

PSICOANÁLISIS Y MEDICINA. EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LA MEDICINA

Jacques Lacan

Psychanalyse et médecine. La place de la psychanalyse dans la médecine. Conferencia durante una mesa redonda del *Collège de Médecine*, en La Salpêtrière, el **16 de Febrero de 1966** y debate posterior.¹

Sra. AUBRY — Es voluntariamente que no nos ocuparemos de psiquiatría en el curso de las exposiciones y discusiones que ustedes van a escuchar hoy. El lugar del psicoanálisis en la psiquiatría quizá actualmente es todavía discutido — pero quizá no discutible — y quiero más bien decirles por qué camino hemos sido conducidos a la reunión de hoy.

¿Cuál era mi objetivo cuando hace tres años tomé, en tanto que psicoanalista y antes pediatra, un servicio para los Niños Enfermos? Era doble: yo quería introducir, en la medida de lo posible, una colaboración entre pediatras y psicoanalistas de buena voluntad, trabajando en un mismo equipo y deseosos de comunicar entre sí. Se trataba de ver lo que el psicoanálisis podría aportar a los pediatras, e inversamente. Yo estaba igualmente preparada, disponible, para responder a toda demanda que podría recibir de parte de los otros equipos médicos del hospital.

¹ Para las abreviaturas que remiten a los diferentes textos-fuente de esta traducción, véase, al final, el **Anexo 1**. Las notas, así como lo incluido entre llaves, es de la traducción.

En primer lugar, he tratado de introducir en mi servicio cierta escucha analítica de los padres y también de los niños, escucha que modifica quizá la marcha de la investigación semiológica y, eventualmente, la terapéutica. Luego de tres años, ahí está el equipo; se porta bien, los niños también, y pienso que, a despecho de las dificultades inherentes a la vida de un grupo, todavía podemos progresar durante un largo tiempo.

Encontré más dificultades para responder a las demandas que me llegaban de los médicos de los otros servicios, pues reina una gran confusión sobre lo que es el psicoanálisis.

Las primeras demandas que me fueron dirigidas eran del dominio de la psicología y de la psicometría, lo que no tiene nada que ver con el psicoanálisis. Es cierto que el rol del psicoanalista no es suministrar datos cifrados en máquinas electrónicas. Se trata de otra cosa y hablamos desde otro lugar. Progresivamente, pude obtener que me sean formuladas preguntas precisas para cada caso que se trataba de dirigir al psicoanalista, o al psi... no se sabía qué.

Mucho mejor, me llegaron algunas demandas de otro registro, y creo que he podido establecer, con nuestros amigos Royer y Klotz, una colaboración que apunta más lejos.

No es por azar que esas demandas llegaron de un servicio de nefrología, donde el médico está confrontado con los problemas de la vida y de la muerte, del deseo de vida y del deseo de muerte, los que conciernen esencialmente a los psicoanalistas. Tampoco es por azar que se haya establecido una colaboración con Klotz, puesto que también los trastornos endócrinos son, muy a menudo, trastornos funcionales cuya causa no siempre es una lesión orgánica, sino que frecuentemente plantean problemas de otro orden.

¿Cuál va a ser el lugar del psicoanálisis en la medicina? Es lo que vamos a tratar de discutir hoy. Les propongo que en primer lugar preguntemos a los señores Royer y Klotz cuáles son, sobre el plano teórico, los problemas, las cuestiones que desean formular a los psicoanalistas, y sobre cuáles criterios se basarían eventualmente para dar un lugar al psicoanálisis en la medicina. Luego pasaremos al campo de aplicaciones prácticas y veremos cómo, en la vida cotidiana, los psicoanalistas se insertan entre los equipos de médicos. Le pediré a la Sra. Raimbault que nos informe acerca de la manera con que ella se ha integrado en el equipo del Sr. Royer, y al Sr. Lacan, quien nos hace el honor de estar hoy aquí, cómo piensa poder responder a estas cuestiones.

Doy ahora la palabra al Sr. Kotz, para los problemas teóricos.

Sr. KLOTZ — No es todos los días que uno tiene la posibilidad de poder interrogar a analistas de la clase de los que están en esta mesa. Voy entonces a entrar inmediatamente en lo vivo del asunto y formular a mi colega Lacan algunas cuestiones preliminares.

Mi primera cuestión es la siguiente:

¿No cree que los médicos verían con mejores ojos el recurso al psicoanálisis si la práctica de éste estuviera democratizada? Sé bien que las consultas de especialistas son todas muy costosas, pero cada especialista acepta dispensar su ciencia o su talento en consultas hospitalarias. Al contrario, el carácter dispendioso de las consultas es considerado por la mayoría de los analistas como una de las condiciones necesarias del éxito de la cura psicoanalítica. Hacen de eso una cuestión de principio. *A priori*, uno está siempre tentado a dudar del valor de un principio demasiado cómodo o demasiado ventajoso. A propósito de esto, por otra parte, es interesante citar este texto profético de Freud, quien escribe: «*no debiendo estar las enfermedades neuróticas abandonadas a los esfuerzos impotentes de caridades particulares, se edificarán establecimientos, clínicas, que tengan a su frente médicos psicoanalistas calificados donde se esforzará, con la ayuda del análisis, a que conserven su resistencia y su actividad a hombres que, sin eso, se abandonarían a la bebida, a mujeres que sucumben bajo el peso de frustraciones, a niños que no tienen otra elección que entre la depravación y la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Quizá se precisará mucho tiempo antes de que el Estado reconozca la urgencia de estas obligaciones, las condiciones actuales pueden demorar notablemente estas innovaciones y es probable que los primeros institutos de este género serán debidos a la iniciativa privada, pero un día u otro la necesidad de esto habrá de ser reconocida*».²

Mi segunda cuestión es la siguiente:

¿No cree usted que, para aproximar la enseñanza del psicoanálisis a la enseñanza de la medicina, y, por consiguiente, para aproximar esas dos disciplinas, conviene democratizar la enseñanza del psicoanálisis? Actualmente, un psicoanálisis didáctico cuesta al alumno alrededor de 100.000 viejos francos por mes, y esto durante un tiempo variable que va de 2 a 4 años, término medio. Independientemente del hecho de que esta forma de enseñanza es fundamentalmente antidemocrática, veo en ello otro escollo. Un ser humano que se haya impuesto semejante sacrificio financiero, que deberá a veces entregarse a una segunda ocupación subalterna para cumplir con sus obligaciones respecto de su analista, no puede no estar marcado por esas circunstan-

² Traduzco según cita en francés el Sr. Klotz. El lector confrontará el párrafo en: Sigmund FREUD, «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica» (1919 [1918]), en *Obras Completas*, Volumen 17, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979, pp. 162-163.

cias hasta en su propia ética, y en la posición personal que tendrá respecto a ese instrumento de conocimiento y de tratamiento que ha adquirido tan cara-mente.

Esta enseñanza tan poco democrática, ¿es por otra parte una enseñanza? Los vínculos que se establecen entre el candidato psicoanalista y su psicoanalista educador, a quien ve de 3 a 4 veces por semana, en la posición del diván, no son los que unen a un alumno y un maestro, sino más bien los vínculos esotéricos y rituales que unen a un neófito y un iniciado. No se trata de una enseñanza sino de una ordenación, y durante mucho tiempo el iniciador ejercerá sobre su iniciado una influencia psicológica muy particular. ¿No cree usted que es preciso buscar y encontrar las bases de una enseñanza, verdaderamente científica del psicoanálisis?

Llego con esto a los datos más fundamentales.

