



*Universidad de Buenos Aires*



FACULTAD DE PSICOLOGIA

# UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Tesis de Licenciatura**

### ***Aportes Del Psicoanálisis al abordaje del Fenómeno Psicosomático***

Presenta:

**Rey, Carolina Victoria**

L.U. N°: 34.534.261-0

Tutora:

**Dra. SZAPIRO LILIANA**

DNI: 10.196.986

# ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Tema .....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivo .....</b>	<b>5</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>5</b>
<b>Estado del Arte.....</b>	<b>6</b>
.....Freud, S.	6
Lacan, J. ....	7
Nasio, J. D. ....	8
Fischbein, J. E. ....	9
Lieberman, D. ....	9
Chiozza, J. ....	10
<b>Marco teórico .....</b>	<b>12</b>
<b>La investigación.....</b>	<b>17</b>
Función Paterna.....	18
Desencadenamiento.....	20
El goce .....	21
Dirección de la cura .....	22
<b>Viñetas clínicas .....</b>	<b>24</b>
Caso Mónica .....	24
Caso Julieta.....	25
Caso Raúl.....	29
<b>Articulación teórico-clínica.....</b>	<b>33</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>40</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>41</b>

## **Introducción**

La presente Tesis de Licenciatura corresponde a la alumna Rey, Carolina Victoria (Libreta Universitaria N° 34.534.261-0), estudiante regular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

La tutora a cargo es la Dra. Liliana Szapiro, profesora adjunta de la materia Práctica Profesional de Investigación “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas. Dirección de la cura y coordenadas subjetivas del desencadenamiento”, cursada por la alumna como práctica electiva perteneciente al Ciclo de Formación Profesional de la carrera de Psicología.

## **Tema**

El tema de la presente Tesis de Grado se sitúa en el área clínica de la disciplina. A lo largo de la misma se realizará un recorrido histórico acerca del abordaje teórico psicoanalítico respecto al fenómeno psicosomático. Se profundizará sobre los aportes de la enseñanza de Lacan, en relación a las conclusiones que se desprenden de las Investigaciones UBACyT “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas. Dirección de la cura y coordenadas subjetivas del desencadenamiento” (2010-2012) y “Nuevos aportes desde el psicoanálisis al tratamiento de las dolencias psicosomáticas” (2013-2016), ambas desarrollada por la Dra Szapiro. Se articulará con casos clínicos de entrevistas presenciadas en el Servicio de Salud Mental de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, dentro del marco de la práctica de investigación mencionada.

La hipótesis central que guiará el recorrido del trabajo será la que se propone en la investigación de la Dra. Liliana Szapiro: en los pacientes que presentan fenómenos psicosomáticos existe una inscripción fallida del significante del Nombre del Padre, que puede ser reparada en análisis a través de una suplencia de la metáfora paterna como dirección de la cura. Además, tomaremos

como hipótesis la relación entre el desencadenamiento y una coyuntura particular de la vida del sujeto, y otras invariantes intercasos que se detectaron en la investigación.

Algunos interrogantes que guiarán a la presente Tesis de Grado, siguiendo las propuestas de la investigación dirigida por la Dra. Liliana Szapiro, son: ¿Puede ubicarse en el material de las viñetas clínicas una falla en la inscripción del Nombre del Padre? ¿Existe en dichos casos una relación entre un momento de coyuntura dramática en la vida del sujeto y el momento del desencadenamiento o mayor gravedad de la enfermedad? ¿Se pueden ubicar en el material clínico seleccionado otros rasgos característicos de los sujetos que presentan fenómenos psicosomáticos?

Para la elaboración del tema señalado, se emplearán los conocimientos adquiridos en la formación académica de la carrera, tanto los pertenecientes al Ciclo de Formación General como los del Ciclo Profesional, con especial énfasis sobre los desarrollos de la teoría lacaniana, en los cuales se apoyó la Investigación dirigida por la Dra. Szapiro.

## **Objetivos**

- A. Enunciar diversos desarrollos acerca de la temática del fenómeno psicossomático desde autores de la teoría psicoanalítica.
- B. Hacer un recorte de las viñetas presentadas, a fin de realizar una articulación teórico-clínica con los aportes del psicoanálisis y en particular con las conclusiones de de las Investigaciones UBACyT “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicossomáticas. Dirección de la cura y coordinadas subjetivas del desencadenamiento” (2010-2012) y “Nuevos aportes desde el psicoanálisis al tratamiento de las dolencias psicossomáticas” (2013-2016).
- C. Ubicar en los casos clínicos presentados indicios de una falla en la función paterna, revelar una relación entre el momento de desencadenamiento del fenómeno psicossomático y una coyuntura traumática relatada por el paciente, y señalar las variables que se infiere fueron determinantes en la dirección de la cura, en caso de haberse desarrollado un tratamiento analítico.

## **Metodología**

Considerando que el presente trabajo se enmarca dentro del ámbito clínico, el método empleado a lo largo del mismo será de carácter cualitativo. El método cualitativo supone una recolección de datos sin medición numérica. Durante el proceso de la investigación, se plantean preguntas o hipótesis de investigación sobre determinado tema de interés, con la posibilidad de desplegar distintas hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. En este tipo de investigaciones, a diferencia de las de carácter cuantitativo, no todas las preguntas de investigación preceden necesariamente a la recolección y el análisis de los datos (Sampieri et al., 2010).

Siguiendo la clasificación propuesta por Leon y Montero (2002), la presente tesis se enmarca en de una investigación, más precisamente como un estudio de

casos, es decir, un análisis descriptivo no estructurado en relación a determinados casos clínicos seleccionados. La muestra se compone de los tres casos presentados en las viñetas clínicas correspondientes.

## Estado del Arte

Dentro del marco del Psicoanálisis, se abordará la cuestión de “lo psicosomático”, se definirá este concepto y se desarrollarán los aportes concernientes a dicho tema desde distintos autores a lo largo de la historia.

Utilizado por vez primera por un psiquiatra alemán, J. C. Heinroth, a comienzos del siglo XIX, el término “psicosomática” ha sido materia de debate a lo largo de toda la historia de la filosofía y de la medicina.

En los últimos años, lo psicosomático ha sido tema de investigación de múltiples disciplinas, principalmente relativas a la medicina y a la psicología. Existen diversas conceptualizaciones en el abordaje de lo psicosomático, que varían según las bases teóricas en que se sustente cada una. Una definición actual posible sería la que sugiere Jorge Ulnik (2002): “Por estado psicosomático entiendo el modo de funcionamiento que se activa en cualquier paciente cuando frente a una situación que no puede elaborar reacciona con una enfermedad física, ya sea funcional u orgánica, cualquiera sea su etiología”<sup>1</sup>. Desde el psicoanálisis distintos autores se han abocado al estudio de las manifestaciones psicosomáticas, con diferentes enfoques, aunque en general coincidentes en un punto: los pacientes que presentan este tipo de dolencias tienen cierta dificultad para expresar afectos, relacionada con una falla en la función simbólica.

En el año 1890 Freud habla de la innegable relación entre lo corporal y lo anímico, postulando que hay entre estas dos instancias una acción recíproca. Freud sostiene que pesar de la insuficiente evidencia científica a favor de la acción de lo anímico sobre el cuerpo, existe una gran cantidad de enfermos que presentan quejas, dolores y perturbaciones de gravedad variable, sin signos

---

<sup>1</sup> Ulnik, J., 2002. *El encuentro entre lo psíquico y lo somático. Afectos y psicosomática en el campo psicoanalítico* en Monográfico de Medicina Psicosomática. Granada: Ed. F. Virgen de las Nieves.

evidentes de un proceso patológico<sup>2</sup>. En este sentido, la medicina no puede dar respuesta ante una variedad de cuadros que oscilaban en gravedad y diversidad de síntomas sin una razón clara desde lo orgánico. Según el autor, un cambio en las condiciones de vida del sujeto logra librarlos del padecimiento, o bien varía el órgano afectado. Por lo tanto, en estos pacientes los signos patológicos se mantienen bajo el influjo de lo emocional, pudiendo desaparecer completamente la afección sin dejar rastros a pesar de haber sido un padecimiento de larga duración. Además, estados patológicos ya desarrollados pueden ser alterados por afectos bruscos, generalmente en el sentido de un empeoramiento, aunque también pueden ejercer una influencia curativa. Freud concluye que todos los estados anímicos son en cierta medida afectivos y están siempre ligados a exteriorizaciones corporales, presentando cierta influencia sobre los procesos físicos.

J. Lacan habla por primera vez de “reacciones psicósomáticas” en 1954, en el *Seminario II: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. Sostiene que éstas están fuera del registro de las construcciones neuróticas y que se sitúan a nivel de lo Real, por lo cual no se trata de formaciones del inconsciente. Ciertos órganos están involucrados en la relación narcisista, mientras que ésta organiza tanto la relación del yo con el otro, como la constitución del mundo de los objetos<sup>3</sup>. En el *Seminario III: Las Psicosis* (1956), Lacan ya habla del “fenómeno psicósomático”, como una manifestación del orden de una marca en el cuerpo, que tiene un estatuto de inscripción. Sostiene que ante determinadas situaciones de la vida aparece o se agudiza un padecer corporal, en función de ciertos momentos clave de la historia del paciente, sin mediar una interpretación. El autor sostiene que hay algo particular de la relación psicótica que también se presenta en el fenómeno psicósomático: “fenómenos estructurados de modo totalmente diferente a como lo están en las neurosis, a saber, donde hay no

---

<sup>2</sup> Freud, S., 1890. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Obras Completas*, Vol I. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

<sup>3</sup> Lacan, J., 1954. *Seminario II: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Editorial Paidós.

