



Universidad de Buenos Aires

Facultad de Psicología

Tesis de Licenciatura en Psicología

***“Las pérdidas significativas en el
desencadenamiento del Fenómeno
Psicosomático”***

Crisara, Lubna Anush

L.U. 36.293.406-0

Tutora de Tesis: Szapiro, Liliana

D.N.I. 10.196.986

Febrero, 2017

Agradecimientos,

Especialmente a mi papá por ser el que me impulsó y alentó desde que tengo memoria a encontrar una vocación que me haga feliz. Este trabajo concluye un camino recorrido, la Licenciatura en Psicología, y a la vez representa el inicio hacia una nueva etapa de formación profesional, del cual sé que él estaría orgulloso.

Al resto de mi familia, por el apoyo incondicional de todos estos años, especialmente de este último tramo.

A mis amigas por el recorrido juntas, los momentos de estudio compartidos, y su escucha incondicional en las ocasiones más críticas.

A Federico por su amor de todos los días.

A Liliana Szapiro por officiar de guía en este trabajo final. Le agradezco sus enseñanzas brindadas, su sencillez a la hora de explicar, y su tiempo dedicado.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	Pág. 2
1. Introducción.....	Pág. 4
2. Planteo del problema.....	Pág. 4
3. Objetivos.....	Pág. 5
4. Metodología.....	Pág. 5
5. Marco teórico.....	Pág. 6
5.1. Breve reseña acerca del surgimiento de la psicopatología como concepto.....	Pág. 6
5.2. Psicopatología en la obra de Sigmund Freud.....	Pág. 7
5.3. Psicopatología en la obra de Jacques Lacan.....	Pág. 8
5.4. Algunas elucidaciones sobre el proceso de duelo.....	Pág. 11
6. Estado del Arte.....	Pág. 15
6.1. Aportes de Liliana Szapiro a la clínica de las afecciones psicopatológicas.....	Pág. 15
6.2. Aportes contemporáneos: fenómeno psicopatológico y proceso de duelo.....	Pág. 17
7. Desarrollo.....	Pág. 19
7.1. Viñeta clínica.....	Pág. 20
7.2. Consecuencias de un nombre del padre que está, pero no opera.....	Pág. 22
7.2.1. Desencadenamiento del fenómeno psicopatológico.....	Pág. 25
8. Conclusiones.....	Pág. 31
9. Referencias bibliográficas.....	Pág. 36

1. INTRODUCCIÓN

La presente tesis se enmarca en el proceso de finalización de la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad de Buenos Aires.

El tema propuesto a plantear para esta tesis de grado será el abordaje teórico psicoanalítico del fenómeno psicosomático y la ubicación de las coordenadas del desencadenamiento a partir de su articulación con una viñeta clínica presentada en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La tutora a cargo de la investigación es la Dra. Liliana Szapiro, profesora a cargo también, de la Práctica Profesional de *Investigación “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas. Dirección de la cura y coordenadas subjetivas del desencadenamiento”*. Práctica de la cual participe en calidad de alumna, durante el primer cuatrimestre del 2016, e inspiró la producción de esta tesina que hoy me encuentra concluyendo la carrera.

A partir de los desarrollos teóricos alcanzados por la investigación que lleva a cabo Liliana Szapiro, es que basaremos entonces los desarrollos en este presente trabajo.

2. PLANTEO DEL PROBLEMA

En la presente tesis se abordará la temática del fenómeno psicosomático y en particular, se propondrá plantear la *artritis reumatoide* como una dolencia psicosomática desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana.

Se propondrá establecer un nexo de correlación entre el fenómeno psicosomático y la *artritis reumatoide*, poniendo énfasis en la falla en la función paterna que se produce en estos casos, como así también, sus implicancias en la estructuración subjetiva y las coordenadas del desencadenamiento de la enfermedad. Se pondrá un particular interés en la relación entre el trabajo de duelo y el desencadenamiento de la afección psicosomática.

Para ello, desarrollaremos primeramente un análisis teórico de los conceptos que fundamentan las hipótesis, y luego lo articularemos con un caso clínico observado en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Práctica de Investigación: *“Aportes del Psicoanálisis a la Clínica de las Afecciones Psicosomáticas. Dirección de la Cura y Coordinadas subjetivas del Desencadenamiento”* a cargo de Liliana Szapiro.

El presente trabajo estará guiado por las hipótesis de la investigación antes nombrada, así como también se servirá de los aportes que han expuesto diferentes autores.

3. OBJETIVOS

- a) Contribuir a la investigación sobre fenómenos psicosomáticos, incluyendo la artritis reumatoide como uno de ellos.
- b) Señalar aquellos puntos relevantes de la viñeta clínica presentada que puedan ser útiles para una articulación teórica pertinente con la hipótesis de una falla en la función paterna y sus consecuencias.
- c) Analizar las coordenadas subjetivas del desencadenamiento de la enfermedad en el material clínico, bajo la hipótesis de que en cada caso se presentan coyunturas que exigen al sujeto responder con el Nombre del Padre.
 - c.1) Analizaremos los desencadenamientos hipotetizando que en el caso de la viñeta presentada, en el segundo desencadenamiento, se podría situar un proceso de duelo como factor principal.

4. METODOLOGÍA

El método utilizado en este trabajo es el de la investigación de carácter cualitativo. Se realizará un proceso de carácter inductivo donde se comenzará examinando una entrevista clínica y a partir de allí se desarrollarán las hipótesis teóricas propuestas a partir del material observado.

La muestra se obtuvo a partir de la realización de un estudio de caso. El desarrollo se realizará a partir de un único caso, expresado en la construcción de una viñeta que tuvo lugar en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el primer cuatrimestre del año 2016. El mismo consistió en tres entrevistas de carácter preliminar.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Breve reseña acerca del surgimiento de la *psicosomática* como concepto:

La *psicosomática* es un término que proviene de la Medicina y surge como Medicina Psicosomática, es decir, como una especialidad médica dentro de dicha área de conocimiento. Esto surge cuando a partir de la introducción del psicoanálisis en la cultura, se comienzan a transferir las elaboraciones freudianas al terreno de las enfermedades médicas, especialmente en aquellos casos en los que se desconocía una etiología definida.

Tradicionalmente el discurso médico parte de la distinción excluyente entre mente y cuerpo. Se piensa al cuerpo como una máquina, con mecanismos y leyes de funcionamiento, que puede romperse o tener defectos. De esta manera, ante un desperfecto, se procede en arreglar la falla, extraer y reponer lo defectuoso. Eso que se rompe o no funciona se llama síntoma o enfermedad.

A partir de que la medicina encuentra reflejado en consultas y enfermedades, que la máquina a veces en óptimas condiciones funcionaba mal, es que se comienza a plantear la cuestión de la interacción entre lo psíquico, la mente, y lo somático, el cuerpo, en términos de la idea de enfermedad y medicina psicosomática.

En consecuencia, sostenemos que la dirección de la cura del fenómeno psicosomático va de la mano con el campo de la Psicología. “...el psicoanalista

tiene como una de sus principales motivaciones la de articular el cuerpo con el lenguaje.” (Ulnik, 2002, p. 131)

A continuación desarrollaremos algunos aportes que ha realizado el Psicoanálisis al estudio de los fenómenos psicosomáticos.

5.2. Psicosomática en la obra de Sigmund Freud:

Si bien no hay un paradigma psicosomático en la obra de Freud, pueden rastrearse algunas pistas relativas a lo psicosomático, pero son pocos los lugares específicos donde se refiere al tema.

A lo largo de su obra, se pueden ubicar las referencias a las neurosis actuales, donde describe los orígenes de las neurosis y las divide en actuales e históricas, separando las neurosis de angustia, la neurastenia o los hechos corporales directos de las neurosis histérica y obsesiva.

Inicialmente Freud buscaba la causa de las neurosis, y es porque buscaba la etiología y opinaba que la causa de todas las neurosis se producía por la sexualidad, que llegó a la conclusión de que estas neurosis, las llamadas neurosis actuales, se producían porque había una descarga inadecuada o una falta de descarga de la tensión sexual somática.

