

Buenos días a todos. Antes que nada quiero agradecer, a mis colegas de la mesa por aceptar el desafío de realizar esta invitación a trabajar una temática que Lacan ha mencionado, hablando de otros conceptos o respondiendo preguntas de otros, pero que nunca trabajó. Venimos a preguntarnos ¿cómo pensar la dirección de la cura, nuestra clínica en estos casos? ¿De qué hablamos cuando hablamos de lo que se llama FPS?

En medicina, se habla de procesos psíquicos “que tienen influencia en lo somático, enfermedades que no tienen etiología médica”... “donde existe una lesión de órgano con participación del sistema nervioso autónomo o neurovegetativo”... “típicamente cursan en brotes”, a los médicos les resulta “imposible pensar la curación... y... el pronóstico se presenta como algo ambiguo”.

Sin embargo en algunos casos los médicos pueden pensar en una posible etiología y curación mientras que nosotros, en el análisis, podemos encontrarnos con elementos que nos llevan a preguntarnos si esa enfermedad resulta de una activación en la estructura del sujeto.

Los textos psicoanalíticos por lo general refieren que los pacientes psicósomáticos no asocian la enfermedad con algo que tenga que ver con ellos, o con lo que les pasa. Si bien es cierto que hay casos en que no se habla del tema en consulta, en otros la posición del sujeto es distinta y se interroga.

Vamos a hacer un recorrido de lo que Lacan nos ha dejado: Según Lacan, lo psicósomático tiene que ver con investiduras autoeróticas, podemos ubicarlo en lo real, está en juego la dimensión imaginaria y es del orden de lo escrito. Dice que es como un enigma que a veces no sabemos leer y que se manifiesta en determinadas fechas, (momentos, situaciones) pero

sin dialéctica posible, donde no hay interpretación que pueda marcar algo de la historia del sujeto. Por lo tanto, podríamos ubicarlo en la estructura en un empalme entre lo real y lo imaginario.

Refiere que “es alrededor del trazo unario que pivotea toda la cuestión del escrito, que hay una fijación, que el cuerpo se deja llevar a escribir algo del orden del número”.

Nos da cuenta de que la dimensión simbólica está presente en estas lesiones, en tanto, es la falla significativa la que lo produce. La lesión sería una marca significativa, escrita en lo real orgánico. Se produce cuando un S1, un rasgo unario, no representa a un S2. Un S1 se holofrasea, se suelda con un S2. Dice que las holofrases, son expresiones que no pertenecen al lenguaje, y son irreductibles, no se pueden descomponer.

Pensemos en la dirección de la cura con lo que hasta aquí nos dice: cuando trabajamos con síntomas clásicos, en tanto formaciones del inconsciente, sabemos que el significante unario causa la desaparición del sujeto, siempre que represente a un S2. En estos casos, el trabajo de análisis, a través de la interpretación y del acto analítico, produciría un corte con esa producción de sentido S1 S2, para que se produzca división subjetiva. En el caso de los fenómenos psicósomáticos, al estar frente a dos significantes pegados, holofraseados, no habría intervalo entre significantes, por lo cual no sería posible la aparición del sujeto. Por eso se plantea que no se puede abordarlos con la interpretación, no habría posibilidad de dialectizar, ni metaforizar, como sucede con un síntoma. No obstante, en algunos casos en los que cuando llega el paciente no se interroga ni responde a señalamientos acerca de si la enfermedad tiene que ver con él, o con lo que le pasa, con el análisis, moviéndose los goces, se producen efectos que nos darían a suponer que hubo algún movimiento de intervalo. Esos goces que se ubicaban en un empalme de lo imaginario y lo real, enlazan de otro modo,

bordeándose algo que pasa a ser posible de simbolizar y aparece la dialéctica. Así, el discurso acerca de la enfermedad cambia y la historia es otra, puede haber división subjetiva. A veces, cuando la estructura se mueve, en las lesiones, los empujes pasan a ser más espaciados y leves, incluso sin haber hablado especialmente de la lesión.

