algo que está más allá de la conciencia y es ahí donde puede situarse la función del deseo.*

En el hombre, a causa de la gran prematuridad de su nacimiento, su cuerpo empalma inicialmente con esa máquina extracorporal que es la madre. En consecuencia, la satisfacción de las necesidades vitales se ve sometida a su omnipotencia. Ahora bien, lo que regula su capricho o su deseo, su saber inconsciente, está estructurado como un lenguaje.

²⁹ Guir, J. (1983) Psicossomática y cáncer. Paradiso. P. 14

Nuestro cuerpo, privado de instinto, es invadido así progresivamente por otro cuerpo, el de la lengua materna, que va a hacer de él un cuerpo humano. La regulación de su fisiología dependerá de la posición del sujeto con respecto a la constelación significativa que le dicta las condiciones de su existencia, y especialmente del significante fálico, cuyo privilegio es significar la relación de su cuerpo viviente con el deseo del Otro.

El futuro sujeto desea ser el falo para su madre, es decir, ser todo para ella. El padre interviene como representante de la Ley, representante del orden simbólico, y prohíbe la unión dual del hijo con su madre. La pulsión es reprimida en posición ignorada y reemplazada con un símbolo.

Lacan sostiene que, puesto que el infante es incapaz de ejecutar las acciones específicas que satisfacerían sus necesidades biológicas, tiene que expresarlas en forma vocal, a través de demandas, para que otro realice estas acciones. Como el objeto que satisface la necesidad del niño es provisto por otro, adquiere la importancia adicional de dar prueba del amor del Otro. En consecuencia, también la demanda cumple una doble función: además de expresar una necesidad, se convierte en una demanda de amor. Y así como la función simbólica del objeto como prueba de amor deja en la sombra su función real de satisfacer una necesidad, también la dimensión simbólica de la demanda (como demanda de amor) eclipsa su función real (como articulación de la necesidad). Esta doble función da origen al deseo, puesto que las necesidades que la demanda expresa pueden satisfacerse, pero el anhelo de amor es incondicional e insatisfacible; por lo tanto, persiste como un resto, aun después de satisfechas las necesidades; este

resto constituye el deseo, en tanto excedente producido por la articulación de la necesidad en la demanda.

Aunque la verdad acerca del deseo está presente en toda palabra, la palabra nunca puede expresar la verdad total sobre el deseo; siempre que la palabra intenta articular el deseo, queda un resto, una demasía, que excede a la palabra. El deseo es la forma en la que se introduce una pura falta que causa un movimiento. Para Lacan el deseo está articulado a la metonimia, en la medida en que ésta introduce la falta en ser en la relación con el objeto. Por llenarse esa falta con la significación, opera el factor de remisión que caracteriza a toda significación, tal remisión hace que la falta quede así íntimamente asociada a un deseo vivo, que introduce el movimiento. Deseo no sólo es pura falta sino también causa de movimiento, de acto, de vitalidad.

Existe una íntima relación entre el sujeto y el significante fálico. Tal relación se caracteriza, primero, por el hecho de que el significante del sujeto se encuentra forcluido y, segundo, porque justamente el sujeto adviene a la realidad como significación de esa falta, por lo que es significación fálica; además, el falo simbólico es el único significante distinto de todos los otros. La forclusión del significante del sujeto se articula así con el significante de una falta en el conjunto de los significantes. ¿En qué consiste la forclusión del sujeto? En que el sujeto está faltando en su realidad. Porque al sujeto todo le resulta accesible de la realidad, salvo él mismo. Él no puede apreciar de la realidad el hecho de que sea suya, por la razón de que el término que lo representa en esa realidad, está forcluido en el sistema. Si el término que

representa al sujeto está forcluido del sistema, el sujeto en su realidad está ausente y entonces la realidad no se le presentará como "su" realidad sino como "la" realidad.

El significante fálico es impronunciable como tal y sólo marca la falta: se trata aquí de que el Otro carece del término que pueda inscribir al sujeto y esa falta es ineliminable. Lo que puede sufrir avatares es que se inscriba, que se marque la falta, o que esa inscripción falte.