A la vez, en esa época, Freud sostenía una teoría traumática de las neurosis. Sus estudios sobre la histeria apuntaban a la rememoración de un trauma que se suponía era un hecho real acontecido y había que encontrarlo, porque había una laguna mnémica en el paciente que el psicoanalista tenía que llenar logrando que este recordara el suceso traumático.

Freud menciona en *“Más allá del principio del placer”* en relación al trauma: *“Llamamos traumáticas a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo” (...)* En un primer momento el principio de placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse que el aparato anímico resulte anegado por grandes volúmenes de estímulo” (Freud, 1920, p. 29)

En el mismo texto Freud introduce la relación entre la dolencia corporal y la ligazón del exceso de excitación en el aparato psíquico, en el marco de las

neurosis de guerra: *“Las posibilidades de contraer neurosis se reducen cuando el trauma es acompañado por una herida física (...). Entonces, la violencia mecánica del trauma liberaría el quantum de excitación sexual, cuya acción traumática es debida a la falta de apronte angustiado; y por otra parte, la herida física simultánea ligaría el exceso de excitación al reclamar una sobreinvertidura narcisista del órgano doliente.”* (Freud, 1920, p. 32)

“Podríamos pensar que en las afecciones psicosomáticas ocurre un mecanismo similar al de las neurosis de guerra, donde la lesión corporal aparece como un modo de tramitar lo traumático, ante la falta de recursos psíquicos” (Szapiro, 2011).

Interesa señalar como punto de acercamiento una cita que resulta pertinente a la temática planteada, aunque no sea estrictamente parte de un historial psicosomático: en un estudio psicológico sobre el presidente Thomas W. Wilson el autor plantea: *“Hemos aprendido que las condiciones psíquicas pueden causar intensos efectos físicos. Por ejemplo, “morir con el corazón partido” no es una mera fantasía de poeta. Es posible que un hombre muera porque se le ha partido el corazón por una causa puramente psíquica. Dentro de cien años, cuando, esperamos, se comprenda el efecto de la mente sobre el cuerpo mejor que ahora, algún científico podrá determinar si había una relación más directa que el de la surmenage entre el conflicto psíquico de Wilson y su hemorragia. En nuestra presente ignorancia solo podemos ofrecer el problema”* (Freud y Bullit, 1932, p. 73).

Freud va a dejar planteada la problemática, asumiendo un vacío de saber al respecto, y con la creencia de que conceptualizaciones futuras van a poder esclarecer al respecto. Sin embargo, hace falta profundizar sobre los posteriores desarrollos de este tema, para abordar el presente trabajo, por lo que a continuación plantearemos los conceptos desarrollados por Lacan.

5.3. Psicosomática en la obra de Jaques Lacan:

Con respecto a la obra de Lacan, si bien la psicosomática no es tomada como cuestión principal en sí misma, aporta ideas nuevas, pero queda la dificultad

clínica de abordaje, que luego más adelante en el recorrido del trabajo este punto ciego va a ser esclarecido con los aportes de Liliana Szapiro

Sobre los primeros años de la enseñanza de Lacan, nos interesa marcar dos puntos de breve mención al fenómeno psicosomático, que aparecen como respuestas a preguntas realizadas en sus seminarios. Estas son en el Seminario II y III, los cuales son de los años 1954 y 1955 respectivamente.

En el Seminario II, Lacan refiere a lo psicosomático como *“reacciones psicosomáticas”* (Lacan, 1954. P. 150), diferenciando así esto de una estructura.

Comienza denominando reacción lo que posteriormente llamará fenómeno, pero se niega siempre a considerarlo como una estructura en sí misma. En este mismo seminario, Lacan sitúa las relaciones psicosomáticas a nivel de lo real, el cual se va a observar como una inscripción sobre el cuerpo biológico. De este modo, ya situamos para esta época a la *“reacción psicosomática”* del lado de lo real.

Por otro lado, en el Seminario III Lacan ya nombra a lo psicosomático como fenómeno. Plantea que sobre los fenómenos psicosomáticos se 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, (...) de un conflicto sobre lo que puede llamarse el cuadro material que presenta el sujeto en tanto ser corporal”* (Lacan, 1955, p. 445). Continúa aquí diciendo que el fenómeno se movilizará en función de la historia del sujeto de manera directa, sin una dialéctica que posibilite ninguna interpretación que pueda marcar esta correspondencia con la vida del sujeto. Resulta interesante marcar sobre estos planteos la dificultad de interpretación del fenómeno.

“Uno puede verificar en la historia del paciente ciertos hechos que se conectan con el desencadenamiento de la enfermedad...Pero estas marcas son rastreos del investigador y pueden no tener nada que ver con algo que el sujeto pueda asumir como propio o como histórico...Esto no alcanza un estatuto psicologizable, o transformable en algo que tenga posible acceso directo al

inconsciente o que demuestre que el inconsciente significativo opera ahí metafórica o metonímicamente.” (Peskin, 2003, p.346).

Posteriormente, en 1964, en el Seminario IX, Lacan se refiere a la holofrase y ubica lo psicosomático como una falla simbólica.

El sujeto para constituirse como simbólico, como sujeto de significantes, adviene en base a dos operaciones lógicas: la alienación y la separación. En la operación de alienación se pone en juego la aparición del sujeto en el campo del Otro. El viviente es forzado a la entrada en el lenguaje, en la que el significativo proviene del Otro. Desde allí, queda alienado a aquellos significantes del Otro primordial. Es necesario un segundo momento lógico, el de la separación, para dar lugar al sujeto. El encuentro con la falta del Otro permite al sujeto dar una nueva significación a aquellos significantes dados, reduce el aplastamiento subjetivo de la alienación. A partir de esta operación, se instaure la cadena significativa dando lugar a la aparición del sujeto en el intervalo.

Cabe destacar que es el significativo Nombre del Padre el que ordena la estructura simbólica e instaure una falta fundante de la cadena, dando lugar a un intervalo entre significantes donde advendrá el sujeto.

Lacan en este seminario plantea al fenómeno psicosomático en relación a la cadena significativa holofraseada. Es decir, una cadena donde no hay intervalo entre significantes. La holofrase expresa la ausencia de la hiancia entre S1 y S2, a consecuencia de esta falta, ocurre una falla también en el fantasma, que se constituye fallidamente. Esto trae como efecto que el sujeto ante determinadas situaciones, que provocan una conmoción fantasmática, a causa de su lábil estructuración este no puede responder, deviniendo la coyuntura con valor traumático.

Presentando a los significantes pegados se limita la aparición del sujeto y, así, a dar lugar a formaciones del inconsciente. Lacan señala a la cadena holofraseada como común a la psicosis, al fenómeno psicosomático y a la debilidad mental, aunque el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso.

Por último, en la Conferencia de Ginebra de 1975, Lacan se referirá al goce que se pone en juego en el fenómeno psicosomático. El autor se pregunta *“¿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”* (Lacan, 1975 p. 137). Hay aquí, una referencia a esa marca como rasgo en el cuerpo, como una marca de lo real. El goce de lo psicosomático es para Lacan un goce congelado, que se presenta como marca enigmática en el cuerpo. Sin embargo, frente a eso que se plantea como indescifrable Lacan deja una cita como premisa: *“Es por ese sesgo, por la revelación del goce específico que hay en su fijación, como siempre debe tenderse a abordar al psicosomático”* (Lacan, 1975 p. 139). Queda así planteada la posibilidad de abordaje clínico, a partir del “gocce específico”.

En el Seminario XIV: “La lógica del fantasma”, Lacan da cuenta de un goce que se vehiculiza en el fantasma, al cual denomina *goce “enlatado”*. Este es un goce acotado por la función fálica y articulado al Nombre del Padre (Lacan, 1967).

En su investigación, Liliana Szapiro retomará esta noción de Lacan y agregará que en casos donde el fantasma fracasa en dar un marco al goce, nos encontraremos con un *goce “no enlatado”* por la función fálica (Szapiro, 2010).

No obstante, Lacan no se extiende más allá de este planteo, por lo que será necesario valernos de los posteriores desarrollos de investigación de Liliana Szapiro que permitirán abordar una solución clínica más específica.

