

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

La presentación de enfermos: recorrido de Foucault, invención de Lacan.

Castro Tolosa, Silvana y Minaudo, Julia.

Cita:

Castro Tolosa, Silvana y Minaudo, Julia (2014). *La presentación de enfermos: recorrido de Foucault, invención de Lacan*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/595>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/X22>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA PRESENTACIÓN DE ENFERMOS: RECORRIDO DE FOUCAULT, INVENCION DE LACAN

Castro Tolosa, Silvana; Minaudo, Julia
UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Uno de los dispositivos que Lacan ha desarrollado y sostenido para constatar en la práctica clínica los conceptos teóricos por él mismo propuestos ha sido la presentación de enfermos. Apoyándonos en “El nacimiento de la clínica” de Michel Foucault (1963), me dispongo a intentar revisar esta idea de clínica que dicho autor enfatiza allí y explorar el vínculo con la invención lacaniana del dispositivo de presentación de enfermos. ¿Hay una herencia allí? La clínica según tal como la describe la medicina ¿es el antecedente de la presentación de enfermos?

Palabras clave

Clínica, Presentación de Enfermos, Psiquiatría, Psicoanálisis

ABSTRACT

PATIENT PRESENTATION: FOUCAULT'S ITINERARY, LACAN'S INVENTION
Based on “The birth of the clinic” of Michel Foucault (1963), we will carry out a revision of the idea of clinic that this author there emphasizes and will also explore its link with the later Lacanian invention of the setting of patient presentations. What traces from the classical clinic can we recognize in the setting reinvented by Lacan? the clinic, as is described by medicine, is it really the antecedent of the patient presentation?

Key words

Clinic, Patient Presentation, Psychiatry, Psychoanalysis

Uno de los dispositivos que Lacan ha desarrollado y sostenido para constatar en la práctica clínica los conceptos teóricos por él mismo propuestos, ha sido la presentación de enfermos. Lacan señala en varias oportunidades que el formato de este dispositivo ha sido extraído principalmente de la psiquiatría, pero luego se vio profundamente modificado para sustentar la práctica psicoanalítica que él intentaba mostrar.

Apoyándonos en “El nacimiento de la clínica” de Michel Foucault (1963), nos disponemos a revisar la idea de clínica que dicho autor enfatiza allí y explorar el vínculo con la posterior invención lacaniana del dispositivo de presentación de enfermos. ¿Qué permanece de esa herencia allí? ¿Qué rastros de la clínica clásica podemos reconocer en el dispositivo reinventado por Lacan? La clínica según tal como la describe la medicina ¿es realmente el antecedente de la presentación de enfermos?

El nacimiento de la clínica según Michel Foucault

A partir de la lectura de “El nacimiento de la clínica” de M. Foucault podemos enfatizar que el autor tiene como estilo el situar los entrecruzamientos históricos para poder reseñar el tema. En este libro él sostiene que el saber nunca es uno, sino que está disperso. Considera que la clínica es una determinada configuración del saber médico y sitúa su nacimiento en el siglo XVIII en función de ciertas

discusiones políticas respecto de la medicina.

La intención nosológica de la denominada “medicina clasificadora” disparaba una mirada altamente descriptiva, aquella mirada que recorre la superficie del cuerpo. Lo importante allí es el espacio del cuerpo sufriente y la mirada del médico capaz de recorrer ese espacio para encontrar el sufrimiento. Así entonces, la verdad del hecho patológico estaría en aquello que es visible, aquello que el ojo puede captar en la superficie corporal a nivel del sufrimiento. Se auspicia de este modo un encuentro de la mirada con el síntoma *en* el cuerpo. Foucault explica que lo que halla en los escritos de esa época es que esa mirada necesita apartarse del enfermo, entendiendo que esta funciona como una perturbación. El ideal sería que tanto el enfermo como el médico pudieran abstraerse en esa situación y que el único encuentro fuera *en* el cuerpo para poder hallar las manifestaciones del sufrimiento. La importancia recae en encontrar la expresión del hecho patológico en el cuerpo y hay una mirada capaz de detectarla.

