

La salud Totalitaria

Ensayo sobre la medicalización de la existencia

Roland Gori y Marie-José Del Volgo

Traducción: Juan Alberto Manino (febrero 2010)

Capítulo 3

El cuerpo expropiado y la enfermedad del enfermo

“Un hombre de carne es un hombre de sueño

La verdad es indivisa”

Octavio Paz¹

“El sufrimiento es la relación de una intrusión y de su rechazo. Incluso la morfina, que calma los dolores, provoca otro sufrimiento, de embrutecimiento y de extravío del sentido, [...]. Se sale extraviado de la aventura. Uno no se reconoce más: pero “reconocer” no tiene más sentido. Uno, rápidamente, no es más que una vacilación en la toma de decisiones, una extranjería suspendida entre estados mal identificados, entre dolores, entre impotencias, entre insuficiencias. Relacionarse consigo ha devenido un problema, una dificultad o una opacidad”.

Jean-Luc Nancy²

Racionalidad médica y subjetividad

En su texto “Poderes y límites de la racionalidad en medicina”, Canguilhem³ señala la obligación de cambiar de registro cuando el médico toma a cargo el enfermo y no se limita más a una ciencia médica cuya vocación es la de luchar racionalmente contra la enfermedad. Canguilhem recuerda entonces que “el enfermo es más y otro que un terreno singular donde la enfermedad se arraiga, que él es más y otro que un sujeto gramatical calificado por un atributo importado a la nosología del momento. El enfermo es un sujeto, capaz de expresión [...]”⁴. Este sujeto experimenta, sueña y expresa una “enfermedad del enfermo” que se distingue radicalmente de la construcción médica de la enfermedad. Esta construcción médica de la enfermedad *objetiva* el cuerpo del enfermo para poder examinarlo, auscultarlo, palparlo, medirlo, explorarlo y modificarlo en todas sus funcionamientos vitales para suspender o erradicar los efectos de una enfermedad. Esta objetivación del cuerpo del enfermo, es la libra de carne⁵ que tanto el enfermo como el médico, pero de manera diferente, deben pagar para satisfacer las obligaciones impuestas por la racionalidad científica en medicina. Este gesto epistemológico que tiende a separar el conocimiento íntimo de la vida de la racionalidad de los procesos biológicos que la materializan se ha llevado a cabo históricamente pero se repite de manera estructural sin cesar en el acto médico. Es en tanto que objeto, que el “cuerpo” del enfermo se encuentra tomado a cargo por el “cuerpo de cuidadores, sus

¹ Octavio Paz, *Libertad de palabra*. Paris, Gallimard, 1966. p.35

² Jean-Luc Nancy, *L'intrus*, Paris, Galilée, 2000. p.38-39

³ George Canguilhem, “Poder y límites de la racionalidad”[1978], en : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin 1989. p. 392-411.

⁴ *Ibid*, p. 408-409

⁵ Alusión a la obra de W. Shakespeare “El mercader de Venecia” en la cual uno de los personajes debe pagar su deuda con la extracción de una libra de carne de su cuerpo.

protocolos y sus estrategias terapéuticas y esto tanto más masivamente cuando una amenaza letal se perfila en el horizonte del diagnóstico o de la urgencia. Este cuerpo-ahí se encuentra expropiado del enfermo para mejor *conformarlo* al terreno sobre el cual la enfermedad debe ser combatida. El hospital constriñe sin cesar el cuerpo del enfermo a deber estar infinitamente disponible al cuerpo de cuidadores: despertado en la noche para las tomas de sangre o de medicamentos, extendido en las mañanas muy temprano, en ayunas, sobre una camilla en espera de una intervención o de un examen que no tendrá lugar, a veces, más que al final de la mañana, incluso del día. En esto hay una puesta a disposición del cuerpo del enfermo a las exigencias del “cuerpo hospitalario”, una expropiación del cuerpo del enfermo.

“Expropiado” nos parece el término que conviene para designar esta relación de íntima extrañeza que el paciente experimenta en relación a un cuerpo que lo amenaza, lo hace sufrir o lo limita en sus ambiciones vitales. En este sentido, “las enfermedades del hombre no son solamente limitaciones de su poder físico, éstas son los dramas de su historia. La vida humana es una existencia, un estar-ahí para un devenir no preordenado en la obsesión de su fin⁶”. El verbo “expropiar” significa “desposeer a alguien legalmente de la propiedad de un bien⁷”. Este verbo se opone a “apropiar”: “atribuir algo a alguien como propio”, por el juego del prefijo “ex” que evoca un movimiento hacia el exterior. La ex-propiación constituye una pérdida legal de propiedad que destituye al propietario de un poder sobre su bien. Se entrevé bastante los *efectos de estragos* que pueden tener sobre la subjetividad tales procedimientos cuando esta desposesión se ejerce sobre lo que la funda antológicamente: el cuerpo. Y esto tanto más cuando la relación del sujeto a su cuerpo constituye una experiencia paradójica de extrema familiaridad y de gran ignorancia. Es incluso aquello que hace de nuestra experiencia corporal el lugar a la vez de una rememoración permanente y de un incesante olvido. Es incluso aquello que hace de nuestra experiencia corporal el zócalo natal de un pensamiento que lo hace permanecer fundamentalmente nostálgico. Como lo recuerda Kundera, “la nostalgia aparece como el sufrimiento de la ignorancia⁸”, como el sufrimiento de ignorar lo que sucede en nuestra ausencia sobre el suelo natal. En este sentido nuestra relación con nuestro cuerpo está hecha de una íntima ignorancia puesto que el cuerpo es a la vez el zócalo natal de nuestra ontología y el lugar con el cual mantenemos una relación de exiliado. Freud inventó el concepto de pulsión para decir de este exilio del pensamiento relacionado al cuerpo y de esta exigencia de trabajo que le impone. Es decir, de la entrada en juego a la vez de nuestra extrema proximidad a este cuerpo y nuestro doloroso exilio por fuera de los momentos donde la experiencia corporal se refracta en la sensación amorosa o dolorosa o aún en las metáforas de la palabra.

No deberíamos olvidar esta relación específica que el humano mantiene con su cuerpo cuando tenemos que dar cuenta de los efectos desbastadores de la expropiación médica del cuerpo del enfermo: entre el saber del médico sobre la enfermedad del cuerpo y la verdad sobre él mismo que la enfermedad introduce al enfermo existe toda la distancia que separa en alemán a la palabra *Körper* (la materia corporal) del la palabra *Lieb* (la carne)⁹. En cuanto al psicoanalista, que por su método no se interesa más que de la carne (chair), no debería olvidar que el cuerpo es también esta materia imposible de aproximar de otra manera que por los medios de los que él se priva para garantizar

⁶ G. Cangulhem, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002 p.89.

⁷ Alain Rey 1992, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris Dictionnaires Robert.

⁸ Milan Kundera, 2000, *L'ignorance*, Paris, Gallimard, 2003, p. 12

⁹ Hans Georg Gadamer, *Philosophie de la santé* [1993], Paris, Grasset, 1998.

aquellos de los que se asigna. Probablemente es en este punto que la ética exige tanto como una toma plural del enfermo como una soledad singular en el diálogo terapéutico.

La clínica ¿Una casuística?

El retorno masivo de la ética en el discurso de los actores de la salud se deduce de una *bifurcación* producida, cada vez más, entre lo que se puede llamar la “medicina científica” y la “medicina humana¹⁰”. Pero conviene insistir nuevamente: la exigencia de volver a introducir en medicina el mundo de los valores, –la ética- se comprueba inseparable del progreso en su conceptualización, que tiende siempre a alejar más el cuerpo en tanto que material biológico del cuerpo como experiencia vivida y hablada. Y es tanto más cuando la medicina tecno-científica, hiper sofisticada, tiende cada vez más a medir, evaluar, normalizar, homogenizar, randomizar sus análisis y protocolos, sobre poblaciones, donde la noción misma de “singular” se encuentra excluida por naturaleza. Al punto en el que - en esta “biopolítica de las poblaciones” (Michel Foucault) que tiende por múltiples aparatos, en todos los sentidos del término, a gobernar las conductas de los individuos- uno puede preguntarse si no es por el sesgo de la ética que la clínica singular puede retornar¹¹. En efecto, la ética médica reivindicada por los “actores de la salud” (los enfermos, sus familias y los cuidadores) exige cada vez más un análisis y un tomar a cargo el caso por caso, una casuística. Una tal casuística tiende a tomar sus distancias con las encuestas epidemiológicas, los protocolos de masa y las experiencias de laboratorio. Por culpa de las cuales, al abstenerse de escuchar la enfermedad del enfermo y las ilusiones singulares y colectivas de las que ella se nutre, el arte médico toma el riesgo de su judicialización. Pero señalemos una vez más y en el punto en el que estamos, que estas “novelas de la enfermedad¹²” del enfermo, como las exigencias éticas acrecentadas por el carácter técnico-científico de la medicina, se inscriben en un espacio lacunario, fecundado por esta división consecuente que separa cada vez más el material biológico del cuerpo humano, del cuerpo vivido y hablado del sujeto. Esta laguna en el conocimiento del cuerpo como *carne* hizo necesaria la escucha psicoanalítica de los enfermos que sufren afecciones somáticas, en el primer rango de los cuales están los pacientes tomados por el cáncer. En 1971 Pierre Fedida¹³ volvía a aproximar el cuerpo olvidado de una medicina devenida “enciclopedia científica y técnica” a la amnesia infantil olvidadiza del cuerpo erótico. Proponía definir al psicoanálisis como “una arqueología del cuerpo”, abierta sobre una anatomía fantasmática hecha de trazos mnémicos y de ilusiones de lo infantil. *Por el contrario*, la lección de anatomía médica, se le presentaba como “una curiosidad de desilusión”. El hablaba entonces de la melancolía del anatomista que, abriendo el cuerpo, no llegaba a abrir un surco en los misterios del conocimiento íntimo de la vida. Esta objetivación del cuerpo moviliza necesariamente, según nosotros, las pasiones narcisistas, las lógicas de amor y de odio que reactivan la relación originaria de subjetivación, estirada entre el borde no conocido de las pulsiones y el borde demasiado conocido de la lengua materna¹⁴. En esta experiencia originaria, el cuerpo en su valor de carne se considera inseparable del Otro, de los campos

¹⁰ Cf. Jean –Perre Davant, op. Cit.

