

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESINA DE LICENCIATURA

**“EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: UNA
PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA”**

Alumna: Sconfianza, Mariana

Directora: Lic. Santoni, Mariana

Mendoza, Marzo de 2013

Hoja de Evaluación:

Tribunal:

- **Presidente:**
- **Vocal:**
- **Vocal:**
- **Profesor Invitado: Lic. Santoni Mariana**
- **Nota:**

Agradecimientos:

A mi familia, por su cariño, su apoyo incondicional, y por ayudarme a hacer posible este objetivo de vida.

A mi novio, Maximiliano, por brindarme su amor y contención en este último tramo de mi carrera.

A mis amigas de la vida, que desde su lugar acompañaron con optimismo y alegría este proceso.

A mis compañeras de estudio, Lorena, Natalia y Clarisa, por tantos momentos de amistad, y proyectos compartidos.

A la Lic. Mariana Santoni, por su dedicación, esfuerzo, y apoyo en la dirección de la presente tesina.

A aquellos docentes que acompañaron mis estudios a lo largo de estos años.

¡Gracias a todos!

Mariana

Resumen

Las enfermedades psicosomáticas han sido objeto de estudio, a lo largo de los años, por parte de diferentes disciplinas: la medicina, la psicología, el psicoanálisis, etc; las cuales han intentado dar respuesta acerca de su etiología, su desarrollo y remisión.

En el presente trabajo se realiza un recorrido histórico sobre el término psicosomática, sus orígenes y la evolución del mismo, para luego profundizar los aportes del psicoanálisis al estudio del tema, centrándose en la enseñanza de Lacan, tomando como antecedente las teorizaciones freudianas.

Se desarrollarán las referencias fundamentales de Lacan sobre el fenómeno psicosomático, presentes en los seminarios 2, 3 y 11, y en la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Cabe destacar que el término Fenómeno psicosomático es introducido por Lacan y será el término con el cual se trabajará en la presente tesina.

Se hará un acercamiento a los aspectos médico- clínicos específicos de la psoriasis, para trabajar un caso clínico de psoriasis desde la perspectiva teórica propuesta, en relación al fenómeno psicosomático.

Abstract

In this dissertation's (degree) in psychology, will work the problem of psychosomatic phenomenon from a psychoanalytic perspective. This type of phenomenon affects a huge number of people, producing effects of several types and severity, reaching, at its extreme, to produce disabling consequences for sufferers. Different disciplines have studied it, trying to address its causes and possible treatments.

As a result, the question arose about the contributions individuals made Lacan's teaching on the psychosomatic phenomenon, as he calls it: how it stands in relation to the theory of structures in relation to the signifier and the enjoyment , what possible interventions can be performed on the subject that presents.

To this end, there will be a qualitative study of descriptive scope, not experimental, with the goal of achieving a theoretical approach to the fundamental references postulated by Lacan in relation to this topic. Will begin with a general review about the subject, including psychoanalytic history and classifications of diagnostic manuals. In Chapter I, there will be a historical tour in relation to psychosomatic concepts, building history, Freud fundamental concepts regarding the hysterical symptom and its difference from the psychosomatic phenomenon. In Chapter II, we will revise the conceptions of diagnostic manuals on the psychosomatics, taking as references, ICD - 10 and DSM-IV TR. In Chapter III, will develop fundamental Lacan's references in relation to psychosomatic phenomenon, found in seminars II, III, IX, and the Geneva Conference on the symptom. Note that the latter will not be deepened in this dissertation.

In Chapter IV, will be a counterpoint between hysterical symptoms psychosomatic phenomenon, referencing mainly the concepts developed in the previous capítulo.11

Finally, in Chapter V, will work a case on the subject, and links it with the theoretical concepts worked.

Índice

Título.....	pág.2
Hoja de Evaluación.....	pag.3
Agradecimientos.....	pág.4
Resumen.....	pág.5
Abstract.....	pág.6
Introducción.....	pag. 11

Capítulo I El concepto de Psicopatología: recorrido Histórico

I.A. Antecedentes históricos.....	pag.14
I.B. Aportes fundamentales	pág.17
I.B.1 Pierre Marty.....	pág.17
I.B.1.1 Las fijaciones- regresiones.....	pág. 20
I.B.1.2 Puntos de fijación somática.....	pág. 21
I.B.2 Aportes de Sigmund Freud.....	pág.23
I.B.2.1. La neurosis histérica.....	pág. 23
I.B.2.2. El síntoma.....	pág. 28
I.B.2.3. La pulsión.....	pág. 36
I.C. La perspectiva psicoanalítica lacaniana.....	pág. 38

Capítulo II Concepciones de los Manuales Diagnósticos sobre Lo psicopatológico

II.A. Aportes del DSM IV.....	pág. 43
II.A.1 Trastornos somatomorfos.....	pág. 43
II.A.1.1 Trastorno de somatización.....	pág. 44
II.A.1.2. Otros trastornos somatomorfos.....	pág. 45

II.B. La CIE-10.....	pág. 47
II.B.1. Trastorno de somatización.....	pág. 48
II.B.2. Trastorno somatomorfo indiferenciado.....	pág. 49
II.B.3. Trastorno hipocondríaco.....	pág. 50
II.B.4 Disfunción vegetativa somatomorfa.....	pág. 51

Capítulo III Referencias fundamentales al fenómeno psicossomático en la enseñanza de Lacan

III.A. Reacciones psicossomáticas.....	pág. 54
III.B. Fenómeno psicossomático y neurosis: su contrapunto con Psicosis	pág. 58
III.C. Fenómeno Psicossomático: cadena significativa y Holofrase.....	pág. 62
III.D. Fenómeno psicossomático y goce.....	pág. 74
III.D.1. El mito de Aristófanes y la falta fundamental En el sujeto.....	pág. 78

Capítulo IV Fenómeno psicossomático y sus diferencias con la Neurosis

IV.A. Autoerotismo y narcisismo.....	pág. 87
IV.B. Intervalo, significativa y holofrase.....	pág. 92
IV.C. Asociación libre e interpretación del analista.....	pág. 106
IV.D. El fenómeno psicossomático y el síntoma histérico.....	pág. 114
IV.D.1. El síntoma desde Lacan.....	pág. 114
IV.D.2. El fenómeno psicossomático.....	pág. 123

Capítulo V Presentación de un caso clínico de Fenómeno Psicosomático

V.A. Análisis del caso clínico.....	pág. 126
V.A.1. Presentación del caso.....	pág. 126
V.B. Aspectos médico- clínicos de la psoriasis.....	pág. 133
V.B.1. Histopatología de la forma tradicional.....	pág. 133
V.B.2. Otras formas de psoriasis.....	pág. 134
V.B.3. Diagnóstico.....	pág. 135
V.B.4. Etiopatogenia.....	pág. 135
V.B.5. Factores desencadenantes.....	pág. 136
V.B.6. Tratamiento.....	pág. 136
V.B.7. Criterios de severidad.....	pág. 138
V.B.8. Factores psicosociales y económicos relacionados....	pág. 139
V.C. Análisis psicoanalítico del caso.....	pág. 144
Conclusiones.....	pág. 152
Bibliografía.....	pág. 155

Introducción

En la presente tesina de licenciatura en Psicología, se trabajará la problemática del fenómeno psicósomático desde la perspectiva psicoanalítica.

Este tipo de fenómeno afecta a una gran cantidad de personas, produciendo efectos de diversos tipos y gravedad, llegando, en su punto extremo, a producir consecuencias incapacitantes para quienes lo padecen. Diferentes disciplinas lo han estudiado, intentando dar respuesta a sus causas y sus posibles tratamientos.

A raíz de ello, surge el interrogante acerca de los aportes particulares de la enseñanza de Lacan sobre el fenómeno psicósomático, tal como él mismo lo denomina: ¿Cómo ubica Lacan el Fenómeno psicósomático en relación a la teoría de las estructuras, en relación al significante y al goce? ¿Qué posibles intervenciones propone en relación al fenómeno psicósomático?

En relación a estos interrogantes, se realizará un estudio de tipo cualitativo, de alcance descriptivo, no experimental, con el objetivo de lograr un acercamiento teórico a las referencias fundamentales postuladas por Lacan en relación a este tema.

Se comenzará por una revisión general en torno a la temática, que incluye los antecedentes psicoanalíticos y las clasificaciones de los manuales diagnósticos.

En el capítulo I, se realizará un recorrido histórico en relación a los conceptos de psicósomática, tomando como antecedentes fundamentales los conceptos de Freud en relación al síntoma histérico y su diferencia respecto del fenómeno psicósomático.

En el capítulo II, se hará una revisión de las concepciones de manuales diagnósticos sobre la psicósomática, tomando como referencias, el CIE - 10 y el DSM- IV TR.

En el capítulo III, se desarrollarán las referencias fundamentales de Lacan en relación al fenómeno psicósomático, que se encuentran en los seminarios II, III, XI, y en la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Cabe destacar que ésta última no será profundizada en la presente tesina.

En el capítulo IV, se realizará un contrapunto entre fenómeno psicósomático y síntoma histérico, teniendo como referencia, fundamentalmente, los conceptos desarrollados en el anterior capítulo

Finalmente, en el capítulo V, se trabajará un caso clínico sobre el tema, articulándolo con los conceptos teóricos trabajados.

Dentro de la psicología, la perspectiva psicoanalítica permite enfocar la temática del Fenómeno Psicósomático desde una mirada alternativa a la posición médico tradicional, centrada los aspectos biológicos.

El psicoanálisis, al introducir la dimensión inconsciente, permite el abordaje del fenómeno psicósomático desde la articulación entre inconsciente y cuerpo.

CAPÍTULO I:

EL CONCEPTO DE FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: RECORRIDO HISTÓRICO

I. A .Antecedentes históricos generales del concepto de fenómeno psicosomático

El concepto de “Fenómeno Psicosomático” como tal, fue introducido por Lacan en sus seminarios, a lo largo de su enseñanza. En este apartado, se realizará un recorrido histórico en relación al tema, tomando, conceptos aportados por diversos autores, que hacen referencia a la “psicosomática”

El vocablo psicossomática data del año 1946. Había sido utilizado anteriormente por el psiquiatra alemán Joan Heinroth, a comienzos del siglo XIX, para caracterizar una forma de insomnio. Un siglo más tarde se lo retomó para designar esta nueva disciplina de la medicina. Es una concepción que incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas, cuestionando el positivismo reinante en la medicina, desde fines del siglo XIX.

Desde el Renacimiento, los descubrimientos de la ciencia han revolucionado sin cesar el campo de los conocimientos, y de las técnicas. Si bien por un lado esto benefició a la medicina, por el otro lado ella se recluyó en la idea de que toda la patología llegaría a ser explicada alguna vez en términos físico- químicos, y expresada según medidas. Esta actitud no hizo sino reforzarse por obra de los progresos de la fisiología, la bioquímica, de la neuroendocrinología, así como de los descubrimientos de Pasteur. Fue la era de las investigaciones de laboratorio que seguían el modelo epistemológico mecanicista de la época.

Como antecedente fundamental para la concepción de la psicossomática, se encuentran los estudios de Claude Bernard, sobre la función glucoformadora del hígado y la capacidad del ser humano de mantener y restablecer el equilibrio interno, y de Pavlov, con el estudio sobre los reflejos condicionados.

Sus continuadores descubrieron que el condicionamiento hace intervenir también a las estructuras sub-corticales. Las emociones entonces, son condicionantes. Distintos nexos de condicionamiento se establecen en niveles funcionales de diferente complejidad.

Por otro lado, Cannon, en 1911, demostró que los efectos fisiológicos de las emociones repercuten en todos los niveles del organismo, por intermedio de las vías córtico- talámicas y nerviosas autónomas, y que ellas intervienen en la regulación de la homeostasis del medio interno. En suma, cada uno de los trabajos aportó numerosos elementos, pero ninguno de ellos podía explicar la articulación de todos los elementos para la aparición de la enfermedad en un individuo determinado en un momento singular de su existencia.

La psiquiatría, por otra parte, se esforzaba por hallar una explicación a las enfermedades mentales por acción microbiana o lesión tisular. La neurología, por su lado, con la aplicación de los modelos de Morgagni y Virchow, pudo constituirse como una disciplina médica precisa. Pero las enfermedades mentales, con la excepción de la demencia senil y las parálisis generales, seguían siendo un campo inexplorado.

Hacia finales del siglo XIX, Freud, partiendo de sus trabajos sobre las parálisis, la afasia y la histeria, descubre la realidad dinámica del inconsciente, y crea la teoría psicoanalítica. Esta teoría permitió establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicosomática de un individuo. Aunque Freud no se haya interesado especialmente por el fenómeno psicosomático, fue su inspirador. Los estudios sobre la histeria y las psiconeurosis en general, permitieron plantear el problema de lo psicosomático.

La escuela de Chicago en el año 1930 comenzó a realizar investigaciones sistemáticas sobre este tema. La escuela alcanzó un gran florecimiento en el mundo entero. Dentro de sus integrantes, fue Frantz Alexander quien profundizó en mayor medida en el fenómeno psicósomático. Para él, las manifestaciones más primitivas del psiquismo se inscriben en la fisiología de las funciones viscerales que corresponden a las necesidades vitales. Consideró al fenómeno psíquico como un aspecto subjetivo de ciertos procesos fisiológicos.

A partir de la noción de neurosis de órganos, y tomando los perfiles elaborados por Dunbar entre rasgos de personalidad y manifestaciones mórbidas, Alexander elaboró la noción de constelaciones psicodinámicas características de ciertas afecciones somáticas. En esta perspectiva, la enfermedad se da producto de cierto número de factores, entre ellos, las reacciones emocionales que producen angustia, la agresividad y las actitudes afectivas que traen las reacciones consigo. Pero esta teoría de Alexander seguía siendo dualista, porque no pudo proporcionar una explicación de los nexos orgánicos que hacen del hombre un ser psicósomático, pero aportó las bases para las futuras investigaciones.

En Estados Unidos, en el año 1939, apareció una revista sobre psicósomática *Psychosomatic Medicine*, y a partir del año 1947, ya se hacía sentir el interés en Francia sobre la temática. Las investigaciones fueron mucho más allá del mero interés médico y psiquiátrico, haciéndose estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la relación entre ciertas formas de existencia y algunas enfermedades crónicas, y experimentos con animales. Es decir, ha habido una gran cantidad de estudios de diversa índole, pero aportes aislados de distintas teorías y una ausencia metodológica en sus estudios.

A partir de las observaciones de ciertas enfermedades que no entraban en el marco de las conversiones histéricas ni de las neurosis actuales, algunos psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de París, crearon la Escuela de Psicopatología de París, con la dirección de Pierre Marty. Así la psicopatología se erigió como una disciplina independiente y autónoma. La investigación continuó su curso, adquiriendo mayor precisión en sus conceptos y mayor rigor científico

I.B. Los aportes fundamentales a la temática fenómeno psicopatológico

I.B.1 Pierre Marty

Este autor fue un gran investigador dentro de la llamada “ciencia psicopatológica” ; indagó sobre las relaciones y vínculos entre la psique y el soma, y cómo resultan, producto de dichas relaciones, las afecciones psicopatológicas, que se dan en forma particular en cada sujeto. Sostiene acerca de ello en su libro *La psicopatología del adulto: “Las manifestaciones somáticas de la infancia y de la edad adulta constituyen los sucesos más legibles y por eso los más conocidos por la mayoría de nosotros, como así también las manifestaciones mentales extremas. Fenómenos de orden general sometidos empero a la individualidad (organizaciones, fijaciones, regresiones, desorganizaciones, reorganizaciones) rigen en efecto los movimientos de vida y de muerte así como el orden psicopatológico de cada individuo”* (Marty, 1990, pág. 44).

Es decir que más allá de las similitudes que compartimos los seres humanos, la forma de manifestación en cada uno de nosotros varía, teniendo en cuenta la constitución biológica, los factores hereditarios, los psíquicos y la influencia ambiental, que determinan una forma particular del padecer.

Según el autor, las enfermedades somáticas son, en gran parte, consecuencia de las inadecuaciones del individuo a las condiciones de vida que le toca vivir, posiblemente por no poder lograr, con los medios que posee, una adaptación al medio. Sostiene además, que la posibilidad de lograr tal adaptación, está dada por tres campos: el del aparato somático, el del aparato mental, y el de los comportamientos. Cuando la disponibilidad combinada del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se encuentra desbordada, puesta en jaque por una situación nueva, el aparato somático comienza a responder, y se produce la desadaptación.

En el libro *Lecturas de lo Psicossomático*, Békei (1996), realiza una compilación de distintos autores que elaboran conceptos sobre lo psicossomático, entre ellos, Pierre Marty. Este autor, trabaja lo psicossomático a partir de los llamados puntos de fijación psicossomática. El capítulo que desarrolla este autor, en el libro de Bekei, trabaja este concepto fundamental en su teoría. El mismo se titula "*Puntos de fijación somática, paralización de las desorganizaciones*", en el mismo plantea las nociones de:

1. Organización y desorganización psicossomáticas
2. Fijación y regresión, puestas en relieve por Freud como procesos de funcionamiento mental.

A partir de estos conceptos, Marty plantea que las fijaciones psicossomáticas son sistemas paralizadores de las desorganizaciones psicossomáticas.

La organización psicósomática es una organización individual, dado que los elementos pueden variar en mayor o menor medida de un sujeto a otro. Pero existen ciertos grandes lineamientos comunes a esta organización psicósomática

En primer lugar, la evolución de las especies, que llevó a la organización de los mamíferos y luego del hombre. Luego siguió la filogénesis, que abarca los factores hereditarios que se deben tener en cuenta. Por último surge la ontogénesis, que aporta las particularidades individuales de cada ser humano: la vida intrauterina (en los diferentes niveles de la sensorio motricidad y los niveles de alergia), el nacimiento (lo sensorio motriz, lo táctil y lo respiratorio) y la primera infancia (se desarrollan las funciones que permiten el contacto con el mundo externo y los primeros vínculos).

Dentro de las organizaciones psicósomáticas, destaca también la organización del preconscious (concepto desarrollado por Freud en su teoría) durante la temprana infancia, dado que se apuntala sobre las funciones somáticas, constituye el engranaje fundamental del pensamiento, y presenta un rol fundamental: es la placa giratoria de la economía psicósomática.

Otro factor fundamental a tener en cuenta dentro de este apartado, es la evolución psicosexual del niño, con sus faces oral, anal y genital.

En cuanto a la desorganización psicósomática, debido a circunstancias externas e internas insoportables, ya sea por exceso o insuficiencia de excitaciones que involucran a los instintos, la mayoría de los individuos pueden desorganizarse. La desorganización representa teóricamente el movimiento inverso a la organización precedente. Esta desorganización afectaría en primer lugar las funciones psíquicas ligadas a lo genital, luego las ligadas a lo anal, y posteriormente a lo oral. Luego afectarían las funciones desarrolladas durante la infancia, luego las de la primera infancia, después las de la vida intrauterina,

hasta alcanzar las funciones ligadas a la filogénesis; y por último, las ligadas a la evolución de las especies.

En cuanto a las defensas de orden mental, somático o psicossomático, las mismas son susceptibles frente a los movimientos de las desorganizaciones. Dichas desorganizaciones pueden ser progresivas, llevando incluso al individuo hacia la muerte; pueden ser parciales y sólo durar un momento hasta que encuentra sistemas de defensa sólidos que no le permiten avanzar; además hay que tener en cuenta que son individuales y por lo tanto, las defensas también.

I.B.1.1.Las fijaciones- regresiones:

Esta noción también fue puesta de relieve por Marty, en lo referido al funcionamiento mental del sujeto. Dice acerca de ello:

“bajo el efecto de dificultades en el desarrollo somático, psicossomático, o psíquico, ciertas organizaciones funcionales activadas por la repetición de estas dificultades, adquieren un valor particularmente vitalizado que se fija progresivamente. Esto constituye el fenómeno de las fijaciones.

En los movimientos regredientes y por lo tanto contra-evolutivos, que en psicossomática llamamos desorganizaciones, los valores vitales fijados durante el desarrollo constituyen puntos de atracción para las desorganizaciones y a la vez, refugios funcionales, defensas, que son susceptibles de poner fin a estas desorganizaciones” (Marty,Ed. Amorrortu, *Psicossomática del adulto*, 1990,pág. 62)

I.B.1.2.Puntos de fijación somática

Marty afirma que fue necesaria toda la evolución somática de un individuo para que se instale su organización mental, la cual no existe sin la evolución somática. Propone que las fijaciones somáticas pueden haber precedido a las mentales. El retorno a estas fijaciones somáticas puede prolongar y completar las regresiones mentales, o incluso sustituirlas.

Posteriormente hace alusión a la histeria de conversión, a la cual la diferencia de afecciones consideradas por él como psicósomáticas, tales como las migrañas, gastritis, manifestaciones colíticas, etc., Sostiene acerca de este punto

“las afecciones mencionadas no responden a las reglas de las histerias de conversión. De ninguna manera son objeto de erotizaciones. Generalmente no aportan soluciones a conflictos internos. No están sino apenas sostenidas por representaciones. No tienen significación simbólica. Proceden de mecanismos distintos de la represión: los de las desorganizaciones psíquicas o supresión de las representaciones, por ejemplo. Finalmente, su naturaleza generalmente es compleja desde el punto de vista funcional. Por lo tanto. Las considero solamente parientes lejanos de las conversiones histéricas” (Marty, Ed. Amorrortu, *Psicósomática del adulto*, 1990, pág. 63-64).

El autor señala también que en las afecciones propiamente psicósomáticas intervienen numerosos factores, de orden sensorio- motrices, circulatorios, hormonales, alérgicos e inmunológicos, también de orden neurobiológico, etc. Sostiene además que las regresiones corresponden sólo globalmente a las fijaciones que las atraen. No obstante, propone un esquema

que permite delinear las regresiones somáticas surgidas de las fijaciones.

Dicho esquema está compuesto por cuatro reglas:

1. Se desencadenan por un traumatismo psicoafectivo, que da lugar a una desorganización momentánea del aparato mental, dando lugar a la regresión psíquica que precede a la regresión somática.
2. Son no evolutivas y reversibles
3. Pueden ser habituales para los sujetos
4. Están localizadas y constituidas por hiperactividad e hipoactividad de sistemas funcionales relativamente aislados de la organización de los individuos.

I.B.2. Aportes de Sigmund Freud

I.B.2.1. La neurosis histérica

Freud, desde la creación de la teoría psicoanalítica, manifestó un evidente interés sobre los efectos de lo psíquico sobre lo corporal biológico. Si bien no definió específicamente al fenómeno psicósomático, investigó profundamente las neurosis, en especial la histeria, haciendo hincapié en la influencia de los conflictos psíquico en el cuerpo, por medio de los llamados “*síntomas conversivos*”, en los cuales por medio del mecanismo de defensa de la represión, el afecto reprimido encuentra una vía sustitutiva por medio de la descarga corporal. Dice al respecto en Psicoterapia de la Histeria(1895) ***“La histeria se genera por la represión, desde la fuerza motriz de la defensa, de una representación inconciliable; de que la representación reprimida permanece como una huella mnémica débil (menos intensa), y el afecto que se le arrancó es empleado para una inervación somática: conversión de la excitación.”*** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. II,2004,[1895], págs. 290-291). Es decir, el síntoma corporal viene en lugar de aquello psíquico que no ha sido posible de tramitar, pero que existía previamente.

Asimismo realizó diferenciaciones en cuanto a la causación de una histeria: las que son producto de una gran trauma, las que se producen por el agrupamiento de varios traumas parciales, aquellas en las cuales los síntomas remiten por medio del método catártico y desaparecen, otras en que el síntoma vuelve a aparecer una y otra vez, o es reemplazado por otro de diferente índole, pero todas tienen en común el proceso de sustitución simbólica por el de inervación corporal.

En el texto *“Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos”* (1893), destaca la influencia de un evento en la vida del sujeto como productor de la histeria y de su estallido, sea una histeria de origen traumático o no. Es decir, el estallido de la histeria está vinculado a un evento que se relaciona con la biografía del sujeto, y debe tener alguna relación con una determinada parte del cuerpo. Es decir, allí hay un enlace simbólico entre el evento traumático y la descarga en el cuerpo del sujeto, la trasposición de lo psíquico en lo biológico por medio del mecanismo de defensa de conversión. Dice al respecto

“ hemos descubierto que Pues bien: hemos descubierto que en el histérico, simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que estos recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos son unos traumas psíquicos que no fueron abreaccionados por completo, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que el histérico padece de traumas psíquicos incompletamente abreaccionados” (Freud, Ed. Amorrortu, Vol III, 2004, [1893], pág 39)

Existen dos tipos de histeria, en las cuales los recuerdos devienen patógenos. En el primero, los eventos que guardan nexo causal con el desencadenamiento de la histeria, son representaciones de índole tan traumática que y tanto que el sistema nervioso no tuvo poder para tramitado de ninguna manera. En otros casos, el recuerdo es en sí, ínfimo, pero las circunstancias lo tornan traumático, entonces el sujeto lo significa de tal forma, que produce efectos similares al anterior caso.

En *“Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas”* (1893), Freud sostiene algo fundamental en relación a la histeria, que ya venía trabajando anteriormente en relación a ella: la ausencia de lesión orgánica en ella, algo que la va a diferenciar del fenómeno psicósomático, y que sirve como antecedente para pensarlo como algo distinto de una conversión histérica, o sustitución simbólica. Sostiene ***“(…) La lesión histérica debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia de ella.(…) La histeria es ignorante de la distribución de los nervios(…) Toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan.”*** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol III, 2004, [1893], pág. 206). Es decir, toma el órgano como un depositario de la libido que ha sido desligada de la representación reprimida, pero no se produce lesión en la carne.

