

Roberto P. Neuburger

Psychoanalysis

Pequeña (pre)historia de la Interconsulta psicoanalítica (1a.Parte) – La intersección psicoanálisis / medicina

Arriba: Fotografía de Sonia Neuburger

I. La “relación” psicoanálisis/medicina dista de ser sencilla. Aquél surge de ésta cuando un saber fracasa, y arrastra fragmentos de discurso que en el nuevo contexto modifican su significación por completo (síntoma, trauma...). Una y otra vez vuelve a plantearse la revisión de tales orígenes, hecho que tal vez se halle en relación con dicha falla. En particular, en la Interconsulta, que nos es cotidiana. Puede establecerse una analogía con el axioma según el cual en un análisis se re-edita el descubrimiento del Inconsciente, con los necesarios obstáculos y tropiezos con que hubo de toparse Freud: así, la interconsulta volverá a poner en juego la historia particular de la diferenciación con el discurso del que ha surgido. ¿No es una buena razón, tal vez, para intentar un recorrido escrito de estos antecedentes, como trabajo preliminar, en vez de dejar que el silencio del olvido se realice en acto?

Tuve la oportunidad de entrevistar, una vez, a una anciana vienesa que se había movido en el entorno analítico de la pre-guerra, y hasta saludado a Freud y su hija Anna el día de su forzada partida de Viena. Cuando la vi, hacía unos meses había finalizado su análisis (que había comprendido, de uno y otro lado del océano, poco más de cuarenta años). Su entrada en el procedimiento freudiano había sido indicada por su médico de cabecera: Felix Deutsch, a quién ella se había quejado de esterilidad. Él – suponemos que diagnosticó una “*causalidad psíquica*” del síntoma -, la refirió a un analista “de tercera generación” (contemos: Freud, la primera; Abraham, Ferenczi, Eitington, Sachs, etc., segunda; sus analizantes, tercera). Fue un acierto, como comprobarían los sucesivos embarazos de la dama. Para rubricar la historia, añadió a su relato que dos de los hijos que tuvo siguieron – ya en nuestro país – la carrera analítica, acaso parte de la deuda simbólica resultante.

II. Si bien las primeras contribuciones de Felix Deutsch datan de 1919, acaso haya sido el

primero en plantear el lugar de articulación posible de la medicina y el psicoanálisis. Aún cuando en sus escritos se pregunta acerca del misterioso salto de la mente al cuerpo 2, anula sin embargo la intuición de la discontinuidad de ambos registros cuando afirma de que se trata de un *continuum*. De este modo cae en el peligro de vaciar al inconsciente “descriptivo” de lo inédito y sistemático de la metapsicología. Recordemos que ésta no era premisa exigida por Freud a sus próximos, de quienes sólo requería el reconocimiento del inconsciente, y no tanto la aprehensión de su lógica. La disfunción orgánica coincide así, para Deutsch, con el desorden pulsional en uno de sus momentos de desarrollo (en esta concepción, más cerca de lo instintivo), y los significantes en los que se advierte no son sino sus efectos. Como vemos, es la concepción romántica pre- (y post-) freudiana. Pero la clínica, eventualmente, podía decirle que no. Cuando entrevista a Dora veinticuatro años después de la paradigmática cura con Freud, Deutsch se halla listo para investigar en ella – quien le presenta, a la sazón, un sinnúmero de afecciones corporales – el “*misterioso salto*”. Pero Dora, aún más advertida, es capaz de “saltar” hacia atrás a tiempo: tras enterarse de que su médico ha sido alumno de su ex-analista (“*mi familiaridad con los escritos de Freud evidentemente creó una muy favorable situación transferencial*”, apunta Felix con un optimismo que pronto habrá de frustrarse), le ofrece, en un segundo encuentro, padecimientos... ¡exclusivamente psíquicos! Conclusión de Deutsch: “*una de las histéricas más repulsivas que había conocido*”.