¹¹ Roland Gori, Marie-José Del Volgo, “L’éthique : un retour de la clinique dans les pratiques de la santé”?, *5° Colloque de pédiatrie et psychanalyse. La guérison aujourd’hui : réalité ou fantasmes*, Danièle Brun dir., Paris, Editions Études freudiennees, 2002, 127-150.

¹² Maire-José Del Volgo, Roland Gori et Yves Poinso, <Roman de la maladie et travail de formation du symptôme. Complémentarité des approches psychanalytique et médico-biologique> ”

¹³ Pierre Fedida, < La anatomie dans la psychanalyse>, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 1971, 3, p. 109-126.

simbólicos e imaginarios en el que se precipita por su incautación subjetivante. Esta incautación que subjetiva se revela una ilusión que ofrece al individuo un sentimiento particular y singular de “propiedad” de su cuerpo que el dolor, la enfermedad grave o invalidante o los protocolos terapéuticos invasores van a volver a poner en cuestión. No solamente la enfermedad dolorosa o grave, como los cuidados que ella necesita, nos constriñen a “confesarnos mortales”, para retomar la expresión de G. Canguilhem, sino que además nos recuerdan que nuestra relación con cuerpo es más del registro del *ser* que del *tener*. Constatamos aquí que la ideología contemporánea de la salud como bien y de la enfermedad como daño a los bienes participa de un *repudio* (desaveu) de esta aproximación de la experiencia corporal del ser a sus raíces ontológicas: el cuerpo se revela como el suelo natal de nuestros pensamientos y de nuestros afectos, pero nosotros estamos exilados de él y solo tenemos noticias suyas por el lenguaje, por la palabra, el amor, el sueño o el dolor.

El cuerpo: ¿una construcción subjetiva?

Recordemos que la “emoción” corporal, para valer como carne humana, transita por la imagen y las palabras (mots) que la fabrican, la desnaturalizan, la crean más que la descubren. Y es incluso por ello que hay sufrimientos indecibles, dolores que no se expresan sino por el grito o el mutismo, porque llevando al sujeto a los extremos de su desamparo, ellas lo desposeen de la “facticidad” que el lenguaje confiere a lo humano. Encontrarse “despojado” (Hilflosigkeit), es también encontrarse “despojado” del habla verdadera, no poder al mismo tiempo ser afectado y sostenido por el significante en una situación vital extrema. ¿Quién no se ha encontrado desprovisto frente al lecho de un enfermo quebrado por el sufrimiento? Experiencia de transitividad extrema, muy próximas a lo real, donde en ciertas ocasiones las palabras faltan. Apabullados por el dolor del otro, estamos sin embargo ante la exigencia moral de decir algo al respecto, de *representarlo* en y por el diálogo, gesto, mirada o palabra para hacer entrar en un silencio de muerte una palabra de vida. Nosotros somos entonces, solicitados como espejo y lengua en las raíces mismas del deber de representar para el otro y con el otro su desamparo. Cuando el médico falta a esta exigencia moral –“yo, no tengo nada que ver con vuestra angustia” le dice un gran jefe a una paciente en pánico-, permanece “iatro”¹⁵, pero ha dejado de ser terapeuta. Foucault lo recuerda: “lo que un médico hace cuando cuida a un enfermo, es la *epimelia*¹⁶. Es entonces un vocablo muy fuerte. Describe una actividad, implica la atención, el conocimiento, la técnica¹⁷”.

Lacan nos ha permitido comprender el estadio del espejo como una *identificación*, en el pleno sentido que el psicoanálisis da a este término, del sujeto a su imago corporal. Para evocar la dimensión imaginaria, de fascinación y de encantamiento del sujeto a su propio cuerpo, la ascensión jubilosa de la imagen especular por un ser aún sumergido en la impotencia motora constituye una experiencia princeps. ¿Qué se puede decir de ello, si se toma en cuenta el alcance de esta experiencia como la de un estadio que no prejuzga en nada sobre lo que se encuentra allí desde antes? Sino que el ser humano mantiene con su experiencia corporal una relación *desnaturalizada*. Que desde la

¹⁴ Roland Gori, *Lógica des passions*, op.cit.; Roland Gori, « Didier Anzieu, le langage y le psychanalyse : la carne de la palabra » Le journal des psychoanalogue, hors-série.2002, p.26-30.

¹⁵ Iatro: que pertenece a la medicina. Ej. Iatrogenia: enfermedad producida por la medicina.

¹⁶ La epimelia heautou, comenta Foucault, es el principio filosófico que predomina en el modo de pensamiento griego, helenístico y romano; forma de espiritualidad, trabajo ascético sobre uno mismo como condición de acceso a la verdad.

¹⁷ Michel Foucault, *Dits et écrits IV* (1980-1988), Paris. Gallimard, 1994. pag.400.

entrada en juego de esta aprehensión que el individuo tiene con su propio cuerpo a través del reflejo de una forma en el espejo o en los rostros de los objetos que lo rodean *copula*, podríamos decir, con la imagen del semejante. La imago del cuerpo propio se da como indisociable de la imagen del semejante en cuyo reflejo el sujeto no cesa a todo lo largo de su vida de buscar el lugar, el sentido y la causa de lo que él experimenta en su carne. Esta *Gestalt*, esta forma del cuerpo propio segrega tanto la ilusión de una totalidad unificada y que unifica como una alienación primordial de la emoción corporal deportada al campo del Otro. Es decir que la imagen del otro viene, tarde o temprano, a *interponerse* entre el cuerpo y el sujeto, para lo mejor y para lo peor. En nuestras relaciones como cuidadores, esta intersección del otro entre el cuerpo y el sujeto gobierna tanto la identificación sobre su vertiente empática como la alienación destructiva. Esta dimensión imaginaria irriga permanentemente el saber común sobre el cuerpo, el saber popular sobre la carne, pero también esta *arqueología del discurso médico* constituida completamente, lo mismo por los mitos, las representaciones culturales, las religiones o las prácticas mágicas como por las propagandas de salud, las retóricas del higienismo o las ideologías científicas. Este poder inherente a la forma corporal que también es la forma del otro semejante, permanece incluso cuando la medicina tecno-científica tiende a erradicar, o más bien a limitar los confines imaginarios de los saberes sobre el cuerpo. Esta relación imaginaria con el cuerpo propio y el cuerpo del otro nos es dada por las experiencias más cotidianas: Los estudiantes de medicina aprenden la anatomía a partir de las observaciones sobre sus cuerpos, los médicos de antaño experimentaban sobre ellos mismos las pociones que preparaban para sus enfermos. ¿Quién no ha hecho esta extraña experiencia en el curso de la cual, cuando alguien habla a otro de su prurito, el interlocutor lleva su mano en espejo sobre el mismo lugar que evocan las palabras del locutor. Pero actualmente, esta transitividad de la experiencia corporal tiende a borrarse en el seno del coloquio médico, en provecho de lo que Didier Sicard¹⁸ llama una “medicina sin el cuerpo”. Esta medicina sin el cuerpo produce cifras y datos a partir del diagnóstico por imágenes, de los análisis biológicos, de la descripción genética, etc. De alguna manera, se trata de una configuración compleja de rasgos abstractos cada vez más alejados de los rasgos concretos y singulares que la clínica médica producía hasta ahora. Estamos entonces, ante una *nueva semiología* cuyos signos se alejan siempre por adelantado de la clínica, en provecho de los resultados de laboratorio o del diagnóstico por imágenes. Pensamos que esta nueva práctica semiológica no podrá permanecer sin efectos sobre la relación médico – enfermo. Esta nueva semiología producida por los resultados espectaculares de la técnica no es de lamentar, pero ella exige por adelantado que otras tomen a cargo la dimensión psicopatológica del sufrimiento psíquico producida por la enfermedad orgánica.

Este tomar a cargo el sufrimiento psíquico de enfermos “orgánicos” se considera cada vez más necesario en cuanto esta clínica médica ha cambiado en estos últimos años. Hasta una época reciente la clínica médica se inscribía en una semiología que deducía y reunía los rasgos concretos del cuerpo, sus marcas y sus indicios. El buen “diagnosticador” era el clínico que mejor podía, y lo más finamente, detectar los signos insignificantes a los ojos de los otros. Este clínico se inscribía tradicionalmente en lo que Carlo Ginzburg¹⁹ nombra un *paradigma indiciario*. Es decir, el paradigma del cazador que detecta las impresiones y los indicios más ínfimos para detectar la presa, aquí el diagnóstico de una patología. Clínica de los signos, la clínica médica organizaba

¹⁸ Didier Sicard, *La Médecine sans le corp*, Paris, Plon, 2002.

¹⁹ Carlo Ginzburg, *Mythes, emblèmes, traces*, Paris, Flammarion, 1993.

las constelaciones significantes donde los órganos hablaban de sus disfunciones a aquellos que sabían entenderlos.

