ASOCIACIÓN DE ENCUENTROS PSICOANALÍTICOS DE MEDELLÍN

RELATO CORRESPONDIENTE A LA SESIÓN DEL 26-04-2025

Responsable del relato: Nelson Cortés C.

ASISTENTES: Rocío Gómez, Humberto Parra, Análida Estrada, Ramiro Ramírez y Nelson Cortés.

Luego de la lectura del relato del 22 de marzo, el relator pide la palabra para hacer un aporte adicional --un complementario a lo leído-- relacionado con la cercanía del discurso médico al discurso del amo (discurso en el que "se produce toda la dimensión del ser": S.20 / 43).

Sugiere Nelson que visualicemos la estructura superior del discurso del Amo (por encima de las barras) donde se localizan el significante amo (S1) y el significante saber (S2), e imaginémonos que allí podría estar lo que se conoce como la relación médico-enfermo.

El S1 como sigo o símbolo (algebraico) aislado de la cadena no representa nada (S1 como significante "no se refiere a nada que no sea un discurso": S. 20 / 41) pero que asociado con otros puede significar algo. Así, al vincular el S1 con el S2, sin relacionarlos con los otros dos símbolos o letras, $ y 'a' (que están por debajo de las barras) no funcionan como significantes, sino como signos porque, como tales, su función no es otra que la de intercambiar información. Ahora, si a estos signos se les intercala una flecha, S1 → S2, adquieren la apariencia de una relación. También podemos decir que el algoritmo S1 → S2, aislado de la estructura del discurso, no es indicador de una relación, entre otras cosas, porque no aparece el sujeto.

Hasta el momento no se puede hablar de la existencia de un discurso médico pues para ello es necesario que los signos se constituyan en los significantes del discurso que, al asociarse con otros significantes, es decir, al estar ordenados en una cadena, puedan producir una significación (J. C. / 194).

Clavreul, cuenta que Michael Foucault, demostró que las bases conceptuales y semánticas del discurso de la medicina moderna fueron tomadas de la anatomía patológica; es decir, de ella se tomaron los significantes de su lenguaje (J. C. / 42). Al respecto, Ramiro agrega que Foucault también nos muestra cómo el discurso médico cambia con las transformaciones socioculturales y económicas, circunstancias que con el paso del tiempo han transformado el saber médico sobre la enfermedad, en aspectos concretos de la práctica médica como el examen clínico y el diagnóstico. En otras palabras, que a medida que se modifican los significantes en la cadena del discurso médico se transforma, también, la significación dado que los significantes nunca tienen un sentido unívoco.

Análida interviene para referirse al DSM5, texto de consulta para el trastorno de las enfermedades mentales al que suelen acudir algunos terapeutas en su intento de adecuar ciertas manifestaciones sintomáticas del enfermo a un posible diagnóstico, en vez de privilegiar, dice Análida, la singularidad de su palabra del enfermo. Puedo pensar, si entendí bien, que a eso fue a lo que se refirió Rami cuando comentó que los psiquiatras no escuchan o no están interesados ni en los significantes ni las significaciones de la locura y solo concentran su atención en la sintomatología orgánica.

Análida comenta, también, que una de las cosas que le ha llamado la atención –durante el tiempo que ha estado en Encuentros Psicoanalíticos-- es la potencia de la cadena significante propuesta por Lacan; ese juego de los significantes en la búsqueda de una posible significación.

Nelson vuelve al algoritmo S1 → S2 para señalar que, tanto el discurso del amo como el discurso médico, funcionan a partir de la directriz del S1, lo que no quiere decir que la subjetividad no exista, sino que no tiene ninguna importancia para la inteligibilidad de la información que circula" (J. C. / 195). "El que trabaja –que en todos los discursos está siempre arriba a la derecha-- en el discurso del amo es el S2-- y lo hace para hacer surgir la verdad, dado que este es el sentido del trabajo" (S. 17/ 110).

Una vez completo el discurso amo se puede percibir por qué el sujeto está borrado y barrado y, además, situado bajo la barra: porque dicho sujeto NO está manifiesto en el discurso" (J. C. / 196). También podríamos decir que en el discurso del amo el sujeto esté en el lugar de la verdad, pero enmascarado, $, (es decir, en el discurso amo se enmascara la división del sujeto) (S, 17 / 107,8).

Se me ocurre, que en el discurso médico --que venimos asimilando al discurso del amo-- el algoritmo S1 → S2 representaría el Orden médico; la $ represente al médico y, en el lugar de la producción, hay un resto, un excedente de goce, que en este caso no es el objeto 'a', sino la enfermedad, enfermedad que no tiene nada que decir sobre el sufrimiento del $, $ que está excluido del discurso médico.

Análida introduce, en una nueva intervención, el discurso religioso, como otro modo de hacer lazo social. Análida lo hace indirectamente al comentar la película "la última sesión de Freud, un debate ficticio entre Sigmund Freud y C. S. Lewis sobre la existencia de Dios, sobre el sentido de la vida y sobre el amor al prójimo; asuntos angustiosos, por cierto, que conminan al hablante (al ser viviente) a asumir una posición como sujeto del discurso*, discurso que por virtud del juego de los significantes le hace saber "que puede faltar en la cadena" (S. 7 / 352), es decir, le hace saber sobre su finitud ; en palabras de Análida "que todos nos acabamos".

Ramiro interviene para referirse a los conceptos de finito (perecedero) e infinito (eterno) y nos dice que la dimensión de la muerte nos remite, necesariamente, a la dimensión de la vida; es decir, que al sabernos finitos, que al saber que hay un límite introducido por la muerte, la existencia adquiere valor. ¿Cuál es la posición de la doctrina cristiana frente a la muerte? Que con la resurrección la vida trasciende a otra dimensión. Pero soñar con otra existencia de vida, dice uno de los presentes, es justificar la incapacidad de enfrentar la muerte. Esa, al parecer, es una razón importante por la cual el capitalismo se sostiene, porque al ofrecer bienes y servicios perpetuadores de vida, nos hacen olvidar la muerte. Lo que la industria ofrece es sufrir menos para tener una buena muerte, mientras continúa en otra parte.

Ramiro se refirió en una sesión pasa de Encuentros a la diferencia entre vida --en tanto naturaleza y propósito de ser y estar-- y existencia --en cuanto demanda de ser reconocidos por el otro y anhelo --de muchos-- de no ser olvidados después de muertos. No importa lo que hagamos, siempre exponemos el cuerpo porque está la pulsión. La pulsión de muerte se expresa en cada sujeto, acorde con su historia de vida; no de otra manera podríamos captar ‘algo’ sobre las posiciones diferentes que asumieron Freud y Lacan frente a sus propias muertes.

Un comentario final. La escritura del presente relato podría continuar, no solo porque hubo más comentarios –que el relator no pudo capturar y configurar— sino, también y principalmente, por los caminos que abrieron las conversaciones. Iniciamos con los discursos del amo y médico, para conocer algo de su similitud; nos detuvimos en la cadena significante para captar que el juego de los significantes le hace saber al sujeto que puede faltar en la cadena; surgieron los conceptos de vida y muerte que, necesariamente, nos llevan --de la mano de Freud y Lacan-- al de pulsión de muerte. Aún hay un trecho largo por recorrer.

Relato leído en la sesión del 24 de mayo de 2025.

(en el sentido heideggeriano de ‘Dasein’: no de lo que es, sino de lo que puede ser).