



INSTITUTO DEL CAMPO FREUDIANO  
Sección Clínica de Barcelona

Memoria de investigación para el D.E.A.  
España, 2008

---

# **Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: Una experiencia de investigación y tratamiento de la fibromialgia**

---

*Por:* **SANTIAGO CASTELLANOS DE MARCOS**

*Director de la investigación:* **VICENTE PALOMERA**

---



INSTITUTO DEL CAMPO FREUDIANO  
Sección Clínica de Barcelona

Memoria de investigación para el D.E.A.  
España, 2008

---

# **Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: Una experiencia de investigación y tratamiento de la fibromialgia**

---

*Por:* **SANTIAGO CASTELLANOS DE MARCOS**

*Director de la investigación:* **VICENTE PALOMERA**

---

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	5
CAPÍTULO 1: LOS IMPASSES DE LA MEDICINA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR .....	14
1.1. Los antecedentes.....	14
1.2. El paradigma del cuerpo-máquina y la exclusión de la subjetividad.....	18
1.3. Algunas consideraciones indicadas por Freud y Lacan .....	27
CAPÍTULO 2: FREUD Y EL CASO DE ISABEL DE R. ....	32
2.1. El caso de la señorita Isabel de R. ....	32
2.2. La causalidad en Freud.....	39
2.3. La concepción de Freud sobre el dolor.....	42
CAPÍTULO 3: EL DOLOR Y EL GOCE SEGÚN LACAN .....	45
3.1. El cuerpo en la enseñanza de Lacan.....	45
3.1.1. El cuerpo como imagen.....	46
3.1.2. Clínica en dos tiempos: alienación-separación.....	47
3.1.3. El hombre tiene un cuerpo.....	52
3.2. Comentario acerca del caso de la señorita Isabel de R.....	55
3.3. El dolor corporal y el dolor de existir.....	57
3.4. El dolor en el Seminario VII. La Ética .....	63
3.5. El dolor y el goce en la última enseñanza de Lacan.....	65

CAPÍTULO 4: LA FIBROMIALGIA COMO FENÓMENO TRANSLÍNICO .....	70
4.1. El síntoma del dolor como acontecimiento del cuerpo “embrollado” .....	70
4.1.1. A propósito de un caso: embrollos y desenredos del dolor corporal .....	71
4.1.2. El dolor y el rechazo al inconsciente .....	86
4.2. El dolor y el fenómeno psicósomático (FPS) .....	89
4.3. El dolor y los fenómenos del cuerpo en la psicosis .....	103
4.3.1. El cuerpo en la psicosis .....	103
4.3.2. La fibromialgia y la hipocondría .....	106
4.3.3. Enganches y desenganches del cuerpo .....	109
 CAPÍTULO 5: CONSIDERACIONES FINALES .....	 115
 BIBLIOGRAFÍA .....	 122

## **Introducción**

Unos años después de iniciarme en el trabajo de la medicina acudió a mi consulta una joven actriz aquejada de un intenso dolor de rodilla que le impedía caminar y trabajar. El dolor se iba extendiendo por su cuerpo y sentía un gran cansancio. Una vez realizadas las exploraciones y pruebas adecuadas e informada la paciente de que no se había encontrado causa que justificara su dolor, me contestó que no sabía qué hacer con el insomnio que también padecía desde hacía varios meses. Al preguntarle por lo que le había pasado me contestó que había fallecido su padre, pero que ella había sido la fuerte de la familia y que se había encargado de todos los asuntos. Le sugerí la necesidad de hablar de esta cuestión y de considerar que tal vez sí había alguna relación y que si ella no hablaba, quizá lo estuviera haciendo el cuerpo.

Contestó que hacía tres años había fallecido su hermana y que esto había coincidido con la noticia de que su hermano estaba enfermo por el VIH. A ella se le cayó el pelo hasta casi quedarse calva, lo cual no es un síntoma cualquiera para una actriz. Su imagen se vio seriamente dañada ante el encuentro con algo *insoportable* en su experiencia de la vida, sin que tampoco pudiera en ese momento hacer el duelo de forma adecuada.

En esta ocasión ella había desarrollado un fenómeno psicósomático. Posteriormente, con el dolor de rodilla, podríamos decir que estaba haciendo un síntoma, sin lesión corporal, pero que le ocasionaba una gran incapacidad. Fue necesario el trabajo de elaboración del duelo para que el síntoma cediese, allí donde los analgésicos no habían demostrado eficacia alguna.

Más tarde me encontré con otro caso que en su momento me conmovió mucho. Estaba atendiendo a un paciente de 60 años que padecía un cáncer en fase muy avanzada, en tratamiento paliativo, prácticamente ya no se podía levantar de la cama. En una ocasión me preguntó que cuándo se iba a morir, a lo que le contesté que no lo sabía. "No lo sabía" fue interpretado por el paciente como que iba a suceder de forma inminente. Me pidió que le retirara toda la medicación, que incluía morfina para el dolor y otros fármacos, habitualmente imprescindibles

en estas situaciones. No sabía muy bien qué hacer, pero accedí a su demanda. Yo le visitaba todos los días en su domicilio y pude comprobar cómo falleció tres días después, sin necesidad de medicación para el dolor, despidiéndose tranquilamente de su mujer y familiares.

Durante unos años trabajé en la atención de los cuidados paliativos, en el tratamiento del dolor de causa orgánica, en las situaciones límite de la vida. En la experiencia del tratamiento del dolor siempre hay algo que escapa a la lógica de la eficacia del fármaco y cualquier médico con experiencia sabe que la subjetividad opera de forma decisiva.

El dolor es como una gran autovía por la que el ser humano se ve obligado a circular en muchas ocasiones aunque el origen del recorrido sea diferente y el destino también. A veces, por diferentes razones no sabemos salir de esa autovía una vez que entramos o no salimos por el camino adecuado y volvemos al mismo lugar.

En fin, por diferentes razones siempre me interesó en la práctica de la medicina el tratamiento del dolor.

Algunos años después, tras mi encuentro con el psicoanálisis, me interesé en el tratamiento de la fibromialgia, padecimiento cuyo síntoma cardinal es el dolor pero que se da acompañado de una gran afectación corporal, tal y como presentaré más adelante.

Este trabajo es el producto de esa experiencia clínica, que se inició hace cinco años y en la que he podido atender numerosos casos clínicos tanto en el sistema sanitario público como en la consulta privada. A partir de esta experiencia he podido evidenciar que hay una clínica desde el psicoanálisis para el tratamiento del dolor en las mujeres diagnosticadas de fibromialgia. Hablamos del dolor entendido como un síntoma, como un acontecimiento que se experimenta en el cuerpo, pero que al mismo tiempo está anudado a un conflicto psíquico no evidente, no visible para el paciente.

La medicina se ocupa de las enfermedades del cuerpo, aunque con herramientas distintas a las del psicoanálisis. Desde el psicoanálisis se puede abordar una clínica sobre el cuerpo, en muchas ocasiones, allí donde la medicina se encuentra con un límite.

El psicoanálisis fue desde sus orígenes una clínica sobre el cuerpo, aunque Freud no lo mencionase de esta manera. Freud abordó el síntoma como una perturbación de las funciones del cuerpo. Éste fue su encuentro con la histeria y el mecanismo de la conversión. El tratamiento de los síntomas conversivos a través de la palabra fue su gran descubrimiento. Él demostró cómo determinadas disfunciones de lo somático podían ser abordadas

a través de la técnica psicoanalítica con claro éxito, intentando demostrar de una manera científica los poderes de la palabra y sus efectos curativos.

Lacan terminó planteando en su última enseñanza cómo “el síntoma es un acontecimiento del cuerpo”. Podemos tomar el dolor, síntoma cardinal de la fibromialgia, como un acontecimiento del cuerpo *embrollado*. Pero la fibromialgia es un padecimiento complejo, en el que se puede constatar el dolor como acontecimiento del cuerpo tanto en la neurosis como en la psicosis, puesto que tiene un carácter transclínico. Además, se acompaña de otros síntomas corporales que se corresponden con la patología psicosomática.

En los trabajos y casos a los que he tenido acceso en el campo del psicoanálisis acerca de la fibromialgia he podido leer en numerosas ocasiones que se trata de una nueva clínica de la histeria del siglo XXI, se nombra incluso como la epidemia de histeria del siglo XXI. Desde este punto de vista esta investigación tratará de demostrar lo equivocado de este planteamiento para terminar formulando que se trata de un fenómeno transclínico, en el que nos encontramos con el síntoma y el fenómeno psicosomático como acontecimientos del cuerpo.

El objetivo de la memoria es doble. Por un lado, abordar una investigación acerca del síntoma fundamental de la fibro-

mialgia: el dolor. Y por otro lado, dar cuenta de que existe una clínica desde el psicoanálisis aplicado a la terapéutica, de orientación lacaniana, para la fibromialgia.

Para ello realizaré un recorrido epistémico sobre el abordaje del dolor en Freud y en Lacan, así como en otros autores contemporáneos.

La evidencia clínica de la eficacia del tratamiento psicoanalítico la presentaré a través de casos clínicos escogidos de la experiencia que he realizado en los últimos años.

En el centro de salud del sistema público sanitario en el que he trabajado en los últimos años presenté un proyecto de investigación y tratamiento de la fibromialgia que fue aceptado por todo el equipo. Este centro de salud ubicado en una zona urbana de Madrid atendía una población de 25.000 habitantes.

Se trataba de verificar si es posible tratar la fibromialgia desde la orientación del psicoanálisis lacaniano. Se acordó la derivación a mi consulta de los pacientes de los diferentes cupos médicos para un tratamiento individual que incluyó inicialmente el tratamiento en grupo. La experiencia del trabajo en grupo fue desestimada al poco tiempo tras comprobar la escasa utilidad de este dispositivo frente a la relevancia del tratamiento individual.

La mayor parte de los tratamientos, alguno de los cuales se presentan en este trabajo, se prolongaron durante más de un

año. El tiempo de las sesiones fue siempre variable y no había una limitación previa en el número de sesiones. Solamente en uno de los casos se produjeron efectos terapéuticos rápidos.

En el capítulo 1 abordaré la explicación de por qué la medicina se encuentra en un *impasse* en relación a la comprensión del padecimiento de la fibromialgia y en la búsqueda de un tratamiento eficaz y adecuado, así como algunas consideraciones de Freud y Lacan. La aparición del discurso de la ciencia a partir del siglo XVI supone un corte radical en la historia de la humanidad que tiene consecuencias directas en la práctica de la medicina. La operación cartesiana, que introduce el discurso del método, con la separación del cuerpo y el pensamiento, supone la exclusión de la subjetividad y el desarrollo de la medicina moderna a partir del siglo XIX. De esta forma, la consideración del cuerpo como una suma de órganos y aparatos cuyo funcionamiento puede explicarse a través del modelo de las máquinas, impide que en aquellas patologías somáticas en que está implicada la subjetividad, como es el caso de la fibromialgia, la medicina pueda responder con un tratamiento eficaz.

En el capítulo 2 expondré el caso de Isabel de R. publicado por Freud en 1895. Este caso clínico tiene la particularidad de estar presentado en las coordenadas clínicas de lo que en la actualidad la medicina considera fibromialgia y testimonia la

cura realizada por Freud. A partir de aquí desarrollaré la teoría de la causalidad en Freud y sus aportaciones en relación al dolor, sobre todo en los textos del “Proyecto de psicología para neurólogos” y “Más allá del principio del placer”.

En el capítulo 3 abordaré, de forma esquemática, la concepción del cuerpo en Lacan según los diferentes momentos de su enseñanza. La consideración del cuerpo como imagen, las operaciones de alienación y separación y algunos elementos de su última enseñanza en la que, a partir de la topología de los nudos, afirma que el ser humano no es un cuerpo sino que lo tiene, concibiendo el síntoma como un acontecimiento del cuerpo. Expondré los comentarios de Lacan en el *Seminario V* sobre el caso de Isabel de R. y sus referencias al dolor en el *Seminario VII. La Ética*, así como la relación del dolor con el goce que expone en su última enseñanza.

En el capítulo 4 explicaré cómo la fibromialgia es un fenómeno de carácter transclínico que responde a diferentes estructuras patológicas. Asimismo, desarrollaré la relación de la fibromialgia con el fenómeno psicósomático y los fenómenos del cuerpo que responden a la estructura de la psicosis, según los desarrollos de la enseñanza de Jacques Allain Miller.

En las consideraciones finales comentaré el hecho de que la fibromialgia podría considerarse como un síntoma contemporá-

neo, la importancia del diagnóstico diferencial de la estructura del sujeto y la diferencia que existe con la orientación de las terapias cognitivo-conductuales. Terminaré planteando como el padecimiento de la fibromialgia lo podemos considerar como aquello que "no anda" para la ciencia. El psicoanálisis reserva un lugar a eso que "no anda" y esa es la "razón del psicoanálisis".

## **CAPÍTULO 1**

### **Los impasses de la medicina en el tratamiento del dolor**

#### **1.1. Los antecedentes**

La medicina considera la fibromialgia como un síndrome crónico caracterizado por *dolor generalizado en el cuerpo*, de al menos tres meses de duración y en diferentes zonas corporales, sobre todo musculares, los llamados *puntos gatillo*. En algunos casos, este síntoma puede llegar a ser muy invalidante.

La fibromialgia fue establecida por el ACR (Colegio Americano de Reumatología) en 1990 y reconocida en 1992 por la OMS y tipificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

Su diagnóstico es clínico, siempre hay que descartar o confirmar otras enfermedades reumáticas, con las que a veces coexiste. Para su tratamiento se han empleado diferentes medicamentos,

entre ellos los analgésicos más potentes como la morfina y derivados, con fines diversos y respuestas variadas, pero solamente algunos de ellos aportan evidencia científica y un discreto beneficio terapéutico. Curiosamente han demostrado relativa eficacia los antidepresivos y algunos analgésicos, como el tramadol, que a las dosis en que se utilizan se consideran eficaces por el mecanismo de acción antidepresivo añadido.

Según estadísticas oficiales, la fibromialgia afecta al 4,2% de las mujeres, generalmente en la edad media de la vida, y al 0,2% de los hombres<sup>1</sup>. Se calcula que en España hay alrededor de un millón de pacientes diagnosticadas de fibromialgia.

Sin embargo, hay que señalar que no es un padecimiento nuevo. En 1843 el alemán Florieprs, en su tratado *Patología y terapia de los reumatismos*, relata la presentación a la exploración de enfermos con dolor. En 1904 el neurólogo Sir Willian R. Gowers se refiere al término "fibrositis" en un escrito suyo publicado en el *British Medical Journal* en el que asocia la aparición de lumbagos crónicos y dolores en los brazos, defendiendo que se debía a inflamación del tejido fibroso en el músculo. Esta versión inflamatoria del mecanismo se mantendrá hasta que en 1944 Elliot publica en *The Lancet* que el

---

<sup>1</sup> Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2002. Elaborada por una comisión de expertos, punto de referencia para el sistema público de salud.

dolor se debe a espasmos localizados en los músculos que pueden demostrarse mediante estudios electromiográficos. Estas teorías nunca se corroboraron y las dificultades para establecer una base física del dolor crónico favoreció que, en 1947, el Dr. Edward Bolan y el coronel Willian Corr, ambos oficiales del ejército, colaborasen en un trabajo que lanzó la idea de que la fibrositis no era más que un *reumatismo psicógeno*. Se basaron en la observación de que durante la Segunda Guerra Mundial muchos soldados sufrieron de estos síntomas.

Como reconocimiento a la ausencia de fenómenos inflamatorios, en la década de los 70 del siglo pasado se cambió el término de "fibrositis" por el de "fibromialgia" (dolor en músculos y tejidos fibrosos), hasta que en 1990 el Colegio Americano de Reumatología publicó los criterios de clasificación.

Desde entonces ha habido numerosas investigaciones científicas para tratar de definir una teoría de la causalidad del dolor crónico sin que se haya conseguido establecer ninguna (genéticas, inmunológicas, neurológicas, endocrinas, etc.).

En la experiencia clínica se constata que el dolor tiene una función de alerta y defensa del organismo, pero que sin embargo en ocasiones no responde a esa lógica, ni tampoco a la relación con una lesión somática, lo que ha llevado a la

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor a la siguiente definición: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole".

La lectura de esta definición constata la ambigüedad del término dolor, ya que se trata de una sensación o de una emoción que puede darse incluso sin que haya lesión física responsable. Es un dolor real, sentido por el paciente y del cual se queja, pero sin que necesariamente haya una lesión o traumatismo orgánico que lo justifique.

Esto nos conduce a la idea de que el factor psíquico tiene un papel fundamental en la emoción dolorosa, cuyos resortes no están todavía explorados y clarificados.

Curiosamente Freud publica en 1895 el caso de Isabel de R., en el que hace una referencia a los reumatismos musculares crónicos, y donde da cuenta de la cura de una paciente que en la actualidad podría ser diagnosticada de fibromialgia.

Esta vía inaugurada por Freud, de tratamiento del dolor crónico a través de las herramientas del psicoanálisis, de la palabra, es la base del desarrollo de este trabajo de investigación.

## **1.2. El paradigma del cuerpo-máquina y la exclusión de la subjetividad**

Amelia es una mujer de 68 años que fue diagnosticada hace 18 de fibromialgia. Ha sido tratada por el servicio de reumatología del hospital de referencia, también por la unidad del dolor, y ha estado en tratamiento psiquiátrico y psicológico desde hace más de diez años.

Cuando la atiendo, en la primera entrevista, me muestra una importante cantidad de medicamentos, que incluye neurolépticos para la ansiedad y el insomnio. Dice que padecía dolores de cabeza y nuca desde hace muchos años, cuando sus hijos eran muy pequeños: "Me han puesto esa etiqueta de fibromialgia y nos tratan como apestadas, como que estamos locas, no dormimos, tenemos tanto dolor que no remite con nada, tomo muchos analgésicos y no me hacen nada de bien. Cuando fui al traumatólogo me dolía todo como si tuviera cardenales, ahora ya no me deja, es continuo, cuando se me fue la regla me puse mucho peor, me entra mucho cansancio, estoy como sin fuerzas. No hay sitio en mi cuerpo que diga hoy no me duele esto. Cuando tuve a mi último hijo no podía cogerle de la cuna".

Además padece asma bronquial, intrínseco, no alérgico y de etiología incierta, e hipotiroidismo.

Ha tenido tres hijos, dos abortos espontáneos y uno provocado. Me dice que este hecho de su vida, que aconteció cuando tenía 30 años, no se lo había contado nunca a nadie.

