

ISSN 1668-3919

Relatos de la clínica

www.psicomundo.com/relatos/

Número 2

Noviembre 2001



Reportaje a Juan Carlos Stagnaro

Artículos de:

*Guy Le Gaufey, Michel Sauval, Mario Pujó,
Hilda Fernandez Alvarez, Ana Mathov, Candela Zurro,
Sandra Bet. Javier Garzarelli, Mariela Vitto, Susana Alvarez,
Sebastián León, Javier Grotiuz Scarella*

www.psicomundo.com

PsicoMundo

El portal de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Sumario

Editorial

Valeria Mazzia – Psicoanalista. Coordinadora de Relatos de la clínica (Argentina)

◆ Reportajes

Reportaje a Juan Carlos Stagnaro (Realizado por el *Comité de Redacción*)

Juan Carlos Stagnaro - Médico psiquiatra (UBA). Profesor Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Director de [Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría](#). (Argentina)

◆ Artículos

Quelle politique du signe?

Guy Le Gaufey- Psicoanalista. Miembro (y actual director) de la *école lacanienne de psychanalyse*. Autor de varios libros, entre ellos "[Anatomía de la tercera persona](#)" (France)

Anorexia y psicoanálisis

Michel Sauval – Psicoanalista. Director de la revista [Acheronta](#). Director de PsicoMundo. (Argentina)

El relato es el caso

Mario Pujó – Psicoanalista. Director de la revista [Psicoanálisis y Hospital](#). Autor del libro " (Argentina)

◆ Dispositivos, analistas en la institución

La clínica del cuerpo lastimado: una e(ro)tica

Hilta Fernandez Alvarez - Psicoanalista (Canadá)

La sala de internación como dispositivo

Ana Mathov - Lic. en Psicología. Jefe de residentes psicóloga del Hospital Alvarez (año 2000-2001) (Argentina)

Candela Zurro - Lic. en Psicología. Jefe de residentes del Hospital Alvarez (2001-2002) (Argentina)

◆ Presentaciones clínicas

Lealtad sobre tumbas

Sandra Bet - Psicoanalista
(Argentina)

Un cuento de Navidad (Acerca de las transferencias en análisis)

Javier G. Garzarelli – Psicoanalista. Profesor titular Fac. de Psicología – USAL.
Profesor titular Escuela de Turismo – USAL. Profesor titular Fac-de Psicología-Univ.J.
F. Kennedy. Director del C.E.C.Y.S. Centro de Estudios Científicos y Sociales
(Argentina)

"Acá va a ocurrir una tragedia" ¿Un caso inclasificable?

Mariela Vitto - Psicoanalista
(Argentina)

"Yo soy, magia..."

Susana E. Alvarez – Psicoanalista. Coordinadora del Equipo de Niños del Hospital
Argerich
(Argentina)

◆ Experiencias de formación

Pegan a Emilio (Contribución a la clínica del masoquismo)

Sebastián León – Psicoanalista. En formación en la Sociedad Chilena de Psicoanálisis
(Chile)

Bordeando la ética del deseo

Javier Grotiuz Scarella - Estudiante del 5° ciclo de la Facultad de Psicología -
Universidad de la República Oriental del Uruguay
(Uruguay)

◆ Archivo

De la anorexia histérica

Charles Lasègue
(France)

Equipo de Redacción

Coordinador

▶ **Valeria Mazzia**

- Psicoanalista
- Docente de la Pasantía Clínica de la urgencia U.B.A.
- Ex-residente del Hospital B. A. Moyano
- Ex-jefe de residentes del Hospital B.A. Moyano

Integrantes

▶ **Fernando Rodríguez**

- Psicoanalista
- Miembro del Servicio de Psicopatología del Hospital Rivadavia
- Prof. Adjunto de Psicología Social (UCES)
- Ex-docente de Historia de la Psicología (UBA)
- Miembro de Redes - Internacional de Salud Mental
- Miembro del Grupo Apertura (Bs.As.).

▶ **Michel Sauval**

- Psicoanalista
- Director de [Acheronta](#)
- Director de [PsicoMundo](#)
- Director del [Programa de Seminarios por Internet](#) (Edupsi.com)
- Ex Profesor Universidad Nacional de La Plata (Argentina)

Miembro Honorario

▶ **Sandra Bet**

- Psicoanalista
- Ex Jefa de residentes del Hospital Borda
- Co-coordinadora de *Relatos de la clínica*
- Fallecida el de 2001

Editorial: Sandra

Valeria Mazzia

Conocí a Sandra hace casi tres años mientras estrenábamos un poco desorientadas el traje nuevo de la jefatura de residentes, haciendo malabares con los horarios, las obligaciones y los gustos de cada quien para que la formación de los grupos marchara. Fue un bálsamo poder contar con alguien para limar las aristas de un rol docente bastante particular que suele generar situaciones a veces disparatadas, con las que uno, o se desespera o se divierte y puede aprender mucho.

Como para ambas era un momento de balances y cambios solíamos pasar largos ratos filosofando sobre la locura de los pacientes, de las instituciones y ya, en ese tramo de la confianza, también de las propias.

Y acercándonos al final de ese año movido, nos esperaba la otra locura: la inserción laboral post hospital: el consultorio, la facultad, las instituciones privadas y todo eso, sin descuidar el ejercicio de pensar sobre la práctica. Ni el interés por el psicoanálisis, por su práctica y su enseñanza.

Quizás por eso pensé en ella cuando Michel me invitó a sumarme al proyecto de una revista sobre clínica y transmisión. Para seguir conversando.

Y así hicimos el primer número.

Cuando comenzamos a pensar este segundo número, ella se tomó un tiempo para solucionar algunos problemas de salud...

Por eso es tan difícil escribir ahora un editorial que no sea para dedicarle a ella este segundo número.

Extraño su capacidad de trabajo, su entusiasmo, su afecto y los guiños cómplices que espantaban a la solemnidad o al desánimo cuando se nos querían colar en los sueños compartidos.

Continuar con la revista es sólo una de las mil maneras de recordarla.

Incurable
irreversible
insaciable bicho
se alimentó
veloz
del centro de los sueños

Pero si todavía
la hija es bebé
y el amor la desea

Pero si todavía
los padres no se fueron
los amigos yo los demás
contábamos con sus horas

Pero si todavía
punzada en el tiempo
detenido
palabras

en el lugar donde
vive en mí

Recuerdo
sus ojos
últimos
que intentan
decir qué
como si todo fuera
y sonríen

Recuerdo
tierra flores
mucho frío
y el lugar donde
vive en mí

Reportaje a Juan Carlos Stagnaro

Realizado por el equipo de redacción de *Relatos de la clínica*

Michel Sauval: En el primer número de Relatos de la clínica hicimos un reportaje con Jorge Baños Orellana, interesados por las temáticas que él ha desarrollado en sus libros respecto del estilo y las relaciones con la semiología. Fue una primera manera de interrogarnos sobre el sentido del término "relato".

Para este segundo número pensamos en usted principalmente por dos razones. La primera, porque nos interesaba tener una charla a fondo con la persona a la que se le había ocurrido re-editar textos de la psiquiatría clásica, agotados desde hace tiempo en su idioma original y nunca traducidos al castellano: la colección de los Clásicos de la Psiquiatría lanzada en Buenos Aires por la Editorial Polemos (de Clérabault, Kraepelin, etc.). La segunda, porque la psiquiatría, y en particular la semiología psiquiátrica, constituye otra vertiente del problema del "relato", y ha sido un elemento fundamental para el desarrollo del psicoanálisis.

Si le parece bien, podríamos comenzar con esa cuestión de cómo se le ocurrió, o cuál es la importancia que le asigna usted a, la publicación de los libros de la colección de Clásicos de la Psiquiatría, de Polemos.

A partir de ahí iremos viendo como enhebramos otras cosas...