Lacan plantea que existen todos los significantes, en tanto batería o código, pero que en el sujeto siempre Uno falta. Falta porque lo simbólico es no-todo, porque no recubre lo Real por completo, porque siempre queda un resto a la deriva. La falta de un significante no debe ser homologada punto por punto a psicosis, que Lacan formalizó en torno a la forclusión del significante del Nombre-del-Padre. En las psicosis falta uno en especial, justamente a causa de esta forclusión. En el campo de las neurosis también falta uno, con la diferencia que aquí esta falta está inscripta, legalizada y articulada, de esta forma, al significante fálico. Si la estructura está debidamente ordenada o legalizada, tanto el deseo como el goce se conciben con relación a la demanda. El primero será el más allá de toda demanda y el segundo será un más acá, ambos por efecto de la presencia de la demanda pero nunca pueden ser reabsorbidos o anulados por ella. Ninguna demanda dejará de producir un efecto de más allá, en tanto que siempre implica un plus, ni tampoco ninguna demanda dejará de fracasar en su intento de capturar completamente en sus redes al goce del cuerpo. Al no poder ser vueltos a capturar por la demanda, o sea, por lo que puede ser

dicho, uno por excederle y el otro por ser lo que no termina de incluirse, entonces el significante impronunciable por excelencia, el significante inenunciable, pasa a ser el significante tanto del deseo, como del goce.

El significante vacía al cuerpo viviente de goce. Esta operación es posible gracias a que la introducción que en lo simbólico hace la madre, en tanto Otro primordial, del niño, tiene como consecuencia el encauzamiento de la pulsión, delimitando las zonas erógenas por donde ésta encuentra su recorrido, es decir, conductos más o menos preconcebidos para que el goce circule. Las dos consecuencias iniciales de esta operación son, por un lado, la emergencia del sujeto hablante, deseante, miembro de la cultura, a la vez que, por otro, queda alienado a estos significantes que marcan el desconocimiento radical de sí mismo.

"Nada surge de lo corporal en sí mismo, nada puede derivarse de los instintos, ya que en la producción del sujeto todo parte del significante. ¿Qué del significante? Lo más significativo del significante. Cuando del campo significativo se deja caer todo lo que es contingente o histórico, o sea, los significantes mismos, hay algo que siempre resta, es el intervalo que hay entre ellos. Cuando todo significativo se desvanece, resta el intervalo."³⁰

Es justamente esta ausencia la que caracteriza al fenómeno psicossomático. En él no hay posibilidad de dialectización, de interrogación, puesto que la articulación significativa, que debería haber puesto en movimiento ese goce congelado en el cuerpo, falta. Donde el intervalo significativo no se produjo, se produce un efecto de pegoteo de los

³⁰ Eidsztein, A. Op. Cit. P. 307

significantes, lo que Lacan llama holofraseo de la cadena significante. El intervalo es la hendidura donde el objeto a , que ha caído como resto, puede alojarse, y donde, por ende, el sujeto entra en relación con este objeto causa que pone en movimiento al deseo. Lacan plantea que "...cuando no hay intervalo entre S_1 y S_2 , cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos..."³¹, entre ellos, el fenómeno psicossomático.

Lo psicossomático, aunque no es un significante, es algo que, al fin y al cabo, sólo es concebible en la medida en que la inducción significativa a nivel del sujeto ocurrió de una manera que no pone en juego la afánisis del sujeto.

Sucede que en el proceso de la estructuración subjetiva, una porción de carne no es barrida por el significante, no es siquiera rozada y esto por diversas circunstancias. Todo sucede como si un tren –lo simbólico- pasara de largo por una estación en la que tal o cual porción de cuerpo debía ser recogida. Es así que queda un goce allí fuera de los rieles del significante. Un goce no evacuado, un oasis de goce en medio del cuerpo del significante concebido como desierto de goce. Este goce no desterrado permanece allí inmutable y mudo. La relación entre la holofrase y la lesión psicossomática puede pensarse como una consecuencia que esta última tiene sobre los significantes. Es decir, que ese goce mudo alojado en el cuerpo insta a los significantes a colapsar sobre sí mismos, por lo cual el fenómeno no remite

³¹ Lacan, J. (1964) Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. P. 157

más que a sí mismo, no puede ingresar en deriva metonímica ni sustitución metafórica. Esta no remitencia explica la dificultad técnica y clínica que presentan estos pacientes cuando acuden a análisis: en torno a la lesión no hay nada; los significantes colapsan, el juego fantasmático es precario y la angustia falta.

“Este goce, normalmente separado del cuerpo, aquí ha vuelto a entrar: retorna en el cuerpo. (...) Pero en el fenómeno psicossomático no tenemos el goce fálico de la esquizofrenia, ni el temporalmente alternado de la paranoia; no tenemos una deslocalización del goce, como tampoco tenemos su localización “normal” en las llamadas zonas erógenas: tenemos una localización desplazada, un atentado localizado en el cuerpo.”³²

Notemos que esta no evacuación del goce del cuerpo sólo puede ocurrir antes de que todo registro imaginario, simbólico y real estén de algún modo constituidos. Por eso lo psicossomático es del orden de lo primitivo. Nunca puede ser localizado su punto de conformación y nunca puede saberse nada de él más que cuando irrumpe, cuando hace eclosión. ¿Por qué? Porque el goce que allí habita es mudo, pero allí subsiste aletargado, agazapado, presto a despertar frente algún disparador que, al menos, lo roce.