Foucault señala que esta concepción, coexiste con la “medicina de las especies”, contexto en el que había muchas enfermedades y los médicos debían sofozar al Estado de esta demanda. Lejos de la idea de contagio, la epidemia se producía por algo que estaba mal en el espacio social. La causa es espacio-temporal (costumbres, causas, alimentación, etc.), cuestiones que sirven a la propagación de la enfermedad. Los médicos se ven así compelidos a producir un saber sobre las epidemias. La medicina empieza a pensar que los ciudadanos, cada uno, deberían hacerse cargo de su salud. Por cuenta de los médicos corre la prescripción de qué hay que hacer, pero el ciudadano debe llevarlo a cabo. Así los médicos contribuyen a la instauración de un discurso moral, ya que esta postura va a dar lugar a un ideal de normalidad respecto de qué sería un hombre sano. La relación entre la medicina y el estado da como resultado una moral que le exige a los cuerpos.

En la mirada política de Foucault se subraya una exigencia de cura a partir de la incidencia-insistencia del Estado, frente a la cual el médico debe responder. La “vida sana” así entendida solo puede ser ejecutada por la burguesía, lo que deja planteada la pregunta por qué sucedía con los carenciados. La formación del médico garantizaba que su figura sería realmente eficaz para curar y contribuir con el Estado.

El surgimiento de los hospitales es señalado a raíz de la guerra en el siglo XVII. Hasta ese momento la medicina se desarrollaba en el ámbito familiar. Los hospitales aparecen como el lugar donde se destina a los pobres que enferman, pero el fenómeno insurrecto de la Revolución francesa (1789 -1799) produce un giro hacia la externación de esos sujetos, por razones económicas.

La “medicina clasificadora” combate la idea del hospital, sostiene que allí las enfermedades se propagan. Los hospitales deberían desaparecer, se retoma la importancia del tratamiento propiciado por la medicina en el seno de la familia. Es así como la Revolución francesa impulsa ciertos movimientos respecto de la medicina: en principio, lo que puede denominarse como un ejercicio de vigilan-

cia. Se trata de la existencia tanto de maestros de medicina como así también de oficiales quienes son los encargados del control. Esto se relaciona con la idea de que el pobre se enferma de dolencias simples, razón por la cual, un oficial puede atenderlo sin la necesidad de convocar a un médico. El burgués, en cambio, que ha cumplido con todas las condiciones que se esperaban de él, si de todos modos enferma, se tratará de una dolencia grave, la cual sí necesitará del saber del médico.

De este modo Foucault muestra como cada vez que se instala un discurso condensador de saber, se comienzan a despertar otros discursos que no le son homogéneos, este es un ejemplo de la dispersión de la que hablábamos al comienzo de este apartado.

A partir de la Revolución, y por los aspectos descriptos hasta aquí, surge la idea del establecimiento de un comité que se haría cargo de la situación, pero también (y subrayemos la importancia) se encargaría de formar a los médicos, ya que -cuando surgen las escuelas de formación- rápidamente se corrompen. La Revolución intenta destituir el clero como único, se arma de un clero médico. Así, la medicina produce una moral e instala un órgano político. La moral es discursivamente aquello en lo cual la medicina se sostiene para poder exigirle al Estado este reconocimiento: la medicina sería la encargada del alma y del cuerpo, el Estado debe abastecerla económicamente y respaldarla para tal fin.

Foucault detecta que siempre hay una tendencia a concentrar el saber en un discurso y que el discurso del saber intenta institucionalizarse. Pero -al mismo tiempo que algo se instaure- algo se dispersa. No hay manera que el discurso universal logre controlar la dispersión de sus efectos.