Juan Carlos Stagnaro: ¿Por qué se me ocurrió reeditar textos de la psiquiatría clásica? Creo que, fundamentalmente, esa inquietud comenzó por la problemática del presente de la psiquiatría. Según Georges Lanteri-Laura, un psiquiatra, historiador y epistemólogo francés, con quien he trabajado y estoy en intercambio regular y con quien coincido en gran medida, más allá de algunas diferencias, la psiquiatría, con la cual me identifiqué, en la medida en que mi identidad profesional es la de psiquiatra clínico, atraviesa un momento histórico que podríamos llamar, en el sentido de la epistemología de Thomas Khun, de crisis paradigmática.

Es decir, creo que en el concierto mundial actual, no existe un consenso en la comunidad de miembros de la disciplina en relación a lo que es, hoy en día, la psiquiatría. Sin embargo, ante una lectura de las revistas y textos anglosajones, particularmente las surgidas de algunos centros universitarios norteamericanos, de las ponencias y los temas de los congresos científicos, etc., uno podría discernir una propuesta de nuevo paradigma para la psiquiatría que estaría articulada en torno a la siguiente tríada conceptual:

Que se puede establecer una clasificación "objetiva" y "a-teórica" de los trastornos mentales basada en criterios diagnósticos como es la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, el DSM, que hoy está en su versión IV,

Que se puede establecer una relación bi-unívoca entre cada trastorno, así diagnosticado, y su fisiopatología cerebral,

Que la corrección de cada trastorno, es decir, de su causa cerebral es posible de realizarse por vía de una combinación de psicofarmacología y psicoterapias de tipo cognitivo-comportamental.

Yo tengo fundadas dudas en la coherencia de esta tríada conceptual y he presentado algunos trabajos que intentan probar, con cierto éxito creo, que esta propuesta paradigmática tiende a desagregarse más que a adquirir mayor coherencia.

Además, en la práctica concreta este reduccionismo biomédico no es viable. Creo que subsiste en la práctica concreta de los psiquiatras la necesidad de dar cuenta de la dimensión subjetiva del sufrimiento de sus pacientes.

Michel Sauval: Esa práctica concreta ¿en dónde la ubica?

Juan Carlos Stagnaro: En el hospital psiquiátrico, en el servicio de psicopatología del hospital general, en el consultorio privado, en el consultorio de las obras sociales, en los sistemas de prepago. Una cosa es lo que se les exige a los psiquiatras, lo que circula como bibliografía principal, lo que puede constituirse en modas y en saberes de prestigio, y otra cosa es lo que hace a la tarea cotidiana y de confrontación con el discurso del paciente, con su sufrimiento, con sus demandas, con los pedidos de la familia, etc., es decir hay un desfase...

Michel Sauval: ¿Algo de eso llega a superar a los fármacos, a las enfermeras y a todos los dispositivos que conforman el dispositivo psiquiátrico actual?

Juan Carlos Stagnaro: ...siempre está "eso" en más, siempre está "eso" que necesita ser comprendido de alguna manera, que requiere recobrar un sentido, algo que siempre inquietó y motivó el discurso psiquiátrico, desde los orígenes de la especialidad en 1800 con Philippe Pinel y todo el movimiento del tratamiento moral en Europa.

Aquello tan conocido de que quien ignora la historia de su disciplina ignora su disciplina, tiene una particular vigencia en este momento de la psiquiatría, es necesario conocer su historia y esta no se puede entender si no se entiende la historia de la psiquiatría, como especialidad médica, en el marco de la historia de la medicina. Si no se la encuadra en esa perspectiva se pierden muchas cosas.

A principios del siglo XIX, casi contemporáneamente con la aparición de Pinel en la escena francesa, se produce una gran ruptura epistemológica en el pensamiento médico, que rompe definitivamente con toda la tradición hipocrático-galénica y el vitalismo y, a través de la obra de François Magendie, y posteriormente de su discípulo Claude Bernard, se comienza a instalar un nuevo paradigma en la historia de la medicina que es el de la medicina experimental, el de la medicina que se ha dado en llamar la del modelo biomédico.

La psiquiatría, que aparece como especialidad en ese movimiento de apropiación de la locura por parte de la medicina, siempre queda aparentemente rezagada, o al costado del conjunto de esa medicina que iba avanzando en términos de la bioquímica, de la fisiología molecular, de la terapéutica farmacológica.

Aunque, debemos reconocer que también dentro de la medicina hubo constantemente un intento de volver a una concepción antropológica del enfermar, del estar enfermo. Hay muchísimos hitos en estos dos siglos que lo marcan. Quizás, entre los más importantes podría señalarse lo que se constituyó en torno a Von Weizsaecker, Krehl o Christian en Alemania todos ellos miembros conspicuos de la escuela de Heidelberg.

Sin embargo, la corriente dominante fue la biomédica. La psiquiatría resistió a esto y, al mismo tiempo, se vio seducida y obligada constantemente a acercarse a esa línea directriz. Cuando se pudo dar el cruzamiento con los aportes del psicoanálisis, a principios del siglo XX, sumado a los de las corrientes fenomenológicas, pareció tomar distancia con ese modelo, pero siempre existió lo que se llamó psiquiatría biológica, que era la que tiraba hacia el lado de la biomedicina. Esa tensión persistió.

Yo diría que en los últimos años, en los últimos 25 o 30 años, el empuje hacia la biomedicalización de la psiquiatría fue muy intenso. Y lo fue por la aparición de determinados recursos tecnológicos (farmacológicos, de estudios por imágenes cerebrales, de estudios genéticos, de estudios epidemiológicos en psiquiatría, etc.) que le fueron dando mayor peso a ese proceso de biomedicalización.

Y por la negativa, pienso que la imposibilidad del psicoanálisis de hacerse cargo de todos estos desarrollos de la ciencia lo debilitó como un pensamiento de influencia dentro de la psiquiatría en sí misma. Esto no desacredita al psicoanálisis, en todo caso lo coloca ante un fuerte desafío.

Pero todo este proceso, que estoy describiendo muy a grandes pinceladas, desde una perspectiva eminentemente internalista de la historia de la disciplina, tampoco puede entenderse si uno no lo coloca en dialéctica con los aspectos externos a la historia de la misma.

Michel Sauval: Por ejemplo: ¿Cuál sería la utilidad de leer, hoy, a de Clérambault?

Juan Carlos Stagnaro: Voy justamente a eso. Pero antes, quisiera despejar un poco este tema de los factores externos porque creo que es muy importante. Si uno no toma en cuenta el peso de los cambios culturales; el peso de la industria farmacéutica -hoy en día responsable, directa o indirectamente casi del 60 a 70% de la formación de postgrado de los médicos-; si uno no toma en cuenta la caída del Estado benefactor en los países centrales y su deterioro completo en los esbozos del mismo que podía haber en los países periféricos, con la consiguiente aparición de los recortes en los presupuestos de salud, y la privatización creciente de la medicina a través de los servicios prepagos y el gerenciamiento aplicado a la salud, entendida ésta como una mercancía y no como una inversión del Estado. Si uno no toma en cuenta esos factores externos y otros que podríamos mencionar por su influencia para seleccionar, fomentar, promover determinadas formas de conocimientos dentro de las ciencias respecto de otras no se puede entender por qué ese proceso de biomedicalización de la psiquiatría se viene dando en forma tan acelerada.

Todo esto hace que parezca que la psiquiatría entró finalmente por la puerta grande de la concepción biomédica y, entonces, parece, como le decía antes, que todos los psiquiatras tuviéramos que pensar en este momento que las enfermedades, trastornos, síndromes o sufrimientos mentales, o como queramos llamarlos, son solamente comprensibles por vía de su funcionamiento o fisiopatología cerebral, solamente tratables por psicofármacos que modifiquen esa fisiopatología cerebral, o por técnicas cognitivo-conductuales que permitan modificar los output de comportamiento que tiene que tener un individuo en la sociedad para producir y no molestar, y la cosa se termina ahí.

Michel Sauval: Es decir, las opciones serían o lo fármaco-químico o lo fármaco-verbal.

Juan Carlos Stagnaro: Insisto. Se podría pensar que la psiquiatría entró definitivamente en la vertiente biomédica.