III. En mayo de 1917 hace su entrada en la escena psicoanalítica, el inaudito Georg Groddeck. El entusiasmo inicial que desencadenó en Freud recibía, por parte de Deutsch y Ferenczi, un eco de escepticismo. El recién llegado no hacía más que presentar, con ímpetu desenfrenado, una hipótesis de la propia manera de entender el inconsciente de éstos. Veamos cómo suceden las cosas a través de la correspondencia. Se trata del detalle de algunas trampas que acechan al discurso analítico, que bien vale la pena considerar. 3 Resistencia, transferencia, no indican necesariamente bajo la pluma de Groddeck una suscripción al discurso analítico. Son como contraseñas que aduce, en su primer carta a Freud, para presentar una concepción mística: Un Inconsciente omnipotente, en el que tras la abolición de la distinción cuerpo-alma se suprime toda otra diferencia. Por otra parte, la expresión el habitualmente llamado sufrimiento corporal, no define con claridad si es la mirada o la escucha la puerta de entrada. Lo curioso es que el analista se asimila a esta Idea, obteniendo una potencia igual y contraria, capaz de crear o revertir sus indeseables efectos. Al mismo tiempo, la posible imputación de taumaturgia le tiene absolutamente sin cuidado... Si Freud insistía con su “dualismo pulsional”, era para sostener la diferencia en una posición lógica, perforada por la incompletud. Por lo tanto, necesita advertir a su nuevo e insólito discípulo acerca de la tentación de rebajar todas las bellas diferencias en la Naturaleza en favor del atractivo de la Unidad. Sin embargo, para Groddeck la sexualidad carece de oponente. La culpa y el complejo de castración sólo vienen a instalarse como desvíos indeseables de una fuerza creadora originaria. Dejemos por el momento la respuesta “institucional” de Freud, preocupado por la aparición potencial de nuevos apóstatas. La apelación a la prudencia aristotélica (en psicoanálisis, Freud le insiste a Groddeck, no se trata de dotar de alma a la naturaleza, ni de des-espiritualizarla de modo radical) hace evidente que el borde corporal del signifiante – el *missing link* – no es fácil de explorar. Es en vano. La nueva carta de Groddeck (junio de 1917) lo halla firme en su monismo, en el que Todo es efecto del inconsciente. Así, la intención de “no tropezar con la piedra de la ira o del repudio” será el ímpetu por el cual el Ello creará ora un callo plantar,

ora un tofo gotoso. Freud no tiene más remedio que reconocer esta vez (29 de julio de 1917), que *“su relación con respecto a la cuestión de la diferencia entre lo físico y lo psíquico no es la nuestra”*. Así, la comunicación en el malentendido gira en torno al obstáculo del cuerpo real. La reseña del trabajo de Groddeck, que lleva a cabo Ferenczi, puede considerarse sintomática: el misterio sigue sin develar. En efecto, dice allí: *“No tenemos derecho a rechazar de plano ninguna de las afirmaciones de Groddeck que de entrada pudieran alarmarnos... Ningún género de consideraciones nos autoriza a desechar de plano estos hechos, o ningún hecho, podríamos decir... no existe ninguna razón de orden teórico para que consideremos imposibles tales procesos...”* 4

IV. En una Introducción al campo de la Interconsulta situamos el examen del punto de cruce discursivo que llevara a cabo con originalidad inaugural el heredero de Ferenczi, Michael Balint. En 1960 aparece el relato de la experiencia: *“El médico, su paciente y la enfermedad”*. 5 Tras el dispositivo que conserva el epónimo desde entonces (los “grupos Balint”), se perfila una cuidadosa puntualización de la demanda. Así, el enunciado proyecto de una *“farmacología de la droga-médico, su dosificación, sus riesgos y efectos secundarios...”* en su generalización (*“caso trivial del tipo que es frecuente hallar en casi todos los consultorios”*), revela precisamente lo contrario: que la demanda vehiculiza la singularidad de cada sujeto. Que el objeto de intercambio deje de ser el “fármaco” para pasar a estar en la *“persona” (=semblant)* del médico, le hace cambiar su posición de agente. Así, el procedimiento del grupo de médicos ha de ponerlos frente a la experiencia de la subjetividad, en su positividad, y no como (des)-hecho de descarte diagnóstico (*“Actualmente el pensamiento médico teme sobre todo omitir alguna dolencia de carácter físico mientras concentra la atención sobre las posibles causas psicológicas”*). De caso en caso, de médico en médico, las peripecias que el goce corporal adopta para perfilarse a través de una pregunta, y las acciones que el médico lleva a cabo para conservar su posición, son presentadas con detalle novelístico en que se omite toda jerga *psi*. Dar un nombre, proporcionar un soporte simbólico, es reconocido como una de las funciones propias que se espera de un Maestro (*“búscase un nombre para la enfermedad, se desea un diagnóstico... Sólo en segundo término el paciente reclama cierta terapia, es decir, pregunta qué puede hacerse para aliviar sus sufrimientos...”*). Éste no puede quedarse en la superficie visible del cuerpo que sufre, y necesita un giro de posición en el discurso: en los términos de Balint, un *“diagnóstico más profundo y comprensivo”* hacia la *“evaluación de los síntomas neuróticos”*. Esto coloca al médico en una encrucijada en cuanto a la dirección de una cura para la cual su entrenamiento flaquea. Para evitarla, cuenta con falsas salidas como la *“complicidad en el anonimato”*, o la coartada de convocar a los *“especialistas llamados en consulta”*. Balint también señala como obstáculo el punto donde puede estancarse la transferencia de poder, y lo llama *“perpetuidad de la relación maestro-alumno”*. El texto invita a detenerse in extenso en el trabajo del médico como *“psicoterapeuta”*, y el grupo se halla cerca de la institución *“supervisión”*. Luego de comentar la *“oferta”* de síntomas por parte del paciente (es decir, la demanda, desde nuestra perspectiva) los términos económicos continúan: el diálogo del médico con el paciente es denominado *“compañía de crédito recíproco”*, en la que hay que entender, claro está, el capital de los significantes que invierte cada uno de los socios. Puede pensarse que, si el analista forma parte de la producción del inconsciente del sujeto, el médico acaso forma parte de la enfermedad que su paciente le *“ofrece”*, cuando la *“acepta”*, es decir,