Los progresos tecnocientíficos de la ingeniería médica como los de la biología molecular, de la genética o de la bio-informática han hecho que el modelo galileano, *físico-matemático* prevalezca sobre el paradigma indiciario. Con los datos tecnocientíficos de la medicina contemporánea es otro texto el que se inscribe; más abstracto, menos sensible, menos singular. Mientras que la clínica tradicional se consideraba, como el conocimiento histórico, indirecto, indiciario y conjetural, la “nueva” clínica médica, más epidemiológica, abstracta, matemática, no retiene más que los “rasgos reproducibles”, universales, depurados de su materia singular. Esta escritura físico-química no requiere las mismas competencias de lectura clínica que aquellas hasta ahora en vigor en la clínica médica tradicional. Esta “medicina sin el cuerpo²⁰” releva de una *abstracción* - de una sustracción - de la carne en provecho de las cifras y de las imágenes que establece una “neo semiología” médica con sus reglas, sus leyes, sus consensus y sus manipulaciones, con fines de propaganda. A tal punto que en abril de 2004, los medios muestran la incapacidad de los “nuevos” médicos para diagnosticar los casos de rubéola en sus pacientes. Esta patología había casi desaparecido de su clínica gracias a las vacunas y a las políticas de salud pública, y los “nuevos” practicantes se encontraron desprovistos de una experiencia clínica tradicional, *indiciaria*, ante el retorno de esta patología. Su experiencia clínica como su formación no los preparaba para hacer el diagnóstico de una enfermedad de otra “época”. Esta pérdida en y de la clínica médica atestigua que el progreso del conocimiento no se hace sin costos. Este hecho epistemológico ligado al desarrollo de una nueva tecnología en la clínica médica solo lo es si se recuerda el *déficit en el saber* que ciertos historiadores de las ciencias han podido establecer en otros dominios: el olvido de las “tradiciones” científicas revela el “saber sin memoria” de las ciencias contemporáneas²¹. Los “trabajos” olvidados provienen del rechazo por la ciencia de su pasado y de sus tradiciones en provecho de la “positividad” de las investigaciones más recientes. Es la ilusión positivista del progreso que condena a una amnesia a la ciencia. Más el médico está cerca del erudito más olvida su tradición clínica. Y más aprueba el médico su acción sobre las pruebas de la ciencia general y universal de los protocolos estandarizados, más se aleja de las huellas y de las impresiones de la palabra singular y del coloquio específicamente médico.

Puesto que a propósito del sufrimiento corporal es también cuestión de palabras, remarquemos que la dimensión imaginaria se encuentra sin cesar encuadrada por la necesidad, la búsqueda, desesperada de poder encontrar un *interlocutor simbólico* al que la emoción corporal como el sufrimiento puedan dirigirse. Porque este otro del que la experiencia del espejo evoca la forma, resulta ser también, en tanto que ser hablante, el que suministra la carne de su palabra²². La carne toma cuerpo por intermedio de un interlocutor simbólico, originario, primitivo, Otro primitivo de la lengua misma, de su poder poético, de “lalengua” que afecta al cuerpo del sujeto por el significante. “Lalengua” es una contracción creada por Lacan para designar la suma de los equívocos que la lengua permite. Es en este punto que se desarrolla el poder de las raíces, del humus de las palabras (*mots* = vocablos) cuyos pedazos en ruinas contribuyen también en la construcción de nuestros sueños y de nuestras pesadillas. Este poder del significante infecta de contrabando las comunicaciones más racionales y lógicas que un

²⁰ Didier Sicard, *op. Cit.*

²¹ Jean MArc Lévy-Leblond, *La piedra de toque*, Paris, Gallimard, 1996

²² Roland Gori, *Le corps et le Signe dans l'acte de parole*, Paris, Dunod, 1978; *Logique des passions. Op. Cit.*

cuidador pueda dar a su paciente sobre el estado de su cuerpo. Hay ahí un efecto de fonemas y de vocablos que resuenan en el entendimiento de aquel que escucha al otro hablarle de su intimidad corporal. Este poder de las raíces del lenguaje y de la palabra hace que aquel que habla no diga nunca la verdad de aquel al cual se dirige porque ignora lo que el otro entiende como significación producida. La significación no se prescribe, ella se fabrica en la interlocución donde se cruza la necesidad de una afirmación común con la contingencia de una historia forzosamente singular. La pragmática del lenguaje nos enseña que el locutor forma parte de la significación del enunciado que se dirige a él en un contexto sobredeterminado tanto por los discursos socioculturales, las lógicas de saber, como por los significantes propios a la historia de cada uno. Esto, en el campo que nos ocupa, no es solamente una cuestión epistemológica sino también un asunto de ética: la creencia en el poder de la información “legal y esclarecida” participa de un imaginario que hace del otro nuestro semejante. Esto constituye sin ninguna duda, un progreso social en el derecho a la salud, pero no debería exceptuar al médico de un deber de escuchar. Con esta condición de deber tomar en cuenta el alcance del decir del paciente que nosotros cuidamos, la cura se marca de una experiencia ética. Una tal experiencia que acepta la “culpabilidad clínica” reúne el “cuerpo olvidado de la infancia²³” y eleva al cuidador a la dignidad de un “responsable”, que sea un sujeto que acepta “responder” de su acto y de su palabra.

El conocimiento trágico de la enfermedad

El conocimiento trágico que da la experiencia psicopatológica del sufrimiento y de la pasión como irreducibles a todas las racionalidades objetivantes, toman su fuente en las *crisis* que lo psíquico atraviesa en la aventura de la vida. Es el *pathei mathos* de Esquilo del cual Pierre Férida²⁴ hace “la tradición trágica de lo psicopatológico”. La crisis requiere la “decisión”, ella constituye este punto peligroso en el que el advenir se juega en un instante presente, bajo la sombra que portan las experiencias pasadas. La crisis en la experiencia dolorosa del cuerpo o en las inquietudes hipocondríacas que la enfermedad hace pesar, constriñen a lo “Psíquico” a una “decisión” ilustrada por la memoria. La memoria, es este evocarse (*rappeler*) sin recordarse. Lo que Freud nombró como lo inconsciente y lo infantil. Los poetas han tenido la intuición de esta memoria revelada por la transferencia. Así, en *Albertine Disparue*, Marcel Proust habla de este “golpe psíquico en el corazón que da una tal separación y que por esta terrible potencia de registros que tiene el cuerpo, hace del dolor una cosa contemporánea a todas las épocas de nuestra vida en las que hemos sufrido²⁵ [...]”. El desanudamiento de esta crisis íntima revela – nosotros lo veremos con la noción de sanar - otra lógica que la del médico y sus construcciones racionales y predictivas. En este sentido, como vamos a verlo, el sujeto excede su enfermedad como la enfermedad excede al enfermo y son los *efectos de estos excesos* recíprocos que producen la vacilación de los límites de la identidad como la inquietante extrañeza del cuerpo. Esta vacilación expone siempre más al sujeto a la desnudez de un pensamiento que se hurta²⁶ y que se encuentra así abierto al advenir de una experiencia de lo no conocido como a los efectos de sideración traumática incita. Ahí está la verdadera experiencia del sufrimiento del enfermo, su verdadero dolor²⁷, que lo expone infinitamente a la desnudez de una experiencia de

²³ Pierre Férida, “La anatomía en el psicoanálisis” art. Cit.

²⁴ Pierre Férida, *Crise et contra-transference*, op. Cit.

²⁵ Marcel Proust, *Albertine Disparue*, Paris, Gallimard, 1989, pag. 8-9

²⁶ Jean-Luc Nancy, *El pensamiento hurtado*, Paris, Galilée, 2001

²⁷ Marie-José Del Volgo, *La douleur du malade*, op. Cit.

escisión subjetiva. Despojado de la familiaridad de su experiencia corporal, el enfermo *des-nudo*, en todos los sentidos del término, abierto al carácter trágico y crítico del advenir, de su infinitud como de su incertidumbre infinita, experimenta la exigencia de recubrir esta desnudez por nuevos mitos y novelas. Esta crisis produce la imperiosa necesidad de responder a las cuestiones que conciernen al ser y a sus fundamentos: “¿Porqué yo? ¿Qué es lo que he hecho? ¿De que soy culpable? ¿Qué quieren de mí? ¿Por qué en este momento?”. Esta crisis revela la desnudez del ser, calificándola como falta en ser, ahí donde se enraízan nuestras pasiones y la carne de la palabra²⁸. Esta carne constituye el punto de tropiezo de la racionalidad médica cuando intenta dar cuenta del cuerpo. Esta razón médica finge olvidar que los cuidados aportados al cuerpo se encuentran rápidamente *frecuentados* por las representaciones culturales, los mitos, las religiones, pero también los fantasmas que convocan el sufrimiento y la angustia de la enfermedad. Al tomar a cargo al enfermo, su soledad angustiada, sus llamados, sus esperanzas, sus pesares y sus rencores no tardan en recordar al médico que él, en su práctica, no podría hacer la economía de este *resto separado*, suprimido del concepto médico y que retorna bajo el egido de la ética o de la exigencia psicológica.

Es porque el cuerpo del enfermo se revela primordialmente como un sufrimiento de la carne que el sujeto experimenta su enfermedad como la intrusión de un extranjero que amenaza o como la imputación causal de una malignidad personal apta para alimentar la culpabilidad fundamental. El sufrimiento o el anuncio de una enfermedad letal, hacen de interpretación salvaje para el sujeto que muy a menudo se atribuye con ello ser la causa o intenta deportar al lugar de otro al que le presta una potencia amenazante. Al paciente le es necesaria una *falta* de la cual, la enfermedad sería la sanción y la expiación; cualquiera que sean las informaciones y las explicaciones producidas por la racionalidad médica. Esta falta solo podría provenir del enfermo en su malignidad primordial o de un Otro que a la vez está debilitado y es intruso. En este sentido, el anuncio de una enfermedad grave puede valer para ciertos sujetos como una interpretación salvaje de su pulsión de muerte, para otros aún como la sanción justa o injusta de haber cedido sobre su deseo, y para otros en fin como la injusta consecuencia de inconductas familiares. Aquí el médico se encuentra ante la obligación de deber cambiar de régimen, porque lo quiera o no, lo sepa o no, se encuentra tarde o temprano en este guión donde su responsabilidad se encuentra comprometida bastante más allá de la razón y del poder de la medicina. Esta responsabilidad convoca al cuidador a devenir el “garante” de este conocimiento trágico de la enfermedad que hace del no-sentido del sufrimiento la verdadera enfermedad del enfermo²⁹

Sucede a veces que un paciente encuentra en el arte de la escritura, de la pintura o de la música el “garante” simbólico que buscaba desesperadamente en la medicina o cerca de sus actores. El arte constituye entonces una vía distinta que la del psicoanálisis o de la psicoterapia para intentar volver a apropiarse subjetivamente de lo íntimo que le había sido expropiado al paciente por la enfermedad y su tratamiento. Es en el libro de Jean-Luc Nancy, *L'intrus*, que podemos conocer un testimonio conmovedor de esta expropiación corporal por la enfermedad (cardíaca y después cancerosa) y la reapropiación que permite la escritura filosófica. Este texto nos parece ofrecer este conocimiento trágico de los verdaderos testimonios que convocan lo psicopatológico a la cabecera del sufrimiento *cotidiano*, a distancia de los aparatos de medida y de dominio de la racionalidad médica, de los instrumentos de poder de la bio-política de las

²⁸ Roland Gori, *Lógica de las pasiones*, op.cit

²⁹ Cf. Friedrich Nietzsche, *Génealogie de la moral*, Paris, Gallimard, 1071.

poblaciones y de la indigencia pretenciosa de las escalas y otros DMS de la psiquiatría sobre la cual volveremos.