Y sin embargo, hay un resto. El síntoma insiste. El psiquiatra se encuentra necesitado de hablar, por lo menos para explicar la receta que va a dar. El paciente sigue hablando, para contar por lo menos qué le hizo el fármaco. Y sigue hablando. Y la palabra circula alrededor de todo esto. Y se quiera o no se quiera, se los detecte como tales o no, siguen emergiendo fenómenos transferenciales y contraferenciales... Y entonces esa psiquiatría biomedicalizada se verifica insuficiente para evacuar lo que pretende seguir siendo su objeto: el sufrimiento mental. Entonces uno se pone a reflexionar sobre lo que tiene que hacer para replantear, nuevamente, en la escena, una polémica orientada a esta problemática tan presente en la práctica concreta. Y, obviamente, el primer reflejo que uno puede tener, es el retorno a la clínica, el volver a la clínica, a pensarla nuevamente, a contrastar las herramientas con las que se cuenta. Y una de las vías posibles de abordaje a la cuestión fue, en mi opinión, el revisar los aportes de la clínica clásica, porque esa clínica clásica mostraba, entre otras cosas, de una manera que no se muestra en los manuales actuales, a través de casos clínicos relatados minuciosamente, lo que era la expresión de la locura en la era pre-farmacológica. La semiología que se acuña sin la interferencia del producto químico. Esto es sobresaliente en el estudio clásico de los casos agudos cuyo paradigma en la historia de la psiquiatría está registrado en la obra de Clérambault. En la Enfermería Especial de la Prefectura de París Clérambault tenía que recibir a los pacientes de primera vez y decidir, en un corto lapso de tiempo, a dónde enviarlos. Allí llegaba la expresión de la locura sin el artefacto del hospitalismo y sin, por supuesto, en aquella época, la deformación que produce la medicación psicofarmacológica.

Esto me interesó particularmente. Por supuesto que no me interesó solamente a mí, no fue tampoco una cosa original. Yo había vivido en Francia durante unos cuantos años y había visto

como allí que se sostenía un interés profundo por la historia de la especialidad como la que había conocido en la obra de Pichón Rivière, Carlos Pereyra y tantos otros autores argentinos muy lectores, muy eruditos en historia de la clínica.

Pero en Francia, esto que yo veía en la Argentina como un interés de muy poquitos, casi una curiosidad, lo encontré como una preocupación constante de muchos psiquiatras notables como Jacques Postel, Georges Lanteri-Laura, Paul Bercherie, Jean Garrabe y tantos otros.

Me formé en esa metodología de trabajo propia de la escuela francesa, donde, cada vez que se hablaba o se escribía sobre algún cuadro contemporáneamente, siempre se partía del estudio del área semántica de los términos utilizados y del recorrido histórico de los mismos, hasta que se llegaba a hacer el planteo de la posición presente.

Así que por muchos motivos me pareció que era importante este asunto.

Cuando volví a la Argentina retomé la docencia en clínica psiquiátrica y, tratando de transmitirle a mis alumnos -sobre todo he trabajado mucho con médicos residentes- la clínica contemporánea utilizando la genealogía de las nociones en clínica psiquiátrica hasta el presente, porque me parecía que era una forma de esclarecer el campo, hacer una especie de historia en el presente, para el presente. Y me topé con la dificultad de que no existían en castellano textos originales para que ellos pudieran consultar. Se habían traducido muchas obras importantes. Afortunadamente desde hace muchos años teníamos en castellano, traducciones de la obra de grandes autores como Kretschmer, Jaspers, Bleuler, Schneider, Bumke, Henri Ey, etc. Pero si uno quería hacer un seguimiento más serio, más profundo, hilar las distintas escuelas, quedaban muchos huecos no cubiertos en las traducciones en castellano. Los textos estaban en francés o en alemán, y muy pocos leemos alemán – yo, por ejemplo, no tengo el privilegio de leerlo- y cada vez menos gente lee bien el francés. Entonces me surgió la idea de empezar a traducirlos: una tarea difícil por el aspecto técnico y por el aspecto financiero. Por el lado del aspecto técnico algunas cosas traduje yo, otras cosas las trabajé en equipo. Lo que provenía del francés, con una eximia traductora que es Clara Maranzano, y yo hacía la corrección técnica. Y en el aspecto económico encontré apoyo en la casa Gador, particularmente en la persona de uno de sus gerentes que es el señor Amilcar Obregón, un verdadero intelectual, una persona sensible a todas las preocupaciones de los psiquiatras, que hizo que me ayudaran a financiar el costo de las traducciones y de ediciones. Yo, puse como condición, que se las regalaran a todos los psiquiatras argentinos. Como surgió como interés de la casa Gador, por promocionarse, cosa que no me parecía que fuera inconveniente, hicieron impresiones de entre cuatro y cinco mil ejemplares de los clásicos, que empezaron a editarse y fueron regalados a todos los psiquiatras.

Así que el que no se escondió se embroma (risas). Digamos que el que no lo lee es porque no quiere: le regalan el texto traducido al castellano, lo único que faltaría es que se lo lean a la noche en la cama (risas).

Me pareció que era una manera de penetrar fuertemente la reflexión de los colegas y de hecho comenzó a serlo.

Se editó el "*Automatismo mental*" de Clérambault, con un prólogo de P. Bercherie, que le pedimos con mi gran amigo Dominique Wintrebert con quien dirigimos Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, él en Europa y yo en Argentina.

Después atacé la obra de Wilhelm Griesinger, con la traducción de su "*Tratado de las enfermedades mentales*". Griesinger, como ustedes recordaran fue el introductor de Pinel en Alemania. Después, siguiendo la lógica de cómo se fue armando la noción de esquizofrenia, editamos "*La catatonía*" de Karl Kahlbaum, "*La hebefrenia*" de Ewald Hecker, "*Las parafrenias*" y luego los tramos más importantes de "*La demencia precoz*" de Emil Kraepelin.

Como había algunos textos importantes para continuar esa secuencia que no podíamos editar como un libro porque eran artículos de revistas francesas y alemanas, entonces aproveché una

sección de Vertex y, en cada número, fui tratando de introducirlos. Aparecieron así "*El delirio crónico de Magnan*", "*La anorexia histérica*" de Charles Lasègue, etc., para ir completando nuestro acervo bibliográfico.

En esos años me llamó el profesor Outes, un viejo neuropatólogo de la escuela de Moyano y de Cristofredo Jacob, que está jubilado en Salta. Habiendo visto los primeros libros, y siendo también un interesado en la historia de la psiquiatría, me dijo: "Tengo traducidas obras al castellano que nunca han sido traducidas y yo quisiera incluirlas en su colección." "¡Por supuesto! dije yo, juntemos los esfuerzos", y es así como el "Tratado de psiquiatría" de Karl Wernicke, "Las comunicaciones clínicas" de Kleist, y el texto de Lehonard entraron en la colección. Como me quedaban muchas contribuciones sueltas de distintas líneas, edité dos volúmenes más, que llevan por título "*Alucinar y delirar*" con todos los grandes artículos sobre esos dos conceptos fundamentales de la clínica psiquiátrica.

Y ahí se detuvo, espero que momentáneamente, la serie que constituye actualmente, en una sola colección, la más importante que se haya hecho en lengua castellana, de clásicos de la psiquiatría; y tengo guardados y listos otros dos tomos a los que les voy a poner como título "Ansiedad y depresión" o "Angustia y depresión" en donde están los artículos que van a rellenar algunos huecos conceptuales que faltan con relación a esos dos temas.

La idea era que pudiéramos releer la clínica y, en el marco de esta crisis epistemológica que estamos viviendo, agregar, a lo que puede ser una reintroducción fuerte en la clínica psiquiátrica del psicoanálisis o del pensamiento de inspiración psicoanalítica, esta versión de la genealogía de los conceptos, de ir a sus fuentes, de la clínica psiquiátrica y algunos aspectos que trabajamos con alguna otra gente sobre cuestiones de orden epistemológico que tienen que ver con la interfase mente-cerebro, que es otro de los grandes problemas existentes.