Toda empresa humana arriesga a petrificarse, la que toma sus medios por su fin. ¿No cree usted que hay ahí un peligro cierto para el psicoanálisis? Ciertamente, el aporte del psicoanálisis freudiano parece capital para la comprensión del desarrollo de la personalidad, del nacimiento a la edad adulta, y, no habiéndolos estudiado yo mismo, no veo ninguna razón para poner en duda el carácter científico de los estadios orales, anales, pregenitales, genitales de la semántica psicoanalítica. Pero al lado de estos datos están todos los de la biología, de la sociología, todas las influencias de las condiciones culturales y de trabajo que no carecen de resonancias sobre el equilibrio psíquico de los individuos. ¿No cree usted que al cerrarse a todas esas influencias, y al limitarse voluntariamente al esquema de la dinámica psicoanalítica, es decir a los conflictos y a los complejos clásicos, numerosos psicoanalistas que se dicen ortodoxos desarrollan en sí cierta paresia de la imaginación, frenando todo impulso creador? Esa monotonía de las respuestas y de los conceptos psicoanalíticos decepciona a cierto número de internistas deseosos de confiar su enfermo a un analista, y estoy tanto más cómodo para formular esta pregunta al Doctor Lacan cuanto que precisamente él pertenece, al contrario, a la categoría de los innovadores.

Última cuestión: si el psicoanálisis instrumento de conocimiento merece toda nuestra atención, es de hecho al psicoanálisis instrumento de terapéutica que quieren dirigirse los médicos.

Ahora bien, desde este punto de vista, desde el punto de vista de la terapéutica, los médicos se preguntan si es verdaderamente un enriquecimiento para un psicoterapeuta de inspiración analítica no conocer nada o no querer conocer nada de las otras armas de la psiquiatría y de la psicoterapia. ¿Hay verdaderamente interés en limitar la actividad del analista a su técnica pura, y no es, por algún lado, él también un psiquiatra, amputado?

En resumen, si los médicos vacilan todavía en recurrir más a menudo al análisis psicológico de las causas de las enfermedades internas, esto es quizá porque, por algunas de las razones expuestas arriba, el psicoanálisis les parece que no ha salido de la fase mágica de su desarrollo histórico; es preciso ayudarlo a encaminarse hacia su fase científica. ¿No es necesario, para hacer esto, favorecer la integración de los datos psicoanalíticos, valorables en el marco de un método de análisis psíquico que sería verdaderamente global, abierto, pluri-factorial y auténticamente científico?

Sra. AUBRY — Creo que para los problemas terapéuticos que resultan de la aplicación del análisis, responderemos más bien en un segundo estadio. ¿Si el Sr. Royer quiere tomar la palabra?

Sr. ROYER — Si Klotz confiesa que no es psicoanalista, es cierto que mi presencia aquí es todavía más paradójal. En efecto, cierto número de ustedes no ignora que soy un pediatra, orientado hacia los problemas de biología y de bioquímica. Estoy, sin embargo feliz de estar aquí hoy, ante todo porque encontré mucho apoyo de parte de las Sras. Aubry y Raimbault, y también porque la cuestión que voy a formular me parece que más o menos ya ha recibido su respuesta en el trabajo de nuestro grupo.

El problema se nos planteaba era el siguiente:

Tenemos un servicio de nefrología infantil que comporta sobre todo enfermos crónicos, unos afectados por afecciones que tienen una salida lejana favorable, otros probablemente desfavorable, otros, por fin, ciertamente desfavorable. Los niños vienen varias veces por año durante años, para cortas hospitalizaciones. Pertenecen a la vida de nuestro grupo, son un poco nuestros niños, los de los médicos, de las enfermeras y de todo el personal. Conocemos muy bien a su familia, y creo que ahora cumplimos integralmente el papel que antaño se le otorgaba al médico de familia. De esta manera se ha creado, entre nuestros enfermos, nuestros médicos, nuestras enfermeras, relaciones de un tipo que juzgo nuevo para el hospital por relación a lo que he conocido hace 10 o 15 años. Esto no es más que un ejemplo, y estoy seguro que numerosos colegas mío tienen, en otros dominios, los mismos problemas.

Muy poco tiempo nos fue necesario para que nos demos cuenta de que éramos torpes en el manejo de las relaciones humanas y que así sembrábamos a nuestro alrededor mucha desdicha. Es por esto que yo buscaba, desde hace mucho, a alguien en posesión de técnicas psicológicas adaptadas a mi demanda. Yo no tenía *a priori* ninguna preferencia a favor del psicoanálisis más bien que otras técnicas, siendo muy ignorante de esos métodos, y sim-

plemente buscaba a alguien que quisiera proseguir simultáneamente varios estudios sobre mis enfermos. No le demandaba efectos terapéuticos, sino una investigación e informaciones.

Ante todo quería saber cómo se construía y se transformaba la imagen de la enfermedad en la mente de las madres y de los padres de familia y en la de mis propios jóvenes enfermos, en el curso de una afección crónica de evolución más o menos ciertamente o ciertamente mortal. Mi primera idea era, en efecto, que nuestras reacciones, nuestras conversaciones con los enfermos, estaban enteramente construidas sobre nuestra propia personalidad y nuestra propia concepción nosológica de la enfermedad, y para nada en función de la imagen que niños y familias podían tener de esta enfermedad. De dónde este tema, que mucho explotamos con la Sra. Raimbault, de la oposición de una enfermedad «exógena», tal como la concibe el médico, y de una enfermedad «endógena» tal como pueden elaborarla el niño y su madre. Es muy evidente que no es lo mismo para ambos, y yo quería un estudio objetivo de esta enfermedad «endógena».

En segundo lugar, deseaba que a partir de los documentos que nos suministraba un psiquiatra a propósito de esto, pudiéramos cambiar la naturaleza de las relaciones, de las conversaciones y de las direcciones de espíritu que otorgamos durante años a nuestras relaciones con las familias y los niños enfermos, y ver si, poco a poco, podíamos elaborar una doctrina o hábitos de espíritu completamente diferentes de los que teníamos hasta entonces.

En fin, quería igualmente que el psiquiatra analice cuidadosamente la repercusión que estas enfermedades crónicas, que concernían a unos niños a los que un apego natural nos liga al cabo de algunos años, podía tener — sobre todo en el momento del desenlace fatal — sobre los médicos de mi grupo y las enfermeras.

Había pues una serie de cuestiones para las cuales yo requería un estudio psicológico que ninguno de nosotros podía llevar a buen puerto.

La primera de estas cuestiones, que vuelvo a formular hoy, es la siguiente: ¿consideran ustedes, Sra. Aubry y Sr. Lacan, que las técnicas psicoanalíticas estén adaptadas a un estudio de este género? Creo personalmente que los progresos que hemos hecho en 18 meses en este dominio son muy alentadores y que la respuesta de ustedes será probablemente positiva. No obstante, me gustaría saber si ustedes piensan que estas técnicas están enteramente o parcialmente adaptadas al resultado final, que es tener una concepción clara de todos estos problemas.

La segunda cuestión se reúne con una de las formuladas por Klotz. La Sra. Raimbault está vinculada al INSERM.³ Ella practica por lo tanto estas técni-

cas psicoanalíticas de una manera desinteresada, de alguna manera «funcionariada», es decir, del todo diferente a la expuesta recién por Klotz. ¿En qué medida se puede integrar a los psicoanalistas, a grupos o a unidades de investigación para trabajos de este tipo que, si se comprueban fructíferos, deberán a mi entender extenderse a otros dominios de la medicina? Esta es una cuestión precisa que yo les planteo, pues inútil es decir que mi idea de hacer entrar a un psicoanalista en un grupo de biología clínica no encontró un entusiasmo extraordinario en la administración del INSERM.

Este ejemplo propone una nueva cuestión, que es la del psicoanalista de investigación, y me gustaría tener la opinión de ustedes también sobre este punto.