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”, y sostiene que la afección del paciente “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”<sup>4</sup>. Por último, en el *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), Lacan introduce el concepto de “holofrase” en relación al fenómeno psicossomático. El autor sostiene que la constitución del sujeto está supeditada a la fundación de una cadena significativa que se constituye gracias a la existencia de una falta. Esta falta fundante de la cadena está posibilitada por la operación de la metáfora paterna. En caso de no operar ésta o de hacerlo fallidamente se originará una cadena holofraseada en la cual los significantes están pegados, constituyendo un único bloque.

Juan D. Nasio (1987) define el concepto de “formaciones de objeto a” como manifestaciones psíquicas en las que el goce predomina. Entre ellas se incluye el fenómeno psicossomático, en el cual las realidades constituidas por forclusión coexisten con realidades producidas por represión u otros mecanismos defensivos. El autor se refiere a la forclusión como “la abolición del movimiento centrífugo que remite sin cesar un significante a la periferia, de esto resulta la suspensión del desplazamiento y la condensación puntual entre significantes. Y correlativamente, se borra así la diferencia entre el conjunto y su límite, entre  $S_1$  y  $S_2$  (...) A causa de la forclusión y en ausencia del movimiento centrífugo que da sustento a las articulaciones del sistema, los significantes parecen ahora obligados a atraerse mutuamente, a interpenetrarse y a condensarse sin discriminación en una masa singular”<sup>5</sup>. Esta explicación es análoga al concepto lacaniano de holofrase, mencionado anteriormente. Nasio sostiene que la forclusión es un mecanismo local que determina hechos locales, y no define una estructura

---

<sup>4</sup> Lacan, J., 1955-1956. *Seminario III: Las psicosis*, en, Buenos Aires: Editorial Paidós.

<sup>5</sup> Nasio, J. D., 1987. *La forclusión local: Contribución a la teoría lacaniana de la forclusión* en Los ojos de Laura. Buenos Aires: Amorrortu

**psíquica.** Por lo tanto, los fenómenos psicósomáticos serían producidos por el mecanismo de forclusión local, ya que son formaciones específicas que se dan en un momento preciso y para una realidad determinada. La forclusión no es un rechazo, sino la abolición de un rechazo que habría debido producirse, es decir que se trata de una falla. Es por eso que el término forcluido no se puede aplicar a un elemento determinado, ya que sería un elemento que nunca ha llegado a ser. Lo forcluido es el movimiento que debía instalar al significante del Nombre del Padre en su lugar.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, Fischbein (2000) sostiene: “Esta entidad, el acontecimiento somático, es transnosográfica y da cuenta de una forma de funcionamiento mental en el momento de su presentificación. No aludiré, como es habitual en nuestro medio, a “lo psicósomático”; ya que pienso que de hecho, hay una sola entidad que podemos denominar psicósomática, y ésta es la salud. La salud es el único momento en el que lo psíquico y lo somático están integrados”<sup>6</sup>. En este enunciado el autor explica que el acontecimiento somático no determina una estructura psíquica, sino que se trata de un fenómeno situacional, coincidiendo con los postulados de Nasio. En el mismo artículo, Fischbein señala la diferencia entre el síntoma de conversión y el acontecimiento somático, explicando que ambos son “manifestaciones de los dos polos de funcionamiento mental: de máxima expresión de trabajo y de transformación psíquica en la histeria; y de claudicación del aparato mental y su desorganización en las patologías somáticas”<sup>7</sup>. Según el autor, en el caso de afecciones somáticas, en un intento por calmar la tensión en el aparato psíquico se activan procesos somáticos que funcionan como descarga. Fischbein sostiene que estos procesos constituyen enfermedades idénticas para todos aquellos que las padecen, mientras que un síntoma conversivo guarda relación con la historia personal del sujeto.

---

<sup>6</sup> Fishbein, J.E., 2000. La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas en Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXII - N° 1.

<sup>7</sup> Ibid.

David Liberman (1962), psicoanalista argentino representante de la Escuela Inglesa, investiga casos de pacientes que presentan cierta tendencia a enfermar, utilizando el cuerpo como medio para expresar sus emociones, es decir, a través de “códigos somáticos”. El autor sostiene que este modo de comunicación es de tipo regresiva, y la vincula con una incapacidad para simbolizar aspectos emocionales. Estos no pueden ser tramitados, por lo cual se manifiestan directamente sobre el cuerpo. Según este enfoque, los sujetos que fueron sometidos durante su infancia a una sobre-estimulación de los procesos intelectuales y adaptativos al medio, desestimando los aspectos emocionales, suelen desarrollar este tipo de “personalidad sobreadaptada”. Liberman sostiene que en los sujetos que presentan fenómenos psicósomáticos hay una excesiva adaptación a la realidad exterior en desmedro de las propias necesidades, lo cual genera una disociación entre lo emocional y lo corporal, una deficiencia del self emocional y alteraciones en el proceso de simbolización. Según Liberman, en los pacientes psicósomáticos existe un fracaso en el desarrollo del proceso simbólico, en el cual se advierte un reforzamiento de los receptores exteroceptivos en detrimento de los enteroceptivos. Esto se debe al fracaso de la simbiosis evolutiva con la madre, que obliga al sujeto a huir de su interioridad debido a la incapacidad de tolerar las ansiedades catastróficas que no hallaron continente.

Luis Chiozza, médico psicoanalista argentino especializado en el trabajo, investigación y docencia en medicina psicósomática, sostiene que detrás de toda dolencia orgánica hay una fantasía inconsciente. Sin embargo, señala que no hay una relación causal entre lo psíquico y lo somático: “la relación psicósomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que ‘psíquico’ y ‘somático’ equivalen a dos caras de una misma moneda. Desde este último punto de vista, el hombre entero es ‘psicósomático’, y cuando enferma, no pierde, ni su enfermedad tampoco, la condición psicósomática”<sup>8</sup>. Según el autor, el enfermo se apuntala inconscientemente en la enfermedad para darle un sentido a algo que no puede significar, es decir que lo que hace el psiquismo inconsciente

---

<sup>8</sup> Chiozza, L., 1984-1991. Metapsicología y metahistoria 3. Escritos de teoría psicoanalítica en Obras completas. Tomo V. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

no es provocar sino sostener la enfermedad somática (Chiozza, 1976). Además, el autor propone un método sistemático para tratar de manera interdisciplinaria la enfermedad psicosomática desde la medicina y la terapia conjuntamente. La terapia deja de ser el psicoanálisis convencional para convertirse en una terapia psicoanalítica breve y orientada a un objetivo puntual: una transformación psíquica a partir de un “estudio patográfico”, llegando a un esclarecimiento del sentido inconsciente que tiene la enfermedad para el paciente. El tratamiento incluye una recolección de material biográfico del paciente, que ayudará a lograr una interpretación del sentido de la enfermedad psicosomática. Según el modelo de tratamiento que plantea el autor, es necesario conocer la historia de las diferentes crisis personales que ha tenido el paciente y la relación de estos hitos con las enfermedades que ha padecido.

## Marco teórico

La presente tesis de grado se inscribe dentro del marco teórico del psicoanálisis de orientación lacaniana. Se desarrollan a continuación las conceptualizaciones de la obra de Jacques Lacan que tienen relación con el fenómeno psicosomático, su origen y la posibilidad de un abordaje terapéutico. Asimismo se explicarán los contenidos de la investigación llevada a cabo por la Dra. Liliana Szapiro haciendo referencia a los mismos puntos: las afecciones psicosomáticas, las coordenadas subjetivas del desencadenamiento y la dirección de la cura.

Tal como señalamos anteriormente, J. Lacan menciona por primera vez el término “reacciones psicosomáticas” en su Seminario II (1954), aclarando que estas se encuentran por fuera de lo Simbólico, al nivel del registro de lo Real. Según el autor la relación imaginaria con el otro es condición fundamental para la existencia de relación de objeto y para la constitución del yo. En palabras del autor: “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”<sup>9</sup>. Agrega que hay ciertos órganos que están involucrados en una relación narcisista que estructura la relación con el otro y la configuración del mundo de los objetos. Y concluye: “Si algo sugieren las reacciones psicosomáticas 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 siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, (...) les

---

<sup>9</sup> Lacan, J., 1954. Seminario II: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica, Buenos Aires: Editorial Paidós.

hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también está lo real. Las relaciones psicosomáticas se sitúan a nivel de lo real”<sup>10</sup>.

En el Seminario III: Las psicosis, Lacan (1955-56) ya adopta el término de “fenómeno psicosomático”, señalando que presentan un rasgo común con la relación psicótica. Dice que ambos son fenómenos en los cuales se observa una inscripción directa de algo del orden de una característica o un conflicto, sobre el cuerpo. Además, advierte que la afección o enfermedad presentará mejorías o retrocesos en función de situaciones significativas en la vida del sujeto, sin mediar interpretación alguna de estos sucesos.

En el *Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Lacan (1964) articula la oposición entre las operaciones de alienación y separación. En “Posición del inconsciente” (1963), el autor ya define: “La primera operación, la alienación, es cosa del sujeto. En un campo de objetos, no es concebible ninguna relación que engendre la alienación, si no es la del significante”. Se trata de la alienación a los significantes del Otro. Respecto a esta operación, Lacan sostiene que el significante que concede la posibilidad de producción de sujeto es el significante como falta, instaurando una discontinuidad, un intervalo. Así, se introduce la segunda operación, la separación, que permite al sujeto separarse de los significantes del Otro. Laznik (2009) explica al respecto: “La alienación permite pensar la constitución del sujeto como falta en ser. La separación, por su parte, permite conceptualizar la producción de un objeto separado de la mirada y la voz del Otro, que se delimita como objeto de la mirada de nadie”<sup>11</sup>. Según el autor, cuando se instala la falta a través de la operación de separación esto posibilita la configuración del síntoma neurótico. Dicha operación es análoga a lo que Lacan denominó función paterna o metáfora paterna.