5.4. Algunas elucidaciones sobre el proceso de duelo:

Nos interesa pensar cómo incide el proceso de duelo sobre el desencadenamiento del fenómeno psicosomático en el caso de la viñeta planteada. Este interés surge luego de que, en mi acotada experiencia clínica, entrevistara algunos sujetos en los cuales se presentaba la particularidad de que ante pérdidas de familiares significativos paralelamente se presentaba la irrupción de una dolencia corporal.

En relación a esto, podría pensar que la muerte de un ser significativo (como es el caso de la viñeta que trabajaremos) o cualquier situación que implique la pérdida de un objeto que tenga un valor particular para la persona, va a despertar en el sujeto la puesta en marcha de un trabajo de duelo por este objeto perdido. Con más o menos dificultades un sujeto puede elaborar una pérdida de estas características. Pero ¿por qué encontramos casos en los cuales paralelamente a la muerte de un ser significativo, se desencadena una dolencia en el cuerpo?

En relación a este interrogante, pensamos que en estos casos que han sido entrevistados y particularmente en la viñeta elegida para la articulación, se podría hipotetizar que frente a ciertas coyunturas que convocan al sujeto a realizar un proceso de duelo, este se ve imposibilitado, encontrando serias dificultades para elaborar la pérdida del objeto.

Hipotetizamos que, en estos casos entrevistados de personas con fenómenos psicosomáticos, la imposibilidad para elaborar las pérdidas está relacionada con su particular estructuración subjetiva, en donde hay una severa falla en la inscripción del Nombre del Padre. En consecuencia, el procesamiento simbólico es lábil y esto, pensamos, repercutiría en la posibilidad de procesar (entre otras situaciones) las pérdidas significativas, es decir, se presenta la imposibilidad de hacer un trabajo de duelo por el objeto perdido. Es por esta razón que las pérdidas, en los casos entrevistados encontramos que devienen traumáticas, y frente a ellas se desencadena el fenómeno psicosomático.

Es interesante resaltar lo que conceptualiza Szapiro en relación a esto: *“Podríamos pensar que en las afecciones psicosomáticas ocurre un mecanismo similar al de las neurosis de guerra, donde la lesión corporal aparece como un modo de tramitar lo traumático, ante la falta de recursos psíquicos”* (Szapiro, 2011).

Para una posterior articulación con la temática que nos convoca este trabajo, a continuación detallare los aportes que Freud y Lacan hicieron sobre el trabajo de duelo.

5.4.1. Duelo en la obra de Sigmund Freud:

Freud en su obra *“Duelo y melancolía”* (1915), establecerá: *“El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”* (Freud 1915, 241). El duelo no será un estado patológico pero impone al sujeto considerables desviaciones de su conducta normal así como tampoco es la muerte únicamente el suceso que desencadene un duelo.

A raíz de ello también se deduce que un sujeto no iniciará un duelo por la pérdida de cualquier objeto si no solo por aquellos que tengan un valor particular. Con ello dejará asentado que el duelo implica un trabajo en cada sujeto, un trabajo a realizar y que ocasiona un gran gasto de tiempo y energía. Propondrá así, tres tiempos psíquicos en los que el duelo se desarrollaría. En un primer momento la realidad impone al yo el hecho de que el objeto amado está ausente y esto es algo muy difícil de asimilar, al principio el yo se niega a aceptar la pérdida. Las manifestaciones del duelo en estos primeros tiempos se consideraran como fenómenos porque no logran tener el estatuto de síntomas. Es éste el momento más difícil del proceso porque hay una desestimación de la pérdida. Luego, ya en un segundo momento, comienza el trabajo de elaboración, el sujeto intentará actuar de acuerdo con el principio de realidad, aceptando lo sucedido y comenzando a retirar la libido del objeto. La misma es sustraída de los recuerdos y representaciones ligadas al objeto que, son sucesivamente despertados y sobrecargados. La realidad dicta su sentencia: el objeto no existe más, sin embargo, le queda la misión de asesinarlo. Para culminar con este proceso, quedará declarar perdido el objeto, aceptando la pérdida y planteando que hacer con ello. Una vez que la libido retirada del objeto vuelve al yo, este podrá reconducirla a otro objeto sustitutivo. Este retiro de carga de libido se ejecuta pieza por pieza y entretanto la existencia del objeto perdido continua en lo psíquico (Freud, 1915).

5.4.2. Duelo en la obra de Jaques Lacan:

Lacan hablará del duelo en dos de sus seminarios, el Seminario XI y el Seminario XX, el primero de ellos es *“El deseo y su interpretación”* (1959) se trabaja el duelo en relación a la pérdida del objeto estableciendo la misma como un *“agujero en lo real”*. Es este agujero que se produce en el registro de lo real el que generará un desorden dentro del registro simbólico del sujeto y producirá un quiebre en su estructura. Esto sucede porque lo que estaba allí ubicado en el lugar de la falta pierde su localización.

Si Freud procuró al duelo una misión definida en la vía simbólica de la renuncia al objeto, Lacan retoma el hilo freudiano, para formular la temática del duelo en términos de relación del objeto. *“Se nos dice que el duelo tiene lugar en razón de una introyección del objeto perdido. Pero, para que el objeto sea introyectado, existe una condición previa y es que esté constituido en tanto objeto.”* (Lacan, 1958/59, p. 54)

La paradoja es que para constituirse, el objeto debe ser perdido. Es necesaria como condición previa la pérdida de este objeto para que se constituya como tal en el fantasma. Porque cuando decimos que Lacan lee el duelo en términos de relación de objeto, decimos relación al objeto perdido por estructura. Entramos en una dimensión estructural del duelo, como proceso inherente a la constitución subjetiva.

En el Seminario XX (1962) Lacan termina de trabajar muy bien la cuestión del duelo estableciendo que *“solo estamos de duelo por aquel del que podemos decir, yo era su falta”* (Lacan, 1963, p.155) En el sentido de que el duelo no se trataría solamente del lugar que ocupaba el objeto perdido para ese sujeto, sino del lugar que ese sujeto ocupaba para ese que se fue y que ahora no ocupará más, es decir, algo de sí mismo se pierde en el duelo. En este sentido es que sólo es posible hacer duelo por aquel cuya falta fuimos y cuyo deseo causamos.

Frente a esta situación lo positivo tendrá que ver con la posibilidad de un cambio en la posición del sujeto, es decir, que el sujeto pueda hacer algo con eso. Lo interesante de Lacan respecto entonces a la función del duelo, es el poder reescribir esa pérdida como una falta, que efectivamente ese sujeto puede ocupar el lugar de la falta para otros, dando como resultado la posibilidad de poner en marcha nuevamente el deseo. Por último, se establecerá que para estar en duelo, ese objeto tuvo que estar investido narcisísticamente, por eso se pierde allí una parte de ese sujeto con eso que se fue y ya no existe.

6. ESTADO DEL ARTE

6.1. Aportes de Liliana Szapiro a la clínica de las afecciones psicosomáticas:

El proyecto de investigación UBACyT P607 *“Nuevos aportes de la clínica de las afecciones psicosomáticas desde el psicoanálisis de orientación lacaniana”* y sus desarrollos posteriores (2001 – 2016) dirigido por Liliana Szapiro sostiene como hipótesis central una falla en la función paterna en los sujetos que padecen fenómenos psicosomáticos (Szapiro, 2006). La investigación sostiene que el padecimiento de una afección psicosomática no da cuenta de una estructura psíquica particular, pero sus resultados han permitido arribar a ciertas invariantes en los sujetos estudiados. Consideramos pertinente para el presente trabajo, centrarnos en los resultados obtenidos en el caso de sujetos de estructura neurótica.

La hipótesis sostenida por la investigación refiere a que, en los sujetos con afecciones psicosomáticas, el significante Nombre del Padre ha sido inscripto pero opera precariamente en su dimensión simbólica. Siguiendo los postulados de Lacan en el Seminario XI, Liliana Szapiro sostiene que en el fenómeno psicosomático se muestra una falla en la operación de separación. Esto se evidencia en la holofrase, en la falta de intervalo entre los significantes que aparecen pegados, como consecuencia de una falla en la función paterna que no posibilita la hiancia en la cadena significativa. El Nombre del Padre,

significante primordial que posibilita la inscripción de la falta en la cadena (fundante el intervalo), ha sido afirmado pero no opera en lo simbólico (Szapiro, 2011). Se presenta, así, una estructura simbólica lábil, lo que trae aparejadas ciertas consecuencias que se describirán a continuación.