Sra. AUBRY — Antes de proseguir el debate sobre el lugar del psicoanálisis en la medicina y las aplicaciones prácticas que la experiencia de la Sra. Raimbault pondrá en evidencia, tengo que decir una palabra sobre los problemas de formación de los analistas y del modo de enseñanza del psicoanálisis, aunque eso no concierna totalmente al asunto que nos preocupa hoy.

La respuesta de Royer es al mismo tiempo una respuesta al Sr. Klotz; encontraremos posibilidades no dispendiosas de ejercicio del psicoanálisis en la medida en que se haga un lugar al psicoanálisis. En los Niños Enfermos hay alrededor de 25 psicoanalistas que trabajan a título de sustitutos, pues les he dado la posibilidad de hacerlo y los locales de mi consulta están ocupados a tiempo completo, aunque mi servicio se diga de «tiempo parcial». Seiscientos niños aproximadamente pasan por él cada mes. En el marco hospitalario, un número enorme de establecimientos permiten, al menos en lo que concierne a los niños, hacer tales tratamientos; ahora hay institutos médico-pedagógicos en los que el psicoanálisis ha encontrado su lugar, consultorios, hospitales de día: la mutual de los estudiantes y la M.G.E.N. han hecho esfuerzos considerables, así como los hospitales psiquiátricos. Me parece que éste no es un problema más que en la medida en que no se le da su lugar al psicoanálisis.

En lo que concierne al modo de enseñanza, creo que jamás hemos rehusado formar a un sujeto apto por motivos de orden pecuniario. Por otra parte, no creo que se pueda pretender que es fácil realizar estudios, cualesquiera que sean, cuando no se tiene dinero, eso sería una mala broma, y todos sabemos que los hijos de obreros son muy poco numerosos en las Facultades y la enseñanza superior. Ese es por consiguiente un problema que desborda ampliamente el del psicoanálisis y, en el caso particular, creo que eso no debe ser tomado en consideración.

³ Institut de la Santé et de la Recherche Médicale.

Sr. Lacan, usted que es el promotor de un movimiento importante en el psicoanálisis, ¿piensa que el psicoanálisis esté paralizado?⁴

Sr. LACAN — Ustedes me permitirán, respecto de algunas cuestiones que acaban de ser planteadas, que me atenga a las respuestas de la Sra. Aubry, las que me parecen muy suficientemente pertinentes. No veo que democratizar la enseñanza del psicoanálisis plantee otro problema que el de la definición de nuestra democracia. Ésta es una, pero hay de ella varias especies concebibles, y el porvenir nos lleva hacia otra.

Lo que yo creía que tenía que aportar a una reunión como ésta, caracterizada por quien la convoca, es decir el *Collège de Médecine*, era muy precisamente abordar un asunto que jamás tuve que tratar en mi enseñanza, el del lugar del psicoanálisis en la medicina.

Actualmente, este lugar es marginal y, como lo he escrito varias veces, extra-territorial. Es marginal por el hecho de la posición de la medicina respecto del psicoanálisis, al que admite como una especie de ayuda externa, comparable a la de los psicólogos y otros diferentes asistentes terapéuticos. Es extra-territorial por el hecho de los psicoanalistas, quienes, sin duda, tienen sus razones para querer conservar esta extra-territorialidad. No son las mías, pero, en verdad, no pienso que mi solo anhelo al respecto bastará para cambiar las cosas. Estas encontrarán su lugar en su momento, es decir sumamente rápido si

⁴ Como nota editorial precediendo la primera intervención de Lacan en la mesa redonda, **LEF** informa:

“Es bajo este encabezado {*Psychoanalyse et Médecine*} que se le había pedido a Jacques Lacan que participara en una mesa redonda del Collège de Médecine, el 16 de Febrero de 1966, teniendo lugar la reunión en la Salpêtrière.

“En primer lugar, ofrecemos la primera intervención de Jacques Lacan.

“Observemos que éste se atuvo a que el texto se atuviera estrictamente al discurso que improvisó. No aportó al registro de la banda magnética más que un añadido, el que se encontrará de la referencia del sujeto del goce a la del célebre mito o *Banquete*: referencia que sólo hay que entender, hay que decirlo, por el poco lugar que tiene en el presente de las preocupaciones médicas”.

consideramos el tipo de aceleración que vivimos en cuanto a la parte de la ciencia en la vida común.

Este lugar del psicoanálisis en la medicina, hoy quisiera considerarlo desde el punto de vista del médico y del muy rápido cambio que está produciéndose en lo que llamaré la función del médico, y en su personaje, puesto que ése es también un elemento importante de su función.

Durante todo el período de la historia que conocemos y podemos calificar como tal, esta función, este personaje del médico, han permanecido con una gran constancia hasta una época reciente.

Es preciso sin embargo señalar que la práctica de la medicina jamás ha ido sin un gran acompañamiento de doctrinas. Que durante un tiempo bastante corto, en el siglo XIX, las doctrinas se hayan reclamado ciencia, no las volvió más científicas por eso. Quiero decir que las doctrinas científicas invocadas en la medicina siempre eran, hasta una época reciente, retomas de alguna adquisición científica, pero con un retardo de al menos veinte años. Esto muestra bien que ese recurso sólo funcionó como sustituto y para enmascarar lo que anteriormente hay que caracterizar más bien como una suerte de filosofía.

Al considerar la historia del médico a través de los tiempos, el gran médico, el médico tipo, era un hombre de prestigio y de autoridad. Lo que sucede entre el médico y el enfermo, fácilmente ilustrado ahora por observaciones como las de Balint, que el médico al prescribir se prescribe a sí mismo, siempre ha sucedido: así, el emperador Marco Aurelio convocaba a Galeno para que la triaca le fuese vertida por sus manos. Fue por otra parte Galeno quien escribió el tratado «Ὅνι ἀριστος ἰανρὺς καὶ φιλόσοφος» {*Oni aristos ianrius kai filosofos*}, que el médico, en su esencia, es también un filósofo — donde este término no se limita al sentido históricamente tardío de filosofía de la naturaleza.

Pero den a este término el sentido que quieran, la cuestión que se trata de situar se esclarecerá por medio de otras referencias. Pienso que aquí, aunque ante una asistencia en su mayoría médica, no se me pedirá que indique lo que Michel Foucault nos aporta, en su gran obra, de un método histórico-crítico para situar la responsabilidad de la me-

dicina en la gran crisis ética (es decir, en lo tocante a la definición del hombre) que él centra alrededor del aislamiento de la locura;⁵ tampoco que introduzca esa otra obra, *El nacimiento de la clínica*,⁶ en tanto que en ella está fijado lo que comporta la promoción por parte de Bichat de una mirada que se fija sobre el campo del cuerpo en ese corto tiempo en que éste subsiste como vuelto a la muerte, es decir el cadáver.

Así están señalados los dos franqueamientos por los cuales la medicina consume por su parte el cierre de las puertas de un antiguo Jano, el que redoblaba, ya para siempre inhallable, todo gesto humano con una figura sagrada. La medicina es una correlación de este franqueamiento.

El pasaje de la medicina al plano de la ciencia, e incluso el hecho de que la exigencia de la condición experimental haya sido inducida en la medicina por Claude Bernard y sus seguidores, no es eso lo que cuenta por sí solo, el balance está en otro lado.

La medicina ha entrado en su fase científica, en tanto que ha nacido un mundo que en adelante exige los condicionamientos necesarios en la vida de cada uno en proporción a la parte que toma en la ciencia, presente en todos en sus efectos.

Las funciones del organismo humano siempre han constituido el objeto de una puesta a prueba según el contexto social. Pero por ser tomadas en función de servidumbre en las organizaciones altamente diferenciadas que no habrían nacido sin la ciencia, ellas se ofrecen al médico en el laboratorio ya constituido de alguna manera, incluso ya provisto de créditos sin límites, que va a emplear para reducir esas funciones a unos montajes equivalentes a los de esas otras organizaciones, es decir, teniendo estatuto de subsistencia científica.