Ella participa en la Asociación de fibromialgia de su ciudad y ha asistido a numerosas terapias de grupo y tratamientos de todo tipo. Allí le han dicho que “lo que le pasa es por una enfermedad vírica, por un hijo y por una separación”.

Hay diferentes modalidades en la severidad del síntoma, pero este caso clínico podría ser representativo de muchas mujeres que padecen fibromialgia y que no han resuelto de forma adecuada el síntoma del dolor crónico.

En este momento no hay teoría en la medicina sobre la causalidad de la fibromialgia, ni tampoco tratamiento eficaz. ¿Cómo es posible que suceda esto en la época en que la tecnología ha conseguido un desarrollo tan colosal y que el cuerpo puede ser estudiado, fotografiado, analizado y tratado hasta límites nunca antes conocidos?

Una respuesta a esta pregunta no es sencilla. Se podría considerar desde diferentes puntos de vista, aunque me aproximaré al problema planteando cómo en el mismo desarrollo de la tecnología y la ciencia se encuentra la paradoja de su incapacidad para tratar la fibromialgia.

La ciencia moderna supone el nacimiento de una nueva posición ética ante el saber, pues la escolástica será sustituida por el positivismo. La negación de la teoría de los humores y los progresos en la anatomía, la fisiología y la bacteriología, han supuesto un poderoso avance en la medicina que tiene efectos claramente beneficiosos. A partir de 1800 se construye una clínica anatomopatológica con la práctica de las autopsias, en donde el hallazgo de lesiones y su correlación con la clínica dieron como resultado el surgimiento de la medicina moderna, abriéndose nuevos campos de conocimiento de la enfermedad y sus tratamientos. Se abrieron al campo de la investigación médica los problemas anímicos, los trastornos mentales, estudios que culminarán en el siglo XVIII con el nacimiento de la psiquiatría, a partir de la distinción del síntoma somático y del síntoma psicopatológico.

Pero este colosal desarrollo se realiza incluyendo un problema: la exclusión de la subjetividad del paciente.

En el *corpus* hipocrático, origen de la medicina moderna occidental, concretamente en el libro *De la enfermedad sagrada*, ya se sostiene la idea de que es el cerebro la sede de las funciones anímicas superiores y el intérprete de la conciencia a partir de las percepciones sensoriales que le llegan. Los médicos grie-

gos tenían la idea de que lo anímico afecta al cuerpo, pero a efectos prácticos el médico no se plantea su intervención sino a través de lo corporal, separándolo radicalmente de lo mental.

Posteriormente se introduce el paradigma, vigente en la práctica de la medicina, del cuerpo como una máquina.

Este concepto triunfa a partir del siglo XVII con Galileo, Descartes o Hobbes y pretende dar cuenta del funcionamiento y las disfunciones orgánicas sobre el modelo de la reparación de una máquina, como un reloj que depende de la fuerza, de la situación y de la figura de sus contrapesos.

Para la medicina esta doctrina ha supuesto la consideración del cuerpo como una suma de órganos y aparatos cuyo funcionamiento puede explicarse a partir del modelo mecanicista de las máquinas. Es decir, no se trata de decir que el cuerpo es una máquina, sino de concebirlo y explicarlo como si lo fuera.

Lo que plantea Lacan en el texto de "Psicoanálisis y medicina", del año 1966; es que en la historia de la humanidad hay un corte radical que se define con la aparición en el siglo XVI del discurso de la ciencia. La ciencia que se constituye como tal a partir del siglo XVI va a producir una ruptura.

Todas las teorías anteriores, las míticas, las cosmogónicas, las religiosas... eran el modo en que el ser humano se apoyaba en

su existencia para tratar de encontrar una representación simbólica a los grandes problemas de la existencia y la sexualidad. Los hombres construyen mitos que durante mucho tiempo fueron un modo eficaz de adaptar el cuerpo al entorno.

Lacan sitúa el corte en la separación que hace René Descartes entre el cuerpo y la apariencia, entre lo que llama el pensamiento o la *res cogitans* y la extensión o *res extensa*. Lo que se desarrolla en el discurso del método es una separación entre el cuerpo y el pensamiento. Esto supone el corte fundamental para Lacan<sup>2</sup>.

Se empieza a poner el mundo en ecuaciones, en pequeñas letras, todo puede ser explicado en lenguaje matemático. Se pone fin a las significaciones dadas por los humanos a los fenómenos naturales, a los movimientos de los planetas, a la astrología. La operación cartesiana permite a los astrólogos escribir lo real en cifras.

Esto quiere decir que para la ciencia hay un saber en lo real de la naturaleza. Lo real encierra un saber que el discurso de la ciencia supone y trata de cernir, de elaborar. Con el desarro-

---

<sup>2</sup> Tomado de Palomera, Vicente. "Psicoanálisis y medicina". Conferencia dictada en la Universidad nacional de Córdoba (7-04-2005). Publicado por el Centro de Investigación y Estudios Clínicos. "Amor, cuerpo y locura". 2005.

llo de la biología molecular y otros avances científicos se puede operar desde el saber sobre lo real de la vida, se puede clonar una vida humana, se puede seleccionar genéticamente la filiación, se abre la posibilidad de que la fantasía de configuración de un ser humano sin falla, sin la falta, pueda ser llevada a cabo. Tal y como dice E. Laurent, “un sueño en el cual podríamos considerarnos como máquinas con un funcionamiento asegurado, y si falla se podrían cambiar las piezas sueltas, de manera tal que pudiera funcionar de nuevo de manera normal, asegurándose una presencia normativizada en el mundo como tal. Eso es un sueño cientifista”<sup>3</sup>.

Lacan tradujo esto diciendo que el advenimiento de la ciencia está acompañado de la forclusión del sujeto. El sujeto del psicoanálisis es lo que queda, es el resto que escapa a la representación de las fórmulas y las pequeñas letras de la ciencia. Es por esta razón que el psicoanálisis surge en el momento en que la medicina es tomada por la ciencia. El resto, la subjetividad, es desplazado al psicoanálisis.

Así pues, cuando la medicina entra de lleno en el discurso de la ciencia en el inicio del siglo XIX, la subjetividad queda como

---

<sup>3</sup> Lauren, Eric. “Los órganos del cuerpo en la perspectiva psicoanalítica” (30-11-2006). Publicado en la revista “El Caldero de la escuela”, n.º 4, 2008.

un resto y se deja de lado. Es por esta razón que el psicoanálisis surge en este momento histórico.

La medicina operaba en la época pre-científica con las palabras y de esto tenemos testimonios en los clásicos. La función del médico consistía en dar una cierta significación a la enfermedad. El paciente iba a ver al médico para ser curado, pero en la medida en que las herramientas terapéuticas eran muy escasas, también pedía ser escuchado y que le dieran un cierto sentido a la enfermedad.

La figura del médico era parte de la droga y del fármaco. Con el discurso de la ciencia, el médico se convierte en un técnico de la biología y del organismo, ya no tiene la formación adecuada para acoger la demanda del enfermo e interpretarla. El médico abandona de esta forma una de las herramientas fundamentales de su práctica en la relación médico-paciente y, al apoyarse solamente en las piernas de la ciencia, cojea un poco.

Actualmente, la práctica médica se sigue sosteniendo en esa disociación operativa entre lo psíquico y lo somático. El internista o el cirujano se ocupan del soma, sobre todo en aquellas enfermedades en que hay una relación de causalidad entre la alteración somática de los órganos y los síntomas. La psiquiatría se ocupa de los casos en que no hay esa evidencia, sobre

todo de los trastornos mentales sin lesión orgánica. En la actualidad, la creciente hegemonía de las corrientes más *biologicistas* han apartado de la práctica clínica la consideración del sujeto que habla y ha retornado a las teorías según las cuales los síntomas pueden ser explicados a partir de las alteraciones que se producen en los neurotransmisores cerebrales y los sistemas neurohormonales y endocrinos que los regulan.

Casi todo se podría explicar por los diferentes niveles de serotonina o dopamina, los déficits y excitaciones que se producen en el órgano de los órganos: el cerebro.

Se confunde de esta manera lo que es el órgano del cerebro y sus mecanismos con su función en relación a lo mental. De esta forma se excluye un estatuto singular y particular para cada sujeto, que supone que la actividad anímica está articulada a las experiencias y vicisitudes particulares de la vida de cada uno. Este reduccionismo biologicista impide comprender la relación que puede existir entre las perturbaciones corporales y las anímicas y conduce los tratamientos a un callejón sin salida.

A partir de aquí, la fibromialgia es considerada por la medicina como un trastorno multiorgánico que afecta a múltiples sistemas que velan por la homeostasis corporal. Éste es el planteamiento que toma más fuerza. En ese sentido, cada vez

más los reumatólogos no la consideran una enfermedad estrictamente reumatológica.

Se propone que se trata de una ampliación del dolor por vía espinal, o de una alteración de las vías inhibitorias descendentes del dolor, o de alteraciones de neurotransmisores o neurohormonas. Se ha trasladado la investigación al campo de las neurociencias y de la genética molecular para tratar de establecer los mecanismos del problema y su posible solución, entrando en un *impasse* de difícil salida. Tal y como dice J.A. Miller en una de sus últimas clases de su *Curso de orientación lacaniana* de París, el significante “neuro-” se convierte en uno de los fundamentales en la época en que vivimos<sup>4</sup>.

En la actualidad al paradigma del cuerpo como una máquina se añade el problema de la utilización generalizada de los protocolos y los nuevos sistemas de evaluación, que están suponiendo la declinación de la clínica en el sentido más clásico. El problema es que la cifra, la evaluación y el protocolo se ha convertido en la razón de ser de la práctica médica. El protocolo supone el axioma de “a todos por igual” y en ese escenario no solamente desaparece la subjetividad del paciente, sino también la del propio médico.

---

<sup>4</sup> Miller, Jacques-Alain. *Curso de orientación lacaniana*. 2007-2008.

Los sistemas de evaluación, calidad y producción que se han establecido para la industria se trasvasan sin mediación a la atención de los pacientes. El resultado es patético porque no solamente originan enormes problemas en la atención de los enfermos sino que también es el origen de un profundo malestar de los profesionales de la medicina.

La exclusión de la subjetividad tiene sus consecuencias. En general, los pacientes de fibromialgia, mujeres en su gran mayoría, circulan por el sistema sanitario sin encontrar un camino adecuado que les ayude a resolver la encrucijada en que les ha colocado su enfermedad. Casi todas llevan muchos años, algunas más de veinte, con este padecimiento. Se encuentran, en muchas ocasiones, con un sistema sanitario hostil que no es capaz de responder con un tratamiento eficaz. Hay además un profundo malestar en estos pacientes porque no se sienten acogidos y comprendidos, porque el médico, en su función, muchas veces termina retrocediendo cuando se trata de escuchar la palabra sufriente del paciente.

### **1.3. Algunas consideraciones indicadas por Freud y Lacan**

Es interesante abordar los textos de Freud al respecto porque desde su inicio intentó dar un carácter científico a sus pos-

tulados, intentando establecer una base material a lo mental y al inconsciente. Freud construye el psicoanálisis sobre la base de un modelo con dos niveles de integración, lo somático y lo psíquico. Al mismo tiempo propone las claves para el diagnóstico diferencial de los fenómenos somáticos y los psíquicos. Freud, que se especializó en neurología, diferencia la lógica de la estructura anatómica del sistema nervioso central que hay en las afectaciones orgánicas, de la psicopatología que responde a la lógica de las representaciones mentales conscientes e inconscientes.

Freud ya alertó desde el principio de que la toma masiva de la medicina por la exigencia científica, si bien conlleva un obvio avance científico, deja en el camino algo esencial al poder de la medicina, y esto es la posición subjetiva de los enfermos<sup>5</sup>. La medicina tiende a despersonalizar la enfermedad, la hace anónima, ha reducido al ser humano a una máquina cibernética, lo ha apartado de su historia personal, de su subjetividad, del devenir de su existencia, lo que conduce a una falta de humanidad en la atención a la enfermedad.

Freud llama la atención sobre el riesgo que la clínica médica corre al renunciar al poder mágico de la palabra.

---

<sup>5</sup> Freud, S. "Del tratamiento psíquico (tratamiento del alma)". 1890.

Freud busca un método que utilice el ancestral poder de la medicina y que rinda cuenta de lo que *existe* a pesar de no poder ser explicado por la ciencia, y que, con el mismo rigor que ésta, intente un tratamiento posible de esos síntomas. Freud ve en el médico una figura que desde el lado de la ciencia puede hacerse cargo de esa parte esencial que la ciencia no cubre. Él sostiene que allí donde la ciencia se detiene, hace falta que el científico continúe y ésta es una posición constante en Freud: donde el poder de la ciencia se detiene, comienza el deber del sabio. O sea, esa magia, esa oscuridad, ese sujeto, esa subjetividad deben ser abordadas con los ideales de la ciencia<sup>6</sup>.

Laín Entralgo, en su libro *Ciencia, técnica y medicina*, se pregunta: “¿Es posible imaginar una medicina humana sin palabras?”, concluyendo que es la palabra la que estructura el vínculo entre el médico y el paciente.

Creo que es apropiado recordar la intervención de Jacques Lacan, durante una mesa redonda bajo el lema *El lugar del psicoanálisis en la medicina* auspiciada por el colegio de médicos en el hospital parisino La Salpetriere, el 16 febrero de 1966, un año crucial para Lacan, ya que es cuando publica sus

---

<sup>6</sup> Leguil, François. “La medicina y la ciencia, ¿cómo contar con el sujeto?”

escritos<sup>7</sup>. En esta conferencia, de gran actualidad, Lacan dice que quiere abordar un tema que nunca tuvo que tratar en su enseñanza, el lugar del psicoanálisis en la medicina, y comienza señalando el cambio que se está produciendo en lo que llamaría la función del médico.

Más adelante, dice: “Permítanme delimitar más bien como falla epistemológica el efecto que tendrá el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo...”

El acto médico se desenvuelve en la siguiente paradoja: por un lado, tiene que responder a la enfermedad desde el lugar del saber de la ciencia y, por otro, asistir al paciente, que es algo más que un *organismo enfermo* o una *máquina* que no funciona adecuadamente.

Para Lacan lo específicamente humano es que el organismo del viviente cuando adviene al mundo se encuentra con el lenguaje, y el cuerpo es el resultado de este acontecimiento inaugural. De esta forma establece una diferencia entre organismo y cuerpo.

En este encuentro entre el organismo y el lenguaje se nombra el cuerpo, sus partes, y se inscriben las huellas que finalmente

---

<sup>7</sup> Lacan, Jacques. “Psicoanálisis y medicina”, en *Intervenciones y textos I*. Ed. Manantial.

van a determinar la vida de cada sujeto, incluida la enfermedad. Se trata de las huellas mnémicas, que Freud describe como trazos en el aparato psíquico, y que Lacan sitúa como el intento de Freud de dar cuenta de la estructura significante.

Lacan lo que viene a plantear es que el médico no se olvide del sujeto. Cuando Lacan habla del concepto de falla epistemosomática, en este momento de su enseñanza, se refiere a la falla que se establece por el hecho de que la medicina no incorpora la incidencia del inconsciente, del lenguaje sobre el cuerpo. El cuerpo para el psicoanálisis no es el anatómico, sino el resultado del encuentro del organismo con el lenguaje.

El cuerpo también es susceptible de servir de soporte al significante. Todo en el cuerpo se presta a ello: la piel, los órganos, los humores, los fluidos, sus desperdicios<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Miller, J.A. y otros. *Las psicosis ordinarias*. Paidós. (Pág. 261)

## **CAPÍTULO 2**

### **Freud y el caso de Isabel de R.**

#### **2.1. El caso de la señorita Isabel de R.**

El primer nombre de síntoma en psicoanálisis es el síntoma somático, de conversión. Para Freud hay enfermedades que hablan y él toma la responsabilidad de hacernos entender la verdad de lo que dicen. Su instrumento para revelar esta verdad fue la palabra: "Tratamiento psíquico quiere decir... tratamiento desde el alma –ya sea de perturbaciones anímicas o corporales– con recursos que de nuestra manera primaria e inmediata influyen sobre lo anímico del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico"<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Freud, S. "Tratamiento psíquico", en *Obras completas*.

El caso de Isabel de R. presentado por Freud en 1895, se podría considerar como un caso de fibromialgia del siglo XIX.

Cuando la atiende Freud, Isabel de R. tenía 24 años y padecía desde hacía más de dos años dolores en las piernas y dificultad para caminar. En los últimos años diversos acontecimientos traumáticos habían sobrelado su vida: había fallecido el padre, su madre tuvo que someterse a una grave operación y después falleció su hermana.

Freud dice que los dolores y su padecimiento la apartaban del trato social y de los placeres propios de su edad. Se quejaba de grandes dolores al andar, intensa fatiga, viéndose obligada a guardar reposo, durante el cual, si bien perduraba el dolor, era bastante mitigado. Localizaba especialmente el dolor en la cara anterior del muslo derecho, aunque esta hiperalgesia de la piel y de los músculos no se limitaba a la zona indicada.

Las características del dolor que describe son:

- dolor indeterminado y "cansancio doloroso".
- el sujeto no puede dar demasiados detalles sobre el mismo y tiene dificultad para poder expresarlos a través del lenguaje, con sensaciones difíciles de describir.

Para Freud el padecimiento que más frecuentemente produce una sensibilidad difusa y local de los músculos a la presión es la infiltración reumática de los mismos, o sea, el corriente reumatismo

muscular crónico. Posteriormente la medicina ha desestimado este nombre por la verificación, a través de la anatomía patológica, de que no hay ninguna infiltración inflamatoria de los músculos, por lo que se le ha dado el nombre de fibromialgia.

Freud prepara el terreno para iniciar el tratamiento psíquico. Dice que durante mucho tiempo le fue imposible hallar la conexión entre el historial patológico y la enfermedad. El historial patológico, dice Freud, que Isabel de R. relató era muy extenso y se componía de sucesos dolorosos muy diversos.

El primer episodio de dolor sucedió durante el tiempo en que se ocupó de los cuidados del padre, que presentaba una grave enfermedad cardíaca que le condujo posteriormente a la muerte. Ella no se apartó durante año y medio de la cabecera de la cama del enfermo, levantándose de noche para atenderle, asistiéndole con inmenso cariño. En esa época tuvo que guardar cama durante varios días a causa de dolores en la pierna derecha, pero aquéllos pasaron pronto y no llegaron a preocuparle.

El procedimiento de Freud consistía en tratar de que la paciente enlazara por medio de la asociación las diferentes zonas dolorosas y las escenas enlazadas a esa sensación dolorosa. De esta forma iba haciendo un recorrido.