La investigación retoma las enseñanzas de los últimos años de Lacan, donde enuncia la estructura del sujeto en relación al nudo borromeo de tres toros (Lacan, 1972 – 1976). Se postula aquí al Nombre del Padre como el anudamiento mismo del nudo de tres. Sobre este punto, se puede sostener que, ya que aquí este significante no opera eficazmente, se presenta un anudamiento precario de la estructura del sujeto.

La precariedad en el anudamiento se expresa en la desregulación del goce. El fenómeno psicosomático da cuenta de la irrupción de un goce que aparece no acotado, y que se expresa en lo real del cuerpo. Por otro lado, la labilidad simbólica se evidencia en una estructuración fantasmática lábil, la cual no logra enmarcar el goce que irrumpe en el cuerpo. Esta labilidad también se muestra, además, en la primacía del plano imaginario especular en las relaciones de los sujetos con fenómeno psicosomático.

A partir de lo último expuesto la investigación plantea el desencadenamiento del fenómeno psicosomático. Acontecimientos vitales en la vida del sujeto irrumpen como traumáticos, sin capacidad de simbolización y con un fracaso del fantasma en dar marco al goce, que se expresa sin mediación en el cuerpo. Frente a la vacilación del fantasma, se produce el desencadenamiento del fenómeno, en lugar de responder con un síntoma o una inhibición. Por el singular fracaso de la escritura del Nombre del Padre. Szapiro sostiene que *“La labilidad de la organización simbólica (...) se manifiesta en la dificultad de procesar situaciones que evocan su fantasma, estas devienen, por lo tanto, traumáticas y frente a ellas se desencadena la enfermedad”* (Szapiro, 2015 p. 14); lo que resultará por un goce no acotado en la función fálica.

En último término, la investigación plantea que es posible modificar este anudamiento precario a partir de la operación de nominación, posibilitando un

anudamiento más estable a partir del *sinthome*. Lacan señala que *“El sinthome es lo que permite a lo simbólico, a lo imaginario y lo real mantenerse juntos, aunque allí debido a los errores ya ninguno está unido al otro”* (Lacan, 1976 p.92). Es decir, la operación de nominación favorecería un anudamiento en que se ponga en juego el Nombre del Padre en su dimensión simbólica favoreciendo un anudamiento más estable (Szapiro, 2011).

Sobre este punto se plantea la dirección de la cura, donde la posibilidad de reparación del anudamiento por medio del *sinthome* traerá aparejado una regulación distinta del goce y un descongelamiento de la cadena significativa. Por este reordenamiento del goce, el fenómeno psicossomático cederá por añadidura.

De este modo, la dirección de la cura se dará a partir de la recuperación de significantes paternos que permitan poner en juego el significativo Nombre del Padre. Los resultados obtenidos por la investigación, a partir de lo expuesto, verificaron *“la remisión o atenuación del fenómeno, el apaciguamiento de la relación especular con el semejante, manifestación de formaciones del inconsciente, y una mayor dialectización del discurso”* (Szapiro, 2015 p.17).

Para finalizar, parece pertinente mencionar aquellos aspectos fenoménicos de la historia del sujeto que la investigación verifica y que servirán posteriormente para la articulación de este trabajo. La investigación ha observado el lugar del padre en el discurso aparece como ausente o desvalorizado, y en otros casos terrible e impune (predominando una versión imaginaria del padre). En cuanto a la madre, ocupa en el discurso un lugar privilegiado, por momentos idealizado desde el punto de vista imaginario. Se escucha en el discurso de los sujetos cierta alienación a una versión del padre (degradada o respetada excesivamente) enunciada en el discurso del Otro (Szapiro, 2015).

6.2. Aportes contemporáneos: Fenómeno psicossomático y proceso de duelo:

A continuación desarrollare brevemente los aportes que Elsa Aisemberg y Leonardo Pesquin realizan sobre el duelo en la psicossomática.

Estas elucidaciones nos permitirán un acercamiento para pensar como interviene el trabajo de duelo en el desencadenamiento del fenómeno psicosomático, en este caso de artritis reumatoide.

Elsa Rappoport de Aisemberg afirma que existe una dificultad característica en las personas con afecciones psicosomáticas para enfrentar el dolor y las ansiedades, que en ocasiones sobrepasan al sujeto. Esta dificultad en la tramitación psíquica que impide ligar la cantidad, se traduce en la afección psicosomática, es decir, como una marca en lo real del cuerpo. La autora explica: *“Hay una deficitaria estructura narcisista por fallas en el modelo intersubjetivo de construcción por el otro.”* (Elsa Rappoport de Aisemberg, 2006, p.37)

Esto según la autora conlleva a una dificultad para procesar los duelos: *“En la clínica generalmente encontramos en los pacientes con somatosis severas, duelos no procesados de ellos mismos o de sus objetos de identificación.”* (Elsa Rappoport de Aisemberg, 2006, p.36)

Leonardo Peskin afirma que cuando un trauma no es elaborado en un duelo se puede expresar en el cuerpo.

El trauma es un acontecimiento que irrumpe en la vida de un sujeto, y no logra inscribirse en la trama inconsciente que soporta a ese sujeto.

El autor piensa al trabajo de duelo como instrumento para resolver la inscripción del hecho traumático en el inconsciente.

Peskin sitúa al trauma como una situación que enfrenta al sujeto a una pérdida concreta, o también como un sentimiento de pérdida de bienestar. Esta pérdida de bienestar es generada por el encuentro con una situación inédita acompañado por un sentimiento de falta de recursos para enfrentar la realidad. *“Impotencia del inconsciente para resolver un acontecimiento.”* (Peskin, 2006, p. 272)

El autor afirma que esta falta vivida deviene traumática cuando no hay una manera de inscribir lo perdido, es decir cuando algo impide el trabajo de duelo. Esto se produce por una falta simbólica que se pone de manifiesto en determinado momento.

“El trauma, que no resulte devastador, es una conmoción narcisista que espera del duelo una sanción simbólica. Lo no resuelto insistirá como repetición y puede caer en lo real del cuerpo.” (Peskin, 2006, p. 274)

7. DESARROLLO

La paciente a quien llamaré María se encontraba en carácter de paciente ambulatorio del hospital. Allí recibía atención médica por parte de un reumatólogo, asistía a reuniones grupales de reflexión para pacientes con artritis reumatoide y en conjunto terapia individual.

La viñeta clínica que se va a presentar a continuación, se elaboró con el material proveniente de sus tres primeras entrevistas psicológicas.

Comenzaré con una breve descripción de la enfermedad que presenta María. La enfermedad *artritis reumatoide* es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune, caracterizada por una inflamación persistente de las articulaciones, que típicamente afecta a las pequeñas articulaciones de manos y pies, produciendo su destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Aunque el trastorno es de causa desconocida, la autoinmunidad juega un papel primordial en su origen, en su cronicidad y en la progresión de la enfermedad. En ocasiones, se manifiesta también con manifestaciones extra articulares, pudiendo afectar a diversos órganos y sistemas, como los ojos, pulmones, corazón, piel o vasos sanguíneos.

7.1. Viñeta clínica:

María comienza su tratamiento psicológico derivada del servicio de reumatología y alentada por el coordinador del grupo de reflexión del que también participa. Su diagnóstico es de artritis reumatoide, aunque continúan realizándole estudios, ya que sospechan que otra enfermedad reumatológica puede estar causando su artritis.

Al momento, la paciente asiste hace casi un mes a terapia individual. Durante estos encuentros la terapeuta debe aclarar ciertos puntos que resultan confusos. La paciente no es del todo precisa en su relato y manifiesta ciertas cuestiones como hablar muy bajo, o rápido, hasta el punto en que las palabras se pierden.