⁵ Cf. Michel FOUCAULT, *Historia de la locura en la época clásica*, tomos I y II, Fondo de Cultura Económica, México. La obra había aparecido en Francia en 1964.

⁶ Cf. Michel FOUCAULT, *El nacimiento de la clínica*, Siglo Veintiuno Editores, México. Esta obra había aparecido en Francia en 1963.

Citemos simplemente aquí, para aclarar lo que decimos, lo que debe nuestro progreso en la formalización funcional del aparato cardio-vascular y del aparato respiratorio, no solamente a la necesidad de operarlo, sino al aparato mismo de su inscripción, en tanto que éstos se imponen, a partir del alojamiento de los sujetos de esas reacciones en los “satélites”: o sea lo que podemos considerar como formidables pulmones de acero, cuya construcción misma está ligada a su destino de soportes de ciertas órbitas, órbitas que nos equivocaríamos si las llamáramos cósmicas, puesto que a esas órbitas, el cosmos no las “conocía”. Para decir todo, es por el mismo paso por el que se revela la sorprendente tolerancia del hombre a unas condiciones acósmicas, incluso la paradoja que lo hace aparecer de alguna manera “adaptado” a éstas, que se comprueba que este acosmismo es lo que la ciencia construye.

¿Quién podía imaginar que el hombre soportaría muy bien la ingravidez, quién podía predecir lo que resultaría del hombre en esas condiciones, de atenerse a las metáforas filosóficas, por ejemplo a la de Simone Weil, quien hacía de la gravedad una de las dimensiones de tal metáfora?

Es en la medida en que las exigencias sociales están condicionadas por la aparición de un hombre que sirve a las condiciones de un mundo científico, que, dotado de nuevos poderes de investigación y de búsqueda, el médico se encuentra enfrentado a problemas nuevos. Quiero decir que el médico ya no tiene nada de privilegiado en el orden de ese equipo de sabios diversamente especializados en las diferentes ramas científicas. Es desde el exterior de su función, particularmente en la organización industrial, que le son suministrados los medios al mismo tiempo que las preguntas para introducir las medidas de control cuantitativo, los gráficos, las escalas, los datos estadísticos por donde se establecen hasta la escala microscópica las constantes biológicas, y que se instaura en su dominio ese despegue de la evidencia del éxito *que corresponde al advenimiento*⁷ de los hechos.

La colaboración médica será considerada como bienvenida para programar las operaciones necesarias para mantener el funcionamiento de tal o cual aparato del organismo humano, en unas condiciones de-

⁷ Así, en **LEF**. En **PEC** y **PTL**: *que es la condición del advenimiento*

terminadas, pero después de todo, ¿qué tiene que ver eso con lo que llamaremos la posición tradicional del médico?

El médico es requerido en la función de sabio fisiólogo, pero todavía sufre otros reclamos: el mundo científico vierte entre sus manos el número infinito de lo que puede producir como agentes terapéuticos novedosos, químicos o biológicos, que pone a disposición del público, y demanda al médico que, como un agente distribuidor, los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite donde el médico debe actuar, y a qué debe responder? A algo que se llama la demanda.

Diré que es en la medida de este deslizamiento, de esta evolución que cambia la posición del médico por relación a los que se dirigen a él, que llega a individualizarse, a especificarse, a valorizarse retroactivamente, lo que hay de original en esta demanda al médico. Este desarrollo científico inaugura y pone cada vez más en el primer plano ese nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y ya se motiva en una organización mundial. En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa especie de poder generalizado que es el poder de la ciencia da a todos la posibilidad de venir a demandar al médico su ticket de beneficio con un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que yo llamo la demanda. Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo que está la chance de supervivencia de la posición propiamente médica.

Responder que el enfermo viene a demandarnos la curación no es responder nada en absoluto, pues cada vez que la tarea precisa, que hay que cumplir con urgencia, no responde pura y simplemente a una posibilidad que se encuentra al alcance de la mano, pongamos: a unas maniobras quirúrgicas o a la administración de antibióticos (e incluso en esos casos queda por saber lo que resulta de ello para el porvenir), hay, fuera del campo de lo que es modificado por el beneficio terapéutico, algo que permanece constante, y todo médico sabe bien de qué se trata.

Cuando el enfermo es enviado al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de éste pura y simplemente la curación. Pone al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él está totalmente

aferrado a la idea de conservarla. A veces viene a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo, en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, a demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten de la manera que le conviene a él, la que le permitirá continuar siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad. ¿Tengo necesidad de evocar mi experiencia más reciente? — un formidable estado de depresión ansiosa permanente, que ya duraba más de veinte años, el enfermo venía a verme aterrorizado por que yo hiciera la más mínima cosa. A la única proposición de que me volviera a ver 48 horas más tarde, ya, la madre, temible, que durante ese tiempo había acampado en mi sala de espera, había logrado tomar algunas disposiciones para que no ocurriese nada.

Esta es una experiencia banal, no la evoco más que para recordarles la significación de la demanda, dimensión en la que se ejerce, hablando propiamente, la función médica, y para introducir lo que parece fácil de palpar, y sin embargo sólo ha sido interrogado seriamente en mi escuela, a saber la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo.

A partir de que se ha hecho esta observación, aparece que no es necesario ser psicoanalista, ni siquiera médico, para saber que cuando cualquiera, nuestro mejor amigo, sea del sexo macho o hembra, nos demanda algo, esto no es de ningún modo idéntico, y a veces es incluso diametralmente opuesto, a lo que desea.

Quisiera retomar aquí las cosas en otro punto, y hacer observar que si es concebible que lleguemos a una extensión cada vez más eficaz de nuestros procedimientos de intervención en lo que concierne al cuerpo humano, y sobre la base de los progresos científicos, no podría estar resuelto el problema a nivel de la psicología del médico — con una cuestión que refrescaría el término de psico-somática. Permítanme más bien destacar como falla epistemo-somática, el efecto que va a tener el progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo. Ahí todavía, para la medicina está subvertida la situación desde el exterior. Y es por eso que, ahí todavía, lo que antes de ciertas rupturas permanecía confuso, velado, mezclado, embrollado, aparece con brillo.

Pues lo que está excluido por la relación epistemo-somática, es justamente lo que va a proponer a la medicina el cuerpo en su registro purificado. Lo que así se presenta, se presenta como pobre en la fiesta en la que el cuerpo irradiaba recién por estar enteramente fotografiado, radiografiado, calibrado, diagramatizado y posible de condicionar, dados los recursos verdaderamente extraordinarios que oculta, pero quizá, también, ese pobre le aporte una posibilidad que vuelve de lejos, a saber del exilio a donde ha proscrito al cuerpo la dicotomía cartesiana del pensamiento y de la extensión, la cual deja caer completamente de su aprehensión lo que es, no el cuerpo que ella imagina, sino el cuerpo verdadero en su naturaleza.

Ese cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está completamente excluida por lo que he llamado la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber lo que puede, pero ella, no más que el sujeto que engendra, no puede saber lo que quiere. Por lo menos, lo que ella quiere surge de un avance cuya marcha acelerada, en nuestros días, nos permite palpar que supera sus propias previsiones.

