



ALEJANDRA KORECK - May you live in interesting times

SECCIÓN

# PSICOANÁLISIS Y OTROS DISCURSOS



# Psicoanálisis y discapacidad

***Mario Chades***

---

Universidad Nacional de San Luis

machades3@gmail.com

---

**<https://fchportaldigital.unsl.edu.ar/index.php/nudos>**

**S**i la discapacidad no es una patología, ¿Qué nos habilita a intervenir como especialistas más o menos informados en el tema? En ese caso, ¿Cuál sería la dirección de nuestra cura?

La historia de la medicina moderna nos muestra cómo los sujetos afectados por alguna deficiencia han sido objeto de múltiples abordajes terapéuticos, a veces contra su voluntad. En cierto modo, la psicología y la educación han participado de esta cruzada y algunos desarrollos en psicoanálisis también. Frente a este panorama, nos preguntamos cuál es la posible incumbencia del psicoanálisis en estos casos.

Desde el discurso médico la discapacidad ha sido entendida como un problema de la persona, producido por una enfermedad, accidente o condición negativa de la salud, que en consecuencia requería de cuidados, proporcionados por profesionales bajo la forma de tratamientos estandarizados. Cabe agregar que dichos procedimientos dejaban al sujeto y su padecimiento singular tras bambalinas.

En este punto, el psicoanálisis viene a tallar, devolviéndole al sujeto el lugar que la medicina le había sustraído y ubicándolo en el centro de la escena. El sufrimiento, transformado en pregunta y dirigida al Otro abre la posibilidad de un análisis y de abordar la discapacidad y sus efectos como síntoma psíquico.

Los desarrollos del psicoanálisis, en torno a temas vinculados a la discapacidad, no son recientes ni acotados y aunque Freud no haya hecho a lo largo de su obra más que unos pocos y breves comentarios al respecto, sus continuadores se han ocupado con valiosos aportes.

Es así que se ha podido construir casi toda una teo-

ría de la discapacidad, a partir de conceptos desarrollados por Freud en torno a otras cuestiones. Por considerar algunos, podríamos nombrar los correspondientes a momentos inaugurales de su obra, todo lo que refiere a la fenomenología del trauma, la “*railway spine*” (*riawe spine*) expresión que era utilizada para remitir a “espina (dorsal) de ferrocarril” o “cerebro de ferrocarril” y designar conmociones medulares provocadas por accidentes ferroviarios, que no sólo dejaban secuelas psíquicas sino también lesiones duraderas y hasta irreversibles en el cuerpo. Estos eventos pusieron en pista a Freud ([1886] 2007) de que la separación entre psique y soma no era ni tan tajante, ni tan evidente.

El concepto mismo de trauma involucra una remisión a herida, pérdida de la continuidad de una superficie por efecto de una fuerza que provoca efectos duraderos y hasta definitivos. Son muchos los desarrollos que han vislumbrado la discapacidad como una experiencia traumática, cuestión que a nuestro criterio convendría revisar, como señala Barros (1996), el trauma no depende del contenido dramático de una situación, sino más bien del desequilibrio económico que esta produce.

Por otro lado, la noción de complejo de castración tiene claras resonancias cuando nos detenemos a pensar en temas vinculados a esta problemática, efectivamente la idea de pérdida está en juego en la discapacidad y con ella toda la cuestión del duelo, que Freud ([1917] 2007) recorre ampliamente y, a la que le dedicó específicamente un escrito. No obstante, remarcamos que es preciso ubicar aquí la particularidad que posee el duelo que se juega en la discapacidad.

Tomamos estas nociones sólo por nombrar algunas. Sin embargo, es justo señalar que lo que a Freud le interesa son las repercusiones psíquicas que una afectación del cuerpo pueda tener, cuando no se trata de considerar las incidencias de la psique en el soma.

Establecido el interés de los psicoanalistas en temas de discapacidad, lo que nos interroga en este trabajo es saber, qué nos autoriza a intervenir desde nuestra praxis, en problemáticas en las que el cuerpo aparece comprometido de un modo especial, si basta la existencia de una lesión o déficit en el cuerpo o una alteración de una función del mismo para estar habilitados *per se* a entrometernos como especialistas más o menos informados en el tema y, de serlo así, cuál sería la dirección de nuestra cura.

No creemos que esto sea efectivamente así (que naturalmente un déficit en el cuerpo nos habilite a intervenir), aunque si hurgamos en la historia, los distintos abordajes que se concibieron en discapacidad, tanto en terapéuticas como en educación aparece esta constante: intervenir allí y más allá del sujeto y de la ponderación que él mismo haga de sus dificultades.

