

Ana Simonetti

## ENTRE EL SÍNDROME Y EL TRASTORNO, EL SÍNTOMA

### 1. *Algunas consideraciones de partida*

En el momento actual de furor de la evaluación y la cuantificación del padecimiento subjetivo, haré algunas consideraciones referidas a las clasificaciones de la clínica actual, para situar en ese contexto dos casos clínicos que reflejan el contrapunto entre la práctica médica y la práctica psicoanalítica. La “nomenclatura oficial” de “alcance mundial”, constituye un sistema clasificatorio, presentado en los manuales de diagnóstico, como el DSM cuyo inicio data de 1840.

La primera consideración es que son clasificaciones que responden a la demanda creciente de los psiquiatras y de los estamentos de la Salud Mental, de contar con un “acuerdo generalizado” de los síntomas. Eric Laurent en el curso dictado con J.-A. Miller, *El Otro que no existe y los comités de ética*, plantea cómo esta demanda no va sin relación a un “escape generalizado” que sorprende a los practicantes. Se advierte el surgimiento continuo de fenómenos que no están contemplados en las clasificaciones, y que empuja, en pos de ese acuerdo generalizado, a realizar cada tanto nuevas clasificaciones.

Una segunda consideración, y es el punto de mayor interés para el presente trabajo, es la observación de otro cambio ligado a la denominación de las enfermedades. En el caso del DSM III encontramos un lugar para los *síndromes*, mientras que en el siguiente DSM IV, ya no hay rastros de ellos, en cambio dominan los *trastornos*.

Si se remite a la medicina para definir *síndrome* aporta datos para esclarecer el porqué de este deslizamiento: se trata del conjunto de signos y síntomas con desconocimiento de la etiología o bien con diversidad de causas. En cambio, *trastorno* puede englobarlo, y proviene de la traducción del término inglés *disorder*, que implica una “(...) ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento”, dado que se desconoce su etiopatogenia; mejor dicho: no interesan las causas ni los procesos, sólo el fenómeno, enumerable y captado casi instantáneamente en el encuentro con el paciente. En este punto podemos considerar que su instantaneidad se contrapone a cierta investigación que impone el *síndrome*, que requiere del tiempo de la recolección de los datos subjetivos y objetivos, de la búsqueda del origen.

Este borramiento del *síndrome* para dar paso al *trastorno* en los manuales actuales, extrema la provisoriedad diagnóstica y patentiza la inutilidad de la causa así como de la subjetividad. No obstante, en el campo médico persisten aún enfermedades que ameritan el nombre de síndrome, es decir, algo resiste al trastorno generalizado.

La tendencia de la ciencia —falsa ciencia nombrada por Miller— a excluir la singularidad, persigue fines que nada tienen que ver con el nacimiento de la medicina: su fin terapéutico. Para el psicoanálisis, alojar la singularidad es la vía regia para el tratamiento del síntoma.

La tendencia es la del mercado al “alcance mundial”, que implica extremar el acertijo de mucho, poco, nada, para adecuar el *trastorno* al medicamento, rechazando de un modo radical la procedencia del hombre de ser de lenguaje.

Sin embargo, como la medicina presenta agujeros, es para el psicoanálisis la oportunidad de incidir en los restos de su fracaso, tornándolo fecundo.

Es ésta la perspectiva por la que introduzco el llamado *Síndrome de fatiga crónica (SFC)*, de etiología desconocida, donde no falta el *stress* como hipótesis generalizada, así como los procesos inmunológicos y alérgicos. Cabe aclarar que este síndrome no se alojaría en un manual diagnóstico psiquiátrico por ingresar más bien al campo médico clínico, pero se desplaza a la psiquiatría por carecer de respuestas eficaces en aquél.

Presento dos viñetas que ilustran el camino seguido por cada sujeto con este mismo diagnóstico y las consecuencias de su encuentro con la medicina y posteriormente con el psicoanálisis.

2. *La clínica en el nuevo contexto*

Ambos casos, mujeres, expectantes de un saber, que preferirían que fuera médico, recurren al psicoanalista, empujadas, desahuciadas por las respuestas de la medicina. La etiología idiopática justifica la búsqueda de otro saber, ante el fracaso médico.