Volviendo al seminario XI, Lacan hace referencia allí a la “cadena significante holofraseada” y la vincula al fenómeno psicosomático. El autor sostiene que la constitución del sujeto está supeditada a la fundación de una

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Laznik, D., 2009. Alienación, separación y desamparo. Ficha de Cátedra. Clínica Psicoanalítica, Cátedra I.

cadena significativa que se constituye gracias a la existencia de la falta. Dicha falta fundante de la cadena se origina gracias a la operación de la metáfora paterna. Si fracasa esta operación, se configura una cadena holofraseada en la cual los significantes están pegados, sin espacios intermedios, sin un lugar en el que pueda advenir el sujeto. La cadena significativa que teoriza Lacan está compuesta por una serie:  $S_1 - S_2 - S_3 - S_4 - \dots - S_n$ , alojando entre significante y significante un intervalo, lugar en el cual va a advenir el sujeto. Se trata de la falta fundante que se instala por mediación del Nombre del Padre, y se repite, posibilitando el surgimiento del sujeto. Como mencionamos anteriormente, en caso no operar correctamente la función paterna, se concibe una cadena holofraseada, en la cual no existe intervalo entre los significantes, hay un congelamiento, un bloque conformado por significantes sin espacios intermedios. En esta cadena no se pone en juego la falta constitutiva que alude a la castración. Szapiro (2015) señala en *Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los Fenómenos Psicósomáticos* que la función fundante de la cadena es la Función Paterna, una formulación de Lacan posterior a la del Nombre del Padre, emparentada con el Edipo freudiano: el significante del Nombre del Padre es lo que hace posible la instauración de la Ley, que según Freud es viable gracias a la salida del complejo de Edipo. El Nombre del Padre ordena el mundo simbólico del sujeto, habilita la metáfora paterna que metaforiza el deseo del Otro materno y produce la significación fálica. Por lo tanto, en la cadena significativa holofraseada la metáfora paterna opera fallidamente, obstaculizando el advenimiento del sujeto. El fenómeno psicósomático, la debilidad mental y la psicosis son formas de manifestación de este tipo de cadena gelificada, que revela un funcionamiento fallido de la función paterna<sup>12</sup>.

Así, la holofrase surge como el efecto de la ausencia del corte significativo de la operación paterna. Se podría decir que la holofrase es entonces otro nombre de la forclusión del Nombre del Padre.

Por otro lado, en el seminario XI (1963) Lacan relaciona al fenómeno psicósomático con la experiencia del perro de Pavlov, para pensar a la

---

<sup>12</sup> Szapiro, L., 2015. Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los fenómenos psicósomáticos en Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Volumen XXII. PP 195 a 205.

psicosomática como análoga al acto reflejo y diferenciarla de las formaciones del inconsciente. Señala que en el experimento hay una función biológica (la segregación salivar) que se articula con un significante (la campana), que es el significante del experimentador, pero no necesariamente funciona como significante para el sujeto. En referencia al perro de Pavlov, Lacan explica con cierta ironía: “El experimento puede provocar en él toda clase de desórdenes, toda clase de trastornos, pero, a no ser hasta el presente un ser que habla, no está destinado a poner en cuestión al deseo del experimentador, que por otra parte, si se le interrogase, estaría muy embarazado para responder”<sup>13</sup>. Esta posibilidad de interrogación al otro es condición para que el significante opere como tal, de lo contrario se da lugar a la constitución de una holofrase, que acciona un circuito estímulo-respuesta, generando una reacción automática del organismo que puede ser dañina. Tal como lo plantea Lacan, esta lógica es la que subyace al fenómeno psicosomático, más cercana a un acto-reflejo que a la lógica del inconsciente.

En la Conferencia de Ginebra, Lacan (1975) alude al goce que se pone en juego en el fenómeno psicosomático. El goce en la teoría lacaniaca se plantea como la satisfacción de una pulsión en el cuerpo, una satisfacción que excede los límites del placer en función del contorneo pulsional de ciertos órganos corporales. Lacan describe el goce psicosomático como un goce “congelado”, fijado, que se presenta como una marca enigmática en el cuerpo. Sin embargo, es ante esa marca que parece indescifrable que “debe tenderse a abordar al psicosomático”<sup>14</sup>. Así Lacan deja vislumbrar la posibilidad de abordaje clínico, a partir de este “goce específico” en el cuerpo, dejando las puertas abiertas para empezar a pensar un potencial tratamiento del paciente psicosomático y la dirección de la cura que debería encausar el análisis.

En el Seminario XX: Aún (1972-1973), Lacan introduce el concepto de nudo borromeo como un modo de pensar la estructura del sujeto. Dicho nudo se compone de al menos tres toros que se enlazan entre sí, de tal forma que de

---

<sup>13</sup> Lacan, J., 1963. Seminario XI: “Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”. Paidós Ed. Bs. As.

<sup>14</sup> Lacan, J., 1975 Conferencia de Ginebra sobre el síntoma. Intervenciones y textos 2. Buenos Aires, 1988: Editorial Manantial.

desprenderse cualquiera de ellos, todos los demás quedarán inminentemente libres (Figura 1).

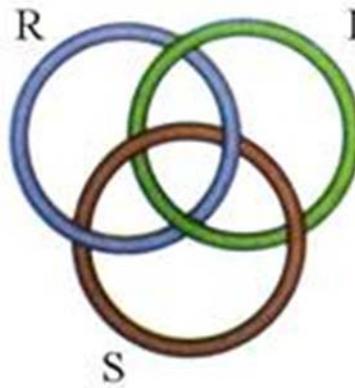


Figura 1. Nudo borromeo de tres toros.

Fuente: LACAN, J., 1975-1976. Seminario XXIII: El *sinthome*.

En el Seminario XXII: R.S.I. (1974-1975) Lacan sigue profundizando sobre esta conceptualización y plantea la composición del nudo por los registros Real, Simbólico e Imaginario, como equivalentes, sin supremacía de uno sobre los otros. Además, en este seminario, se postula la existencia implícita de un cuarto componente que constituye el anudamiento mismo de la estructura: el Nombre del Padre. Lacan plantea: “Del nombre del padre (no) podríamos de ninguna manera prescindir para que nuestro Simbólico, nuestro Imaginario y nuestro Real, como es la suerte de todos ustedes, no se vayan cada uno por su lado”<sup>15</sup>.

Es en el Seminario XXIII: Le *Sinthome* que Lacan integra el *sinthome* a la problemática del nudo, construido a partir de los tres registros: Real, Simbólico e Imaginario. Sostiene que en caso de operar fallidamente el nombre del padre, o no hacerlo, el sujeto puede hacerse de un *sinthome* que venga a mantener unidos los tres registros.

El *sinthome* funciona como una suplencia que posibilita superar las fallas en el anudamiento. Lacan sostiene que el Nombre del Padre es el anudamiento mismo de la estructura, por lo cual cuando éste no opera correctamente se

<sup>15</sup> Lacan, J., 1974-1975. Seminario XXII: “R.S.I.”, en Buenos Aires: Editorial Paidós.

generan fallas la estructura. Más avanzado el presente trabajo, se planteará la dirección de la cura en análisis de pacientes que presentan fenómenos psicossomáticos, tendiente a la producción de un *sinthome* que venga a mantener los tres toros enlazados (Figura 2).

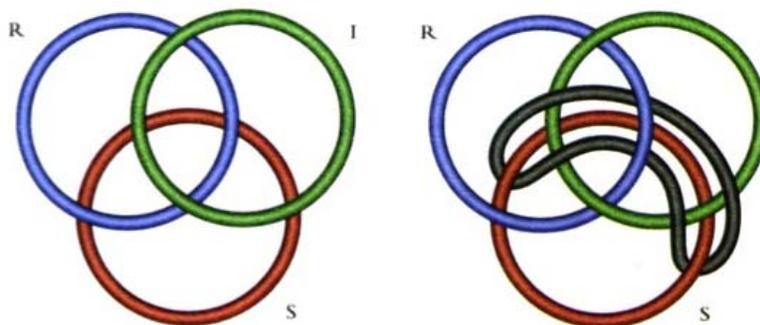


Figura 2. Los tres anillos separados, y luego reunidos por el *sinthome* (cuarto toro)

Fuente: LACAN, J., 1975-1976. Seminario XXIII: El *sinthome*.

## La investigación

En esta sección desarrollaremos los puntos más significativos de la investigación dirigida por la Dra. Szapiro que propone aportar nuevas herramientas en torno al abordaje de las afecciones psicossomáticas para la orientación del tratamiento psicoanalítico.

A continuación, se señalan las conjeturas principales sobre las cuales se basó la investigación<sup>16</sup>:

- » En los sujetos que presentan afecciones psicossomáticas hay una particular falla de la función paterna.
- » El fenómeno psicossomático es la expresión de un lábil anudamiento de la estructura subjetiva.

<sup>16</sup> Szapiro, L., 2011. Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático. Buenos Aires: Ed. Grama.

- » A partir de la operación que Lacan llama nominación es posible reparar la falla en el anudamiento. Esto se logra en análisis a través de la producción de un sinthome que alcance un anudamiento más estable de la estructura, consiguiendo poner en juego el Nombre del Padre.