A principios del siglo XX, a raíz de la Primera Guerra Mundial y de la introducción en Europa de las primeras legislaciones en torno a la seguridad social, los impedimentos físicos y mentales comenzaron a entenderse como “enfermedades” que podían recibir tratamientos y ser rehabilitadas. De este modo, los sujetos afectados por algún impedimento eran institucionalizados en establecimientos de salud para ser curados y/o modificar sus conductas, con la intención de ser luego reincorporados al tejido social. Esto es lo que se conoce como el Modelo Médico Rehabilitador en el abordaje de la discapacidad, paradigma, dicho sea de paso, que trascendió el ámbito hospitalario e impregnó otros espacios como el educativo por ejemplo y que incluso dejó marcas en el imaginario social respecto al modo de proceder con las faltas físicas.

Como discurre Pérez Bueno, citado por Velarde Lízama (2012):

El modelo rehabilitador considera la discapacidad como un problema de la

persona, producido por una enfermedad, accidente o condición negativa de la salud, que requiere de cuidados médicos proporcionados por profesionales bajo formas de tratamientos individuales (p. 115).

Resulta de interés en este punto la diferenciación establecida por Benyakar, citado por Barros (1996), entre los términos “damnificado” y “víctima”.

Un damnificado es aquel que ha sufrido una pérdida concreta, localizable, frente a la que es posible responder con medidas concretas. La víctima en cambio, es aquel que, al margen del perjuicio real sufrido, padece por recibir la marca del arquetipo cultural del dolor; en este sentido la víctima es el chivo expiatorio de la pena de la comunidad, por lo tanto, cuando alguien cae en ese lugar ocupa una posición de objeto sufriente y soporta sobre sí los efectos de la palabra del Otro.

Entendemos que la medicina en su operatoria se ocupó de las personas con discapacidad tratándolas como damnificados, produciendo con esto, un corrimiento de su lugar de víctimas y en ese sentido, ideó medidas concretas para responder. Sin embargo, en el plano social continuó coexistiendo esta noción con la idea de persona con discapacidad vista como víctima, probablemente como resabio de un prejuicio que se afirmó en la segunda mitad de la edad media, a saber: personas portadoras de un supuesto sufrimiento incommensurable, del arquetipo cultural del dolor.

Debemos remarcar aquí que la psicología, incluidos algunos desarrollos del psicoanálisis, participaron en gran medida de este imaginario.

El paradigma Médico se consolidó fuertemente durante la segunda mitad del siglo XX y dura hasta hoy. El mismo habilitó una multiplicidad de terapéuticas que buscaban corregir las afecciones,

delimitando sus causas, en pro de restablecer la normalidad perdida. Cabe agregar, que estos dispositivos raramente consultaban a las personas o a las familias implicadas, sobre cuál era su real padecimiento, más bien proscribían tratamientos estandarizados, según la geografía de la humanidad que aparecía tomada por el déficit. A su vez, cada déficit era recortado y catalogado por cada disciplina participantes y esto, en modo alguno impedía la intervención simultánea, cada disciplina con su trozo de cuerpo. Cabe agregar, que esto no tardó en producir consecuencias iatrogénicas. Como documentan Jerusalinsky y otros (1996), esa fragmentación imaginaria no dejó de tener consecuencias simbólicas, sobre todo cuando los atendidos eran niños en constitución.

En esta línea, debemos agregar que se constató que las afecciones que se manifestaban como las más evidentes en estos individuos, raramente eran las que los afectaba como sujeto y si así lo hacían, no era de la manera en cómo lo concebían las distintas disciplinas. De este modo, el saber de los sujetos implicados era sencillamente dejado de lado. Algo análogo sucedía con el saber de las familias.

Frente a este panorama, entendemos que el aporte del Psicoanálisis representó un bastión que permitió dar los primeros pasos en un cambio de perspectiva. El dispositivo psicoanalítico, sostenido fundamentalmente de la “escucha” deslizó el interés hacia la repercusión subjetiva que un padecimiento orgánico podía tener, consideración que estimamos nueva en la historia de la medicina moderna.

Esta sencilla maniobra, en modo alguno intrascendente corrió al centro de la escena al individuo tomado por el déficit y con ello puso el acento en el síntoma psíquico. Como bien plantean Jerusalinsky y otros, “la proporción en que un síntoma, producido por una enfermedad orgánica, se constituya en un obstáculo para el desarrollo, depende de que se constituya como síntoma psíquico” (1998, p. 187).

De este modo, si el problema orgánico se mantiene en el plano orgánico por más espectacular que parezca en su manifestación, no se constituye como un obstáculo a atravesar. El límite como tal no cobrará existencia para el sujeto, incluso aun cuando según los parámetros médicos este se aleje diametralmente de la pretendida “normalidad”.