cuando la ordena a partir de su posición. Balint es sensible por un lado a la resistencia, a la tendencia del médico de obturar con un impotente “*ud. no tiene nada*” la subjetividad de su paciente; pero por otro, al propiciar una ampliación de la capacidad de escucha del médico sabe que lo conduce a sitios arriesgados. Un médico, por ejemplo, comenta que siente que llega a un “*punto muerto*”, cuando no hace sino tocar el fondo... de la transferencia. ¿Se trata del deseo del médico? “*La relación de este último y su paciente* – dice el texto – *está formada por numerosos hilos, que son más sólidos en proporción a la fidelidad del médico general a su propia vocación. De modo que el médico general puede correr ciertos riesgos con su paciente...*” En efecto, los médicos que nos presenta Balint, llamativamente interesados en el psicoanálisis – sin perder por ello su práctica médica ni extraviar la subjetividad de sus pacientes atosigándolos de psicofármacos (que por entonces las multinacionales no promocionaban a escala hiperbólica como habrían de hacer en lo sucesivo) – no dejan de provocar nostalgia de una época aún no sojuzgada por la tecnocracia... Y por cierto, tal vez más que las interpretaciones en sí, es el deseo que los anima el sustento de los avances terapéuticos que se exponen, similares a los de la primera época freudiana en la que el descubrimiento y la eficacia de lo simbólico que el análisis pone en juego se presentaban con un efecto de sorpresa casi irreplicable. Pero luego, ¿pueden volver a ser médicos sin que el cuerpo real del paciente aparezca como intromisión, como exposición obscena? En la elucidación de Balint acerca de la “*función apostólica*” del médico no solamente se indaga su “*contratransferencia*” en sentido estricto (la suma de sus prejuicios, teorías, expectativas, con respecto a lo que debe hacer y ser su paciente, obstaculizando el encuentro), sino que – tal vez gracias al préstamo de términos al discurso de la religión – resuena en ella la dimensión sacra presente en los textos hipocráticos. Mucho después Lacan (en su conferencia sobre psicoanálisis y medicina) advirtió que la misma se encuentra en peligro de desaparición. Así, Balint plantea una “*tipología*” de médicos en sus distintos modos de recibir y tramitar la demanda.⁸ Y asimismo sondea cómo suelen presentar los pacientes los significantes con que organizan el mencionado goce de su cuerpo. Inesperadamente, intuye que se puede asignar al médico cierto papel en la causa de la enfermedad que su paciente le ofrece, especialmente cuando la demanda no es inmediatamente satisfecha o acallada (“*el doctor es, hasta cierto punto, la causa del sufrimiento*”); puede haber algo más allá de lo que el médico habitualmente asigna a su paciente, esto es, que dicha demanda siempre es de curación (“*algunos agradecen realmente al médico que...les permite enfermarse*”). Por último, Balint logra plantear el mito de un primer encuentro del médico con su paciente, en el que la enfermedad no estaría aún “*organizada*”, y la posición del médico en ese momento se supone determinante de la forma que ésta adopta. Primer momento de alienación, aunque la salida no sea, como en un análisis, una separación de la que el objeto cae.