El intruso

Jean-Luc Nancy relata la historia de su trasplante cardíaco realizado unos diez años antes y el recurso a la Ciclosporina para evitar el rechazo de lo transplantado. Desde el comienzo, el autor plantea esta experiencia íntima y paradójica con la que el enfermo se encuentra confrontado por una extrañeza que le viene de adentro: este corazón desfalleciente produce una intrusión por defeción. Jean-Luc Nancy escribe: “Mi corazón se volvía mi extranjero: justamente extranjero porque él estaba dentro. La extrañeza no debía venir de afuera sino por haber surgido desde adentro [...]. La intrusión de un cuerpo extraño en el pensamiento. Este blanco me quedará como el pensamiento mismo y su contrario al mismo tiempo [...]. Una extrañeza se revela “en el corazón” de lo más familiar[...]”³⁰.” Comienzan entonces la espera y la angustia que exudan de esta extraña situación que consiste en deber esperar la muerte de otro para recibir el órgano más familiar, de ahora en más transformado, reciclado en pieza de recambio, por la lógica del sacrificio de la donación de órganos. Esta lógica promueve a la vez al individuo como el eslabón solidario de una cadena humana pero rebaja su identidad singular al rango de material biológico. Estas hazañas técnicas que invaden el espacio de la racionalidad médica no son sin consecuencias sobre la economía intersubjetiva y sus efectos en los debates éticos de nuestro tiempo³¹. Esta evolución de las performances técnicas secreta tanto un mercado económico-político como una aventura metafísica, ética y psicológica: “Se cruza una contingencia personal con una contingencia en la historia de las técnicas³²”. Como lo subraya él mismo, veinte años antes, Jean-Luc Nancy estaría muerto y veinte años más tarde, hubiera sido de otra manera sobreviviente, con otros medios incluso para evitar el desarrollo de un cáncer.

Por el momento, subrayemos únicamente con Jean-Luc Nancy, cómo la defeción de su propio corazón y su trasplante por el de otro, lo precipitan en esta experiencia extraña donde “lo extranjero múltiple hace intrusión en su vida. En el trasplante, es todo un proceso complejo de extranjeros y de extrañamientos que se pone en red alrededor y dentro del cuerpo mismo para diferir la muerte. Pero, “diferir la muerte, es también exhibirla, subrayarla³³”. Y el trasplante impone la efracción corporal; para retomar un neologismo de Lacan que señala que lo que puede ser íntimo puede ser exterior al sujeto y viceversa, la “extimidad” de los “órganos y el deber íntimo de asimilar lo extranjero son las características de la experiencia que hace el transplantado. La posibilidad del rechazo instala un “doble extrañamiento”: de una parte el corazón transplantado extranjero y de otra parte la baja de las defensas inmunitarias, estado en el cual la medicina instala al transplantado “haciéndolo extranjero de él mismo, en esta identidad inmunitaria que es un poco su firma psicológica³⁴”. Esta extrañeza invasora produce una exteriorización constante del cuerpo que se encuentra medido, controlado, testeado, modificado en sus procesos químicos, equipado, conectado sobre todo un espacio de cuidados con el cual forma cuerpo. Es toda una *estrategia de sobrevivir*, corporal y subjetiva, que el paciente debe encontrar en lo que es necesario llamar un nuevo espacio totalitario del cuidado. La finalidad caritativa de este espacio no podría

³⁰ Jean-Luc Nancy, *op cit.*, p. 17

³¹ Cf. Kart Leo. Schwering, “*L’inquiétante étrangeté de la transplantation d’organes*”, *Cliniques méditerranéennes*, 1999, 61,p.47-62.

³² Jean-Luc Nancy, *op. cit.*, p. 14

³³ *Ibid*, p.24.

³⁴ *Ibid*, p.31

hacernos desconocer los efectos desbastadores de los medios con los que se dota este espacio para medrar allí. Hasta una época reciente, el dolor se encontraba en primer lugar entre los efectos desbastadores. Actualmente permanecen la angustia, la soledad, las mutilaciones; estas pesadillas despiertos en las que el paciente deviene extranjero de sí mismo por este cuerpo expropiado que se encuentra ser su familiaridad misma. Este cuerpo, desde entonces abierto al otro, por el otro y como otro, se da como *emparejado con su propia intrusión*.

Después de su trasplante cardíaco, Jean-Luc Nancy desarrolla un linfoma producido por la baja de las defensas inmunitarias bajo el efecto de los medicamentos anti-rechazo. Emerge entonces el cáncer iatrogénico en un nuevo extrañamiento, extrañamiento de deber caer enfermo por el hecho mismo del tratamiento, extrañamiento de un estado que hace de una parte del cuerpo una amenaza para su totalidad: “El cáncer es como la figura masticada, enganchada y desbastadora del intruso. Extraño de mi mismo y yo mismo extrañándome”. En cuanto al tratamiento del cáncer, él mismo exige de intrusiones violentas, quimioterapias y radioterapias. Para otros cánceres, se sabe, la intrusión se hace por mutilaciones quirúrgicas, amputaciones, nuevos apareamientos, mutilaciones, trasplantes, prótesis, auto-prótesis. Bajo los efectos conjugados de la angustia, del dolor y de la necesidad subjetiva, se encuentra vuelta a convocar aquí toda la experiencia sensible, pulsional, narcisista, especular y narrativa del cuerpo. Jean Luc Nancy evoca todas las revisiones sucesivas que requiere la enfermedad y su tratamiento y que constriñen al paciente a devenir solidario de aquello mismo que lo disocia: “Yo termino por no ser más que un hilo sostenido, de dolor en dolor y de de extrañamiento en extrañamiento. Con ello uno llega a una cierta continuidad en las intrusiones, a un régimen permanente de la intrusión [...] a este sentimiento general de no ser más disociable de una red de medidas, de observaciones, de conexiones químicas, institucionales, simbólicas que no se dejan ignorar como aquellas de las que está siempre tejida la vida cotidiana, pero que absolutamente al contrario, mantienen expresamente a la vida advertida sin cesar de sus presencias y de su supervisión. Yo me vuelvo indisociable de una disociación polimorfa³⁵”.

En esta exposición infinita, la enfermedad excede las posibilidades de representación del enfermo y al mismo tiempo la subjetividad del paciente excede la enfermedad médica. Es de este doble exceso que proviene el *sufrimiento en el sufrimiento* del que se deduce para cada uno la necesidad de un decir y para todos la invitación a la ética. Como lo recuerda Jean –Luc Nancy, desde Sófocles nosotros sabemos que el hombre es el más terrorífico y el más desconcertante técnico, puesto que él desnaturaliza y rehace a la naturaleza, que él recrea la creación, la arranca a la nada y la arroja a la miseria. Lo humano se deduce, probablemente, de esta toma de conciencia de una extrañeza íntima que la enfermedad grave o dolorosa revela bajo los rasgos obscenos del intruso: “El intruso me expone excesivamente. Me extruda, me exporta, me expropia. Soy la enfermedad y la medicina, soy la célula cancerosa y el órgano transplantado, soy los agentes inmunosupresores y sus paliativos, soy los cabos de hierro que sostienen mi esternón y soy este sitio de inyección cosido para siempre en mi clavícula [...]. Me vuelvo un androide de ciencia ficción, o más bien un muerto viviente, como un día lo dijo mi último hijo. Nosotros somos, con todos mis semejantes, de más en más numerosos, los comienzos de una mutación [...]³⁶”.

³⁵ *Ibid*, p. 40-41

³⁶ *Ibid*, p. 42-43

Una consulta cotidiana

Esta *enfermedad del enfermo* exige tanto más ser reconocida por el médico cuando la enfermedad médica se revela grave, dolorosa, de mal pronóstico e implica tratamientos dolorosos e invasores. Pero sería un error deducido de nuevo de una lógica puramente médica, el concebir esta enfermedad del enfermo como producida enteramente por la expropiación del cuerpo a la que constriñen la enfermedad grave y los tratamientos. Esta enfermedad del enfermo, la vemos emerger en el ámbito de las consultas médicas más cotidianas en el curso de las cuales, la “nostalgia del padre”, que es el nombre que daba Freud a una cierta pasión por el origen, conduce al paciente a tener que responder a su insaciable necesidad de causalidad mediante los mitos y las novelas.

Algunos de nuestros relatos clínicos son extraídos de la crónica de la consulta *cotidiana* de exploración funcional respiratoria (EFR). Esta consulta se inscribe en el cuadro de exámenes complementarios, ella es susceptible de aportar al médico tratante las informaciones “objetivas” sobre el estado de la función respiratoria para el establecimiento del diagnóstico, la puesta en ruta y la continuación del tratamiento. Los pacientes nos son dirigidos por los médicos generalistas y diversos especialistas, neumonólogos, cardiólogos, neurólogos, pediatras, anestesiólogos, etc. La consulta es motivada por la preocupación de evaluar la función respiratoria de los pacientes y/o de diagnosticar o ayudar al diagnóstico de patologías tales como bronquitis crónicas, asma, sarcoidosis, asbestosis, enfisema; o también evaluar las repercusiones sobre la función respiratoria de diversas enfermedades como las cardíacas, neurológicas, autoinmunes, etc.. En consecuencia, conviene notar de una parte que no se trata de una medicina de cuidados, de otra parte el carácter circunstanciado del encuentro; la mayor parte del tiempo los pacientes no consultan más que una vez. En la lógica médica tradicional, esta consulta tendría todas las chances de reducirse a un examen complementario prescrito por y para otro médico, comparable en esto a un balance radiológico, biológico o psicológico. *A priori* ninguna razón, diferente de la de una oferta de escucha y de una predisposición a la demanda, permite prever un encuentro intersubjetivo que tome en cuenta el poder simbólico de la palabra y la función poética del lenguaje que permiten al sujeto de “preocuparse de sí mismo”.