El efecto de estos movimientos desemboca en la necesidad de poder dar cuenta del quehacer médico, por eso se reinstaura la jerarquía política de la clínica donde obtiene primacía la formación clínica por sobre la teórica. Aquí se produce el resurgimiento del hospital, pero de una manera distinta. Se lo reconsidera ahora en función de la jerarquía que se le va a dar a la clínica, porque allí se aprecia la repetición de los casos. Se subraya la idea de que no hay clínica que no sea pedagógica. La clínica se va a hacer cargo de la formación del médico pero de un modo que garantice su acción. La formación del médico tiene que estar ligada al lecho, allí el maestro utiliza al cuerpo padeciente como herramienta de enseñanza para los alumnos médicos. El ver se entrama con el saber que ahora además, es pedagógico.

La mirada encuentra una configuración, los síntomas son manifestaciones de la naturaleza que ante la mirada del médico se transforman en signos. La verdad se torna visible pero se instaure en el momento en que esa configuración encuentra un nombre, incide el lenguaje que cristaliza la mirada médica en un nombre que es el de la enfermedad. (Las enfermedades llevan los nombres de los médicos que las descubren).

La dimensión de la nominación cobra importancia central ya que mientras se trata de signos, la semántica es plural, aún pueden ser interpretados; no así una vez que se nombra la enfermedad (antecedente privilegiado de diagnóstico). Una vez que hay nominación, se acaba la polisemia de los signos. En la intención nominativa -diagnóstica se reduce la polisemia del sufrimiento. Esta idea expresa que la clínica es dueña de su verdad.

El hospital se instaure como espacio en donde hay un contrato encubierto: es el lugar donde se cura a los pobres y donde se forman los médicos. La discusión moral se despliega en torno a que los médicos se forman manipulando el cuerpo de los pobres. ¿Qué derecho se tiene de formarse así? La burguesía asume que los hospitales son necesarios, porque sino los pobres enfermos quedarían

tirados en las calles, propiciando el contagio. Un contrato implícito de "solidaridad" tiene lugar entonces: los ricos pagando sus impuestos mantienen los hospitales donde yacen los pobres que donan su cuerpo para que los médicos aprendan a curarlos. Luego ese saber perfeccionado por la práctica que permite la repetición, puede aplicarse a los ricos. El Estado produce pobres que la medicina aprovecha para estudiar y poder retribuir la inversión hecha por los ricos, curándolos.

Por todo lo dicho hasta aquí subrayamos que Foucault enfatiza que el hospital es el lugar de entrecruzamiento de dos grupos: el del enfermo que está en el lecho y el de los médicos (que se divide en profesores y alumnos). Toda clínica supone su enseñanza que a su vez supone la mirada y el cúmulo de la denominación.

Luego de este entrecruzamiento, vale preguntarse: si la enseñanza por mostración es la columna vertebral de la clínica médica ¿qué es para el psicoanálisis la clínica ya que no admite testigos?

La clínica del psicoanálisis: no retroceder, para avanzar

A partir del desarrollo de un tratamiento posible para la psicosis, Lacan toma a su cargo la tarea de repensar la posición del psicoanalista frente a un sujeto cuyas coordenadas estructurales se diferencian de la organización promovida por el significante del nombre del padre. La falla de la metáfora paterna, que es solidaria con la forclusión de ese significante primordial, se constata a nivel del particular modo que estos sujetos tienen de habitar el lenguaje, lo que se ha dado en llamar "el fuera de discurso" de la psicosis.

Como sabemos, estos sujetos deambulan por el lenguaje sueltos de la atadura que la neurosis atestigua respecto del significante fálico. Son sujetos libres, en el decir de Lacan, esto significa que el modo de concebir la relación al significante no se rige por el falo pero además subraya que no debe pensarse en la psicosis como una versión deficitaria de la neurosis. Ese modo particular de existencia del significante en lo real que constatamos en la psicosis, ha sido uno de los objetos de estudio para Lacan quien muy tempranamente -desde su condición de psiquiatra en principio y luego, como psicoanalista leyendo a la letra el texto freudiano- se ha interesado por escuchar a aquel sujeto que -aunque desabonado del inconciente- testimonia de su relación con el lenguaje.