Szapiro plantea en su libro “Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático” (2011) que en los pacientes que presentan fenómenos psicossomáticos existe una modalidad particular de fracaso en la escritura del nombre del padre, que tiene como efecto la falta de límite en la inscripción de un goce no acotado. Dicho fracaso de la función paterna suscita además cierto predominio del registro imaginario en la realidad psíquica del sujeto y una lábil función simbólica. La autora señala que se pudo observar en los pacientes abordados en la investigación una dificultad para reconstruir la historia familiar y la propia. Esta dificultad no tiene que ver con las lagunas del recuerdo que aparecen en la neurosis, sino que en estos casos se trata de una consecuencia del fracaso de escritura del Nombre del Padre. Los cuatro tópicos más trascendentales que se desarrollan en la investigación son: la falla de la función paterna, el desencadenamiento de la enfermedad, el goce en juego y la dirección de la cura.

### Función Paterna

Una de las hipótesis que se pudo constatar en el curso de la investigación es la que sostiene que en los sujetos que padecen afecciones psicossomáticas hay una severa falla de la función paterna en su estructuración subjetiva. El Nombre del Padre ha sido inscripto pero no opera en su dimensión simbólica. Como se expuso anteriormente, según J. Lacan, la constitución del sujeto está condicionada por la fundación de la cadena significativa que se constituye en base a una falta. Dicha falta remite a la castración y es posible gracias a la operación del Nombre del Padre o Función Paterna. En los pacientes que presentan afecciones psicossomáticas, al operar fallidamente la Función Paterna, no se instauro la falta que posibilita el advenimiento del sujeto. Por lo tanto, en estos casos se conforma una cadena holofraseada, en la que los significantes están gelificados.

Por otro lado, Szapiro propone: “Los desarrollos que Lacan realiza en los últimos años de su enseñanza en el marco del Seminario que él dictaba entre los años 1972 y 1976 con relación a las articulaciones entre Topología de nudos y Psicoanálisis, permiten dar cuenta de la Función Paterna y de su fracaso desde una perspectiva diferente”<sup>17</sup>. Lo que Lacan plantea al respecto es la estructura del sujeto en relación a una cadena borromea de tres toros, unidos de tal forma que si uno de los tres se desanuda, los otros dos también se sueltan. Szapiro sostiene que el Nombre del Padre es el anudamiento mismo en la cadena de tres. **En los casos de los sujetos que presentan fenómenos psicossomáticos, se plantea en la investigación dirigida por Szapiro que hay fallas en el cruce de lo Real con lo Simbólico, mientras que se ve exacerbado el registro imaginario.** Según las conclusiones de dicha investigación, se ha constatado en los casos analizados un claro predominio de la relación imaginaria con los semejantes. Además, en el discurso del sujeto prevalece una versión imaginaria del padre, que puede ser terrorífica, carente o idealizada, que obedece a una versión enunciada desde el discurso del Otro.

J. Lacan plantea que en los casos en los que existen fallas en el anudamiento éstas pueden ser reparadas a partir de la introducción de un cuarto toro. Szapiro (2015) entiende que esta idea abre un nuevo enfoque clínico, ya que posibilita una “reparación” de la falla. Según la autora, en los pacientes que presentan este tipo de afecciones, la estructura se encuentra anudada precariamente por medio del fenómeno psicossomático. Por consiguiente, se propone modificarlo por un anudamiento en el cual se ponga en juego el Nombre del Padre a partir de la operación de nominación simbólica, posibilitando el surgimiento de un *sinthome* que asegure un anudamiento más estable de la estructura.

Cabe destacar que, si bien las afecciones psicossomáticas no dan cuenta de una estructura psíquica determinada, éstas se diferencia notoriamente del síntoma histérico en cuanto a los mecanismos que subyacen a uno y otro fenómeno. Lacan

---

<sup>17</sup> Szapiro, L., 2015. Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los fenómenos psicossomáticos en Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Volumen XXII. PP 195 a 205.

sostiene que el síntoma es una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje. Se trata de una metáfora que produce un efecto de significación, en la que la relación con el Otro es constitutiva. Los síntomas son los efectos que la estructura del significante produce en el sujeto. En éstos, se manifiesta un goce “enlatado”, un goce acotado por la función fálica.

Jacques-Alain Miller en el ensayo “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático” en *Matemas II* (1994), habla del fenómeno psicossomático y la importancia de diferenciarlo del síntoma. El autor señala siguiendo la teoría lacaniana que el síntoma es una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje, mientras que el fenómeno psicossomático esquivo la estructura del lenguaje. Miller advierte que el síntoma constituye un grito, un grito a Otro, es decir que la relación con el Otro es constitutiva del síntoma. El fenómeno psicossomático, en cambio, no es un grito sino un jeroglífico que es escrito “para no ser leído”, ya que no se dirige al Otro.

Por otro lado, debido a la labilidad del registro simbólico en los sujetos que padecen fenómenos psicossomáticos se presenta el advenimiento de un goce desregulado, no acotado fálicamente, que irrumpe en el cuerpo, a diferencia del goce en el síntoma histérico que aparece acotado por la función fálica.

### Desencadenamiento

A partir de la investigación que orienta el presente trabajo, se ha podido verificar que en los sujetos que presentan afecciones psicossomáticas, la lesión se produce ante un acontecimiento o situación que provoca una conmoción fantasmática. El sujeto no cuenta con las herramientas para responder con un síntoma o una inhibición, por lo cual se produce la irrupción de un goce no acotado y el desencadenamiento de la enfermedad o lesión.

Esta imposibilidad de responder de otro modo se debe a la labilidad de la organización simbólica que dificulta la tramitación de situaciones que evocan el fantasma, deviniendo éstas traumáticas. Szapiro propone, en efecto, que existe una labilidad de la estructuración fantasmática en estos pacientes debida a la falla en la función paterna. Indefectiblemente, en determinados momentos, ante

diferentes coyunturas en la vida de las personas, se exigirá que el sujeto responda ante situaciones en las cuales se evoca el fantasma. **En los sujetos en los cuales hay una labilidad fantasmática, éste fracasa en dar un marco al goce.** Es por esto que ante una situación en la cual el sujeto se enfrenta al deseo del Otro, el goce se presenta de manera desregulada irrumpiendo en el cuerpo y se pone de manifiesto en la dolencia corporal.

Por otro lado, según señala Szapiro en base a los casos analizados, se puede ubicar una relación entre el momento de aparición del fenómeno psicossomático y una asunción de responsabilidades que ubican al sujeto en un lugar paterno. También se observaron casos en los cuales la enfermedad irrumpió ante el riesgo de perder el trabajo, ante la brusca pérdida del padre o una situación de riesgo vital del mismo, ante otra pérdida afectiva significativa, o en la pubertad. La frágil estructuración simbólica de los sujetos que presentan una afección psicossomática determina una labilidad en la estructuración fantasmática que les impide elaborar otro tipo de respuesta.

### El goce

Hemos enunciado anteriormente que el goce en la teoría lacaniana se plantea como la satisfacción de una pulsión en el cuerpo, que excede los límites del placer en función del contorneo pulsional de ciertos órganos corporales. En la Conferencia de Ginebra, **Lacan se refiere al goce en el fenómeno psicossomático, como un goce congelado, fijado. Según la investigación dirigida por la Dra. Szapiro, la falta de acotamiento del goce tiene que ver con la falla del Nombre del Padre.** Szapiro (2011) señala que esto también se relaciona con la severidad del superyó que suele manifestarse en los pacientes con afecciones psicossomáticas.

En el marco de la investigación se plantea que las dolencias de este tipo aparecen cuando falla esta regulación del goce, que debería ser delimitado por el Nombre del Padre. Szapiro sostiene: "El goce que se vehiculiza en el fantasma está articulado a lo que Lacan desarrolla en el seminario de *La lógica del fantasma* como un 'goce enlatado' por la función fálica (1967). Un goce acotado por la

función fálica, por el Nombre del Padre, por la falta”<sup>18</sup>. En este fragmento, se explica cómo el goce que debería ser acotado por la función paterna, se transforma en un goce desregulado, congelado en su fijación, en los pacientes que presentan afecciones psicosomáticas. Esto se debe a que no hay ‘gocce enlatado’ por la función fálica.

Por otro lado, Szapiro plantea que el nudo borromeo da cuenta de una determinada regulación del goce, por lo cual una modificación en la escritura del nudo va a disponer una regulación del goce diversa. Así, la fijación del goce en el psicosomático sería consecuencia de las fallas en el anudamiento. Operando en relación a la nominación en el marco de un análisis, sería posible entonces una reparación de las fallas que determine una regulación de goce distinta y manifestaciones clínicas diversas.

#### Dirección de la cura

Uno de los puntos más interesantes dentro de la investigación dirigida por la Dra. Szapiro acerca del abordaje de las afecciones psicosomáticas en la clínica es la formulación de la dirección de la cura, articulada a una reparación o suplencia del Nombre del Padre. El fenómeno psicosomático podría pensarse como un anudamiento alternativo de los tres registros, un anudamiento lábil donde el significante Nombre del Padre está en cuestión. Para reparar dicha falla, es necesario introducir un cuarto toro que Lacan denomina *sinthome*, que viene a mantener unidos los tres registros: Simbólico, Imaginario y Real. Es en el seminario El *Sinthome* que Lacan plantea la posibilidad de este reanudamiento que va a suplir la falla, y que se propone en la tesis de Szapiro como una posible operación del análisis. Esta es la dirección de la cura que se plantea en base a la investigación, orientada a la “suplencia” o “reparación” de la función paterna, Se debe propiciar desde el lugar del analista la operación de nominación simbólica que habilitará un nuevo anudamiento de la estructura. Este nuevo anudamiento, a su vez, posibilita una regulación de goce diferente, produciéndose un descongelamiento del “gocce específico en su fijación” (Lacan, 1975) característico

---

<sup>18</sup> Szapiro, L., 2011. Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicosomático. Buenos Aires: Ed. Grama.

del fenómeno psicossomático. El “descongelamiento” del goce determina la remisión o atenuación de la afección psicossomática. Podemos decir entonces que el fenómeno psicossomático remite “por añadidura” en el marco de la cura. La reparación de la falla mediante el *sinthome* determina una regulación de goce distinta, que tiene como efecto manifestaciones clínicas diferentes.