Michel Sauval: Podríamos preguntarnos si el fármaco no viene justamente a responder a lo que plantea Bercherie, cuando este dice que, de alguna manera, la psiquiatría clásica fracasa, o entra en impasse, con este siglo, porque no puede resolver el tema de la tensión entre la clínica y la etiología.

Juan Carlos Stagnaro: En los "*Fundamentos de la clínica*", al final...

Michel Sauval: Sí, exactamente

Juan Carlos Stagnaro: Efectivamente, la psiquiatría no ha podido resolver el hiato existente entre la etiología y la clínica.

Michel Sauval: ¿No es ahí donde el fármaco viene a suturar o a tapar?

Juan Carlos Stagnaro: Depende de la concepción que se tenga del fármaco. En ese sentido, el fármaco puede parecer que viene a tapar o a suturar, si uno cae en la confusión entre mecanismo y causa. Los fármacos actúan sobre determinados mecanismos biológicos, pero si se confunde el mecanismo biológico aparentemente presente o asociado a determinadas conductas que han quedado designadas con un nombre en una categoría nosográfica, es decir, si nosotros pensamos que la serotonina está relacionada con la depresión en tanto entidad nosográfica, podemos simplemente estar hablando de incidir en algún punto de la cadena de acontecimientos o de fenómenos como para desviar, interrumpir o modificar el resultado posterior de la cadena. El psicofármaco es sintomático, actúa sobre un mecanismo implicado en la producción de una entidad denominada como tal en una nosografía y punto. Ahora bien, si nosotros decimos que la causa de la depresión es una alteración del metabolismo de la serotonina, entonces el psicofármaco estaría actuando en un nivel causal.

En psiquiatría nosotros siempre aludimos a posibles mecanismos implicados en la génesis de algo, pero no a "la" génesis de algo. Es una sutil diferencia, pero cambia totalmente la óptica, porque cuando uno va a la terapéutica misma, entonces a mí me pueden decir: "Pero vos usás un psicofármaco y entonces la expresión del sujeto va quedar coartada. Vos pensás que dando

un inhibidor de recaptación de serotonina le curaste la depresión". Entonces yo con toda propiedad puedo decirle: " De ninguna manera, mi concepto del uso de la psicofarmacología es otro, es entender que estoy actuando sobre un mecanismo implicado en el campo multicausal productor de la depresión, pero no en la causa última o determinante de la depresión".

Entonces yo voy a concebir al psicofármaco como un recurso terapéutico sintomático que voy a utilizar para permitirle a ese sujeto poder decir algo acerca de lo que le está pasando, encontrarle un sentido. Voy a tratar, con ese psicofármaco, de atenuar su dolor psíquico, pero no voy a pretender que borrándolo habré terminado mi trabajo, porque, aún si pudiera lograr que eso ocurriera, lo único que lograría es dejarlo en la incógnita de lo que le pasó y probablemente condenarlo a que le vuelva a pasar. Y esto no es una buena medicina.

A veces, determinado dolor psíquico, determinado nivel de confusión, determinada perturbación inducida por el delirio o la alucinación, hacen que la persona no pueda estar en condiciones de decir, y es ahí donde para mí el psicofármaco tiene una gran utilidad.

Si yo con un psicofármaco, puedo alejar de la persona la errónea idea de que va a encontrar una solución con su suicidio, le doy la chance de que pueda expresar aquello que lo precipitó tanto en la angustia como para creer que la única solución que tenía era suprimirse. Ahora si yo creo que le curé la tentativa de suicidio porque le di esos psicofármacos entonces estoy pensando en otro registro, en mi opinión erróneo.

La causa, en todo caso, la voy a tratar de buscar en alguna significación que pueda dar a su sufrimiento o a su gesto.

Fernando Rodríguez: Sería entonces incorrecto, desde esto que Ud. dice, de acuerdo a un prejuicio que existe entre los psicólogos, creer que los sistemas diagnósticos operativos suponen una especie de claudicación de la persecución por la psiquiatría clásica de la etiología, detrás de esta organización francamente sindrómica que constituyen el DSM IV y la CIE 10. Mejor formulado: esto que Ud. está sosteniendo ¿es directamente perceptible para un psiquiatra a través de estos sistemas diagnósticos operativos?

Juan Carlos Stagnaro: Los sistemas diagnósticos operativos han tenido el éxito que han tenido hasta ahora en función, creo yo, de dos razones. Una es que para los sistemas de atención gerencial de salud funcionan como nomencladores. Recordemos las condiciones del surgimiento del DSM. Sabrán que cuando aparecieron los recortes presupuestarios, en la época de Reagan en EE. UU., se contabilizaban cerca de 200 escuelas de psicoterapia con sus centros de estudios, sus validaciones y todo lo demás, cuyos tratamientos eran reembolsados regularmente sin límites de tiempo por la seguridad social norteamericana. Esto generaba un enorme gasto al Estado que buscaba reducir su gasto social. Entonces fue necesario homogeneizar los criterios para saber qué se pagaba, y esto tuvo muchísimo que ver con la importancia que cobró el DSM, en su versión III. El DSM III, (ya habían existido las versiones I y II de la misma clasificación pero los psiquiatras norteamericanos las usaban exclusivamente con fines de estadísticas epidemiológicas y en el resto del mundo se las conocía muy poco) es el que toma una envergadura de utilización importante y esto es una de las bases, creo yo, que tuvo que ver, proveniente de la historia externa y no interna a la disciplina, con el empuje de la concepción biomédica que mencione antes. Desde el punto de vista interno a la disciplina lo que hubo, creo, fue en ese movimiento de la biomedicina, un intento de crear la posibilidad de investigar grupos homogéneos de pacientes desde el punto de vista fenoménico. Hasta ese momento el paradigma dominante era, como dice Lanteri-Laura, el de las grandes estructuras psicopatológicas, y el campo de la nosología psiquiátrica estaba, en último término, dividido entre las neurosis y las psicosis, y todas las formas que provienen de la psiquiatría clásica - psicosis maníaco depresiva, esquizofrenia, delirios crónicos varios- no eran más que variedades de la psicosis o variedades de la neurosis. Algo así como la exteriorización objetivable de las estructuras subyacentes que era lo esencial.

Lo que el nacimiento de la psicofarmacología cuestiona de esta clasificación de las grandes estructuras psicopatológicas es que el efecto de los psicofármacos para esa nosología binaria o bicéfala, digamos, era transnosográfico. Un medicamento que actuaba sobre la ansiedad lo

hacía tanto sobre la ansiedad neurótica como sobre la psicótica. Un antidepresivo lo hacía tanto sobre una depresión neurótica como sobre una depresión psicótica. Entonces la farmacología interpelaba fuertemente, porque implicaba una lógica que decía: "¿Pero cómo? si obedecen a los mismos mecanismos fisiopatológicos, entonces serían expresiones sindrómicas de una sola enfermedad". Por lo tanto tenemos que ver si existen diferencias regulares entre distintas formas de presentación de la locura sin complicarnos con las teorías acerca de su producción.

De allí que a los que lanzan el DSM se los llama neokraepelinianos. En realidad no eran neokraepelinianos, porque Kraepelin consideraba que las enfermedades mentales eran enfermedades con etiologías precisas. Los sostenedores del DSM, como bien dice Guelfi en Francia, son neo-esquirolianos. Esquirol es el primero que plantea un rechazo a "los sistemas", enfrentándose con las concepciones de ciertas corrientes alemanas; "No me vengan más con sistemas de pensamientos, con teorías filosóficas, yo me atengo exclusivamente a la manifestación de los síntomas y según eso agrupo a los pacientes" decía él.