Para Freud el síntoma del dolor puede descifrarse, tiene un sentido. Es decir, que para poder salir de la autovía del dolor hay que encontrar las señales y los símbolos que nos permitan resolver la encrucijada del mismo. Se trata de la *huella* de las palabras, de los significantes. Uno de los carriles que podemos encontrar en esa autovía es el del inconsciente, la vía regia para resolver el síntoma. El psicoanálisis sería la práctica clínica que permitiría al paciente encontrar el camino adecuado para resolver o aliviar el síntoma.

Volviendo al historial clínico de Isabel de R. encontramos que fue dos años después de la muerte del padre cuando comenzó a sentirse enferma y a no poder andar sin experimentar grandes dolores. Durante esos dos años su madre padeció una grave enfermedad por la que fue intervenida quirúrgicamente de forma exitosa, sus dos hermanas se casaron y falleció una de ellas tras el segundo embarazo. Lo cierto es que una vez resuelta la enfermedad de la madre, Isabel se convirtió en la enferma de la familia.

Tras un prolongado y difícil trabajo analítico con Freud, se va desentrañando el nudo del síntoma, el secreto oculto tras el síntoma del dolor.

Durante su primer episodio de dolor, cuando estaba cuidando al padre, se produjo el fracaso de su primer amor y se

da la circunstancia de que tras un paseo con él en el que sintió con mayor intensidad que nunca su amorosa inclinación, llegó a su casa y encontró a su padre peor. Isabel de R. se dirigió los más duros reproches por haber dedicado tan largo rato a su propio placer. Este fracaso de su primer amor le dolía siempre que acudía a su pensamiento.

Freud escribe que a partir de este descubrimiento pudo observar que cada motivo psíquico de sensaciones dolorosas se había ido a enlazar con un lugar distinto de la zona dolorosa de la pierna. El lugar primitivamente doloroso del muslo derecho se refería a la asistencia prestada al padre, y a partir de él había ido creciendo, por oposición y a consecuencia de nuevos traumas, el área atacada por el dolor<sup>10</sup>. Así pues, no podía hablarse, en rigor, de un único síntoma somático enlazado con múltiples complejos mnémicos de orden psíquico, sino de una multiplicidad de síntomas análogos que, superficialmente considerados, parecían fundidos en uno solo.

En el tratamiento pudo establecerse la relación entre el dolor y las dificultades para caminar. En una de las sesiones Isabel se levanta del diván rogando a Freud que pusiera fin a la sesión, pues había oído a su cuñado que venía a buscarla. Y Freud ob-

---

<sup>10</sup> Freud, S. "Isabel de R.", en *Obras completas*. 1895. Biblioteca Nueva. (Pág. 107).

serva en su expresión que sus dolores, hasta aquel momento dormidos, volvían de súbito a atormentarla. Este episodio acrecienta las sospechas de Freud y le impulsa a no demorar por más tiempo la explicación que le parecía decisiva.

Finalmente Isabel puede decir que, en el momento en que comprobó la triste realidad de que su hermana había muerto sin tener el consuelo de su compañía ni recibir sus últimos cuidados, cruzó por su imaginación, como un rayo a través de la tempestuosa oscuridad, un pensamiento de distinta naturaleza: "Ahora ya está él libre y puede hacerme su mujer"<sup>11</sup>.

Para Freud todo quedaba así aclarado y ricamente recompensada la penosa tarea del análisis: "Ante mis ojos tomaban ahora cuerpo con toda precisión las ideas de la *defensa* contra una representación intolerable de la génesis de síntomas histéricos por conversión de la excitación psíquica en fenómenos somáticos y de la formación de un grupo psíquico separado por aquella misma volición que impone la defensa. Tal era exactamente lo que en este caso había sucedido. La muchacha había hecho merced a su cuñado de una tierna inclinación, contra cuyo acceso a la conciencia se rebelaba todo su ser moral. Para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de

---

<sup>11</sup> Ibid.

su hermana creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático”<sup>12</sup>.

Posteriormente Freud escribe cómo el fin del verano imponía dar fin al tratamiento. Isabel se sentía de nuevo mejor y no había vuelto a quejarse de dolores desde que habían erigido en tema del análisis las causas que lo habían provocado.

Freud reflexiona acerca de qué es lo que se convierte en dolor físico, a lo cual responde con cierta prudencia que algo que hubiera podido y debido llegar a ser un dolor psíquico. “El motivo fue la *defensa* del yo contra dicho grupo de representaciones, incompatible con él, y el mecanismo de la *conversión* por el cual, en lugar de los sufrimientos anímicos que la sujeto se había ahorrado, aparecieron dolores físicos, iniciándose así una transformación cuyo resultado positivo fue que la paciente eludió el insoportable estado psíquico, si bien a costa de una anomalía psíquica, la disociación de la conciencia, y de un padecimiento físico, los dolores que constituyeron el punto de partida de una astasia-abasia”<sup>13</sup>.

Para Freud “los distintos síntomas histéricos desaparecían de inmediato y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

afecto concomitante. Y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto...”<sup>14</sup>.

Este caso, ampliamente desarrollado y explicitado por Freud, corresponde a un caso de neurosis. Sin embargo, en la clínica de la fibromialgia en la actualidad nos encontramos con casos clínicos que no corresponden a esta clínica, y que presentan una mayor complejidad, ya que responden a diferentes estructuras clínicas, desde la neurosis a las psicosis. Se hace necesario disponer de nuevas herramientas para poder abordar esta clínica, herramientas que fueron aportadas por Lacan y que desarrollaremos en el siguiente capítulo.

## **2.2. La causalidad en Freud**

Freud trata de explicar desde el principio la articulación entre lo psíquico y lo somático. En 1895 escribe el *Proyecto de psicología para neurólogos*, que quedó inédito en la vida del autor por voluntad propia y se publicó en 1950 a partir de un manuscrito encontrado tras su muerte. En el proyecto encontramos la voluntad de Freud de elaborar un modelo teórico sobre el aparato psíquico compatible con los conocimientos de la neurología

---

<sup>14</sup> Freud, S. “El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos”, en *Obras completas*. (Pág.43)

de su época, planteando la hipótesis de la especialización neuronal en tres tipos: neuronas perceptivas, de memoria y neuronas de sensación de calidad.

Freud considera que su articulación es de tal complejidad que abandona el camino de la elaboración de este modelo teórico y se ocupa del desarrollo de la teoría psicoanalítica y de la búsqueda de la causalidad de los procesos psíquicos y su relación con lo somático desde otra perspectiva, aunque sin abandonar totalmente su ideal cientifista. Para Freud el psicoanálisis es una disciplina científica autónoma, que delimita su propio objeto, el aparato psíquico, que incluye la particularidad del inconsciente.

El punto de partida de Freud en la búsqueda de la causa era el de las ciencias de la naturaleza. La finalidad clásica del psicoanálisis está concebida como la búsqueda de la causa del mal. El hallazgo de la causa del mal significa, en sí mismo, curarlo. El descubrimiento del inconsciente por Freud se realiza con el deseo de darle un estatuto de carácter científico. No hay que olvidar que Freud era un médico de su época y de ahí que en sus primeros textos se refiera por ejemplo a la etiología de la psiconeurosis. Él se refiere al concepto de etiología como discurso de la causa<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Miller, J.A. Conferencia de clausura de las *I Jornadas del Campo Freudiano en Andalucía* (3-10-2001).

Freud situó la sexualidad como la causa fundamental de los desórdenes mentales, causa real y pasada. Causa sexual que se vincula con la memoria, considerando el propio inconsciente como una memoria que conserva recuerdos aunque el propio sujeto no lo sabe, recuerdos que no están a su disposición.

La importancia de la sexualidad para Freud en el funcionamiento del aparato psíquico no se reduce a la práctica de las relaciones sexuales. Propondrá la libido como la energía que vincula al sujeto con sus semejantes y el mundo exterior. Para Freud las experiencias iniciales de la vida dejarán marcas en el psiquismo como huellas. Las primeras experiencias de satisfacción son las bases constitutivas de una búsqueda que nunca cesará y que marcará la realidad de los vínculos afectivos del sujeto, aunque no lo sepa.

Ésta es la problemática que Freud planteó con el concepto de represión y que le condujo a pensar que levantar la represión tendría, por sí mismo, un efecto de curación.

Este concepto perturba por completo el esquema de la causa y el efecto propios del modelo de la ciencia, o al menos lo complica, porque entre la causa y el efecto está la represión, porque hay un olvido, hay algo que está pero sin que pueda saberse.

La represión perturba el propio concepto de causalidad. Por eso, la etiología freudiana perturba el propio concepto de cau-

salidad. Así es como el discurso de las causas en Freud siempre es un discurso de la causa doble: la causa sexual y la represión. La represión no se produce necesariamente en la misma época, sino que, por lo general la represión propiamente dicha se produce en otro momento. Así que toda la etiología freudiana está organizada en la doble causa.

Desde este punto de partida y con estas herramientas, Freud aborda sus primeras elaboraciones acerca del dolor que son planteadas en el campo de las neurosis.

### **2.3. La concepción de Freud sobre el dolor**

Freud considera que el dolor consiste en una irrupción de grandes cantidades de energía, provenientes del exterior, en las neuronas de recuerdo, es decir al nivel del inconsciente. Para Freud “la cantidad de energía externa produce la apertura de una senda y es un hecho que el dolor, a su paso, deja brechas abiertas en las neuronas de recuerdo, como un flechazo amoroso”<sup>16</sup>.

Una cosa es la experiencia del pasado de un dolor provocado por un hecho traumático real y otra es su reviviscencia bajo la forma de un afecto doloroso: “En el caso de una experiencia do-

---

<sup>16</sup> Freud, S. “Proyecto de psicología para neurólogos”, en *Obras completas*. Biblioteca Nueva. (Pág. 210).

lorosa, la fuente es, evidentemente, la cantidad de energía que llega desde el exterior. En el caso de los afectos dolorosos, es la cantidad de energía interna liberada por la brecha ya abierta”<sup>17</sup>.

De esta forma, tal y como ocurre en todo afecto, un dolor vivido sería el recuerdo de un dolor antiguo: “Los estados afectivos están incorporados en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas y, en situaciones parecidas, despiertan como unos símbolos mnémicos”<sup>18</sup>.

En ocasiones Freud define el dolor corporal comparándolo con la pulsión, de forma que la agresión externa y anormal que provoca el dolor evoca la agresión interna y normal de la pulsión. En ambos casos, el mecanismo es el del exceso de excitación: “Es probable que el dolor específicamente penoso que acompaña al dolor psíquico provenga de una ruptura parcial de la barrera de protección. Así, las excitaciones que llegan de esta región periférica afluyen continuamente hacia el aparato psíquico central, como si se tratara de excitaciones procedentes del interior del aparato”<sup>19</sup>.

De esta forma el dolor corporal puede ser considerado como un síntoma, como una satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida.

---

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Freud, S. “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras completas*.

<sup>19</sup> Freud, S. “Más allá del principio del placer”, en *Obras completas*.

“Tomemos como ejemplo el dolor de cabeza o los dolores lumbares histéricos. El análisis nos muestra que, por la condensación o el desplazamiento, estos dolores se han vuelto una satisfacción sustitutiva para toda una serie de fantasías o de recuerdos libidinales”<sup>20</sup>.

Para Freud, en el campo de las neurosis, el mecanismo que se produce es el de la conversión, de forma que al lugar de los dolores psíquicos o emocionales evitados, sobrevienen los dolores físicos. De esta forma se trataría de establecer el sentido del síntoma para que el paciente pueda hacer un trabajo con la palabra que permita liberarle del dolor corporal. Esta orientación está claramente desarrollada en el caso de la señorita Isabel de R. que publica en 1895.

---

<sup>20</sup> Freud, S. “Introducción al psicoanálisis”, en *Obras completas*.

## **CAPÍTULO 3**

### **El dolor y el goce según Lacan**

#### **3.1. El cuerpo en la enseñanza de Lacan**

La concepción del cuerpo ocupa un lugar central en la enseñanza de Lacan, aunque se le ha reprochado ocuparse sobre todo por los hechos del lenguaje. Efectivamente, él insistió al principio en la importancia de lo *simbólico*, pero el cuerpo está desde 1936 con el “estadio del espejo”, reformulado en 1949.

Si Freud busca una manera de articular lo psíquico y lo somático a través de la pulsión, en Lacan esta articulación se desarrolla de forma más compleja incorporando los instrumentos que le facilita el estructuralismo y al final de su enseñanza, la topología de los nudos.

Podemos ordenar este desarrollo en tres momentos que exponemos a continuación.

### 3.1.1. El cuerpo como imagen

En el primer momento de su enseñanza, que Lacan llama “sus antecedentes”, considera que para hacer un cuerpo se precisa un organismo vivo más una imagen. Lacan atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo.

El *infans* no habla, aunque está sumergido en un baño de lenguaje, aún no dispone de la función de la palabra, hay una prematuración del nacimiento, padece de la experiencia de un cuerpo fragmentado, de un cuerpo que no puede gobernar. Sin embargo el campo visual está altamente desarrollado, hay una suerte de discordancia temporal entre su desarrollo motriz y el campo de la percepción visual.

En estas circunstancias en las que el niño no tiene la capacidad de caminar ni de coger los objetos, sí puede distinguir fácilmente las imágenes de su entorno; sucede la experiencia del espejo, que hay que entenderla como un dinamismo libidinal (su satisfacción manifiesta cuando está delante del espejo), pues allí se pone en juego el mundo libidinal de los objetos para el niño.

El rasgo fundamental de este dinamismo libidinal es que él va a identificarse con una imagen que le presta el otro, con una imagen total del cuerpo. El primer cuerpo de la enseñanza de Lacan es el cuerpo de la imagen. Gracias a la imagen se puede establecer una relación entre el organismo y la realidad.

De ahí la pasión narcisista que emerge como consecuencia del poder totalizador de la imagen. Al final de su enseñanza Lacan insiste en que el hombre adora su cuerpo y se pregunta por qué está tan infatuado de su imagen. Aquí la imagen no tiene por qué coincidir con el ideal de la belleza; en la clínica se constata a veces lo contrario, que se producen fijaciones pulsionales cuyo sustrato es la deformidad.

### **3.1.2. Clínica en dos tiempos: alienación-separación**

En el segundo momento, a partir de *Función y campo del lenguaje y la palabra en psicoanálisis*, se produce un viraje en su descripción y considera que es el significante el que introduce el discurso en el organismo.

En este momento el cuerpo se convierte en un conjunto de significantes, insignias, signos, letras, todo lo que Lacan desarrolla, por ejemplo, en el *Seminario V*. Están los emblemas y también la necesidad de Lacan de armonizar esta nueva forma de presentar el cuerpo a partir del significante, con la manera precedente, es decir, el cuerpo como imagen total y fascinante.

El cuerpo no es un don de la naturaleza. A diferencia del organismo es un producto transformado por el discurso. El organismo animal deviene un cuerpo sintomático y pulsional en el ser hablante; el lenguaje afecta al organismo, lo desnaturaliza, lo modifica.

El ideal del yo es una insignia que viene a colmar la falla en ser del sujeto. El sujeto se identifica y se complementa con un significante porque precisamente falta el significante que sería el significante del sujeto.

El cuerpo de lo simbólico debe ser incorporado. Lacan dirá que el lenguaje es un cuerpo incorporeal, precisamente porque es un cuerpo que se incorpora.

Las identificaciones primordiales del sujeto serán las identificaciones a esos significantes de la alienación primitiva, engendrados por la invocación del Otro, y que escribimos:  $\frac{S_1}{\$}$ . En la cura analítica se tratarán de producir estos significantes identificatorios primordiales que comandan la vida del sujeto sin que él lo sepa, pues en cada sujeto habrá un repertorio limitado de los significantes de alienación al Otro.

Pero al obtener un cuerpo por la incorporación del lenguaje se paga un alto precio, pues esta operación negativiza el goce original y *real*, primario. El cuerpo se desvitaliza, aunque no en su totalidad. Queda un resto de esta incorporación: la libido.

La libido se implanta a nivel de las zonas erógenas, de los orificios del cuerpo, y viene a envolver o doblar el cuerpo con una función precisa: recuperar en el exterior el goce perdido, evacuado del cuerpo. Es ésa la disposición pulsional que apunta hacia los objetos libidinales separados del cuerpo. Objetos pul-

sionales, conceptualizados como objeto  $a$ . Lacan propone la operación de la separación, que opone a la primera la alienación, que genera un plus de goce y produce el objeto de la satisfacción pulsional, el objeto  $a$ .

El sujeto se complementa con el ideal del yo ( $I(A)$ ) y con el objeto  $a$ . El objeto lo vamos a encontrar a través del fantasma ( $S \diamond a$ ).

De esta forma Lacan ubica en la alienación y la separación los conceptos freudianos de identificación y de pulsión. La operación de la alienación se produce porque el sujeto se aferra a las identificaciones primordiales ( $S_1$ ) y llama desde allí al sentido ( $S_2$ ). El sujeto se encuentra con el Otro alienándose en el sentido.

En esta operación siempre se produce una pérdida que se recupera a través de la pulsión. La separación supone que el sujeto se aísla del sentido que procura el Otro y se recupera el goce a través de su localización en las zonas erógenas, goce localizado y humanizado, produciéndose el objeto de la satisfacción pulsional, el objeto  $a$ .

En esta respuesta se puede producir el mecanismo de la represión que supone la emergencia de la pulsión y el objeto  $a$  localizado y también el mecanismo de la forclusión, en el que el goce no queda localizado a través del fantasma y emerge en lo real.

Esto es lo que Miller plantea en la Conversación de Burdeos *Los embrollos del cuerpo*, publicada en 2002, por la revista *Ornicar* n.º 50: "Sí, desarrollaba la idea de una articulación en dos tiempos que expone Lacan en su Cuestión preliminar, y que retoma en su Presentación de las «Memorias del Presidente Schreber», pequeño texto que había publicado en los *Cahiers pour l'analyse*. Primer tiempo, el proceso simbólico: existe tal articulación significativa. Segundo tiempo, hay una irrupción de un goce. Este fenómeno que llamamos fenómeno del cuerpo, si lo consideramos en sí mismo, desborda la dimensión simbólica, pero se inscribe en una lógica. Nunca se debe omitir referirlo al proceso simbólico anterior. Schreber sufre una obligación de pensar, y cuando emerge el «pensar en nada», es cuando se produce el fenómeno.