La discusión por las diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis constituye un debate antiguo, pero actual. La psiquiatría -proveniente de la medicina- maneja categorías que responden a aquella idea de la "medicina clasificatoria" que nombrábamos recién a partir de Foucault.

Una de las aristas del desencuentro entre el psicoanálisis y la psiquiatría se concierne a nivel de esta discordancia: donde el psicoanálisis ubica la fórmula de Lacan "*un significante es lo que representa al sujeto para otro significante*", la psiquiatría trabajará con el signo. Estos son dos nombres muy distintos para el síntoma: *escharlo* como algo que *quiere decir* (y que *a priori* no está estipulado) o bien, *leerlo*, en tanto que signo, como algo que dice algo, ya que el signo es aquello que representa algo (puntual). Se trata del ojo que busca en el cuerpo, mientras que la dolencia, para el psicoanálisis, se encuentra en un cuerpo que no puede recorrerse con la mirada. Se trata aquí de un cuerpo significante, libidinizado.

Señala Lacan: "*La categoría del saber. Es allí que yace lo que nos permitió distinguir radicalmente, la función del síntoma, si tanto es que al síntoma pudiéramos darle su estatuto como definiendo el campo analizable, la diferencia de un signo, de una opacidad que nos permite saber qué hay hepatización de un lóbulo y de un síntoma en el sentido en que debemos entenderlo como síntoma analizable que justamente definido, aislado como tal en el campo psiquiátrico*

que le da su estatuto ontológico. Es que hay siempre en el síntoma la indicación que él es cuestión de saber. Nunca se ha subrayado bastante hasta qué punto en la paranoia no son sólo los signos de algo, lo que recibe, el paranoico. Es el signo que en alguna parte se sabe lo que quieren decir esos signos, que él no conoce; esta dimensión ambigua, del hecho que hay que saber y que eso está indicado, puede ser extendido a todo el campo de la sintomatología psiquiátrica, en la medida en que el análisis introduce allí esta nueva dimensión, que precisamente su estatuto es el del *significante*". (LACAN, 1965). En lo que a la psicosis respecta, en su conferencia "Psiquiatría y Psicoanálisis", Freud señala que una idea delirante no puede ser explicada con la realidad, justamente, porque no proviene de ella, el delirio no se sustenta en nada que tenga que ver con la realidad. La suposición de que hay una realidad otra, entonces, le pertenece al psicoanálisis. No tendría sentido ser realista frente al testimonio de un sujeto psicótico, y esta es una de las diferencias diametrales entre los discursos: el Psicoanálisis retoma aquello que la Psiquiatría desecha por no corresponderse con la realidad, pone a hablar ese desecho, no le supone un sentido de antemano. La pregunta freudiana por el mecanismo de producción de un síntoma indica la participación del sujeto en esa producción. En Psicoanálisis, preguntar por el mecanismo y por la causa, es preguntar por ese modo de decir del sujeto, que es su síntoma, el cual comporta un saber singular. Desde esta posición del analista, se desprende una direccionalidad para el tratamiento, pero que de ningún modo está dada desde antes, por el contrario, primero se trata de poner a hablar ese síntoma. Es esta referencia la que permite al analista una modalidad de escucha que no se sostiene en un criterio regido por objetivos adaptados a un modelo de comportamiento "normalizado". Por el contrario, la tesis de Freud señala que la elaboración delirante del psicótico constituye el instrumento a través del cual ese sujeto busca reconstruir su relación con la realidad que, en tanto construcción, se ha perdido. Trabajo que implica suplir la falla subjetiva que Lacan señala a nivel del vacío forclusivo que deja la no inscripción del *significante* del nombre del padre. Esta es la consideración del síntoma con que cuenta el discurso psicoanalítico, la oferta adviene al tomar en cuenta la singularidad de esa falla subjetiva.