En el texto *Neuropsicosis de defensa* (1894), Freud puntualiza tres formas de histeria: hipnoide, de defensa y de retención, además de puntualizar sobre la neurosis obsesiva. Acerca de sus síntomas, refiere su génesis, ubicándola en el desplazamiento del afecto de la representación hacia otro lugar. Refiere acerca de ello:

“Acerca del camino que desde el empeño voluntario del paciente lleva a la génesis del síntoma, neurótico, me he formado una opinión (…) La tarea que el yo defensor se impone, tratar como “non arrivée”, no acontecida la representación inconciliable, es directamente indisoluble para él, una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr convertir esta representación intensa en una débil, arrancarle el afecto, la suma de excitación

que sobre ella gravita(...) empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.”

(Freud, Ed. Amorrortu, Vol IV, 2004, [1894], pág. 50)

En relación a la histeria, define el mecanismo de conversión, el cual sugiere que puede ser total o parcial, pero cuya inervación sensorial o motora mantiene un íntimo lazo con la vivencia traumática, por lo cual el yo quedaría momentáneamente exento de contradicción y conflicto, pero lo cual conlleva, lo que él llama en este momento, la formación de un núcleo psíquico segundo. Asimismo, distingue a la histeria a partir de su aptitud para la conversión, como una predisposición histérica a trasladar a la inervación corporal las sumas de excitación psíquica.

En el año 1905, publica, el caso Dora, en *“Fragmento de análisis de un caso de histeria”*. En dicho texto, profundiza sobre la relación entre los mecanismos psíquicos de histeria, y su vínculo con los procesos oníricos. Freud aclara asimismo, en este texto, la importancia de tener en cuenta, además de los procesos psíquicos, lo biológico, lo somático, y el entorno del enfermo.

Tras la exposición del caso Dora, extrae conclusiones fundamentales para lograr entender más profundamente la neurosis histérica, específicamente en cuanto a la relación entre la aparición de un síntoma somático y un evento de la vida del sujeto. Los síntomas presentes de Dora se encuentran relacionados a determinadas circunstancias vitales en las cuales la moción pulsional no tuvo posibilidad de descarga, por lo que fue reprimida y mediante mecanismo de conversión, depositada en el cuerpo. Es notable entonces, concluye Freud, cómo en cada una de las neurosis, sus mecanismos psíquicos particulares llevan a resolver el asunto de manera particular, siendo en la histeria, su modalidad específica, los mecanismos de represión y conversión.

En el texto “*Lo inconsciente*” (1915), específicamente en el apartado titulado “*Tópica y dinámica de la represión*”, Freud hace un análisis de los tres tipos de neurosis que agrupó bajo el nombre de *neurosis de transferencia*: la histeria de angustia, la histeria de conversión, y la neurosis obsesiva. Con respecto a la que nos interesa, sostiene

“En la histeria de conversión, la investidura pulsional de la representación reprimida es traspuesta a la inervación del síntoma. En cuanto a la medida y a las circunstancias en que la representación inconsciente es drenada mediante esta descarga hacia la inervación, para que pueda desistir de su esfuerzo de asedio contra el sistema Cc (Prcc), es nítido en la histeria de conversión: sale a la luz en la formación de síntoma.” (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004 [1915], pág.181)

En este texto, sustituye la palabra afecto por investidura pulsional, que da cuenta de aquello reprimido en el inconsciente que es traspuesto en el síntoma.

I.B.2.2.El síntoma

En la 17ª conferencia, titulada *El sentido de los síntomas*, Freud afirma que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo, tiene un nexo con el sujeto. El mismo fue descubierto por Breuer, mediante el estudio y curación de la histeria. Afirma acerca de ello:

“el sentido de los síntomas reside en un vínculo con el vivenciar del enfermo. Cuanto más individual sea el cuño del síntoma, tanto más fácilmente esperaremos establecer este nexo. La tarea que se nos plantea no es otra que esta: para una idea sin sentido y una acción carente de fin, descubrir aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin” (Freud, Ed. Amorrortu, Vol XIV, 2004 [1915], págs. 246-247)

Es decir, destaca un carácter histórico a los síntomas que padece el neurótico. Y hacia el final de la conferencia, agrega algo más: la posibilidad de que existan síntomas típicos, universales que permitan ordenar las neurosis según la manifestación de los mismos.

En siguiente conferencia, titulada *Fijación al trauma, lo inconciente* (1915-1917), trabaja, a partir de las neurosis, los procesos anímicos inconscientes, y vincula a éstos con los síntomas neuróticos. Dice acerca de ello ***“el sentido de los síntomas es desconocido para el enfermo, y el análisis muestra por lo regular que estos síntomas son retoños de procesos inconscientes, que, empero bajo diversas condiciones favorables, pueden hacerse conscientes”*** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004, [1915-1917], pág. 255).

Significa que lo que ocurre en el inconsciente del sujeto es fundamental para el trabajo analítico, dado que la cura, en este momento está orientada a hacer consciente lo inconsciente. Incluso Freud sostiene que es preciso que el sentido mismo de los síntomas sea inconsciente. Al decir suyo, hay una relación de subrogación entre condición de inconsciente y existencia de síntomas, dado que una vez que el sentido del síntoma se hace consciente, éste tiene que desaparecer.

¿Qué se oculta detrás de un síntoma? Freud nos dice que los síntomas se conforman porque son sustitutos de ciertos procesos anímicos que en lugar de desplegarse normalmente, llegando hasta la consciencia, se vieron interrumpidos, permaneciendo inconsciente. El síntoma sería entonces, un sustituto de estos procesos anímicos reprimidos. Mediante la terapia, se trabaja el saber del sujeto en cuanto al sentido de sus síntomas, y la posibilidad de hacerlos conscientes para que los mismos desaparezcan. Pero para que esto se produzca, el saber debe descansar en el interior del inconsciente.

En relación al síntoma histérico, dice sobre este:

“el análisis de todo síntoma histérico singular nos lleva hasta una cadena íntegra de impresiones vitales, cuando éstas regresan, el paciente consigna de manera expresa que habían sido olvidadas hasta ese momento (...) la amnesia histérica se deja reconocer como prosecución directa de la amnesia infantil, que a nosotros, las personas normales, nos oculta los comienzos de nuestra vida anímica” (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004,[1915-1917], pág. 259).

Es posible apreciar entonces, según Freud, que en las histerias las amnesias son algo corriente, dado que innumerables ataques histéricos ocurren sin dejar huella alguna.

En su 19ª conferencia, titulada *Resistencia y represión* (1917), Freud continúa desarrollando la teoría sobre el síntoma, presentando al mismo como un sustituto de aquello que fue interceptado por el proceso represivo. En este momento maneja el concepto tópico del aparato psíquico (Cc-Precc. e lcc), y plantea que la resistencia del enfermo neurótico a la eliminación de sus síntomas, es la misma fuerza que actúa como impulsoras del mismo. En esta conferencia, entonces, plantea a la represión como precondition para la formación del síntoma neurótico, y la misma se gesta en el paso del lcc al Precc. Sostiene acerca de ello ***“Debe de haberse producido una violenta renuencia a que el proceso anímico cuestionado penetrase hasta la conciencia; por eso permaneció inconciente. Y en cuanto inconciente tuvo el poder de formar un síntoma. Esa misma renuencia se opone durante la cura analítica al esfuerzo por volver a trasportar lo inconciente a lo conciente.”*** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004[1915-1917], pág. 269).

Por ello, sostiene que las mociones que posteriormente son reprimidas, pertenecen en primer lugar a lo inconciente, y sólo bajo determinadas circunstancias, son susceptibles de hacerse conscientes. Los que son reprimidos, chocan con la resistencia que Freud, en este momento la coloca entre el lcc. y el Prcc. El síntoma entonces, viene en lugar de aquello que reprimió y no fue posible hacer consciente, una formación que es producto del choque entre la moción pulsional y la resistencia; por ello Freud lo llama *formación de compromiso*.

En la 23ª conferencia, llamada “ *Los caminos de la formación de síntoma*”, Freud hace una exposición detallada de la formación de síntomas en la neurosis histérica. En primer lugar, sostiene nuevamente, como en las anteriores conferencias, que el síntoma neurótico es el resultado de un conflicto entre la exigencia libidinal y las resistencias del yo, por eso el síntoma es una solución a esto, una formación de compromiso. Una de esas partes, la libido insatisfecha, busca otros diferentes de la realidad, para encontrar su

satisfacción. Esa libido, rechazada de la realidad por las resistencias yoicas, se vuelca entonces sobre representaciones inconscientes, que tienen sus propias leyes de funcionamiento, diferentes a la de la consciencia. Allí se configura el síntoma. Afirma Freud al respecto **“ Así, el síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconciente, desfigurado de manera múltiple; es una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí.”** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol XIV, 2004[1915-1917], pág. 328)

¿Cómo se posibilita el escape de la libido? Por medio de las fijaciones, la libido emprende un camino regrediente que permite sortear las represiones y encontrar una descarga satisfactoria. La libido entonces, sostiene Freud, se encuentra íntimamente ligada al inconsciente. Estas fijaciones corresponden a épocas anteriores de la vida del sujeto; se encuentran enraizadas en vivencias sexuales (reales, fantaseadas, o una mezcla de ambas) de su temprana infancia, objetos perdidos en la niñez, y disposiciones constitucionales. Es decir, en lo innato y en lo adquirido tempranamente, producen las fijaciones libidinales. Los síntomas vienen entonces, a crear un sustituto para esa satisfacción frustrada, por medio de la regresión libidinal a épocas anteriores de la vida del sujeto.

El sujeto neurótico busca a lo largo de su pasado una época en donde no echaba de menos la satisfacción libidinal, y entonces se produce una regresión hacia ese estadio, para repetir la sensación de placer que alguna vez sintió allí. Afirma Freud sobre ello:

“ el síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. La

modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño(...) Lo que otrora fue para el individuo una satisfacción, está destinado, en verdad, a provocar resistencia o repugnancia” (Freud,Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004, [1915- 1917], pág. 333).

Por ello, para el sujeto adulto, la satisfacción del síntoma es irreconocible, no puede reconocer la sensación de placer en él, porque sus causas y mecanismos permanecen en el inconsciente.

Por otro lado, en numerosas ocasiones el síntoma se extraña del mundo exterior, produciéndose un retroceso hacia el principio de placer y las primeras vivencias sexuales infantiles (que pueden ser reales o fantaseadas, e incluso totalmente opuestas a la verdad histórica), reproduciendo las sensaciones iniciales de satisfacción de la pulsión sexual, hayan sido éstas reales o no. ¿Cuál es entonces la diferencia en cuanto a las consecuencias, de que una vivencia haya sido real o fantaseada? Para Freud, no existe diferencia: en las neurosis, lo que cuenta es la realidad psíquica, mucho más que la realidad material.

Asimismo, en esta conferencia, Freud destaca la importancia del factor cuantitativo de la investidura libidinal en la conformación del síntoma. Al respecto, sostiene ***“El conflicto entre dos aspiraciones no estalla antes que se hayan alcanzado ciertas intensidades de investidura, por más que preexistieran las condiciones de contenido.”*** (Freud, Ed. Amorrortu, Vol. XIV, 2004[1915-1917], pág. 341). Es decir, introduce el factor económico, además del dinámico, en la conformación del síntoma neurótico.

En el texto *“Inhibición, síntoma y angustia”* (1925), afirma que el síntoma es

“indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es el resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello. Mediante la represión, el yo consigue coartar el devenir-consciente de la representación que era la portadora de la moción desagradable” (Freud, Ed. Amorrortu, Vol.XX, 2004 [1925], pág. 87)

Éste se engendra a partir de la moción pulsional que es afectada por la represión, dado que algo escapa al mecanismo de defensa represivo. Es por obra de la represión que se engendra el síntoma. A pesar de ello y no obstante, el síntoma, surgido a partir del proceso represivo sobre la moción pulsional del ello, es sentido como un cuerpo extraño para el sujeto, es algo que no forma parte de él, le molesta, lo inquieta. Pero al mismo tiempo, le sirve al sujeto para propósitos que ni aún por él son conocidos. El síntoma es funcional, hay una adaptación al mismo por parte del yo, es lo que Freud llama la *ganancia secundaria de la enfermedad*, aunque el yo emplea diversos mecanismos de defensa contra él, al mismo tiempo desea incorporarlo en su conjunto.

Por otro lado, sostiene Freud, el síntoma presenta las más variadas sensaciones de displacer, comenzando por los síntomas motores, en donde las manifestaciones de displacer son mínimas, hasta los síntomas sensoriales, en cuyo caso el displacer y malestar es excesivo. No obstante, destaca que en la histeria de conversión, presenta síntomas sin angustia, porque lo pulsional se traslada al cuerpo. Sus mecanismos de defensa fundamentales son la represión y la conversión.

Sostiene acerca de ello:

“son numerosas las neurosis en las que no se presenta nada de angustia. La genuina histeria de conversión es de esa clase: sus síntomas más graves se encuentran sin contaminación de angustia (...) Los síntomas más frecuentes de la histeria de conversión (una parálisis motriz, una contractura, una acción o descarga involuntaria, un dolor, una alucinación) son procesos de investidura permanentes o intermitentes”
(Freud, Ed. Amorrortu, Vol XX, 2004[1925], pág. 106).

En la histeria, empleando el mecanismo de defensa de represión, el sujeto sustrae ese afecto y lo deposita en una parte del cuerpo: una inervación motriz, una contractura, etc. Las sensaciones del cuerpo en respuesta a ello, son diversas: en los síntomas motores, el yo no registra displacer, ni emergencia alguna de angustia. Frente a los síntomas sensoriales, el sujeto experimenta nítidas sensaciones de displacer, llegando incluso el dolor a niveles excesivos. El yo se comporta como si no tuviese participación alguna; sólo cuando la sensación de displacer es muy intensa se pronuncia defendiéndose.

Otro punto fundamental destacado por Freud, es la relación entre el síntoma y el desarrollo de angustia. Puntualiza dos opiniones al respecto: una, que la angustia es síntoma de la neurosis; la segunda, es que toda formación de síntoma se emprende para escapar de la angustia, que es la que Freud sostiene efectivamente. Según esta puntualización, el síntoma liga energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia. Entonces, si se obstaculiza la formación del síntoma, el peligro se presenta efectivamente. Por ello viene a cumplir la función de formación sustitutiva, que permite cancelar la situación de peligro experimentada por el sujeto: frente al propio peligro pulsional. Posee dos caras, una produce en el ello una modificación

mediante la cual el yo se sustrae del peligro, y la otra muestra lo que ella ha creado en reemplazo del proceso pulsional modificado, que es la formación del síntoma.

Ahora bien, ¿Qué significan esos peligros pulsionales, esas situaciones de peligro a las que se enfrenta el sujeto? Freud nos dice acerca de ellas, que cada situación de peligro que enfrenta el sujeto, se corresponden a una época de su vida, referentes a una fase del desarrollo anímico: en la primera infancia, el aparato anímico no está preparado para tolerar las grandes sumas de excitación que vienen desde adentro o desde afuera; en otra época, el punto principal de preocupación es que las personas de quienes el sujeto depende, no le retiren el cuidado tierno; luego vendrá la etapa en que el sujeto entra en las relaciones sociales, y la angustia frente al superyó, la conciencia moral adquirirán importancia y se exteriorizarán como angustia de castración.

No obstante el adulto neurótico no da por superadas estas etapas, sino que muchas veces frente a ellas se comporta como si todavía subsistieran las antiguas situaciones de peligro, aunque en la mayoría de los casos, la maduración propia del sujeto resigna esas antiguas condiciones de angustia, y tales situaciones de peligro pierden entonces su significatividad. En otros casos la angustia persiste pero despertada bajo otra condición. No obstante, el neurótico, afirma Freud, se diferencia del hombre normal por sus desmedidas reacciones frente a estos peligros.

I.B.2.3.La pulsión

Otro concepto fundamental, como antecedente para entender el fenómeno psicosomático, es el concepto de pulsión. En el texto **“Pulsiones y destinos de pulsión”**(1915), Freud teoriza ampliamente sobre el mismo, separando a la pulsión del instinto animal como algo diferente de éste. La define como *“un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático”*, que proviene del interior del organismo, que actúa como una fuerza constante (a diferencia del estímulo), una necesidad que debe ser cancelada mediante su satisfacción, porque no es posible huir de ella, al provenir del interior y no del exterior. El sistema nervioso, como aparato destinado a librarse de los estímulos que recibe, tiene una tarea mucho más complicada ante el estímulo interno que ante el externo, dado que no es posible sustraerse del mismo, por lo cual el proceso es de distinta índole, mucho más complejo: modificarse y modificar el mundo exterior para aliviarse de la tensión.

Por otra parte, Freud define cuatro términos que están relacionados al concepto de pulsión, que permiten comprender mejor dicho concepto:

•**Esfuerzo de pulsión:** es su factor motor, de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa. Es una propiedad universal de las pulsiones y su esencia misma.

•**Meta:** es su satisfacción, que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión. El camino para llegar a ello suele ser por entero diverso.

•**Objeto:** aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión porque no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina a consecuencia de su aptitud para posibilitar su satisfacción. Puede ser un objeto ajeno o incluso una parte del cuerpo propio.

•**Fuente:** es el proceso somático interior a un órgano o a una parte del cuerpo cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión. Es aquello desde donde ésta parte.

En este momento, establece dos tipos de pulsiones, que más adelante serán modificadas y agrupadas de otra manera. Aquí establece que las dos clases son las pulsiones yoicas o de autoconservación, y las pulsiones sexuales.

I.C. La perspectiva desde la clínica lacaniana

Sus aportes sobre el tema ofrecen una perspectiva diferente de la del concepto de “enfermedad psicósomática”. Desde la clínica lacaniana no se habla de enfermedad psicósomática, sino de fenómeno psicósomático.

Sus conceptualizaciones se encuentran desarrolladas principalmente en los seminarios 2,3 y 11 y en la conferencia en Ginebra sobre el síntoma de Lacan. Aunque son limitadas en la extensión de su desarrollo, poseen un gran valor en relación a la singularidad de su propuesta acerca del tema.

En el seminario 2 *“Introducción al Entwurf”* (1954-1955), Lacan aborda el fenómeno psicósomático relacionándolo con el concepto de autoerotismo, a diferencia de la neurosis que la ubica del lado del narcisismo y de la relación de objeto. En el seminario 3 *“La psicosis”* (1955-1956), dicho fenómeno es trabajado por él desde la perspectiva de las estructuras, ubicándolo en la línea cercana a la psicosis y diferenciándolo de la neurosis. Posteriormente, en el seminario 11

“Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964-1965), lo trabaja fundamentalmente en relación a los conceptos de cadena significante y holofrase.

Tomando en cuenta autores que sostienen la teoría de Lacan con respecto al fenómeno psicósomático, tomamos a Vera Goralí, quien afirma en su libro *“Estudios de psicósomática”* (1994): *“Nuestra posición tiene por eje un axioma emanado de la tesis del inconsciente estructurado como un lenguaje. Consideramos FPS únicamente a aquellas lesiones probablemente inducidas por la acción de lo simbólico, y en consecuencia irreversibles por la incidencia que, en el dispositivo analítico, lo simbólico ejerce sobre la inercia de la libido.”* (Goralí, 1994, págs. 279-280)

Del axioma fundamental *“El inconsciente está estructurado como un lenguaje”*, Gorali sostiene dos postulados:

a) *“Las consideraciones psicosomáticas no conforman una especialidad analítica ni una especialidad médica, sino el intento de teorizar una manera particular de incorporación de la estructura y los efectos correlativos de esa incorporación en la vertiente libidinal. A su vez, esta teorización tiene consecuencias lógicas en la dirección de la cura.*

b) *a la inversa, no todo daño orgánico, ni aun los más clásicamente considerados psicosomáticos, pertenecen de hecho al conjunto. Incluimos eventualmente aquellos que testimonian de un modo específico de satisfacción concomitante, a una elección puntual del sujeto por el ser. Hay un rechazo del sentido que lo deja librado a la dependencia de la imagen del otro en una porción determinada de la cadena.”*
(Gorali, Ed. Atuel, *Estudios de psicosomática*, 1994, pág. 280).

Desde la perspectiva psicoanalítica lacaniana, se tiene en cuenta a la persona que sufre, el fenómeno psicosomático, pero además, punto fundamental, se tiene en cuenta al sujeto que la ciencia médica deja de lado en el afán de encontrar la cura para quien está aquejado por una “enfermedad psicosomática”.

Por otra parte, Eidelsztein (2008), destaca algunos aspectos importantes sobre el tema:

Dirá que Lacan aborda el tema del fenómeno psicosomático diferenciándolo del síntoma, y lo distingue asimismo de la conversión somática. Realiza también una distinción con respecto a la neurosis, y lo sitúa en el plano

de lo real. El fenómeno psicossomático para Lacan no está incluido dentro del campo de las neurosis, porque éste reviste una relación con el órgano en donde éstos pasan a ocupar el lugar de objetos. La libido queda atrapada entonces, en un órgano del cuerpo real.

En su conceptualización, el autor hace hincapié en la necesidad de mantener la diferenciación entre psique y soma, aunque esto no significa que en la práctica terapéutica, para abordar el asunto del fenómeno psicossomático, no deban tenerse en cuenta ambos y aún más, trabajar sobre ambos aspectos que forman parte del sujeto. Pero siempre se deben tener en cuenta los factores que hacen a la posición de ese sujeto en particular, intentando evitar generalizaciones en las que habitualmente cae la medicina psicossomática, para poder abordar la demanda particular de ese sujeto con su padecimiento.

La intención del autor es poder concebirlo de una manera distinta de la tradicional, es decir, de las consecuencias psíquicas sobre lo somático, y poder abordar dicho fenómeno en relación a las respuestas del sujeto, en relación al inconsciente y al deseo en relación al cuerpo. Por ello, emplea el término “respuesta psicossomática” para dar cuenta de ello.

Éste sostiene que es necesario poder dar una definición restringida o específica acerca del fenómeno psicossomático, a fin de evitar la confusión o superposición con otro tipo de fenómenos, tales como la patología orgánica, o la conversión histérica, o patologías médicas de causa desconocida.

Ahora bien ¿Cuáles son los factores que según Eidelsztein (2008), deben estar presentes para poder especificar que se trata de una respuesta del campo del fenómeno psicossomático?

1- La lesión: la respuesta psicossomática implica una lesión, corte o discontinuidad real de un órgano o un conjunto de ellos. La misma puede ser

visible o no, o conllevar un dolor o ser indolora.

2- Falta de etiología médica: carecen de ella en sentido médico. Pero para su curación o remisión de los efectos que provoca, habitualmente se invocan los conocimientos médicos. Es decir, la medicina participa en la acción terapéutica

3- Biografía: la lesión debe poseer al menos, una propiedad positiva, es decir, debe estar asociada en su misma existencia a sucesos biográficos de la vida del sujeto que la padece. Debe aparecer, desaparecer, remitir o reaparecer de acuerdo a fechas o períodos importantes para la subjetividad particular.

El fenómeno psicósomático, a diferencia del síntoma, no es dialectizable, a diferencia del síntoma que si permite una articulación distinta en el relato del sujeto.

CAPÍTULO II

CONCEPCIONES DE LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS SOBRE EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

El fenómeno psicossomático ha sido abordado en numerosas ocasiones por distintas corrientes teóricas, dando cada una de ellas un particular enfoque sobre el tema, ya sea desde el ámbito estrictamente médico, aquellos que se acercan más a los aspectos psíquicos, y aquellos que intentan unificar lo psíquico y lo biológico en una concepción integradora.

II.A. Aportes del DSM IV

Tomamos el manual de los trastornos psiquiátricos, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría, para definir desde su perspectiva el fenómeno psicossomático. En él, se refiere a lo psicossomático como trastorno, lo que nos da una perspectiva en la manera de abordarlo, a partir de un conjunto de signos y síntomas identificables por el propio paciente y por el profesional.

II.A.1.Trastornos somatomorfos

En este apartado se ubican las entidades nosográficas definidas por el manual, como enfermedades psicossomáticas. La característica que tienen en común los trastornos presentados en este grupo, es que sugieren una enfermedad médica, cuyos síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad, el efecto de una sustancia o por un trastorno mental. Asimismo provocan un evidente y significativo deterioro en las áreas personal, social y laboral del individuo. Además sus síntomas no son posibles de controlar o simular, como en el caso de los trastornos facticios.

A continuación se enumeran los trastornos agrupados en este apartado:

II.A.1.1.Trastorno de somatización :

Se caracteriza por :

A)Una historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B) Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)

2. dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)

3. un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

4. un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad

táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)

2. si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

II.A.1.2.Otros trastornos somatoformos

Trastorno de conversión: son aquellos trastornos que presentan uno o más síntomas o déficits en las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren una enfermedad neurológica o médica, pero no se puede explicar por la presencia de ésta, por consumo de sustancias o comportamientos culturalmente normales. Conjuntamente se presenta con factores psicológicos asociados al síntoma, tanto en su inicio como en su exacerbación. El mismo no es producido intencionalmente o simulado, produce deterioro significativo en el área social, laboral o personal en la vida del individuo, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno por dolor: trastorno cuyo síntoma principal es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica. Asimismo, la presencia de factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la

persistencia del dolor. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia. Puede ser agudo (menor a 6 meses), o crónico (igual o superior a 6 meses).