La paciente es mayor de edad. Nació en Buenos Aires y al comienzo de su pubertad, su familia decide mudarse a un pueblo en la provincia del país. Allí vivía con su papá, su mamá y hermanos.

Luego del segundo desencadenamiento de su enfermedad decide volver a Buenos Aires para tratar su enfermedad, estudiar y comenta que quiso acompañar a su novio.

Actualmente convive con su pareja, que vino a trabajar y estudiar; su tía, la pareja de la misma y su prima, hija de ambos.

Cuenta que viajó a su casa en la provincia, en reiteradas ocasiones para cuidar a su hermana menor y al resto de sus hermanos, ya que su mamá debía cuidar al padre de María que se encontraba internado en otro pueblo.

Su familia está compuesta por su mamá, y sus tres hermanos menores. La más pequeña padece Diabetes, le diagnosticaron la enfermedad hace algunos años, paralelamente al primer desencadenamiento de María.

Con respecto a su enfermedad, María fue diagnosticada a los 15 años en su pueblo de residencia, donde no le realizaron ningún tratamiento. Comenzó con dolor e hinchazón en ambas muñecas. Viaja a Buenos Aires para hacer una consulta en un Hospital de la Capital Federal, donde llevaron a cabo una serie

de estudios y allí le dicen que somatizó a raíz de la enfermedad de su hermana.

Luego, comenta que estuvo tres años sin ningún dolor; y a los 18 años comienza nuevamente a manifestar síntomas, refiere que se sentía cansada y se quedaba dormida, y esto perjudicaba su trabajo como niñera. Vuelven a diagnosticarle artritis e inicia un tratamiento con inyecciones, no obstante esto, su médica tratante, le sugiere, que viaje con urgencia a Buenos Aires para iniciar un tratamiento más efectivo.

En relación a su papá, falleció muy joven, una semana después que María viaja para tratarse en Capital. Padecía artritis reumatoide, que, según María se la detectaron cuando tenía 18 años. Comenta María: *“Trató su enfermedad en el pueblo hasta que quedó postrado, con agua en los pulmones”*

Manifiesta que su papá no quería tratarse. Continúa relatando que decidieron ir a vivir al interior por la enfermedad de su papá, y explica: *“mi papá se trató un tiempo y después no quiso tratarse más, empezó a tomar unos medicamentos que le trajo de Paraguay una vecina y él decía que se sentía mejor pero después empezó a empeorar”*

En relación a como se siente por el fallecimiento del padre, levanta los hombros y dice: *“no me llevaba bien con mi papá, la bronca se la sacaba con nosotros, era malo, era agresivo, todo lo que hacíamos estaba mal, si estábamos barriendo, limpiando quería que hagamos otra cosa, no alcanzaba. Cuando viajábamos con mi mamá a Buenos Aires nos decía que no volviéramos, que no nos iba a abrir la puerta, que se iba a matar, que nos iba a quemar la casa; a veces cuando se peleaban, se iba de la casa y mi mamá salía atrás de él para buscarlo, además mi papá estaba enfermo y le podía pasar algo entonces mi mamá tenía que salir a buscarlo. El gritaba, tiraba cosas, le quería pegar a mi mamá, pero para mí no podía porque no tenía fuerzas por la enfermedad”*. Luego manifiesta que las discusiones entre sus padres no eran presenciadas por ella, ya que ocurrían cuando dormía, su mamá se lo contaba al otro día.

Al momento de fallecer su padre, María se encontraba en Buenos Aires, cuenta que le avisaron pero ella no fue al velatorio.

En cuanto a la relación con su madre dice: *“ella sabe que si pasa algo yo voy a estar, y ella también está, ella me dice que soy la extensión de ella, la suplente”*; a lo comentado se le pregunta si ella siente que es la extensión y responde que *“sí, porque tenemos cosas parecidas, guardamos secretos, somos consejeras de las demás personas, las psicólogas”*; y agrega: *“aparte ella me dice que si algún día llega a pasar algo tengo que estar con mis hermanos, es muy pegada mi hermanita con mi mamá, duerme con ella, mi mamá no tolera mucho que mi hermanita no esté”*

María expresa que cuando no le hacen caso se enoja; le pregunto en qué momentos se enoja y me dice: *“y... cuando le hablas a la gente de buena manera y te contestan mal, ahí pienso: pará yo no te hice nada si estás de mal humor no tengo la culpa”*, me mira, piensa y me dice: *“tampoco me aguanto mucho las cargadas, también cuando no quieren entender las cosas”*, se le pregunta cómo sería eso; y me responde: *“por ejemplo, a mí no me gusta que le pongan cebolla a la comida y una amiga de mi tía le dijo a mi tía que yo era una mal criada, que me pondría un plato grande de cebollas para que me lo coma; después también me cargan con el pelo”*

Cuenta que cuando se enoja *“...los manda a la mierda...”* y se encierra en su cuarto. Refiere *“a mí no me gusta estar enojada entonces si veo que la otra persona se enojó voy a buscarla para hablar y le digo que fue un chiste, ahora si yo me enojo y la otra persona no, esa persona me tiene que venir a pedir disculpas”*

7.2. Consecuencias del Nombre del Padre que está, pero no opera.

Según Szapiro en el fenómeno psicósomático este significante ha sido inscripto, pero no opera en su dimensión simbólica. Esto posibilita la aparición de estos fenómenos, como consideramos es el caso de la viñeta planteada.

Partiremos de plantear la artritis reumatoide de María como un fenómeno psicósomático. A partir de allí, se sostiene que el mismo da cuenta de un fracaso en la escritura del significante Nombre del Padre en el caso de esta paciente. Esto traerá diversas consecuencias que me propongo desarrollar a continuación. En primer lugar, se considera un anudamiento precario en la

estructura del sujeto. Por otro lado, la falla en la función paterna se evidenciará en una estructuración simbólica lábil. Por último, por la precariedad del anudamiento y del Nombre del Padre se expresará un goce desregulado que no se encuentra acotado por la función fálica. Desregulación que también se manifestará por una labilidad en la estructura fantasmática que no logra su función de enmarcar el goce. Sobre estos puntos podré articular el caso clínico.

A partir del caso de María, analizaré como en el fenómeno psicossomático se presenta una falla en esta operación. Esto se evidencia por la estructura subjetiva de María en la que se observa una labilidad simbólica y un predominio del registro imaginario en sus vínculos.

María presenta cierta dificultad para poder asociar y construir la historia familiar, siendo en algunos momentos poco precisa. Algunas cuestiones parecen haber sido pobremente simbolizadas. Este punto está en relación con la metáfora paterna que posibilita la organización del mundo simbólico del sujeto. En este sentido, María tiene una versión paterna violenta, que podría dar cuenta de un déficit en esta función.

María se encuentra frente a la versión de un padre que rechaza la ayuda, que amenaza su propia integridad y la integridad de la familia, un padre ante el cual ningún esfuerzo que haga su familia por el bien común va a alcanzar para estar bien, que maltrata a los que quieren cuidarlo, “...un padre que se sacaba la bronca...”. Esta versión da cuenta de un déficit en la función paterna que expresa sus efectos en relación a la regulación del mundo simbólico de la paciente.

En relación al predominio del registro imaginario, ubico que en María el lugar de la madre pareciera estar idealizado. El discurso materno aparece para María como una voz privilegiada, que se encarna en el relato de la joven. La postura de la madre en relación a la palabra del padre, manifestada en el discurso de la paciente, aparece como desvalorizado, y ha sabido transmitir la versión de un padre terrorífico.

Esto se evidencia ya que parte de su relato sobre como era su padre está influenciado por su madre. Ella relata episodios de violencia en donde se ven

involucrados sus padres, pero solo después que la terapeuta indaga un poco más en como era su padre enojado en esos momentos, nos damos cuenta que ella no los vivió sino que, lo que nos cuenta es un relato de la madre. Por momentos es confuso, porque parece unida, como no diferenciada del discurso de su madre. Lo que vivió su madre se hace carne en ella, a través de su discurso. A partir de esto pienso que el discurso materno aparece como un discurso idealizado y podríamos pensar del cual, la paciente le cuesta desprenderse: *“ella me dice que soy la extensión de ella, la suplente”, “aparte ella me dice que si algún día llega a pasar algo tengo que estar con mis hermanos, es muy pegada mi hermanita con mi mamá, duerme con ella, mi mamá no tolera mucho que mi hermanita no esté”*.