¿Podemos prejuzgar al respecto, por ejemplo, por el hecho de que en nuestro espacio, sea planetario o transplanetario, pulula algo que bien hay que llamar voces humanas que animan el código que encuentran en ondas cuyo entrecruzamiento nos sugiere una imagen muy diferente del espacio que aquella donde los torbellinos cartesianos constituían su orden? Por qué no hablar también de la mirada que ahora es omnipresente, bajo la forma de aparatos que ven por nosotros en los mismos lugares: o sea algo que no es un ojo y que aísla la mirada como presente. Todo esto, podemos ponerlo en el activo de la ciencia, ¿pero eso nos hace alcanzar lo que nos concierne, no diré como ser humano — pues en verdad Dios sabe lo que se agita tras ese fantoche que llamamos el hombre, el ser humano, o la dignidad humana, o cualquiera que sea la denominación bajo la cual cada uno pone lo que escucha de sus propias ideologías más o menos revolucionarias o reaccionarias? Preguntamos más bien en qué concierne eso a lo que existe, a saber, nuestros cuerpos. Voces, miradas que se pasean, eso es algo que viene de los cuerpos, pero son curiosas prolongaciones que al primer aspecto, e incluso al segundo o al tercero, sólo tienen pocas relaciones con lo que yo llamo la dimensión del goce. Es importante loca-

lizarla como polo opuesto, pues ahí también la ciencia está vertiendo ciertos efectos que no dejan de comportar algunas apuestas. Materialicémoslos bajo la forma de los diversos productos que van de los tranquilizantes a los alucinógenos. Esto complica singularmente el problema de lo que hasta ahora se ha calificado, de una manera puramente policial, de toxicomanía. Por poco que un día estemos en posesión de un producto que nos permita recoger informaciones sobre el mundo exterior, veo mal cómo podría ejercerse una contención policial.

Pero cuál será la posición del médico para definir esos efectos a propósito de los cuales hasta aquí ha mostrado una audacia alimentada sobre todo de pretextos, pues desde el punto de vista del goce, qué es lo que un uso ordenado de lo que se llama, más o menos apropiadamente, tóxicos, puede tener de reprehensible — a menos que el médico no entre francamente en lo que es la segunda dimensión característica de su presencia en el mundo, a saber, la dimensión ética. Estas observaciones, que pueden parecer banales, tienen de todos modos el interés de demostrar que la dimensión ética es la que se extiende en la dirección del goce.

He ahí, entonces, dos puntos de referencia: en primer lugar, la demanda del enfermo, en segundo lugar, el goce del cuerpo. De alguna manera, estos confinan con esa dimensión ética, pero no los confundamos demasiado rápidamente, pues aquí interviene lo que muy simplemente llamaré la teoría psicoanalítica, que llega a tiempo, y desde luego no por azar, en el momento de la entrada en juego de la ciencia, con esa ligera anticipación que es siempre característica de las invenciones de Freud. Del mismo modo que Freud inventó la teoría del fascismo antes de que éste apareciera, igualmente, treinta años antes, inventó lo que debía responder a la subversión de la posición del médico por el ascenso de la ciencia: *a saber, el psicoanálisis como praxis*⁸.

Recién indiqué suficientemente la diferencia que hay entre la demanda y el deseo. Sólo la teoría lingüística puede dar cuenta de tal concepción, y lo puede tanto más fácilmente cuanto que es Freud quien, de la manera más viva y más inatacable, mostró precisamente su distancia a nivel del inconsciente. Pues es en la medida en que está

⁸ Lo entre asteriscos, sólo el **LEF**.

estructurado como un lenguaje que es el inconsciente descubierto por Freud.

He leído, con asombro, en un escrito muy bien patrocinado, que el inconsciente era monótono. No invocaré aquí mi experiencia, pido simplemente que se abran las tres primeras obras de Freud, las más fundamentales, y que se vea si es la monotonía lo que caracteriza *la significancia*⁹ de los sueños, los actos fallidos y los lapsus. Muy por el contrario, el inconsciente me parece no solamente extremadamente particularizado, más todavía que variado, de un sujeto a otro, sino incluso muy astuto e ingenioso, puesto que es justamente de él que el chiste *toma sus dimensiones y su estructura*¹⁰. No hay un inconsciente porque habría un deseo inconsciente, obtuso, pesado, calibán,¹¹ incluso animal, deseo inconsciente alzado desde las profundidades, que sería primitivo y tendría que elevarse al nivel superior de lo consciente. Muy por el contrario, hay un deseo porque hay inconsciente, es decir lenguaje que escapa al sujeto en su estructura y sus efectos, y porque siempre hay a nivel del lenguaje algo que está más allá de la conciencia, y es ahí que puede situarse la función del deseo.

Es por esto que es necesario hacer intervenir ese lugar que he llamado el lugar del Otro, en lo que concierne a todo lo que es del sujeto. Es, en sustancia, el campo en el que se localizan esos excesos de lenguaje de los que el sujeto tiene una marca que escapa a su propio dominio. Es en ese campo que se hace la juntura con lo que he llamado el polo del goce.

Pues allí se valoriza lo que introdujo Freud a propósito del principio del placer y que nunca se había advertido, a saber, que el placer es una barrera al goce, por donde Freud retoma las condiciones de las que muy antiguas escuelas de pensamiento habían hecho su ley.

⁹ *el análisis*

¹⁰ **PEC** y **PTL**: *ha revelado sus verdaderas dimensiones y sus verdaderas estructuras*

¹¹ Alusión a Calibán, el esclavo salvaje y deforme del drama *La tempestad*, de Shakespeare.

¿Qué se nos dice del placer? — que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la atempera, es decir, lo que nos detiene necesariamente en un punto de lejanía, a muy respetuosa distancia del goce. Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, siempre es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada.

¿Qué es el deseo? El deseo es de alguna manera el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce, en la medida en que, de una cierta manera, permite llevar más lejos el nivel de la barrera del placer. Pero ése es un punto fantasmático, quiero decir, donde interviene *el registro imaginario*¹², que hace que el deseo esté suspendido a algo cuya realización no es por su naturaleza verdaderamente exigible.

¿Por qué es que vengo a hablar aquí de lo que, de todas maneras, no es más que un muestreo minúsculo de esta dimensión que desarrollo desde hace quince años en mi seminario? — Es para evocar la idea de una topología del sujeto. Es por relación a sus superficies, a sus límites fundamentales, a sus relaciones recíprocas, a la manera con que ellas se entrecruzan y se anudan, que pueden plantearse algunos problemas, que no son tampoco puros y simples problemas de interpsicología, sino precisamente los de una estructura que concierne al sujeto en su doble relación con el saber.

El saber continúa quedando para él marcado con un valor nodal, por aquello cuyo carácter central en el pensamiento se olvida, esto es, que el deseo sexual, *tal como lo entiende*¹³ el psicoanálisis, no es la imagen que debemos hacernos según un mito de la tendencia orgánica: es algo infinitamente más elevado y anudado en primer término precisamente al lenguaje, en tanto que es el lenguaje el que primeramente le ha dado su lugar, y que su primera aparición en el desarrollo del individuo se manifiesta a nivel del deseo de saber. Si no se ve que

¹² **PEC y PTL:** *el registro de la dimensión imaginaria*

¹³ **PEC y PTL:** *en*

ahí está el punto central donde arraiga la teoría de la libido de Freud, simplemente se pierde la cuerda. Es perder la cuerda querer reunirse con los marcos preformados de una pretendida psicología general, elaborada en el curso de los siglos para responder a necesidades extremadamente diversas, pero que constituye el residuo de la serie de las teorías filosóficas. Es perder la cuerda también no ver qué nueva perspectiva, qué cambio total de punto de vista es introducido por la teoría de Freud, pues se pierde entonces, a la vez, su práctica y su fecundidad.

Uno de mis alumnos, exterior al campo del análisis, muy a menudo me ha preguntado: ¿cree usted que baste con explicar eso a los filósofos, que a usted le alcance con poner en un pizarrón el esquema de su grafo para que ellos reaccionen y comprendan?