Szapiro explica que “en los casos analizados en el marco de la tesis, la cesión del FPS ha sido coincidente con un cambio de posición subjetiva que en la mayoría de los casos estuvo articulada a una caída de una identificación imaginaria (...) articulada a un sentido que venía del Otro, que daba cuenta de la alienación del sujeto al Discurso del Otro”<sup>19</sup>. Además, señala que la nueva regulación del goce coincide con la capacidad del sujeto para comenzar a hacer uso del Nombre del Padre, dando cuenta de que efectivamente el nombre del padre había sido inscripto pero no operaba.

Por otro lado, a partir de la dirección de la cura orientada de este modo, se ha verificado en la investigación citada que al remitir o atenuarse el fenómeno psicossomático, se constata el apaciguamiento de la relación especular con los semejantes, y aparecen formaciones del inconsciente y una mejor dialectización del discurso. Szapiro enuncia que como consecuencia del tratamiento la mayoría de los pacientes **considerados** en la investigación han podido iniciar y continuar un tratamiento psicoanalítico. La autora concluye que como consecuencia de la dirección de la cura, el discurso se dialectizó y el “descongelamiento” de la cadena holofraseada posibilitó que adviniese el sujeto en el intervalo de la cadena significativa, por lo cual comienzan a manifestarse las formaciones del inconsciente.

---

<sup>19</sup> Szapiro, L., 2015. Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los fenómenos psicossomáticos. En Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Volumen XXII. PP 195 a 205.

## **Viñetas clínicas**

### Caso Mónica

La paciente es derivada por el servicio de dermatología, al cual llega con el objetivo de tratar su psoriasis. Tiene aproximadamente 35 años, vive con su marido y sus 2 hijos de 5 y 6 años en un pueblo de una provincia del interior del país.

Refiere que los síntomas de la psoriasis se intensificaron a partir de la muerte de su madre hace 2 años, momento en el cual esta afección comienza a ser más molesta, le pican los codos y le afectó también los huesos. En este momento de la entrevista Mónica expresa “soy hija de madre soltera, mi madre falleció hace 2 años” y se angustia mucho, se queda en silencio un largo rato conteniendo el llanto. La frase enunciada, aunque solo convoca explícitamente a la madre de la paciente, se podría tomar como un modo de remitir al padre sin convocarlo explícitamente. Se le pregunta a Mónica el motivo de esta fuerte angustia que brota repentinamente. Ella niega con la cabeza, no responde. Busca un pañuelo en su cartera y comienza a hablar nuevamente de las enfermedades.

Durante el encuentro menciona distintas enfermedades que padeció a lo largo de su vida, sin una claridad que permita establecer un ordenamiento cronológico. Entremezcla en su relato síntomas correspondientes a distintas enfermedades, cada una con incidencia sobre varios órganos de su cuerpo.

Dice que le salió un eczema “en los labios” (vaginales) y que al consultar con un médico de su pueblo, se le indicó una crema con la cual “estaba bien hasta que hace 2 años muere mi madre” y se agrava la psoriasis, empieza en los codos y comienza a molestarle mucho, le pica, y ya no puede aguantarlo. “Ahí empezó todo” dice la paciente.

Refiere que un médico ginecólogo de Buenos Aires le detectó cáncer, luego de haberse tratado con un médico de su pueblo que le decía que tenía una llaga y le indicó solo una crema. La operaron hace un año del cáncer.

Menciona luego que en octubre de 2016 dejó de tomar una medicación indicada para la endometriosis y fue ahí que tuvo un rebrote fuerte de psoriasis que se mantuvo hasta ahora. Dice que la psoriasis le molesta también para realizar actividad física y esto la limita para ejercer su trabajo, ya que es profesora de educación física. Por tal motivo, buscó opciones a través de internet y encontró referencias del hospital al que acude en Buenos Aires.

Refiere también que tiene artritis, por lo cual va a empezar a tomar metatrexato y hará tratamiento anticonceptivo.

Al final de este primer encuentro se le sugiere que comience un tratamiento terapéutico en su pueblo, a fin de encontrar un espacio para en donde pueda trabajar estas cuestiones que la angustian y que ella siente que no puede hablar con su familia. Mónica vuelve a mencionar la muerte de la madre y dice que esto la afectó mucho, pero que no puede quejarse por los hijos y el marido que tiene. Vuelve a manifestar su angustia y dice que este tema no puede hablarlo con nadie.

### Caso Julieta

La paciente llega al servicio de salud mental del hospital por demanda espontánea, tiene una entrevista de admisión y es derivada al equipo de Psicosomáticas. Julieta tiene 26 años y a los 8 fue diagnosticada con Diabetes tipo I. Vive con su padre y su hermano menor (22 años). Como consecuencia de su enfermedad, presenta ceguera de un ojo y perdió un riñón, por lo cual actualmente está realizando tratamiento de diálisis. La paciente ya había sido atendida en el servicio cuatro años atrás, por el equipo de Adolescencia. En dicha oportunidad había sido derivada luego de reiteradas internaciones por complicaciones de la diabetes, con cierta frecuencia en las recaídas. Estuvo en tratamiento 3 meses, desde octubre a diciembre de 2013.

Actualmente, Julieta está siendo atendida por un equipo médico del hospital a fin de evaluar la posibilidad de recibir un doble trasplante de riñón y páncreas. Ella dice que no quiere recibir dicho trasplante y que viene a consultar para “revisar esa decisión”.

La paciente refiere que su padre es extremadamente sobreprotector, por lo cual cree que si se trasplanta perderá la libertad, debido a los cuidados que dicha intervención requiere. Actualmente mantiene cierta independencia para realizar el tratamiento de diálisis, trasladándose sola 3 veces por semana a un centro especializado. Ese es el único lugar al cual el padre le permite ir sola, y lo perdería en caso de recibir el doble trasplante. No quiere pasar por los cuidados posteriores a la operación, ya que luego deberá estar por un tiempo prolongado en casa con su padre. Si bien sabe que el trasplante es la única salida posible para dejar de padecer esta enfermedad, ella no logra verlo como una solución.

Por otro lado, Julieta comenta que ni su padre ni su hermano trabajan, viven pendientes de ella, la acompañan a todos lados. El dinero que cobran por la pensión de la paciente es utilizado para la comida y el mantenimiento de la casa, aunque el padre tiene además un ingreso por un kiosco que tiene con su pareja en Salta.

La madre de Julieta falleció a sus 16 años. Según la paciente, a partir de ese momento, su padre “se volvió más controlador de lo que ya era”, no la deja hacer absolutamente nada sola. Además, la paciente relata que fue en este momento que empezaron las complicaciones más graves con respecto a la diabetes, por las cuales terminó perdiendo un riñón y la vista de un ojo. A partir de esto, Julieta va a todos lados acompañada por su padre o su hermano, aunque ella dice que podría manejarse sola, y que ya lo hizo en ciertas ocasiones mientras su padre se encontraba de viaje.

La paciente refiere haber planteado su disconformidad con esta situación de control excesivo por parte del padre, pero él dice que lo hace por su bien, “porque si no sería un mal padre” y que recién cuando se vaya del hogar familiar va a poder hacer su vida.

Julieta explica que ella debe hacerse cargo de todo lo que le pasa ya que nunca se cuidó como debía, como le indicaban los médicos. “A mí me gusta estar internada”. Agrega que cuando era chica le gustaba porque la tenía a su madre “para mí sola”. Refiere que su madre era muy apegada al hermano, que marcaba mucho la diferencia entre ellos, y cuando Julieta debía internarse, la madre se

quedaba las 24 horas con ella. Actualmente tiene la necesidad de estar internada para separarse del padre, rodearse de otra gente, mientras que el padre solo la visita unas horas, y no necesita ayuda de él ni del hermano.

En relación a su educación, comenta que repitió 9no tres veces. La tercera vez que repite fue por el fallecimiento de su madre. Dice que “se me complicaba con los compañeros”, tenía buena relación dentro del horario de clases, pero no afuera, ya que los padres no la dejaban ir a las casas de sus amigos ni a los cumpleaños. Cuando pasó a 1er año de la secundaria no quiso seguir estudiando. Esto fue luego de la muerte de su madre, ella quedó muy mal. Le dijo a su padre que no quería estudiar más y se dedicó a “criar a su hermano”. Luego de un tiempo se internó por voluntad propia, ya que “no podía comer, tenía todas las conductas de una anoréxica sin serlo”. Julieta tuvo que decirle a su padre que había caído en una depresión, que necesitaba ayuda. Luego de esta internación le pidió a su padre seguir estudiando. Se fue a Salta a terminar el secundario. Allí se hospedó en la casa de los padres de la nueva mujer de su papá. Durante el primer año tuvo problemas con ella ya que ésta viajaba a Salta y la controlaba mucho. El segundo año ya estuvo sola con los padres de la señora, más tranquila. Al terminar el colegio vino de vacaciones a Buenos Aires y se quedó a vivir nuevamente acá. Después de un tiempo, volvió a quedar internada y le sacaron el riñón.

La paciente refiere que cuando era pequeña no se cuidaba porque no quería sentirse diferente. Comía dulces, los escondía y nunca se controlaba, no se inyectaba insulina. Se le pregunta por sus padres, qué hacían estos ante sus descuidos respecto a la enfermedad: “Papá es evangelista y veía como un milagro que no me inyectara insulina. Se jactaba de decir ‘mi hija puede estar sin insulina’. Mi mamá no se metía, no me controlaba ni me decía qué hacer. En lo único que podía hacer lo que yo quería era en mi enfermedad, en el resto de las cosas estaba muy controlada”.