Antes de la puesta en obra de lo que hemos llamado “el instante del decir³⁷” en 1991, las entrevistas, acompañando la exploración respiratoria, se limitaban a obtener de los pacientes los elementos de la anamnesis y de la catapnesis constitutivos de la observación médica. Se trataba de obtener, mediante preguntas dirigidas, las respuestas útiles y necesarias para la interpretación de los resultados. La formación médica y científica predispone a eliminar toda manifestación singular y concreta como relevante para el artefacto. Lo que nos interesaba en la respuesta, no era la estructura formal del discurso, el encadenamiento asociativo de las palabras, la ambigüedad de las palabras, el tropiezo del lenguaje, la dirección que constituye el Otro como destinatario sino solamente su valor de *señal*, de fenómeno mensurable. El instante de decir se instaló en nuestra práctica por la *renuncia* a la objetivación médica en el tiempo del encuentro y yendo siempre más lejos en el sentido de un “complemento” entre los dispositivos médico y psicoanalítico³⁸.

En los relatos de los encuentros clínicos que siguen, deseamos insistir sobre la singularidad de cada caso, Y entendemos aquí por caso, no solamente el caso del

³⁷ Roland Gori et Marie-José Del Volgo, “*Contribution de la psychopathologie clinique à une restitution de la fonction éthique de la maladie e du soin*”, art. Cit.

³⁸ Cf. Roland Gori, *La preuve par la parole, op. cit.*, et Marie-José Del volgo, *L'Instant de dire, op. cit.*

paciente, sino el conjunto de la situación clínica concebida como diálogo e interlocución.

Mientras que escuchamos a un paciente hablarnos de las discusiones con su síndico, una enfermera golpea a la puerta de la oficina y nos alerta del estado de una joven paciente que tose de manera desgarradora y, a tal punto, que ha sido llamado el servicio que nos la deriva. Se propone Silomat y, a falta de algo mejor, la interna propone reportarla al EFR y de hacerla entrar al servicio. Después de estas informaciones, la enfermera nos dice: “Es importante al menos que ustedes la vean” Algunos minutos más tarde, vamos a ver a Virginia. Su tos es en efecto desgarradora y acompañada de llanto. Está sentada, con un pequeño barreño en la mano, lista para vomitar. Su estado parecía tan grave que la enfermera la acompaña hasta nuestra oficina sosteniéndola de los brazos. Agotada, replegada sobre ella misma, delgada, Virginia parece tener diecisiete, dieciocho años como máximo. Virginia tose desde hace un mes y medio, ha debido ser hospitalizada el sábado precedente, y hoy estamos en el día viernes. Su tos le produce náuseas y cree que todo va a estallar en su interior. Ella señala su tórax cuando habla de su tos. Ella eslabona sobre las enfermedades de sus padres, su padre y su madre han sido enfermos de los pulmones y han muerto. Ella rectifica: se trata de su madre y del *padre* de su madre. Su madre murió en agosto, nosotros estamos en noviembre, y ella se pone a llorar diciendo que hoy es el día de su aniversario, su madre hubiera cumplido cincuenta y un años. Su madre estuvo enferma durante 10 años –Virginia tenía entonces la edad que nosotros le damos ahora aunque ella tenga de hecho veintiocho años- y ellos han vivido juntos los tres. No tiene ni hermano ni hermana. A propósito de los recuerdos de la enfermedad de su madre, ella dice: “Todo, ella ha vivido todo”. Ella ha hecho metástasis pulmonares, una ascitis, tosía, tenía todo tipo de medicamentos, hasta opiáceos. El “padre”, todavía esta palabra se sustituye a la de abuelo (*grand père*), ella no lo ha conocido, y reflexionando le viene la probabilidad de que él haya muerto cuando su madre estaba embarazada de ella³⁹, su madre tenía entonces la edad actual de Virginia. En los antecedentes, ella evoca a la madre de su madre que había muerto de tuberculosis cuando esta última tenía 12 años. Ella evoca también un trabajo en la peluquería que no ha detenido a pesar de la tos. Y ella continúa haciendo las tareas (*menage*⁴⁰) de su casa, pero no bien según su opinión. Y ¿es, sin saberlo nosotros⁴¹, que establecemos esta palabra *menage* y su edad, a medida que transcurre la entrevista, lo que nos hace preguntarle si tiene un compañero? Nos dice que tiene un marido y un niño pequeño de tres años y que su padre vive con ellos porque, precisa, “ella no va a dejarlo”. El hecho es que sin saber mucho cómo, la enfermera la designa al partir como Señora M. aún cuando hasta ese momento ella era “la joven que tose”. Durante toda nuestro encuentro, Virginia oscila entre los llantos y las sonrisas, sonrisas después de los llantos para excusarse de llorar. Cuando el neumonólogo nos llama para tener los informes, le decimos que los exámenes son normales y que sería necesario que la paciente venga para un test de diagnóstico de asma cuando la tos haya calmado un poco.

Cuando Virginia viene el miércoles siguiente, está sonriente, más distendida y tose mucho menos. Su queja se ha desplazado. Habla de su fatiga en relación a la tos, hablando de la tos, no señala más su tórax sino su garganta. Esta vez hace remontar la tos un poco más lejos en el tiempo, pero constata siempre un recrudecimiento desde hace un mes y medio. No comprende porqué, si ella tose siempre, el servicio por su

³⁹ Establece así un vínculo entre la muerte de su abuelo y su nacimiento. Ahí todavía se trata de descifrar lo Otro del discurso más que de escucharlo en presencia de otro, interlocutor simbólico del diálogo.

⁴⁰ Menaje: tareas, gobierno del hogar. Pareja (casada o no)

⁴¹ À notre insu: sin saberlo, inconscientemente.

lado se sorprenda que esta tos no ceda. No se encuentra nada. El test de la tuberculosis es negativo. El test del asma que pudimos realizar esta vez también es negativo. Virginia no comprende el origen de esta tos y finalmente llega a pensar que es su partida del hospital lo que la hará cesar. En suma, peregrinaje catártico para Virginia, retorno psíquico y material sobre los lugares de sufrimiento de la madre. Este “todo” (tout) y la “tos” (toux) que designa a la madre entran en coincidencia con esta dificultad de Virginia de crecer, de salir del trío de su infancia, su padre, ella y su madre. “No quiero dejarlo”, dice hablando de su padre, como ella no quiere “dejar” a su madre; no quiere hacer el duelo de su madre hasta el hecho de vomitar y tener náuseas como ella. Sin embargo, su cuerpo ruidoso, las lágrimas y la tos, hacen escuchar, en el reconocimiento, en la red asociativa de su discurso, el deseo de vivir de Virginia. Ella estará mejor, dice, cuando salga del hospital.

En el curso de este breve reconocimiento, lo que Virginia escucha de las palabras que es llevada a pronunciar se revela, sin dudas, estar en relación con un punto de identificación con la madre desaparecida a la cual ella se identifica por una tos cuya exploración puramente médica conduce a resultados completamente negativos. Va de suyo que el carácter breve, podríamos decir efímero, del instante de decir, en el cuadro de una consulta médica de exámenes complementarios, no permite a Virginia de proceder al análisis de su síntoma somático y de sus eventuales determinaciones. Por lo contrario la oferta de decir y de escuchar hacia la que la conducen sus propias palabras abren el campo de “una enfermedad del enfermo”, de una construcción intersubjetiva que el sujeto toma en cuenta y puede conducirlo a convertir su demanda médica en llamado terapéutico, a un “cuidado de sí”.

El caso de Virginia podría parecer una situación límite entre la medicina y el psicoanálisis en la medida en que los resultados de los exámenes médicos son negativos. Este tipo de argumentos nos parece constituir un resto del discurso médico en la misma lógica psicoanalítica. Una tal afirmación se olvidaría del hecho de que, para el psicoanalista, no es el carácter de realidad o de ilusión lo que da a un acontecimiento su pleno valor psíquico y su función reveladora del ser, sino su ocurrencia en la palabra como hecho de discurso. Como escribe Lacan: “Lo esencial del método freudiano para abordar lo que son las formaciones del inconscientes, es el de confiar en el relato. El acento está puesto sobre este hecho del lenguaje en el que toda verdad ha podido partir⁴².”

Tomemos otro ejemplo clínico. Cuando conocemos al Sr. T., cuarenta años, lo invitamos a decir lo que lo lleva a la consulta, respetando su encaminamiento en la palabra. No es cuestión de hacerlo hablar, de hacerle “un cacheo”, en una investigación psicológica del sentido oculto que debiera ser revelado por el desciframiento de su discurso para restituirse inmediatamente. Y esto tanto más como que el Sr. T va a decirnos rápidamente que salió de prisión y que este género de interrogatorio lo hace hablar, ir, sin dudas directamente al grano. Es lo que por otra parte hubiera permitido descubrir su *enfermedad*. Nuestro interés por el relato del Sr. T, es decir, nuestra implicación subjetiva en su historia, se encuentra ligado de entrada a esta “novela de la enfermedad” que él va a construir con nosotros. Es una sorpresa confirmar, siempre cada vez, con qué facilidad los pacientes se relatan se narran a sí mismos, esto va de suyo para ellos pero nunca para nosotros que los escuchamos. La “culpabilidad