Hipocondría: trastorno caracterizado por la preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos, la cual no es de tipo delirante, ni se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico. Dicha preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas. No se explica mejor por un trastorno de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo. Su duración es menor a 6 meses.

Trastorno dismórfico corporal : se caracteriza por la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. Dicha preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental

Trastorno somatomorfo indiferenciado: incluye trastornos somatomorfos que no cumplen los criterios para el diagnóstico de trastornos somatomorfos específicos.

II.B- El CIE – 10

La CIE- 10, por su parte, también elabora sus criterios acerca de los trastornos psicósomáticos, en el apartado de trastornos somatomorfos, muchos de los cuales comparte con el DSM IV. La CIE- 10 dice al respecto:

“Existe una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática. Aun en los casos en los que realmente estuvieran presentes trastornos somáticos, éstos no explican la naturaleza e intensidad de los síntomas, ni el malestar y la preocupación que manifiesta el enfermo. Incluso cuando el comienzo y la evolución de los síntomas guarda una estrecha relación con acontecimientos biográficos desagradables, o con dificultades o conflictos, el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aun estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico. “[...]”

Entre los trastornos enumerados por este manual, que serían relevantes para el asunto que nos ocupa, serían los siguientes:

II.B.1.Trastorno de somatización

El rasgo más destacado de este trastorno es la existencia de síntomas somáticos múltiples, recurrentes y, con frecuencia, variables, que por lo general han estado presentes durante varios años antes de que el enfermo haya sido remitido al psiquiatra. La mayoría de los enfermos han seguido un largo y prolongado camino a través de servicios de medicina primaria y especializados en los que se han llevado a cabo múltiples exploraciones con resultados negativos o intervenciones infructuosas. Los síntomas pueden afectar a cualquier parte o sistema corporales, pero los más frecuentes son molestias gastrointestinales (dolor, meteorismo, regurgitación, vómitos, náuseas, etc.) y dérmicas (prurito, quemazón, hormigueo, entumecimiento, comezón, dolorimiento, enrojecimiento, etc.). Las quejas sexuales y menstruales son también frecuentes.

En muchas ocasiones están presentes síntomas depresivos o ansiosos, tan importantes que pueden justificar un tratamiento específico. El curso del trastorno es crónico y fluctuante y suele acompañarse de interferencias duraderas de la actividad social, interpersonal y familiar. Se sabe que en algunos países el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y por lo general comienza al principio de la edad adulta. Como consecuencia de los frecuentes tratamientos medicamentosos, suele presentarse dependencia o abuso de fármacos (habitualmente sedantes y analgésicos).

Pautas para el diagnóstico:

- a) Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años.
- b) La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- c) Cierta grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

II.B.2.Trastorno somatomorfo indiferenciado

Esta categoría debe ser tomada en cuenta cuando las quejas somáticas sean múltiples, variables y persistentes, pero todavía no esté presente el cuadro clínico completo y característico del trastorno de somatización. Por ejemplo, pueden faltar la forma insistente y dramática de quejarse, los síntomas pueden ser relativamente escasos o faltar el comportamiento individual o familiar característicos. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico.

Si existe la posibilidad clara de un trastorno somático subyacente, o si la evaluación psiquiátrica no es completa en el momento de llevar a cabo la codificación del diagnóstico, debe recurrirse a otras las categorías diagnósticas.

La forma de abordaje es primordialmente fenomenológica en ambos casos, aunque afirman la existencia de factores psíquicos que influyen o determinan la aparición y la evolución del trastorno. El gran aporte de ellos es

que permiten unificar criterios a la hora de diagnosticar, principalmente cuando el consultante llega a solicitar la intervención del profesional, con criterios bien demarcados para evitar ambigüedades y desacuerdos.

La limitación que posee este tipo de enfoque, es que no tiene en cuenta la subjetividad, la particularidad de cada sujeto frente a lo que le sucede. Y ocurre en numerosas ocasiones, que se etiqueta a la persona con el rótulo de la enfermedad que padece.

II.B.3.Trastorno hipocondriaco

La característica esencial de este trastorno, según la CIE-10, es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico. Es habitual en este tipo de trastornos, que el enfermo valore sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. Entre los factores psicológicos, se encuentran la ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo

Este síndrome se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales (en contraste con el trastorno de somatización). Muchos enfermos, en especial los que padecen las variedades más leves de la enfermedad, permanecen en el ámbito de la asistencia primaria o son atendidos por especialistas no psiquiatras.

Frecuentemente se toma a mal el ser referido al psiquiatra, a menos que se lleve a cabo al comienzo del trastorno y con una colaboración cuidadosa entre el médico y el psiquiatra. El grado de incapacidad que deriva del trastorno es variable, y así mientras que unos enfermos dominan o manipulan a su familia y a su entorno social a través de sus síntomas, una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal.

II.B.4. Disfunción vegetativa somatomorfa

Dentro de este aparatado, se encuentran aquellos trastornos que presentan síntomas análogos a los de un trastorno somático de un sistema u órgano que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, los sistemas cardiovascular, gastrointestinal o respiratorio (se incluyen aquí también algunos aspectos del sistema genitourinario). Entre las patologías más frecuentes y destacadas, se encuentran aquellas que afectan al sistema cardiovascular ("neurosis cardíaca"), al sistema respiratorio (hiperventilación e hipo psicógenos) y al sistema gastrointestinal ("neurosis gástrica" y "diarrea nerviosa"). Por lo general los síntomas son de dos tipos, ninguno de los cuales sugiere la presencia de un trastorno somático de los órganos o sistemas afectados. El primer tipo, en el que se basa principalmente este diagnóstico, lo forman síntomas que se acompañan de signos objetivos de hiperactividad vegetativa, tales como palpitaciones, sudoración, rubor y temblor. Los del segundo tipo son más individuales, subjetivos y no específicos, tales como sensaciones fugaces de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión y sensaciones de estar hinchado o distendido, que son referidos por el enfermo a órganos o sistemas específicos (como también pueden serlo los síntomas vegetativos). El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia

persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno.

En algunos de estos trastornos pueden presentarse algunas alteraciones poco importantes de funciones fisiológicas, como hipo, flatulencia e hiperventilación, pero que no llegan a afectar por sí mismas al funcionamiento fisiológico esencial de cada órgano o sistema.

Pautas para el diagnóstico

- a) Síntomas persistentes y molestos debidos a una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo, tales como palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, etc.
- b) Síntomas subjetivos referidos a un sistema u órgano específico.
- c) Preocupación y malestar acerca de la posibilidad de padecer una afectación grave (pero frecuentemente no específica) de un determinado órgano o sistema que no logran alejar las repetidas explicaciones y garantías dadas por los médicos.
- d) La ausencia de una alteración significativa de la estructura o función de los órganos o sistemas afectados.

Excluye: Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificado

CAPÍTULO III

LACAN Y EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: SUS REFERENCIAS FUNDAMENTALES

III.A) Reacciones psicosomáticas

La primera referencia fundamental que hace Lacan con respecto al tema, se encuentra en el seminario 2, “ *La relación de objeto*” (1954-1955), específicamente en el capítulo VIII, titulado “ *Introducción al Entwurf.*”

En este capítulo se refiere al fenómeno psicosomático con el término de “reacciones psicosomáticas”. Lacan dice al respecto

“la relación con el objeto se ha convertido en un comodín que permite eludir numerosos problemas. Pero el objeto, en el sentido técnico que podemos darle, si tomamos en cuenta el punto al que hemos llegado en la elaboración de los diversos registros en los que se establecen las relaciones del sujeto, es otra cosa. Para que haya relación con el objeto, es preciso que ya exista relación narcisista del yo con el otro. Por otra parte, ésta es la condición primordial de toda objetivación del mundo exterior, tanto de la objetivación ingenua, como de la objetivación científica”. (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario II*, 2011,[1954-1955], pág.147)

Lo expuesto anteriormente indica que para Lacan es la relación con el otro, imaginaria, condición fundamental para la existencia de relación de objeto.

Sostiene, que en esta relación imaginaria con el otro es en donde se forma el yo. Afirma además, que hay ciertos órganos que están involucrados en esta relación narcisística, que estructura la relación con el otro y la constitución del mundo de los objetos.

Previo a este narcisismo constitutivo, hay energía libidinal en el interior del organismo, que da lugar al autoerotismo, el cual desempeña un papel sumamente importante en los fenómenos psicossomáticos. En él, hay una erotización de un determinado órgano.

Sobre esto, él especifica:

“ Se trata de saber cuáles son los órganos que entran en juego en la relación narcisista, imaginaria con el otro, donde se forma, bildet, el yo. La estructuración imaginaria del yo, se efectúa alrededor de la imagen especular del cuerpo propio, de la imagen del otro (...) Lo importante es que ciertos órganos están involucrados en la relación narcisista, en cuanto ésta estructura a la vez la relación del yo con el otro y la constitución del mundo de los objetos. Detrás del narcisismo, tiene usted al autoerotismo” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario II, 2011[1954-1955]; págs. 147-148)

Lacan, a partir de lo anterior, hace una división entre las neurosis y las reacciones psicossomáticas, y afirma:

“la neurosis está siempre enmarcada por la estructura narcisista. (el fenómeno psicossomático) como tal, se encuentra más allá, en otro plano. Ese otro plano (en la psicossomática) no es el de la relación con el objeto (...). Si algo sugieren las reacciones psicossomáticas como tales, es que están fuera del registro de las construcciones neuróticas. No se trata de una relación con el objeto. Se trata de una relación con algo que se encuentra en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos

y que, para ser precisos, no podemos alcanzar, y sin embargo, no lo olviden, está ahí: les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también de lo real. Las reacciones psicósomáticas se sitúan a nivel de lo real.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011 [1954-1955]; pág. 150)

Lo citado anteriormente, da cuenta de la primera división que establece Lacan entre psicosis y neurosis, colocando a la primera del lado del autoerotismo, y la segunda del lado de la relación narcisística, como previa a la relación de objeto, constitutiva del yo. Lo fundamental en relación a las reacciones psicósomáticas, es que coloca a éstas como cercanas a la psicosis, es decir, del lado del autoerotismo. En el autoerotismo, como investidura libidinal más primitiva que el narcisismo, todavía no hay relación imaginaria con el yo, más bien se trata de algo que ocurre en el interior del cuerpo, libido que circula y retorna a él, sin investir objeto, sino sobre el órgano mismo. En la relación de objeto, el yo se relaciona con el otro, quien le devuelve esa imagen completa de sí mismo, en una relación imaginaria y especular.

En las reacciones psicósomáticas, por el contrario, la relación narcisista no ocurre. Lo que se da es algo más primitivo, anterior al narcisismo. El yo no entra en ese vínculo imaginario con el otro, no hay relación de objeto, dado que el fenómeno psicósomático se sitúa por fuera del registro imaginario, a nivel de lo real.

Lo real, en esta época de la enseñanza de Lacan, hace referencia a aquello en donde no hay intermediación de lo simbólico, donde no hay objeto investido con libido, sino que la misma inviste directamente al órgano. Quiere decir que lo real es aquello que no se puede dialectizar, que escapa a la relación imaginaria establecida entre el yo y el otro. En el fenómeno psicósomático, lo real implica la inscripción directa en el órgano (la piel, un órgano interno, el que fuere), diferente del síntoma neurótico. Al respecto, el

doctor Perrier, quien discute con Lacan en la presente clase, sostiene “ **el enfermo psicossomático tenía una relación directa con lo real, con el mundo y no con el objeto**” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario II*, 2011[1954-1955], pág. 45).

Lo real es aquello que escapa a la dialéctica de lo simbólico, lo que no se puede poner en palabras. Se puede ejemplificar a partir de lo que Lacan, en la clase N° 14 del presente seminario, “*El sueño de la inyección de Irma*”, observa sobre el sueño de Irma.

“Hay, pues, aparición angustiante de una imagen que resume lo que podemos llamar revelación de lo real en lo que tiene de menos penetrable, de lo real sin ninguna mediación posible, de lo real último, del objeto esencial que ya no es un objeto sino algo ante lo cual todas las palabras se detienen y todas las categorías fracasan, el objeto de angustia por excelencia.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario II*, 2011[1954-1955], pág. 77)

III.B. Fenómeno psicossomático y psicosis: sus puntos en común y su contrapunto con la neurosis

La segunda referencia fundamental de Lacan sobre el fenómeno psicossomático se encuentra en el capítulo XXV del seminario 3, “*La psicosis*” (1955-1956), titulado “*El falo y el meteoro*”. En esta parte de su enseñanza, coloca al fenómeno psicossomático junto a la psicosis, ambas en contrapunto con la neurosis.

Menciona además las relaciones de objeto en relación a cada una de ellas, y la perturbación de la relación con el otro. Pronuncia al respecto

“Como hipótesis, cada vez que estamos ante un trastorno considerado globalmente como inmaduro, nos remitimos a una serie de desarrollo lineal derivado de la inmadurez de la relación de objeto. Ahora bien, la experiencia muestra que esta unilinealidad conduce a impasses, a explicaciones insuficientes, inmotivadas, que se superponen de modo tal que no permiten distinguir los casos y, en un primer plano, obliteran la diferencia entre neurosis y psicosis. Por sí sola, la experiencia del delirio parcial se opone a que hablemos de inmadurez, incluso de regresión o de simple modificación de objeto. Lo mismo sucede si nos referimos a las neurosis”.
(Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011 [1954-1955], pág. 442).

La cita anterior, nos sugiere que la diferencia entre neurosis y psicosis se perfila de acuerdo a la relación de objeto, que permite la división entre ambas. La neurosis del lado de la relación de objeto, la psicosis como careciendo de dicha relación, es la conclusión que Lacan sostiene desde el seminario 2,

reafirmada en la presente clase del seminario 3. Ya no es la experiencia de delirio lo que marca la diferencia, puesto que ésta es insuficiente para poder delimitarlas, dado que el delirio, puede aparecer en gran cantidad de trastornos, no se limita a la psicosis únicamente.

En referencia a la psicosis, toma el caso Schreber como ejemplo, y lo analiza articulándolo con conceptos como narcisismo y castración, conceptos centrales dentro de la clínica psicoanalítica lacaniana. Presenta la psicosis de Schreber como una desrealización y una despersonalización con respecto al mundo externo, donde se manifiesta una megalomanía, un agrandamiento del yo del sujeto. Pero ni el delirio, ni los síntomas hipocondríacos, explican y distinguen a la psicosis de la neurosis.

Es allí entonces, cuando Lacan hace una diferencia en torno a esto, y ubica al fenómeno psicósomático junto a la psicosis, en contrapunto con la neurosis afirmando:

(...) “Algo particular que está en el fondo de la relación psicótica, así como de los fenómenos psicósomáticos, de la que esta clínica se ocupó esencialmente, y que son ciertamente para ella la vía de introducción a la fenomenología de este caso (Schreber). Allí pudo tener la aprehensión directa de fenómenos estructurados de modo totalmente diferente a como lo están las neurosis, a saber, donde hay no sé qué impronta o inscripción directa de una característica, e incluso, en ciertos casos, de un conflicto, sobre lo que puede llamarse el cuadro material que presenta el sujeto en tanto que ser corporal. Un síntoma como una erupción, diversamente calificada dermatológicamente, del rostro, se movilizará en función de tal o cual aniversario, por ejemplo, de manera directa, sin intermediario, sin dialéctica alguna, sin que ninguna interpretación pueda marcar su

***correspondencia con algo que pertenezca al pasado del sujeto
Esto es sin duda lo que impulsó a Ida Macalpine a plantearse el
muy singular problema de las correspondencias directas entre
símbolo y síntoma.”*** (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011[1955-
1956], pág. 445-446).

Es decir que hay algo diferente en la psicosis y en el fenómeno psicossomático. Están estructurados de manera totalmente diferente a la neurosis, en donde sí hay inscripción a nivel del registro simbólico, como conflicto: el síntoma. Donde hay correspondencia entre el síntoma y el símbolo. En el fenómeno psicossomático, la lesión en el órgano se da como algo real, en el cuerpo biológico, sin intermediación ni dialéctica de lo simbólico, no hay correspondencia simbólica con la historia y la biografía del sujeto. Es algo acerca de lo cual el sujeto no puede hablar.

Eidelsztein, en su libro “Las estructuras clínicas a partir de Lacan”, retoma las referencias fundamentales de Lacan respecto al fenómeno psicossomático. Hace un análisis de la clase nº 8 del seminario 3, sostiene sobre el fenómeno psicossomático

“Dada la falta de articulación de la inscripción en el cuerpo, aunque la misma se movilice en la fecha de un aniversario, tal fecha no opera como un elemento histórico, motivo por el cual se denominó a este factor como biográfico, ya que la historia es una articulación de sucesos definidos en forma de significante. Sin articulación significativa, no hay historia. La relación de un hecho real con otro hecho real no es historia (...). En la respuesta psicossomática no se trata de un hecho simbólico, sino de una lesión real en el cuerpo (...) La falta de articulación y la consecuente ausencia de la función historizante en el fenómeno psicossomático, impide la función

terapéutica de la interpretación, o, mejor dicho, impide que cualquier intervención se convierta en o tenga el efecto de una interpretación” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág 289-290)

III.C.Fenómeno psicossomático: cadena significativa y holofrase.

La tercera referencia fundamental de Lacan, sobre el tema, se sitúa en el seminario 11, *“Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”*, (1964-1965) específicamente en el capítulo 17, titulado *“El sujeto y el otro (II) la afánisis”*; y en el capítulo 18 *“Del sujeto al que se le supone saber, de la primera diada y del bien”*.

Este seminario puede considerarse un punto central en la teoría de Lacan sobre el fenómeno psicossomático, en donde lo articula con conceptos como significativo y holofrase, el intervalo, las operaciones fundamentales constitutivas del sujeto (alienación y separación), *vorstellungrepresentanz*, etc. , Eidelsztein, siguiendo dichas referencias, afirma:

“El análisis de la concepción lacaniana de la psicossomática debe centrarse en torno al Seminario 11. Allí esta noción está, por primera vez, íntimamente articulada al conjunto de las nociones elaboradas por Lacan, aunque brevemente desarrollada. Con este conjunto de nociones, la psicossomática cobra un lugar lógico en la teoría y, consecuentemente, colabora en la articulación general, es decir, al ocupar un lugar en la red que le asigna su valor y significado, contribuye a coherentizarla.” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág. 293).

En el capítulo 17 del presente seminario, Lacan hace referencia a algunos puntos de interés que se pueden relacionar con la temática del fenómeno psicossomático.

En primer lugar, alude a las operaciones fundamentales del sujeto: alienación y separación. Articula esta primera operación fundamental con la aparición del sujeto en el campo del Otro, su condición primordial para ser sujeto, y el efecto de afánisis. Sostiene:

“Pues bien, esto es precisamente lo que quiero decir y lo que digo -pues lo que quiero decir, lo digo- al traducir *Vorstellungsrepräsentanz* por representante de la representación. Podemos localizar en nuestro esquema de los mecanismos originales de la alienación a ese *Vorstellungrepräsentanz*, en ese primer apareamiento significativo que nos permite concebir que el sujeto aparece en primer lugar en el Otro, en la medida en que el primer significativo, el significativo unario, surge en el campo del Otro y representa al sujeto para otro significativo, significativo cuyo efecto es la afánisis del sujeto. De allí, la división del sujeto –si bien el sujeto aparece en alguna parte como sentido, en otra se manifiesta como fading, como desaparición. Se trata, entonces, permítanse la expresión, de un asunto de vida o muerte entre el significativo unario y el sujeto como significativo binario, causa de su desaparición. El *Vorstellungsrepräsentanz* es el significativo binario.” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario XI, 2011 [1964-1965], pág. 226).

La operación de alienación, condena al sujeto a una vida cercenada, en donde hay algo que pierde, elige la bolsa o la vida; si elige la bolsa, pierde ambas, si elige la vida, vive pero a costa de una existencia cercenada de sentido. No hay sujeto sin pérdida de la completitud, es condición esencial para su aparición. En cuanto a la relación del sujeto con el significante, Lacan sostiene que no hay sujeto sin que haya en algún lado, afánisis, desaparición, y en esa alienación es en donde se constituye la dialéctica del sujeto. El surgimiento del sujeto sólo se da por medio de su afánisis en el otro lugar, en el inconsciente. El sujeto, en tanto dividido, se encuentra entre los dos significantes primordiales, producto de la relación con el Otro. Y es allí, entre esos dos significantes, el sujeto desaparece.

Por otro lado, ¿a qué se refiere Lacan con “*Vorstellungsrepresentanz*”? Lacan lo refiere como el representante representativo de la pulsión, y esto es lo reprimido en el sujeto, mientras que el afecto se puede ligar a otra cosa. Y es en el mecanismo original de la alienación, donde la misma se encuentra, ahí mismo donde se localiza al sujeto. Es el significante S2, que permite la desaparición del sujeto, la ubicación de éste en el intervalo entre S1 y S2. Al respecto, Lacan, descompone el término en sus dos palabras componentes, y pronuncia

“¿Será necesario recalcar que aquí debe entenderse Repräsentanz simple y llanamente como el modo de ocurrir las cosas en el plano real en el que se realiza, en todo ámbito humano, la comunicación? Esos representantes no son más que lo que llamamos comúnmente, por ejemplo, los representantes de Francia (...) La función que desempeñan cuando están cara a cara es la de ser meros representantes, y es indispensable que no entre en juego su significación propia (...) El término Repräsentanz debe tomarse en este sentido. El significante ha de registrarse como tal- está en el polo opuesto de la significación. La significación, por su parte, entra en juego

en la Vorstellung.

De la vorstellung nos ocupamos en la psicología, cuando a los objetos del mundo los toma a su cargo, de cierta manera, el paréntesis de un sujeto en el cual, presuntamente, se desarrolla toda una serie de a, a', a'' (...) Toda representación, desde luego, requiere de un sujeto, pero este sujeto nunca es un sujeto puro.” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario XI, 2011 [1964-1965], pág 229).

Lacan menciona también, en este seminario, a la segunda operatoria fundamental. Esta operación lleva al sujeto de vuelta del vel de la alienación. Y respecto a ella sostiene

“Mediante la separación el sujeto encuentra, digamos, el punto débil de la pareja primitiva de la articulación significativa, en tanto que su esencia es alienante. En el intervalo entre estos dos significantes yace el deseo ofrecido a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con el que tiene que ver, pongamos para ilustrarlo, la madre si llega el caso. En tanto que su deseo está más allá o más acá de lo que ella dice, de lo que ella intima, de lo que hace surgir como sentido, en tanto que su deseo es desconocido, con este punto de carencia, se constituye el sujeto del deseo. El sujeto - por un proceso donde no deja de haber engaño, donde no deja de presentarse esta torsión fundamental por la cual, lo que el sujeto encuentra, no es lo que anima su movimiento de volver a encontrar -vuelve pues al punto inicial que es el de su carencia como tal, el de la falta de su afanisis.” (Lacan, Ed. Paidós,

Seminario XI, 2011 [1964-1965], págs. 226- 227).

Esta segunda operación da cuenta de que el sujeto se localiza en el campo del Otro, de ese Otro primordial que atiende a su necesidad, y a través de su articulación por la palabra, la transforma en demanda. El sujeto se pregunta por el deseo de este Otro, que desea algo más allá de él, y esto es condición esencial para que se interrogue por su propio deseo. Al sujeto, el deseo del Otro le presentifica que, al ser deseante, también está en falta, es un \bar{A} , si algo desea es porque no está completo, y esto lo remite al sujeto a su propia falta. El sujeto en la neurosis, se relaciona con el Otro tachado, barrado, el atravesado por lo simbólico. En el fenómeno psicossomático, dicha relación no se hace presente, sino que en este caso se relaciona con el Otro del cuerpo.

En el intervalo entre los dos significantes primordiales, es donde se aloja el deseo que ofrece la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del Otro primero. Para que haya sujeto, es necesario que haya afánisis, división; esto es esencial para la constitución de su dialéctica, sostiene Lacan.

Los conceptos anteriores son elementales para comprender la particularidad del fenómeno psicossomático. En él, ocurre algo particular en cuanto a la relación del sujeto con el significante y la afánisis. Al respecto, Lacan sostiene:

“La psicossomática aunque no es un significante, es algo que, al fin y al cabo, sólo es concebible en la medida que la inducción significativa al nivel del sujeto ha transcurrido de un modo que no pone en juego la afánisis del sujeto.” (...) “En ese lugar, el *Vorstellungsrepräsentanz* limitará en gran medida nuestro juego interpretativo por el motivo de que el sujeto, en tanto que afánisis, no está implicado en ello. Sólo en la medida

en que una necesidad está implicada en la función del deseo podría concebirse la psicósomática como otra cosa que esa simple palabrería consistente en decir que hay una doblez psíquica en todo lo que transcurre en lo somático. Lo sabemos desde hace tiempo. Si hablamos de lo psicósomático, lo hacemos en la medida que en ello ha de intervenir el deseo. En tanto que es conservado el eslabón deseo, incluso si ya no podemos tener en cuenta la función afánisis del sujeto.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011[1964-1965], pág. 235).

La particularidad del fenómeno psicósomático radica en que el sujeto en tanto afánisis, no está involucrado, y cabría preguntarse de qué manera se puede hablar de sujeto en éste, dado que la condición fundamental para su constitución, es la afánisis. No obstante, si hay lugar para el deseo, pero en su articulación no se pone en juego el significante en tanto cadena, con su correspondiente deslizamiento metonímico.