»Esta articulación en dos tiempos ha sido formalizada por Lacan como la matriz lógica del inconsciente, bajo el nombre de la alienación y de la separación. En primer lugar, la alienación: es una articulación significativa  $S_1-S_2$  que comprende una pérdida, por lo cual Lacan conceptualiza lo reprimido. Segundo tiempo, la separación, el momento pulsional. El esquema está hecho para mostrar que la pulsión responde a lo reprimido. No aparecen, por un lado, la represión con retorno de lo reprimido, lo

simbólico y sus fenómenos que se llaman las formaciones del inconsciente, y por otro lado, las pulsiones: ambas son correlativas. Ya para Freud, interpretar era interpretar en términos de pulsión. Lacan, en el *Seminario V. Las formaciones del inconsciente*, comienza por endulzar lo que Freud dice de la pulsión, y lo restablece en la segunda planta del grafo.

Con los términos “alienación” y “separación”, algunos años más tarde, inventa todo un sistema para mostrar que la emergencia de la pulsión responde a la constitución de lo reprimido. El tiempo de la alienación es la represión; la separación es la inserción de la pulsión como respuesta a la represión. Contrariamente, la metapsicología trataba separadamente el inconsciente y las pulsiones. Lacan muestra en que los dos se articulan.

»Es lo que encontramos en las psicosis. ¿Qué sucede con la alienación-separación psicótica? En el lugar de la alienación, no es la represión, es la forclusión. En lugar de la separación, son los fenómenos de cuerpo, es decir la pulsión, pero no domesticada, la pulsión que no se articula gentilmente al objeto *a*.

En el *Seminario XI*, la pulsión se describe como una trayectoria alrededor de un vacío, una falta simbólica, está desustanciada, “color de vacío”, dice Lacan, decantada simbólicamente. En lo que llamamos los fenómenos psicóticos de cuerpo, la pul-

sión emerge en lo real, le corta las piernas, le parte la cabeza, le atraviesa el cuerpo. Dicho de otro modo, propongo que reconozcamos en los fenómenos del cuerpo la pulsión pasada a lo real”.

### 3.1.3. El hombre tiene un cuerpo

En el Curso de orientación lacaniana<sup>21</sup>, Jacques-Alain Miller desarrolla la concepción del cuerpo en la última enseñanza de Lacan, que comienza a partir del *Seminario XX*.

La perspectiva borromea comporta un acento diferente, según el cual el cuerpo funciona por su propia cuenta, como una entidad aislada.

Es este acento el que Lacan retendrá cuando redacte su conferencia “Joyce el síntoma”, para afirmar: “El hombre tiene un cuerpo, no es un cuerpo”.

¿Qué quiere decir esto? ¿Hacia dónde apunta? Tiende a establecer una disyunción entre el cuerpo y el ser. Esta disyunción es fundamental, puesto que, en el pensamiento formulado antes del nudo borromeo, el ser y el cuerpo resultan identificados.

Es también lo que aparece formulado en el *Seminario XX*: el ser es un cuerpo, el cuerpo es el primer abordaje del ser. Precisa-

---

<sup>21</sup> Miller, J.A. *Curso de orientación lacaniana. 2004-2005. Piezas Sueltas*. Clase IV del 8 de diciembre de 2004.

mente la perspectiva borromea introduce el tener/haber, para establecer una disyunción entre el ser y el cuerpo.

Por esta vía deshace aquello que Lacan llamaba su hipótesis –según la cual el individuo afectado por el inconsciente es el mismo que el sujeto del significante–, y opera una disyunción entre el cuerpo y lo simbólico, de manera tal que la conjunción, de hipótesis o misterio, se convierte en problema. Es el motivo por el cual Lacan dirá *parlêtre* (“hablanteser”).

El “hablanteser” es exactamente un ser no aristotélico, un ser que no se sostiene en el cuerpo ni recibe su ser del cuerpo sino de la palabra, es decir del registro de lo simbólico.

El “hablanteser” tiene un cuerpo pero no lo es. Por esa razón puede dejarlo de lado y esto es lo que Lacan irá a buscar en el ejemplo de Joyce.

El registro de lo simbólico, una vez disyunto de lo real y de lo imaginario, ya no es más un orden, ya no es más el orden simbólico.

El espíritu de los nudos es esencialmente el modo según el cual Lacan señala la disyunción entre lo simbólico, lo imaginario y lo real fundada en el nudo. Su manera de recordar que el hombre es un compuesto (*composite*) y no una sustancia, que no es un ser sostenido en el cuerpo, un ser aristotélico.

Hay un encuentro entre “lalengua” y el cuerpo, y de ese encuentro nacen marcas, marcas inscriptas en el cuerpo. Eso es lo

que Lacan llama el *sinthome* (“sinthoma”), es la consistencia de esas marcas. Desde esa perspectiva que puede reducir el “sinthoma” a ser un acontecimiento propio del cuerpo, algo que le ocurrió al cuerpo en función de “lalengua”. Esta referencia al cuerpo es ineliminable del inconsciente.

Más adelante, Miller señala cómo en el fondo el análisis recurre al sentido; para reabsorber el enigma de la relación de lo simbólico con lo real, el análisis se establece en la relación de lo simbólico y lo imaginario. Es decir que allí recurre al sentido para hacer frente al goce enigmático.

En el texto *La experiencia de lo real en la cura analítica*, Miller introduce el concepto de “cuerpo viviente”, lo que implica la relación entre un concepto como “cuerpo” del lado de lo imaginario y “viviente” del lado del organismo y de lo simbólico. Y dice que “no hay goce si no es a condición de que la vida se presente bajo la forma de un cuerpo, de un cuerpo vivo... Eso dice que no se trata solamente de cuerpo imaginario, no solamente del cuerpo bajo la forma de su forma. No se trata del cuerpo imagen, de aquel que nosotros conocemos, al cual nos referimos, porque es operatorio en el estadio del espejo, ese cuerpo especular que dobla el organismo. Cuando se habla de cuerpo vivo tampoco se trata del cuerpo simbólico..., ni imaginario ni simbólico, sino vivo, he aquí el cuerpo que está afectado del goce”.

### **3.2. Comentario acerca del caso de la señorita Isabel de R.**

“Les hablé de Elisabeth de R., de quien les decía que con solo leer el texto de Freud se puede formular, porque él mismo lo articula, que su dolor en la parte superior del muslo derecho es el deseo de su padre y el de su amigo de la infancia..., lo que hay que comprender es que en el síntoma –y esto es lo que significa conversión– el deseo es idéntico a la manifestación somática. Si ella es el anverso, él es su revés”<sup>22</sup>.

Lacan plantea, en el *Seminario V. Las formaciones del inconsciente*, que en este caso el dolor se encuentra directamente articulado –un punto de goce– con el deseo. En efecto este dolor interviene cada vez que la paciente evoca el momento en que se encontraba entregada completamente al dolor de su padre enfermo, a la demanda de su padre, y al margen de esto, se ejercía la atracción del deseo de su amigo de la infancia, que ella se reprochaba tomar en consideración. El dolor del muslo derecho es el de sus dos cuñados, uno de los cuales, el esposo de su hermana menor, representa el buen deseo masculino, y el otro el malo –por otra parte, este último ha sido considerado por todas esas damas como un hombre muy malvado–<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Lacan, J. *Seminario V. Las Formaciones del inconsciente*. Paidós. (Pág. 344.)

<sup>23</sup> Ibid. (Pág. 344).

La conversión es un síntoma que se inscribe en el cuerpo como descifrable por el saber inconsciente. Lacan dice que “el analista interpreta el símbolo y he aquí que el síntoma que lo inscribe en letras de sufrimiento en la carne del sujeto se borra”<sup>24</sup>.

Nos encontramos en el momento de la primera enseñanza de Lacan, de predominio de la palabra, de lo simbólico; donde el síntoma se sostiene en un sentido reprimido, es descifrable y está articulado con el deseo. Y es que sin duda en las formaciones del inconsciente algo se cifra y se descifra, pero también algo se satisface<sup>25</sup>.

El *Seminario V* corresponde, según el ordenamiento realizado por Miller, al segundo paradigma del goce, en el que predomina lo simbólico, que tiene una gran autonomía: “El hombre habla, pero es porque el símbolo lo ha hecho hombre”<sup>26</sup>.

De esta forma el goce es reabsorbido en lo simbólico. Este periodo se corresponde a la gran invención lacaniana de los “matemas”. Vemos surgir el *-phi* ( $-\phi$ ) de la imagen fálica, simbolizado y suprimido. Aparece el *phalo* ( $\Phi$ ) del significante del deseo –después significante de goce– y el matema del fantasma, tér-

<sup>24</sup> Lacan, J. “Función y campo de la palabra”, en *Los escritos I*. (Pág. 294.)

<sup>25</sup> Miller, J.A. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Paidós. (Pág. 223.)

<sup>26</sup> Lacan, J. “Observación sobre el informe de Daniel Lagache «Psicoanálisis y estructura de la personalidad»”, en *Escritos 2*. Siglo Veintiuno ediciones, México, 1989.

mino imaginario reubicado en lo simbólico. Surge el matema de la pulsión y el gran grafo del deseo.

El goce en este momento se reparte esencialmente entre dos términos: el deseo y el fantasma. Por un lado el deseo, significado de la demanda inconsciente –la pulsión–.

El goce entonces no es otra cosa que el deseo y queda ubicado en el fantasma, que reúne todo lo que el goce implica de la vida. Es decir, el goce del cuerpo vivo se concentra en el fantasma, que se presenta como el punto de mira que regula el deseo<sup>27</sup>.

Al respecto, Miller realiza el siguiente comentario: “En la histeria el cuerpo está concebido para servir al deseo, también para la defensa contra el deseo, pero el asunto es que gira alrededor del deseo”<sup>28</sup>.

Esta indicación clínica es de gran importancia para entender los síntomas corporales articulados a la problemática del deseo.

Ilustraré con una viñeta clínica la relación entre el dolor y la dialéctica del deseo.

### **3.3. El dolor corporal y el dolor de existir**

María es una mujer de 48 años que se casó embarazada a los diecinueve. Relata una larga historia de síntomas corporales. Hace

---

<sup>27</sup> Miller, J.A. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Paidós. (Pág. 266.)

<sup>28</sup> Miller, J.A. *Las psicosis ordinarias*. Paidós. (Pág. 254.)

veinte años comenzó a tener dolores de cabeza y posteriormente de rodillas y talones, que se fueron extendiendo progresivamente a casi todas las articulaciones de su cuerpo.

En la primera entrevista ella habla de su largo recorrido por el sistema sanitario sin establecer ninguna conexión entre su padecimiento físico y su historia. Es necesario preguntar expresamente e insistir para tratar de encontrar una cronología del dolor. Al final ella habla, de pasada, de los problemas de alcoholismo de su marido y de que su dolor comenzó en una de sus recaídas.

En unas vacaciones de verano, el dolor comenzó en los talones: "No podía dar un paso". Esto me permite una primera puntualización: "Habla del alcoholismo de su marido como si no le diera importancia".

Comienza, en las siguientes entrevistas, a realizar una historia de sus dolores, y se descubre una curiosa coincidencia con las recaídas de su marido en el alcohol. Dice que ha tenido varios intentos de separación. Durante las primeras entrevistas puede localizar y establecer las conexiones entre su historia del dolor y la historia de su vida, con la misma lógica con que Freud procede en el historial clínico de Isabel de R.

María empieza con fuertes dolores de cabeza un poco antes del primer ingreso psiquiátrico de su marido, hace dieciocho

años. Permanece asintomática durante unos años tras el alta hospitalaria. Posteriormente comienza, durante unas vacaciones, con dolor de talones y rodillas, tras un paseo por la playa y una noche de borrachera en la que el marido desaparece y la deja sola con los dos hijos.

“Uno de los días mi marido se fue por ahí y recayó y nos hizo una pequeña jugarreta... Y en los talones había una especie de hormigueo y dolorcillo en las rodillas, se me acorchaba la mejilla y la parte anterior del muslo, como cuando se duermen las piernas, y empezaron a hacerme pruebas y después los hombros y las lumbares.”

Esto cambia claramente la situación de la pareja y desde entonces ella padece diferentes síntomas corporales, que se van ampliando según otros acontecimientos difíciles de su vida.

Tras este episodio el servicio de reumatología de su hospital de referencia la diagnostica de fibromialgia, etiqueta con la que ha estado circulando por diferentes recursos sanitarios.

Le realizaron una intervención quirúrgica cuando tenía veintiún años que le impidió tener más hijos. Dice: “Yo he sido una persona muy alegre, pero desde hace años estoy caída, me centro mucho en los dolores, cuando estoy más caída, tengo más dolor”.

En la actualidad varios días al año el marido vuelve a desaparecer de su domicilio y se emborracha. Esto le resulta inso-

portable, hasta el punto de que relatando su historia en la cuarta entrevista plantea que quiere separarse del marido de manera definitiva. En este momento le señalo que lo fundamental es seguir hablando de lo que le pasa y que quizá sea un poco prematuro tomar decisiones.

En la siguiente entrevista comienza hablando del alcoholismo de su padre: “El alcohol no lo soporto, no lo aguanto, mi padre era alcohólico, el alcohol lo he vivido siempre muy mal... Entre mi madre y mi padre siempre hubo muchas discusiones por eso”, e inicia un nuevo ciclo en su tratamiento en que despliega poco a poco su novela familiar.

Más adelante habla con el marido y le propone separarse provisionalmente, durante un año. Dice que le está buscando casa en el barrio, que necesita recuperar la confianza en él y que si la recupera se planteará continuar y que, si no, la separación será definitiva: “Le ha cambiado la bebida. Le conocí por una amiga común a los diecisiete años, estaba detrás de mí continuamente, nos íbamos de viaje. Al volver de la mili empezó a salir y volver tarde, se tiraba dos días fuera, mi suegra no le daba importancia, un día me fui con mi hermana a vivir una semana. Pero el primer año se portó bastante bien. Después tuvo recaídas y le ingresaron en el hospital, llegaba a casa y montaba broncas grandes y ahí empecé a tener psoria-

sis y me dijeron que a causa de los nervios; después empecé con jaquecas”.

Ella vive en tensión cada día hasta comprobar en qué estado viene a casa: “Hasta que no le veo aparecer por la puerta estoy nerviosa, cuando me relajo me encuentro cansada y con dolor y después poco a poco me voy recuperando, aunque tengo dolor porque no se me va del todo... Le he dicho que intente darme la confianza suficiente como para saber yo que no va a recaer...”.

En esta ocasión ni cuestiono ni apoyo estos planes, ante mí observo a una mujer en que algo del deseo comienza a moverse de nuevo. Tiene ganas de vivir, lo que le permite realizar una canalización del goce distinta y una mejoría sintomática evidente.

Posteriormente relata que la última recaída de hace cuatro años coincide con un episodio en que está a punto de divorciarse del marido tras un enfrentamiento de él con su hijo: “Mi hijo estaba en casa, mi marido llegó a casa y estaba muy soberbio y llegaron a enfrentarse muy fuerte, estuvo ingresado en el hospital y después volvió a ingresar por recaída. Desde hace cuatro años, no soporto que se acerque a mí, dormimos en camas y habitaciones separadas, mi cuerpo no responde cuando se acerca a mí y éste es un punto de mucho conflicto”.

Aquí se pone en juego una nueva dimensión del síntoma, que he podido observar de forma sistemática en muchos historiales clínicos. Algo queda elidido o problematizado por defecto o por exceso, estando el dolor directamente articulado con el deseo.

Es en la medida en que puede a través del tratamiento preguntarse por su lugar en la pareja, realizarse la pregunta fundamental: ¿qué es una mujer?, que ella puede encontrar un camino adecuado para salir de la autovía del dolor.

En este momento ella afirma que está intentando “recuperar confianza”, significante que ha escogido para salir del atolladero en que se encontraba su vida, y que ha abierto nuevas preguntas acerca de su relación de pareja y la implicación que le corresponde. Ha pasado del síntoma del dolor, un síntoma mudo sujeto al cuerpo, a la apertura de una neurosis en la que la cuestión de la feminidad y la sexualidad ocupa el primer plano y cuyo desenlace está por verificarse.

La cuestión es que finalmente algo comienza a cambiar en la relación con su marido: “Con el marido lo llevo muy bien, salimos de vacaciones, salimos a las tardes, yo trato de hacer lo que le gusta y sólo le pido que no beba, yo necesito una vida tranquila y la podemos llevar si no bebe, le pido que no venga tan seguido, no tan insistente, que me deje respirar un poco, el otro día le dije que si quería dormía con él y la cosa va mejo-

rando poco a poco, yo misma estoy sorprendida de las cosas que hago, algunas veces duermo en la cama con él, lo que me pasa es que vivo en tensión todo el día, porque no me fío, desde que sale a trabajar y vuelve a casa cuento el tiempo, tengo que esperar y ver qué pasa y si tengo que empezar una vida nueva no sé cómo empezar, no sé por dónde tirar”.

En el recorrido que ha realizado desde el dolor a las preguntas acerca de la sexualidad y la feminidad se ha abierto una nueva dimensión del síntoma. Ahora se trata del síntoma como “su solución” al error de la estructura que supone el hecho de que, tal y como señalaba Lacan, “no hay relación sexual”, es decir que no hay un instinto que guíe al ser humano para la reproducción y la vida.

### **3.4. El dolor en el *Seminario VII. La Ética***

“Quizá también me contentaré con sugerir que deberíamos quizá concebir el dolor como un campo que, en el orden de la existencia, se abre precisamente en el límite en que el ser no tiene posibilidad de moverse”<sup>29</sup>.

Esta referencia del dolor en el *Seminario VII. La Ética* se corresponde con el tercer paradigma formulado por Miller, que

---

<sup>29</sup> Lacan, J. *Seminario VII. La Ética*. Paidós.

ilustra una profunda disyunción entre el significante, lo simbólico y el goce: *S//G*.

Aquí el goce es real y se ve bien la oposición entre la libido transcrita como deseo, que figura entre los significantes que corresponden al apartado anterior, y la libido como *Das Ding*, que aparece fuera de todo significante y significado. En este paradigma la oposición entre goce y placer es esencial, se establece entre la homeostasis del placer y los excesos consecutivos del goce.

Miller realiza el siguiente comentario sobre esta cita: "Lacan introduce el reino de la piedra a través del dolor en la Ética del psicoanálisis. El dolor es lo que el viviente evita a condición de que se pueda mover, y no puede hacerlo cuando el dolor viene del interior. Allí está como petrificado. Es el motivo por el cual Lacan, en un pequeño *excursus*, indica que el ser que no tiene la posibilidad de moverse nos sugiere la presencia de un dolor petrificado. En efecto, en oposición al cuerpo viviente encontramos la piedra y el reino de la piedra. La arquitectura misma, dice Lacan, nos presentifica el dolor..."<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Miller, J.A. *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. (Pág. 50.)