“Sólo en la medida en que una necesidad llegue a estar involucrada en la función del deseo podrá concebirse lo psicossomático como algo distinto a la monserga que consiste en decir que todo lo que sucede en lo somático

³² Miller, J. -A. (1988) Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático. Matemas II. Manantial. P. 178

tiene una réplica psíquica (...) Hablamos de psicósomático en la medida en que allí ha de intervenir el deseo, en la medida en que allí se conserva el eslabón del deseo, aunque ya no podamos tomar en cuenta la función de afánisis del sujeto." ³³

Es decir que en el fenómeno psicósomático este deseo primitivo, no evolucionado, podría ser puesto en movimiento. A algo de este orden se apuesta en la clínica, a saber, a que el fenómeno pueda llegar a dialectizarse, a instituirse como una pregunta por el deseo del sujeto.

Lacan plantea que el fenómeno psicósomático es del orden de algo escrito en el cuerpo, a modo de un jeroglífico, que presenta un enigma que está hecho para leer.

Es justamente en la medida en que el inconsciente quedó fuera de juego, en tanto el sujeto se enfrenta a signos que no pueden ser tramitados por la vía de las formaciones del inconsciente, que una lesión psicósomática puede producirse. Por eso dice Lacan que la invención del inconsciente puede servir para algo en la clínica con este tipo de casos.

³³ Lacan, J. (1970) El Seminario, Libro XIV, La lógica del fantasma, inédito. P. 235

Conclusiones

A lo largo de este trabajo hemos logrado, al menos parcialmente, discriminar aquéllos conceptos más pertinentes en torno a las circunstancias en que una lesión puede desgarrar una porción del cuerpo.

Hemos visto que Freud, con su conceptualización acerca de la histeria, opera como pilar fundamental e inevitable al momento de resaltar los nexos existentes, más allá de la simple realidad orgánica, entre el cuerpo y el psiquismo. Como hemos reseñado anteriormente, el síntoma histérico opera como el elemento y eslabón primordial de toda la teoría psicoanalítica y es a partir de él que Lacan puede desarrollar los conceptos que hemos referido en torno al fenómeno psicossomático.

Por otro lado, el punto de contacto entre el FPS y las Neurosis Actuales podría delimitarse en torno a la ausencia de mediación simbólica común a ambas entidades. Pero creemos que aquí se agota el parentesco puesto que a partir de este punto de contacto, comienzan las divergencias. En primer lugar, podría decirse que las Neurosis Actuales implican un trasfondo de angustia, que es del orden de lo estructural, esto es, constituye un resto de angustia no sintomatizable. En este sentido este resto de neurosis actual sería intrínseco a la estructura. En cambio, todo lleva a pensar que el FPS es anterior a la estructuración subjetiva propiamente dicha, es del orden de lo primitivo. El sólo hecho de hablar de angustia invita a pensar en que algo del ordenamiento del sujeto está constituido: es decir que esta angustia opera como bisagra entre el deseo y el goce. En cambio

en el FPS esta última discriminación no existe porque la realidad del deseo no ha sido puesta en movimiento. Por último, las manifestaciones de ambas entidades son diferentes: detallamos las de las neurosis actuales para destacar su especificidad; en el FPS las lesiones implican siempre rotura y corte en un órgano o un tejido del cuerpo, que termina lacerado.

Creemos que la lectura que Lacan hace del terreno de la psicósomática abre un panorama distinto en la clínica. Los autores que hemos reseñado no dejan de hacer de este campo ya una fenomenología, ya una tipología, muchas veces dejando lagunas al momento de lograr que sus concepciones de lo psicósomático sean coherentes con la teoría de la cual surgen. Lacan, en cambio, si bien usa la palabra fenómeno para sustantivar lo psicósomático, siempre lo hace desde la estructura, desde lo estructural que hace del ser humano una víctima de la letra.