Para explicar mejor lo que ocurre en el fenómeno psicósomático, alude al ejemplo del condicionamiento clásico de Pavlov. Afirma sobre ello

“Del experimento pavloviano no se señala suficientemente que sólo es posible por cuanto es desmontable el ejercicio de una función biológica, es decir, de eso a lo que podemos aplicar la función unificante, totalizante, de la necesidad. Es desmontable porque más de un órgano interfiere en ella. Una vez que han hecho segregar a su perro ante un trozo de carne, lo que les interesará a partir de ese momento es cortar la cosa con respecto a la segregación salivar y mostrar que ésta es articulable con algo que funciona como significante, ya que realizado por el experimentador- En otras palabras, el Otro está ahí. Pero en cuanto al pretendido psiquismo del

desdichado animal, esto, no demuestra absolutamente nada. Incluso los pretendidos efectos de neurosis que se obtienen no son efectos de neurosis, por una simple razón: no son analizables por la palabra” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011[1964-1965], pág.236).

En el fenómeno psicosomático, tanto como en el experimento del perro de Pavlov, no es analizable mediante la palabra, como en el caso de la neurosis, ya que no es articulable mediante el significante, sino que es algo que tiene que ver con la función de órgano, con lo biológico y la inscripción directa en el cuerpo, sin mediación de lo simbólico.

En la clase N° XVIII, sus reflexiones se concentran en la articulación del fenómeno psicosomático con la cadena significante, y la ausencia de articulación significativa que presenta dicho fenómeno. Desarrolla otros conceptos de interés para el tema que nos ocupa, tales como el deseo y la revisión de la operación fundamental de alienación.

Respecto a la articulación del sujeto con el deseo, Lacan afirma

“El deseo del hombre es el deseo del Otro. ¿No está aquí reproducido el elemento de alienación que les he designado en el fundamento del sujeto como tal? Si sólo al nivel del deseo del Otro puede el hombre reconocer su deseo, y en tanto que es deseo del Otro, ¿no se da ahí que debería parecerle obstaculizar su desvanecimiento, que es un punto en el que su deseo nunca puede reconocerse? Esto no es promovido, ni por promover, pues la experiencia analítica nos muestra que es al ver jugar toda una cadena al nivel del deseo del Otro que el deseo del sujeto se constituye. En la relación del deseo con el deseo se conserva algo de la alienación, pero no con los mismos

elementos -no con ese S1 y este S2 de la primera pareja de significantes de la que deduje la fórmula de la alienación del sujeto en mi penúltimo curso sino con, una parte, lo que se constituye a partir de la represión originaria de la caída, de la Unterdrückung, del significante binario, y por otra parte, lo que aparece en primer lugar como carencia en lo significado, por la pareja de los significantes, en el intervalo que los liga, a saber, el deseo del Otro” .(Lacan, Ed. Paidós, Seminario XI, 2011 [1964-1965], pág. 243)

La articulación del deseo del sujeto con el deseo del Otro ya la había realizado en la anterior clase, al acercarla a la función fundamental de la alienación, pero aquí añade algo nuevo al respecto: el reconocimiento del deseo del propio sujeto a partir del reconocimiento del deseo del Otro, conserva algo de la operación alienante, pero a partir de la represión del significante binario de la pareja significativa primordial, y por la carencia de un significado unívoco para la pareja significativa. Es decir, el significante no tiene significado acabado, sino que la articulación significativa permite encontrar diferentes significados.

Al volver sobre la operación de alienación, establece determinadas particularidades sobre ella.

“La alienación está ligada de manera esencial a la función del par de significantes. En efecto, es esencialmente diferente que sean dos o que sean tres. Si queremos captar dónde está la función del sujeto en esta articulación significativa, tenemos que operar con dos, ya que sólo con dos significantes se le puede acorralar en la alienación. En cuanto hay tres, el movimiento se vuelve circular. Al pasar del segundo al tercero, regresa al primero, pero no desde el segundo. El efecto de

afánisis que se produce con uno de los dos significantes, está ligado a la definición de un conjunto de significantes, digamos para emplear el lenguaje de la matemática moderna. Este conjunto de elementos es tal que si sólo hay dos, el fenómeno de alienación se produce, a saber el significante es lo que representa al sujeto para el otro significante. De ello resulta que a nivel del otro significante, el sujeto se desvanece.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011[1964-1965], pág. 244).

Para que el sujeto en tanto afánisis se haga presente, se ponga en juego, es necesario que exista un primer significante S1, y un S2 que haga de límite, entre ellos dos se pone en juego el sujeto.

En referencia a lo que ocurre en el fenómeno psicossomático con respecto a la afánisis del sujeto, afirma que en dicho fenómeno no hay intervalo en la cadena significativa, sino que los mismos se encuentran gelificados, por lo cual la falta de intervalo entre ambos no permite el deslizamiento metonímico de la cadena significativa. ***“Cuando no hay intervalo entre S1 y S2, cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos- si bien hay que admitir que el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso”*** (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 1964-1965, pág.245)

En el sujeto, afirma Lacan, su constitución está articulada a la cadena significativa que se funda en una falta, esto posibilita la metaforización de la falta en el Otro, instaurando la significación fálica. En el intervalo adviene el sujeto. La afánisis es la condición de advenimiento en el sujeto. La ausencia de ella, con el consiguiente congelamiento de la cadena significativa, da como resultado el advenimiento del sujeto pero no en tanto afánisis.

Tomando como base lo aportado por Lacan en este seminario sobre el fenómeno psicossomático, Eidelsztein extrae algunos de sus puntos esenciales para utilizarlos como pilar de sus teorizaciones.

En primer lugar, destaca la oposición que hace Lacan entre, por un lado, *Vorstellungsrepräsentanz* y transferencia, y por el otro, lo psicossomático. En segundo lugar, se expone sobre la noción de inducción significativa, y las implicaciones que la misma tiene en relación al fenómeno psicossomático, dado que éste no es significativo, pero sólo se lo puede concebir mediante la idea de inducción significativa. ¿Y qué significa este término? Eidelsztein señala al respecto:

“Se trata, en resumen, de un elemento que causa, ocasiona o pone en relación algo con otro elemento. La inducción significativa, entonces, remite a algo ocasionado por el significativo, pero que no es significativo en sí mismo, o no lo es en sentido estricto (...) ¿En qué radica esta propiedad de la inducción significativa en lo psicossomático que hace afirmar que no es significativo? En que no se pone en funcionamiento el efecto mayor del significativo del lado del sujeto, esto es: su afánisis” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág. 317-318).

En relación a lo anterior y al efecto de afánisis, el autor destaca la articulación de dicho efecto con la posibilidad de que se presente una formación de compromiso; es decir, el efecto de afánisis es lo que posibilita que aparezca el síntoma. Como el mismo no se produce en el fenómeno psicossomático, no se puede hablar de síntoma. Sostiene al respecto ***“Tal falta de afánisis, o sea, la falta de la falta del lado del sujeto, impide la interpretación analítica, debido a que la falta de la afánisis del sujeto es la ausencia de lo que hace o puede llegar a hacer de su padecer un síntoma***

en el más estricto sentido freudiano: como formación de compromiso.”

(Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las Estructuras Clínicas a partir de Lacan*, 2008-
pág. 318).

Otro punto en el que Eidelsztein se explaya, es en la oposición entre función de necesidad y unificación del conjunto de órganos, y del fenómeno psicosomático y la interrupción de dicha unificación.

Afirma sobre ello:

“La unificación de órganos producida por la necesidad se puede desarmar en partes, las experiencias pavlovianas lo han demostrado, ya que en ellas se logró asociar la respuesta de ciertos órganos de la función alimenticia al sonido de una campana, sin la presencia del alimento o cualquier estímulo que se le halle naturalmente asociado, como el olor, ni de los otros órganos comprometidos en tal necesidad. En el caso de lo psicosomático, se trata de un órgano que participa de alguna necesidad corporal, cortado de la misma.” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág. 318).

Como otro punto destacado en su articulación, es la conservación del eslabón del deseo, pero sin estar presente el efecto de afánisis, es decir, el intervalo se conserva, pero sin el desvanecimiento del sujeto.

“Para Lacan, la conservación del eslabón del deseo sin el sujeto como afánisis, hace que se produzca un retorno sobre el cuerpo de la pulsión faltante. Ya que en la pulsión, el objeto a causa de deseo, es el sujeto como afánisis. Dada la no localización del sujeto como falta con relación al deseo del Otro en un agujero ocupado por la pulsión para su localización, lo

psicosomático es un retorno que produce un agujero anómalo en el cuerpo, por no incluir al sujeto como nada y por no respetar la oferta real de agujeros en el cuerpo, así implica otra modalidad de extracción del objeto a.” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág. 319)

Vera Gorali, en su libro titulado “Estudios de psicología” (1994) articula el concepto de inconsciente estructurado como un lenguaje, y la noción de sujeto. Destaca al respecto:

“porque hay lenguaje, hay inconsciente, es decir un sujeto dividido que al consentir el sentido del Otro, al segundo significante (S2), quedará cercenado para siempre del primero (S1), o sea del ser. Por otro lado, resto de la operación queda fijada la inercia de un objeto libidinal. La estructura implica un malestar que el sujeto solo atraviesa cuando se pierde como tal para encontrar su Dasein en su calidad de objeto. De aquél que fue en el deseo del Otro, y por cuyo saber se realiza, redistribuyendo su programa de goce” (Gorali, Ed. Atuel, *Estudios de psicología*, 1994, pág. 286).

III.D.) Fenómeno psicossomático y goce

La cuarta referencia de Lacan sobre el tema, se sitúa en la conferencia en Ginebra sobre el síntoma (1975). En ella, vincula el fenómeno psicossomático a la cuestión del goce, cuando comienza a acercar su enseñanza a éste último concepto. Ya en esta conferencia, la clínica de Lacan es la clínica del goce, y es a partir de ello, como sugiere abordar el fenómeno psicossomático.

En primer lugar, hacer una reflexión sobre la relación del hombre con su cuerpo, sostiene:

“El hombre está capturado por la imagen de su cuerpo. Este punto explica muchas cosas y, en primer término, el privilegio que dicha imagen tiene para él. Su mundo, si es que esta palabra tiene sentido, su Umwelt, lo que lo rodea, él lo Corporeifica, lo hace cosa a imagen de su cuerpo. No tiene la menor idea de qué sucede en ese cuerpo (...) Ese cuerpo adquiere peso por la vía de la mirada (...)”. (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y Textos II*, 2001 [1975], pág. 118).

A continuación, establece conceptualizaciones sobre el síntoma, que dan el marco para diferenciarlo del fenómeno psicossomático:

“Acudamos, finalmente, a la experiencia que hacemos todos los días. Si aquello de lo que hablamos es verdadero, si efectivamente se cristaliza en una etapa precoz para el niño lo que cabe llamar por su nombre, a saber los síntomas, si la época de la infancia es efectivamente decisiva en ello ¿Cómo no relacionar este hecho con el modo en que analizamos los sueños y los actos fallidos? (...) Freud debió percatarse que el

enunciado de un acto fallido sólo adquiere valor por las explicaciones de un sujeto ¿Cómo interpretar un acto fallido? Andaríamos a tientas, en la oscuridad más total, si el sujeto no dijese al respecto una o dos cositas. (...) Sólo en el proceso de relato se lee lo que Freud llamó su sentido. Cómo sostener una hipótesis como la del inconsciente si no se ve que es la manera que tuvo el sujeto, si es que hay algún otro sujeto que aquél que está dividido, de estar impregnado podría decirse, del lenguaje” (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y Textos II*, 2001 [1975], pág. 123).

Esta cita tomada de la Conferencia en Ginebra, es fundamental para establecer la distinción entre el síntoma y el fenómeno psicossomático. El sujeto algo puede decir sobre el síntoma, sobre lo que le sucede, tenemos noticia a partir de sus formaciones, y del relato que de ellas hace el analizante; es él quien le otorga un sentido a dichas formaciones, las pistas de la huella a seguir. Está involucrado con ello, hace eco en él. El síntoma posee un sentido para este sujeto. El sujeto posee un saber no sabido, dado que sólo existe el sujeto en tanto dividido. Y esto que sucede en el síntoma, donde el sujeto algo puede decir acerca de ello, en el fenómeno psicossomático está como limitado, coartado. En él, el sujeto no tiene palabra frente a lo que sucede, no le compete, es algo extraño para él. Justamente porque dicho fenómeno, no es articulable con el registro simbólico, como el síntoma, sino que se encuentra mucho más cerca del registro real.

Somos seres del lenguaje, estamos inmersos en un sistema simbólico que nos contiene y nos precede, aún antes de nacer. Somos hablados y somos deseados, y llevamos en nosotros esa marca. Y respecto a ello, Lacan sostiene que existe una vinculación entre la palabra y el cuerpo, algo se inscribe en él, y es a través de ellas como el hombre testimonia acerca de lo que le sucede. Allí, en ese encuentro entre la palabra y el cuerpo, es en donde se ubica el sentido.

En relación al fenómeno psicossomático, sostiene que, en él **“Todo sucede como si algo estuviese escrito en el cuerpo, algo que nos es dado como un enigma.”** (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y Textos II*, 2011 [1975], pág.137). En cuanto a su relación con el significante, afirma que en este fenómeno parece que no se hubiera alcanzado el registro de lo simbólico, antes bien, ha quedado en un registro imaginario. Afirma también que en éste, el goce se encuentra gelificado, sin posibilidad de realizar cadena, fijado. Un goce escrito en el cuerpo, en donde el registro simbólico no puede mediar, éste se instala directamente en el cuerpo.

Ésto, permite deducir, es una gran diferencia con el síntoma, el cual sí posee un sentido, porque está ubicado dentro del registro simbólico, el síntoma siempre quiere decir algo. El síntoma posee un sentido y es por ello, posible de interpretar, porque algo nos significa. Es posible que el sujeto hable sobre él, introduzca la dimensión de la palabra, pueda hacer relato sobre ello.

Finalmente, sostiene

“Por la revelación del goce específico que hay en su fijación, es como siempre debe tenderse a abordar el fenómeno psicossomático. En esto podemos esperar que el inconsciente, la invención del inconsciente pueda servir para algo. Lo que esperamos es poder darle un sentido a aquello de lo que se trata. Lo psicossomático es algo que está profundamente arraigado en lo imaginario.” (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y Textos II*, 2001 [1975], pág. 139).

Por su parte, Vera Gorali, en su libro titulado “Estudios de psicossomática”(1994), sostiene en relación al goce en el fenómeno psicossomático

“En los FPS, como en las neurosis actuales, según interpreta Lacan en el seminario de la Ética, la verdadera dificultad radica en que el aumento cuantitativo de la tensión, el goce- sentido fuera del discurso y no fuera- del-cuerpo, no produce descarga alguna, sino un aumento mayor de la tensión. Este goce autístico, propio del FPS, pero también del síntoma en su aspecto de cifrado y goce de ese cifrado, cede en el análisis a un efecto de significación que aparece como sujeto-supuesto-saber, y su consecuencia: ¿Qué me quiere el Otro? Surgido en la experiencia del dispositivo, sustituyendo con un goce fálico el goce del otro o goce del cuerpo.

En el caso de una lesión psicossomática, la dificultad radica en que ese deseo del Otro no es de entrada interrogado, aparece como un deseo opaco que tiene carácter de signo más que de significante. Por su insistencia hace signo no del deseo sino del goce del Otro y se resuelve en la dimensión de lo imaginario sin metáfora sustitutiva. Rasgo unario tomado al goce del Otro, no evacuado de la sustancia orgánica por la incorporación de la hiancia significante y por consiguiente imposible de alojar en un objeto fuera del cuerpo propio.(Gorali, Ed. Atuel, Estudios de psicossomática, 1994, págs. 286-287).

En el fenómeno psicossomático, el sujeto no introduce los elementos de la cadena significante, no hay una pregunta por el deseo del otro, por ende, no hay posibilidad de poner en movimiento el propio deseo. Entonces, la tensión aumenta, y produce la reacción en el propio cuerpo, directamente sobre la

carne como portador de ese goce que se inscribe directamente en él, sin mediación simbólica. Hay una ajenidad, el sujeto no se interroga como en el síntoma, no se presenta la articulación significativa que sí se da en el caso del síntoma. No hay metáfora ni metonimia en el fenómeno psicossomático.

III.D.1.El mito de Aristófanes y la falta fundamental en el sujeto

Lacan toma el mito de Aristófanes, de *“El Banquete de Platón”*, para articularlo con las nociones de libido, pulsión de vida y de muerte, y la falta fundamental del sujeto. En el mito, Aristófanes sostiene que, en un principio, los sexos de las personas eran tres: masculino, femenino, y el tercer sexo estaba compuesto por los dos anteriores. Es decir, seres andróginos, donde participaba lo femenino y lo masculino al mismo tiempo y por igual. Poseían todo lo que lo femenino y lo masculino poseen: dos cabezas, ocho extremidades, dos sexos. Eran muy orgullosos, hasta el punto que incitaron la ira de los dioses. Para hacerlos más débiles, sin tener que exterminar la especie, decidieron dividirlos por la mitad. De esta forma serían más vulnerables y más útiles y numerosos. Se les trasladaron los órganos genitales a la parte delantera, para que en cada encuentro entre la mitad femenina y la mitad masculina, pudieran abrazarse y perpetuar la especie. Por lo tanto quedaron seccionados, y en la eterna búsqueda de su mitad que los complementara.

De esta forma, se destaca que cada hombre o mujer seccionado, es tal por haber perdido la otra mitad del otro sexo. Esto en relación al sujeto, permite sugerir que el sujeto es tal en tanto algo le falta, por el hecho de entrar en el orden simbólico. El sujeto da cuenta de esa falta primera, inicial, y se pregunta ¿qué me falta?, Aristófanes propone el Otro sexo; para los analistas, es la madre. El mismo Lacan propone, como complemento, el complemento

anatómico, complemento residuo no muy apetecible que al sujeto le permitiría “completarse”.

A partir del mito de Aristófanes, Lacan propone un nuevo mito, con un elemento que no figura en el mito de Aristófanes: la libido. Lacan recurre al mito de Psiqué y Eros. En este mito, la libido se asemejaría más a una figura sin rostro y sin figura.

En el mito de Aristófanes, la libido para Lacan se halla en un lugar de tercero anatómico; es un suplemento que nunca está en su lugar. El complemento queda como residuo y luego vuelve en forma de libido, así retorna y persiste, pero de todas formas, no es más que un suplemento de ese complemento perdido, para siempre, para el sujeto.

Lacan presenta a la libido como esencialmente mortífera, para él, la libido se vincula esencialmente con el Tánatos. Jacques- Alain Miller sostiene:

“El Witz de este mito es precisamente presentarnos el puro instinto de vida guiado sobre lo real, como mortífero y ligado a una pérdida reacia a todos los esfuerzos por hacer Uno. También es aquí donde por esta vez, da este sentido a su símbolo S el sentido de la muerte, diciendo: el significante divide al sujeto, y a la vez hace penetrar en él el sentido de la muerte. De ahí deduce que toda pulsión es pulsión de muerte. La libido lacaniana es una libido en la cual la vida, esa animación vital, es una apariencia actual. Pero la pulsión que procede de esta libido, pertenece profundamente a lo que Freud mitificaba como Tánatos (...) La libido lacaniana sucede entre el sujeto y su pérdida.” (Miller, Ed. Atuel, En *Estudios de psicósomática*, 1994, pág. 89-90).

Es decir que la libido tiene relación con el objeto perdido irremediabilmente para el sujeto. Libido que es principio de la serie de los objetos perdidos para Lacan. Luego esa serie se inscribe a partir del significante fálico marcado por –fi. Hay entonces una economía que incluye elementos que le faltan al cuerpo, que no están en el y circulan en otra parte. Por ello Lacan distingue el cuerpo y el organismo como libidinal, porque en éste último se encuentran los objetos que están sometidos a la pulsión, la cual intenta restaurar lo perdido por el sujeto.

Este mito de la libido da lugar a la introducción del concepto de goce. En el seminario de La Transferencia, Lacan introduce el concepto de gran falo, el falo simbólico, el cual es una respuesta al interrogante sobre el concepto del goce: ¿cuál es el significante del goce?, y lo utiliza porque lo que precisa es separar al falo de su función imaginaria, aportada por el falo en minúscula, e introducirlo en la dimensión simbólica. Coloca al gran falo del lado del goce.

Al respecto, Miller sostiene

“como término, el falo imaginario se ha tomado del cuerpo (...) el significante encuentra su material en el significado, toma sus elementos de todo lo que pertenece al orden del significado, del imaginario, de la vida (...) puede decirse al respecto, que Lacan admite numerosos significantes imaginarios. Es decir elementos que son tomados del orden de lo imaginario y luego revestidos de una función significante. Eso le permite organizar la dialéctica del deseo y la demanda; allí el falo imaginario representa el significante del deseo (...) El significante del deseo no puede indicar a la vez el significante del goce.(...) De hecho entre los dos hay todo lo que separa el deseo del goce.” (Miller, Ed. Atuel, En *Estudios de psicósomática*, 1994, págs.. 93-94).

Sostiene Lacan que este falo imaginario se encuentra en el cuerpo, dado que remite a la relación entre los sexos, da cuenta de cómo se buscan los sexos el uno al otro. Y se define la significación del falo, a partir de tenerlo o no tenerlo. En este momento, todavía nos encontramos en el campo de lo imaginario. Se señala la dialéctica de los sexos, respecto a lo femenino, a lo masculino y a los comportamientos ideales. En este punto, la significación del falo se basa en la teoría de la libido. Más adelante, apuntará precisamente a separar la teoría de la libido de la instancia del falo. Pasa de una teoría imaginaria de la libido a una teoría simbólica del goce.

Respecto a lo anterior, el autor señala:

“El desarrollo de la enseñanza de Lacan ha tendido a significantizar el cuerpo, y por lo tanto, a mostrar un órgano en el falo- el órgano significantizado por excelencia- pero, conservando en todos sus vínculos imaginarios. En el seminario de “La transferencia”, asistimos de hecho a una desimaginarización del falo. Esto significa ciertamente un movimiento de desenganche con el cual Lacan intenta y hace contorsiones para introducir un falo puro significante, un falo que ya no se parezca a nada, y muestra que justamente el falo es imaginario cuando empieza a parecerse a algo. Lejos de descubrir ese gran falo en el cuerpo del otro, se trata antes bien de mostrar dónde no se lo encuentra como tal en el cuerpo del Otro con O mayúscula. No es algo que se escribe de manera simple. Lacan dice que sólo puede escribirse entre paréntesis, porque se trata del significante del punto en que el significante falta.” (Miller, Ed. Atuel, En *Estudios de psicósomática*, 1994, págs. 98-99).

Así como en el seminario XI, el fenómeno psicossomático fue investigado desde la perspectiva de la estructura significativa, la cadena y la holofrase, es a partir de su Conferencia en Ginebra, que comienza a observar este fenómeno a partir de la teoría del goce. Miller , en su libro titulado *Matemas II* (1988), sostiene

“ De la misma manera que la ausencia de afánisis toca al principio toda una serie de casos, podemos hallar el principio de toda otra serie precisamente a partir de considerar que la incorporación de la estructura del lenguaje tiene sobre el cuerpo un efecto preciso, que es la separación del cuerpo y del goce, principio que podemos llamar su evacuación, su vaciamiento(...) Hemos aquí entonces provistos de un nuevo principio, no ya la ausencia de afánisis, sino lo que yo denominaré el goce que ha vuelto a entrar. Este goce, normalmente separado del cuerpo, aquí ha vuelto a entrar: retorna al cuerpo (...) Tenemos una localización desplazada, un atentado al cuerpo. (Miller, Ed. Manantial, *Matemas II*, 1988, pág .178)

Es decir, el goce en relación al propio cuerpo, este retorna en forma de marca, escarificación, dañando la propia carne. Pero en el fenómeno psicossomático, a pesar de la falta de mediación simbólica, sí se hace presente otro: el Otro del cuerpo, diferente del Otro del significativo, presente en la neurosis. El cuerpo es el Otro, es en donde se inscribe el goce, *“El cuerpo se lleva a dejar escribir”* dice Lacan, haciendo una comparación con lo que ocurre a nivel del síntoma en la histeria. Esta noción de cuerpo como Otro, permite esclarecer algo de la noción de lo psicossomático.

Existen importantes diferencias entre el Otro del significante y el Otro del cuerpo. Al respecto Miller sostiene:

“En cierta forma sabemos de qué modo calificar al Otro del significante. Decimos que llegado el caso es el Otro de la garantía, el Otro que inscribe o bien aquel donde pueden inscribirse esas palabras que restan, etc. Pero aquí es el cuerpo como Otro el que viene a tomar nota de lo que ha tenido lugar, en esa ligazón ambigua con el acontecimiento traumático. No es el Otro en cierto modo ideal del significante el que toma nota, sino el cuerpo” (Miller, Ed. Manantial, *Matemas II*, 1998, pág. 179).

Entonces el cuerpo es el que habla, no el sujeto del significante. Algo dice acerca de lo que le sucede al sujeto, porque éste no puede expresarlo vía simbólica como en el caso del síntoma.