VI. Cruzando el canal de la Mancha, la experiencia se modifica. El grupo de pediatras que presenta Ginette Raimbault, además de presentar una aceptación y un compromiso con el psicoanálisis que sus colegas ingleses – aún los más interesados en éste – distan de tener, se hallan involucrados en una atmósfera en la que concurren – por lo menos – los textos de epistemología médica que comentaremos más adelante, el Mayo francés de 1968, el pensamiento de Lacan...⁸ En el libro de Balint, éste exponía y narraba, presentando los casos brevemente, a modo de viñetas insertas en el texto. En la obra colectiva francesa, cada pediatra expone su caso en un capítulo, y Raimbault añade pequeñas frases o comentarios. Los médicos están dispuestos a entregar mucho de sí mismos, hasta asociar

con problemáticas personales estimuladas por puntos de identificación con los pequeños pacientes o sus padres. El contexto político se hace presente, a veces de manera excluyente: una médica destina varias páginas a cuestionar las autoridades formativas y sanitarias. El esfuerzo de desmontar cualquier pantalla que perturbe la escucha más allá del síntoma llega hasta a poner en tela de juicio los mismos instrumentos médicos. La potencial inconveniencia del vocabulario técnico, cuidadosamente evitada en la experiencia inglesa, aquí no es un problema: los pediatras están perfectamente al tanto de los términos que describen al “*infans*” en su relación al Otro como lugar del significante. Balint en persona visitó el grupo en distintas oportunidades, proponiendo un programa simple y complejo a la vez: identificar el síntoma del niño en su función en el discurso de los padres. Por supuesto, la asistencia da un giro de 180 grados. Se ponen de manifiesto todas las fisuras de la estructura familiar, y las insuficiencias de los progenitores saltan a la luz. Pero también la de los pediatras, quienes se arriesgan con valentía a exponerlas. Los que conocen el actual desarrollo de centros de atención de cuadros de violencia familiar, abuso infantil, hallarán poco escandaloso que los pediatras relaten situaciones que poco tienen que ver con idílicas “*Madonne col bambino*”, ya que pueden situar en ellas el deseo de muerte (que además llegan a reconocer en carne propia). Y, ¿cuál es el lugar del análisis en la formación de quien ha de remover obstáculos en el discurso – significantes elididos hasta en generaciones anteriores – para levantar el síntoma del niño? ¿Cómo lograr la “*pequeña pero necesaria y significativa modificación*” que se requiere de un médico que se disponga a escuchar? Por su parte, la “*coordinadora*” del grupo describe su labor en analogía con una cura. El lugar del analista es claramente diferenciado del de un maestro, aún cuando sea tomado por tal; a través de la transferencia, situará el deseo de los participantes. A través de lo que éstos dicen, sin embargo, podemos presumir que más de uno ha prolongado su enunciación en algún diván... Pero la perspectiva es distinta: todos aspiran a perseverar en su deseo en tanto médicos, y a diferenciar la posición del analista de la del pediatra, para sostener ésta: “*¿Qué son los pediatras? ¿Qué deberían saber, o no saber, para ser, sin antífrasis, no psicopolicías, no psicoanalistas, no ingenuos, pediatras?*”

VII. Continuemos en París. En los '70 – durante el auge del “estructuralismo”, se dan a conocer tres obras de epistemología médica, que no dejarán de tener su impacto en la producción vinculada al cruce psicoanálisis/medicina (además del mencionado trasfondo del Seminario que Lacan dicta desde 1952 y la edición, en 1966, de los “*Écrits*”):

1. “*Lo normal y lo patológico*” de Georges Canguilhem. Se trata, en realidad, de una reimpresión de su abultada tesis de medicina de 1943, con un epílogo agregado en el que se incluye la teoría de la adaptación (Selye). Presenta una tentativa de diferenciación entre normal y normativo – más allá de la estadística o de teorías que intentan fijar una regularidad inalcanzable – que reserva la humana posibilidad de la transgresión. En particular, en cuanto la “*norma*” cesa de ser considerada en un contexto biológico, el “*Sein*” (ser) para convertirse en ideal-a-alcanzar, el “*Sollen*” (deber ser) del que habrá de depender el médico: “*nuestro mundo es siempre, al mismo tiempo, una imagen de valores*”. Y el objetivo de dominio es explícito: “*la medicina...se arraiga en el esfuerzo...por dominar el medio ambiente y organizarlo de acuerdo con sus valores de ser vivo*” ;