⁴² Jacques Lacan, *L'envers de la psychanalyse* [1969-1970], Paris, Senil, 1991, p. 72

clínica⁴³ del cuidador corresponde a este sentimiento de transgredir una interdicción dejando surgir un hablar liberado de las reglas convencionales; entre otras, las reglas de cientificidad que finge olvidar “el llamado del enfermo”. Conviene no olvidar que el enfermo no demanda simplemente sanar y que es “en el registro del modo de responder a la demanda del enfermo que está la oportunidad de sobrevivir de la posición propiamente médica⁴⁴”. El otro detalle que suscitó nuestro interés por el Sr. T se debe a su enfermedad y al nombre de esta enfermedad, un nombre *extranjero*, que necesitará decirlo en el curso de nuestro encuentro, aún cuando consideraba conocer su diagnóstico cuando nosotros nos reunimos con él. Es inhabitual en nuestra práctica que nosotros recordemos un diagnóstico, salvo para las enfermedades que debemos diagnosticar nosotros mismos como el asma. Para las otras enfermedades, no teniendo a nuestra disposición todos los exámenes que nos autoricen a tales “revelaciones” médicas, nosotros dejamos al cuidado del médico que lo asiste el de dar o recordar al paciente el diagnóstico. En el caso del Sr. T, como a veces en otros casos, es la dinámica de la conversación y los efectos subjetivos del encuentro los que nos llevan a decirle el “nombre” de su enfermedad. El Sr. T. a olvidado pues, este nombre, aún cuando el que ha retenido, el “cáncer”, es un nombre mucho más familiar, más conocido y terriblemente más temible. Y este diagnóstico de cáncer parece ser aún el nombre de su enfermedad en el momento de nuestro encuentro. La novela de la enfermedad es para escuchar bien en el sentido de un relato fantasmático que releva al del mito, pero históricamente la “novela”, es también la “lengua vulgar”, “común”, por oposición a la lengua erudita, el latín en la Edad Media. El Sr. T. nos recuerda que el lenguaje médico es una lengua erudita, una lengua extranjera desde el punto de vista de la realidad psíquica y que son sus significantes, vectores de la lengua materna, lengua de la infancia, que actualizan la problemática psíquica, consciente e inconsciente del paciente. Los enfermos hablan del hecho mismo de las sonoridades significantes de ellos. Dicho de otro modo, el cáncer, de modo tácito *tu-mueres*⁴⁵, es el nombre que viene mejor para significar la culpabilidad de aquel que es o sería alcanzado con el cáncer. El miedo al cáncer sería este miedo de ser castigado de muerte por una falta que se habría cometido o aún el miedo de “portar” en sí la muerte, la mala intención, la “malignidad”. Qué de más normal es ser aliviado, como se dice “tener la conciencia tranquila”, cada vez que uno es liberado de esta amenaza, pero por supuesto que esto no se sostiene más que un tiempo, variable según los momentos y los sujetos, y el miedo y la angustia resurgen. A veces también, el nombre de “cáncer” es un tabú que el paciente evitará cuidadosamente a todo lo largo de las consultas, aunque incluso emplee el nombre de “metástasis”.

Cuando recibimos al Sr. T. y le preguntamos que es lo que lo trae, tarda en responder. Parece sorprendido de la pregunta y es verdad que la ficha del servicio que nos lo deriva indica claramente “balance de una sarcoidosis”. Para muchos pacientes afectados de sarcoidosis, el misterio de esta enfermedad, de su nombre, la angustia que ella suscita los conduce casi siempre a aproximarla al cáncer, más aún en el curso de la investigación del diagnóstico cuando se presenta en su forma ganglionar y pulmonar, que en el momento del anuncio del diagnóstico. Sarcoidosis, esta enfermedad que no tiene nada que ver con el cáncer, se aproxima sin embargo a otro nombre de cáncer, el de sarcoma (tumor fibroplástico). Esta enfermedad es llamada también BBS (enfermedad de Besnier-Boeck-Shaumann) por los nombre de aquellos que han descrito

⁴³ Pierre Fedida, “Preface à “Popper, la science et la psychanalyse””, *Ciniques méditerranéennes*, 1994, 41/42, p. 5-8

⁴⁴ Jacques Lacan, “La place de la psychanalyse dans la médecine” [1966] in: Jenny Aubry, *Psychanalyse des enfants séparés*, Paris, Denoël 2002, p. 301

⁴⁵ tu-meurs = tu mueres , tumeurs = tumores

las lesiones de la enfermedad (cutáneas, ganglionares y pulmonares). Se subrayará de paso que sarcoide es un término creado por Kaposi en 1873 para designar un grupo de neoplasias cutáneas, término que Boeck va a utilizar inmediatamente para designar los nódulos cutáneos característicos de la sarcoidosis. El tumor, el cáncer, es anunciador de muerte y no dejará de provocar la angustia en el enfermo⁴⁶. Para esta otra paciente, con la que nos encontramos regularmente desde el descubrimiento, también fortuito en su caso, de una sarcoidosis, es, dos años después, la torpeza de una información médica la que vuelve a lanzar su temor al cáncer. Aliviada en la medida de nuestros encuentros sobre este punto, pero con un fondo de inquietud permanente, ella nos anuncia un día, que la cortisona va a ser reemplazada por el Methotrexate y que más allá de eso todo va bien, ella ha sido abuela de una niña, su marido va mejor, etc. Escuchamos las complejas peripecias para la elección del nombre de su nieta con la que ella visiblemente se entretiene; nombre que es también el suyo y el de su suegra. Después vuelve sobre el tema del cambio de tratamiento previsto por el médico neumonólogo. Va a ser necesario reemplazar la Cortisona, insuficiente en su eficacia sobre la sarcoidosis, por el Methotrexate mencionado por el médico como “*quimioterapia*”. La paciente sale de esa consulta derrumbada y con la convicción de tener un cáncer. Está en pánico. Un mes más tarde el médico le señala el sentido de la palabra “*quimioterapia*” y algún tiempo después, en nuestra consulta, todavía no verdaderamente aliviada, nos vuelve a plantear la cuestión del cáncer, deplorando de paso que ciertos médicos no saben qué hacer con ello, su médico se había tomado un mes para explicarle que “*quimioterapia*” es un término genérico que no concierne solamente al tratamiento de los cánceres.

Para el Sr. T la aproximación entre sarcoidosis y cáncer es más brutal, participa de la realidad y no solo del fantasma. A nuestra cuestión sobre lo que lo lleva a la consulta, el Sr. T. termina por decir que se trata de un descubrimiento fortuito, pero no sabe de qué enfermedad. Más precisamente, esto permanece detrás de otra verdad, durante un tiempo objetiva y actualmente subjetiva: *la noticia de un cáncer*. El descubrimiento de un ganglio mediante la radiografía de tórax. He aquí las circunstancias de este descubrimiento. El Sr. T. tenía con un cliente una deuda de 2000 euros. Su actividad profesional permanece imprecisa, como además sus estadías precedentes en la prisión. Las cosas comenzaron, según su relato, en lo del juez que le había demandado pagar 1.500 euros, él quería llamar a su mujer para reunir la suma, pero tenía que pagarlo inmediatamente y entonces volvió a encontrarse nuevamente preso. Allí debía pagar veinticinco días. A su arribo a la prisión, la radiografía de tórax reveló los “*ganglios*”, lo que él ha retenido muy bien y que por otra parte concuerda con el informe médico; hecho objetivo cuyo diagnóstico subjetivo queda por hacer. El médico le explicó, entonces, que él tenía un cáncer: “*tu tienes un cáncer*” le ha dicho. Al escucharlo, al escuchar la brutalidad con la cual habría sido hecho este anuncio, nos pareció que el lugar carcelario había favorecido la revelación de esta enfermedad mortal, de alguna

⁴⁶ Aunque concientemente, en el discurso del paciente, pueda tratarse del temor de los sufrimientos provocados por la progresión del cáncer. Es el caso de esta dama de ochenta años que debe ser operada al día siguiente de nuestro encuentro por una sospecha de cáncer de colon. Ella se siente más en el vientre desde hace tres meses y es el tiempo que tuvo que esperar para tener la cita con el profesor de su elección. Lo que la lleva a preguntarse en la víspera de su intervención quirúrgica si este plazo no ha sido demasiado largo. Y nosotros podemos también preguntarnos sobre los fracasos de nuestra medicina preventiva, cuando ella puede ser anulada por el largo plazo de espera. No podemos decirle nada sobre este tema y sobre lo que sea de esta interrogación, lo esencial de la inquietud de esta anciana es llevado al sufrimiento que la espera, y no la muerte, puesto que llaga a evocar la idea de que puedan ponerle una inyección mortal durante la intervención, fantasía entre sueño y pesadilla. Mejor la muerte que los sufrimientos, nos dice, porque ha visto sufrir demasiado de sus cánceres a su cuñada y a su hermano.

manera una *segunda pena* para el Sr. T., mucho más pesada y sin ninguna comparación con la primera –algunos días en prisión- puesto que se trataría de una pena de muerte que le habría sido significada mediante el anuncio de esta enfermedad mortal, un cáncer. El había sido transferido al sector carcelario de un hospital de la ciudad en el que había pasado los veinticinco días “más terribles de su vida”. Desde entonces tiene miedo, tiene miedo del cáncer. En su entorno, es su madre quién murió de cáncer hace cinco años, era un cáncer de estómago. Lo que lo lleva a constatar que, al contrario de su madre se podría decir, para él es una oportunidad que eso haya sucedido así sino no hubiera descubierto su *enfermedad*, cuyo nombre no ha vuelto encontrar. Lo busca en vano y termina por decirnos sonriendo: “ustedes me dan miedo con todas sus preguntas”. Es entonces que le comunicamos el nombre de su enfermedad, lo que lo lleva a encadenar todos los exámenes que han permitido el diagnóstico: fibroscopía, mediastinoscopía, etc.