Frente a la falla en la transmisión de la ley, se produce una falla en la operación de separación, quedando María alienada al discurso de la madre, del cual le resulta difícil diferenciarse.

La falla de la función paterna se manifiesta también en la primacía del plano imaginario especular en las relaciones de los sujetos con fenómeno psicosomático. Se podría ubicar a modo de hipótesis en este caso un predominio del registro imaginario, que se evidencia en la relación con sus semejantes. Los vínculos con los demás parecen tornarse persecutorios y atacantes, de los cuales ella debe defenderse. Ante esto expresa mal humor, los *“...manda a la mierda...”* y se encierra en su cuarto. *“... cuando le hablas a la gente de buena manera y te contestan mal, ahí pienso: para yo no te hice nada si estás de mal humor no tengo la culpa”*. Podríamos pensar frente a este recorte que los otros a veces encarnan un *“Otro que se saca la bronca”* frente al cual ella debe defenderse, la omnipotencia de ese Otro está articulada en la línea de la prevalencia del registro imaginario en su psiquis.

La artritis reumatoide de María se manifiesta como el goce no acotado que golpea en lo real del cuerpo. Por la labilidad simbólica, no hay lugar a la metaforización, dando lugar a una falla en la regulación del goce, no acotado, que aparece fijado en el cuerpo.

7.2.1. Desencadenamiento del fenómeno psicosomático.

El desencadenamiento del fenómeno psicosomático se da en contextos de gran conmoción subjetiva. Situaciones en las cuales el fantasma debe responder a la pregunta por el deseo del Otro. A consecuencia del singular fracaso en la escritura del Nombre del Padre es que la escritura fantasmática es lábil, y en vez de responder el sujeto a partir de un síntoma o una inhibición, se produce el desencadenamiento de la dolencia corporal que testimonia la irrupción de un goce que no puede ser acotado por la función fálica.

Vamos a partir de la hipótesis de que en este caso en particular, aparecen una serie de sucesos en la vida de María que podemos conjeturar tienen que ver con las coordenadas subjetivas de los desencadenamientos en la paciente, en tanto se dan de forma paralela al momento del comienzo de esta enfermedad.

Partimos de la hipótesis de que estos sucesos están ligados con acontecimientos que irrumpieron en la vida de María. Son momentos que ubicamos de gran carga afectiva para su subjetividad. De esta forma, estas coyunturas singulares, devienen traumáticas en tanto el sujeto carece de elementos simbólicos para procesarlos, a consecuencia de un déficit en la función paterna. El particular fracaso en la escritura del Nombre del Padre provoca este déficit en el procesamiento simbólico. Es por la precariedad de la estructuración subjetiva que el fantasma constituido lábilmente fracasa en darle un marco al goce, de allí la producción de las dolencias reumáticas, que son un testimonio de ese goce no acotado.

Podemos ubicar un primer momento que tiene que ver con el desencadenamiento de la enfermedad propiamente dicho. A los 15 años, María comienza con dolor e hinchazón en ambas muñecas y es diagnosticada. Hipotetizamos que las coordenadas del desencadenamiento están en relación con la pubertad, el enfrentamiento con la falta en el Otro y la convocatoria a hacer uso del Nombre del padre que la pubertad implica. Esta coyuntura podría ser ubicada como el factor que en ella deviene traumático y provoca el desencadenamiento de la enfermedad.

La pubertad es el momento en que un sujeto se enfrenta por primera vez con la posibilidad efectiva de realizar el acto sexual y ser padre. Es un momento en que el sujeto es convocado a tomar la palabra.

María relata que a sus 15 años se pone de novia, con lo cual podemos hipotetizar que lo que estaba jugando allí tiene que ver con la inminencia del acto sexual que convoca al sujeto a hacerse responsable de su deseo en relación al pasaje de una sexualidad diferente a la del niño. El acto sexual confronta al sujeto con la evidencia de que la sexualidad siempre tiene fallas, nadie tiene el saber ni el pleno éxito en ella, es decir, el sujeto se confronta con la falta en el Otro.

En este momento también el sujeto se enfrenta con la posibilidad de liberarse de la autoridad de sus padres. Existe en este momento un enfrentamiento con la falta en el Otro, pero también un enfrentamiento con la propia y la tarea de asumirla. Para entonces hacerse responsable de su propia palabra.

La falla en la función paterna que evidenciamos en María, expresada a través de los efectos en relación a la regulación de su mundo simbólico, tiene efectos también en la constitución y en la posibilidad de que la paciente advenga como sujeto deseante, tarea propia de la coyuntura en la que se encontraba la paciente en el momento de su primer desencadenamiento.

Desde este trabajo hipotetizamos que este momento de gran carga, en donde María es convocada a tomar la palabra y a hacerse responsable de la misma y de sus actos es el momento que provoca una gran conmoción fantasmática. El fantasma fracasa entonces en darle un marco al goce, irrumpiendo este de manera no acotada, del cual las afecciones son su testimonio.

De esta manera, el desencadenamiento de la enfermedad en María, se produce por la pubertad en sí misma, ya que se presenta en ella una imposibilidad de procesar las operaciones propias de ese momento. Pensamos que este suceso en la paciente cobra carácter de traumático, por la imposibilidad del fantasma de velar la falta y enmarcar el goce. Entonces estas coyunturas se presentan como un quantum de energía que es imposible de ligar y simbolizar por la precariedad de la estructura simbólica de María.

Es decir, en este caso la pubertad y los procesos propios de este momento, convocan a la joven a realizar distintos trabajos de elaboración, de tramitación simbólica. Debido a la precariedad de su estructura, hay un déficit en el procesamiento simbólico, como consecuencia, esta situación deviene traumática, el quantum de energía no se puede ligar y tramitar.

En este caso, ante esta coyuntura con valor traumático que provoca una conmoción fantasmática, en lugar de responder este sujeto, con un síntoma o una inhibición, se produce el desencadenamiento de la enfermedad reumática. El fantasma lábilmente constituido fracasa en regular el goce, el cual se inscribe directamente en el cuerpo, este goce está articulado con las dolencias reumáticas.

Es interesante resaltar un aspecto en la historia de la vida de María que por la falta de datos sería precipitado establecerlo como un desencadenante, pero podría estar en relación con este mismo. Ella relata que paralelamente a su primer desencadenamiento su hermana menor, la más apegada a su madre, es diagnosticada de Diabetes. Cuando ella viaja hacia Capital Federal, en busca de un diagnóstico para sus dolencias, los médicos le aseguran que su artritis reumatoide se produjo a causa de una “somatización” con su hermana, sin establecer otra causa de origen orgánico.

Me parece importante contextualizar esta situación: La Diabetes se trata de una enfermedad crónica, que tiene riesgo vital si no es tratada adecuadamente, y en algunos casos el enfermo es dependiente de la insulina para vivir. Esto tiene implicancias a nivel psicológico como también económico, sobre todo cuando no se cuenta con una obra social como es este caso. Por los datos que tenemos la familia de María al momento de este episodio, residía en un pueblo muy pequeño de la provincia del país, lo cual cobra destacada importancia cuando pensamos en el acceso a la salud. Además no debemos olvidar que el padre de esta familia estaba gravemente enfermo también de una enfermedad crónica y había decidido abandonar el tratamiento, empeorando visiblemente.

Frente a esto, es que se podría pensar que el desencadenamiento de la artritis reumatoide de María, podría estar ligado a los efectos que tuvo en ella el impacto de la enfermedad de su hermana. ¿Cómo impactó en María y su

familia, el diagnóstico de su hermana? ¿María ha temido por la vida de su hermana? Podríamos pensar que este diagnóstico opera como una gran conmoción para María que la enfrentaría con la muerte y con la castración. Siendo que ella asume el lugar de “extensión y suplente materno” otorgado por su madre, en referencia al cuidado por los hijos, es que lo expuesto habilita a pensar que esta coyuntura podría estar movilizando el posicionamiento subjetivo de María, ya que este lugar excesivo de “suplente” implicaría hacer uso del Nombre del Padre, que como explicamos, opera precariamente en su dimensión simbólica y María no puede servirse de él. Por lo tanto ella dice que lo ocupa, pero para poder ocuparlo debería poder servirse del Nombre del Padre. Más vale consideramos que ser “la extensión y suplente” funcionaría en ella como un mandato superyoico.