2. “*Nacimiento de la clínica*” de Michel Foucault. Con su método “arqueológico” de distinguir paralelos, analogías, isomorfismos, para establecer la historia de las categorías de

pensamiento que subyacen a la producción “científica”, se concentra esta vez en la disciplina médica, antes de dedicarse, en trabajos ulteriores, a examinar la “*historia de la locura en la época clásica*” o saltar a la generalidad de “*las palabras y las cosas*” o de la “*arqueología del saber*”. Indagando períodos previos al rastreo de los “*agentes causales o patógenos*” – que constituirán la forma privilegiada de alienación de la subjetividad por parte del discurso médico –, Foucault, restringiéndose a los textos galos de medicina de los siglos XVII y XVIII (pese a su crítica consciente del “*narcisismo monóglota*” francés), repasa las configuraciones que sustentan las clasificaciones (modelos “*botánico*”: regularidad y constancia temporal de las “*especies*”, “*químico*”: combinatoria de elementos, “*experimental*”: comprobación empírica, y “*pedagógico*” en su transmisión simultánea y sin residuo). Vale la pena detenerse en la superficie discursiva de esta pesquisa de localización espacial, pues lo que se le sustrae (*neurosis, fiebres*) no lo hace sino para ratificar su vigencia, como la excepción que confirma una regla. Así, la única referencia a Freud, que lo alinea con Jackson, aparece solamente para situar el estatuto filosófico del “*topos*” médico. Como en otras disciplinas, cuando el contexto se modifica, puede advertirse características o parámetros invisibles hasta entonces. Es así que puede metaforizarse la vida como noche de ocultamiento, y presentar a la muerte trayendo las Luces que revelan la verdad en la anatomía. La Mirada, enaltecida, plurisensorial, encuentra en su alianza con el lenguaje técnico y con la frecuencia casuística, un medio para realizar un proyecto de supremacía discursiva en el que se elimine todo resto o fisura. Un aparente interés por lo singular no contradice la “*vieja ley aristotélica*” (el individuo no cuenta para el discurso científico), sino que no es más que un antecedente al desarrollo incontenible que habrá de tener la estadística en lo sucesivo, al colocar el cálculo de probabilidades como satisfactorio sustituto de la certeza matemática;

3. “*El orden médico*” de Jean Clavreul, nombra las dos obras precedentes en su prólogo, indicando así aquello en lo que le es deudor. Y, como señalamos antes, se convierte a su vez en la fuente a la que habrán de referirse en lo sucesivo casi todos los trabajos sobre Interconsulta que oponen medicina y psicoanálisis, desde entonces más sensibles a las diferencias que los distinguen, que a un “*integracionismo*” declarado pero difícilmente localizable. Propone así una advertencia a quien aventure una supuesta “*contribución*” del psicoanálisis a la medicina, ya que tal “*adición*” (en la que la ética puede perderse) se transforma de inmediato en opción política. Pues distingue – en oposición resuelta a todo empirismo – que es el discurso, y no el “*hecho*” (¡ ni siquiera la tecnología !), el que organiza el orden médico, al que los participantes quedan sometidos más allá de las circunstancias individuales. No hay, pues, “*relación médico-paciente*”, sino, en su lugar, confrontación *institución médica-enfermedad*: cuando Balint afirma que el médico se receta a sí mismo, es necesario entender que lo hace en tanto representante (de la Medicina o de la Ciencia), y que al mismo tiempo lleva a cabo la exclusión de lo que su discurso encontraría irrelevante (como cualquier discurso, en especial cuanto más saturado se halle de vocación de dominio). Como en las páginas introductoras Clavreul aclara que habrá de mostrar al orden médico como el reverso del psicoanálisis (es decir, situar al discurso del Amo y al del analista en su descarte recíproco), su exposición se sitúa en las antípodas del proyecto de Balint, quien se proponía transmitir a los médicos la experiencia analítica de modo que la escucha no quedase por fuera de la racionalidad. Descarta, por ejemplo, el examen o la posibilidad de la identificación del médico a su paciente, arrojándola al saco de desperdicios imaginarios: sólo retiene como significativa la identificación de éste a los

emblemas, a la prestancia de aquél. En su extenso texto no le concede al médico la posibilidad de viraje de discurso más que por el somero espacio de unas pocas líneas; fuera de ellas, no cesa de insistir en situarlo como mero soporte o agente de una férrea estructura jurídico-tecnocrática.