La invención lacaniana del dispositivo de la presentación de enfermos

Retomando nuestra pregunta respecto de qué es para el psicoanálisis la clínica ya que no admite testigos, nos permitimos hacer una doble digresión. Por un lado, señalar las elaboraciones de Lacan respecto del lugar de testigo que cabe para el analista frente al sujeto psicótico (tema que no trataremos aquí) y, por el otro, el desarrollo de un dispositivo que permita al sujeto testimoniar de ese intento reconstitutivo de la realidad que es el delirio, según el mismo Freud señala.

Una prueba de esto es la singularidad que Lacan imprime sobre la práctica del dispositivo de Presentación de Enfermos, que es heredado de la Psiquiatría. Lacan señala el dejarse enseñar por el psicótico, darle la palabra para que hable sobre lo real de su padecimiento. Así, se lo autoriza a testimoniar su diferencia, su estructura, y la alteridad de su relación con el lenguaje. El analista representa así, un lugar al cual el psicótico puede dirigir su palabra, un lugar sin saber previo, que, a su vez, le hace lugar al sujeto. La indicación lacaniana de regirse completamente por la sumisión a las posiciones subjetivas del enfermo, en el caso de los pacientes psicóticos, es lo que le permite al psicoanálisis abordar la singularidad de ese sujeto, desde una posición abstinentemente de saberes cristalizados, y así alojar cada consulta, cada sujeto padeciente en torno a su singularidad.

Este procedimiento reconoce su comienzo en la presentación de enfermos de la psiquiatría que se remonta a los orígenes de la misma en tanto que clásica. Constituyó una herramienta clínica utilizada por los grandes maestros desde Pinel y Esquirol, hasta Kreapelin y De Clérambault. La estructura original de la misma, consiste en la presentación de un paciente, que es tratado en un dispositivo hospitalario X, quien es entrevistado, previo consentimiento del mismo, por un psiquiatra (que no está a cargo de su tratamiento) y un público o asistencia, invitado a presenciar dicho encuentro. Cada lugar encarna distintas funciones. Siempre que el paciente lo acepte, quien entrevista conversa con el paciente. El público permanece en silencio. Cuando se retira el paciente, el público puede tomar la palabra.

En la presentación de enfermos de la clínica psiquiátrica el paciente es mostrado. Tal "presentación", intenta poner de manifiesto lo ajustado de la patología a la taxonomía psiquiátrica. El loco es un objeto "a mostrar". Colette Soler dice que el loco pasa a ser la marioneta del psiquiatra. Prevalece una clínica de la observación, de la mirada. En tal sentido, J. A. Miller afirma: "*el saber de la psiquiatría clásica se presta al manual y forma globalmente un corpus simple, sólido*" (MILLER, 1987, 157), lo cual constituye una referencia que sin embargo "*motiva y enmarca la hospitalización*" (IDEM). La enseñanza aquí se trata del aprendizaje pedagógico, ya que el saber psiquiátrico "*es un saber de lo general (...) se trata de clases*" (LAURENT, 1985, 52). En la presentación de enfermos de la psiquiatría clásica, la posición del psiquiatra intenta ponerse en el lugar del enfermo para comprender.

A nivel fenomenológico, este es el dispositivo tal como lo hereda el psicoanálisis de la psiquiatría clásica. En este marco se inserta la Presentación de Enfermos de Lacan, "*esta referencia (J. A. Miller refiriéndose al corpus psiquiátrico) sostiene las preguntas de Lacan, da su sentido al supuesto diagnóstico que profiere. Pero, en el momento que ese sentido va a aparecer, va a congelarse, se encuentra suspendido, deviene una pregunta, se vuelve sobre la referencia que lo inspira, la cuestiona, la suspende*". (MILLER, 1987, 157).