Se trata del dolor como un mecanismo que impide el vínculo con la vida, quedando el sujeto petrificado y prisionero de un goce que lo mortifica.

En el caso expuesto en el capítulo anterior, el cuerpo no responde cuando su *partenaire* se acerca a ella. Su cuerpo está mortificado, por fuera de la dialéctica del deseo, es un desierto de goce y aparece el dolor en el lugar en que ella no encuentra ninguna tramitación posible con el goce de la vida.

### **3.5. El dolor y el goce en la última enseñanza de Lacan**

“...Pues lo que yo llamo goce es el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada...”<sup>31</sup>.

Es una cita que tenemos que ubicar en 1966 y que remite el dolor al goce y a una dimensión del organismo que se experimenta, cuando debería estar velada.

---

<sup>31</sup> Lacan, J. “Psicoanálisis y medicina”, en *Intervenciones y textos I*. Manantial ediciones.

Aquí Lacan llama goce “al sentido en que el cuerpo se experimenta, es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto”.

Lo primero que tenemos que señalar es que el término “goce”, en el sentido que lo utiliza Lacan, es opuesto al término “placer”. La acepción más común del lenguaje suele tomarse del lado del placer y particularmente respecto a lo que se llama el goce sexual o placer sexual.

Aquí Lacan dice que lo que llama goce es el sentido en que el cuerpo se experimenta y se experimenta porque se trata de un *cuerpo vivo*. Podemos tomar la frase del *Seminario XX*, posterior a 1966, y que es el punto de partida de su última enseñanza, en la que afirma: “No sabemos lo que es ser vivo, salvo que un cuerpo se goza”.

Miller señalaría que el goce es impensable sin el cuerpo vivo y que éste es la condición de goce.

Nada impide situar el goce como un afecto del cuerpo. La cuestión es dar su sentido a *vivo*, que es el adjetivo ineludible... y también captar por qué camino el afecto del goce llega al cuerpo... Me refiero a la condición de significante, si nos ajustamos, como hago, a la fórmula de Lacan que afirma que “el significante es causa de goce”<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Miller, J. A. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Paidós. (Pág. 320.)

En otras palabras, tal y como señala Lacan en la “Conferencia de Ginebra”: “El hombre piensa con la ayuda de las palabras. Y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza”<sup>33</sup>.

Ese algo que se esboza se puede entender como el goce que se estructura, como “la pasta” de la que está hecho el síntoma, que será lo que queda tras reducir el síntoma en la experiencia analítica.

En este momento Lacan lo ubica como del orden de la tensión, del forzamiento y del gasto. Más adelante lo nombrará como el goce opaco del síntoma, es decir, lo que queda por fuera del sentido.

La teoría del ser hablante trata de los efectos del significante como afecto y no como significación, es decir, de sus efectos sobre el cuerpo. Y rápidamente diré que este efecto mayor es lo que Lacan llamó goce, el cual necesita el soporte de un cuerpo<sup>34</sup>.

La hipótesis implica que el significante no tiene solamente efecto de significado, sino también de afecto en un cuerpo. El término “afecto” debe ser entendido en sentido amplio: se trata de lo que perturba, deja huella en el cuerpo. A mi entender, el efecto de

---

<sup>33</sup> Lacan, J. “Conferencia de Ginebra”, en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones.

<sup>34</sup> Miller, J. A. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Paidós. (Pág. 208.)

afecto incluye también el efecto de síntoma, el efecto de goce e incluso de sujeto, pero de sujeto situado en el cuerpo y no como puro efecto de la lógica. Y cuando se trata de efectos durables, de efectos de permanencia, se puede, con razón, llamarlo huellas.

Es decir, Lacan renuncia al sujeto para inventar la categoría de ser hablante, donde el sujeto y el goce se presentan como una entidad nueva, la de un cuerpo afectado por el significante, un cuerpo conmovido, movilizado por el inconsciente.

Lo señala "en el sentido en que el cuerpo se experimenta" y lo podemos encontrar claramente en las pacientes diagnosticadas de fibromialgia cuando relatan cómo "me duele hasta la carne y el pelo" o "es como si la carne se me desprendiera" o "cuando tengo el dolor fuerte no puedo ni levantarme" o "el dolor empezó en los hombros y se fue extendiendo poco a poco, ahora me duele todo el cuerpo". Estos relatos conmovedores no guardan generalmente ninguna relación anatómica y se experimentan en el sentido en que lo señala Lacan: "Sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada...".

Hay una referencia de Lacan en "La tercera", en la que dice: "¿De qué tenemos miedo? De nuestro cuerpo. Es lo que manifiesta ese fenómeno curioso sobre el cual hice un seminario du-

rante un año entero y que llamé la angustia. La angustia es, precisamente, algo que se sitúa en nuestro cuerpo en otra parte, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos embarga de que nos reducimos a nuestro cuerpo”<sup>35</sup>.

Aquí el cuerpo al que se refiere Lacan no es el cuerpo anatómico. El cuerpo no se tiene de forma natural, es producto del encuentro del viviente con el lenguaje, “lalengua” en la última enseñanza de Lacan.

Esto se puede observar en la clínica, no solamente es una teoría, es un hecho de la clínica. He podido observar cómo los ancianos, en ocasiones, habitados por el deseo de morir, consiguen su objetivo de manera rápida y eficaz. Así me lo confesó una mujer de algo más de 70 años, tras el fallecimiento de su marido, y pude observar cómo en el corto periodo de dos meses su cuerpo se iba estremeciendo progresivamente hasta su muerte, lo real del organismo se descomponía, no se podía hacer nada. Para ella la vida ya no tenía ningún sentido, en su soledad ya había tomado esta respetable decisión y solamente se pudo acompañar este tránsito hacia la muerte. Lo real del organismo, desenganchado, desanudado de lo simbólico, del vínculo con la vida, no podía sostener sus funciones vitales.

---

<sup>35</sup> Lacan, J. “La Tercera”, en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones. (Pág. 102.)

## **CAPÍTULO 4**

### **La fibromialgia como fenómeno transclínico**

Hemos señalado al comienzo de este trabajo que la Fibromialgia hay que considerarla como un padecimiento complejo. En ella nos encontramos con el síntoma del dolor como acontecimiento del cuerpo, con el fenómeno psicósomático en el límite de la estructura del lenguaje y con fenómenos del cuerpo característicos de la estructura de la psicosis. Por esta razón considero que se trata de un fenómeno transclínico que en muchas ocasiones requiere durante el tratamiento una especial atención al diagnóstico de estructura.

#### **4.1. El síntoma del dolor como acontecimiento del cuerpo “embrollado”**

Lacan en su última enseñanza define el síntoma como “un acontecimiento del cuerpo”, lo que implica que cada caso clí-

nico hace aparecer lo más singular del sujeto. De esta forma el tratamiento del síntoma se establece en el anudamiento de los tres registros: lo simbólico, lo imaginario y lo real, según la topología de los nudos a la que recurre en este momento de su enseñanza.

La relación con el cuerpo es el resultado para cada sujeto del anudamiento de tres consistencias: la del cuerpo como imaginario, la del cuerpo de lo simbólico, y la consistencia del real. El síntoma es el cuarto elemento, efecto de lo simbólico en lo real, el trazo que deja “lalangue” en el cuerpo, como efecto de goce. Este efecto de goce afecta al cuerpo haciendo de él el escenario de una serie de acontecimientos.

Podemos tomar el dolor como un acontecimiento del cuerpo, pero “embrollado”; en el que el goce está deslocalizado y se experimenta como dolor generalizado. El tratamiento consiste en utilizar las herramientas del psicoanálisis lacaniano para que se pueda producir una localización y reducción del goce.

#### **4.1.1. A propósito de un caso: embrollos y desenredos del dolor corporal**

F.R. es una mujer de 59 años que había sido diagnosticada hacía cinco de síndrome doloroso crónico y fibromialgia. Cuando fue derivada a mi consulta estaba muy incapacitada,

llevaba más de un año de baja laboral por una intervención quirúrgica que quizá podría haberse evitado y estaba sometida, tal y como suele suceder en estos casos, a una gran iatrogenia.

En la primera entrevista me entrega un informe clínico del servicio de reumatología del hospital que dice que se trata de una paciente afectada de un síndrome doloroso crónico en un contexto de artrosis, y aconseja tratamiento analgésico y rehabilitación.

Ella se presenta como una mujer de aspecto rudo y algo desaliñada.

En sus primeras palabras dice: "Cansancio, no tengo ganas de nada, es que ni de mirarme, tengo mucho dolor, con muchas pastillas y todo sigue igual". Le pregunto: "¿Cómo empezó?". Me cuenta: "Me iba levantando cansada, doliéndome los huesos, hace cuatro o cinco años... Lo mal que iba al trabajo y lo bien que me iba del trabajo... Empezó por un hombro, después las manos, las articulaciones. Estoy recién operada y he quedado muy mal. Empecé con un dolor en el glúteo izquierdo, fue un mal paso que di al bajar del autobús y a raíz de eso empecé con los dolores... No tengo ninguna explicación...". Le digo: "Fue un mal paso que dio, pero ¿pasó algo más hace cuatro o cinco años?". Contesta: "Hace

cuatro o cinco años que cambié de casa y me vine con mi madre”.

Tras señalarle la coincidencia del inicio de los dolores con la ida con su madre, comienza a contar lo que le sucedió en la relación con su marido.

Se casó con 24 años y un año después tuvo su primera hija. Estuvieron tres años con muchos problemas, aunque durante su noviazgo, que duró cuatro años, fueron muy felices: “Nos casamos y fue todo mal y mal, le di una segunda oportunidad con la segunda hija, la pequeña, y se fue con otra mujer, nos tenía a las dos embarazadas y se fue. Todavía no lo he superado y no me he fiado nunca más de nadie”. Dice, emocionada y a punto de llorar, que cree que en el fondo no le ha dejado nunca de querer.

Le pregunto si no se ha fiado nunca más de nadie y contesta que estuvo trabajando y cuidando de sus hijas durante cuatro o cinco años, “para sacarlas adelante”. Posteriormente tuvo otra relación que se prolongó durante doce años. Esta relación la reivindica, dice que era un hombre muy bueno y que la quería, pero al final decidió no irse a vivir con él.

Se vio obligada a dejar la casa de alquiler, donde vivía con su hija, y se le presentó una elección en la vida que marca la encrucijada desde la que se despliega el síntoma del dolor.

Eligió vivir con la madre a pesar de que él le propuso vivir juntos. La madre tenía entonces 85 años y se encontraba enferma, sus hermanos eran partidarios de llevarla a una residencia, pero ella dijo que no podía hacerlo.

Ella dice: “Me quedo sola con mi madre y todo eso me ahoga mucho... Ahora se me junta todo, no voy a trabajar, estoy más ahogada al estar en casa, estoy muy mal, no me motiva nada... No es que esté deprimida, lo que pasa es que no veo nada...”.

En esta primera entrevista ella presenta el significante “ahogada”, que veremos más adelante cómo tiene un peso fundamental en su historia. Se trata de un  $S_1$  que remite a su infancia, a la madre y a su situación actual.

Por otro lado, ella ha podido establecer con claridad el inicio del “embrollo del cuerpo” y el síntoma corporal. El cuerpo es habitado por el dolor y el goce que bascula entre la relación con la madre y el amor de los hombres.

En la segunda entrevista nos presenta su drama infantil, una historia muy triste en plena posguerra. Nace en una familia pobre y durante toda su infancia permanece internada en un hospital, tras padecer una tuberculosis.

“Con mi madre ha sido mejor que con mi padre. Desde los tres años hasta los diez estuve en el hospital, internada, cogí una en-

fermedad y me quedé allí, pero no tengo malos recuerdos de ese lugar. El día de la comunión tenía que ir tapada para no contagiar, mi padre iba cada medio año.”

Dice que es la segunda de cuatro hermanos, el mayor con ocho años más, otro hermano dos años menor y la pequeña. Su madre es una mujer de mucho carácter y muy mandona, pero es a la vez quien sacó la familia adelante. Su padre falleció cuando ella tenía catorce años, apenas tuvo relación con él porque no iba al hospital y bebía mucho alcohol.

En la actualidad, su madre tiene 89 años y se encuentra muy enferma. Nos dice la paciente que está “ahogada”, y que ella se encarga de sus cuidados, lo que le provoca mucho cansancio y tensión nerviosa. La demanda materna es infinita. Le exige estar todo el día en casa pendiente de ella. Dice que se está comiendo muchas cosas que a lo mejor no tenía por qué, dado que su madre solo ve por los ojos de su hijo mayor, que siempre fue el preferido.

Al final de la entrevista se lamenta porque de soltera estuvo muy bien con su ex-marido y dice que de casados todo se perdió, aunque lo peor fue que la dejara estando embarazada y se fuera con otra mujer que también estaba embarazada.

Le señalo la importancia de lo que ha empezado a hablar y la invito a seguir haciéndolo.

Podemos suponer que, durante su infancia en el hospital, ella queda abandonada por el padre como un resto que además puede contagiar. Ahora sí se puede entender cómo la cuestión del abandono de la madre en la residencia se resignifica como su propio abandono, un real en su vida, que se repite.

En la tercera entrevista comienza con una pequeña sonrisa, preguntándome por lo que pienso sobre la cuestión del marido, a lo que respondo que lo importante es lo que piensa ella.

La transferencia se está instalando y se ha franqueado una frontera en que se pasa del síntoma corporal a interrogarse acerca del deseo. De esta forma, inaugura una experiencia novedosa que le permite utilizar los resortes de la transferencia para hacer el recorrido que necesita. Es el momento en que el Otro de los dolores del alma, como decía Freud, queda incluido<sup>36</sup>.

“Estuve en una fábrica de bolígrafos y me salí para casarme. En aquellos tiempos estaba mal visto casarse y seguir trabajando. Ahora estoy trabajando en tres contratas...”

Dice que lleva nueve meses de baja laboral y que ahora son todos los días iguales, que no ha tenido suerte en la vida pero sí la ha tenido en el trabajo. Le pregunto entonces por

---

<sup>36</sup> Tizio, Hebe. “Clínica lacaniana del dolor”. Presentación en el *I Stage del GI Psicoanálisis y Medicina de Barcelona*. 9 de abril de 2005.

la consideración que le merece la relación de doce años de la que había hablado y contesta:

“Me quiso mucho, no ha habido nada malo, me ayudó a muchas cosas. Vivía muy bien, él me ayudaba y yo estaba desahogada. Quería que viviéramos juntos y le contesté que no. Él no consentía que yo me fuera de vacaciones con mi madre, me planteó que eligiera. Ahora somos amigos, esa relación no quedó mal. Fue un hombre cobarde, tenía miedo a que yo le dejara. Yo no quería dar un padrastro a mis hijas y le dije que no. Era una persona buena, con él hubiera llegado a estar bien.”

Para esta paciente el trabajo tiene una función que le permite hacer vínculo social y le sirve de regulador pulsional. Esta singularidad tiene su importancia porque hay un gran debate acerca de facilitar o no la incapacidad laboral a estas mujeres. Esta cuestión se plantea más adelante en el tratamiento.

En la cuarta entrevista continúa hablando del amor. Dice que no cree que haya estado nunca enamorada de su última relación y que en la primera cita que tuvo le dio plantón, pero él insistió y ella dijo: “Total qué más da”, a lo que podríamos añadirle: total qué más da perderle que no perderle. En esta ocasión ella se juega la partida sin riesgo y sin amor, situán-

dose como objeto que puede faltar y no como objeto que se desecha.

Se separó con 28 años y estuvo siete dedicada a trabajar y al cuidado de sus dos hijas. Finalmente conoció al hombre, catorce años mayor que ella, que la centró mucho en la vida hasta que encontró un buen trabajo. Dice que él la ha querido mucho para lo que ella le ha dado. Él conoció a sus hijas y se mantuvo cerca de la familia aunque nunca vivieron juntos.

Ella vivió con sus dos hijas en un piso de alquiler, de lo que se lamenta, porque nunca fue lo suficientemente valiente para tener un piso propio. Cuando se fue a vivir con su madre su hija menor decidió irse a vivir por su cuenta.

Dice que son cuatro hermanos y "no queríamos tener a mi madre cada mes en una casa ni enviarla a una residencia, yo dije que me hacía cargo siempre que me echaran una mano... Ella es muy mandona, es consciente de por dónde te puede atacar y dónde no te puede atacar".

Al final de la entrevista le señalo esta coincidencia temporal entre el dolor y el hacerse cargo de su madre.

En la quinta entrevista comienza, con una pequeña sonrisa, preguntándome: "¿Empezamos por mi madre? Todo lo que hago yo lo quiere ella".

Excepcional manera de expresar que el motor de sus actos está en ese querer materno que lo irradia todo, eclipsando el resto del mundo y cuyo correlato es su cuerpo mortificado por la demanda del Otro materno.

Continúa diciendo: "No valora cómo estoy, me insulta y se mete con mis hijas. Siempre he estado muy unida a mi madre, ella siempre me ha dicho que no la meta en la residencia, no tengo esa cosa de dejarla y desentenderme. Es como si la abandonarás a la suerte, es una niña mayor y con maldad, quiere que esté con ella y que no me vaya a ninguna parte, no quiere que trabaje, quiere que solamente esté pendiente de ella".

A mi puntualización de "demasiado pendiente de ella", contesta que si va o viene tiene broncas, que le dan ganas de irse por ahí, pero se siente ahogada, desprotegida del todo: "Muchas veces me siento ahogada. A ella le da miedo estar sola, quiere llamar la atención de todo el mundo. Yo ya estoy más cansada y la aguanto menos. Te quita las ganas de todo, tampoco tienes una conversación con ella". Nos encontramos aquí con el  $S_i$ , como mortificación del significante sobre el cuerpo, donde no hay conversación, no hay palabras que se deslicen y hagan una trama simbólica.

Habla de su padre como un hombre borracho que murió cuando ella tenía catorce años, del que no guarda ningún re-

cuerdo, y al que dejó de hablar desde que a los doce o trece años le dio un golpe por una pelea relacionada con el hermano.

En esta quinta entrevista, la paciente ya ha establecido con precisión el nudo en que está embrollada. Habla ya de lo inconcesable y reprimido en relación a la madre, de lo que tal vez no haya podido poner en palabras nunca, de esa relación de *estrango* de la que no ha podido separarse hasta ahora y que le impidió tener un lugar propio, una casa, para terminar por elegirla a ella en lugar de a su amante.

“No es necesario el diván para que el discurso del paciente sea orientado hacia las carencias simbólicas cuyo prototipo la familia encarna. El psicoanálisis verifica que el ser pensante piensa en su familia desde que la oferta de la palabra le es propuesta. La adherencia al Otro familiar como el abismo abierto por su desfallecimiento tiene la misma estructura: la de una dependencia extrema del sujeto que reprime el mito moderno del *yo que se construye a sí mismo*<sup>37</sup>.”