Entonces los norteamericanos que plantean la lógica del DSM dicen: "Vamos a crear entidades discretas sindrómicas". Digamos además que lamentablemente utilizaron el término Trouble que fue traducido como Trastorno y esto contribuyó más a la confusión y las malas interpretaciones. En efecto, el sacar la palabra síndrome confundió muchísimo, porque si de entrada hubieran dicho: "Manual diagnóstico y estadístico de los síndromes mentales" creo que se hubieran aclarado mucho más las cosas. Las concepciones de síndrome y de enfermedad siempre estuvieron presentes en la medicina y lógicamente en la psiquiatría, y todo el mundo las entendía. Un síndrome, en medicina, se define como un agrupamiento de signos y síntomas que se presentan, en la clínica, reunidos con una frecuencia mayor que el simple azar. Si a ello se le agrega una causa o etiología tendremos una enfermedad. En la historia de la medicina se aislaron sistemáticamente síndromes para luego ir buscando su etiología. Fíjense, para poner un ejemplo clásico, la sífilis cerebral. Desde Bayle lo que se agrupa es un conjunto de síntomas que aparecen en la evolución de un cuadro clínico reunidos. Va a hacer falta casi un siglo para que Noguchi descubra el treponema y encuentre la etiología buscando y por distintos métodos la causa en este grupo sindrómico que era la parálisis general. En muchísimas enfermedades médicas, en la inmensa mayoría el procedimiento fue ese.

¿Respondo a su pregunta?

Fernando Rodríguez: Si, y sobre la marcha se me fueron ocurriendo otras. .

Michel Sauval: Quisiera retomar lo que usted respondía reformulando la pregunta respecto de Bercherie, con lo del fármaco. Coincido con lo que usted dice, en el sentido de que, desde el punto de vista de un psicoanálisis purista, o no sé cómo llamarlo, se desvaloriza la acción del fármaco. Coincido en que el fármaco, como tantos otros productos, puede ayudar, puede ser útil. En ese sentido, veo que hay muchos psicoanalistas que están tomando esta idea de usar el fármaco, y entonces ya no hay tanto choque entre el psicoanálisis y los laboratorios – esta nueva relación se aprecia, por ejemplo, en los últimos congresos de APSA -. El problema siempre será "para qué".

En realidad a lo que me quería referir con el fármaco es sobre todo a la sutura que introduce la lógica de mercado de quienes lo producen. No es tanto que el fármaco, en sí, pueda o no suturar ese hiato, sino que la lógica del mercado transforma la demanda del paciente en una demanda de cliente, y en esos términos, plantea la perspectiva de que "el problema" se solucione con un "producto", para el caso, y principalmente, el fármaco.

Esto implica también un condicionamiento de la escucha del psiquiatra que, lógicamente, piensa que puede responder a esa demanda. No veo cómo podríamos encontrar, actualmente, ese tiempo y esa atención, que podía prestar, por ejemplo, un Séglas, para darse cuenta que el delirante movía la boca y, con eso, pensar que de alguna manera era hablado, lo que permitió precisar ciertas cuestiones fundamentales respecto de la alucinación. Porque la lógica no es solamente la acción del fármaco, sino la ubicación profesional: que el enfermo sea sobre todo un cliente antes que un paciente. La lógica del mercado sutura ese hiato.

Juan Carlos Stagnaro: Esa reflexión nos invita a responder en varias direcciones.

En todo caso retomemos lo del DSM porque debe tener que ver con eso también.

Michel Sauval: Lo digo porque, justamente, usted trajo a colación que el DSM IV surge de ciertas necesidades del mercado.

Juan Carlos Stagnaro: Puede tener que ver con eso. Pero el comentario que me hace se abre en distintas direcciones. Hay cosas que tenemos que tener en cuenta porque de lo contrario nos quedamos pensando que el único actor de todo esto es el polo profesional psicoanalítico o psiquiátrico con sus teorías y nos olvidamos que el psicofármaco está en la cultura. El psicofármaco está en la calle, en la opinión de la gente. La gente está informada de los psicofármacos y el psicofármaco está incluido en la cultura contemporánea. La gente tiene la idea de que el sufrimiento psíquico tiene una posibilidad de modificación por vía de los medicamentos.

Entonces a uno se le vuelve, en la práctica, bastante complejo imaginar la posibilidad de que llegue una persona con un sufrimiento psíquico intenso y uno le diga simplemente: "Siga viniendo, vamos a hablar de esto", y uno se dé la ocasión de observar al estilo de Séglas. Por otro lado, no sé qué hubiera hecho Séglas si hubiera habido psicofármacos en su época, de hecho había algunos embriones de psicofármacos como la morfina en el tratamiento de la melancolía o el hidrato de cloral o los barbitúricos a principios de siglo y ninguno de los grandes clínicos franceses se privó de utilizarlos; así que no sé qué haría si coexistiera con la fluoxetina o la olanzapina, seguro que las ensayaría, que trataría de incluirlas en su práctica. Se presentan situaciones difíciles, porque el mismo paciente dice: "Pero, ¿cómo? ¿no me va a dar algo? ¿no me puede dar algo para mi angustia? Yo estoy muy deprimido y no me medicó". Y si no lo pide el paciente, va a llamar un familiar. Esto es una comprobación de la práctica, y no es un problema menor. Hay que tenerlo en cuenta. Hay que hacer todo un trabajo y hay que construir mucha transferencia para poder decirle a un paciente: "Soporte este sufrimiento, que este sufrimiento es matriz de una posibilidad de saber algo sobre usted que no se puede perder".

Por otro lado, frecuentemente los pacientes que llegan a la consulta ya están utilizando psicofármacos, esto, por ejemplo en el trabajo con las psicosis en las instituciones hospitalarias es absolutamente inevitable porque el paciente llega y es medicado por la guardia apenas entra al hospital.

Entonces, creo que de la misma manera que el psicofármaco interpela al psicoanálisis, o el conjunto de los desarrollos neurobiológicos interpelan al psicoanálisis, también interpelan a la vieja clínica psiquiátrica. Porque es sabido que cualquiera que hace clínica hace clínica bajo transferencia; acepte la existencia y la emergencia de esta, o no. La transferencia va a emerger en cualquier momento aunque uno no la reconozca.

Pero, también es cierto que ahora tenemos que hacer una clínica "bajo psicofármacos", y este es un gran desafío de la clínica. Y es una de las razones por las cuales me interesa la vuelta minuciosa a los clásicos. Porque, bajo psicofármacos, a los pocos días de un antipsicótico, a los pocos días de un antidepresivo y un ansiolítico, uno tiene que aprender a reconocer, con la misma fineza de los clásicos, las manifestaciones de la angustia, de la depresión, de la alucinación auditiva, del delirio frustrado, etc., etc. De lo contrario no entiende lo que está pasando en la relación terapéutica.

Pero no hay en este momento una semiología que dé cuenta de lo que es una semiología con psicofármacos. No conozco textos, y si los hay, deben ser pasajes excepcionales -o quizás yo no los conozco- pero me parece que nadie se ha dedicado a resolver el problema de escribir una semiología bajo psicofármacos, describir la evolución de los primeros días, ver cómo el cuadro va avanzando, y cómo cambia en el tiempo.

Sin embargo se han visto muchas cosas. Por ejemplo, en la discusión de los síntomas negativos de la esquizofrenia -se llaman actualmente síntomas negativos, antes deficitarios- algunos autores como Carpenter, por ejemplo, han puesto el dedo en que no todo lo que se describía como síntomas negativos eran propios de la esquizofrenia misma, sino que había algunos síntomas que dependían del proceso psicótico y otros que dependían de efectos medicamentosos, del hospitalismo, de las condiciones de atención, particularmente del tratamiento medicamentoso. Nosotros sabemos que los psicofármacos colocan al sujeto en determinadas condiciones subjetivas que van a teñir la presentación clínica. Pero cuando uno se aproxima a estudiar la semiología psiquiátrica, encuentra en los manuales el viejo capítulo, heredero de la clínica clásica, que le describe las alucinaciones, los delirios, la depresión, etc., sin medicación. Y como la medicación, hoy en día, interviene inmediatamente después del diagnóstico, entonces la semiología que se ve actualmente no parece tener nada que ver con aquella semiología clásica, algo olvidada, producto de la época.

Si uno trabaja en la guardia del hospital psiquiátrico, y trabaja en el servicio de urgencias o en zonas, donde el paciente no ha sido medicado previamente, entonces puede ver toda esa conceptualización semiológica de Jaspers, de Clérambault, de Séglas, de los grandes clínicos, a veces con cierta patoplastia propia del cambio de tiempo, de la cultura - la máquina de influencia ya no es más el telégrafo - pero esto no es más que un detalle que varía.