Por supuesto, yo no tenía al respecto la más mínima ilusión, y demasiadas pruebas de lo contrario. A pesar de eso, las ideas se pasean, y en la posición en la que estamos por relación a la difusión del lenguaje y al mínimo de impresos necesarios para que una cosa dure, eso basta. Es suficiente que eso haya sido dicho en alguna parte y que una oreja sobre 200 lo haya escuchado, para que en un porvenir bastante próximo estén asegurados sus efectos.

Lo que indico al hablar de la posición que puede ocupar el psicoanalista, es que actualmente es la única por la que el médico pueda mantener la originalidad de siempre de su posición, es decir, la de aquél que tiene que responder a una demanda de saber, aunque no pueda hacerlo más que llevando al sujeto a que se vuelva del lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda. Si el inconsciente es lo que es, no una cosa monótona, sino al contrario una cerradura tan precisa como sea posible, y cuyo manejo no es ninguna otra cosa que abrir, a la manera inversa de una llave, lo que está más allá de una cifra, esta apertura no puede más que servir al sujeto en su demanda de saber. Lo que es inesperado, es que el sujeto confiese él mismo su verdad, y que la confiese sin saberlo¹⁴.

El ejercicio y la formación del pensamiento son los preliminares necesarios a una operación así: es preciso que el médico se haya esforzado en plantear los problemas a nivel de una serie de temas cuyas co-

¹⁴ *sans le savoir*, también: “sin el saber”.

nexiones, cuyos nudos, debe conocer, y que no son los temas corrientes de la filosofía y de la psicología. Los que están en curso en cierta práctica investigadora que se llama psicotécnica, donde las respuestas están determinadas en función de ciertas cuestiones, ellas mismas registradas en un plano utilitario, tienen su precio y su valor en unos límites definidos que no tienen nada que ver con el fondo de lo que está en la demanda del enfermo.

Al cabo de esta demanda, la función de la relación con el sujeto supuesto saber, revela lo que nosotros llamamos la *transferencia*. En la medida en que más que nunca la ciencia tiene la palabra, más que nunca se sostiene ese mito del sujeto supuesto saber, y eso es lo que permite la existencia del fenómeno de la transferencia en tanto que remite a lo más primitivo, a lo más arraigado del deseo de saber.

En la época científica, el médico se encuentra en una doble posición: por una parte, se las tiene que ver con una investidura energética cuyo poder no sospecha si no se le explica, por otra parte, debe poner esta investidura entre paréntesis, en razón misma de los poderes de los que dispone, de los que debe distribuir, del plano científico donde está situado. Lo quiera o no, el médico está integrado a ese movimiento mundial de la organización de una salud que se vuelve pública y, por este hecho, le serán propuestas nuevas cuestiones.

En ningún caso podrá motivar el mantenimiento de su función propiamente médica en nombre de un “privado”, que sería del resorte de lo que se llama el secreto profesional, y no hablemos demasiado de la manera con que es observado, quiero decir en la práctica de la vida a la hora en que se bebe el cognac. Pero no es eso el resorte del secreto profesional, pues si fuera del orden de lo privado, sería del orden de las mismas fluctuaciones que socialmente han acompañado la generalización en el mundo de la práctica del impuesto a las ganancias. Es otra cosa la que está en juego; es propiamente esa lectura por la cual el médico es capaz de conducir al sujeto a lo que transcurre dentro de cierto paréntesis, el que comienza en el nacimiento, que termina en la muerte, y que comporta las cuestiones que van de uno a la otra.

¿En nombre de qué tendrán los médicos que estatuir el derecho o no al nacimiento? ¿Cómo responderán a las exigencias que confluirán muy rápidamente con las exigencias de la productividad? Pues si

la salud se vuelve objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida ella es productiva. ¿Qué podrá oponer el médico a los imperativos que lo harían empleado de esta empresa universal de la productividad? No tiene otro terreno que esa relación por la cual él es el médico, a saber, la demanda del enfermo. Es en el interior de esta relación firme donde se producen tantas cosas que está la revelación de esa dimensión en su valor original, que no tiene nada de idealista, pero que es exactamente lo que yo he dicho: la relación con el goce del cuerpo.

¿Qué tienen ustedes que decir, médicos, sobre lo más escandaloso de lo que va a seguir? Pues si era excepcional el caso en el que el hombre profería hasta ahora “Si tu ojo te escandaliza, arráncalo”¹⁵, ¿qué dirán del *slogan* “Si tu ojo se vende bien, dónalo”? ¿En nombre de qué tendrán ustedes que hablar, sino precisamente de esa dimensión del goce de su cuerpo y de lo que ella ordena como participación en todo lo que le corresponde en el mundo?

Si el médico debe seguir siendo algo, que no podría ser la herencia de su antigua función, que era una función sagrada, es, para mí, prosiguiendo y manteniendo en su vida propia el descubrimiento de Freud. Es siempre como misionero del médico que yo me he considerado: la función del médico, como la del sacerdote, no se limita al tiempo que se le dedica.¹⁶

Sra. AUBRY — Sr. Royer, ¿tiene usted algo para decir antes de la exposición de la Sra. Raimbault?

Sr. ROYER — Me excuso por volver a tomar la palabra tras la “breve” intervención del Sr. Lacan.

¹⁵ Cf. *Evangelio según San Mateo*, 3²⁹: “Si, pues, tu ojo derecho te es ocasión de pecado, sácatelo y arrójalo de ti...”.

¹⁶ En este punto, **LEF** señala: “La señora Aubry da entonces la palabra a uno de los médicos invitantes, cuya intervención reproducimos aquí, por cuanto motiva la respuesta que se le dio tras una intervención de la señora Ginette Raimbault” — pero nosotros seguimos ahora el texto de **PTL**.

Pienso que la exposición que acaba de hacer de lo que llamó un “minúsculo muestreo” de sus obras, es bastante chocante para los médicos que están en esta asamblea, y me parece bien decirlo, ya que si entendí bien, y si no se me tendió ningún cebo, estamos aquí para discutir sobre el lugar del psicoanálisis en la medicina general,¹⁷ y más particularmente sobre las relaciones entre psicoanalistas y generalistas en el seno de un mismo hospital. El problema me fue planteado así, y tengo el sentimiento de haber caído un poco en una trampa.

Acabamos de escuchar una exposición que contiene muchas banalidades — es el propio autor quien lo ha dicho — y no he sido muy sensible, debo confesarlo, a los argumentos que ha desarrollado. Aquí estamos, me parece, para cosas más serias.

Sr. Lacan, nosotros tuvimos, el Sr. Klotz y yo mismo, la honestidad de decir, al comienzo de esta mesa redonda, que no éramos psicoanalistas y que no deseábamos juzgar al psicoanálisis. Hubiese sido honesto de su parte, me parece, reconocer que usted no conocía ni a los médicos, ni a la medicina. Usted emitió cierto número de juicios sobre los médicos que son inaceptables, y — me permito decírselo — cuando usted hace de nosotros simples “distribuidores de medicamentos” suministrados por las firmas farmacéuticas, eso prueba que usted ciertamente no está al corriente de los innumerables problemas con los que estamos confrontados y que tratamos de resolver.

Había venido aquí con la esperanza de que pudiéramos encontrar un lenguaje común, puesto que usted está interesado en los problemas de lingüística... Ahora bien, es imposible encontrarlo sobre este terreno, y debo confesar que considero a esta reunión como un completo fracaso.

Sra. AUBRY — No creo que jamás hayamos considerado al Sr. Royer como un distribuidor de medicamentos, y, si trato de precisar el pensamiento del Sr. Lacan, él probablemente ha querido decir que ése era un peligro que acechaba al médico.

Sr. LACAN — No, no es eso lo que yo he dicho: hablé de la demanda del enfermo.

¹⁷ La reproducción fotocopiada que hace **PEC** del texto publicado en los *Cahiers du College de Médecine* se interrumpe aquí.