Posteriormente, el autor realiza una distinción entre organismo y cuerpo, para explicar el goce en el fenómeno psicossomático. Los límites del organismo van más allá de los límites del cuerpo, porque además de incluir el cuerpo como biológico, incluye como órgano a la libido, órgano no corporal que se encuentra por fuera de ese cuerpo. ¿Y qué sucede en el fenómeno psicossomático? ***“En el fenómeno psicossomático, la paradoja consiste precisamente en que la libido ya no es un órgano incorporal, como sucede en el caso normal o en el caso del histérico, sino que se vuelve corporificada. Quizás podríamos ver si, simétricamente, no sería cuestión de un cuerpo inorgánico.”*** (Miller, 1998, págs. 180-181)

Y como último punto a tener en cuenta sobre el fenómeno psicossomático: ¿Cuáles son sus particularidades en el tratamiento analítico, respecto de la neurosis? En él, sostiene el autor, es preciso trabajar de manera

diferente y enteramente opuesta a la del síntoma, por lo mismo que están estructurados de diferente manera. Miller afirma:

“El fenómeno psicossomático sería una imaginización de lo simbólico culminando en una forma de impotencia(...) Lacan no dice que el fenómeno psicossomático pertenezca al orden de la letra- lo cual lo pondría no a nivel de lo simbólico, sino del número, o sea de lo real. (...) ¿Diríamos que el fenómeno psicossomático imprime el goce en el lugar del Otro como cuerpo? (...) Hay que buscar en la satisfacción el principio causal del congelamiento, de la holofrasis. Pues en este asunto el inconsciente no puede servir más que para transformar el fenómeno psicossomático en síntoma, obrando de tal modo que el Otro en cuestión ya no sea ahí solamente el cuerpo propio” (Miller, Ed. Manantial, *Matemas II*, 1998, pág. 181)

CAPÍTULO IV

FENÓMENO PSICOSOMÁTICO Y SUS DIFERENCIAS CON LA NEUROSIS

Lacan, a lo largo de sus cuatro referencias fundamentales sobre el fenómeno psicossomático, da cuenta de la particularidad del mismo. Dichas particularidades permiten diferenciarlo de la neurosis; principalmente de la histeria, y sus síntomas.

Lo diferencia claramente de la neurosis, en tres puntos fundamentales: en relación al narcisismo y las relaciones de objeto, en relación a la cadena significativa y en relación al goce. De estas premisas, se desprende una conclusión: el fenómeno psicossomático tiene una forma de intervención radicalmente distinta a la de las neurosis.

A continuación se desarrollarán con detalle cada uno de estos puntos de diferencia expuestos anteriormente.

IV.A) Autoerotismo y narcisismo.

Ya en el seminario I, Lacan menciona el concepto de narcisismo, realizando una articulación de este y del autoerotismo con la economía libidinal. Lacan pronuncia al respecto “(...)

En el artículo sobre narcisismo, Freud retorna la necesidad de distinguir libido egoísta y libido sexual.(...) Al mismo tiempo que mantiene la distinción entre ambas libidos gira, en todo el artículo, en torno a la noción de su equivalencia. En efecto, ¿cómo pueden distinguirse, rigurosamente, estos dos términos si se conserva la idea de su equivalencia energética, la cual permite afirmar que sólo cuando la libido es decatectizada del objeto vuelve al ego? He aquí el problema planteado. Por este hecho, Freud es llevado a concebir el narcisismo como un proceso secundario. Una unidad comparable al yo no existe en el origen, nicht von Anfang, no está presente desde el comienzo en el individuo, y el Ich debe desarrollarse, entwickeln werden. En cambio, las pulsiones autoeróticas están allí desde el comienzo” (Lacan, Ed. Paidós, *seminario I*, 2011[1954], pág.53).

Lo que Lacan sostiene en esta cita, a través de las enseñanzas de Freud, es que, con toda seguridad, lo que está presente al comienzo de la vida humana, son las pulsiones libidinales; aún no se puede hablar de narcisismo, ni mucho menos de la constitución de un yo. Lo que se encuentra, entonces, son aquellas pulsiones libidinales autoeróticas, que parten del propio sujeto y en él se satisface. No hay un vínculo con el otro que permita establecer la relación

narcisista.

En el seminario 2 (1954-1955), Lacan hace referencia a la teoría de la libido y las relaciones de objeto desarrollada por Freud.

En relación a ambos conceptos, desarrolla el autoerotismo y el narcisismo, de acuerdo con los principios de economía libidinal que se manifiestan en cada uno de ellos. Al respecto, Lacan afirma **“Lo importante es que ciertos órganos están involucrados en la relación narcisista, en cuanto ésta estructura a la vez la relación del yo con el otro y la constitución del mundo de los objetos. Detrás del narcisismo tiene usted el autoerotismo, a saber, una masa investida de libido en el interior del organismo, de la que diré que se nos escapan tanto sus relaciones internas como su entropía.(...) Las investiduras propiamente intraorgánicas que en análisis llamamos autoeróticas desempeñan un papel muy importante, por cierto, en los fenómenos psicosomáticos. La erotización de tal o cual órgano es la metáfora que más frecuentemente aparece, a causa de la sensación que induce en nosotros el orden de fenómenos que se halla en juego en los fenómenos psicosomáticos. Y la distinción de Perrier entre la neurosis y el fenómeno psicosomático está marcada, precisamente, por esa línea divisoria que el narcisismo constituye.”** (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario II*, 2011 [1954-1955], pág.45).

Ya en este seminario, Lacan realiza la distinción entre el fenómeno psicosomático y la neurosis a partir de la posibilidad o no de establecer la relación narcisista, tal como se describió anteriormente, reafirmando y profundizando los conceptos y articulaciones realizadas en el seminario I. Lo expresado por Lacan da cuenta que ambos se pueden diferenciar en relación a

la economía libidinal. El narcisismo, como un paso adelante del autoerotismo, y constituye el punto de inflexión que permite desarrollar las relaciones de objeto, la relación con el otro que permite la construcción del yo. Estos dos tipos de libido (autoerótica y objetal), son correspondientes con el fenómeno psicossomático y la neurosis, respectivamente. En la relación narcisista de objeto, se produce una reciprocidad entre el otro y el yo.

En el seminario III, específicamente en la clase N° 7, titulada “ La disolución imaginaria”, Lacan plantea nuevamente el concepto de narcisismo, pero esta vez otorgándole un sentido distinto del de narcisismo como retiro de la libido sobre el propio cuerpo, tomando éste como objeto. Plantea al respecto:

“Hoy en día, se asume el narcisismo como si fuese algo comprensible de suyo: antes de dirigirse hacia los objetos externos, hay una etapa donde el sujeto toma su propio cuerpo como objeto. En efecto, ésta es una dimensión donde el término narcisismo adquiere su sentido. ¿Pero, significa acaso que el término narcisismo se emplea únicamente en este sentido?(...) Lo dicho por Freud sobre el retraimiento de la libido lejos del objeto externo, está realmente en el meollo del problema. Pero a nosotros nos toca elaborar lo que esto puede significar. ¿En qué plano se produce ese retiro? Sentimos efectivamente que algo modificó profundamente al objeto, pero ¿basta imputárselo a uno de esos desplazamientos de la libido que colocamos en el fondo de los mecanismos de las neurosis? ¿Cuáles son los planos, los registros, que permitirán delimitar esas modificaciones del carácter del otro que siempre están, lo sentimos claramente, en el fondo de la alienación de la locura?”
(Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011 [1955-1956], págs. 129 y 131).

A partir de esta cita anterior, se puede dilucidar el nuevo sentido del narcisismo que trabaja Lacan, en relación ya no sólo al retiro de la libido del objeto, con el consiguiente retraimiento de la misma sobre el propio sujeto, como inicialmente sostuvo, sino que plantea el papel del narcisismo en la relación del sujeto con el otro. Toma como ejemplo el caso Dora, para dar cuenta de dicho papel, haciendo hincapié en la relación cuadrangular establecida entre Dora, su padre, el sr. K, y la sra. K, relación en donde se movilizan investiduras de tipo erótica, y agresiva, presentes en toda relación humana, a partir de la relación imaginaria con un otro. Al respecto, sostiene:

“Consideramos la relación del narcisismo como la relación imaginaria central para la relación interhumana. ¿Que hizo cristalizar en torno a esta noción la experiencia del analista? Ante todo su ambigüedad. En efecto, es una relación erótica— toda identificación erótica, toda captura del otro por la imagen en una relación de cautivación erótica, se hace a través de la relación narcisista—y también es la base de la tensión agresiva.(...) Para eso exactamente sirve el estadio del espejo. Evidencia la naturaleza de esta relación agresiva y lo que significa. Si la relación agresiva interviene en esa formación que se llama el yo, es porque le es constituyente, porque el yo es desde el inicio por sí mismo otro, porque se instaura en una dualidad interna al sujeto. El yo es ese amo que el sujeto encuentra en el otro, y que se instala en su función de dominio en lo más íntimo de él mismo. Si en toda relación con el otro, incluso erótica, hay un eco de esa relación de exclusión, él o yo, es porque en el plano imaginario el sujeto humano está constituido de modo tal que el otro está siempre a punto de retornar su lugar de dominio en relación a él, que en él hay un yo que siempre en parte le es ajeno.” (Lacan, Ed. Paidós,

Seminario III, 2011 [1955- 1956], pàgs. 134-135).

Esta cita da cuenta de un punto fundamental en la teoría de Lacan con respecto al narcisismo: su articulación con la noción de relación de objeto, y la constitución del yo. Resalta además que en el narcisismo intervienen dos clases de relaciones, imaginarias, tanto la erótica como la agresiva, que a su vez marcan las relaciones del yo con los objetos. Y articula estas nociones con el estadio del espejo constitutivo del yo moi. Sostiene esto a partir del caso Dora, paradigma de la neurosis histérica planteada por Freud. Esto establece una diferencia importante con respecto al fenómeno psicossomático, dado que el mismo se encuentra del lado del autoerotismo, y no del narcisismo.

En el seminario IV, titulado *“La relación de objeto”* (1956), específicamente en el capítulo 3, titulado *El significante y el espíritu santo*, Lacan desarrolla en profundidad la teoría de la libido, articulada con la teoría del yo y la relación de objeto. Recalca la importancia del narcisismo en la construcción del sujeto de su imagen y de la relación objetal imaginaria:

“El capítulo titulado ‘La teoría de la libido’ concierne a la noción del narcisismo propiamente dicho. Si podemos dar cuenta del origen de la idea de teoría de la libido, Freud nos lo dice, es después de disponer de la noción de una Ichlibido como reserva de la libido que constituye los objetos, y añade, a propósito de esta reserva —solo podemos echar un vistazo por encima de las murallas. En suma, es la noción de la tensión narcisista, de la relación del hombre con la imagen, lo que introdujo la idea de la medida común libidinal, y al mismo tiempo la del centro de reserva a partir del cual se establece toda relación objetal como fundamentalmente imaginaria. Dicho de otra manera, una de las articulaciones esenciales es la fascinación del sujeto por la imagen, que a fin de cuentas

siempre es una imagen que lleva en sí mismo. Esta es la última palabra de la teoría narcisista.” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario IV, 2011 [1956], pág. 18).

IV.B.) El intervalo, el significante y la holofrase.

En el seminario I, clase 18, Lacan desarrolla el concepto de holofrase, que posteriormente vinculará con el fenómeno psicossomático. Sostiene

“Quienes especulan sobre el origen del lenguaje e intentan montar transiciones entre la apreciación de la situación total y la fragmentación simbólica siempre se sienten atraídos por las llamadas holofrases. En los usos de algunos pueblos- y no tendrían necesidad de ir muy lejos para encontrar un uso habitual- hay frases, expresiones que no pueden descomponerse, y que se refieren a una situación tomada en su conjunto: son las holofrases. Hay quienes creen que en la holofrase puede captarse un punto de unión entre el animal, quien circula sin estructurar las situaciones, y el hombre que vive en un mundo simbólico.(...) La holofrase no es intermediaria entre una asunción primitiva de la situación como total- que sería del registro de la acción animal- y la simbolización.(...) Verán también que toda holofrase está en relación con situaciones límites, en las que el sujeto está suspendido en una relación especular con el otro” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario I, 2011 [1953], pág. 328-329).

En esta primera concepción postula a la holofrase como una frase total y única, no posible de descomponer a la manera de significante simbólico, no reductible, es una sola frase con un significado único y acabado. Coloca a la holofrase del lado del registro imaginario, en el vínculo especular, a diferencia del significante que lo sitúa del lado de lo simbólico.

En el seminario 3, *“La psicosis”*, Lacan toma el concepto de significante, y lo articula en relación a lo que ocurre en las neurosis. Sostiene que el discurso, armado con la cadena significante, es ambiguo, dado que no hay correspondencia entre el objeto y su denominación. No hay relación unívoca entre significante y significación, dado que el significante siempre tiene valor en relación a otro significante. En la clase N° XI de este seminario, titulada *“Del rechazo del significante primordial”*, sostiene:

“Entre la significación y el significante hay realmente una relación proporcionada por la estructura del discurso. El discurso, o sea lo que entienden cuando me escuchan, y que existe- prueba de ello es que puede suceder que lo comprendan- es una cadena temporal significante. Pero a nivel de la neurosis, que permitió descubrir el ámbito del inconsciente freudiano en tanto que registro de memoria, el fulano en lugar de servirse de las palabras se sirve de todo lo que está a su alcance, vacía sus bolsillos, da vuelta su pantalón, le mete sus funciones, sus inhibiciones, se mete entero adentro, se cubre la espalda con el significante, se convierte él en el significante. Su real o su imaginario, entra en el discurso.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011 [1955-1956], pág. 223-224).

Lo anterior da cuenta de la relación entre significante y significado, y sus particularidades en relación a la neurosis. El neurótico juega con el significante, lo desliza para un lado y para el otro, aunque el neurótico no se involucre simbólicamente con el significante, algo hace con él. Él mismo se representa por medio del significante.

Una importante conclusión sobre esto, de Lacan, es lo siguiente:

“ Para hacer significar cualquier cosa hay que tener ya el material significante. En el Hombre de los lobos, la impresión primitiva de la famosa escena primordial quedó allí durante años, sin servir para nada, ya significante empero, antes de poder decir su palabra en la historia del sujeto. El significante entonces está dado primitivamente, pero hasta tanto el sujeto no lo hace entrar en su historia no es nada; adquiere su importancia entre el año y medio y los cuatro años y medio.”

(Lacan, Ed. Paidós, *Seminario III*, 2011 [1955-1956], pág. 225).

La cita anterior resalta el vínculo entre el significante y el sujeto, la condición de que el significante se historicice, adquiera un lugar en la biografía del sujeto para poder adquirir significación. De lo contrario, por sí sólo, nada significa.

Estos dos fragmentos extraídos de los seminarios de Lacan, dan cuenta de las primeras definiciones que da de ambos conceptos, y a partir de ello puede establecer las diferencias que marca posteriormente.

En el seminario XI, *“Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”* (1964-1965), Lacan toma al significante, realiza un desarrollo de él y también la diferenciación con la holofrase.

En la clase nº 16 de este seminario, Lacan define al sujeto en relación al lugar del Otro, vinculando ambos campos para poder comprender la noción de sujeto del inconsciente, y realiza una articulación entre sujeto y significante. Sostiene acerca de ello:

“ Todo surge en la estructura del significante. Esta estructura se basa en algo que inicialmente denominé la función del corte, y que ahora, en el desarrollo de mi discurso, se articula como función topológica del borde. La relación del sujeto con el Otro se engendra toda en un proceso de hiancia (...) Ciertamente, estos procesos han de articularse circularmente entre el sujeto y el Otro: del sujeto llamado al Otro, al sujeto de lo que él mismo vio aparecer en el campo del Otro, del Otro que regresa allí. Este proceso es circular, pero, por naturaleza, sin reciprocidad. Pese a ser circular, es asimétrico(...) Al producirse en el campo del Otro, el significante hace surgir el sujeto de su significación. Pero sólo funciona como significante reduciendo al sujeto en instancia a no ser más que un significante, petrificándolo con el mismo movimiento con que lo llama a hablar, a funcionar como sujeto.”
(Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011 [1964-1965], págs. 214-215)

¿Qué significa esto? Que en el campo del Otro se constituyen los dos significantes primordiales, es en el lugar de ese Otro donde los significantes permiten la aparición del sujeto del inconsciente, allí se constituye como tal. En la relación del sujeto con ese Otro, son esenciales dos operaciones: alienación y separación.

La alienación es la primera operación esencial que funda al sujeto. Respecto a ella, Lacan sostiene:

“ la alienación consiste en ese vel que condena al sujeto a sólo aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que si aparece de un lado como sentido producido por el significante, el otro aparece como afánisis. (...) El vel de la alienación se define por una elección cuyas propiedades depende de que en la reunión uno de los elementos entrañe que sea cual fuere la elección, su consecuencia sea un ni lo uno ni lo otro. La elección sólo consiste en saber si uno se propone conservar una de las partes, ya que la otra desaparece de todas formas.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011 [1964-1965], págs. 218-219)

Esta primera operación define algo que el sujeto pierde por el sólo hecho de ser tal, un sujeto inserto en el mundo simbólico, por pertenecer al orden del lenguaje. Y esto tiene consecuencias para él. El sujeto posee una existencia cercenada, de todos modos algo va a perder, elija o no la vida. Hay algo que cae de esa operación, que al sujeto se le escapa en esta elección. La intersección de ambos elementos, da como resultado ese objeto que está perdido de una vez y para siempre.

La segunda operación introducida por Lacan en esta clase, la denomina separación. Dice acerca de ella:

“El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente- me dice eso, pero ¿qué quiere? Este intervalo que corta los significantes,

que forma parte de la estructura del significante, es la guarida de lo que, en otros registros de mi desarrollo, he llamado metonimia. Allí se arrastra, allí se escabulle como anillo del juego, eso que llamamos deseo. El sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, 2011 [1964-1965], págs. 221-222).

Es decir, el sujeto observa que el Otro no está completo, su falta se cuela a través de la metonimia de su discurso. A su vez, el sujeto se interroga, sobre el deseo de este Otro. Y se responde a través de su falta antecedente, es decir, de su desaparición. Este es el primer objeto que tiene el sujeto para poner en juego en la dialéctica del deseo.

“Una falta cubre a la otra. Por tanto, la dialéctica de los objetos de deseo, en la medida en que efectúa la juntura del deseo del sujeto con el deseo del Otro – hace tiempo les dije que era el mismo-, pasa lo siguiente: no hay respuesta directa. Una falta generada en el tiempo precedente sirve para responder a la falta suscitada por el tiempo siguiente.” (Lacan, Ed. Paidós, *Seminario XI*, [1964-1965], págs. 222-223)

Entonces articula la noción de significante en relación a la primera operación fundamental del sujeto: la alienación.

“Podemos localizar este *Vorstellungsrepräsentanz* en nuestro esquema de los mecanismos originales de la alienación, en ese primer acoplamiento significante que nos permite concebir que el sujeto aparece en primer lugar en el Otro, en tanto que el primer significante, el significante unario, surge en el campo del Otro, y en tanto que representa al sujeto, para otro significante,

significante otro que tiene como efecto la afanisis del sujeto.

De donde, división del sujeto -cuando el sujeto aparece en alguna parte como sentido, en otra se manifiesta como fading, como desaparición. Hay pues por decirlo así cuestión de vida y muerte entre el significante unario y el sujeto en tanto que significante unario, causa de su desaparición. El Vorstellungsrepräsentanz es el significante binario.” (Lacan, Ed. Paidós, *seminario XI*, 2011 [1964], pág. 81).

El par de significantes primordiales, es fundamental para la posibilidad de aparición del sujeto en tanto afánisis. *“Un significante es lo que representa un sujeto para otro significante”*, sostiene reiteradamente Lacan, y a lo largo de esta clase se puede apreciar el tratamiento que de ello realiza.

En la neurosis esto sucede, dado que la misma localiza el deseo del sujeto en el intervalo significativo, cada una a su manera (sea obsesiva, histérica o fóbica). La posibilidad de deslizamiento del sujeto por la cadena significativa es posible, junto con su afánisis. El sujeto se localiza ahí, porque la construcción está dada a partir de ese par significativo primordial.

En el fenómeno psicossomático no es un significante, en ella está el deseo presente, pero no se manifiesta el sujeto en tanto afánisis-, dado que no hay dos significantes S1 y S2, entre los cuales exista el intervalo donde el sujeto se desvanezca, conjuntamente con el límite puesto por S2.

En la clase XVIII del mismo seminario, Lacan hace un paralelismo entre neurosis y cadena significativa, y entre fenómeno psicossomático y holofrase. En cuanto a la relación de la neurosis con la cadena significativa, sitúa al sujeto entre significante y significante, en tanto afánisis. Ahí se encuentra su deseo. El neurótico se desliza por la cadena, otorgándole al significante un significado,

luego otro, y así sucesivamente. Permite distintas significaciones, por ello puede asociar libremente. En el fenómeno psicossomático, esto no es posible, porque la cadena se encuentra holofraseada. Esto significa que no hay 2 significantes que hagan cadena, sino uno sólo gelificado, que no permite el deslizamiento.

En este mismo seminario, Lacan revela las condiciones para que el sujeto se articule en la cadena significativa. Dice al respecto

“Si queremos captar dónde está la función del sujeto en esta articulación significativa, debemos operar con dos, pues sólo con dos es acorralable en la alienación. Desde el momento que haya tres, el deslizamiento se vuelve circular. Pasado del segundo al tercero, vuelve al primero -pero no del segundo. El efecto de afánisis que se produce bajo uno de los dos significantes está vinculado a la definición -digamos, para emplear el lenguaje de las matemáticas modernas- de un conjunto de significantes. En un conjunto de elementos tal que, si sólo existen -como se dice en la teoría, con una gran E invertida en la notación- dos, el fenómeno de la alienación se produce -a saber, que el significativo es lo que representa un sujeto para otro significativo.” (Lacan, Ed. Paidós, seminario XI, 2011 [1964-1965], pág. 244).

Es decir el sujeto se encuentra entre los dos significantes, en tanto la operación se realice con dos, en donde el segundo haga de límite. En la neurosis, el sujeto se puede ubicar en el intervalo entre S1 y S2, porque la articulación se produce entre ambos significantes. En el caso del fenómeno psicossomático, como la articulación significativa no se produce, el sujeto no se encuentra en el intervalo. Lacan afirma sobre ello:

“Cuando articulamos así la experiencia pavloviana descubrimos, en efecto así, que tiene el interés fundamental, de permitirnos situar lo que hay que concebir del efecto psicosomático. Incluso llegaré a formular que, -cuando no hay intervalo entre S1 Y S2, -cuando la primera pareja de significantes se solidifica, se holofrasea, tenemos el modelo de toda una serie de casos -aunque, en cada uno de ellos, el sujeto no ocupa el mismo sitio.” (Lacan, Ed. Paidós, seminario XI, 2011 [1964-1965], pág. 245).

Es decir, el sujeto se encuentra enquistado, no puede deslizarse por la cadena, otorgando diferentes significaciones a los significantes. Por ello, la posibilidad de asociar libremente, en el psicosomático se encuentra muy limitada.

En la Conferencia en Ginebra sobre el Síntoma, Lacan propone que lo psicosomático se vincula de manera directa con el cuerpo. No hay mediación simbólica, por lo tanto éste se inscribe directamente en el cuerpo, como un corte sobre la carne.

“Todo sucede como si estuviera escrito en el cuerpo” afirma Lacan sobre el mismo. Acerca de esto, sostiene: ***“Si, el cuerpo considerado como un marbete, como portando el nombre propio (...). El cuerpo en el significante hace rasgo y el rasgo es un Uno(...) Alrededor del rasgo unario gira la cuestión de lo escrito(...) la cuestión debería juzgarse a nivel de ¿Cuál es la suerte de goce que se encuentra en el psicosomático? Si evoqué una metáfora como la de lo congelado, es porque hay efectivamente esa especie de fijación. Tampoco Freud emplea en balde el término Fixierung- es porque el cuerpo se deja llevar a inscribir algo del orden del número”***. (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y Textos II*, 2001 [1975], pág.138).

La anterior cita indica que Lacan marca una diferencia en su Conferencia, con respecto al seminario XI: articula el fenómeno psicossomático a la noción de goce, en lugar de hacerlo con el concepto de holofrase, como en el mencionado seminario, dado que su teoría, en esta etapa, se encuentra vinculada a la teoría del goce. Establece que el significante no tiene mediación con lo simbólico, sino que hay una inscripción directa en el cuerpo, la letra en el cuerpo, distinta de la letra de la cadena significante, una lesión no articulada mediante la letra.

Por su parte, en su libro *Matemas II* (1988), específicamente en el capítulo titulado “*Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático*” Miller sigue los desarrollos aportados por Lacan y realiza la distinción entre el síntoma y el fenómeno psicossomático. Sostiene :

“(el síntoma) se trata de una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje, que supone una sustitución que nosotros llamamos, con el lenguaje de la retórica, metáfora y, por lo mismo, que está abierta al desplazamiento retroactivo por reformulación y a una modificación debida a la emergencia de efectos de verdad. (...) Hallamos inmediatamente en Lacan dos puntos en que puede ser abordada la metáfora: la metáfora subjetiva y la metáfora paterna. Para situar el fenómeno psicossomático Lacan nos da, en primer lugar, una forma de enfoque de la metáfora subjetiva que es la ausencia de afánsis-holofrasis, y en segundo lugar un enfoque de la metáfora paterna que pone en cuestión al padre, al Nombre- del- Padre, al padre del nombre, etc.” (Miller, Ed. Manantial, *Matemas II*, 1988, págs 173-174).