Entonces tenemos que tener en cuenta que hacemos una clínica bajo psicofármacos y queda por profundizar toda esta cuestión. Algunos esfuerzos de algunos psicofarmacólogos que tratan de cruzar el psicoanálisis con la psicofarmacología, dan algunos giros en esta dirección. Discutibles, cuestionables, pero marcan que podría haber un esfuerzo en esa dirección, que vale la pena hacer.

Valeria Mazzia: ¿En qué dirección?

Juan Carlos Stagnaro: Como una semiología, y cómo una escucha psicoanalítica, tienen que ser tamizados a través de los efectos, las máscaras, que le pone a la subjetividad el efecto químico de los psicofármacos. No puedo decir mucho más que eso.

Michel Sauval: Ahora, para que se mantenga eso, para que esté esa búsqueda ¿no haría falta que se mantenga esa tensión por encontrar una etiología? Es decir, tiene que jugar de alguna manera ese hueco, esa falta, para animar a buscar algo más. Porque, de alguna manera, por ejemplo lo que usted decía del DSM IV, implica una renuncia a la búsqueda de la etiología. Es decir, al mismo tiempo que se supone otra causalidad en forma implícita - aunque no sea una causalidad, como Ud. dice, el fármaco interviene sobre un mecanismo - pero si el fármaco, si la economía, la organización de la salud en términos del nomenclador, funcionan como la solución, ¿dónde queda la preocupación para buscar esa etiología o cualquier otra cosa?. En el caso de la orientación psicoanalítica, eso ya está planteado desde el principio: se está buscando la causa. Eso no quiere decir que los psicoanalistas sean mejores semiólogos que los psiquiatras - lamentablemente - pero se supone que deberían, porque está planteado de entrada el problema de los signos y su desciframiento en la búsqueda de una causa.

Juan Carlos Stagnaro: La existencia del DSM IV -inclusive para sus defensores- no quita la preocupación, en psiquiatría, por la búsqueda de la causa. Yo estaba haciendo alusión a una utilización pedestre del DSM IV. Pero hay muchos psiquiatras, aún defensores de las clasificaciones basadas en criterios, que permanentemente están pensando en la causa. El problema es qué causa se busca, y cómo esta causa es buscada desde una perspectiva reduccionista. La pregunta de fondo es si la locura es pura y exclusivamente explicable desde la alteración fisiopatológica del tejido cerebral, si lo mental, dicho en términos muy amplios, no es más que un epifenómeno de la materia biológica organizada, que carece de leyes propias o si nosotros podemos movernos en una epistemología de correlatos.

Michel Sauval: ¿Cómo sería esto?

Juan Carlos Stagnaro: Aceptar que hay disciplinas que formalizan la explicación de determinados fenómenos en un nivel determinado y que otras disciplinas pueden formalizar

esos fenómenos en otro nivel. Verbigracia, yo puedo decir que la teoría de la forclusión del nombre del padre me da una explicación de la psicosis en términos psicoanalíticos lacanianos, y puedo decir, desde otra perspectiva, que en esos procesos psicóticos, definidos así por los lacanianos, hay una severa alteración del metabolismo de un neurotransmisor como puede ser la dopamina. Lo cual no hace que una cosa excluya a la otra.

Valeria Mazzia: O que una sea causa de la otra...

Juan Carlos Stagnaro: Es una cuestión, hasta de sentido común. Desde que cayó la teoría angélica sabemos que el cerebro es la parte del cuerpo anatomofisiológico más relacionada con el pensamiento. Ahora si yo reduzco la psicosis a una alteración de la dopamina, o reduzco la psicosis a la forclusión del nombre del padre, probablemente estoy faltando a una completitud del conocimiento sobre el problema. Es así cuando los reduccionistas biológicos dicen: "Que sigan hablando con el paciente, total va a seguir igual de loco, igual de aislado, igual de sufriente, con el mismo riesgo de suicidio", y los psicoanalistas, desde otro polo reduccionista podrán decir: "Lo aplastás con psicofármacos, le quitás la posibilidad de decir lo que le pasa, lo encerrás en una cápsula química, para qué quiere vivir en esas condiciones". Por supuesto que estoy presentando muy caricaturalmente estas posiciones con fines expositivos.

¿Por qué una línea de investigación tiene que excluir a la otra? ¿Porqué no se puede establecer un cierto diálogo fecundo?

Es lo que yo señalaba en ocasión del diálogo entre Echegoyen y Miller, en la entrevista de Vertex en 1996, cuando se planteaba el problema de logociencia opuesta a neurociencia: ¿por qué tienen que ser excluyentes una de la otra?: por el reduccionismo.

Esto pasa en el conjunto de la medicina, esto es un problema de la medicina también, nosotros nos preocupamos mucho porque es nuestro campo, nuestra especialidad, pero en la medicina esto está a la orden del día.

Michel Sauval: Y detrás de esos reduccionismos también encontramos el reduccionismo del mercado, a la condición de clientes

Juan Carlos Stagnaro: El mercado, o mas precisamente el capitalismo neoliberal actual no es un reduccionismo científico es un factor social de poder y juega tanto para la psiquiatría como para el psicoanálisis.

Michel Sauval: Sí, obviamente.

Juan Carlos Stagnaro: Edemas sabemos que las corporaciones de profesionales siempre han intentado generar sus propias fuentes de trabajo, abrir determinadas ofertas, generar determinadas demandas. Yo creo que esto seguramente está presente y no lo podemos ignorar. A través de la fuerza y el peso de algunas teorías y de su defensa dogmática pueden jugarse intereses no confesados. Después hay que ver lo que se hace en el consultorio. Porque los psiquiatras más biologists se angustian y hablan con sus pacientes y tratan de convencerlos de algo. Y los psicoanalistas más ortodoxos dan consejos, orientan, etc. Yo creo que en el fondo de toda esta historia además de vivir de este asunto, lo cual introduce una dimensión ética fundamental, también es cierto que trabajamos con un material que es profundamente angustiante. Entonces le tenemos horror a todo vacío de ignorancia, y yo creo que, tanto psicoanalistas como psiquiatras, si quieren ser buenos en lo suyo, una primera cosa que tienen que tolerar es la angustia de la ignorancia, es estar trabajando con lo que no sabemos. En el psicoanálisis esto está elevado a una importante categoría terapéutica: cuanto menos me atribuya un saber más espacio voy a dejar para poder seguir manteniendo un diálogo que conduzca a mi paciente a un saber de él. Para la psiquiatría, en tanto especialidad médica, eso es inaceptable, porque el médico no puede esperar un saber de un paciente que viene a preguntarle qué le pasa en el cuerpo. A la medicina general, esto, aparentemente, no le hace demasiado obstáculo; como es claro me estoy refiriendo a una medicina entendida desde

el reduccionismo biomédico. Pero si profundizamos un poco, puedo probarles que también a una buena medicina le hace obstáculo, porque una cosa es aliviarle el sufrimiento a un paciente y otra cosa es entender antropológicamente porqué tiene un infarto de miocardio, o porqué ha hecho una tuberculosis. Y eso es un saber que yo no le puedo dar solo, sino que tiene que surgir de la relación entre los dos, para crear una patobiografía que permita que el enfermo sepa porqué llegó a esa circunstancia de su existencia.

Fernando Rodríguez: Por mi experiencia de hospital, con lo que yo me encuentro es que esta explicación bifronte es la que manda en todos los casos, para todos los casos, y yo escucho ahí ciertas resonancias de una posición complaciente: los psicólogos tiene lo suyo para decir, los psiquiatras lo suyo... una posición ecléctica muy a tono con lo que uno puede encontrar en el DSM IV. Esta posición acaso pierda rigor en su afán conciliador.