Otras veces, incluso interrogándose, asociando y apareciendo cierta metaforización, la enfermedad continúa. Se puede atribuir un sentido a la enfermedad y eso no quiere decir que se haya podido dar cuenta de esos significantes soldados de los que habla Lacan. La sugestión también produce sentido. Que se le dé un sentido, no significa que la enfermedad ocupe un lugar para el sujeto, que le sea posible mover lo psicosomático.

Se dice que no podríamos pensar la lesión psicosomática como un efecto de una formación inconsciente. Sin embargo en algunos casos, habiendo lesión de órgano, escuchamos un síntoma conversivo. Hay pacientes que incluso han llegado a reconocer que ellos mismos produjeron una erupción en la piel, por ejemplo, a veces, hasta como pretexto para no hacer algo y, al reconocerlo si el reconocimiento fue efecto de la división subjetiva, en algunos casos, la erupción ha cesado.

Entiendo que ciertos síntomas escapan a las lógicas de las definiciones clásicas tanto de lo psicosomático como de lo conversivo. En cuanto a que, como en la fiebre, no atañen a una lesión de órgano, ni eluden las localizaciones y correlaciones de lo orgánico. Sin embargo, en el análisis, la aparición de esos síntomas puede ligarse con las circunstancias, el discurso, la historia y la estructura del sujeto.

Cómo pensar la dirección de la cura, nuestra clínica en estos casos?

El saber médico se agota y tiene sus límites para responder a la causa o tratamiento de enfermedades. En el mejor de los casos, poniendo a jugar esa falta en saber, hacen algo con eso y nos derivan pacientes. Estemos advertidos de que nuestro trabajo también tiene sus limitaciones y, en algunos casos, más allá del trabajo con el sujeto en análisis, consideremos una derivación al médico.

Como analistas, si queremos saber de lo que sucede a nivel intraorgánico con estas enfermedades o si pretendemos curar la enfermedad, estamos fritos. La cura no es nuestro objetivo, si bien muchas veces, el efecto del análisis puede ser ese.

Según el discurso del paciente nos preguntaremos o no acerca de qué lugar ocupa la enfermedad para el sujeto, cuál es la función del síntoma, qué goces están en juego, si el paciente está en posición de pregunta respecto de ellos.

En algunos casos, la enfermedad pondrá a funcionar ciertos goces, en otros la enfermedad vendrá a resignificar los goces que ya se estaban jugando, o vendrá a evitar la sustracción de otros. En otros casos, puede ser que ni nos preguntemos por la enfermedad. Todo dependerá del discurso del analizante.

Partimos de la base de que siempre trabajamos de uno en uno. La lectura que hagamos va a ser distinta según el caso que escuchemos. No podemos situar lo psicosomático en un mismo lugar en todos los casos, ni pensarlo como algo estático ni en relación causa-efecto. El trabajo de análisis puede tener efectos que produzcan un cambio de posición y operen en lo real del cuerpo. La estructura es dinámica.

El discurso del paciente y los efectos del análisis serán lo que nos lleven a preguntarnos por

lo psicosomático en nuestra clínica, si lo hacemos.

Trabajamos escuchando en qué posición se ubica el sujeto respecto de sus goces.

Muchas gracias

### Referencias Bibliográficas

- Luisa Bertolino. "Lugar Psicosomático". LacanoRío 2017. Del texto también se extraen las definiciones de FPS y una lectura de lo que nos ha dejado Lacan.

Luisa Bertolino.

Segundas Jornadas de la Red Lacaniana de Psicoanálisis 14 de abril de 2018

[1]Mesa - Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis en los Fenómenos Psicosomáticos.  
Pregunta de la Mesa: ¿Cómo pensar la dirección de la cura, nuestra clínica en estos casos?  
2das Jornadas de Psicoanálisis Lacaniano: "Fundamentos del Psicoanálisis". 14.04.18.  
Montevideo, Uruguay.

[2]Del texto se extrajeron fragmentos que refieren a una viñeta clínica presentada en la mesa, la cual se decidió no publicar.

Si desea enviar un comentario sobre el texto a la autora, puede dirigirlo a  
luisabertolino@gmail.com