Evocando en sus antecedentes una enfermedad pulmonar, un quiste hidatídico⁴⁷ del que fue operado hace dieciocho años, le preguntamos por sus orígenes (desde el punto de vista médico, es una enfermedad infecciosa frecuente sobre todo en Marruecos). Se toma inmediatamente de esta pregunta para hablar de su infancia; en efecto, en un pueblo de Marruecos. Entre los cinco y los dieciocho años, el Sr. T. vivió en las montañas, muy lejos de la capital y con sus abuelos, su vida allí fue muy dura. El hubiera podido tener éxito en sus estudios, era muy bueno en la escuela, pero se necesitaba cuidar a los animales, trabajar y él no pudo. Sus abuelos estaban solos, les faltaba compañía (dicho de otro modo, les falta ayuda) y el padre lo designó, a él, para acercarse a sus abuelos, tenía entonces cinco años. Este padre, era muy duro y nunca pudo entenderse con él. Cuando a los dieciocho años estuvo enfermo, tenía fiebre, el padre, por teléfono, no le creyó y le dijo que lo hacía a propósito para volver a la capital. La continuación de su relato nos enseña que la enfermedad le permitió, como hoy, salir de la “prisión” de sus abuelos. Un gendarme – extraña coincidencia también- que vino a ver qué es lo que sucedía porque él faltaba desde hacía una semana del Liceo, lo metió en un colectivo para que fuese a hacerse tratar al hospital, a siete horas de viaje de la casa de sus abuelos. El padre seguía sin creerle y fue el cirujano quién terminó por hacerle admitir la gravedad del estado de su hijo. Fue operado por un buen cirujano, recuerda su nombre, un nombre francés que él nos enuncia, y eso hubo terminado bien. De hecho, la enfermedad o aún el hospital –donde nos encontramos en el momento en el que nos habla- que salva de la prisión, prisión real o prisión abuelos, se vuelve a encontrar en la continuación de su relato cuando nos habla de su hermano. De hecho, el Sr. T vino a la casa de sus abuelos para reemplazar a su hermano mayor. El hermano mayor fue hospitalizado, prácticamente muerto después de un accidente de circulación, en el hospital en el que nos encontramos y donde él ha sido salvado. El se encuentra bien ahora, tiene justamente un problema de rodillas y, para su hermano como para él está fuera de cuestión el de retornar a su país de origen. Por otra parte, se siente un extranjero en su familia y en su país, y atribuye su “timidez” a su exilio de infancia en el campo, en la casa de sus abuelos. El Sr. T desplegó su relato asociativo según una *sintaxis inconsciente* de la deuda, de la falta, de la punición, de la amenaza de muerte, de la enfermedad, de las relaciones con el Otro, etc. Evidentemente, en este tipo de trabajo analítico, no se trata de *de-construir* este discurso y de analizarlo en relación a la transferencia considerada como predicación de lo infantil. Pero presuponemos que esta enunciación de una palabra “plena” tiene efectos simbólicos sobre la relación que un sujeto sostiene con sus síntomas, su cuerpo, la enfermedad, el cuidado y los cuidadores.

⁴⁷ Enfermedad producida por una variedad de tenia.

Cuando al final de la conversación le preguntamos al Sr. T. sobre su estado de salud actual, él dice que va bien. Que no tiene problemas de salud, salvo que de vez en cuando, desde hace una decena de años, le vuelve algo por el cual consulta regularmente. El síntoma, que lo acompaña desde hace años de manea incomprensible tanto para él como para los médicos, es el siguiente: tiene la boca *amarga* (amère); se despierta en la mañana con un líquido amargo en la boca, babeando y la almohada mojada. El escuchar este gusto “a-margo” (a-mère) que lo persigue desde hace muchos años, nos interrogamos sobre el lugar que nos asigna cuando al finalizar la conversación y los exámenes, lo sentimos molesto, listo para decir algo, y entonces le preguntamos si él quiere decir algo. Tímidamente, dirá: “Usted es bella”, y después: “Gracias”. En ese momento, poco le importa que le hayamos anunciado que ciertos valores estuviesen ligeramente anormales (difusión y volumen pulmonares). El valor enigmático de ciertas vocablos, significantes, “a-mère” por ejemplo, en la red asociativa de otros vocablos como “sarcoidosis”, “cáncer”, “prisión”, etc., sería susceptible de despertar otros enigmas dejados en latencia en una historia singular y que, como lo escribe Freud, “acechaba la primera ocasión para manifestarse”. Con esto, simplemente subrayamos que en el discurso pronunciado por el médico hay un *otro discurso* escuchado por el paciente. Cuando decimos “otro discurso en el discurso”, es en el sentido en el que Paul Eluard podía decir: “ Hay otro mundo pero está en este”. En la escena médica, el médico y el paciente escuchan bien las mismas réplicas, pero ellos no juegan en la misma historia. Las palabras que son llevados a pronunciar no son las mismas que aquellas que ellos entienden escuchar. El milagro de la comunicación proviene en que ella, a partir de un código común, puede proseguirse mientras tanto, con *mensajes* singulares. Los efectos de los fenómenos y de las palabras pronunciadas provienen de el hecho de que ellos son escuchados pero sobre todo *esperados* por cada uno, en función de la historia de cada uno, como viniendo a aportar las “novedades” de un lugar – el cuerpo- del que estamos exiliados.

Claude-Guy Bruère-Dawson⁴⁸ nos da un excelente ejemplo de la manera en la que los nombres de las enfermedades, de los medicamentos, hasta de los cuidados o de los practicantes, participan en la determinación de los síntomas o de las formaciones del inconsciente (lapsus, sueño, transferencia). Se trata de un paciente en análisis, Pierre, que no puede desprenderse de su descongestionante nasal, el Aturgyl, sin el cual se sofoca. Lo tiene permanentemente con él. Ha probado todos los descongestionantes posibles pero solo el Aturgyl se revela eficaz. Lleva consigo el Aturgyl noche y día. Además, la sola idea de que pueda perderlo provoca una crisis de obstrucción nasal y una angustia insostenible. Este Aturgyl aparece muchas veces en su discurso, y de manera obsesionante. Y luego un día, cuenta Claude-Guy Bruère-Dawson, el paciente presenta un sueño. En este sueño, él escala un monte en Ariège, allí donde el paciente sabe que el analista pasa habitualmente sus vacaciones. Durante la escalada, eufórico, respira a pleno pulmón. Agrega que su madre ya había llegado a la cima, como sobre un campo, y que él iba a reunirse con ella y no sabe, por otra parte, si estaba sola. Luego, de golpe, escucha a su madre decirle: “¿No has olvidado tu Aturgyl?” “Busco por todos lados mi Aturgyl, dice él, no lo encuentro. Me despierto sofocado”, y agrega: “Es porque yo ya debía estar sofocado que soñé con mi Aturgyl”. El analista interviene sobre “si, mi-naturgyl”. Gilles (se pronuncia yil), era el nombre del profesor de danza de su madre del cual ella elogia la belleza: “¿No has olvidado tu naturaleza, Gilles?” (N’as-tu oublié ta nature, Gilles? (n-atur-gyl)). Entonces, sin deber retomar el análisis del sueño como lo propone Claude-Guy Bruère-Dawson y en particular sobre la

⁴⁸ Claude-Guy Bruère-Dawson, *Clinique et/ou structure épistemosomatiques*, tesis de doctorado de Estado en letras y ciencias humanas, Aix – Marseille I, 1990, 297 paginas.

identificación sexuada del muchacho, notemos solamente cómo la complacencia lingüística del nombre de un medicamento permite a un paciente emprender un sueño y determina la interpretación de un síntoma.

Para volver a evocar nuestra consulta habitual, lo que queremos decir en este punto de los relatos clínicos, es que no es la enfermedad, el acontecimiento somático en tanto que tal, el que crea y se encuentra en el origen de las construcciones míticas de los pacientes sino más bien el sufrimiento, sufrimiento psíquico para la mayor parte de los pacientes que nosotros conocemos. Lo más a menudo, espontáneamente, fácilmente ellos se sorprenden de esta ocasión de decir, de este instante de decir. Estos pacientes presentan, y es en nuestra opinión un punto importante, un sufrimiento psíquico común, “normal”. En el momento en el que los conocemos ellos están, sin duda, “muy cerca de sanar”, de ahí este costado un poco mágico de nuestras intervenciones. Estos pacientes “comunes” no están en su mayoría para ser destinados a la psicoterapia y menos aún a las curas analíticas. El instante de decir les permite, en el tiempo de una “breve” consulta, hacer un trabajo de memoria que les da el testimonio de que ellos no han sufrido en vano. Henry Michaux escribe: “El sufrimiento está aparte. Aislado por nuestra falta, por nuestra carencia en establecer las relaciones de él con nosotros, de él con otras impresiones. ¿Es un rechazo? [...]. Las relaciones tan difícil de establecer con el sufrimiento y con toda nueva estésia, he aquí lo que el que sufre no logra, he aquí su verdadero sufrimiento, el sufrimiento en el sufrimiento, su fracaso, y he aquí también cómo, en espera de un tiempo mejor, dirigido tontamente sobre el futuro, he ahí cómo aquel que le ha puesto mala cara, va a olvidarlo, va a devenir totalmente incapaz de evocarlo, a él que era tan importante y que ocupaba todo el sitio. Co-anestesia, *mare nostrum*, madre de lo absurdo. Enfermedades, males, sufrimientos psíquicos, son algo inasimilables. Hubiera querido, de mi parte, no haber pasado completamente al costado, no haber sufrido en vano”⁴⁹.

Curar de lo psíquico

Esta expropiación subjetiva de la enfermedad y de sus tratamientos convoca al paciente a deber curarse de otra enfermedad que la enfermedad médica: “la enfermedad del enfermo”. El sujeto se encuentra convocado a curarse “del giro hostigador de su vida psíquica” por el sueño y las otras formaciones del inconsciente, en el primer rango de las cuales se produce la palabra verdadera. Pierre Fédida subraya esta “evidencia paradójica: la que consiste en afirmar que la psicoterapia se da por objetivo el tomar cuidado del sufrimiento psíquico; que su objetivo no es otro que de alcanzar a curar a los humanos de esto psíquico que los hace sufrir”⁵⁰.

El concepto de curación se revela inseparable del de enfermedad y de la extensión polisémica que esta noción ha podido tomar en la historia de las prácticas de salud. Canguilhem recuerda que etimológicamente “curar es proteger, defender, muñir, casi militarmente, contra una agresión o una sedición. La imagen del organismo aquí presente es el de una ciudad amenazada por un enemigo exterior o interior. Curar es guardar, proteger”⁵¹. Esta concepción de la cura como ofensiva-defensiva a una agresión o a un desorden corporal se sirve de la metáfora de las invasiones o de los trastornos sociales que se apoderan de la ciudad. Esta metáfora acompaña la creencia según la

⁴⁹ Henry Michaux, “Bras casé”, en: *Face à ce qui se dérobe*. Paris, Gallimard. 1975. p 9-10.