Es decir, toma el seminario XI de Lacan para dar cuenta de una de las diferencias fundamentales entre el síntoma neurótico y el fenómeno psicósomático. *El fenómeno psicósomático se encuentra en el límite del lenguaje*, afirma Miller, porque su estructura en sí es diferente a la del síntoma. Lo esquivado, porque a diferencia del síntoma, sobre el cual el sujeto puede hablar, habla en relación a su historia y a su biografía, en el fenómeno psicósomático la inscripción se realiza directamente, sin la mediación del símbolo. La inscripción se realiza directamente sobre la carne.

En relación a lo anterior y teniendo en cuenta la posición del sujeto respecto a la estructura significativa, Miller resalta la división hecha por Lacan al respecto. Afirma al respecto

“En el seminario XI al que nos referimos, Lacan despeja en efecto una sucesión a partir de la estructura significativa S1-S2- el significante remite a otro significante, el sujeto está representado por un significante para otro. Y construye una categoría de todos los casos en que este mecanismo de representación no funciona y donde, en cada oportunidad, puede plantearse la pregunta: ¿hay o no hay sujeto? Lacan propone una matriz muy general para todos los casos en que la existencia del sujeto es propiamente problemática. (...) En el fenómeno psicósomático, se trata de un atentado contra el modo de ser del sujeto, aunque el sintagma modo de ser, sea también problemático (...) todos los casos que Lacan menciona junto con los fenómenos psicósomáticos, y donde figuran la debilidad mental infantil y la psicosis, se trata de un nivel en que el sujeto cesa de estar representado y donde, en cierto modo, falta la discontinuidad. Son casos en donde no estamos en presencia de una articulación significativa pero donde está en función la presencia o ausencia de un significante unario, de

un significante privilegiado(...) Un S1, entonces, pero en cierto modo absoluto.” (Miller, Ed. Manantial, *Matemas II* 1988, pág. 175).

En la cita anterior, se precisa el punto fundamental en el cual se distingue la neurosis del fenómeno psicossomático, debilidad mental y psicosis: la presencia de una cadena estructurada como S1- S2, en donde el sujeto se desvanezca en su intervalo. En el fenómeno psicossomático hay sujeto, pero no en tanto afánisis, como en el caso de la neurosis. Hay un significante S1, no articulado, absoluto y gelificado. El sujeto no se encuentra en el intervalo, en donde el S2 se encuentra marcando el límite. En el fenómeno psicossomático aparece la marca directa sobre el cuerpo, como un sello, al decir de Miller. Es decir, tiene una marca directa en el real biológico, sin mediación simbólico, aunque se encuentre profundamente enraizado en el registro imaginario.

Por otro lado, Eidelstein (2008), en su libro “ Las estructuras clínicas a partir de Lacan”, sigue las enseñanzas del psicoanalista francés, y realiza valiosos aportes sobre el fenómeno psicossomático en relación al intervalo y la holofrase. Afirma acerca de ello:

“La psicossomática encuentra su lugar dentro del cuadro de estructuras clínicas, junto a la psicosis y a la debilidad mental, dentro del sector comprendido por la holofrase. Esta localización resulta muy difícil de aceptar debido al hecho de que las manifestaciones clínicas y los tratamientos correspondientes al psicótico, al psicossomático y al débil mental son notablemente distintos, y a primera vista y sin un importante desarrollo teórico, no tienen nada en común”

(Eidelsztejn, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág.275)

En el capítulo 11 del mismo libro, profundiza sobre el concepto de holofrase y su relación con la psicopatología. En él, tomando el seminario XI de Lacan, sostiene cómo a partir de la noción de holofrase, Lacan realiza la división entre las neurosis y la perversión por un lado, y el fenómeno psicopatológico, la psicosis y la debilidad mental por el otro. Tomando la articulación del sujeto con la operación fundamental de alienación, sostiene:

“El fenómeno de alienación sólo se produce en la articulación entre significantes, pero no en toda articulación, ellos deben ser dos, deben estar limitados a dos para que se produzca su efecto principal: el desvanecimiento del sujeto.

Un significante solo, aislado no desvanece al sujeto, por el contrario, fortifica la ilusión de su ser, como es el caso de I(A). Pero no existe un sujeto producido por un solo significante. Es, como ya se dijo, en la articulación metonímica entre los significantes asociada a la metáfora donde se produce la falta en ser y el efecto del sujeto en fading. Pero en tal articulación debe operar un límite sobre el conjunto de significantes en juego, de tal manera que el segundo de cada dupla se convierta en el último(...) La alienación se basa en el efecto del S2 sobre el efecto del S1. (...) (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, Las estructuras clínicas a partir de Lacan, 2008, pág. 32)

El sujeto depende para ser tal, de la articulación significativa, según Eidelsztein (2008). Su constitución está dada por este par de significantes primordiales, en donde hay un límite que impide la posibilidad de la infinitización, en donde no hay posibilidad de repetición ni de cuenta. Es lo que ocurre con la holofrase. En esta, ocurre que hay un tercer elemento que impide el límite, y esto provoca la pérdida de la función del intervalo. Hay articulación entre los elementos, lo que falta es el límite. Dice el autor al respecto:

“Holofrase es la concatenación significativa que por carecer de punto de basta y al no estabilizarse consecuentemente las funciones significantes, pierde el intervalo como lugar de localización del sujeto del inconsciente y del objeto a como causa del deseo y como vacío que contornea el recorrido pulsional” (Eidelsztein, Ed. Letra Viva, *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*, 2008, pág 326).

Eidelsztein toma lo que introduce Lacan sobre la existencia de un tercer elemento que permite que los otros dos sean dos y sólo dos en la cuenta: el que estatuye el intervalo y lo permite. En la holofrase, continúa, el tercer elemento no funciona como el punto de autoridad que permite la función intervalar, sino como un elemento que introduce la circularidad. El fenómeno psicósomático es expuesto por Lacan como un retorno en lo real del cuerpo, producto de la inoperancia del significante, que no permite la inscripción del deseo del Otro a través del símbolo, sino que se realiza de manera directa sobre la carne.

IV.C. Asociación libre e interpretación del analista

El concepto de asociación libre fue trabajado por Lacan, a partir de la teoría elaborada por Freud, a lo largo de su enseñanza. Menciona a la técnica de asociación libre como el modo fundamental de operar dentro de la clínica psicoanalítica, en función del relato del analizante, técnica que permite acceder al sujeto del inconsciente y a su historia. Permite el desplazamiento del sujeto por la cadena significante mediante su relato.

Al decir de Herrera Guido Rosario (2005),

“La asociación libre, el modo paradigmático de operar del tratamiento analítico, por discurrir libremente posibilita que el lenguaje se adelante al pensamiento (uno de los modos ejemplares de proceder en la literatura: el poema, el ensayo, la novela), abriendo una dimensión poética que promueve que las palabras digan algo más de lo que el sujeto ha querido decir, y con ella la dimensión de la verdad. Parafraseando a Blas Matamoro, el psicoanalista, como el poeta, sabe que las palabras saben más que ellos. Y es que el inconsciente es precisamente ese desconocimiento que el sujeto dice no saber, y hay que creerle, pues no sabe de su sufrimiento mientras no pueda decirlo, es decir, hasta que las palabras lo digan, siempre en el límite de lo indecible del deseo inconsciente. En cuanto a la asociación libre, Lacan ha dicho que la regla fundamental del psicoanálisis permite que la palabra progrese a fin de abrir las compuertas del ser y llegue a realizarse algo de la verdad del sujeto. se puede hablar entonces de una poética del inconsciente, sin olvidar que la palabra, al mismo tiempo, en ese libre discurrir pone entre paréntesis al ser, suspendiendo la

ley de no- contradicción” (Herrera Guido, *Poética del psicoanálisis*, 2005, pág. 105-118)

Otra importante referencia al concepto, se encuentra en el seminario VI, *“El deseo y su interpretación”*, específicamente en la clase N° 3, donde el psicoanalista francés destaca la importancia de este concepto, dentro de la teoría y práctica del psicoanálisis, articulándolo con sus desarrollos sobre el inconsciente. Al respecto, sostiene:

“Cuando hemos comenzado a explorar el campo del inconsciente, lo hemos hecho, lo re-hacemos todos los días, a partir de algo que en principio se llama asociación libre, y hasta el presente, aunque es un término aproximado, inexacto para designar al discurso analítico, la mira de la asociación libre sigue válida, y las experiencias originales recelan de las palabras inducidas, y guardan siempre, aunque no un valor terapéutico ni práctico, guardan su valor orientador para la exploración del campo de lo inconsciente, y eso en sí bastaría para mostrarnos que estamos en un campo donde reina la palabra (mot), donde reina el significante.” (Lacan, Ed. Paidós, *seminario VI*, 2011 [1959], pág. 17)

La cita anterior, remite a la importancia de este concepto dentro de la teoría del psicoanálisis, aunque en este momento de su enseñanza no como técnica, sino como modo de poder observar la estructura del inconsciente, estructurado como un lenguaje. Da cuenta de cómo el sujeto del inconsciente, se expresa y se hace presente a través de la palabra. Sostiene además que en la asociación libre, metáfora y metonimia entran en juego para dar cuenta del movimiento inconsciente a través de la cadena significante.

En la clase N° 8 del mismo seminario, desarrolla conceptos sobre el sueño, articulándolos en relación al significante, significado y enunciación del sujeto. En relación a ello, hace un distingo entre el significante con una única significación, y el significante con diferentes significaciones posibles, colocando al primero del lado de la holofrase, y al segundo del lado de la cadena significativa, que posibilita la asociación libre. Sostiene al respecto

“ (...)Si la cadena significativa tiene dos aspectos, aquél que es la unidad de su sentido, la significación frasística, lo monolítico de la frase, el holofrasismo, o más exactamente, que una frase puede ser tomada como teniendo un sentido único, como siendo algo que forma un significante, supongamos, transitorio, pero que, en el tiempo en que él existe, se mantiene solamente como tal. Y la otra fase del significante, que se llama asociación libre, y que comporta que, con cada uno de los elementos de esta frase, también se puede ir más lejos en la descomposición, deteniéndose estrictamente en el elemento fonético, algo puede intervenir que, haciendo saltar uno de esos significantes, implante allí, en su lugar, otro significante que lo suplante.”

(Lacan, Ed. Paidós, *Seminario VI*, 2011 [1959], pág. 52)

Lo extraído anteriormente, proporciona los elementos que dan cuenta de la posibilidad que brinda la asociación libre, del deslizamiento y sustitución en la cadena significativa, distinto de la holofrase, en donde la gelificación del significante no permite tal movimiento. Esto último es lo que ocurre en el fenómeno psicossomático, no hay posibilidad de asociar, el sujeto no se puede deslizar por la cadena significativa, ir para un lado, para el otro, producir movimiento a partir de sus propias asociaciones y de las intervenciones del analista.

En su libro *“Interpretar”*, Jorge Chamorro (2011), hace referencia a la técnica de asociación libre, fundamental para llevar a cabo el trabajo de análisis, y realiza una diferenciación, respecto a ella, entre el fenómeno psicossomático y la neurosis.

En relación a dicha técnica, en el libro se exponen dos casos: uno de neurosis histérica y otro de fenómeno psicossomático, realizando a continuación un contrapunto respecto a la posibilidad de asociar libremente.

El primer caso, expuesto por Ana Larrosa, se trata de una paciente, de 28 años, universitaria. El motivo de consulta son sus inseguridades: físicas (posee problemas musculares en una de sus piernas), falta de confianza, miedo. “No puedo dejar de pensar” sostiene. Las intervenciones de la analista, como respuesta al relato de la paciente, permiten que la misma pueda ir deslizándose por diferentes significaciones, ya que la neurosis permite el deslizamiento por la cadena metonímica, es decir, ir asociando los significantes a distintas significaciones.

En la neurosis, se producen efectos de división a partir de las intervenciones del analista. En este caso, la paciente relata lo que le ocurre a raíz de su pierna, y de sus inseguridades respecto a ello; y aparece una fantasmática de la histérica en relación a la Otra. Las intervenciones de la analista “De los pies a la cabeza”, “Una pierna y la otra”, etc. producen este efecto de división.

Jorge Chamorro sostiene respecto de la histeria, una particularidad: la metonimia, la posibilidad de deslizamiento por la cadena significativa, lo cual permite surgir diferentes significaciones. No obstante, este deslizamiento por la cadena no asegura la división subjetiva. Por ello, la asociación libre y la interpretación del analista deben lograr esa división, y deben reconocerse sus

efectos

Hay deslizamiento, hay pregunta acerca de lo que sucede, y en la neurosis, el sujeto puede hablar, de esto o lo otro, e ir saltando por diferentes significantes, y ahí es donde el analista interviene, con una frase, una palabra que ponga en movimiento ese inconsciente aquietado.

El segundo caso expuesto por Vera Gorali, es un caso de fenómeno psicossomático. El fragmento es de una paciente analizada por ella, una mujer de 63 años en ese momento, odontóloga, madre de dos hijas. En el momento de la consulta, padecía de colitis ulcerosa. Relata cómo ha tenido que trabajar desde chica dentro y fuera de su casa, desde que era soltera y después de casada también. Cuenta en la sesión acerca de su madre de 99 años y de su tía de 86, a las cuales debió cuidar también.

A partir de una intervención, según relata la analista, “una vida dura”, el fenómeno psicossomático remitió rápidamente, mejorando en los resultados de los análisis y de las ecografías.

Luego interviene nuevamente la analista diciendo “ parece que se trata más de la madre que de la hija”, a raíz de la permanente actividad sin descanso llevado a cabo por paciente. Dicha intervención tuvo efecto; logró que la paciente dejara de trabajar todo el tiempo. Por otro lado, la analista sostiene además que dicha intervención también tuvo que ver con la remisión del fenómeno psicossomático.

Las preocupaciones de la paciente comenzaron a centrarse entonces en su hija menor, con la cual mantiene una relación un tanto difícil, principalmente por el estilo de vida que ésta lleva, haciendo y deshaciendo según su capricho. Finalmente, concluye la analista, que a partir de un equívoco por parte de la paciente “*Tengo miedo de NO equivocarme*”, como formación del inconsciente,

y de la consecuente intervención a partir de dicho equívoco, se produce la división subjetiva de la paciente, y la posibilidad de entrada en análisis.

En el debate sobre el fragmento del caso expuesto, se interroga acerca de la división subjetiva y sus particularidades, en relación al fenómeno psicossomático y su diferencia con el síntoma, en cuanto a la posibilidad, o no, de asociar libremente.

Chamorro (2011), por otra parte, sostiene:

“Lo que ustedes sostienen es que hay un cierto estímulo a la relación con la palabra, y a la palabra no solo en el sentido de la comunicación sino en el sentido del equívoco, de los malos entendidos, hay algo de eso que está estimulado por Vera [...] A esta sujeto (la paciente de Vera) hay que convencerla de que el inconsciente existe [...] A esta sujeto hay que introducirla en algo de eso aproximativamente.” (Chamorro, Ed. Grama Ediciones, *Interpretar*, 2011, pág. 207)

A partir de los recortes de los casos clínicos expuestos, y la posterior discusión de los disertantes, podemos dilucidar la dificultad del fenómeno psicossomático de introducirse en el juego de la palabra. La posibilidad de asociar libremente se ve limitada, el deslizamiento metonímico no se produce, dada la presencia de la holofrase en lugar de la cadena significativa. El significativo gelificado, no permite la significación. Esto marca una seria dificultad del paciente psicossomático para entrar en análisis, dado que la metonimia que posibilita el movimiento inconsciente no se produce. En análisis, se entra por división subjetiva, el analista interviene, el sujeto se divide y esto posibilita que algo del sujeto del inconsciente pueda hacerse presente. El sujeto no habla desde el yo, sino desde el sujeto del inconsciente. En el fenómeno psicossomático, la interpretación es de otro orden, no del lado de la

división subjetiva.

En este punto, Chamorro (2011) hace una diferencia entre la interpretación que apunta a movilizar una cadena que hay y ponerla en juego, y otra es la interpretación que apunta a inscribir un significante en un punto forclusivo, donde no hay cadena. En una hay que crear un inconsciente en donde no hay; en la otra, movilizar un inconsciente que se encuentra aquietado.

Chamorro (2011), sostiene que en el fenómeno psicossomático se trata de desplazar el fantasma de una manera particular, se trata de inscribir un significante en un punto opaco donde no hay cadena, en un lugar en donde parece que hubiera forclusión. Aquí, en el fenómeno psicossomático, hay que poner el significante que no está, y lo pone el analista, lo inscribe para constituir un inconsciente. Es inscribir algo que hace a la apertura del inconsciente, lo pone a funcionar.

Al respecto, Álvarez afirma:

“Se podría hablar de una división subjetiva diferente, en cuanto a los efectos de perplejidad, los efectos de metonimia, toda una serie de efectos significantes, esto provoca el movimiento inconsciente. La dificultad del fenómeno psicossomático es la de hacerlo hablar, ya que éste no es un significante sino un signo, entonces, ¿cómo hacer cadena significativa del signo? Me parece que ahí podemos hablar de una división subjetiva diferente, la división subjetiva sería el acto de constitución de algo a nivel del inconsciente, osea que el signo se convierta en significante”. (Chamorro, Ed. Grama Ediciones, *Interpretar*, 2011, pág. 211-212)

La cita anterior, da cuenta de la necesidad de construir la cadena

significante, para hacer hablar al paciente, que se deslice por ella, que algo pueda decir y que a partir de allí se produzcan efectos terapéuticos; no del mismo orden que en el caso de la neurosis, con su posibilidad de asociar libremente y la presencia de un analista que permita ir por un camino y por el otro a partir de sus intervenciones, sino algo de otro orden, dado por la posibilidad de poner en juego el significante, movilizar algo ahí donde se encuentra la holofrase. Chamorro lo expone de esta manera:

“Es la interpretación por el equívoco, la de la última enseñanza de Lacan, la de reducir el significante a la letra. En lo psicosomático, el camino debe hacerse a la inversa, a la letra hacerla significativa, y engancharle una cadena significativa que produzca metáfora, metonimia y desenganchar a la letra de la inscripción psicosomática. Inscribir un significante que movilice, construya y arme una cadena. Primero debe crearse un inconsciente y luego movilizarlo, lo que permitiría la entrada al análisis. En definitiva, es transformar el fenómeno psicosomático en un síntoma.” (Chamorro, Ed. Grama Ediciones, *Interpretar*, 2011, pág. 215)

IV.D.El fenómeno psicossomático y el síntoma histérico

IV.D.1.El síntoma para Lacan

Lacan plantea sus concepciones sobre síntoma y fenómeno psicossomático, lo cual permite extraer las cualidades particulares de cada uno, y establecer diferencias.

Freud definió al síntoma fundamentalmente como una formación de compromiso, entre la fuerza represora y la fuerza reprimida. En el texto *“Inhibición, síntoma y angustia”* (1925), Freud lo define en relación a lo estructural. Coloca la angustia como una reacción frente a la situación de peligro: la castración, y al síntoma como una de las formas para evitar la angustia de castración.

Lacan, siguiendo los conceptos planteados por Freud, retoma la castración, como eje central de la teoría psicoanalítica. Articula íntimamente el síntoma con la castración, y sostiene que éste, en la neurosis, aparece una vez inscripta la castración simbólica. El síntoma neurótico siempre está dirigido a un Otro, destinado a cubrir su falla, su castración. Por ello el síntoma siempre aparece frente al indicio de castración de ese Gran Otro.

En su texto *Escritos I*, sostiene que el inconsciente tiene la estructura de un lenguaje, siendo la letra el soporte material que toma el discurso concreto del mismo. El lenguaje, como él mismo sostiene, no se confunde con las diversas funciones somáticas y psíquicas que le estorban en el sujeto hablante. El mismo precede y condiciona al sujeto, sujeto sometido a los simbolismos culturales y sociales. La estructura del lenguaje está compuesta por significante

y significado, los cuales no tienen correspondencia biunívoca.

La estructura que posee el inconsciente, es dada por las dos operaciones del lenguaje: metonimia y metáfora. La primera, haciendo referencia al deslizamiento de significados por la cadena significante, donde los mismos están articulados pero no con un significado acabado. La segunda opera en relación a la sustitución de una significación por otra. Y en esta última se concentra Lacan para dar lugar a su teoría sobre el síntoma.

Dice Lacan acerca de la metáfora:

“La chispa creadora de la metáfora no brota por poner en presencia dos imágenes, es decir dos significantes igualmente actualizados. Brota entre dos significantes de los cuales uno ha sustituido al otro tomando su lugar en la cadena significante mientras que el significante oculto sigue presente por su conexión (metonímica) con el resto de la cadena.”(Lacan, Ed. Siglo XXI, *Escritos I*, 2002 [1971], pág. 487)

Esto anterior, en relación al síntoma, da cuenta de la sustitución que en el mismo se realiza, pero que es posible mediante el trabajo analítico, descubrir sus posibles sentidos.

Por ello el sujeto no sabe por qué le pasa lo que le pasa, lo siente extraño, al mismo tiempo que le conlleva un placer del que nada sabe. Pero el síntoma, al ser una producción inconsciente y tener estructura de lenguaje, permite al sujeto que pueda hablar de él, hacer asociaciones, deslizarse por la cadena significante, etc. Define al síntoma analítico como siendo una metáfora, sustitución de aquel trauma inicial sexual del sujeto. En el caso de la histeria, el cuerpo es tomado como elemento significante, si bien para el sujeto, su

significación es inaccesible desde la consciencia.

En Intervenciones y textos I, específicamente en el apartado *La tercera*, Lacan coloca al síntoma en relación a lo real, como algo que carece del sentido otorgado por el significante. El síntoma es algo que no le permite avanzar al sujeto, lo condena a una incesante repetición, le produce un sufrimiento. Al sujeto, desde lo consciente, le produce displacer y malestar, pero conlleva una satisfacción pulsional a nivel inconsciente. El síntoma va más allá del principio de placer. Es una forma de velar la falta del Otro, el encuentro con el real de la castración. Lacan dice acerca de ello:

“ El sentido del síntoma no es aquél con que se lo nutre para su proliferación o extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en tanto se pone en cruz para evitar que las cosas anden, que anden en el sentido de dar cuenta de sí mismas de manera satisfactoria, satisfactoria a menos para el Amo (...) el esclavo en este ausente está en jauja mucho más de lo que piensa, él es quien goza.” (Lacan, Ed. Manantial, *Intervenciones y textos II*, 2001 [1975], pág. 84).

Al respecto, Vera Gorali sostiene sobre ello: ***“El síntoma es lo que irrumpe, lo incontrolable, lo que molesta, el obstáculo”*** (Gorali, Ed. Atuel, *Estudios de Psicosomática*, 1994, pág. 170). Es que justamente el síntoma aparece y el sujeto se encuentra frente a él sin poder actuar, no sabe qué le sucede, ni por qué, sólo se encuentra indefenso frente a aquella perturbación que lo acecha...

Lacan plantea que el síntoma tiene dos ejes: la envoltura significativa y formal, y el goce. El primer punto se refiere a aquello que el sujeto puede decir acerca de lo que le pasa, puede hablar de lo que le sucede, asociar, etc, en mayor o menor medida, dependiendo de la estructura. Lo que el consultante

dice acerca del síntoma es muy particular de su subjetividad, la articulación es particular de cada uno, aunque dos sujetos puedan presentar el mismo síntoma en apariencia. Éste depende de la articulación que pueda hacer acerca de él, el propio sujeto. El síntoma está estructurado como un lenguaje.

El segundo punto, se relaciona con el goce que conlleva el relato que el sujeto hace del síntoma. Y el sujeto no se da cuenta de ello, porque este goce es indescifrable por la palabra, escapa a la articulación significativa.

Nuevamente en Escritos I, Lacan toma el caso Hans de Freud, para dar pie a su hipótesis de que cada neurosis resuelve el Complejo de Edipo y la sexualidad a su manera, y que los síntomas se desarrollan y resuelven de manera particular en cada una de las neurosis (fóbica, histérica y obsesiva). Ello es el puntapié para poder pensar la particularidad del síntoma histérico, si bien Lacan dejó en claro en su enseñanza, que los síntomas no determinan estructura.

En el seminario V, específicamente en la clase XXVII, Lacan coloca a la neurosis como algo relacionado profundamente con el sujeto, no es una entidad extraña a él, sino que se puede observar en los actos y conductas del mismo neurótico. En este seminario ,destaca algo sumamente importante en relación a las neurosis y sus síntomas

“ el progreso de nuestra concepción de las neurosis nos ha demostrado que no está hecha únicamente de síntomas susceptibles de ser descompuestos en sus elementos significantes y en los efectos de significado de dichos significantes (...) sino que toda la personalidad del sujeto lleva la marca de esas relaciones estructurales.” (Lacan, Ed. Paidós, Seminario V, 2011 [1957-1958], pág. 484)

La cita anterior quiere decir que para Lacan, en este momento de su enseñanza y en adelante, la estructura no está definida meramente por los síntomas, sino que la misma está definida por sus movimientos, su relación con el Otro, su posición frente a la castración y al deseo.

En cuanto a la estructura neurótica en particular, Lacan sostiene que están estructuradas como un lenguaje articulado; su comportamiento en conjunto se presenta como palabra plena pero de sentido desconocido para el propio sujeto.