A partir de aquí se produce un punto de inflexión en que se efectúan una serie de entrevistas cortas.

---

<sup>37</sup> Cottet, Serge. “La consulta psicoanalítica: cortocircuito.” *Jornadas PIPOL 2. Los efectos terapéuticos rápidos en psicoanálisis.*

En la sexta entrevista comienza diciendo algo angustiada: "Mi madre me tiene harta. Me dice: «Ahora te vas y me abandonas». No sé si hablar con mis hermanos, dice que la quiero asustar. Ella es feliz llevándola al hospital a que la miren. No sé cómo salir de este nudo, siempre he sido una persona que me da pena por todo".

Le pido que aclare a qué se refiere y contesta que ella no sabe qué hacer, que es como si no tuviera salidas porque no puede dejarla pero tampoco seguir así, insiste en que no tiene salida.

"No sé cómo salir de este nudo, no puedo llevarla a la residencia y tampoco puedo hacer mi vida si mis hermanos no se responsabilizan de la situación."

Corto la entrevista y le digo que puede buscar una solución que no sea ni abandonarla ni quedarse esclavizada, que hay que encontrar una salida y desenredar el nudo.

Este momento es decisivo y por ello tomo una posición activa, aunque sin proponer nada en concreto, pero convocándola a rectificar su posición o su elección.

En la séptima entrevista me entrega un informe del neurocirujano que dice que la han operado de un síndrome del túnel carpiano y aconseja no reincorporarse a las actividades con es-

fuerzo laboral. Ella trabaja en la limpieza y un año después de estar de baja laboral se abría la puerta para la tramitación de una incapacidad laboral permanente. Me pregunta: “¿Trabajo o no?”. Le digo: “¿Qué quiere hacer?”. Responde: “Estoy metida en un callejón que no tiene ninguna salida...”

Le recuerdo sus palabras cuando dijo que no había tenido suerte en la vida pero sí en el trabajo y que para ella el trabajo parecía ser beneficioso, que le permitía tener un lugar. Desde este punto de vista quizá no le convenga tramitar una incapacidad absoluta de forma inmediata, ésta es una opción que podría tener más adelante si la necesitara.

En la octava entrevista dice que ha decidido empezar a trabajar y contratar a una mujer que se encargue de los cuidados de la madre mientras ella está fuera, que es todo el día. Habla de su trabajo, ella es la encargada de una empresa de limpieza y va a otras dos contratadas por horas, tiene muy buena relación en los lugares donde trabaja y la aprecian mucho. Se muestra nerviosa y preocupada por lo que pueda pasar, aunque reconoce que si sus hermanos la ayudan a contratar a alguien ella ya puede salir.

En esta entrevista ella refiere un cansancio, “pero que no es como antes”, sobre todo de las rodillas, su discurso cambia. Leo

este cambio en su discurso y considero la necesidad de verificar, por parte de su médico, de si obedece a algo orgánico.

En la novena entrevista me enseña los resultados de los análisis realizados y aparece un hipotiroidismo y una hepatopatía por virus B. Su médico ha cambiado la medicación que podría justificar su astenia actual, la ha derivado al endocrino y ha tomado las medidas adecuadas para atender los nuevos problemas.

En la décima entrevista, tras el verano, yo ya sabía que se encontraba muy bien porque su médico me lo había comentado. La paciente le había manifestado en su consulta su sorpresa por la evolución del tratamiento.

Dice que ha empezado a trabajar y que está muy satisfecha, le duelen algo los pies, pero lo achaca a las horas de trabajo. Dispone de poco tiempo, se levanta muy temprano y vuelve a su casa para comer, marcha de nuevo al trabajo y vuelve por la noche. Han contratado a una persona que se encarga de los cuidados de la madre y ha llegado a un acuerdo con sus hermanos para financiarlo, aunque sigue quejándose de la poca ayuda que recibe. Ha pasado el verano sin tomar los analgésicos, solamente lo hace de forma ocasional.

Dice con una sonrisa que sólo le duelen algo los pies, porque ha empezado a vivir la vida que ella quiere.

Me parece un buen momento para concluir. Podríamos decir que del mal paso que dio hace cinco años, y que le desencadenó un dolor generalizado en el cuerpo, una vez producido un desenredo y encontrada una salida, queda un resto, el dolor de los pies.

Para concluir, la entrevisté tras siete meses de interrupción del tratamiento, para verificar cómo se encontraba. Me sorprendió encontrar a una mujer que había adelgazado doce kilos, con el pelo más rubio y con un semblante donde algo de la feminidad se había restablecido.

Dijo que, sin darse cuenta, había vuelto a como estaba antes de enfermar, aunque tiene rachas mejores y peores, porque ella en el fondo es una mujer muy "guasona", aunque la vida no le ha dado muchas satisfacciones. Tiene más ganas de vivir, de arreglarse y hablar con gente, porque ella estaba metida en un mundo en el que no hablaba ni salía con nadie.

Tiene una persona contratada desde las nueve de la mañana a las diez de la noche, que se hace cargo de los cuidados de la madre, y se turna los fines de semana con sus hermanos.

Al decirle que la veo muy cambiada contesta que ella siempre se ha arreglado mucho, aunque habla con sus compañeras de

trabajo, y se ríen mucho, porque no le sale nada; aclara sonriendo que se refiere a un hombre. En la conversación termina precisando algunos detalles de su historia que no había contado. Realmente estuvo dieciocho años con su segunda pareja, que tenía catorce años más que ella. Él la ayudó en todos los sentidos, incluso económicamente, pero al final dice que fue un poco cobarde. Cuando le planteó vivir juntos y ella le contestó que no, él se fue a vivir con su ex-mujer, con la que vive en la actualidad. Este momento lo define como doloroso, aunque lo que fue realmente traumático para ella fue irse a vivir con su madre. La ha llamado con cierta frecuencia y se ha encontrado con él "como amigos" en algunas ocasiones. Todos los años le ha enviado un ramo de flores el día de su cumpleaños. Ahora siente curiosidad por encontrarse con su primer marido y ver qué ha sido de él, si continúa con su mujer, si está vivo o muerto. De todo ello habla con cierta ironía, riéndose de las cosas que le han pasado.

Se podría decir que en esta paciente "el mal paso" que dio posibilitó que una serie de acontecimientos y síntomas corporales inundaran su vida hasta "ahogarla". El goce del cuerpo, deslocalizado, irrumpe con el síntoma del dolor. El tratamiento le permite desembrollar el enredo en el que estaba sumergida y establecer un vínculo con la vida diferente, en el sentido de la

neurosis, volver a la situación en la que ella estaba antes de la aparición del dolor. En este movimiento, se produce un fenómeno que se podría considerar que tiene un carácter psicossomático: la aparición del hipotiroidismo. Se podría pensar como el resultado de la localización del goce y la irrupción del mismo en lo imaginario del cuerpo. ( $I \diamond R$ ).

#### 4.1.2. El dolor y el rechazo al inconsciente

Tomar el dolor como un acontecimiento del cuerpo supone para la práctica analítica una serie de dificultades y problemas que es necesario tener en cuenta.

En primer lugar, tal y como señala Miller, “nos encontramos con sujetos embrollados por el cuerpo, y a tal punto que el tema se plantea a menudo tratando de saber si el sujeto es analizable, porque, para analizarse, no hay que estar exageradamente embrollados por el cuerpo. Es necesario al menos que el sujeto pueda desembrollarse, y eso se logra con la simbolización”<sup>38</sup>.

Hay que considerar que la palabra “embrollos” tenía una connotación especial para Lacan en su última enseñanza: la relación a lo real. Lo real es el negativo de lo verdadero en el

---

<sup>38</sup> Miller, J.A. *Conversación de Burdeos. Los embrollos del cuerpo*. Ornicar n.º 50. 2002. Inédito en castellano.

sentido en que no está ligado a nada, no tiene ley, no obedece a ningún sistema, está por fuera del lenguaje y no se deja dominar por lo simbólico ni lo imaginario; lo real enreda lo verdadero.

En segundo lugar, podríamos decir que lo característico del síntoma es la radical separación entre la subjetividad y el dolor. El elemento común que encontramos es el del rechazo al saber, al inconsciente, a la vertiente simbólica del síntoma como mensaje.

El dolor es un síntoma que no pide nada, es es la manifestación de un goce deslocalizado, algo muy diferente a los síntomas de la época de Freud. El síntoma es dirigido al médico para que le dé una respuesta de su causa y de su tratamiento, el paciente se sitúa siempre por fuera de su implicación en el mismo. Y en esto sí hay una línea común con las coordenadas de esta época que rechaza el saber, de decadencia de las referencias ligadas al ideal y de vacilación de los semblantes ligados a la cultura.

Estos nuevos síntomas están muy cerca de lo que Lacan llamaba “la operación salvaje del síntoma” y van a contramano de la vertiente simbólica del síntoma como mensaje. Su opacidad rechaza al padre y se desliza como la libido fuera de sus toneles en una sintonía completamente diferente a los síntomas freudianos<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Tarrab, Mauricio. *Incidencias de la última enseñanza de Lacan en la práctica clínica*. EOL Grama ediciones. (Pág. 71.)

Lacan dice al final de la conferencia "Joyce el síntoma II" que el goce del síntoma es un goce opaco que excluye al sentido, añadiendo una indicación clínica fundamental cuando nos encontramos con esta clínica que rechaza el saber del inconsciente: "Sólo se despierta por ese goce, un goce desvalorizado por el hecho de que el análisis, recurriendo al sentido para resolverlo, no tiene ninguna posibilidad para resolverlo si no es dejándose enredar... por el padre, como lo indiqué"<sup>40</sup>.

Lacan dice que el análisis recurre a pesar de todo al sentido para resolver el goce del síntoma. Si el sujeto nos propone la nada, el sinsentido del síntoma, nuestra apuesta es por que algo del sinsentido del síntoma se pueda tramitar por la vía de la simbolización.

Aún con estos límites y dificultades en el análisis se apunta al querer decir de un acontecimiento del cuerpo<sup>41</sup>.

No se trata de que el analista aporte los ingredientes para cocinar una ensalada de sentido durante el tratamiento tal y como hacen otras corrientes terapéuticas que también trabajan con la palabra. El analista lee en lo que escucha y aunque durante el análisis se recurre a ciertos efectos de sentido para resolver el goce del síntoma, tal y como señala Lacan: "Nuestra interpre-

---

<sup>40</sup> Lacan, J. "Joyce el síntoma II", en *Uno por uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, n.º 45. EOLIA-Paidós, 1997. (Pág. 14.)

<sup>41</sup> Miller, J.A. *Curso de orientación lacaniana. 2004-2005. Piezas Sueltas. Clase III.*

tación debe apuntar a lo esencial que hay en el juego de palabras para no ser la que nutre al síntoma de sentido<sup>42</sup>.

En la “Conferencia de Ginebra” Lacan nos da una base de sustentación a esta indicación clínica de su última enseñanza: “El hombre piensa con ayuda de las palabras, y es en el encuentro entre esas palabras y su cuerpo donde algo se esboza. Para nada es un azar que en “lalengua”, cualquiera sea ella, en la que alguien recibió una primera impronta, una palabra es equívoca”<sup>43</sup>.

En tercer lugar, podríamos decir que se trata también de un elemento de la estructura misma del síntoma. Miller señala que todo cuanto Lacan formula acerca del cuerpo apunta a constituirlo como una entidad aislada. Es la razón por la cual la argumentación se teje alrededor de esta frase central: el cuerpo nos es ajeno<sup>44</sup>.

#### **4.2. El dolor y el fenómeno psicósomático**

B. es una paciente de 30 años que, cuando acude a la consulta diagnosticada de fibromialgia, ya ha realizado diferentes tratamientos médicos sin eficacia terapéutica.

---

<sup>42</sup> Lacan, J. “La Tercera”, en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones.

<sup>43</sup> Lacan, J. “Conferencia de Ginebra”, en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones.

<sup>44</sup> Miller, J.A. *Curso de orientación lacaniana. 2004-2005. Piezas Sueltas*. Clase IV del 8 de diciembre de 2004.

Afirma que ha tenido “un brote agudo de dolor fuerte”, problemas digestivos y una recaída en los dolores de espalda, hombro, brazo y pecho. Su aspecto es conmovedor, una joven delgada, con la mirada triste y desencajada, que apenas puede caminar.

El dolor había comenzado hacía varios años a partir de las dificultades en la vida amorosa con su pareja, de la cual termina separándose, lo que la paciente refiere que le produjo un gran alivio. Al comienzo del análisis aparecen los significantes “rechazo” y “humillación”, como el motor de diferentes desestabilizaciones que se habían producido en su vida y que habían generado desde una respuesta anoréxica durante la adolescencia a un intento de suicidio unos años después.

Lo cierto es que el ordenamiento simbólico de su historia, los efectos de la instalación de la transferencia, y la localización de los momentos de recaída sintomática vinculados a algo de sentido, producen un gran alivio y mejora tras cuatro meses de tratamiento.

Es el momento en que inicia una nueva relación amorosa y finalmente decide irse a vivir con el novio. Viene a las sesiones llena de esperanza, confianza y entusiasmo. Sin embargo, se abre una nueva etapa con nuevas dificultades, desestabilizaciones y síntomas corporales.

Comienza a presentar infecciones de orina de repetición, por lo que precisa ser ingresada en el hospital en una ocasión, vaginitis, colon irritable, empeoramiento de su asma bronquial y cambios en el ciclo menstrual, galactorrea y un eccema crónico en la piel de diagnóstico incierto que se prolongó durante varios meses; además, reaparecen la lumbociática y el dolor muscular.

Es un momento en que todos esos síntomas corporales ocupan la escena de las sesiones, donde apenas se puede hablar de otras cosas y donde no aparece articulación significativa alguna que pueda ser interpretada en relación a los síntomas corporales. Son momentos que se acompañan de un profundo cuadro depresivo.

Durante este periodo es necesario recurrir a la intervención de la medicina para tratar toda esta sintomatología. Cuando aparecen los fenómenos psicosomáticos es necesario establecer una cierta alianza entre el dispositivo del psicoanálisis y la medicina, ésta es una constante en esta clínica.

La paciente enfrentada a los avatares de su vida amorosa se desestabiliza y en el cuerpo se produce una especie de "marasmo" que le origina un gran sufrimiento.

¿Qué ha pasado?

Nos encontramos con el síntoma del dolor y con los fenómenos psicosomáticos, el empeoramiento del asma bronquial y el

eccema de la piel, que se mantiene durante varios meses hasta que el mismo tratamiento logra reordenar algo de su posición en la vida amorosa.

Es una constante en la clínica de la fibromialgia el que las pacientes presenten numerosos síntomas que podríamos ubicar del lado de los fenómenos psicósomáticos (FPS). Este modo de decir es específico del psicoanálisis lacaniano.

La medicina habla de psicósomática en un sentido amplio para nombrar los síntomas y padecimientos corporales que tienen una etiología psíquica.

Conviene recordar que el término “psicósomático” fue utilizado como concepto en 1946 por el pensador alemán, representante de la escuela vitalista, H. Heinroth. Los médicos incluyeron este término como una concepción novedosa en medicina y pretendieron con ello hacer lugar a la influencia de los factores psíquicos en la comprensión de determinadas afecciones orgánicas. El conocimiento médico ya había producido grandes progresos en neurología y fisiología.

Hay innumerables definiciones y puntos de vista, teorías, pero en general podríamos tomar la definición del *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*, que dice sobre la psicósomática: “Que tiene síntomas corporales de origen psíquico,

emocional o mental. Perteneciente a la relación existente entre mente y cuerpo”<sup>45</sup>.

En general, la medicina ha considerado enfermedades psicosomáticas un gran abanico de padecimientos corporales: el asma, las rinitis crónicas no alérgicas, las migrañas, las lumbalgias crónicas, algunas enfermedades autoinmunes como el lupus, las enfermedades inflamatorias intestinales, el colon irritable y algunas enfermedades de la piel.

Sin embargo el concepto de fenómeno psicosomático, propio del psicoanálisis lacaniano, se diferencia del uso común que hace la medicina psicosomática.

No se trata de las implicaciones psíquicas que puedan presentarse en las enfermedades orgánicas, gracias a las cuales muchas enfermedades orgánicas empeoran o mejoran según el estado anímico del paciente. No se trata, tampoco, de las conversiones somáticas, de un síntoma, del inconsciente que responde a una estructura del lenguaje que puede ser interpretada y descifrada. Hay que tener mucho cuidado, también, con considerar como fenómenos psicosomáticos aquellas patologías de la medicina en las cuales no hay teoría sobre la causalidad y

---

<sup>45</sup> Dorland. *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. McGraw-Hill. Interamérica. (Pág. 1.588.)

que suelen denominarse como funcionales, más allá de la influencia de los factores psíquicos en las afecciones del cuerpo.

Sin tratar de establecer un recorrido minucioso sobre las ocasiones en que Lacan se refiere expresamente del fenómeno psicossomático<sup>46</sup>, podríamos recoger el breve repaso teórico que realiza Patrick Montribó en su texto "¿Qué curación del cuerpo en psicoanálisis?"<sup>47</sup>. En este texto, el autor explica cómo el fenómeno psicossomático es la consecuencia de un defecto en la incorporación del lenguaje y del significante en el cuerpo-organismo.

A veces ocurre un accidente, el efecto de borramiento del goce no funciona adecuadamente y se da el fenómeno psicossomático. La libido se desarregla, no busca ya sus objetos libidinales en el exterior, sino que, como un goce tóxico, vuelve a ejercer su dominio sobre este punto del cuerpo, con gran perjuicio del sujeto. Una lesión orgánica aparece y el cuerpo está lesionado en lo real. La libido choca sobre lo real del cuerpo, con un efecto de lesión, allí donde lo simbólico no operó. El matema del FPS es  $I \diamond R$ .

---

<sup>46</sup> Véase: *Seminario II. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, 1954-1955; *Seminario III. Las Psicosis*, 1955-1956; *Seminario VIII. La transferencia*, 1960-1961; *Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, 1964; "Conferencia de Ginebra. El síntoma", 1975.

<sup>47</sup> *Revista Freudiana*. N.º 37. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, España.

Si la cadena significativa no funcionó es porque presenta una perturbación a su nivel. Es lo que Lacan llama la "holofrase", o, lo que es lo mismo, una congelación del  $S_1-S_2$ , sin que estén articulados adecuadamente. Esta holofrase, articulación significativa dañada, es rara de aislar en las curas.