En este punto de la reflexión cobra particular relevancia, por su utilidad teórica y clínica, la noción de sufrimiento (Goce en Psicoanálisis). Es así que algunas veces nos encontramos con sujetos cuyo déficit físico no produce sufrimiento, efectivamente esto estará supeditado al alcance de la limitación, pero sobre todo a la valuación que el sujeto haga de él. En otras ocasiones, encontramos la conjunción entre déficit y sufrimiento, sólo estos casos podrían habilitar un abordaje desde la clínica psicoanalítica entendida en un sentido estricto, aunque se necesiten todavía algunos movimientos más.

Lacan ([1968-1969] 2008) en su Seminario XVI dirá que el sufrimiento es un hecho: “hay sufrimiento que es hecho, o sea, que encubre un decir” (p. 63). El sufrimiento es, existe, no requiere de nada, ni palabras o quejas, por ejemplo, sin embargo, cuando el mismo es puesto en palabras adquiere otra dimensión.

Precisamente a esto nos referíamos cuando hablábamos de los otros movimientos necesarios para habilitar un abordaje analítico. Se requiere justamente, que el sufrimiento en cuestión sea capaz de originar una interrogación, de movilizar alguna pregunta respecto a la causa, pero sobre todo que el sujeto se vea concernido en esa pregunta. Estar concernido implica asumir determinada posición ética, quiere decir que esta pregunta no sea una pregunta más, sino que apunte resolver una cuestión central del Ser, esto es lo que llamamos responsabilización e “implica que el analizante reconozca los límites que le son impuestos y enfrente la relación entre sus actos y su deseo” (Gomes y

Medina, 2003. p.1).

Esta pregunta acerca de la causa de su sufrimiento constituye ya una demanda y puede ser alojada en el marco de un análisis, siempre y cuando el sujeto lo consienta.

Braunstein (1990) indica que el sufrimiento transformado en pregunta hecha al Otro es el fundamento que hace posible un análisis. Justamente, cuando el sufrimiento involucra una pregunta dirigida al Otro estamos en el terreno de la transferencia y con ello quedamos a un paso de que se constituya el síntoma psíquico. Pues, como completa Lacan ([1968-1969] 2008) “El sufrimiento quiere ser síntoma, lo que significa verdad” (p. 63).

Lejos está el Psicoanálisis de poder ser prescripto a modo de pócima que alivie un malestar y aunque esto suceda a menudo, lo cierto es que su perspectiva se encuentra en disyunción absoluta con el Modelo Médico Rehabilitador, según el cual, corresponden para tales patologías tales tratamientos. En Psicoanálisis tenemos en el centro de la operatoria al Sujeto y a la posibilidad que éste tenga de hacerse singulares preguntas respecto a su dolor, es lo que conocemos como síntoma y lo que anuda al Sujeto, aun con discapacidad, no necesariamente a su discapacidad.

Además, en Psicoanálisis no promovemos la remisión inmediata del síntoma, pues como antes señalamos, el síntoma constituye una forma primera y singular de procesamiento del Goce, una manera inicial de curar el sufrimiento. Contrariamente a posiciones teórico-clínicas que buscan silenciar el síntoma, en Psicoanálisis se trabaja con él, podemos decir que se lo domestica, se lo hace menos molesto.

Precisamente en esta misma clase de la obra de Lacan ([1968-1969] 2008) antes citada, éste habla de Sujeto, diciendo que no hay sujeto más que de un decir, lo que no es otra cosa que señalar que no hay

sujeto más allá de su síntoma.

Que la cuestión de la discapacidad esté en él (en el síntoma) concernida es lo único que nos habilita a intervenir en estos casos, al menos desde una clínica psicoanalítica que se precie de tal.

## Referencias bibliográficas

- Barros, M. (1996). Sobre el trauma y la violencia del lenguaje. En *La pulsión de muerte, el lenguaje y el sujeto*. Ediciones El Otro.
- Braunstein, N. (1990). *Goce*. Colombia: Editorial Siglo XXI.
- Freud, S. ([1886] 2007). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En *Obras Completas*. (Vol. 1). Amorrortu Editores.
- Freud ([1917] 2007). Duelo y Melancolía. En *Obras Completas*. (Vol. 14). Amorrortu Editores.
- Gómez, M. y Medina, E. (2003) El sufrimiento es un hecho y solo es cuando se dice. Conceptualización del sufrimiento a partir de la interpretación del seminario XVI “De un Otro al otro”, de Jacques Lacan. En *Acheronta. Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Número 18 - diciembre 2003. Recuperado de <http://acheronta.org/acheronta18/gomezmedina.htm>
- Jerusalinsky, A. Y otros (1998). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Nueva Visión.
- Lacan, J. ([1968-1969] 2008). *El seminario, libro 16: De un Otro al otro*. Paidós.
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. En *Revista Empresa y Humanismo*. (Vol. 15, Nº 1). Universidad de Navarra.