Asimismo, presenta al síntoma como una paradoja. Toma el caso de Elisabeth von R., y lo que Freud pudo reconocer de su estudio de las histéricas: la relación entre el cuidado de los enfermos, la abnegación, el relegar los propios deseos y satisfacciones en pos de esta actividad. Lacan coloca esto del lado de la demanda. E incluso va un poco más allá, sosteniendo que en el síntoma, hay una situación de deseo para el sujeto, el cual está representado por un síntoma, que produce malestar. He ahí la paradoja. El síntoma habla y va por el reconocimiento del deseo, sostiene Lacan. Es un reconocimiento de deseo para nadie, ni es nada al mismo tiempo. Es un deseo excluido, deseo de la nada misma, no está dirigido a un objeto en particular, y como sujetos, nunca podemos aprehenderlo ni conocerlo.

En relación al síntoma histérico, Lacan, en el seminario X, sostiene una correlación entre histeria y el fenómeno de la angustia, sosteniendo que los síntomas histéricos, como respuesta ante la angustia de castración; pueden ser de diversa índole: más o menos graves, atacar tal o cual parte del cuerpo, etc. Aparecen ambas, conversión histérica y angustia, justamente ahí donde el sujeto puede encontrarse con la falta. Son formas diversas de cubrirla. En el caso de la histeria, el fenómeno conversivo como mecanismo principal para ello. Sostiene Lacan que ***“La angustia sólo aparece en la histeria exactamente en la medida en que esas faltas son desconocidas”*** (Lacan,

1962-1963, pág. 60).

En el seminario XI, Lacan da una clave muy importante con respecto a la estructura histérica y su deseo, que nos permite comprender un poco mejor algo de su síntoma. Para los histéricos, su deseo se pone en juego en la palabra. Su posibilidad de articular significante, más que ninguna otra estructura, le permite a los sujetos poder decir algo de su síntoma, que ponga en juego su forma de deseo insatisfecho. Y es que en la histeria, la posibilidad de asociar, de deslizarse por la cadena significante, asociándolo a diferentes significados, es mucho más notable que en cualquier otra estructura.

Se puede ejemplificar lo que ocurre en la neurosis en relación a su síntoma y la posibilidad de articulación del mismo con el símbolo, a partir de un extracto de un caso expuesto por Lacan, en la clase N° V del mismo seminario:

“Utilicé la comparación con una censura ejercida sobre un periódico, no sólo de tiraje sumamente limitado, sino redactado en un dialecto que sólo sería comprensible para un número exageradamente mínimo de personas. El establecimiento del discurso común, casi diría del discurso público, es un factor importante en la función propia del mecanismo de represión. Este depende en sí mismo de la imposibilidad de acordar con el discurso cierto pasado de la palabra del sujeto, vinculado, como Freud lo subrayo, al mundo propio de las relaciones infantiles. Precisamente, en la lengua primitiva, sigue funcionando ese pasado de la palabra. Ahora bien, para este sujeto, esa lengua es su dialecto corso, en el cual podía decir las cosas más extraordinarias, por ejemplo arrojarle a su padre: Si no te vas de aquí, te voy a botar al mal. Estas cosas, que podrían también ser dichas por un neurótico que hubiese tenido que construir su neurosis de modo diferente, estaban ahí a cielo

abierto, en el registro de la otra lengua, no sólo dialectal, sino interfamiliar.

¿Qué es la represión para el neurótico? Es una lengua, otra lengua que fabrica con sus síntomas, es decir, si es un histérico o un obsesivo, con la dialéctica imaginaria de él y el otro. El síntoma neurótico cumple el papel de la lengua que permite expresar la represión. Esto hace palpar realmente que la represión y el retorno de lo reprimido son una única y sola cosa, el revés y el derecho de un sólo y único proceso. Estos comentarios no son ajenos a nuestro problema” (Lacan, Seminario III, 2011 [1955-1956], págs. 90-91).

Lo citado anteriormente sugiere que el síntoma neurótico habla, construido particularmente por cada sujeto y de acuerdo a su estructura. Hay sustitución (metáfora), y desplazamiento (metonimia). El síntoma neurótico se articula con el registro simbólico en tanto es lenguaje. Es que la neurosis permanece siempre en el orden simbólico, afirma Lacan en la clase VIII de dicho seminario, permanece en la duplicidad entre significante y significado. La neurosis, en definitiva, está estructurada como un lenguaje. Hay, además, articulación con lo imaginario, en tanto se construye en la dialéctica con el otro: está construido en relación a otro, aunque el sujeto de esto nada sepa. Finalmente, la articulación con lo real viene dada por el mismo síntoma: éste tapa el agujero, la castración.

Miller, en el texto Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma (1983), relaciona el síntoma, oponiéndolo a la noción de fantasma, cuando menciona que el primero está en relación a la entrada al análisis, y se articula con la estructura significante, estructurado como lenguaje. El sujeto va al analista porque algo le sucede, y comienza a hablar de ello, se lamenta del

mismo, lo expone como queja y malestar sentido, a diferencia del fantasma del cual no se habla y en cambio, genera un placer. Y es que el síntoma también genera un cierto tipo de resistencia a su resolución, porque ahí donde conscientemente produce placer, inconscientemente también está ligado a un goce, al objeto a, al igual que el fantasma, que le genera un placer del cual el sujeto nada sabe. Su comprensión está ligada a un tipo de efecto retroactivo, de la articulación significativa que de él se hace. El síntoma aparece como una irrupción en el sujeto, y por ello éste demanda interpretación, sostiene Miller.

En cuanto al síntoma histérico, es necesario tener en cuenta que, como en toda estructura, el síntoma es un producto de ella, por lo tanto los síntomas típicos no van a definir una estructura u otra. Es importante, para entenderlo, comprender que el síntoma neurótico es una articulación significativa porque el sujeto ha atravesado el complejo de Edipo y por lo tanto, la castración simbólica se ha inscripto.

Dado que el síntoma se encuentra articulado, por un lado al deseo, pero también al goce, se lo considera un sustituto de ese goce perdido a través de la actuación de la metáfora paterna. ¿Qué ocurre en la histeria? La histeria a través de su síntoma, tiene la función de mantener al Otro completo, sin fallas, presentándose ella misma como castrada, en falta. Al respecto, señala Miller ***“un sujeto histérico se presenta como alguien que no tiene su lugar en el Otro, como alguien sin alojamiento en el Otro. Por esa razón, el sujeto histérico por excelencia es S tachado, un sujeto sin lugar, sin habitación en el Otro.”*** (Miller, Ed. Manantial, *Estudios de psicósomática*, 1988, pág. 37). Es decir, el síntoma histérico, está íntimamente relacionado con lo simbólico, realiza una sustitución simbólica, de la falta en el Otro, utilizando como salida, su propio cuerpo.

El fenómeno psicossomático carece de esta articulación con el registro simbólico, dado que no se expresa con la duplicidad de significante y significado, ni juega con el sentido. Es una impronta directa de una marca, que no le significa nada al sujeto, no tiene dialéctica.

Jorge Chamorro, por su parte, en su libro *Interpretar* (2011), siguiendo la teoría propuesta por Lacan, ubica respecto de la histeria, y su posibilidad de asociar libremente, el punto en el cual se va a distinguir claramente del fenómeno psicossomático:

“¿Qué es la histeria? Es la metonimia, el deslizamiento. Imaginen una patinadora que va patinando y que se encuentra con alguien que le cambia el rumbo. Podemos decir que viene para acá y para allá, y es permeable a ser enviada (...) La pregunta es si el cambio de dirección implica división, porque recuerden que la asociación libre y la interpretación tienen que dividir, y tenemos que reconocer los efectos de división.(...) La asociación libre en una persona histérica se da con gran facilidad, más que en un obsesivo, dice y desliza de modo incesante, pero nunca se divide”. (Chamorro, Ed. Grama Ediciones *Interpretar*, 2011, pág. 200).

IV.D.2. El fenómeno psicossomático

Lo expuesto anteriormente sobre el síntoma y en particular, sobre el síntoma histérico, brinda la posibilidad de diferenciarlo claramente del fenómeno psicossomático.

Resumiendo lo expuesto en los capítulos anteriores, puede decirse, siguiendo a Lacan, que el mismo se encuentra ubicado, en la división de las estructuras, junto a la psicosis y a la debilidad mental en relación a la holofrase, a diferencia de la neurosis, que se relaciona con el intervalo y la articulación significativa, posibilitando el deslizamiento del significativo por la cadena. En el fenómeno psicossomático, por el contrario, el intervalo significativo se ve impedido por el fenómeno de la holofrase: congelamiento del significativo, la no articulación entre S1 y S2 y la ausencia de sujeto en cuanto afánisis.

El fenómeno psicossomático, pone en cuestión al Nombre del padre, mientras que en la histeria, se da lugar al mismo, identificándose al padre castrado ella misma, para mantener la ilusión de un Otro sin barrar.

En relación a la estructura del lenguaje, el Fenómeno psicossomático se sitúa al límite de dicha estructura. Éste, al decir de Miller, esquiva la estructura del lenguaje. Esto marca una gran diferencia con el síntoma histérico, el cual se caracteriza fundamentalmente por la posibilidad del histérico de articularlo en el lenguaje, hablar de él, abrir nuevos significados a partir de la articulación significativa.

Miller, en su texto *Matemas II*, realiza claramente la distinción entre el fenómeno psicossomático y la histeria, al decir que la histeria pone en cuestión el deseo del Otro, se pregunta por ello, y a partir de esto construye su síntoma.

Es decir, el mismo está en relación a un Otro como sujeto. En el fenómeno psicossomático esto no ocurre, no hay cuestionamiento del deseo, del Otro, sino, más bien, una falta de relación con un Otro. En palabras del autor: “ **el síntoma histérico resalta especialmente la relación con el Otro del significante, con el Otro del deseo, y el fenómeno psicossomático la relación con el Otro como cuerpo, con ese esquivamiento del Otro del significante.**” (Miller, Ed. Manantial, *Estudios de psicossomática*, 1988, pág. 180). En el fenómeno psicossomático, el deseo del Otro no es interrogado,

La diferencia entre el hablante ser histérico, y el fenómeno psicossomático, radica también en la cuestión de la libido, sostiene Miller en el mismo texto. En el primer caso, se encuentra dividido el cuerpo del organismo, el cual incluye una libido fuera del cuerpo. En cambio en el fenómeno psicossomático, no se trata de una libido incorporal, sino que la misma se encuentra corporificada, directamente en el cuerpo del sujeto. Esto da la pauta de que el síntoma histérico se encuentra del lado de lo simbólico, en tanto letra, y el fenómeno psicossomático del lado de lo real, perteneciente al orden del número.

Es decir que el fenómeno psicossomático es radicalmente opuesto al síntoma histérico, desde su estructura misma, pasando por sus efectos, hasta su forma de abordaje en el análisis.

CAP. V.

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

V.A.Análisis del caso clínico

Los fragmentos del caso clínico que se tomarán en la presente tesina, pertenece a un caso publicado por la licenciada Graciela Abrevaya, en el libro de Vera Gorali “*Estudios de psicósomática*” (1998).

Graciela Abrevaya es licenciada en psicología; se desempeña en el área clínica, como psicoterapeuta de adolescentes, niños y pareja; y en el área laboral, en el área de selección y capacitación de personal. Se desempeñó además, como colaboradora de campo en el sector de ateneos clínicos en la Univesidad de Buenos Aires.

V.A.1Presentación del caso

La licenciada Graciela Abrevaya presenta el caso de Roberto, de 34 años, quien acude a su consulta derivado por la dermatóloga que trataba su caso. El caso es presentado cuando el paciente llevaba aproximadamente un año de tratamiento

Datos personales

Nombre: Roberto

Edad: 34 años

Estado civil: soltero

Oficio: lustrador de muebles de algarrobo

Diagnóstico: psoriasis (enfermedad que padece desde los 7 años)

Datos familiares

Madre: vive con Roberto

Padre: falleció cuando Roberto tenía 4 años de edad, arrollado por un tren.

Hermanos/as: dos, casadas (no conviven con el paciente).

Antecedentes sobre su enfermedad

Tanto su abuelo materno, como su madre y sus dos hermanas son portadores de la enfermedad, por lo cual dicha afección se ha transmitido por la línea materna.

Entorno familiar conviviente

Roberto, al momento de la consulta con la licenciada, convive con su madre, (tiene dos hermanas casadas que no viven con él), a quien describe como “obsesionada por la limpieza”. Sostiene que en su propia casa se siente incómodo, sufre de dolores de cabeza e insomnio. Frente a esto refiere:

“Mi madre siempre limpia, parece que yo le molesto, no me da bolilla... limpia...En mi casa no me encuentro, no me aguanto, estoy inquieto, voy y vengo...”

Otros antecedentes clínicos

Roberto fue operado del testículo izquierdo por una malformación congénita. Refiere sobre ello:

“Nací con un testículo más arriba, no quedó bien hasta ahora, como cosido, como agarrado, no como algo independiente. De cuando en cuando me tira. No me ve vacío el lugar, como antes, es como más chico el testículo, como

que no se desarrolló, así quedó...creo que nació así. De tanto en tanto me da un tirón”

Al momento de la consulta se había realizado dos operaciones. Luego de la última, comenzó a tener síntomas (dolor de cabeza), y sobre todo, conductas muy particulares: encerrarse en los placares que hacía, mirarse al espejo y verse como un cadáver, golpearse la cabeza...

La lic. Abrevaya, respecto a estas conductas manifestadas por su paciente, realiza una observación:

“Encarnación del objeto, algo queda pegado, no se desprende, lo lleva encima. Hay un goce con el que carga, alojado en el cuerpo”

(Abrevaya, En *Estudios de Psicopatología*, Ed. Atuel, 1998, pág. 158-159)

Relaciones interpersonales

Lo referido en la presentación del caso, se acota exclusivamente a la interacción con las mujeres. Roberto refiere dificultades para relacionarse con el sexo opuesto. Surge a lo largo de las entrevistas, que nunca ha mantenido relaciones sexuales con una mujer. Algunas de sus frases son:

-*“Por la psoriasis es el rechazo”,*

-*“Tuve rechazo con una mujer”*

-*“Yo cierro los ojos para hablar con las chicas””*

- *“Quiero encontrar a la mujer perfecta”*

Se detiene un tiempo estudiándolas y analizándolas, pero cuando llega el momento de acercarse, refiere que *“ya es tarde”*. Su primer intento fue frustrado, con una prostituta que lo rechazó.

Entorno laboral y enfermedad

Al momento de la consulta, se desempeña como lustrador de muebles de algarrobo, trabajo que refiere como *“muy sucio, con mucha polvareda”*. El polvo del lustrado de la madera se le pega en la piel. Esto mismo lo lleva a relacionarlo con su enfermedad.

La lic. Abrevaya refiere que Roberto entremezcla las palabras “blanquear” y limpiar, refiriéndose tanto a su enfermedad como a su trabajo. La suciedad que le produce su trabajo lo lleva a lavarse con lavandina una vez por semana para “blanquearse” y “limpiarse”.

Sostiene sobre ello: ***“Se va confundiendo el polvo de la psoriasis con el polvo de la madera (...) El polvo se le queda pegado en la piel, es difícil de quitar, como su psoriasis”*** (Abrevaya, En *Estudios de psicossomática*, Ed. Atuel, 1998, pág. 156)

En relación a su trabajo, lo siente como pura continuidad, pura continuidad entre estar en su casa y entre ir al trabajo. *“Del trabajo a casa, de casa al trabajo”*. Refiere como si no hubiese corte entre una actividad y otra.

La cuestión de la legalidad

Roberto cuenta un episodio de su vida, importante para relacionarlo con su problemática del fenómeno psicossomático. Se trata de un hecho que vivió a los 20 años, al cual se refiere como una *“travesura”*. Roberto fue exceptuado del servicio militar por pertenecer a la clase 56. No obstante, él mismo se envía una carta sellada y firmada por el Ejército Argentino, desde La Plata. Su familia le organizó una despedida y partió para dicha ciudad. Allí permaneció durante dos o tres meses, viviendo como un vagabundo sin domicilio fijo *“sin ninguna mujer y con la mente en blanco”*, según sus palabras.

Cabe destacar que este episodio se dio luego de la segunda operación de su testículo izquierdo.

Acercas de este episodio protagonizado por Roberto, la Lic. Abrevaya sostiene:

“La operación, castración en lo real, lo deja en el lugar de cadáver/padre. Lo precipita a la travesura, que tiene carácter de fuga, de pasaje al acto. (...) Roberto se cae de la escena que lo enmarca, lo atraviesa. Pasa a ser un ciruja, un vagabundo, deambula, está a la deriva” (Abrevaya, En *Estudios de psicósomática*, Ed. Atuel, 1998, pág. 158).

Otro episodio, relacionado con el tema de la legalidad, es el que Roberto comenta, cuando comienza a realizar los trámites de la ciudadanía italiana, dado que su abuelo materno era originario de ese país. Pero en el proceso de obtención de la misma, se encuentra con una dificultad: existen dos versiones de su apellido materno, una diferencia entre el pasaporte y la partida de nacimiento. Roberto refiere al respecto *“Hasta que no se solucione el problema del nombre no puedo hacer la ciudadanía.”*

“(...) Falla en la inscripción del apellido del padre de su madre, de su abuelo portador de la psoriasis(...) e intenta restituirla a través de la ciudadanía, derecho de pertenencia a un lugar, documento escrito que marca una legalidad.” (Abrevaya, En *Estudios de Psicósomática*, Ed. Atuel 1998, pág. 157)

La relación con la terapeuta

La lic. Abrevaya divide el tratamiento de Roberto en dos etapas:

La primera etapa está signada por numerosas quejas expuestas por Roberto, sumado a la desconfianza sentida hacia la analista. Se produce un tipo de transferencia amorosa del paciente hacia su analista, posibles de sopesar por medio de su discurso:

“Ud. es como mi amiga. Espero ansioso el miércoles, como buscando una compañía...hablo de mis cosas...de mis problemas”

“Yo pensaba si Ud. fuera una chica cualquiera que pasa por la calle, y yo le hablo ¿Ud. me aceptaría?”

“Me imaginé que era una ficción, una novela, que Ud. era mi mujer, no se ofenda”

Su discurso da cuenta de un lugar en donde coloca a la analista: lugar de mujer- prostituta- analista, que tiene que ver justamente con aquél aspecto de su vida que lo mortifica.

La dirección de estas entrevistas apuntaron a implicarlo como sujeto, que se hiciera cargo de lo que le sucedía pero a nivel inconsciente, en lugar de la queja constante por su mala suerte.

En el segundo momento se empieza a producir un movimiento subjetivo, comienza a interrogarse por lo que le sucede en su vida, excepto por aquello relacionado con la psoriasis.

“Corto cuando vengo acá. Mi trabajo es una continuidad, no hay corte”

Durante esta última etapa, también se interroga sobre la posibilidad de acceder a un título de licenciado, preguntando acerca de los procedimientos a seguir para tal fin.

Comenta también ciertos episodios de fuga durante su infancia, relacionados a su escolaridad. Comenta, por ejemplo, que durante la primaria, se escondía en el gallinero de su casa en lugar de llegar a la escuela. En cambio en la secundaria, directamente se rateaba del colegio porque los compañeros le pegaban y se sentía atemorizado.

Para concluir con la exposición del caso, comentamos que no aparece en el texto, en donde el mismo se publicó, algún dato que refiera si Roberto continuó el tratamiento, durante cuánto tiempo, si fue dado de alta, etc. Por lo cual los datos para realizar el análisis serán tomados principalmente del discurso de Roberto como paciente, y de las conclusiones emitidas por la analista.

V.B. Aspectos médico- clínicos de la psoriasis

Cabrera y Gatti (2003) , en su libro Dermatología de Gatti, ubican a la psoriasis dentro del grupo de las dermatosis eritematoescamosas. La definen como una afección cutánea relativamente frecuente, no contagiosa, cuya causa es desconocida hasta el momento, bien existen ciertos factores que pueden llevar a desarrollarla: hereditarios, ambientales, psicológicos. Afecta ambos sexos por igual y generalmente se desarrolla entre los 20 y los 30 años.

Se compone de placas de tamaño, número y formas variables, eritematosas, cubiertas de escamas secas y nacaradas, que habitualmente no producen picazón. Los sitios en donde mayormente se desarrolla son los codos, rodillas, zonas de extensión de miembros, región sacra y nalgas.

V.B.1.Histopatología

La epidermis contiene paraqueratosis (pérdida de capa granulosa y presencia de células córneas nucleadas y acantosis de crestas intrapapilares). La dermis presenta papilomatosis uniforme(papilas hipertróficas de igual altura. Las alteraciones histológicas se reflejan en las características clínicas de las lesiones: la paraqueratosis genera las escamas y el alargamiento de las papilas con la dilatación capilar y la ausencia de gránulos explica el enrojecimiento de la piel.

V.B.2. Otras formas de psoriasis

Además de la forma tradicional, existen otros tipos menos habituales de la enfermedad:

- Psoriasis invertida: las placas atacan lugares en donde habitualmente no se desarrolla la afección (labios mayores de la vulva, palmas y plantas)
- Psoriasis en gotas: se constituye de pequeños elementos de evolución aguda que pueden presentarse al iniciarse la enfermedad o en diversos momentos de su evolución.
- Psoriasis artropática: a la lesión cutánea se le suman trastornos articulares, siendo las más afectadas las interfalángicas distales y las de la columna vertebral.
- Eritrodermia psoriásica: se produce como consecuencias de tratamientos demasiado enérgicos.
- Psoriasis pustulosa: se presenta habitualmente en la palma de las manos y en la planta de los pies. Se producen brotes de pustulas amicrobianas por exacerbación de los microabscesos de Munro y Sabouraud sobre antiguas placas, acompañada habitualmente de fenómenos generales.

V.B.3.Diagnóstico

Mediante el raspado metódico de una de las placas, ocurre la siguiente secuencia: 1. se desprenden escamas secas y purulentas 2. Después de repetidos golpes de cureta se levanta íntegramente una película constituida por la condensación de las últimas capas córneas 3. Por debajo de ella se aprecia una superficie roja y brillante, sembrada de puntos congestivos distribuidos uniformemente 4. Si se continúa raspando, aparece exoserosis y hemorragia en napa.

V.B.4.Etiopatogenia

Ciertos factores neurovasculares y humorales pueden ocasionar modificaciones en los capilares papilares que son los responsables de la aparición de la lesión psoriásica que se traduce en la epidermis por la paraqueratosis, provocada por la aceleración de la queratinización normal debido al aumento del número de mitosis en la capa basal. En su patogenia, juegan un rol fundamental los siguientes grupos de células: queratonicitos, linfocitos T, células presentadoras de antígenos, células endoteliales, mastocitos y fibroblastos, mediadores, citoquinas.

Este complejo patogénico está influenciado por el mecanismo regulador hipofisohipotalámico.

V.B.5.Factores desencadenantes

- Genética : se identifican 3 locus localizados en los cromosomas 4, 6 y 7
- Traumáticos: puede ser producido por el fenómeno de Kobner.
- Infecciones: tiene relación con una historia infantil de infecciones faríngeas
- Estrés: su aparición concuerda con la iniciación de las primeras manifestaciones clínicas.
- Drogas: los antipalúdicos, betabloqueadores y el litio pueden iniciar o exacerbar la enfermedad.

V.B.6.Tratamiento

Su tratamiento debe ser integral. Diferenciando en primer lugar aquellos pacientes con escaso número de lesiones de aquellos con un afección más severa. Actualmente se tiende a utilizar diferentes tipos de fármacos, que se van variando, para obtener resultados óptimos.

El tratamiento, entonces, puede ser:

Local:

- Antralina: su mecanismo de acción es a través de la inhibición del crecimiento celular, interfiriendo en la síntesis del ADN. Se desaconseja

su utilización en la variedad pustulosa, y en lesiones en la cara y en los pliegues.

- Corticoides: fluorados. Se utilizarán corticoides de niveles I y II para zonas de alto nivel atrofogénico, como mamas, pliegues, escroto y cara. En el resto del cuerpo pueden utilizarse corticoides de niveles III y IV en forma racional.
- Reductores: cremas, geles, lociones y champu..
- Derivados de la vitamina D: calcipotriol, y tacalcitol.

General:

- PUVA (psoralenos + ultravioleta A): se realizan 2 o 3 sesiones por semana hasta la mejoría y luego sesiones de mantenimiento que pueden ser semanales. Se necesitan aproximadamente 30-50 sesiones para producir un aclaramiento de la enfermedad (en psoriasis no se habla de curación.)
- Citostaticos: son utilizados para disminuir la proliferación celular acelerada. Entre los más usados se encuentra un antagonista del ácido fólico. Debe emplearse con prudencia y realizar periódicamente controles de sangre y hepatorrenales.
- Retinoides: etretinato es muy útil para las formas eritrodermicas y pustulosas. Por efecto teratogénico, es contraindicado en mujeres de edad fértil y debido a su efecto acumulativo, se recomienda a las mujeres no embarazarse hasta cuatro meses después de suspendida la droga.

- Corticoides: se deben indicar de manera excepcional, debido a los efectos secundarios y efectos rebote de la enfermedad.
- Ciclosporina A: es un agente inmunosupresor de gran utilidad y prescripción en la prevención al rechazo de órganos transplantados. Es útil emplearlo en psoriasis graves.

V.B.7. Criterios de severidad

En el Consenso Argentino de Psoriasis, publicado en la página virtual de la SOLAPSO, se establecen los criterios de severidad de la psoriasis, utilizando los siguientes criterios para tal clasificación: la extensión de la psoriasis, síntomas localizados, alteración de la calidad de vida, comorbilidades y enfermedades asociadas, respuestas terapéuticas previas, etc.