En la viñeta clínica que presenta Patrick Montribó, hay dos acontecimientos del cuerpo: un tic ocular masivo que consiste en abrir los ojos de par en par y una rinitis crónica. Dos acontecimientos del cuerpo, de una estructura diferente –síntoma y fenómeno–, que atraviesa la cura de este sujeto obsesivo.

El tic aparecido en la infancia entre los 11 y 15 años desaparece tras un primer y precoz encuentro sexual adolescente. Pero algunas horas después de esta relación se inicia una rinitis invalidante que no lo abandonará. Sufre de esta alergia severa cuando inicia su análisis a la edad de 25 años.

Durante el análisis, una vez pudo arreglar su elección de pareja y cuando se prepara para ser padre, aparece de nuevo el tic ocular.

Siendo niño sorprende una escena que queda grabada como recuerdo encubridor. En el marco de la puerta, él percibe a su madre arrodillada y atenta, curando el pene herido del padre, que está sentado entregado a las manos maternas. Ella sos-

tiene un envase de “mercurocromo”, antiséptico colorado con el cual cubrió el órgano del padre, que no es más que una mancha roja. El niño queda silencioso, estupefacto; la escena más tarde rememorada en análisis es una suspensión de la imagen, no hay ni antes ni después.

En la cura tomó valor de escena primitiva y funcionó como recuerdo encubridor.

Muchos años más tarde, nos encontramos con la época “demasiado precoz” del primer encuentro sexual. Este encuentro desencadena una rinitis alérgica severa y rebelde.

La rinitis persiste y cuando el sujeto va a ser padre, el tic resurge. El juego de las asociaciones libres lleva al diván la escena primitiva y el pene herido del padre. El sujeto va a hablar de la escena primitiva en el análisis. Se produce todo un trabajo del analizante del lado del sentido sexual, versión fálica y edípica, la escena que el inconsciente había edificado como buen interprete.

Pero hay también un punto heterogéneo es esta historia, punto que deja al analizante sin asociaciones: el “mercurocromo” –*mercurochrome*–, que hace mancha, que no llama a ningún sentido, y que finalmente saca al analista del silencio. Éste le dio un valor de holofrase descomponiéndolo lentamente: “*mere-cure-ocre-home*”.

En francés, las sílabas de este nombre evocan fonéticamente una serie de significantes: *mere* (madre), *cure* (cura), *ocre* (ocre), *homme* (hombre). Es como si en español, el producto se llamara “*madrecuraocre hombre*”.

Lo que va a continuación a confirmar el estatuto holofrástico de la palabra, es la consecuencia del desbloqueo de esta formación rígida: la interrupción radical y definitiva de las rinitis alérgica después de 20 años de evolución.

¿Qué paso? La interpretación no liberó un mensaje escondido de tipo metafórico, sino una serie metonímica de significantes que no hacen sentido. Esta es la estructura del *FPS*, no se trata de un síntoma-metáfora, no está cargado de sentido; es un fenómeno puro.

Con el síntoma analítico clásico, considerado como metáfora, el sujeto está representado por un significante  $S_1$  del síntoma junto a otro significante  $S_2$ , un saber en espera. El sujeto desaparece bajo los significantes que lo representan, lo que Lacan indica como *afanisis* del sujeto.

Pero en el fenómeno psicósomático hay un defecto de *afanisis*, el sujeto no está metaforizado por la articulación significativa, ésta última se encuentra soldada y neutralizada por la holofrase. El está pura y simplemente borrado, ausente, pues no está representado en el intervalo entre dos significantes, es víctima de la

falta de este intervalo. El fenómeno no representa entonces a un sujeto pues no contiene un sentido a decodificar, dado que la estructura del *FPS* no lo permite. Por esta razón el *FPS* está en el límite de la estructura del lenguaje; la holofrase es un proceso del lenguaje que, para Lacan, juega el papel de una "inducción significante", a diferencia de una "articulación significante".

Tal y como señala Patrick Montribó en su texto, si el analista tiene la ocasión de descomponer la holofrase, ésta no le es dada por el fenómeno mismo, sino por otro acontecimiento del cuerpo, el tic, que permitió de forma incidental producir la holofrase.

Hay que concebir la holofrase como una especie de  $S_1$ , que no divide al sujeto; eso quiere decir que no hay  $S_2$  en el remolque, no hay espacio para la *afanisis*: en consecuencia, el sujeto se encuentra petrificado, fijado a ese  $S_1$  aislado.

¿Entonces porqué hubo curación de la rinitis? No olvidemos que el fenómeno es fijación de un goce silencioso, un "gocce específico", dice Lacan en Ginebra en 1975; es un goce aparte, ni fálico ni venido del Otro, como en la psicosis; sino más bien un goce ligado a lo imaginario del otro.

El significante holofrásico ( $S_1$ ), en lugar de producir un saber ( $S_2$ ), provoca una especie de inscripción que lesiona el cuerpo, bajo la forma de una escritura.

La cuestión es saber si se puede cambiar de la estructura del fenómeno a la del síntoma, en el curso de un análisis.

Fue eso lo que pasó con la interpretación de la *holofrase*: la rinitis crónica desapareció y el tic reapareció, según testimonia el autor del texto. Se trata de un efecto terapéutico ligado al desbloqueo de la holofrase.

El analista no jugó la carta del sentido, sino que liberó una serie metonímica fuera-de-sentido: la madre, la cura, el hombre y ese significante un poco oscuro, el ocre.

Habría, entonces, gracias a ese desbloqueo, una deslocalización del goce: de lo imaginario como escena especular –la escena infantil– donde está bloqueado y “memorizado” en el fenómeno, es desplazado hacia la metonimia como proceso simbólico que lo pone en circulación. Esta deslocalización del goce de lo imaginario hacia lo simbólico, da cuenta de la curación de la rinitis, dando lugar a un síntoma analítico: el tic.

Este síntoma es trabajado en el análisis volviéndose muy controlable... pero sin embargo, persistió como un resto de goce, residuo ligero pero ineliminable de la operación analítica.

El autor nos dice que el tic perduró como último sostén de un goce último. Este síntoma ya no es un mensaje en código a liberar; perdió su valor de metáfora. Se convirtió en un significante aislado,  $S_1$ , no correlacionado a un  $S_2$ . Viene, como cada

$S_i$  aislado, a ocupar el lugar de vecino del objeto  $a$ , objeto real de la pulsión (la mirada en este caso). Este objeto real es lo que queda cuando la mirada ha perdido su valor perverso de *plus-de-goce*. El tic persiste entonces, escribe el autor, en la articulación de lo *simbólico* (en tanto que  $S_i$ ) y de lo *real* pulsional, el objeto mirada, que el análisis ha tratado por otro lado. De allí el matema del síntoma que es testimonio, también, del fenómeno de borde, pero diferente del FPS:  $S \diamond R$ .

El autor concluye que sólo un análisis lacaniano puede permitir en un primer tiempo un cambio de escritura del “blasón” del fenómeno hacia el síntoma como letra, luego en un segundo tiempo, la reducción del síntoma metáfora, por vaciado de sentido, a su estricto valor de letra de goce, letra donde se aloja un goce de todas formas ineliminable, el goce del viviente.

Por esta razón, abordar la clínica del FPS es complejo no sólo para la medicina, también para el psicoanálisis.

En la conferencia “La extimidad del goce”<sup>48</sup>, Miller refiere que lo que fascina del FPS es que parece presentar la incidencia directa del pensamiento en el cuerpo, y en ese aspecto hace serie simplemente con las emociones. En las emociones,

---

<sup>48</sup> Miller, J.A. “La extimidad del goce”. Conferencia publicada en *Estudios de psicología somática*, vol. 4. ATUEL-CAP. (Pág. 18).

en ciertas circunstancias, al escuchar ciertas palabras, el pulso se acelera, se siente vértigo, el sudor se manifiesta hasta el desvanecimiento. En la emoción parece que hubiera fenómenos que se manifiestan de modo evidente en el cuerpo, y que aparentemente bordean la estructura del lenguaje. Y allí lo emocional parece permitir, por este solo hecho, un acceso más directo a lo verdadero, en la medida en que esta emoción no sería precisamente un semblante, en la medida en que esa emoción no daría lugar a vacilar en cuanto al abordaje de lo real. Es decir, hay un límite en la posibilidad de decir lo verdadero, en el sentido de que no tiene una articulación significativa, en palabras. El efecto de esta ausencia de articulación significativa es el signo corporal, a saber, la lesión orgánica.

Por lo tanto si en el FPS se implica solamente un significante y no dos, la posición del sujeto es problemática. Miller propone en este texto que uno puede hacerse la pregunta de si hay realmente un sujeto de la psicósomática o no.

Sin embargo, desde el psicoanálisis no podemos abordarlo más que a partir de la estructura del lenguaje, con palabras, y ahí reside la dificultad. Si la psicósomática entra dentro de la experiencia analítica, es al precio de tender a que sea disuelto, es al precio, en fin, de que sea tratado como un sín-

toma, como síntoma que responde a la estructura del lenguaje<sup>49</sup>.

El goce hace intrusión en aquello que debería ser el conjunto vacío del cuerpo. Y tenemos el modelo más catastrófico de la esquizofrenia, pero también podemos compararlo con la paranoia, como identificado el goce al lugar del Otro, venciendo así esa exclusión. Y el fenómeno psicósomático merece ser puesto allí en serie. Miller dice: "Salvo que el FPS nos da efectivamente bajo una forma cuasi significativa ese retorno del goce. Y en realidad ahí tenemos toda una serie de casos que son de retorno de goce al cuerpo..."<sup>50</sup>.

En la viñeta clínica que he presentado al comienzo de este capítulo se pueden verificar los efectos de este retorno de goce, que más bien se podría considerar como un *tsunami* de goce que retorna al cuerpo produciendo toda una serie de síntomas que tienen la característica de que no responden a la articulación significativa. Es por esta razón que nos encontramos con un límite difícil de sortear.

En este caso, una vez localizada la causa de la desestabilización, se puede operar en el dispositivo del análisis tratando de

---

<sup>49</sup> Ibid. (Pág. 20).

<sup>50</sup> Ibid. (Pág. 29).

“suturar” la hemorragia de goce restableciendo algo del equilibrio libidinal del sujeto. Fue necesario realizar un recorrido que le permitiera a la paciente afrontar los avatares de la vida amorosa desde una posición diferente o con herramientas que hubo que construir, dado que la estructura de su psicosis le impedía hacerlo a la manera neurótica. La paciente no disponía de los significantes que le permitían un cierto “saber hacer” con la vida amorosa.

Una vez realizado el recorrido, la paciente pudo estabilizarse, al menos durante un tiempo, dado que las soluciones que encontró fueron frágiles y problemáticas. Lo cierto es que los dolores desaparecieron y la paciente pudo reorientarse en su vida.

### **4.3. El dolor y los fenómenos del cuerpo en la psicosis**

Nos encontramos con aquellos casos clínicos de las psicosis, en sus diferentes modalidades, en los que las perturbaciones están presentes sobre todo a nivel del cuerpo, no tanto del lenguaje.

#### **4.3.1. El cuerpo en la psicosis**

En el ser humano la constitución de un cuerpo no sucede de forma natural. La reintegración en el cuerpo del lenguaje no

está asegurada de antemano. Miller señala cómo esto abre el campo de los discursos que dicen lo que hay que hacer del cuerpo, lo que se llama educación: “La buena educación es, en gran medida, el aprendizaje de las soluciones típicas, de las soluciones sociales para resolver el problema que plantea al ser hablante el buen uso de su cuerpo y de las partes de su cuerpo: con esto hay que hacer esto, con esto otro hay que hacer esto. Esta distribución no opera en el esquizofrénico”<sup>51</sup>.

Se trata de la distinción entre el organismo y la función, que siempre es problemática. En el esquizofrénico los órganos pasan fuera del cuerpo, en el sentido en que toman vida ellos mismos, tienen su propia vida, su propio lenguaje.

Veamos el siguiente relato de una paciente de 65 años que se presenta de la siguiente manera: “Le voy a contar por favor, yo le voy a contar, quiero que me escuche, los huesos de la cabeza todos los huesos, las sienas, unos dolores terribles, helaítos de frío, me tengo que poner un gorro de lana del frío tan horrible que tengo, y no puedo ni hablar siquiera, oídos, los oídos, me duele el hueso de la cara, el dolor es horrible, unos escalofríos que me dan, unas tembleras como si tuviera el parkinson, y

---

<sup>51</sup> Miller, J.A. “La invención psicótica.” Conferencia pronunciada el 24-11-1999 como introducción al *Seminario de la Sección clínica París-Ile-de France* (1999-2000). Texto y notas establecidos por Catherine Bonnigüe.

comer es una pena, no amontono ni siquiera, todo sal, grasas, me suben grasas, pero ¿de qué, si yo no como grasas? Mi cuerpo no admite nada, estoy cada vez peor, se me cae el pelo, unos picores, unos granos..., una cosa que me sube para arriba cuando como algo que me vuelvo loquita, las piernas no me tienen, los protectores del estómago me ponen nerviosita perdida, me dan muchas bilis, dolor de cabeza, vértigos, mareos, no salgo de mi casa porque no puedo..., muchos dolores, a mí lo que me ha puesto mal han sido las pastillas, sobre todo los protectores, me duele el corazón y me da golpes, estoy inválida terrible, estas pastillas me dan pinchazos..., me abrasa, me escuece, algo me quema y me sube hasta la boca. El dolor es horrible...”.

Si no se produce la operación simbólica que permite que el cuerpo se pueda constituir, reunificar y sostener, nos encontramos con las perturbaciones corporales propias de la psicosis. El sujeto no ha encontrado la manera adecuada de ligar el órgano del lenguaje al resto. En la topología de los nudos es como si el registro de lo imaginario, el cuerpo, se encontrara desanudado del registro de lo simbólico y lo real, sin hacer cadena.

El sujeto psicótico, en ocasiones, encuentra sus propias invenciones para hacer algo con este problema de estructura, hacer algo con ello.

“El órgano del lenguaje del sujeto produce un ser hablante, es decir, le otorga un ser, pero al mismo tiempo le otorga también un tener, su tener esencial que es el cuerpo. El dicho esquizofrénico, Lacan considera que se especifica por el hecho de que para él, el problema del uso de los órganos es especialmente agudo y que tiene que tener recursos sin el auxilio de discursos establecidos, es decir que está obligado a inventar un discurso, está obligado a inventar sus apoyos, sus recursos, para poder hacer uso de su cuerpo y de sus órganos”<sup>52</sup>.

En el campo del lenguaje podemos ubicar la función del delirio, en relación al cuerpo se pueden encontrar otras soluciones, aunque a veces sean muy problemáticas.

#### **4.3.2. La fibromialgia y la hipocondría**

En la clínica de la fibromialgia, cuando aparecen los fenómenos del cuerpo propios de la psicosis, en los que un paciente puede decir “me duelen hasta las cejas”, “no puedo dormir por el dolor que me producen las sábanas” o “desde que me levanto no puedo caminar porque el dolor me inunda todo el cuerpo, no hay nada de mi cuerpo que no me duela”, etc., en muchas ocasiones se produce un cierto pasaje por la hipocondría.

---

<sup>52</sup> Ibid.

Nos encontramos con la clínica en que las alucinaciones cenestésicas corporales y la certeza de padecer una enfermedad incurable ocupan el centro de la escena. La angustia invade al sujeto porque es el momento en que el goce del cuerpo se experimenta, allí donde el lenguaje tendría que haber producido el silencio.

Podemos tomar la definición hecha por Nikola SchipKowensky y citada por Henry Ey dentro del estudio n.º 17 de la obra recientemente reeditada, los famosos *Estudios psiquiátricos: "Estimación peyorativa del estado de integridad o de salud del cuerpo"*<sup>53</sup>.

En estas ocasiones, siempre se trata de saber si la convicción de carácter delirante se produce en las coordenadas de un trastorno neurótico o psicótico.

Si la hipocondría incluye los síntomas del dolor de forma generalizada es probable que la misma medicina pueda proponer una nominación a los fenómenos del cuerpo: fibromialgia.

En una ocasión, me di cuenta de que una paciente esperaba siempre en la sala de espera leyendo libros sobre la fibromialgia. En ellos encontraba una orientación e incluso una explicación acerca de los dolores corporales, de carácter bizarro y claramente alucinatorios, que le producían una gran incapacitación.

---

<sup>53</sup> Citado por Dominique Wintrebert en "La hipocondría entre la creencia y la certidumbre". 26.09.2008.

dad vital. Tras la muerte del padre se rompió algo en ella en relación a su vínculo con la vida, atormentándose en múltiples ocasiones con la idea del suicidio.

La relación con su pareja le resultaba insoportable, dándose la circunstancia de que compartían el mismo trabajo. Fue a través del diagnóstico de fibromialgia que ella pudo encontrar una nominación de los fenómenos del cuerpo que le resultaban tan inquietantes. A través de este diagnóstico pudo dejar de trabajar y evitar, durante la jornada laboral, el encuentro con su marido, del cual tampoco se podía separar.

En este caso hubo un pasaje por la hipocondría que produjo momentos de desesperación, angustia e ideas autolíticas y una nominación que permitió a la paciente iniciar un proceso de tramitación de una invalidez permanente para tener una prestación de la Seguridad Social.

El tratamiento de esta paciente se inició respetando el síntoma porque tenía una función de anudamiento que no se podía interrogar directamente. En el tratamiento se inició una conversación acerca de lo que le convenía a su estructura y lo que no le convenía sin cuestionar los trámites legales en que se encontraba. Fue precisa la indicación de medicación para contener los fenómenos del cuerpo y de esta forma aliviar algo del sufrimiento que padecía.

Este caso ilustra muy bien cómo la nominación que desde el discurso de la ciencia se realiza de los fenómenos del cuerpo puede tener la función de anudamiento, de forma que por la vía de una identificación – “tengo fibromialgia” – se provee de un pequeño “punto de capitón”.

Esto se puede observar clínicamente sobre todo en las psicosis ordinarias, en las que el sujeto ha inventado en su vida pequeñas soluciones que han impedido el desencadenamiento de su psicosis, pero que en determinadas situaciones de la vida pueden ser insuficientes y entonces aparecen el dolor y los fenómenos del cuerpo.

No es casual que la presentación clínica y los síntomas corporales en muchas ocasiones no se ajusten a un patrón diagnóstico, hasta el punto de que ya se están revisando los mismos criterios de clasificación que se establecieron inicialmente.

Es un hecho de la clínica que el mismo patrón del dolor no tiene un estándar al cual referirse, lo que se puede explicar, desde el punto de vista del psicoanálisis, por la imposibilidad estructural de que el goce del cuerpo pueda estandarizarse.