La psicóloga le pregunta a Julieta si tiene amigos o amigas y ella responde que tiene sus ex-compañeros de colegio, pero no tiene mucha relación, no los ve. Se le pregunta por relaciones con chicos, y la paciente dice que en Salta tenía

más posibilidades, pero acá no. Comenta que en el centro de diálisis conoció a un chico y el hermano la ayudaba para poder salir sola y encontrarse con él, pero hace un par de meses que no lo ve más por decisión de él.

Julieta dice que viene a terapia para salir de su casa, para poder hablar. Dice que a su padre no le gusta que hable de su vida y de la vida de él con la gente. También viene para ver si puede cambiar de idea respecto al trasplante, ya que sabe que está equivocada y que se refugia en la enfermedad para poder salir de la casa. Dice que no quiere internarse de nuevo, que quiere buscar otras salidas. El padre la deja venir porque ella le dijo que a lo mejor esto podía hacerla cambiar el pensamiento respecto al trasplante.

Se le pregunta nuevamente por qué no quiere trasplantarse. Dice que “una de los motivos es papá, pero también por un tema de responsabilidad. No me siento preparada para hacer el tratamiento después del trasplante”. Y agrega: “Yo no me quiero morir pero tampoco quiero vivir”.

En una segunda entrevista, Julieta cuenta que tuvo una consulta con el cirujano y decidió anotarse en la lista para trasplante, pero que aún necesita tiempo, ya que no se siente preparada para la responsabilidad y los cuidados posteriores al trasplante. No obstante, dice que hoy se siente “mejor parada”, que se siente distinta y puede ver las cosas por las que pasó y lo que hizo: la falta de cuidados, las internaciones, sus errores. Se le pregunta cuáles cree que fueron los errores: “el hecho de buscar una salida con la enfermedad, hacer cosas para quedar internada”. Dice que en cierto momento buscó la internación, que disfrutaba estar en el hospital, estar con el suero, con los médicos, y que no quería que le dieran el alta, “no quería saber nada con volver a casa, me agarra angustia, me siento mal. Yo me quedaría a vivir en el hospital”. Explica que ahora con la diálisis no llega a ese extremo pero el centro es un ámbito similar: “hay médicos, estoy ‘conectada’, parece un hospital”. Se le pregunta si no hay otros lugares que le eviten esta angustia y dice que sí, pero que en el hospital se siente más protegida y que además las internaciones son prolongadas, de una semana al menos, mientras que las salidas a otros lugares son más acotadas.

Dice que el padre tiene la costumbre de ir a su habitación cada tanto y preguntarle si necesita algo, si está bien, y ella lo le contesta mal, lo trata mal. Esto la hace sentir culpable. “Me siento mala hija por pensar así, pero necesito que mi papá se vaya, que me deje libre, que no esté o que le pase algo”.

Luego de esta segunda entrevista, Julieta es derivada al equipo de trasplantes perteneciente al servicio de salud mental del hospital, ya que tras una consulta con su médico decidió anotarse en la lista para acceder al doble trasplante.

### Caso Raúl

El paciente llega a consultar en Septiembre de 2016 derivado por el servicio de dermatología, con diagnóstico de psoriasis. Tiene 45 años al momento de la consulta, es de nacionalidad boliviana, y vive en Argentina desde su adolescencia. Vino al país con el objetivo de poder estudiar, pero nunca lo logró. Trabajó siempre en construcción. Vive con su mujer, 2 hijos (el mayor lo tuvo con su pareja anterior y el menor con su mujer actual) y una hijastra (hija de su mujer con una pareja anterior). Refiere que a fines de 2015 sus 2 hijos y su hijastra se enfermaron sucesivamente en un corto lapso de tiempo, y en enero de 2016 él tuvo su primer brote de psoriasis. Aunque las enfermedades de sus hijos no fueron graves, Raúl se vio muy afectado por estas situaciones, demostrando una gran preocupación. El paciente nunca había realizado terapia y nadie sabía que comenzaría un tratamiento. Ubica las sesiones como “un confesionario” (lo dice explícitamente), trayendo novedades, asuntos encubiertos que iban apareciendo en cada entrevista.

A lo largo del tratamiento, el paciente manifiesta repetidamente un marcado descontento con la hijastra de 21 años, quien según él “no hace nada” en la casa, aunque luego menciona que en realidad ella estudia y cuida de sus sobrinos. Raúl demanda que la hijastra cumpla la función de la mujer en la casa. Alicia, su mujer trabaja todo el día ya que el sueldo de Raúl no alcanza para cubrir todos los gastos de la familia. Por lo tanto, pretende que su hijastra se haga cargo de algunas tareas domésticas que su mujer no puede cumplir. Raúl piensa que su

esposa es una pobre mujer, ya que el marido que le tocó, el jefe del hogar, no le puede dar todo.

El padre de Raúl era violento, borracho, maltratador. Su madre era una mujer sumisa que justificaba las actitudes violentas del padre diciendo que no sabía lo que hacía por su estado de ebriedad. En ciertas ocasiones, ella también tomaba alcohol y esto generaba peleas conyugales muy fuertes. Recuerda que cuando aún vivía con sus padres, cada vez que su padre llegaba al hogar borracho, Raúl y su madre debían escaparse de la casa o esconderse donde pudieran.

Sin embargo, Raúl sostiene que cuando su padre no estaba alcoholizado, todo estaba bien, eran una “familia feliz”, nada les hacía ruido. Parecía que nada había pasado. Su madre no cuestionaba en absoluto las situaciones de violencia y maltrato. “No se hablaba del tema”. Raúl expresa que esto “se podía evitar, si se quería”.

El paciente decide que quería venir a Argentina para poder estudiar, aunque su padre se oponía, diciendo que debía trabajar, que estudiar no servía de nada. A pesar de la falta de apoyo de su padre, Raúl toma la decisión de venir con el objetivo de estudiar una carrera universitaria. Cuando llega, comienza a trabajar en una construcción y estudia de noche. Sin embargo no logra mantener ambas actividades y termina abandonando la universidad.

Raúl tuvo dos matrimonios. Con su primera pareja él quería tener un hijo pero ella no quería. La mujer queda embarazada algunas veces y aborta sin contárselo a su marido, aunque él termina enterándose luego de unos días. En determinado momento ella queda embarazada nuevamente y deciden tenerlo. Cuando el bebé tenía 8 meses aproximadamente, su mujer se lo lleva un día a la construcción en la que Raúl estaba trabajando. Sin mediar explicaciones, le deja a su hijo en el carrito diciéndole: “Querías un hijo, acá lo tenés”. La mujer se va y no la ve nunca más. Luego se entera de que se había ido a Miami con otro hombre.

Raúl se hace cargo de la crianza de este bebé, a pesar de la gran angustia que le provoca la situación y de no sentirse preparado para criar un niño solo. Dos años después Raúl conoce a Alicia, su actual esposa, quien ya tenía dos hijos:

una adolescente con la que vivía y un hijo mayor, ya independiente. Alicia lo ayuda a criar a este hijo de 2 años cuya madre los había dejado, y más tarde Alicia y Raúl tienen otro hijo. El paciente se siente muy agradecido porque dice que Alicia lo ayudó mucho.

Cuando Raúl comenzó a tener problemas con su primera esposa empezó a tomar alcohol, y esto se intensificó cuando ella los abandonó. Por lo tanto, el tema del alcohol vincula la historia de su padre con su propia historia como padre. Dice que cada vez que pasa algo, se ve afectada su salud, su cuerpo, se angustia y entonces toma alcohol. Hay una circularidad, no hay una pregunta acerca de lo que le pasa, por lo cual se da un circuito sin interrupciones. Si bien el paciente aclara que, a diferencia de su padre, no agrede físicamente a nadie al estar bajo los efectos del alcohol, sí admite que se pone violento y golpea cosas.

La psicóloga retoma las palabras del paciente respecto de las situaciones de violencia vividas en la casa de sus padres: “se podía evitar, si se quería”. Con esta intervención la profesional intenta conmover al paciente y lograr que salga de ese circuito, que pueda llegar a ubicar su deseo, preguntarse qué quiere.

Raúl suele ubicar los problemas en relación al otro. Por ejemplo, quería ahorrar plata para comprarse una casa y se quejaba de que su mujer malgastaba el dinero. Sin embargo, él gastaba todo el dinero que ganaba haciendo horas extra en el casino, no paraba hasta no perder.

Cuando el paciente pasaba unas horas más en su casa, con su familia, volvía mucho al punto de queja, preocupación y discusión. Para alejarse de esta situación y no enfrentar su lugar en la casa, Raúl se refugia en el juego y el alcohol, ese es su escape. Aunque sostiene que no quiere parecerse a su padre, toma de él estas costumbres: el alcohol y la violencia. Además, a pesar de su decisión de venir a Argentina para poder estudiar, finalmente repite también la falta de estudios universitarios. El paciente refiere que quiere darles a sus hijos lo que su padre no pudo darle a él. Una de estas cosas que quiere asegurarles es la posibilidad de estudiar. En el transcurso de la terapia, el paciente revela que ese mismo año en el cual los hijos se enfermaron, los dos varones habían repetido un año de la escuela. Este hecho lo conmueve mucho en relación a su propia historia.