El segundo desencadenamiento ocurre luego de dos años en los cuales la enfermedad se encontró en remisión. A los 18 años comienza nuevamente a manifestar síntomas. Esto coincide con el agravamiento de la enfermedad y posterior deceso de su padre. (No es un dato menor destacar que su padre se hallaba gravemente enfermo producto de la misma enfermedad que ya ha sido diagnosticada en la paciente) En relación a esto pienso ¿cómo impacta esta situación en la paciente que ya ha sido diagnosticada por la misma enfermedad? Su padre al momento del desencadenamiento corre riesgo vital (que luego se confirma) producto de la artritis reumatoide.

En las conclusiones de su investigación, Liliana Szapiro menciona precisamente como causa de la aparición del fenómeno en sujetos más jóvenes como en este caso, *“una ausencia brusca del padre o una situación de riesgo vital del mismo”*. (Szapiro, 2011, p.146)

Hipotetizamos que esta coyuntura, va a implicar dos cuestiones centrales en el desencadenamiento de la enfermedad:

- a) Se produce un enfrentamiento con la castración, en tanto María se enfrenta con la muerte del padre y podríamos pensar que con su propia muerte también, al tratarse de la artritis reumatoide paterna la enfermedad que provoca el deceso. La inminente muerte paterna implica un trabajo de elaboración que por el precario procesamiento simbólico

de María, este trabajo para poder procesar la pérdida se ve imposibilitado.

- b) Este posicionamiento de “extensión y suplente” que la madre le otorga y María adopta, se va a movilizar. Este lugar tiene que ver con hacer uso del Nombre del Padre, significante del cual la joven no puede servirse. En consecuencia este lugar deviene excesivo.

Esta coyuntura da cuenta nuevamente de cierta labilidad simbólica, la cual expone una estructura fantasmática que fracasa en darle un marco al goce. En este caso, el fantasma de María fracasa en su función de enmarcar al goce, el cual se expresa como no acotado en el cuerpo donde las manifestaciones en las articulaciones son testimonio del goce que irrumpe en lo real del cuerpo.

Nuevamente, en el segundo desencadenamiento de la enfermedad, nos encontramos ante una situación en la que se juega la inminente pérdida (luego confirmada) de su padre. Creemos que en el inter juego de factores que vuelven a desencadenar la artritis de la paciente, este último hecho cobra destacada importancia.

Sostenemos que se trata de la inminencia de la pérdida del padre, la coyuntura vital principal que desencadena la afección. La cual como en el primer desencadenamiento, se trata ni más ni menos que la enfermedad que está causando la muerte de su progenitor.

Podemos pesquisar basándonos en los dichos de la paciente que este suceso repercutía en la dinámica familiar, de tal manera que María se posicionó frente a su madre como la “*extensión y suplente*” de ella.

Este lugar que adopta la paciente la posiciona en un lugar de responsabilidad, que hipotetizamos resulta excesivo para ella. Más allá de que en María este posicionamiento devenga excesivo, es un lugar que no corresponde para una hija. Podríamos pensar que ante la inexorable ausencia del padre de la familia, la madre a nivel de su fantasma, posiciona a su hija mayor (María) como un par, con el que puede compartir la tarea por el cuidado de los hijos. Para María este lugar excesivo, si bien manifiesta aceptarlo, deviene un mandato

superyoico. Podríamos pensar que frente a este mandato, ella “responde” enfermándose.

María dice, refiriéndose a su madre, en relación a por qué ella es la “suplente”: *“...aparte ella me dice que si algún día llega a pasar algo tengo que estar con mis hermanos”*

Por lo expuesto, es que pensamos que ante la grave enfermedad paterna, María se posiciona subjetivamente como la “suplente” en su familia. En esta disposición María viene a ocupar ese lugar “vacante” que le otorga su madre, en lo referido a la responsabilidad por los hijos y las tareas domésticas. Es un lugar que no le corresponde. La inminente y esperada muerte de su padre vendría a movilizar su posicionamiento. **Sacá esto : El hecho de ser elegida en el lugar de la “suplente” implica una convocatoria a tener que hacer uso del nombre del padre, que María no puede hacer. Ya que como explicamos anteriormente, hay un fracaso en la escritura de este significante.**

En resumen, la inminente muerte del padre de la joven, es la coyuntura que la confronta con la muerte y la castración, las cuales la convocan a hacer uso del Nombre del padre y por su procesamiento simbólico lábil, estas situaciones no pueden ser elaboradas. María no puede procesar la pérdida paterna y el posicionamiento “extensión y suplente materno” resulta excesivo para ella.

Este procesamiento simbólico que se espera, en María por las características de su estructuración subjetiva, se ve imposibilitado. Y eso no elaborado, en su caso particular, se repite en lo real del cuerpo con la enfermedad reumática.

8. CONCLUSIONES

A modo de conclusión, se van a formular aquellos puntos de relevancia a los que creemos que hemos arribado.

En primer lugar, se pretendió verificar si las hipótesis de Liliana Szapiro respecto del fenómeno psicosomático se cumplían en este caso de artritis reumatoide. A partir del análisis del material clínico efectuado según la estructuración subjetiva y las coordenadas del desencadenamiento de la enfermedad, podemos decir que se cumplen las condiciones para que la artritis reumatoide, en este caso, sea considerada un fenómeno psicosomático.

De esta manera, consideramos que este trabajo es un pequeño aporte a la clínica de las afecciones psicosomáticas en especial sobre la enfermedad de la artritis reumatoide, la cual ha sido poco explorada.

En segundo lugar, los aportes de la investigación de Liliana Szapiro nos permitieron profundizar cuáles son las particularidades del fenómeno psicosomático. Desde allí planteamos en los sujetos con fenómenos psicosomáticos una falla singular en la función paterna que trae aparejadas ciertas consecuencias para el sujeto. Podemos mencionar dentro de las mismas un anudamiento precario de la estructura; un goce que aparece desregulado y no acotado por la función fálica y cierta labilidad simbólica que tiene como consecuencia, entre otras, una estructura fantasmática lábil.

Hemos concluido que en María se evidencia una singular falla en la función paterna, donde consideramos que el Nombre del Padre ha sido inscripto pero no opera en lo simbólico, dando lugar a un déficit en el procesamiento simbólico. Nos permiten expresarnos en estos términos los elementos extraídos de la viñeta, a saber:

- a) En el discurso de María no se presenta un relato claro de los hechos, y se vuelve intrincado por momentos, volviendo dificultosa la tarea de reconstrucción de los mismos.

- b) La labilidad de la organización simbólica de la estructura de María, se manifiesta en una dificultad para procesar situaciones que evocan su fantasma, el cual también está frágilmente constituido. Estas coyunturas devienen, en consecuencia, traumáticas. Es por la fragilidad en la estructuración del fantasma, que este fracasa en su tarea de regular el goce que se inscribe directamente en el cuerpo, de allí la dolencia corporal que se traduce en inflamación y dolor en sus articulaciones.
- c) Ubicamos un predominio del registro imaginario en su discurso: se ubica en María un gran predominio de la relación imaginaria con sus semejantes. Con frecuencia sus semejantes quedan alojados en Otro que *“se saca la bronca”* del cual ella queda en una posición de indefensión.
- d) Frente a una falla en la transmisión de la ley, se produce una falla en la operación de separación. De esta manera María se presenta unida al discurso materno. El cual se presenta idealizado y dando cuenta de una versión paterna terrorífica.