#### **4.3.3. Enganches y desenganches del cuerpo**

Gonzala tiene 45 años. Comenzó hace cinco años con un dolor de rodilla que fue extendiéndose por el cuerpo y sobre

todo un dolor miofascial que le resulta muy molesto. Había sido estudiada por diferentes servicios hospitalarios – reumatología, neurología, maxilofacial – que no habían encontrado patología orgánica.

Es una mujer de aspecto melancólico, que me pareció algo extraña desde el principio, tal vez por su mirada perdida mientras hablaba.

Tiene dos hijos y está casada desde muy joven, aunque realmente lo hizo por la influencia de una amiga, que salía con un amigo del que posteriormente sería su marido. “Yo no conocía chicos, no quería salir.” Después de un noviazgo de varios meses, se casó embarazada. Su padre falleció hace seis años. Curiosamente es el punto de comienzo de su cuadro clínico, aunque lo comenta como si fuese un hecho aislado y sin afecto para ella.

Su padre era alcohólico y lo describe como un hombre violento, que dejó de trabajar y que ayudaba poco en la casa, al que acompañaba por los bares cuando era pequeña. Relata varios episodios de enfrentamiento a él cuando era adolescente: “Cállate borracho y él se levantó y me quería pegar, no me callaba, no lo podía remediar...”.

Los dos hijos que tuvo no fueron deseados. Con el segundo intentó abortar tomando unas hierbas y no fue al ginecólogo

hasta los siete meses. El segundo hijo comenzó a hablar muy tarde y estuvo en tratamiento hasta los doce años, con una escolarización bastante deficitaria.

Dice que su marido no es malo, aunque va mucho al bar. Se queja de que "no da la cara", porque viven en la casa de su madre, que comparten con su cuñado y cuñada, con los que no se hablan, de forma que tienen el salón de la casa dividido por un tabique y solamente comparten la cocina y el baño. Viven dos familias en un mismo domicilio, llevan así trece años y su cuñada le hace la vida imposible.

Esta mujer que "da la cara" para que la medicina la interrogue y la explore llevaba sin apenas dormir tres años cuando inició el tratamiento. Una de las primeras intervenciones fue la de tratar de resolver con medicación este insomnio tan severo, lo que le proporcionó un cierto alivio.

Ella cree que el dolor es porque ha estado tomando anticonceptivos durante veinte años y se le han descalcificado los huesos, dice que en la cara tiene artrosis. Ella me enseña el informe del servicio de maxilo-facial en el que dice que no encuentran nada, pero asegura que tiene artrosis. Ante esta certeza decido no contrariarla, se podría pensar en una interpretación delirante.

Más adelante ella dice que lo que le pasa es que tiene muy mala suerte ya desde el principio, relatando su propia idea de-

lirante que a la manera de un mito viene a certificar su destino antes de que naciera: "Lloré en el vientre de mi madre y mis tíos preguntaron quién había llorado y mi padre dijo que era su hija que es muy llorona y por eso no tengo suerte, si se hubiera callado no habría tenido ese problema con la suerte...".

A la edad de dieciocho años realizó un viaje al extranjero para visitar a sus familiares. Durante este viaje relata que fue violada por un primo, durante la noche, en colaboración con su prima. Ella cree que le habían dado algo para dormirse porque no se enteró de nada, pero que a la mañana siguiente estaba muy dolorida. Cuando se despertó estaba muy alterada y perpleja y se pasó varios meses encerrada en su habitación, pensando que podría ser violada de nuevo por los miembros de su familia, por lo que se encerraba con llave.

Podemos suponer que este viaje fue el primer episodio de desencadenamiento psicótico en su historia. El desencadenamiento supone para el sujeto la aparición de fenómenos incomprensibles para él que producen la perplejidad y en ocasiones la certeza y la elaboración de un delirio que no es otra cosa que la invención de un cierto sentido que apacigüe los fenómenos de goce que aparecen. Dice que de allí vino muy rara y que no tuvo ninguna relación con ningún hombre hasta conocer a su actual marido, con el que se casó sin saber muy bien por qué.

Es una mujer que habla de su familia y de los problemas de su vida sin mostrar afecto alguno, no trabaja y se queja del marido porque siempre vuelve un poco tarde a casa.

De la relación con el marido dice que actualmente no utiliza método anticonceptivo, que él no quiere usar preservativo y ella lo rechaza con frecuencia. Las relaciones que ha tenido con su pareja nunca le han permitido experimentar el goce propio de la sexualidad.

En esta paciente, los dolores comenzaron inmediatamente después de su matrimonio. Con recursos simbólicos muy escasos, el diagnóstico de fibromialgia le ha permitido establecer una serie de circuitos y recorridos por fuera del mundo familiar, el cual le resulta extraño y violento.

En los últimos años ella visita con frecuencia su centro de salud y diferentes especialistas que tratan un cuerpo sometido a numerosos *desenganches*. Las escasas relaciones sociales que mantiene se inscriben en la conversación sobre el *pathos* del cuerpo que va y viene sin cesar. Para ella es una forma de vivir la vida.

En este caso se podría considerar el dolor como una alucinación cenestésica, aunque esto tiene un estatuto difícil de determinar en la práctica. Cuando alguien dice que le duele la pierna, o que le duele todo el cuerpo, o que le duelen hasta las

cejas, es más difícil de establecer que se trata de una alucinación. Si un paciente dice que oye voces el diagnóstico es más o menos sencillo, pero en el caso de las alucinaciones cenestésicas o visuales el asunto es más complejo en la práctica clínica.

Durante el tratamiento se pudo hacer una discreta reconstrucción de su historia, indicar algo de medicación para aliviar el goce del cuerpo cuando irrumpe y dar indicaciones a su médico de cabecera, en el sentido del diagnóstico de psicosis, la función del síntoma y la necesidad de consentir, como un mal menor, que la paciente pueda realizar esos recorridos con la menor iatrogenia posible.

Aquí entramos en todos aquellos casos clínicos en que se puede considerar el dolor como un síntoma de anudamiento o que cumple una función en la psicosis. En cualquier caso, este anudamiento suele ser precario y rudimentario porque en muchas ocasiones otras funciones corporales se encuentran extremadamente debilitadas. Levantarse, desplazarse o realizar las tareas más elementales de la vida cotidiana puede suponer un gigantesco esfuerzo por carecer de los instrumentos que el discurso simbólico introduce para sostener un cuerpo.

Los fenómenos del cuerpo cuando se instalan y ordenan la vida del sujeto de forma permanente pueden realizar la función de *sinthome*, en la que el dolor funciona como una prótesis corporal real que evita el desencadenamiento de una psicosis.

## **CAPÍTULO 5**

### **Consideraciones finales**

**1.** La fibromialgia no es una entidad homogénea tal y como sucede en la mayor parte de los padecimientos corporales o mentales. En el caso del dolor crónico la afirmación de que *no existen enfermedades sino pacientes que las padecen* es doblemente importante.

Tal y como he tratado de mostrar a través de los casos clínicos, se trata de un padecimiento complejo, que produce una severa afectación corporal y un gran sufrimiento a las pacientes.

En cualquier caso, el dolor crónico generalizado no es una enfermedad nueva. Lo novedoso es el florecimiento del síntoma, hasta el punto de que se ha convertido en un problema de salud a gran escala por los enormes gastos sanitarios que genera.

Miller dice que no hay sujeto sin síntoma y esto hasta el final de los tiempos. Cuando Miller habla del sujeto incluye el cuerpo afectado por su traumático encuentro con “lalengua”.

En la civilización actual, caracterizada por el rechazo al saber y a los ideales de la cultura y la palabra, lo que aparece es el lenguaje del cuerpo en sus diferentes modalidades. El cuerpo que está marcado por el lenguaje habla a su manera. El cuerpo es cada vez más sintomático, se expresa con sus síntomas, que habitualmente son dirigidos al médico para que le proporcione una solución.

En los historiales clínicos se puede constatar que casi siempre hay algo en la vida del sujeto que tuvo un carácter traumático y provocó una ruptura libidinal que no pudo ser asimilada. Entonces el cuerpo actúa en cortocircuito soportando el síntoma del dolor que no ha sido tramitado por la vía simbólica, de los afectos, de la angustia o del sufrimiento humano.

**2.** En la clínica de la fibromialgia es fundamental un trabajo de articulación y colaboración del psicoanálisis y la medicina.

Es una realidad que la demanda de tratamiento del dolor crónico es dirigida en primer lugar al médico, el cual una vez que estudia el caso se encuentra con un límite y sin saber muy bien qué hacer.

La función del médico en este escenario es fundamental porque se trata de conducir al paciente de la orilla de lo somático a la orilla de la subjetividad. Esta operación se puede producir siempre y cuando el médico no retroceda ante la impotencia en que le coloca el saber de la ciencia y quiera ir un poco más allá, dando lugar a la escucha del sufrimiento del paciente.

Se trata de no buscar soluciones rápidas y evitar la iatrogenia que se produce generalmente ante el hecho de que desde la medicina no hay un tratamiento eficaz conocido.

El médico debe tomarse un tiempo para ubicar las coordenadas de la vida en que se ha ido produciendo la aparición del dolor. Estas coordenadas siempre se pueden encontrar si el médico no se precipita en tapar el agujero de la demanda.

Se trata de un trabajo preliminar al análisis en el que el médico se sitúa como "portero del inconsciente"<sup>54</sup>. En esta articulación posible el psicoanálisis le da una posibilidad de avance a la medicina. Al mismo tiempo, en esta clínica desde el psicoanálisis se hace necesario convocar la intervención del médico, dada la gran cantidad de perturbaciones corporales que se producen.

---

<sup>54</sup> Término referido por A. Merlet en la conversación *Los embrollos del cuerpo*, al referirse a los efectos del discurso analítico sobre la función del médico, que nombra como "porteros del inconsciente" o "pasadores".

**3.** En la clínica de la fibromialgia nos encontramos con el problema de la estigmatización del diagnóstico, con los pacientes que tras un largo recorrido por el sistema sanitario terminan identificándose al mismo, descargándose de la responsabilidad subjetiva por el goce que soportan.

En estos casos es fundamental la clínica del diagnóstico diferencial de la estructura, discriminar en las entrevistas preliminares si los síntomas corporales se producen en el marco de la neurosis o de un sujeto psicótico. La orientación de la cura es radicalmente diferente. En el caso de la estructura psicótica el síntoma puede tener una función de anudamiento del cuerpo que no se puede conmovier sin preparar las condiciones para que otra suplencia pueda ocupar ese lugar, tal y como he planteado en el capítulo anterior.

**4.** La conveniencia del tratamiento con la palabra en los casos del dolor crónico es algo universalmente aceptado incluso por la medicina. La incorporación de los psicólogos a las unidades del dolor de los grandes hospitales es un hecho de la realidad.

La cuestión fundamental es la orientación que estos tratamientos tienen en relación a la enfermedad.

Las terapias de orientación cognitivo-conductual, que pretenden establecer su hegemonía, toman como orientación funda-

mental la adaptación al dolor, colocando a los pacientes en un callejón sin salida. Si la medicina no dispone de un tratamiento adecuado, entonces el psicólogo lo que debe hacer es un tratamiento para que el paciente pueda vivir con el dolor, sin preguntarse acerca de su función ni de la relación que pueda tener con los avatares de su vida.

Por otro lado, el inconsciente no es un objeto que pueda ser maniobrado desde un punto de vista técnico o científico sino que, al contrario, es un saber que escapa no sólo al discurso de la ciencia, sino también al mismo sujeto. Las técnicas y los consejos que establecen las TCC para tratar el dolor están condenadas al fracaso. Puede haber algunos pacientes que puedan presentar una mejoría momentánea por el solo hecho de que alguien les atiende o les da un lugar, pero al final retorna el síntoma si no es movilizado según la lógica con la que se opera desde el psicoanálisis.

En los casos clínicos que se han mostrado, se puede verificar que la experiencia dolorosa puede ser modificada por un tratamiento psicoanalítico con la palabra. Esto no se contrapone a que sean utilizadas otras herramientas. Por tratarse de una afectación corporal en la que aparecen los fenómenos psicósomáticos es necesaria la intervención del médico y el tratamiento farmacológico.

Es posible una salida distinta a la de la adaptación al dolor. Es la apuesta clínica desde el psicoanálisis de orientación lacaniana.

En el caso de las coordenadas de la neurosis se trata de que el paciente pueda hacer un recorrido a través de la simbolización que le permita un tratamiento del goce y salir de la petrificación del cuerpo fijado al dolor crónico, que generalmente le aparta del movimiento de la vida. Se trata de producir una modificación en el registro del goce para que el sujeto pueda establecer otro tipo de vínculos, encontrar su lugar en el mundo, aunque sea a la manera neurótica, y se produzca una cierta pacificación del goce del cuerpo.

**5.** Junto al mundo que funciona según las leyes de la ciencia nos encontramos con “lo que no anda”, que es lo que Lacan llamó lo real. El padecimiento de la fibromialgia lo podemos considerar como aquello que “no anda” para la ciencia. El psicoanálisis reserva un lugar a eso que “no anda” y ésta es la “razón del psicoanálisis”<sup>55</sup>.

En 1975 Lacan aclaró cuál era el tipo de racionalidad constitutiva del psicoanálisis y de la práctica psicoanalítica: “Lo real es lo que no anda. El mundo marcha, gira en redondo, es su

---

<sup>55</sup> Este término está tomado del título de un libro que reúne textos de José Antonio Naranjo: *Razón del psicoanálisis*. RBA, colección ELP.

función de mundo. Para percibir que no hay mundo (...) basta destacar que hay cosas que hacen que el mundo sea inmundo, si me permiten expresarme de este modo. De esto se ocupan los analistas (...) sólo se ocupan de eso. Están forzados a sufrirlo, es decir, a poner pecho todo el tiempo, para ellos es necesario que estén extremadamente acorazados contra la angustia”<sup>56</sup>.

En el mundo de hoy en que el discurso del psicoanálisis se cuestiona por obsoleto y anticuado este trabajo de investigación ha tratado de dar testimonio de la razón de su existencia, aquella que opera por los desfiladeros en que la ciencia fracasa. “Lo que no anda” es un operador fundamental para la experiencia del psicoanálisis de orientación lacaniana.

---

<sup>56</sup> Lacan, J. *El triunfo de la religión*. Paidós, Buenos Aires, 2005. (Pág. 76).

## **Bibliografía**

### **Libros y revistas consultadas**

- COTTET, SERGE. "La consulta psicoanalítica: cortocircuito." *Jornadas PIPOL 2. Los efectos terapéuticos rápidos en psicoanálisis.*
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland.* McGraw-Hill. Interamérica.
- Freudiana.* N.º 37. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, España.
- FREUD, S. "Del tratamiento psíquico (tratamiento del alma)". 1890.
- FREUD, S. "Isabel de R.", en *Obras completas.* 1895. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. "El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos", en *Obras completas.* Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. "Proyecto de psicología para neurólogos", en *Obras completas.* Biblioteca Nueva. (Pág. 210).
- FREUD, S. "Inhibición, síntoma y angustia", en *Obras completas.*
- FREUD, S. "Más allá del principio del placer", en *Obras completas.*
- FREUD, S. "Introducción al psicoanálisis", en *Obras completas.*
- Guía del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la fibromialgia. 2002.
- LACAN, JACQUES. "Psicoanálisis y medicina", en *Intervenciones y textos I.* Ed. Manantial.
- LACAN, J. Seminario V. Las Formaciones del inconsciente. Paidós.

- LACAN, J. "Función y campo de la palabra", en *Los escritos I*.
- LACAN, J. "Observación sobre el informe de Daniel Lagache «Psicoanálisis y estructura de la personalidad»", en *Escritos 2*. Siglo Veintiuno ediciones, México, 1989.
- LACAN, J. *Seminario VII. La Ética*. Paidós.
- LACAN, J. "Conferencia de Ginebra", en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones.
- LACAN, J. "La Tercera", en *Intervenciones y textos II*. Manantial ediciones.
- LACAN, J. "Joyce el síntoma II", en *Uno por uno. Revista Mundial de Psicoanálisis*, n.º 45. EOLIA-Paidós, 1997.
- LACAN, J. *Seminario XX. Aún*. Paidós.
- LACAN, J. *Seminario XI. La Identificación*. Paidós.
- LACAN, J. *Seminario XXIII. El síntoma*. Paidós.
- LACAN, J. *El triunfo de la religión*. Paidós, Buenos Aires, 2005.
- LAUREN, ERIC. "Los órganos del cuerpo en la perspectiva psicoanalítica" (30-11-2006). Publicado en la revista "El Caldero de la escuela", n.º 4, 2008.
- LEGUIL, FRANÇOIS. "La medicina y la ciencia, ¿cómo contar con el sujeto?"
- MILLER, JACQUES-ALAIN. *Curso de orientación lacaniana*. 2007-2008.
- MILLER, J.A. Conferencia de clausura de las *I Jornadas del Campo Freudiano en Andalucía* (3-10-2001).
- MILLER, J.A. *Curso de orientación lacaniana*. 2004-2005. *Piezas Sueltas*. Clase III y IV del 8 de diciembre de 2004.
- MILLER, J.A. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Paidós.
- MILLER, J.A. *Las psicosis ordinarias*. Paidós.
- MILLER, J.A. *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Paidós.
- MILLER, J.A. *Conversación de Burdeos. Los embrollos del cuerpo*. Ornicar n.º 50. 2002. Inédito en castellano.
- MILLER, J.A. "La extimidad del goce". Conferencia publicada en *Estudios de psicósomática*, vol. 4. ATUEL-CAP.
- MILLER, J.A. "La invención psicótica." Conferencia pronunciada el 24-11-1999 como introducción al *Seminario de la Sección clínica París-Ile-de France* (1999-2000). Texto y notas establecidos por Catherine Bonnigüe.

- NARANJO, JOSE ANTONIO. *Razón del psicoanálisis*. RBA, colección ELP.
- PALOMERA, VICENTE. "Psicoanálisis y medicina". Conferencia dictada en la Universidad nacional de Córdoba (7-04-2005). Publicado por el Centro de Investigación y Estudios Clínicos. "Amor, cuerpo y locura". 2005.
- TIZIO, HEBE. "Clínica lacaniana del dolor". Presentación en el *I Stage del GI Psicoanálisis y Medicina de Barcelona*. 9 de abril de 2005.
- TARRAB, MAURICIO. *Incidencias de la última enseñanza de Lacan en la práctica clínica*. EOL Grama ediciones.
- WINTREBERT, DOMINIQUE, en "La hipocondría entre la creencia y la certidumbre". 26.09.2008.