Sra. AUBRY — Yo creo, Sr. Royer, que la manera con que el psicoanálisis ha sido puesto al servicio de su equipo de investigación aclarará esta discusión, y me gustaría que la Sra. Raimbault nos diga algunas palabras al respecto.¹⁸

Sra. RAIMBAULT — Debo decir en primer lugar que mi posición en el servicio del Sr. Royer ha estado facilitada por el hecho de que él no me ha demandado ningún esfuerzo terapéutico, sino que simplemente me pidió que me integrara a su equipo de especialistas investigadores como otro especialista investigador. Eso es, pues, en la práctica, lo que le propuse, y lo que hemos hecho juntos desde hace un año y medio.

Yo adopté de entrada una posición diferente de la del psicoanalista tal como puede caricaturizárselo como siendo aquél que busca una psicogénesis — de preferencia específica — para trastornos orgánicos o funcionales; mi objetivo era más bien la relación médico-enfermo-enfermedad. En la práctica, me coloqué en una posición complementaria a la de los otros investigadores participando en todas las actividades del servicio, ya sea en la sala con las visitas, en el curso de las discusiones científicas y clínicas dirigidas por el Sr. Royer, o en la consulta externa. Por otra parte, escuché a padres e hijos con “la oreja analítica”. Es decir, con una actitud y referencias muy diferentes del interrogatorio médico o médico-psicológico habitual.

En las reuniones semanales del servicio, que agrupan al equipo y los corresponsales de París y de Provincia, expuse esas entrevistas de manera tan fiel como fuera posible. Esto reveló a los médicos la importancia del discurso del niño enfermo y de su familia, develando un “vivido” de la enfermedad al que no correspondía sino de manera lejana la visión “científica” objetiva que ellos mismos tenían de ella. La diferencia entre lo que hemos llamado, con el Sr. Royer, la enfermedad endógena (“la enfermedad autógena” de Balint) y la enfermedad vista por el médico, apareció como una de las fuentes de dificultades en la relación “médico-enfermo”: el diagnóstico global que debe integrar y articular los cuatro polos del problema: “niño-familia-médico-enfermedad” y servir de base a la discusión de la conducta terapéutica.

En el curso del año, entonces, proseguimos esas discusiones y, con los médicos, nos pareció que podíamos desprender algunas nociones en cuanto a la visión endógena de la enfermedad en los padres y en los niños, en los casos de enfermedades crónicas letales.

¹⁸ **PTL** no reproduce las palabras de G. Raimbault.

De este modo el equipo de los especialistas hospitalarios es situado por la familia en la posición de “médico de la familia”, a quien ésta demanda una toma a su cargo total. La hospitalización es el momento de un llamado, que ya ha sufrido numerosos avatares, aunque más no fuese en las anteriores relaciones con los otros médicos.

La enfermedad real, por específica que sea, es decir deterioro de un órgano o de una función, vendrá a servir de soporte a toda la fantasmática familiar sobre la muerte y la vida. No responder más que a nivel “reparación del órgano o de la función” equivale a responder sólo a nivel del síntoma.

Por otra parte, desde la primera entrevista, los padres dan parte de sus propias investigaciones en cuanto a la etiología de la enfermedad considerada como un mal. Aquí remito a los trabajos anteriores de la Sra. Aubry, de la Sra. Bargues, de Valabrega. La formulación de los padres va de “eso no tiene sentido” a “ése es el sentido que le damos”. Por cierto, la búsqueda médica sistemática en relación a los antecedentes, la falta de información, o la mala información del público en cuanto a los problemas de nefrología, la impotencia de la ciencia médica en ciertos casos, favorecen esta actitud y la elaboración de los fantasmas en cuanto al agente responsable.

La culpabilidad aparece ante todo en esos fantasmas, ya sea expresada directamente: infracción de un orden, una ley, una prohibición, o indirectamente por desplazamiento, denegación, proyección. La enfermedad del niño parece pues ser un revelador de la problemática y del drama familiar, que se actualiza en esta enfermedad y se alimenta de ella, pero no es verdaderamente suscitado por ella. Las dificultades encontradas por los médicos se sostienen en parte del hecho de que ellos no escuchan más que la demanda explícita: “cure esta crisis”, y no la demanda implícita: “vea nuestro drama”.

En este primer tiempo, hemos descubierto entonces la importancia de los discursos del niño enfermo y de su familia. La cuestión que plantean actualmente los médicos del equipo es la siguiente: “¿cómo explotar científicamente el material así descubierto?”.

En esta segunda etapa de nuestro trabajo de colaboración, propongo todavía la utilización del psicoanálisis como ciencia del desciframiento del discurso inconsciente y de sus efectos. Se trata de localizar, en el discurso del sujeto, los acontecimientos, las situaciones, las palabras que van a develar su temática y la articulación de la enfermedad en esta temática. Tal es nuestra posición actual.

Aunque hayamos avanzado poco en esta investigación, que, como se los dije, no data de más de 18 meses, hemos sido llevados necesariamente a discutir sobre problemas de práctica médica. De este modo, hemos abordado varias veces un asunto quemante en el curso de nuestras reuniones semana-

les: el de la información, a dar por el médico a la familia, en cuanto a la naturaleza de la enfermedad y a su pronóstico fatal. Dos tipos de actitudes se desprenden: unos prefieren advertir a los padres, otros reservan su pronóstico hasta el final. El carácter apasionado de las controversias que tuvieron lugar, el hecho de que los argumentos se utilizaban con toda buena fe para justificar una u otra de estas actitudes, incitaron a algunos a tratar de delimitar, más allá de esas racionalizaciones, su verdadera determinación, y a reconocer que cada cual utiliza, ante ese problema específico — es decir, la angustia de su propia muerte y de la del otro — sus mecanismos de defensa personales. De hecho, que el médico tenga tal o cual actitud no parece ser el factor primordial para el enfermo y su familia. Más importante parece ser el hecho de que el médico actúe demasiado a menudo de la manera estereotipada, en función de sus presupuestos personales.

Para resumir, digamos que a partir de una demanda de los médicos en lo que concierne a la repercusión de la enfermedad crónica sobre el niño y las causas de las dificultades de la relación médico-enfermo, el trabajo del equipo se orientó hacia la toma en consideración del discurso del niño enfermo y de su familia, el análisis de ese material, y la explotación que puede hacerse de éste con fines terapéuticos.

Si el niño enfermo y su familia son considerados como sujetos a escuchar, este material no podría ser aislado del diálogo en el cual se inserta. Seremos llevados entonces a estudiar de manera análoga el discurso de los médicos. En efecto, el médico no puede ser considerado como una máquina de diagnosticar, un robot terapéutico: es un sujeto tomado, como todos los sujetos, en un discurso inconsciente, que determina su respuesta al sujeto enfermo, es decir, su conducta en la terapéutica.

Sr. LACAN — No creo que la Sra. Raimbault, aunque con un estilo diferente y que puede ser más placentero para ciertas orejas, haya dicho cosas esencialmente diferentes de las que yo enuncié recién.

De todos modos quisiera decir al Sr. Royer simplemente lo siguiente: que yo hubiera creído que se le iba a dar una acogida mejor a mis palabras. Aunque yo haya hecho de la abundancia del arsenal terapéutico el único criterio del pasaje de la medicina a la era científica, lo esencial de mi distinción me parecía, pero sin duda es un error, que recubría la dimensión por la cual, antes de mi discurso, él mismo había dicho que se inquietaba, a saber lo que él ha nombrado, en su vocabulario, que es de su registro, la enfermedad endógena como opuesta a la enfermedad exógena. Si comprendí bien, la enfermedad exógena, es la

que es vista desde el exterior, por el médico, desde ese punto de vista que hace un momento llamé científico. La enfermedad endógena recubre todos esos problemas que yo indicaba, los de la demanda y del fondo que ella encubre. Para poder resolverlos e intervenir allí de una manera apropiada, no basta con adelantarse en una formación apresurada. Al considerar la difusión actual de la teoría de la relación médico-enfermo, vista de una manera más o menos aproximativa como psicoanalítica, y lo que ella permite en algunos casos como intervenciones intempestivas, *en ciertos casos*¹⁹ una no-iniciación es preferible a una demasiado grande.²⁰

Sr. WOLF — Quisiera preguntar si el Sr. Lacan no ha revelado inconscientemente — me excuso — una parte del problema que se plantea a los médicos que se confrontan con los psicoanalistas, lo que todavía no sucede muy a menudo en la práctica.