VIII. Por lo tanto, si se considera al médico tan sólo como sujeto y prisionero del orden que lo determina, se lo convierte de modo paradójico en un déspota: es la impresionante efígie de *Knock*, el singular personaje de la obra teatral de Jules Romains, que sin duda ha arrojado su influyente sombra sobre toda la indagación de Clavreul. Y habrá quedado claro hasta ahora que un “*integracionismo*” con el pretendido “*factor psicológico*”, borrando y confundiendo fronteras, no hace más que acercarse a dicha imagen. Pero acaso pueda existir, para el médico, otra posición – ¿ podríamos llamarla “*ecuménica*” ? – que le permita no desconocer las diferencias entre los discursos, a la vez que mantiene la posibilidad de juego de uno a otro ? 9 ¿ No se trata, tal vez, del médico que vemos todos los días, que conoce y sabe de sus pacientes mucho más de lo que creemos, y quien precisamente por ese motivo nos demanda una interconsulta ?

En una *segunda parte* se propondrá un recorrido de los testimonios llevados a cabo de este lado del océano...

Publicado en “Psicoanálisis y el Hospital” No. 14

2 Felix Deutsch, *On the mysterious leap from the mind to the body. A workshop study on the theory of conversion*. International Universities Press, New York, 1953 ; F. Deutsch, *Apéndice al “Fragmento de un análisis de histeria”*, Rev. Arg. de PsA, XXVII, 1970, p. 595-604, Buenos Aires. Ver también: Paul Verhaeghe, *¿Does the Woman exist?* , Rebus Press, Londres, 1997.

3 S. Freud-G. Groddeck: *Briefe über das Es* (Cartas sobre el Ello). Kindler, Munich, 1974 (ed. cast. , Anagrama, Barcelona, 1977)

4 S.Ferenczi, *Problemas y métodos del Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1966. Por su parte, Freud, cuando el análisis se topa con sus límites (una dama con esclerosis múltiple), no vacila en derivarla a Groddeck (quien, por supuesto, la acepta) a fin de poner a prueba su fenomenal influjo...

5 Michael Balint, *The doctor, his patient and the illness*, I. U. P. , New York, 1957 (ed. cast. : *El médico, el paciente y su enfermedad* , Libros Básicos, Buenos Aires). En lo que sigue, el lector hallará ventajoso recorrer previamente el texto original. Por ejemplo, no se reitera el relato de los casos.

6 Comentando la idea de Lemoine, Lacan propone cautela en extrapolar una noción que ha acuñado para referirse específicamente al analista. Cf. *Intervención* de J. Lacan, en *Lettres de l'École Freudienne de Paris*, No. 9, 1972, p. 69 y 74-78

7 Otro intento puede hallarse en L. Israël, *La decisión médica*, Emecé, Buenos Aires, 1983, p. 110 – 125.

8 G. Rimbault, *Médecins d'enfants: onze pédiatres, une psychanaliste*, Seuil, 1973; la edición castellana – con el título espurio, “*Pediatría y Psicoanálisis*”, de Amorrortu Eds., es de 1977; G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, 1966 (ed. cast. : Siglo XXI Argentina Eds. , Buenos Aires, 1971) ; M. Foucault, *Naissance de la Clinique*, P. U. F. ,1963 (ed. cast. , S.XXI, Mexico, 1966; J. Clavreul, *L' ordre médical*, Seuil, Paris, 1978 (ed. cast. , Argot, Madrid, 1983) (estos textos son comentados más abajo) Foucault continuó desarrollando luego la cuestión de la “*medicalización*” , y de la “*incorporación del hospital a la tecnología moderna*” ; véase *La vida de los hombres infames*, Altamira, La Plata, 1996; un comentario puede hallarse en S.Gamsie, *La interconsulta: una práctica del malestar*, Seminarios, <http://www.psiconet.com> . Rimbault también produjo otro volumen, *Clinique du réel* (Seuil, 1982) (también con un título dudoso en español: *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*, Ariel, Barcelona, 1985), con un capítulo en el que analiza la institución médica, y cinco de presentaciones clínicas.

9 Es el caso de Pierre Benoit (*Crónicas médicas de un psicoanalista*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1990), un Felix Deutsch contemporáneo – aunque con mejores herramientas conceptuales que su predecesor -, que continúa ejerciendo ambas prácticas independientes, medicina y psicoanálisis.

SHARE THIS:



Be the first to like this.