La violencia que exteriorizaba el paciente fue cediendo a medida que se fue trabajando en análisis. Poco a poco pudo controlar la violencia anticipándose a ella: se iba a caminar hasta calmarse y luego podía hablar las cosas con tranquilidad. Podemos hipotetizar que la intervención de la profesional en relación a la frase del paciente: "Creo que se podría haber evitado si se quería", ubicando el punto de repetición de la historia de su padre, tuvo que ver con este cambio de conducta.

Durante el verano, el hijo mayor de Raúl quería empezar a trabajar y su padre se opuso por miedo a que no volviera al colegio. El hijo finalmente trabajó durante el verano y al iniciarse nuevamente las clases retomó los estudios normalmente. De esta forma el paciente se dio cuenta de que no todo es blanco o negro, y que no debía temer por su propia historia.

La terapia de Raúl duró nueve meses y se le dio el alta. Los síntomas de la psoriasis habían remitido y él se sentía mejor emocional y físicamente. Hubo un cambio de posición y una remisión de las quejas con las llegaba en las primeras consultas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que este cierre no constituye un fin de análisis. Debido a las características del dispositivo terapéutico implementado en el hospital, no es posible mantener una terapia demasiado prolongada en el tiempo. Generalmente, se establecen objetivos en los inicios del tratamiento y una vez cumplidos, se da el alta, contemplando la posibilidad de modificar dichos objetivos en el transcurso de la terapia.

## **Articulación teórico-clínica**

Los principales ejes que guiarán esta articulación teórico-clínica surgen de los resultados provenientes de la investigación dirigida por la Dra. Szapiro, en relación al abordaje del fenómeno psicossomático desde la clínica psicoanalítica de orientación lacaniana.

En primer lugar, intentaremos ubicar en los casos reseñados la falla de la Función Paterna que se evidencia en los pacientes que presentan fenómenos psicossomáticos.

En las tres viñetas advertimos una notable relevancia del lugar del padre en las historias personales que reconstruyen los pacientes. En el caso Raúl, es evidente la preeminencia del lugar paterno y la conmoción que este rol genera en el paciente, no solo en relación a su propio padre, sino también en relación a cómo ser él mismo un padre. Esto se observa en el relato de las situaciones traumáticas de la infancia en las cuales aparece una figura paterna terrorífica, agresiva. El paciente describe las situaciones de violencia que se vivían en su casa familiar y el temor que sentía cuando el padre llegaba alcoholizado al hogar, momento en el cual tenía que esconderse con su madre para evitar el enfrentamiento y la violencia. Una de las conclusiones de la investigación establece que una de las invariantes entre los pacientes psicossomáticos es la reconstrucción en el relato de una versión terrible del padre. Observamos que este punto se evidencia claramente en el caso de Raúl. Otra de las conclusiones tiene que ver con la actitud de la madre en relación a la palabra del padre: según la investigación, la palabra del padre es respetada en “exceso” por la madre, según el discurso del sujeto, transmitiendo la madre una versión terrorífica y omnipotente del padre. El hecho de que la madre de Raúl no lograra hablar sobre los momentos de violencia familiar, evidencia este “respeto excesivo” o miedo por parte de la madre hacia el padre. Esto determina que la madre de Raúl no reaccione ante estas situaciones, aún cuando sus hijos se encuentran en peligro, expuestos a la violencia paterna.

Por otro lado, se puede advertir la gran importancia que le da el paciente a su propio ejercicio de la paternidad, aspirando a dar siempre lo mejor a sus hijos e intentando afanosamente evitar que ellos repitan su historia. El primer momento de gran conmoción para Raúl como padre, se da cuando su primera mujer lo abandona, se va a vivir a otro país y le deja a su hijo de 8 meses. Esta es una primera situación en la que el paciente debe asumir una gran responsabilidad con respecto a la paternidad (no solo tomar el rol de padre, sino también el de madre). A pesar de ciertos avatares, Raúl logra superar este momento y forma una segunda pareja con quien tiene a su segundo hijo. A lo largo del relato del paciente, se puede notar cómo Raúl se conmueve cada vez que siente que sus hijos están en riesgo, ya sea por salud o por temas que lo remiten a su propia historia como hijo.

En el caso Mónica, si bien la paciente no nombra a su padre en ningún momento del encuentro, ella se nombra a sí misma de un modo muy particular: “Soy hija de madre soltera”. En esta frase se refleja la presencia en ausencia de ese padre, que no estuvo en el lugar que debía ocupar, y la posición engrandecida de la madre en relación a la ausencia del padre. Además podemos percibir cuán significativa era esa madre para Mónica, a través de la inmensa angustia expresada por la paciente al mencionar su pérdida. Una de las conclusiones que se extrajo de la Investigación “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicósomáticas” abordada por la Dra. Liliana Szapiro en relación al discurso del sujeto, establece que en los pacientes que presentan fenómenos psicósomáticos la madre suele ocupar un lugar privilegiado y por momentos idealizado desde el punto de vista imaginario, y el lugar del padre en el discurso suele ser un lugar ausente o desvalorizado. En Mónica, podemos advertir dicha idealización de la madre, y el contraste con respecto al lugar que se le da al padre.

En el caso Julieta, podemos ubicar una particular falla del Nombre del Padre que se evidencia en algunas características del rol paterno que operó en la paciente durante su infancia y que se mantienen hasta la actualidad, sostenidas en gran parte por su condición de enferma. Julieta relata que durante su infancia,

sus padres no se preocupaban por los cuidados necesarios para acotar los efectos peligrosos de la diabetes. Dice que la tenían muy controlada pero desde otro lugar, imponían muchos límites, pero no con la meta de cuidar su salud: “En lo único que podía hacer lo que yo quería era en mi enfermedad, en el resto de las cosas estaba muy controlada”. Julieta cuenta que no se inyectaba insulina y su padre veía esto como un milagro, en lugar de preocuparse por los daños irreparables que esto pudiera ocasionar a la salud de su hija. Actualmente, según la paciente su padre está pendiente de ella constantemente, no la deja salir sola ni tener una vida “normal”. No puede tener amigos y refiere que a su padre “no le gusta que ande hablando de mí o de él con otras personas”. En el lugar en que debe advenir un portador que transmita la ley, parece haber un padre ausente en su función, que no ordena, y que obstaculiza el deseo de Julieta. Esto se puede ver reflejado en su frase: “Me siento mala hija por pensar así, pero necesito que mi papá se vaya, que me deje libre, que no esté o que le pase algo”.

En relación al discurso de la paciente, como consecuencia de la falencia en la función paterna, “podemos comprobar que cuando la cadena significativa está holofraseada, está puesto en cuestión el advenimiento del sujeto”<sup>20</sup>. En los pacientes que presentan fenómenos psicossomáticos aparece un discurso congelado, en el cual el sujeto parece incapaz de implicarse subjetivamente en aquello que le sucede y en lo que relata. En el caso de Julieta, podemos observar que la paciente manifiesta abiertamente su agrado por las internaciones, por estar en contacto con médicos, “en terapia, conectada al suero”, sin un cuestionamiento o algún tipo de conmoción al respecto.

En cuanto al lugar de la madre, a pesar de que Julieta no profundiza sobre su relación con la misma, menciona que tenía admiración hacia ella y que intentaba constantemente obtener su atención ya que ésta estaba más orientada hacia su hermano menor. Además, la gran perturbación que provoca el fallecimiento de esta madre en la vida de Julieta, da cuenta de la gran importancia que le daba a esta figura. Podemos hipotetizar en base a estos relatos que había

---

<sup>20</sup> Szapiro, L., Reyes, M. V., 2006. Acerca de la clínica de las afecciones psicossomáticas desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación lacaniana. En Anuario de Investigaciones, Fac. de Psicología, UBA. Vol XIII. PP 103 a 108.

cierta idealización de la madre, otra característica de los sujetos con afecciones psicosomáticas que se señala en la investigación dirigida por la Dra. Szapiro.

Por otro lado, como ya mencionamos anteriormente, Lacan plantea la estructura del sujeto, en base a la conformación de un nudo borromeo compuesto de tres toros, unidos de tal forma que si se desanuda uno de ellos, se sueltan los tres. Según señala Szapiro (2015), en los casos de los sujetos que presentan fenómenos psicosomáticos, se plantea que hay fallas en el cruce de lo Real con lo Simbólico. En estos pacientes se ve exacerbado el registro imaginario. Según las conclusiones de la investigación mencionada, se ha constatado en los casos analizados un claro predominio de la relación imaginaria con los semejantes. En el caso Raúl podemos ubicar dicho predominio de la relación imaginaria, evidenciado en los constates conflictos que presenta el paciente en lo vincular, con una queja constante, por ejemplo en relación a la hijastra porque no hacía las tareas de la casa, o a su mujer porque “malgastaba el dinero”. Estas situaciones lo confrontaban sistemáticamente con la castración y la función paterna fallida, ya que el paciente sostiene firmemente que el hombre es el jefe de la casa y quien debería traer el dinero, y la mujer debe encargarse de las labores domésticas.

En Mónica, podemos observar a lo largo de su relato cierta desorganización en lo corporal, ya que la paciente confunde distintas enfermedades y no sigue un orden que delimite unas afecciones de otras. Aparece el cuerpo como un continuo indiferenciado. Aquí se evidencia el predominio de lo imaginario y la falta de estructuración desde lo simbólico.

Por otro lado, se pudo concluir a partir de los casos analizados en la investigación “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas” que existe un determinado momento en el cual la enfermedad se desencadena, que coincide con una coyuntura dramática en la vida del sujeto que provoca en él una conmoción fantasmática. En este momento se produce el desencadenamiento de la enfermedad, irrumpiendo un goce no acotado exteriorizado en la dolencia corporal. El sujeto no puede responder ante esta coyuntura de otra forma, no cuenta con los recursos simbólicos para procesar las situaciones que evocan su fantasma. Este fracaso en dar una respuesta

fantasmática se debe a la labilidad de la organización simbólica que determina una frágil estructuración del fantasma. Así, dichas situaciones devienen traumáticas y se desencadena la enfermedad.