Nos gustaría destacar que, en nuestra aún calidad de estudiantes, los lineamientos que hemos vertido no son más que conceptos que, desde nuestra perspectiva, parecen ser los más ajustados, coherentes, válidos y éticos al momento de trabajar sobre estas cuestiones. Sin duda, falta el eslabón más importante que es el de la clínica concreta, el momento en que estas formulaciones requieran ser puestas en movimiento, el momento en que estas formulaciones necesiten de confirmaciones y consecuencias beneficiosas para los analizantes. Sólo allí podremos acotar el valor real de los mismos, sopesar sus posibilidades, sus defectos y virtudes para seguir profundizando en ellos, repensarlos, hacerlos funcionar. Porque, como decía el mismo Freud, "sólo después de una más profunda investigación del

campo de fenómenos de que se trate, resulta posible precisar más sus conceptos fundamentales científicos y modificarlos progresivamente, de manera a extender en gran medida su esfera de aplicación, haciéndolos así irrefutables. Éste podrá ser el momento de concretarlos en definiciones. Pero el progreso del conocimiento no tolera tampoco la inalterabilidad de las definiciones." ³⁴

No se debe olvidar que el campo abierto por Lacan en torno al FPS, si bien a partir de unas pocas líneas, es enorme en cuanto a sus posibilidades y no puede menos que invitar al debate y la reflexión permanentes.

El percatarse de que el cuerpo que llevamos no es más que por el significante que lo parcela, opera, entonces, como una referencia capital desde la cual emprender el abordaje del FPS. Allí donde el goce se eterniza en la carne haciendo desfallecer al significante es donde la posición del analista debe ser puesta en juego, justamente, con todas las letras.

³⁴ Freud, S. (1915) Los instintos y sus destinos. Biblioteca Nueva. Tomo II. P. 2040

Bibliografía

- Bellak, L. (1977); Psicología de las enfermedades orgánicas, Paidós.
- Chemama, R. Diccionario de psicoanálisis.
- Chiozza, L. (1977); El conocimiento psicoanalítico de la enfermedad somática, en *Cuerpo, afecto y lenguaje*, Paidós, Buenos Aires.
- Churchland, P. (1975); El problema ontológico (el problema mente-cuerpo), *Materia y conciencia*, Gedisa.
- Clavreul, J. (1978); El orden médico, Argot.
- Dunbar, F. (1978); Aplicación de conceptos psicósomáticos, *Medicina Psicosomática*, Paidós, Buenos Aires.
- Eidelsztein, A. (2001); Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Volumen 1, Letra Viva, Buenos Aires.
- Evans, D. (1997); Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano, Paidós, Buenos Aires.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. (1978); Tratado de psiquiatría, Mansso, Barcelona.
- Fenichel, O. (1971); Órgano-neurosis, Teoría psicoanalítica de las neurosis, Paidós, Buenos Aires.
- Freud, S. (1894); La neurastenia y la neurosis de angustia. Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1920); Más allá del principio del placer. Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.

- Freud, S. (1912); Algunas observaciones sobre el concepto de lo inconsciente en el psicoanálisis. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1910); Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión. Obras completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1929); El malestar en la cultura. Obras completas. Tomo III. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1895); Estudios sobre la histeria. Comunicación preliminar. Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1888); Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras 'Completas. Tomo I. Buenos Aires. Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1925); Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1920); Introducción al narcisismo. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1915); La represión. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1894); Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1915); Lo inconsciente. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.

- Freud, S. (1915); Los instintos y sus destinos. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1923); Neurosis y psicosis. Obras Completas. Tomo III. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1895); Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires, Biblioteca Nueva, 1968.
- Guir, J. (1983); Los fenómenos psicósomáticos, Psicósomática y cáncer, Paradiso.
- Lacan, J. (1950); Psicoanálisis y medicina, Intervenciones y Textos 1, Manantial, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1955); El Seminario, Libro 2, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1956); El Seminario, Libro 3, Las Psicosis, Paidós, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1963); El Seminario, La angustia, inédito.
- Lacan, J. (1964); El Seminario, Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1975); Conferencia en Ginebra sobre el síntoma, Intervenciones y Textos 2, Manantial, Buenos Aires.
- Mazzuca, R., Lombardi, G., de Lajonquerie, C.; Curso de Psicopatología IV. Buenos Aires, Tekné.
- Mazzuca, R., Lombardi, G., de Lajonquerie, C.; Curso de Psicopatología III. Buenos Aires, Tekné.

- Miller, J. -A. (1988); Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático, Matemas II, Manantial, Buenos Aires.
- Rifflet-Lemaire, A. (1971); Lacan, Edhasa, Barcelona.
- Schneider, P. (1974); La tendencia psicossomática en medicina, Psicología aplicada a la práctica médica, Paidós, Buenos Aires.
- Soler, C. (1987); El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan, en Gorali, V.; Estudios de psicossomática I, Atuel.