Juan Carlos Stagnaro: No olvidemos, además, que en la formación, estamos compartimentados -en la adquisición de los conocimientos, en la currícula oculta que tenemos a nivel universitarios- psicólogos y médicos. Y eso nos predispone a ver las cosas de cierta manera, en el paradigma en el cual nosotros nos formamos. Cuando uno está dentro de un paradigma, eso le permite explorar y conocer montones de cosas, pero también lo deja ciego para cualquier cosa que esté por fuera de ese paradigma en el que está inmerso.

Michel Sauval: Para muchos no entra en su paradigma que el saber lo tenga el paciente.

Juan Carlos Stagnaro: Exacto, esto es algo que el psiquiatra, que viene de una formación biomédica, tiene que sacarse de encima, y es muy difícil que lo logre.

Michel Sauval: Sin embargo, parece haber ciertas preocupaciones, entre los psiquiatras norteamericanos por la intersubjetividad.

Juan Carlos Stagnaro: Efectivamente. Nancy Andreassen, ex presidente de la American Psychiatric Association, una mujer culta, erudita, y excelente psiquiatra, conocida por muchas obras, escribía en un número del American Journal of Psychiatry, hace unos cuatro años más o menos, un editorial que se titulaba "Qué es la psiquiatría", en el cual contaba que había sido invitada a una cena en la que había otro psiquiatra, y había un lego que preguntaba a la mesa qué es la psiquiatría, y entonces ella le contesta que la psiquiatría es el estudio de las enfermedades del cerebro y que éstas se dividen en tres grandes grupos: el primero, y pone por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, es aquel formado por trastornos cuya causa cerebral conocemos; el segundo, como por ejemplo la esquizofrenia, cuyo mecanismo cerebral estamos en vía de conocer; y el tercero, por ejemplo los trastornos de conducta, de personalidad, etc., que parecen tener fuertes componentes psicosociales -lo que en la nomenclatura norteamericana quiere decir mentales o psicológicos-.

A mí me produjo una gran conmoción cuando leí ese editorial. Pero curiosamente, esta mujer, como es inteligente, escribe en la misma revista, cuatro años después, un comentario al editorial de ese número, en el cual el editor se queja de las pocas voluntades, de las pocas vocaciones que hay para ser psiquiatra en Estados Unidos, que el salario bajó muchísimo, que los médicos se dedican a otras especialidades, etc. Entonces en el comentario al editorial Andreassen dice: "Quizás nuestro excesivo DSM-ísmo nos ha hecho olvidar, en estos años, la dimensión subjetiva de nuestros pacientes".

Y en una persona tan connotada, tan respetable, digamos, como representante de una determinada forma de pensamiento, me pareció muy importante este detalle autocrítico: dejar de lado la subjetividad de los pacientes por excesivo DSM-ísmo, por esa objetivación a ultranza que los sedujo mucho en un momento determinado, mientras que todo eso otro quedaba afuera.

Yo creo que ahí está el programa de trabajo, como lo está para el conjunto de la medicina. El enorme, gigantesco desarrollo que tuvo la tecnología médica en términos psicofarmacológicos, aparatológicos, quirúrgicos, etc., en las últimas décadas, hizo que se dejara de lado -empujado, por supuesto por muchos intereses, entre otros los costos del sistema de salud- lo esencial de la medicina, que es la relación médico paciente. Ahora bien, revalorizar la relación médico-paciente no quiere decir anatematizar todos los recursos tecnológicos que han aparecido, sino hacerse cargo de ellos y redefinir el trabajo médico, rejerarquizar la relación del paciente con el médico, quien debe ser un profundo conocedor de todo el arsenal del cual hoy dispone para poner al servicio del trabajo con el paciente. Pero hay otra cosa que atenta contra eso y que constituye una cruda realidad: es tan enorme la dispersión de información y de datos que existe en medicina que la misma conduce a la superespecialización, y entonces hay veces que se cae en la confusión de pensar que el manejo de la tecnología en un sector ultraespecializado, hasta el último punto y coma del último artículo surgido de la investigación empírica, es la tarea del médico, que esa es la tarea de excelencia del médico. Y esto es completamente falso, y hasta puede tener deslizamientos iatrogénicos. Lo fundamental del acto médico es la relación médico-paciente. Y él debe asistir al encuentro de la relación con el paciente provisto de todos los conocimientos que la ciencia le pueda dar en un momento determinado con la mayor excelencia posible. Pero para ponerlos dentro de la relación médico-paciente. Valabrega decía que la enfermedad es lo que pasa entre el médico y el paciente. Ni siquiera es algo que le pasa al paciente.

Michel Sauval: El problema es qué sentido se le da a esta noción de subjetividad. ¿Ud. cree que para los psiquiatras, o para quienes usan esto de la subjetividad, "subjetividad" puede ser equivalente a un no saber para el psiquiatra? ¿O la "subjetividad" es pensada como un pacto o acuerdo social?, es decir, retomando lo que decía la presidenta de APA acerca de no olvidar la subjetividad de los pacientes, pero "subjetividad" quizás pensado más fenomenológicamente, como que hay que encontrar el punto donde los sentidos se compartirían, donde los participantes en esa "intersubjetividad" se comprenderían.

Juan Carlos Stagnaro: Una significación compartida.

Michel Sauval: Exactamente, pero eso no implica no saber.

Juan Carlos Stagnaro: Yo creo que ella aludía a esto. Quisiera atribuirle esa perspectiva.

Pero el no saber no quiere decir una ignorancia de lo que debe ser conocido por el rol. No saber no quiere decir hablar desde ningún conocimiento. No saber es aceptar que uno desconoce la significación que el paciente tiene para él.

Michel Sauval: Y para el mismo profesional... es decir que no estamos ante un signo sino ante un significante, entendiendo por tal algo más bien vaciado de sentido o, al menos, de direccionalidad. Porque me parece que en el esquema de la intersubjetividad que manejan, por ejemplo en la IPA, o en estos modelos de subjetividad que se plantean en la psiquiatría, o por lo menos en lo que vi en los congresos de APSA, ahí sigue estando más bien la teoría del signo, donde la cuestión es ponernos de acuerdo sobre para quién... qué quiere decir eso y para quién. Podemos decir que a lo sumo es un problema de desciframiento, de ponernos de acuerdo sobre para quién lo estamos dirigiendo y para decir qué cosa.

Juan Carlos Stagnaro: Está bien, pero justamente, el desciframiento es algo que surge del trabajo compartido y para descifrarlo yo tengo que poder preguntarle, y preguntarme, qué quiere decir esto. Si un paciente me presenta fenoménicamente, no fenomenológicamente, fenoménicamente, en tanto lo que aparece, una alucinación, para mí, psiquiatra esto es un signo de una descompensación psicótica probable - supongamos que una voz que le habla y me dice que le dicen que es tal cosa, o haga tal otra cosa, alucinación auditiva que me ubica el cuadro.

Ahora, la significación que esto pueda tener para él, hoy, puede no ser la significación que le asigne dentro de tres meses en función de la búsqueda que juntos vamos a hacer. Es otra cosa. Entonces yo puedo escribir con toda legalidad en la historia clínica "paciente alucinado".

Ahora si yo a partir de ahí hago una relación biunívoca con la medicación, y considero que el problema está resuelto porque dejó de escuchar la voz, es una cosa, y si yo utilizo el psicofármaco para que el barullo que él tiene con esa alucinación le permita ponerse a reflexionar conmigo y buscar la significación de eso que vivenció, es otra.

Michel Sauval: Yo lo decía con relación a la psicoterapia antes que al fármaco. Es decir, cuando algunas corrientes empiezan a preocuparse por el aspecto de la intersubjetividad, es decir que están dispuestas a reconocer alguna etiología, algún plano diferente ¿no se reduce eso a algunas formas educativas, algunas formas de psicoeducación, en esto de la intersubjetividad?.

Por eso le preguntaba como entendía usted esta relación médico paciente.