Lacan realizaba presentaciones de enfermos con frecuencia semanal. Pero, cambió totalmente el uso de dicha práctica, ya que él dio la palabra al "loco", al psicótico, al sujeto que habla de lo real de su sufrimiento. En tal sentido, Lacan, reconociendo que la presentación de enfermos es uno de los ejercicios más tradicionales de la medicina (MILLER, 1987, 158), donde el maestro demuestra su saber - hacer para beneficio de una asistencia, "cuya complacencia - dice Lacan - ustedes ejemplifican y al precio de objetivar al enfermo", ubica sin embargo que "*la influencia del psicoanálisis se ejerce en un sentido totalmente contrario: restituir al loco su estatus de sujeto, escucharlo a título de tal*" y no presentarlo. Lacan entonces, restituye la palabra al loco y la presentación se transforma en una entrevista, donde prevalece una clínica de la escucha. Pero aún resta precisar qué intenta rescatar esa posición de Lacan, de analista, que no comprende - como la posición del psiquiatra -

Para el psicoanálisis, a partir de Lacan, la presentación de enfermos no es la presentación *del* enfermo, es una entrevista que si está bien conducida logra que *algo* aparezca. La función del psicoanalista es acompañar al enfermo hasta allí. Por eso, a partir de Lacan la presentación de enfermos implica *que algo se presente*. La tarea del analista implica no impedir, no obturar que es algo se presente, por ejemplo, con las preguntas que realice.

Conclusión

Para finalizar, nos gustaría subrayar que las presentaciones de enfermos de Lacan son, en este sentido, únicas e inéditas. Vía la

presentación de enfermos de tradición médico - psiquiátrica, con Lacan, el psicoanálisis hace su aporte a la semiología psiquiátrica. En su intervención en Daumézon en 1970, Lacan se pregunta en tanto que psicoanalista, qué es lo que aportó a la semiología psiquiátrica, y afirma que su aporte fue *“algo a lo que le di un nombre, que provocó una suerte de escándalo en su época, llamándolo la paranoia de auto punición, es decir, el Caso Aimée”* (LACAN, 1970, 1), sujeto de su tesis de 1932. Y seguidamente afirma que su posición actual no difiere de la de aquella época *“entre mi manera de actuar con ella y lo que enseño ahora”* (IDEM), aludiendo a su posición de psicoanalista. La diferencia radica en que en aquel momento Lacan no poseía la categoría de objeto a, *“no tenía en aquel momento las categorías que tengo ahora ni idea del objeto a”* (IDEM) y resalta nuevamente que lo que permanece invariante es el método analítico, del que se desprende una posición: *“el esmero que se le dio al trabajo y al discurso de mi paciente; la atención que le brindé no se diferencia de la que pude haber hecho desde aquella época”*. (IDEM). A partir de lo expuesto hasta aquí, concluimos que si bien la presentación de enfermos de Lacan encuentra su origen en el dispositivo de la medicina clásica, distan sustancialmente en lo que buscan, es más, la propuesta de Lacan implica el encontrar, el -más bien- permitir que aparezca ese “algo nuevo” que no está predeterminado de ante mano.

BIBLIOGRAFIA

- A.A. V.V., (1985). Las presentaciones de enfermos: buen uso y falsos problemas, Mesa redonda, en *Psicosis y Psicoanálisis*, Buenos Aires: Manantial, 1985.
- Freud, S. (1916-17). “Conferencia N° 16. Psicoanálisis y psiquiatría”. En *Obras Completas*, Vol. XVI, Buenos Aires, Amorrortu, 1991.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*, Madrid: Siglo XXI, 2007.
- Lacan, J. (1965). “El Seminario 12. Problemas Cruciales Para el Psicoanálisis”. Inédito.
- Lacan, J. (1970), Exposición en lo de Daumézon, « Apport de la psychanalyse à la psychiatrie » [“Aporte del psicoanálisis a la psiquiatría”], inédito.
- Laurent, E. (1985), Mesa Redonda “Las presentaciones de enfermos: buen uso y falsos problemas”, Buenos Aires: Manantial, 1985.
- Miller, J-A., Enseñanzas de la presentación de enfermos, en *Matemas I*, Buenos Aires: Manantial, 1987.