En gran parte de los casos clínicos analizados dentro del marco de la investigación el fenómeno psicosomático se inicia en un momento en el cual el sujeto debe asumir determinadas responsabilidades que lo ubican en un lugar paterno. Algunos ejemplos serían la pérdida del empleo, el fallecimiento repentino del padre o una situación que lo ponga en riesgo de vida, o una pérdida afectiva significativa para el sujeto. Asimismo, la pubertad es considerada un momento de conmoción, en el cual se da la separación de los padres y se produce un nuevo posicionamiento en relación a la sexualidad y la posibilidad de convertirse en padre o madre.

En las viñetas que se seleccionaron para la presente articulación, podemos ubicar el desencadenamiento del fenómeno psicosomático en determinadas situaciones de la vida de los sujetos, ante acontecimientos que generan una conmoción en los mismos. En el caso Mónica, la paciente refiere que los síntomas de la psoriasis se agravaron fuertemente hace 2 años, tras el fallecimiento de su madre. En el momento en el que Mónica menciona esta pérdida, se angustia a tal punto que no puede continuar el relato, llora y se queda en silencio unos minutos. La desmedida angustia da cuenta de que su madre constituye una figura muy significativa. Ante dicha pérdida la paciente no cuenta con las herramientas simbólicas necesarias para procesar este duelo y responde con el fenómeno psicosomático, es decir poniendo la libido directamente sobre el cuerpo. Jacques-Alain Miller (1994) habla sobre una “libido corporificada”, oponiendo el síntoma histérico a las afecciones psicosomáticas. Dice que Lacan distingue los términos “cuerpo” y “organismo”: el organismo incluye los órganos (cuerpo) más la libido que acompaña, que permanece fuera del cuerpo, delimitando esquemáticamente dos círculos concéntricos. En los sujetos que presentan fenómenos psicosomáticos, la libido no constituye una unidad incorporal, como sucede en sujetos que presentan síntomas, sino que se “corporifica”, invirtiéndose las posiciones en el esquema cuerpo-organismo (Figura 3). Es decir que la libido es

envuelta por el cuerpo, el cuerpo la integra. Por lo tanto, las lesiones de Mónica podrían pensarse como esa libido corporificada.

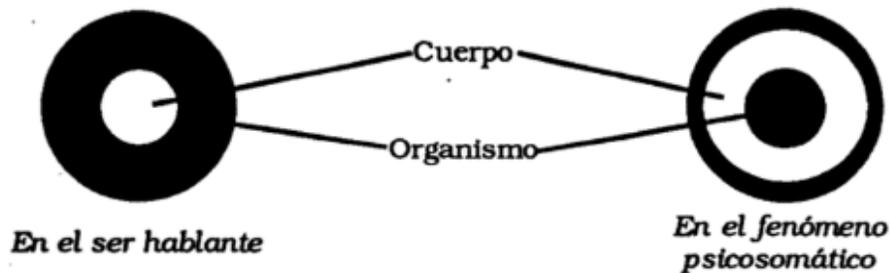


Figura 3. Libido corporificada en el FPS

Fuente: MILLER, J.A., 1994. Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático en Matemas II.

En el caso Julieta, si bien la paciente no ubica ningún acontecimiento significativo en el momento en el cual se diagnostica la enfermedad (a los 8 años), es a los 16 que se agravan los efectos de la diabetes, llegando a perder un riñón y la vista de un ojo. Este momento coincide con el fallecimiento de su madre, un momento de gran conmoción para la paciente: “ahí empezaron las complicaciones”, dice. Tal como vimos en el caso anterior, se desencadena o agrava la afección psicossomática tras una pérdida afectiva significativa para la paciente. Este es uno de las situaciones que señala la investigación como posibles desencadenantes de una conmoción fantasmática ante la cual la paciente no puede responder con una formación del orden de lo simbólico. No hay posibilidad de elaborar un duelo, por lo cual se desencadena el fenómeno psicossomático, impactando la libido directamente sobre el cuerpo, como explica Miller en el enunciado citado anteriormente. Además de la diabetes, en este momento Julieta refiere que deja de ingerir alimentos, que solo tomaba Levité: “tenía todos los síntomas de una anoréxica sin serlo” ya que la paciente no sentía ningún conflicto con su imagen corporal y, según su relato, no tenía intenciones de adelgazar, pero dice que “no podía comer, no podía tragar nada”. Tuvo que pedirle a su padre que la internaran ya que estaba deprimida, y él aparentemente no se había percatado de esta situación.

En Raúl, el desencadenamiento de la psoriasis tuvo lugar tras una sucesión de enfermedades de sus hijos que, a pesar de no haber sido graves, le provocaron gran preocupación y angustia. Sumado a esto, en el transcurso del tratamiento, el paciente refiere que en esta época, sus dos hijos varones habían repetido el año en la escuela. Ambas situaciones lo confrontan a Raúl con su posición como padre. Tal como se concluye en la investigación desarrollada por la Lic. Szapiro, hay una relación entre la aparición del fenómeno psicósomático y la asunción de responsabilidades que ubican al sujeto en un lugar paterno. Además, la cuestión de los estudios es un tema de especial importancia para Raúl debido a sus propias vivencias con su padre, quien no lo apoyó para formarse profesionalmente, y debido a su frustración por no haber logrado estudiar una carrera universitaria. **El paciente parece responder con una afección psicósomática (psoriasis) cada vez que el nombre del padre es convocado.**

## Conclusión

A lo largo del presente trabajo, se han desarrollado los principales aportes del psicoanálisis al estudio del fenómeno psicosomático. Se profundizó sobre los conceptos de la teoría lacaniana que sustentan los desarrollos sobre el origen y el mecanismo subyacente a las afecciones psicosomáticas. Por otro lado, se presentaron los conceptos abordados en la investigación “Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas” dirigida por la Dra. Liliana Szapiro. Los desarrollos centrales que se dilucidan en la misma están relacionados con la falla de la Función Paterna en la estructuración subjetiva de los sujetos con afecciones psicosomáticas, cómo esta falla limita la posibilidad del sujeto de responder ante determinadas coyunturas que devienen traumáticas y cómo se desencadena de este modo la enfermedad. Por otro lado, se destaca el lugar que ocupa en la Investigación la dirección de la cura, que se propone como camino posible para reparar la falla y lograr un viraje de la posición subjetiva, a través de la invención de un *sinthome* que venga a suplir la falla de la función paterna.

En función de estas bases teóricas se analizaron los casos presentados en las viñetas clínicas, señalando las correspondencias con los principales postulados que resultaron de la investigación en cuestión. Los puntos más relevantes articulados a los casos clínicos reseñados fueron: la falla de la función paterna, las características del discurso del paciente, el desencadenamiento de la enfermedad y la dirección de la cura. En general, pudimos constatar en los casos clínicos presentados el cumplimiento de estas conclusiones resultantes de la investigación **dirigida por la Dra. Liliana Szapiro.**

## Bibliografía

- CHIOZZA, L., 1984-1991. Metapsicología y metahistoria 3. Escritos de teoría psicoanalítica en Obras completas. Tomo V. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.
- CHIOZZA, L., 1976. Cuerpo, afecto y lenguaje. Buenos aires: Ed. Paidós.
- CHIOZZA, L., 1986. ¿Por qué enfermamos? Madrid: Alianza editorial.
- FISCHBEIN, J.E., 2000. *La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas* en Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXII - Nº 1.
- FREUD, S., 1890. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Obras Completas, Vol I. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. et al., 2010. Metodología de la investigación. México DF: Ed. McGRAW-HILL.
- LACAN, J., 1954. Seminario II: El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LACAN, J., 1955-1956. Seminario III: Las psicosis, en, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LACAN, J., 1963. Seminario XI: “Los cuatro conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”. Paidós Ed. Bs. As.
- LACAN, J., 1972-1973. Seminario XX: “Aún”, en Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LACAN, J., 1974-1975. Seminario XXII: “R.S.I.”, en Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LACAN, J., 1975-1976. Seminario XXIII: “El synthome”, en Buenos Aires: Editorial Paidós.
- LACAN, J., 1975 Conferencia de Ginebra sobre el síntoma. Intervenciones y textos 2. Buenos Aires, 1988: Editorial Manantial.
- LACAN, J., 2002. Posición del inconsciente, en Escritos 2, Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.

- LAZNIK, D., 2009. Alienación, separación y desamparo. Ficha de Cátedra. Clínica Psicoanalítica, Cátedra I.
- LEON, O. Y MONTERO, I., 2002. Clasificación y descripción de las metodologías de Investigación en Psicología en Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 2, Nro. 3, pp 503-508.
- LIBERMAN, D. et al., 1962. Observaciones Psicoanalíticas y Consideraciones Metapsicológicas Acerca del Paciente Sobreadaptado que Somatiza.
- MILLER, J.A., 1994. Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático en Matemáticas II. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- NASIO, J. D., 1987. La forclusión local: Contribución a la teoría lacaniana de la forclusión en Los ojos de Laura. Buenos Aires: Amorrortu.
- SZAPIRO, L., 2011. Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicossomático. Buenos Aires: Ed. Grama.
- SZAPIRO, L., 2015. Aportes del Psicoanálisis a la clínica de los fenómenos psicossomáticos. En Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Volumen XXII. PP 195 a 205.
- SZAPIRO, L., REYES, M. V., 2006. Acerca de la clínica de las afecciones psicossomáticas desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación lacaniana. En Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA. Volumen XIII. PP 103 a 108.