A. viene con ese diagnóstico realizado por varios especialistas, avalado por su propio esposo que también es médico y quien la alienta a buscar la vía del psicoanálisis ante la falta de respuesta a los tratamientos antialérgicos y antidepresivos. Está muy informada con los detalles que le ofrece internet de la patología, describiendo el cansancio intenso como el eje, al que se agregan rosácea, cefalea, insomnio. Cuenta con antecedentes de gravedad: síndrome urémico hemolítico y anemia, y últimamente hemorroides, cuya cirugía marca el momento de desencadenamiento del SFC. Pero ¿cómo? La pregunta instalada por el analista permite localizar el real: cuando el cirujano ante el fracaso de la primera intervención se encuentra con una mujer angustiada, le dice *¡si no te vas a morir!*

La brutalidad con que experimenta esas palabras que retornan como estrago a su demanda, la lanzan a la ubicación de su máximo goce: sometida al amo... médico.

Esa localización le permite iniciar un trayecto en la cura, posible también porque ese saber desaloja en parte la ilusión de un saber médico salvador.

Ese saber da paso a la elaboración del lazo al Otro materno, quien rechazó en la hija su condición femenina; y del lazo al Otro paterno, quien estaba ocupado en la exaltación narcisista de su condición de escriba y docente. La sujeto consiente en develar su interpretación de haber sido arrojada tempranamente del seno familiar —se fue a estudiar— con precariedad de recursos, lo que la dispuso a continuar sujeta a la satisfacción de someterse a cuanta corriente cultural, filosófica y política encarnada en hombres, encontró.

Es el marido médico —la excepción— quien le permite un orden de vida familiar y detener la corriente hasta que “otro médico” la arroja a la cama, al cansancio.

El rasgo paterno de poeta exaltado, casi místico, es el que toma del padre haciéndose poetisa, ella misma. Puede localizar en esta práctica, en esta posición de “romántica soñadora”, el máximo de sufrimiento que ofrenda al padre, y que

trae al analista en un viejo cuaderno regalado por él y escrito por ella “*con sangre*”. El gesto de que se trata de un objeto que tiene mal olor y que sin embargo retiene el analista ante la sorpresa de la sujeto, introduce un bienestar que borra la fatiga, la empuja a retomar sus actividades y produce una transformación en su posición enunciativa. Ese objeto nunca fue reclamado.

B. concurre a la primera entrevista con el psicoanalista llevando un sueño de angustia que la precede: “iba a visitar a una tía —quien se quedó con un mueble de su casa que su padre vende al trasladarse a vivir a otra ciudad— que la apretaba y le hacía doler los huesos; ella lloraba diciendo: devuélvanme lo que me quitaron”.

Interpreta: “nadie se preocupó por mi infancia”.

Esta presentación viene luego de manifestar haber hecho clic. Al visitar al penúltimo médico que le diagnostica fiebre reumática por unas anginas a repetición y resfríos constantes, decide ver a otro que le dice que se trata de fibromialgia, cuando hace 10 años fue diagnosticada por un eminente clínico con síndrome de fatiga crónica (también llamada fibromialgia), iniciando en aquella ocasión una serie medicamentosa de vitaminas, energizantes, antibióticos, corticoides. El último médico aclara la sintomatología: cansancio crónico, causa idiopática o bien *stress*. Ahí fue el clic. Un saber vertido por el Otro de la medicina que consueña con un saber a la espera. Agrega a esta demanda la gran distancia instalada con su marido, de quien reclama atención.

Las primeras entrevistas se centran en justificar la interpretación del sentido dado a su sueño: su madre fallece cuando ella tiene 6 años, quedando con cuatro hermanos más, una de sus hermanas muere al poco tiempo que la madre. Los hermanos mayores, 16 y 13 años van por un lado; los menores, ella y un varón, por otro quedando ambos al cuidado de tíos paternos, ya que el padre se muda a otra ciudad a trabajar. B. interpreta que no se podía hacer padre de ellos. El Otro materno había rechazado a esta tercera hija mujer, cuarta en la serie de hijos, *agotada* por la maternidad y una gran insatisfacción que hacía escuchar a esta niña (padece hoy de hipoacusia).