⁵⁰ Oierre Fédida, *Des bienfaits de la depresión*, Paris. Odile Jacob 2001 p.126

⁵¹ George Canguilhem, *écrits sur la médecine*, op. cit. P73

cual sería posible un retorno al orden anterior: “En este sentido, curación significa reversibilidad de los fenómenos cuya sucesión constituiría la enfermedad [...]”⁵². Una tal creencia se encuentra solidamente implantada en el discurso de opinión común o en los propósitos singulares del enfermo que concibe la cura como los reencuentros con una salud anterior promovida así, en tanto que bien perdido o deteriorado entregado, a la paz de los órganos.

La modificación del concepto de enfermedad en el curso del siglo XX condujo a revisar el concepto de curación no bajo el ángulo de una restitución *ad integrum* de este bien sino más bien de la recuperación de la capacidad de gozar de él. Portarse bien consiste entonces en comportarse bien en las situaciones en las cuales se debe hacer frente, lo mejor, con los medios de que se dispone, *físicos* ciertamente, pero también *psíquicos* y *sociales*. Este desplazamiento del centro de gravedad de los conceptos de curación prepara, de una cierta manera, a reconocer que la curación en la realidad psíquica no se inscribe forzosamente en el mismo espacio y según la misma sintaxis que la curación médica atestiguada. Surge ahí todavía la sombra de la *ética*, según que el practicante quiera o no tomar en consideración este hecho psicoanalítico bien establecido⁵³. ¿El practicante, sin embargo, habrá llevado a término su misión cuando, valiéndose de sus protocolos terapéuticos, legítimos y valiosos, haya dado a sus pacientes sus capacidades físicas? Esto sería olvidar que “las enfermedades del hombre no son solamente limitaciones de su poder físico, son además los dramas de su historia”⁵⁴. Y nosotros pensamos que es en este mismo punto que el psicoanalista tiene para decir su palabra: ¿Qué es de este sujeto en su drama personal y en su historia singular con lo que le adviene como enfermedad o como curación? O incluso, ¿qué hacer por este sujeto que implora la reversibilidad del tiempo para permanecer apegado a una salud míticamente perdida o a la idea de una enfermedad de la que teme el tener que renunciar aún cuando, médicamente hablando ella ha devenido obsoleta? Probablemente, ¿es en este sentido que Canguilhem aproximaba la “pedagogía de la curación” al concepto freudiano de prueba de la realidad” *¿Una prueba de curación, en suma?*

“La muerte es cierta, pero la hora incierta”, decían los antiguos. Curar, en todos los sentidos del término, ¿no es permitir que, para un sujeto dado, pueda re-abrirse una *relación de incertidumbre* en cuanto a su advenir? ¿comprometer un tiempo para el enfermo? Si el advenir, como lo subraya Jean-Luc Nancy⁵⁵, está en parte ligado con la *desnudez* que se hurta infinitamente por un plus de pensamiento y un plus de libertad, el saber de la enfermedad, su nominación, su pronóstico, envuelven, endeudan, hacen pantalla al mismo tiempo, a este advenir. Por ello, es necesario curar con el fin de encontrar una libertad de pensamiento y de vida más grande. Curar, no es entonces olvidar una enfermedad que la medicina ha tratado con éxito, curar es también olvidar el *saber* que ella procura sobre la causa y la hora de su muerte. Es en suma, olvidar la muerte para re-encontrar mejor el tiempo en una duración donde no se sabe cuando ni de qué uno va a morir. Es, no hacer como si el tiempo se considerara reversible, sino por el contrario asumir plenamente su irreversibilidad y volver a abrir nuevamente el enigma de su término, de su intercambio, que la enfermedad había resuelto prematuramente. Por ello solamente, la curación médica certificada, aunque necesaria, no es suficiente. Es necesario, todavía, que esta cura médica se acompañe de una modificación tal en la economía psíquica que su realidad se inscriba en otra relación del

⁵² Ibid., p.75

⁵³ Cf. Danièle Lebrun, *L'enfant donné pour la mort. Les enjeux psychiques de la guérison*. Paris, Dunot, 1989.

⁵⁴ George Canguilhem, *écrits sur las médecine*. Op. cit. Pag.89

⁵⁵ Jean-Luc Nancy, op. cit.

sujeto a su ser para-la-muerte, que el sujeto renuncie al *saber sobre la muerte*, realizada de manera probabilística en su intercambio y en su causa, para abrirse al *no-saber de su ser para la muerte*, a su desnudez misma. Esta modificación de las posiciones psíquicas de un sujeto se encuentra ser necesariamente *singular* y es por lo cual ella exige del practicante una clínica que no ceda ni sobre su método, ni sobre su ética: acompañar a un sujeto hasta *curar su curación*.

Es evidente que no podemos detallar las sesiones de psicoanálisis en el curso de las cuales hemos aprendido de nuestros pacientes en cuanto la enfermedad grave, sea esta cancerosa, cardiovascular, neurológica, etc., una vez médicamente curada, podía permanecer “encapsulada” en el psiquismo como un trauma al cual los pacientes no podían renunciar. A lo que el paciente no podía renunciar, no es solo al valor traumático de la enfermedad, a sus efectos de quedar pasmado, si no es también al *saber* que ella procura sobre la causa y el lugar de la muerte así anticipada. En los momentos en los que una enfermedad orgánica grave deteriora la economía subjetiva de un analisante, este *trauma actual* hace enclave y obstrucción al psiquismo y a la cura analítica que restituye la historia de ello. Este *saber* funciona un poco como los recuerdos-pantallas de situaciones traumáticas que el analisante repite incansablemente y en el curso de las cuales se anula como sujeto a falta de poder disolverlas en la simbolización de un espacio psíquico. Se puede decir entonces que la enfermedad, y aún el tumor, medicamento curados funcionan, paradójicamente, como un auténtico *miembro fantasma* del que el sujeto no puede renunciar. Y uno vuelve a pensar en esa fijación al traumatismo de la que Freud no dejó de volver en el curso de su última obra, *El hombre Moisés y la religión monoteísta*⁵⁶. Evidentemente, no por el hecho de informar al paciente de su curación médica, se producirá automáticamente la curación psíquica de su enfermedad. Para que esta cura advenga, es necesario que el paciente incube, *olvide* esta experiencia que durante un tiempo obnubiló el campo de su conciencia. Es necesario que él abandone este *real* de la experiencia dolorosa o trágica de la enfermedad en un trayecto de melancolización en el curso del cual lo pondrá en la *sepultura* de los sueños y de las formaciones del inconsciente. Sólo esta puesta en sepultura en los sueños y en las formaciones del inconsciente constituye el auténtico trabajo de duelo requerido para curar psíquicamente de una curación médicamente anunciada, pero para la cual el paciente se rehúsa a renunciar al *saber* que ella procura. Pensamos en ese paciente operado de un cáncer de garganta que lo priva de su voz. Algunos meses más tarde, sueña que se escucha hablar con su antigua voz. Ahí está el trabajo del sueño. Ahí está el auténtico trabajo de sepultura que solo lo asegura la curación psíquica. De no tomar en cuenta la medida y el alcance de esta distinción entre la curación médica y la curación psíquica⁵⁷, los médicos y los equipos de cuidadores se enfrentan a numerosos malentendidos y a diversas incomprensiones. Así sucede con un paciente operado con éxito de un trastorno de la visión y que se queja al equipo de cuidadores de ver muy nítidamente y claramente las cosas, y que no reúne sino incomprensión y sarcasmos. Los médicos testimonian de su incapacidad “terapéutica” para comprender que sus gestos “médicos” habían cambiado el punto de vista del paciente hasta hacerle vivir una experiencia extraña de despersonalización transitoria.

En el *Prometeo* de Esquilo, Prometeo no es solo el héroe que le sustrae a los dioses el fuego para aportarlo a los hombres, es aquel que les retira la presciencia de la hora de sus muerte y les abre así un futuro indeterminado: “Tal sería su verdadero don. Los

⁵⁶ Sigmund Freud, *L'Homme Moïse et la religion monotheiste* (1939). Paris, Gallimard. 1986.

⁵⁷ En *L'Enfant donné pour sa morte* (op.cit), Danièle Brun ha puesto en evidencia muy bien los compromisos políticos de las curas médicas.

hombres habrían pasado sus vidas anteriores en cavernas a la espera, ociosos y demorados, de sus muerte, como tantos otros animales en sus antros. Pero, desde que se les ha retirado el conocimiento de la hora de sus muerte, la esperanza nació en ellos; los hombres se despertaron entonces y se pusieron a transformar el mundo de ellos en un mundo habitable”⁵⁸. Lo que Prometeo aporta a la humanidad revela no solamente de un *suplemento* aportado por la técnica sino también de una sustracción, *sustracción* de un saber sobre la muerte. Con esta condición, lo humano puede vivir. Esta relación con el saber organiza el conjunto de las teorías y de las prácticas médicas. Y lo que el psicoanálisis puede sin dudas aportar a la medicina rehabilita al reconocimiento de otra forma de saber que el que se produce por la lógica racional, un saber que no es solamente un saber religioso y mágico de los médicos antiguos cuyas prácticas explotaban el fondo subjetivo, sino el tomar en cuenta un saber del sujeto, desconocido, lo inconsciente. Este saber de la memoria inconsciente se mezcla sin cesar en la conversación del coloquio médico para decir lo que la enfermedad y el cuidado representan: “En las personas, que aunque predisuestas a la neurosis, no sufren de una neurosis declaradas, sucede que una alteración corporal mórbida, por inflamación o lesión, despierta el trabajo de formación de síntomas, de tal suerte que el síntoma provisto por la realidad deviene inmediatamente el representante de todas las fantasías inconscientes que acechan la primera ocasión de manifestarse”⁵⁹. Esto, el paciente finge ignorar todo confesándolo, el médico desaprueba todo continuando saberlo.

⁵⁸ Hans George Gadamer, filosofía de la salud, op. cit. P.165.

⁵⁹ Sigmund Freud, “LA nervosité commune” (1916-1917), in: Introduction à la psychanalyse, Payot. 1961, p. 369.