En tercer lugar, sostenemos que el desencadenamiento de los fenómenos psicosomáticos encuentra relación con ciertos acontecimientos de la vida del sujeto que resultan a modo de coyunturas dramáticas donde el sujeto no puede responder. No puede dar una respuesta porque se lo llama a responder con el significante Nombre del Padre, significante del cual, ya explicamos, no sabe cómo servirse. María no puede hacer uso del Nombre del Padre porque este ha sido inscripto pero no opera en su dimensión simbólica, sin posibilitar otro tipo de respuesta.

En referencia a nuestro interés por pensar la relación entre el desencadenamiento de la dolencia y el trabajo de duelo, es que podemos afirmar que en este caso en particular (y en otros casos entrevistados que no fueron presentados en este trabajo), la falla en la inscripción del Nombre del Padre tiene entre otras consecuencias ya descriptas, la imposibilidad de

realizar el trabajo de duelo por el objeto perdido. Es por eso que la pérdida cobra el estatuto de situación traumática, y por la imposibilidad de tramitar simbólicamente la pérdida se produce la irrupción del fenómeno psicosomático. Sería interesante poder seguir profundizando estas cuestiones en otros casos.

De este modo, la historia de María nos permitió ubicar dos momentos significativos que, consideramos, resultan coyunturas de carácter traumático. Se observa allí la relación de las mismas, con el desencadenamiento de la enfermedad.

Es importante remarcar que en ambos desencadenamientos las coyunturas que señalaremos a continuación, llevan al sujeto a un enfrentamiento con la castración. En todos los casos la labilidad en la organización simbólica de María se manifiesta en la dificultad para procesar situaciones que evocan su fantasma. Estas coyunturas devienen por lo tanto, traumáticas y frente a ellas se desencadena la artritis reumatoide.

A continuación detallamos cuales son las coyunturas principales en los desencadenamientos:

- e) La pubertad en sí misma es el factor desencadenante al momento del primer desencadenamiento. Pensamos que frente a un procesamiento simbólico lábil, las operaciones propias de la pubertad se vieron imposibilitadas. Nos queda como incógnita, ya que no podemos afirmarlo, si el desencadenamiento de la enfermedad en su hermana menor, influyo en la aparición de la artritis reumatoide de María.
- f) La inminente muerte de su padre es la coyuntura principal desde las cuales se produce el desencadenamiento de las lesiones en un segundo momento de la historia de la joven.

El inexorable deceso paterno pensamos que la confronta con la muerte que representa la pérdida de un ser significativo; y a su vez con su propia muerte, siendo que se trata del mismo diagnóstico.

En relación a nuestro interés por pensar como incide el proceso de duelo en el desencadenamiento de la enfermedad reumática de María, constatamos que en este caso el déficit en el procesamiento simbólico

de su estructura subjetiva impide realizar el trabajo de duelo por su padre.

Por otra parte, el lugar en el cual se posiciona la joven de “suplente y extensión materno” **Sacá esto : tiene que ver con hacer uso del Nombre del Padre, que como ya explicamos, se ve imposibilitado en ella. Este lugar por su procesamiento simbólico lábil deviene excesivo, y se presenta como un mandato superyoico para María.**

Los objetivos de esta investigación parecerían encontrar una serie de evidencias en el discurso del sujeto que responden a sus interrogantes, por lo que se podría afirmar que estos han sido alcanzados. En cuanto a las posibles inconsistencias en los resultados, es relevante considerar que se trata de aproximaciones teóricas basadas en entrevistas preliminares.

Resulta importante aclarar, en consecuencia, que en la viñeta trabajada no se analizó la dirección de la cura, ya que se trata de una paciente que se encuentra en los inicios del tratamiento.

En relación a esto, si bien no lo analizamos en el trabajo, es interesante pensar como Liliana Szapiro aborda en su investigación la dirección de la cura. En términos generales, ella dice que la dirección de la cura se va a producir en la línea de la posibilidad de una suplencia de la función paterna, a partir de la recuperación de significantes paternos, que permita al sujeto hacer uso del Nombre del Padre. Se piensa desde allí la posibilidad de dar lugar a un anudamiento más estable, que permita una regulación de goce diferente, y a partir de la cual el fenómeno psicossomático ceda por añadidura.

Es sobre estas conceptualizaciones que me surge la inquietud de pensar cuales serían las particularidades de la dirección de la cura en sujetos con fenómenos psicossomáticos en donde la enfermedad desencadenada presenta las características de ser una enfermedad crónica y degenerativa, y se presenta en momentos de tanta fragilidad subjetiva, como es la pubertad. Me interesaría seguir investigando qué cuestiones se agudizan puntualmente en

este momento de la pubertad con un diagnóstico médico de tales características.

Finalmente, luego de atravesar la experiencia de realizar este trabajo, me llevo la sensación de que el mismo no parece ser tanto el cierre de una etapa, aunque así lo sea de alguna manera. Haber cursado la práctica y luego haber seguido asistiendo a observar entrevistas luego de concluirla, fue el mayor acercamiento a la clínica que tuve durante la carrera. Toda la trayectoria que me llevo a la conclusión de este trabajo, representa para mí una puerta en el inicio de la clínica psicoanalítica.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Freud, S.; Bullit, W. (1932). *"El Presidente Thomas Woodrow Wilson. Un estudio psicológico."* ACME Agalma.

Freud, S. (1924). *"La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis."* En Obras completas, Vol. XIX, Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1920). *"Más allá del principio de Placer."* En Obras completas, Vol. XVIII, Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1915) *"Trabajos sobre metapsicología, duelo y melancolía"* Tomo XIV. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Lacan, J. (1975). *"Conferencia en Ginebra Sobre el Síntoma."* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1958-1959) *"Hamlet. Un caso clínico"* CEP. Argentina.

Lacan, J. (1955-1956). *Seminario III: "Las psicosis"* En Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1957). *Seminario IV. "La Relación de Objeto"* En Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1959). *Seminario V: "Las formaciones del inconsciente."* Editorial Paidós.

Lacan, J. (1960). *Seminario VII: "La ética del psicoanálisis"* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1963). *Seminario XI: "Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis"*. Paidós Ed. Bs. As.

Lacan, J. (1967) *Seminario XIV: "La lógica del fantasma"* Paidós Ed. Bs. As.

Lacan, J. (1971-1972). *Seminario XIX: "...O peor"*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lacan, J. (1975). *Seminario XXIII: "El synthome"* En Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Lacan, J. (1962) *"Escritos II"* Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Leibson, L., *"Fenómeno psicosomático."* Ficha de la Cátedra: Psicopatología (Cát. II). Buenos Aires: Publicaciones Facultad de Psicología – U.B.A.
- Peskin, L., (2006) *"Una perspectiva teórico – clínica psicoanalítica del abordaje psicosomático en nuestros días."* En *"Psicosomática: Aportes Teóricos - Clínicos en el siglo XXI"* Lugar Editorial, 2006.
- Peskin, L., (2003) Aportes de Lacan a la psicosomática. En *Los orígenes del sujeto y su lugar en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rappoport de Aisemberg, Elsa. (2006) *"Revisión crítica de las teorías y de los abordajes de los estados psicosomáticos"* en *"Psicosomática: Aportes Teóricos - Clínicos en el siglo XXI."* Lugar Editorial, 2006.
- Szapiro, L., Proyecto UBACYT P607 *"Nuevos aportes a la clínica de las afecciones psicosomáticas desde el psicoanálisis de orientación lacaniana."* Programación 2001 – 2016.
- Ulnik, J., *"Forclusión parcial y psicosomática."* Ficha de Cátedra: Fisiopatología y Enfermedades Psicosomáticas. Buenos Aires: Publicaciones Facultad de Medicina – U.B.A.
- Ulnik, J. (2002). *"El encuentro entre lo psíquico y lo somático. Afectos y Psicosomática en el campo psicoanalítico"* En Monográfico de Medicina Psicosomática p.142-151. Ed. Fundación Virgen de las Nieves. Granada. España.
- Ulnik, J. (2002). *"Psicosomática: Definiciones, la formación del Médico y el lugar del Psicoanalista"* En Monográfico de Medicina Psicosomática p.123- 142. Ed. Fundación Virgen de las Nieves. Granada. España.
- Ulnik, J. (1996) *"Psicosomática y Neurosis Actuales"*. Ficha del CEPA.