Luego de la muerte de la madre, es en casa de esos familiares que permanece por diez años, donde no recibió buen trato ya que la hacían trabajar “hasta el cansancio, no me daba el físico, caía a la cama sin comer”. Ante esta prepotencia del Otro sustituto materno y el desamparo del Otro paterno, acuña un “ya

me las van a pagar”, iniciándose la serie de enfermedades recurrentes, a modo de llamado de atención —interpreta— para que el padre se ocupara al viajar a verlos: hernia de disco, febrícula por varios años, depresión, anginas, sinusitis, y luego lo que mueve al diagnóstico de SFC: cansancio, fatiga, somnolencia, astenia, anemia. Así se encuentra al venir, a lo que agrega su sentimiento de abandono recurrente.

Su disposición en la transferencia de “no me da el físico”, y no venir con la frecuencia conveniente, a lo que el psicoanalista se aviene, permite instalar su demanda. Localizar su enunciación “ya me las van a pagar”, le revela la vía del cansancio y el dolor como la ubicación en el cuerpo de la rabia, la bronca y el resentimiento que no pasa al decir, produciendo una cesión del goce que se anudaba al sentido que había segregado con anterioridad. La firmeza del analista en llevarla a *articular* (le duelen las articulaciones) su reconocimiento de que la fibromialgia comienza cuando su hermano mayor le avisa que iban a cremar el cuerpo de su padre muerto, cuyos últimos días fueron de intensos dolores óseos, produce un decir: “él quería que yo lo atendiera, lo cuidara y no quise darle con el gusto”. El alivio terapéutico producido, sostenido en el tiempo como nunca antes, la va llevando en la cura a situar el amor al padre, el odio al padre y a revisar sus lazos a los otros desde esta enunciación.

### *3. El psicoanálisis incidiendo por la falla*

Ambas mujeres llegan, entonces, por el fracaso de la medicina en responder a su demanda. El diagnóstico de síndrome de fatiga crónica o fibromialgia no configura un trastorno, impone su radicalidad de conjunto de síntomas, que no encuentra correspondencia farmacológica unívoca. Tratado médicamente con pocos resultados en la regulación de los síntomas y la etiopatogenia imprecisa para la medicina patentiza la falta de respuesta terapéutica y terminan disponiendo a A. y B. a apelar al psicoanálisis.

Si bien para cualquier persona puede resultar tranquilizador que el saber médico responda con eficacia, cuando no ocurre, la disponibilidad de psicoanalistas es una posibilidad de acceso para quienes cuentan con una sensibilidad a los efectos de la palabra o arrastran grandes padecimientos y es una chance última.

En ambas mujeres había un creer a medias en el psicoanálisis y la sorpresa de encontrarse con un saber otro, revela el efecto del encuentro por la contin-

gencia que opera por la transferencia conferida en el acto analítico. La creencia en el saber médico en ellas era también a medias, con la forma de la demanda aninada en A., de la desconfianza en B.

El psicoanalista en el lugar de agente hace posible que ese encuentro afiance la creencia y sostenga la continuidad, abonada por los efectos terapéuticos. La ganancia de saber no alcanza, hace falta el efecto terapéutico. Es lo que posibilitó la continuidad y la caída progresiva de la espera de un saber médico.

Podemos interpretar que la medicina cortocircuitó el lazo al Otro, mientras que el psicoanálisis, al instalarlo y ser ese su dispositivo, el discurso, de partida va a contrario que aquella.

El particular interés de estos casos es porque definen otro campo de operación del psicoanálisis; no se trata de diferenciar su práctica de la psicoterapia ni de la psiquiatría, se trata de recibir sujetos segregados de la medicina que bien podrían ir al psicoterapeuta o al psiquiatra. Entonces encontramos una aplicación del psicoanálisis que abre otra vía de investigación, fuera del alcance del presente trabajo.

Finalmente, para el psicoanalista, no sólo es hacer posible que hable el síntoma, es el alojamiento de la singularidad y las consecuencias de su consentimiento la diferencia radical de ambos tratamientos, si bien también se trata de introducir un cambio de paradigma en el saber médico.

Córdoba, marzo de 2005

*asimonetti@arnet.com.ar*