Este problema reside en el hecho de encontrarse, de alguna manera, desposeído (ya que, como lo ha dicho el Sr. Royer, nosotros queremos considerarnos como unos médicos completos, y no como distribuidores de píldoras), frustrado en esa especie de relación con el enfermo de la que se tiene la impresión que el psicoanalista va a desviarlo. Y, en esta medida, eso puede volver a las relaciones tanto más difíciles cuanto que, siendo el análisis, por definición, algo relativamente esotérico (por otra parte, de ningún modo quiero decir que eso sea por culpa de los psicoanalistas), los médicos están tanto más excluidos de éste. Quizá la experiencia de la Sra. Raimbault responde precisamente a este problema, en la medida en que es un éxito.

Sr. LACAN — Estoy muy contento por la intervención del Sr. Wolf. Ocurra lo que ocurra con mi inconsciencia, hay que emplear esa palabra en el sentido corriente del término, y no es del inconsciente freudiano que se trata, es siempre una gran inconsciencia servir “así” una tajada más o menos transversal de algo que requiere ser expuesto con todo tipo de escalonamientos.

¹⁹ *a veces*

²⁰ En este punto, **LEF** señala: “Aquí, una nueva intervención permite a Jacques Lacan otra respuesta.” — La nueva intervención, que **PTL** tampoco reproduce, es la que sigue, del Sr. Wolf.

Volveré a leer el registro de lo que he dicho recién. Creía haber precisado bien, al comienzo, que yo tomaba al pie de la letra la cuestión del lugar del psicoanálisis en la medicina. Voy a engordar todavía mi tesis, y así quizá llegará a pasar. La medicina se mantendrá en tanto que el médico se maneje más cómodamente — informado como puede serlo — con lo que he llamado la topología del sujeto. Existen de ésta esquemas que no he querido imponerles esta noche, y quise solamente dirigirles un discurso que implica la dimensión a donde entendía llevar el debate. Para nada se trata, y en ningún momento, de saber si la cura psicoanalítica está indicada en tal o cual caso, o si ella debe ser más o menos extendida.

En cuanto a pensar que, en sus relaciones con sus enfermos, un psicoanalista debe sustituir al médico, quisiera que me corten la cabeza si he dicho algo que se aproxime a eso así sea un poco. Simplemente me parecía, dados los datos adquiridos, y he precisado expresamente que no todos estaban difundidos, que sería tiempo de que en alguna parte estos sean, si no difundidos *o enseñados*²¹, pero al menos puestos al día de la experiencia en el marco de una Facultad de Medicina.

El carácter puramente didáctico de modulación que más o menos, según mis costumbres, dí en esta ocasión a mi voz, no señala de ningún modo la tensión de una pasión personal, ni siquiera en nombre de una autenticidad o de una sinceridad cualquiera; y justamente, no quise emitir un voto que en esta ocasión hubiera podido tener el aspecto de una pasión así, voto que además seguiría siendo muy gratuito, pues las respuestas que he recibido muestran que es evidente que grandes obstáculos se oponen a la admisión de una idea semejante, la de, por ejemplo, enseñar a los estudiantes de medicina, lo que quiere decir un signifiante y un significado, mientras que todo el mundo habla de lingüística, salvo los estudiantes de medicina, por la simple razón de que no se les enseña.

En cuanto al carácter esotérico de mi enseñanza, las puertas siempre han estado bien abiertas, contrariamente a lo que se practica en otros lugares del psicoanálisis, y jamás ha sido prohibido a nadie,

²¹ Lo entre asteriscos, sólo el **PTL**, no en **LEF**.

en todo caso no por mí, asistir a lo que sería exagerado llamar mi curso, sino a mis comunicaciones y a mi seminario.²²

**establecimiento del texto,
traducción y notas:
RICARDO E. RODRÍGUEZ PONTE**

para circulación interna

²² Al concluir la intervención de Lacan, **LEF** informa:

“Fue la Señora Aubry quien había propuesto al Collège de Médecine la invitación a donde todo esto tuvo lugar.

“Jacques Lacan rinde aquí homenaje a la serenidad sin desfallecimientos con la que la Señora Aubry supo hacer frente a la manera en que esta invitación fue comprendida: de una y otra parte.

“Le agradece haber mantenido el principio de una publicación no corregida de las intervenciones y haber obtenido su comunicación casi integral.

“Para decir todo, es gracias a ella, como conserva aquí su indicación la primera frase, que Jacques Lacan pudo sortear sin siquiera precaverse la “trampa” que sin duda es el accesorio en curso en este tipo de coloquio, puesto que no se ve cómo algo parecido habría podido llegar al punto en que se testimonia haberlo sentido tan vivamente, sino que lo haya dejado en el aire”.

Psicoanálisis y Medicina, el 16 de Febrero de 1966

de la
ESCUELA FREUDIANA DE BUENOS AIRES

Anexo 1:

FUENTES PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL TEXTO, TRADUCCIÓN Y NOTAS DE ESTE TEXTO DE LACAN²³

- **PEC** — Jacques LACAN, «Psychanalyse et Médecine», en *Petits écrits et conférences, 1945 - 1981*, recopilación de fotocopias de diverso origen, que agrupa varios textos inéditos de Lacan, sin indicación editorial. Biblioteca de la E.F.B.A.: CG-254. Esta fuente, en sus pp. 450-454, ofrece la fotocopia, parcial, del texto publicado en los *Cahiers du Collège de Médecine*, 1966, 7 (nº 12), pp. 765-769. Esta fuente no incluye ni la presentación de la mesa redonda ni el debate posterior.
- **LEF** — Jacques LACAN, «Psychanalyse et Médecine», en *Lettres de l'École freudienne*, nº 1, 1967, pp. 34-51. Esta fuente incluye el debate posterior, pero no la presentación de la mesa redonda. Incluye también el artículo de Emile Raimbault, «Psychanalyse et Médecine: Notes pour une discussion», que no hemos traducido pero del que nos hemos servido para orientarnos en el contexto del debate.
- **PTL** — Jacques LACAN, «La place de la psychanalyse dans la médecine», en *Pas-tout Lacan*, recopilación de la mayoría de los pequeños escritos, charlas, etc., de Lacan entre 1928 y 1981, a excepción de los seminarios, que ofrece en su página web <http://www.ecole-lacanienne.net/> la *école lacanienne de psychanalyse*: Esta versión, que ofrece tanto la presentación de la mesa redonda como el debate posterior, se basa a su vez en el texto publicado en los *Cahiers du Collège de Médecine*, 1966, aunque indica una paginación diferente del mismo por relación a la que informa **PEC**: pp.761-774.
- **IyT** — Jacques LACAN, «Psicoanálisis y Medicina», en *Intervenciones y Textos*, Ediciones Manantial, Buenos Aires, 1985, pp. 86-99. Traducción de Diana Silvia Rabinovich. Esta traducción, que afirma basarse en el texto publicado por **LEF**, no incluye ni la presentación de la mesa redonda ni el debate posterior.

²³ Este texto fue también publicado en *Le bloc-notes de la psychanalyse*, nº 7, 1987, pp. 17-28, al que no hemos tenido acceso.