La gravedad se divide en tres grados:

- Psoriasis leve:

-No altera la calidad de vida del paciente.

- El paciente puede minimizar el impacto de la enfermedad y no requerir tratamiento.

- Los tratamientos no representan riesgos importantes (por ejemplo: esteroides tópicos de baja potencia).

-Habitualmente compromete menos del 5% de la superficie corporal.

- Psoriasis moderada:

- Altera la calidad de vida del paciente.
- El paciente espera que la terapéutica mejore su calidad de vida.
- Las terapéuticas empleadas pueden ser engorrosas, caras, insumen tiempo y pueden no ser totalmente efectivas.
- Compromete del 2 hasta el 20% de la superficie corporal.

- Psoriasis severa:

- Altera la calidad de vida del paciente significativamente
- No responde satisfactoriamente a los tratamientos que tienen riesgos mínimos.
- Los pacientes aceptan los efectos adversos de la medicación para mejorar su enfermedad.
- Compromete más del 10% de la superficie corporal.

V.B.8. Factores psicosociales y económicos relacionados

Es importante, según lo publicado en el Consenso, tener en cuenta factores como la edad de la persona afectada, qué partes del cuerpo compromete, qué síntomas presenta principalmente, la ocupación o profesión de paciente, etc. Asimismo, ciertos factores de índole psico- social, económico y laboral que se ven impactados por la aparición y desarrollo de esta enfermedad.

En primer lugar, muchas de las personas afectadas por la psoriasis, padecen de temores, inseguridades, baja autoestima frente al deterioro estético

que la misma enfermedad produce. En esto, es necesario considerar la estructura de personalidad del sujeto, su estilo de vida, relaciones sociales y familiares, los conocimientos que la propia persona y su entorno familiar poseen de la enfermedad, etc. factores que pueden aliviar o propiciar la aparición de trastornos emocionales correlacionados.

Otras dificultades que pueden surgir, son las relacionadas con el área laboral y social. Los pacientes muchas veces se sienten estigmatizados, discriminados por su condición, pudiendo llegar a perder un puesto de trabajo u obtener menores posibilidades dentro del mundo laboral.

En cuanto al aspecto económico, el paciente debe enfrentarse a una serie de costos directos (tratamientos médicos y no médicos), y costos indirectos (vestimenta, transporte, modificaciones en vivienda), que muchas veces llevan a una escasa adhesión o abandono del tratamiento.

Finalmente, en el consenso describen criterios para la derivación psicológica o psiquiátrica del paciente con psoriasis. Los dividen en:

- Absolutos:

-Comorbilidad psiquiátrica: psicosis, neurosis severas, adicciones, impulsividad, desórdenes severos de la personalidad.

-Efectos psicológicos de la enfermedad de extrema gravedad, como por ejemplo depresión con ideas suicidas.

-Conductas autodestructivas: lesiones autoinfligidas, excoriaciones o manipulaciones de la piel o de las lesiones que no se justifican por el cuadro clínico.

-Automedicación psicofarmacológica

- Relativos: a su vez divididos en:

a) Mayores

-Síntomas psicológicos o psiquiátricos vinculados o no a la psoriasis: insomnio, tabaquismo o alcoholismo, síntomas neuróticos, problemas vinculares familiares, laborales o de pareja

-Afectación de la calidad de vida en una magnitud tal que no se justifique por las características o la localización de la enfermedad.

-Factores psicológicos o hechos vitales que funcionan evidentemente como disparadores o desencadenantes del comienzo de la enfermedad o de los brotes subsiguientes.

-Eritrodermias y localizaciones que afecten al paciente de un modo tal que le resulte inmanejable (localización genital o palmas y plantas).

b) Menores

-Pacientes que no responden satisfactoriamente a terapias habituales.

-Pacientes que tienen dificultades en mantener satisfactoriamente una relación terapéutica con el médico, a causa de angustia injustificada, litigios infundados o problemas interpersonales.

-Pacientes que por su personalidad inestable, deambulan por los consultorios dermatológicos, sin mantener la continuidad necesaria en los tratamientos.

-Pacientes que además de sufrir psoriasis, padecen otras enfermedades psicosomáticas u otros trastornos en los que el stress y la ansiedad o la

depresión juegan un papel fundamental interfiriendo en la evolución o el tratamiento de la Psoriasis (obesidad, enfermedades autoinmunes, pacientes oncológicos, infarto de miocardio, artropatía deformante, etc.).

Puig- Sanz(2007), postula a la psoriasis como una enfermedad sistémica, es decir que presenta, en sus formas más graves. un sustrato patogénico común con la enfermedad de Crohn y la artritis. Incluso, en relación a ésta última, se habla de artritis psoriásica cuando ambas patologías se dan simultáneamente en la persona. En relación a la enfermedad de Crohn, los pacientes con psoriasis tienen un riesgo 3 veces mayor a desarrollarla, en relación a pacientes no psoriasicos. Y en sentido inverso, hay un riesgo 7 veces mayor de que los pacientes con la enfermedad de Crohn desarrollen psoriasis.

Asimismo, presenta comorbilidad con la obesidad abdominal, la hipertensión, diabetes (síndromes metabólicos); enfermedades coronarias, trombosis o embolias pulmonares.

Los hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo, juegan un papel importante en este tipo de afección, con una prevalencia cercana al 18% en pacientes con psoriasis, contra un 2% en pacientes con enfermedades dermatosas de otro tipo.

Como concluye el autor en relación a esta afección dermatosa “ ***aunque la morbilidad de la psoriasis aunque la morbilidad de la psoriasis grave es por sí sola significativa y justifica el mejor tratamiento disponible, recientemente se ha identificado una comorbilidad relacionada con la presencia del síndrome metabólico y el desarrollo de diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular, que globalmente se estima que constituye la causa del 30 % de todas las muertes La identificación y el tratamiento de los factores de riesgo modificables podría determinar una reducción en la morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedad cardiovascular, y,***

conceptualmente, el control efectivo de la inflamación (...) en la psoriasis con el tratamiento adecuado podría producir una mejoría en las correspondientes comorbilidades.” (Puig- Sanz, 2007)

V.C..Análisis psicoanalítico del caso:

A partir de lo desarrollado previamente en el marco teórico, acerca de los conceptos fundamentales sobre el fenómeno psicossomático tal como fueron planteados por Lacan, se procederá a analizar el caso presentado, teniendo como marco referencial las referencias fundamentales sobre el mismo, ubicadas en los seminarios 2, 3 y 11.

Teniendo en cuenta lo desarrollado en relación a la enseñanza de Lacan, Roberto se ubicaría del lado de la no extracción del objeto a, debido a la operatoria fallida de la ley paterna. Para el sujeto, habría una ausencia del significante de la falta en el Otro, en oposición a la histeria, que se encuentra del lado de la extracción del objeto a y por lo tanto, del lado del intervalo entre significantes.

En Roberto, el órgano comprometido es la piel, en tanto la establece como zona autoerótica donde se desarrolla el fenómeno psicossomático. La piel de Roberto, como órgano, está erotizada. En el fenómeno psicossomático, como se mencionó anteriormente, el autoerotismo juega un papel fundamental. En Roberto, la relación de objeto al modo neurótico no se encuentra constituida, su estructura es previa; ha quedado del lado del autoerotismo. Libido corporificada, retorna al cuerpo en forma de escamas en la piel...directamente se inscribe en el cuerpo.

Lo que le ocurre a Roberto en su piel, al decir de Lacan, es del orden de lo escrito, no un llamado al Otro, que involucra una relación de objeto, sino una inscripción directa, a modo de un jeroglífico. Su piel funciona como una pizarra en donde se escribe algo que no se puede nombrar con la palabra.

En relación a sus dificultades de acercamiento a las mujeres pueden extraerse algunas frases, que dan cuenta de su particularidad, y se relacionan con el fenómeno psicósomático que presenta.

“Por la psoriasis es el rechazo”

“Tuve rechazo de una mujer”

Se observa dificultad en cuanto a su implicación subjetiva.

Al no haber sujeto en tanto afánisis, no hay pregunta dirigida al Otro. No hay cuestionamiento del Otro y de su deseo, más bien, al decir de Miller, un esquivamiento del Otro del significante. La relación del fenómeno psicósomático con el registro simbólico es, cuanto menos, problemática. . Por otro lado, la posibilidad de asociación libre se encuentra coartada por la dificultad en la articulación significativa.

“Podríamos pensar en un trastorno de la metonimia(...)” Sostiene la Lic. Abrevaya. Diferencia fundamental con la neurosis y principalmente con la histeria.

No hay discontinuidad del significante, sino pura continuidad, tal como transcurre su vida, sostiene la autora. El intervalo entre S1 y S2 no se hace presente. Él mismo relata sus sensaciones sin cuestionamiento alguno o pregunta sobre qué papel juega él mismo dentro de ello.

Otras particularidades se observan en relación a lo que el sujeto puede decir con respecto a su trabajo. Como lustrador de muebles de algarrobo, el polvo que libera la madera se le pega en la piel. Habla de la psoriasis y del polvo de la madera, entremezclándolos y confundiéndolos. Su conducta de llegar al extremo de limpiarse con lavandina, da cuenta de una falta de límite, conducta extrema para lograr despegarse el polvo.

Es importante apreciar el hecho de que en el fenómeno psicossomático, la metáfora paterna no logra tachar el goce mortífero de la madre, observándose esto en Roberto como muy patente: se le pega el polvo de la madera- el polvo de la psoriasis- el polvo que limpia la madre. Una secuencia que da cuenta de algo que el sujeto no puede desprender de sí.

¿Dónde se ubica, entonces, Roberto, en relación a la castración simbólica? En un lugar especial, él mismo lo afirma cuando comenta

“En mi casa no me encuentro, no me aguanto. Estoy inquieto, voy y vengo”

A la manera de su experiencia como “vagabundo” en La Plata, en su propia casa no tiene un nombre que lo ubique en una posición subjetiva.

Esto se puede asociar con los comentarios que realizó acerca de su enfermedad “Por la psoriasis es el rechazo”; “Tuve el rechazo de una mujer”, continuamente y sin nombrarse ahí como un sujeto al que le suceden cosas. No hay implicación en su discurso.

Habría un goce gelificado en su cuerpo, inscrito directamente sobre su piel, sin mediación significativa. No habría deslizamiento metonímico del significativo, que le permita asociar, desplazarse por la cadena significativa. Esta diferencia en cuanto a la articulación significativa es lo que tampoco permite que haya sujeto en tanto afánisis. No hay intervalo que haga límite y en el cual el sujeto se desvanezca. Este punto es fundamental para poder determinar la presencia de un fenómeno psicossomático en lugar de diagnosticar, por ejemplo, una neurosis (histérica u obsesiva).

No obstante, se debe tener en cuenta, que hay en Roberto un cierto movimiento tendiente a restituir el elemento simbólico que se inscribió fallidamente: es lo referido al trámite que realiza para obtener la ciudadanía italiana, posibilidad que se le abre debido a que su abuelo materno era originario de dicho país. Pero, como se mencionó anteriormente, el trámite se interrumpe dado que hay dos versiones del apellido.

La posibilidad de inscribir algo del orden de lo simbólico viene dado entonces por la restitución del apellido de ese abuelo materno, y de recibir él mismo el reconocimiento de su propio nombre, inscribir un significante que le permita reconocerse dentro de un orden legal, otorgado además por el Estado, un papel que deja escrito, da cuenta de un nombre, un apellido y un lugar de pertenencia. Él, como psicossomático, se encuentra al límite de la estructura del lenguaje. Este movimiento le permitiría acceder al Nombre que ha esquivado. Intento de legalización simbólica tardía que le sirve para inscribir algo del Otro del significante que no operó como debiera en su momento.

Podría ubicarse el pasaje al acto como pérdida del sujeto, él mismo se excluye ahí en ese acto de fuga, de huida. Huye de lo simbólico para pasar a lo real. Pero, en Roberto, al mismo tiempo aquello que le permite el pasaje al acto es un objeto legalizado: una carta firmada, que le permite huir de lo simbólico y pasar a lo real, intento de huida frente a aquello que lo angustia. Sujeto identificado a ese resto, lo simbólico no funciona. En este caso, el sujeto puesto en lugar de objeto. Él se ve como un cadáver, falto de vida. Se ataca en su esencia misma.

El pasaje al acto como salida alternativa en el fenómeno psicossomático, del lado de lo real, en lugar de, por ejemplo, el síntoma histérico, como solución simbólica frente a la angustia de castración.

Recordemos que Roberto fue derivado por la dermatóloga hace aproximadamente un año. La Lic. Abrevaya considera que su tratamiento se puede dividir en dos momentos.

En el discurso del paciente se aprecia el tipo de relación transferencial que se produce con la analista:

“Ud. es como mi amiga. Espero ansioso el miércoles, como buscando una compañía...hablo de mis cosas...de mis problemas”

“Yo pensaba si Ud. fuera una chica cualquiera que pasa por la calle, y yo le hablo ¿Ud. me aceptaría?”

“Me imaginé que era una ficción, una novela, que Ud. era mi mujer, no se ofenda”

“El amor de transferencia sería un protégeme de lo que está por venir”

“Roberto no espera respuestas de su psoriasis (...) No se trata que asocie con el fenómeno psicossomático, camino estéril ya que el fenómeno psicossomático no es un síntoma” (Abrevaya, En Estudios de Psicossomática, Ed. Atuel, 1998, pág. 161)

En definitiva, sostiene la autora, el fenómeno psicossomático no moviliza; lo considera como una forma distinta de responder a la angustia de castración; a diferencia del neurótico, quien sí maneja otros recursos: el síntoma como principal, pero también el acting out, las fugas, etc. En el fenómeno psicossomático, lo que se juega es el cuerpo pero no a nivel de lo simbólico (como en la histeria), sino a nivel de lo real.

En la relación transferencial, este paciente no ubica al analista en el lugar de sujeto supuesto saber. Esto último se puede apreciar cuando Roberto le pide disculpas a la terapeuta por haber desconfiado de ella.

Esta diferencia es fundamental en relación al síntoma histérico, en el cual hay un cuestionamiento del Otro, la raíz del síntoma histérico es el cuestionamiento del deseo de ese Otro. El histérico sí va a ubicar en la relación de transferencia al terapeuta en el lugar de sujeto supuesto saber.

“Roberto no espera respuestas a su psoriasis, sí las espera en relación a su resignación, su falta de lucha, su temor a las mujeres. No se trata que asocie con el fenómeno psicossomático, camino estéril ya que el fenómeno psicossomático no es un síntoma.” (Abrevaya, En Estudios de psicossomática, Ed. Atuel, 1998, pág.161)

Si bien en el segundo momento algo se moviliza en Roberto y puede asociar, el fenómeno psicossomático continúa estéril en relación a esta posibilidad. Esta es su particularidad y gran diferencia, en el momento del análisis, con el síntoma. Roberto nada puede decir acerca de lo que le sucede, de su enfermedad en cuanto tal, ni preguntarse por qué le sucede. Su afección no se relaciona con la historia subjetiva, por lo mismo este fenómeno no se puede analizar al modo del síntoma.

Sostiene la autora acerca de las conductas de Roberto, y cómo el fenómeno psicossomático se estructura de manera diferente a la neurosis, por lo cual sus producciones y recursos, serán radicalmente distintos: ***“En esta última etapa pregunta ¿Cómo se llega a ser Licenciado? ¿Cómo se llega al título? Se pregunta por la habilitación que otorga un Otro simbólico. Al mismo tiempo se siente culpable por haberme puesto en cuestión, teme por su tratamiento. Movimiento de transferencia que permite la***

emergencia de recuerdos infantiles. Siendo niño se rateaba del colegio primario, salía para el colegio, volvía a la casa y se escondía en el gallinero (...) Ya más grande no entraba al colegio. ¿Fugas, pasajes al acto, acting out? Recursos que tiene el neurótico frente a la angustia” (Abrevaya, En Estudios de psicología, Ed. Atuel, 1998, pág. 161)

Asimismo, la Lic. Abrevaya cita a Françoise Koelher, psicoanalista, presidente de la Asociación Primera Infancia y Psicoanálisis, quien ***sostiene “a diferencia de la angustia, el fenómeno psicopatológico no es un afecto, se lo puede situar por fuera del afecto, en el punto en que la metáfora paterna es insuficiente para tachar el goce materno. Allí donde el sujeto puede encontrarse con una angustia castradora más que acortar la angustia, hace un fenómeno psicopatológico.”*** (Abrevaya, En Estudios de Psicología, Ed. Atuel, 1998, pág. 161-162)

El fenómeno psicopatológico no está del lado de la neurosis, por lo tanto sus recursos frente a la castración no son los mismos. Frente a ella, aparece el desarrollo del fenómeno psicopatológico, como sostiene la autora. La apuesta del analista sería, entonces, poder abrir, a partir del trabajo analítico algo del deseo del sujeto, que se pueda realizar la articulación significativa del lado del intervalo, allí donde éste se encuentra gelificado. La dirección de la cura en Roberto, sería posibilitar que asocie algo relacionado al fenómeno psicopatológico, que en él se pueda abrir la pregunta, así como ha logrado producir asociaciones con respecto a otras áreas de su vida.

Por otro lado, este último fragmento que la autora tomó de Koelher, nos abre el interrogante acerca de si el fenómeno psicopatológico es una solución frente a la castración, al igual que el síntoma, aunque estructurados de diferente manera. Un modo de respuesta en donde no se hace presente una sustitución simbólica tal como ocurre en la neurosis.

La Lic. Abrevaya extrae estas frases de Roberto:

“Quiero encontrar a la mujer perfecta” “Por la psoriasis es el rechazo”

Respecto de las cuales sostiene:

“Roberto paga con su cuerpo. La psoriasis actúa de protección, de barrera, de cobertura frente a la mujer” (Abrevaya, En Estudios de psicósomática, Ed. Atuel, 1998, pág. 156).

Es el evitar encontrarse con lo real, lo que se juega como puntapié para el desencadenamiento de su afección. Al mismo modo que un síntoma obsesivo o histérico, el fenómeno psicósomático cumple la función de evitar encontrarse con la angustia de castración; el cuerpo es expuesto, solo que con la particularidad fundamental de que allí no se juega la sustitución simbólica. Podría ser pensado como una solución diferente a la del síntoma neurótico.

Conclusiones

En la presente tesina se realizó un recorrido histórico y teórico sobre el concepto de fenómeno psicossomático, tomando lo desarrollado por la medicina y por la psicología.

A partir de lo planteado en la introducción, se realizó una revisión de las referencias fundamentales que plantea Lacan en relación al fenómeno psicossomático. En relación a los interrogantes planteados en este trabajo, se puede concluir que Lacan ubica el fenómeno psicossomático en términos estructurales, en serie con la psicosis y la debilidad mental.

Respecto al interrogante sobre el significante, a la altura del seminario XI de su enseñanza, Lacan ubica al fenómeno psicossomático en relación a la holofrase, a diferencia de la neurosis, ubicada en relación el deslizamiento significativo.

En relación al interrogante, respecto de la relación entre fenómeno psicossomático y goce, se podría concluir que en el fenómeno psicossomático se trataría de un goce inscripto en el cuerpo, sin mediación simbólica. El goce produce una lesión real sobre el cuerpo biológico, constituye una inscripción a modo de jeroglífico, tal como lo plantea Lacan. A diferencia del síntoma, en el cual la posibilidad de mediación simbólica introduce marcas en el cuerpo sin producir un daño real.

En cuanto al abordaje psicoanalítico del fenómeno psicossomático, Lacan propone intervenciones que se diferencian de las intervenciones para la neurosis histérica. Es decir, en lugar de reducir la cadena significativa a la letra, se partirá de la letra, para lograr construir una cadena significativa, con la cual

el sujeto comience a movilizar su inconsciente.

Con respecto a lo planteado en la introducción, se realizó un acercamiento teórico a las referencias fundamentales de Lacan sobre el tema, las cuales se encuentran desarrolladas en los seminarios 2, 3, 11, y en la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. Éstas dan cuenta de los diferentes conceptos teóricos que fue construyendo a lo largo de su enseñanza. En la primera referencia, el seminario 2 (1954-1955), aborda el tema relacionándolo con el concepto de autoerotismo, a diferencia de la neurosis que la ubica del lado del narcisismo y de la relación de objeto. En la segunda, el seminario 3 (1955-1956), dicho fenómeno es trabajado por él desde la perspectiva de las estructuras, ubicándolo en la línea cercana a la psicosis y diferenciándolo de la neurosis. Posteriormente, en el seminario 11 (1964-1965), lo trabaja, principalmente, en relación a los conceptos de cadena significativa y holofrase.

Estos conceptos, junto con la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma, conforman los cuatro puntos fundamentales de desarrollo sobre el fenómeno psicosomático. No obstante, el seminario 11 marca un punto de inflexión respecto del mismo, involucrando el registro simbólico y estableciendo una diferencia fundamental entre el fenómeno psicosomático y el síntoma histérico, que va a permitir una forma de trabajo e interpretación en el análisis, particular para este fenómeno.

Podríamos ubicar, en la enseñanza de Lacan, dos momentos diferentes en relación a la teorización sobre el fenómeno psicosomático. Un primero momento, en que lo sitúa en relación lógica del significante, trabajado en los seminarios (2, 3 y 11). Un segundo momento en que lo ubica en relación a la lógica del goce, trabajado fundamentalmente en la Conferencia en Ginebra sobre el síntoma (1975).

A partir de los conceptos teóricos expuestos, se trabajó un caso clínico de fenómeno psicossomático: psoriasis. En el cual se pueden ubicarlos tres interrogantes fundamentales, planteados en la introducción del presente trabajo.

En relación a su posición subjetiva, el paciente se encuentra ubicado en la serie estructural de fenómeno psicossomático- psicosis y debilidad mental. Por ello, la posibilidad de realizar una articulación significativa en relación a la psoriasis, está coartada por la dificultad del deslizamiento metonímico propio de esta serie. Consecuentemente se observa la dificultad de implicación subjetiva del fenómeno psicossomático.

En cuanto a su relación con el goce, en este caso en particular se puede pensar la marca real que la psoriasis deja en la piel, en forma de escamas, como la inscripción del goce sobre el cuerpo sin mediación simbólica. La psoriasis no tiene relación directa con su biografía, es una marca real en el cuerpo.

En este sentido, se orientarán las posibles intervenciones, tendientes a abrir el discurso del sujeto, a fin de lograr cierta implicación subjetiva.

A partir de lo desarrollado anteriormente, puede pensarse el fenómeno psicossomático como un modo de solución distinta a la del síntoma neurótico frente a aquello que angustia al sujeto.

Finalmente se puede pensar que el aporte particular del psicoanálisis, en particular de la enseñanza de Lacan, es ubicar el fenómeno psicossomático en relación al sujeto del inconsciente, es la posibilidad de ubicar lo psicossomático en relación al sujeto del inconsciente. Lo cual abre nuevas posibilidades para el tratamiento del mismo, en tanto introduce el discurso del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

- Eidelsztein, A.(2008) *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Vol 1. Ed. Letra Viva.
- Chamorro (2011). *La interpretación constituye el síntoma analítico*. En Interpretar. Buenos Aires. Ed. Grama.
- CIE- 10. *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades*(2000). Ed. TEA Ediciones
- Freud, S (2004). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu
 - (1893)Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas.
 - (1893) Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. Vol III
 - (1894). Neuropsicosis de defensa. Vol III.
 - (1895) Estudios sobre la histeria. Vol III
 - (1905) Fragmento de un análisis de un caso de histeria.Vol.IX
 - (1915) Pulsiones y Destinos de Pulsión. Vol. XIV
 - (1915) Lo inconciente. Vol. XIV. Ed. Amorrortu
 - (1917). 17ª Conferencia: El sentido de los síntomas. Vol. XV.
 - (1917). 18ª Conferencia: Fijación al trauma: lo inconciente. Vol. XV.
 - (1917). 19ª Conferencia: Resistencia y represión. Vol. XV.
 - (1917). 23ª Conferencia: Los caminos de la formación del síntoma. Vol. XV.
 - (1925). *Inhibición, síntoma y angustia*. Vol. XX. Ed. Amorrortu.

- Herrera Guido, R(2005). *Poética del psicoanálisis*. En Límite, vol 1, 2, Universidad de Tarapacá. Encontrado el 14 de febrero de 2013 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/836/83601204.pdf>
- Gorali, V. (1994). *Estudios de psicósomática*. Buenos Aires. Ed. Atuel.
- Lacan, J (2011) *Seminarios*. Buenos Aires: Paidós

------(1954). *El yo en la teoría de Freud*. Seminario 2. Buenos Aires, Argentina.

------(1954) *Los escritos técnicos de Freud*. Seminario 1

------(1955). *La psicosis*. Seminario 3. Buenos Aires, Argentina.

------(1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminario 11. Buenos Aires, Argentina.

------(1963). *La angustia*. Seminario 10 Buenos Aires. Ed. Paidós.

- Lacan, J.(2002) *Escritos I*. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI
- Lacan,J(2001). *En intervenciones y textos II*. Buenos Aires. Ed.Manantial
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(1994). 4ª Edición revisada. A.P.A. Ed. El Selvier Masson.
- Marty, P. (1990) *La psicósomática del Adulto*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- Miller, J (1988). *Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático*. En Matemáticas II. Buenos Aires, Ed. Manantial.

- Puig- Sanz(2007). La psoriasis ¿Una enfermedad sistémica?. Actas dermosifiliogr, 98, 396-402. encontrado el 17 de Octubre de 2012 en : <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/103>