En el psicoanálisis este no saber implica que justamente no hay un sentido para ser dicho - como lo sería para la fenomenología - sino una causalidad significativa que, en cierto punto, es asemántica, y respecto de la cual, la dirección, o la forma de intervención, implica un constante vaciamiento del significado que se vaya produciendo. Digo esto porque, al menos en lo que es la IPA, y en el campo de las psicoterapias, no dejan de tener fuerza las orientaciones del estilo del *counselling*, el consejo, como usted subrayaba, como una manera de salir de la angustia. Y si la perspectiva es la de un consejo, la intersubjetividad no sería más que ponerse de acuerdo sobre un significado.

Juan Carlos Stagnaro: Yo no sé si se puede generalizar al pensamiento de la IPA. En la IPA hay muchas corrientes y gente que piensa de distintas maneras...

Michel Sauval: Por supuesto, estoy simplificando mucho.

Juan Carlos Stagnaro: Partí de la idea de que no hay consenso, estamos en una suerte de crisis paradigmática. Quizás afortunadamente, pues en los períodos en donde no impera la ciencia normal, como diría Khun, estaríamos en condiciones de recrear algo nuevo. Yo creo que estamos atravesando un período que genera tantas discusiones, no solamente por la preocupación por la locura, que es una de las preocupaciones constantes del hombre, sino porque atravesamos una época preñada de preguntas sin respuesta en todos los campos de la ciencia, en la política, en el arte y en la filosofía. Como decía Ortega es muy difícil cumplir con esa tarea ímproba aunque necesaria en cada momento de la historia de ser contemporáneos de nosotros mismos.

Artículos

Quelle politique du signe?

Guy Le Gaufey

*Que ça nous aide à mettre le : pas de fumée sans feu, au même pas que :
pas de prière sans Dieu, pour qu'on entende ce qui change.
J. Lacan, " Radiophonie ", Scilicet 2/3, p. 67.*

La méthode freudienne connaît une tension essentielle, présente chez Freud lui-même, entre la particularité factuelle du cas et la spéculation théorique censée en assurer la description et en fonder l'intelligence. Les seules *Études sur l'hystérie* suffiraient pour en témoigner, si la suite, *L'interprétation des rêves* autant que les *Cinq psychanalyses* ou l'ultime *Moïse*, ne venait confirmer ce mouvement. Le cas semble venir à chaque fois incarner l'entêtement de la réalité à ne pas se plier si vite aux constructions théoriques qui tentent de l'appréhender. Le fameux " Ça n'empêche pas d'exister " de Charcot que Freud aimait à citer vient saluer à sa façon cette obstination de la réalité à déborder les appareillages symboliques qui en permettent le repérage, les mettant du coup singulièrement en valeur.

Cette tension ne s'est pas maintenue à l'identique tout au long de l'enseignement de Lacan, même si le cas y reste tout aussi omniprésent, non seulement sur le plan " clinique ", mais aussi bien littéraire (Joyce, Poe, Gide, etc.), et plus encore en topologie. Et cependant, la lecture qui en est à chaque fois proposée ne développe pas les mêmes enjeux dans la mesure où la "réalité " du cas n'est plus située de la même manière. Du coup, insensiblement, le cas glisse jusqu'à n'être plus ce qu'il était aux origines de la psychanalyse : sa littéralité l'emporte bien souvent sur sa particularité. On fait ici l'hypothèse que cette évolution du cas résulte de la mise en jeu d'une autre politique du signe, une politique qui ne peut se contenter de renier la précédente puisqu'elle en a intimement besoin, alors même qu'en venant la compléter, elle n'est pas aussi sans la contredire localement. D'où des gênes et des embarras relativement nouveaux au regard de la tradition freudienne, qu'on se propose de situer dans leur actualité.

1. Entre signe et signifiant : le " quelqu'un "

Il est exclu d'opposer terme à terme *signe* et *signifiant*, quand bien même ils commanderaient les deux politiques différentes, et parfois opposées que l'on vient de mentionner. Ils se présentent en effet tous deux dans une complémentarité telle qu'on ne voit pas, au premier abord, comment on pourrait seulement les séparer : point de signe sans signifiant, et point de signifiant sans signe. Et cependant, derrière cette permanente association, le fait de viser l'un plutôt que l'autre fait pratiquement changer le fusil d'épaule.

Ce fut l'un des objectifs de *Radiophonie* que de faire entendre cet écart. Lacan y prenait tout du long appui sur la définition du signe selon C. S. Peirce, à vrai dire la plus large qui se puisse concevoir : *le signe est ce qui représente quelque chose pour quelqu'un*¹. Il le présentait ainsi :

Le signe suppose le quelqu'un à qui il fait signe de quelque chose. [...] Appelez ce quelqu'un comme vous voudrez, ce sera toujours une sottise².

Pourquoi cette étrange précision ? Parce qu'un nom (surtout propre !) ne suffira pas à altérer la personaison de ce " quelqu'un ", solidement arrimé dans la langue à un être de raison, une conscience, un ego, bref tout ce que la tradition nous procure pour penser ce à partir de quoi se trouve reconduit à la vitesse de l'éclair le couple sujet/objet, désormais médié par le signe qui s'interpose entre eux deux : sujet/signe/objet. A peine ce *quelqu'un* de la définition basique du signe classique a-t-il servi d'auberge à la notion de personne que les préjugés métaphysiques les plus réguliers et les plus lourds viennent ainsi sur le tapis sémiotique en embrouillant toutes les perspectives³.

Tout au long de son texte *Radiophonie*, Lacan se montre parfaitement averti de cette fatalité qui accompagne toute pensée sur le signe, sans qu'il songe un seul instant à en faire l'entière économie en lui substituant une théorie qui serait celle du signifiant:

D'abord, dit-il, que sous prétexte que j'ai défini le signifiant comme ne l'a osé personne, on ne s'imagine pas que le signe ne soit pas mon affaire ! Bien au contraire, c'est la première, ce sera aussi la dernière. Mais il y faut ce détour⁴.

Il ne s'agit donc pas de lâcher la proie du signe pour l'ombre du signifiant, mais d'organiser un *détour* dans l'appréhension du signe afin de ne pas faire impasse sur ce qui, dans le fonctionnement de ce signe, reste collé au seul signifiant : ce type de sujet que Lacan martèle comme " divisés ", et qui est aux antipodes de ce fameux *quelqu'un*... dont il n'est pourtant pas question de se passer. C'est du moins ainsi que Lacan envisage la question lorsqu'il entreprend d'expliquer comment le signifiant " vire " au signe :

[...] où trouver maintenant le *quelqu'un*, qu'il faut lui [le signe] procurer d'urgence ?

Car si le signifiant n'implique que le sujet, le signe, lui, continue d'avoir besoin de son *quelqu'un* pour fonctionner, Lacan en convient sans sourciller, même s'il bataille derechef pour que l'on cesse de confondre ce *quelqu'un* du signe, et le sujet du signifiant. Il semble cependant désespérer d'y arriver, dans ce texte tout du moins, à travers un exposé rationnel puisqu'il en vient alors à dire :

Je parlerai donc en parabole, c'est-à-dire pour dérouter⁶.

La parabole sera celle du " pas de fumée sans feu ", l'effort de Lacan y étant alors de renverser à 180° la compréhension usuelle pour laquelle la *fumée* est le signe du *feu* pour... le *quelqu'un* qui la voit et l'interprète alors irrésistiblement comme le signe apparent d'un feu pour l'instant caché. Premier commentaire introductif de Lacan :

A regarder de plus près le pas de fumée, si j'ose dire, peut-être franchira-t-on celui de s'apercevoir que c'est au feu que ce pas fait signe.

Il ne part donc pas de la fumée, de la positivité d'une fumée qui renverrait à la positivité d'un feu, au sens très clinique et réaliste du terme, comme de même la fièvre est le signe de l'infection, ou l'inhibition le signe du conflit, mais bien du " pas de fumée ", à entendre dans la ligne de son fameux commentaire du " pas de trace " dans lequel la positivité de la trace se confondait avec l'instrument même de la négation en français. Avec l'attention portée sur le *pas* de fumée, fini de se prendre, à l'écoute de la formule, pour un indien scrutant le ciel à Monument Valley : le " pas " a suffi à l'effaçons du signe qui ne laisse plus que le signifiant *fumée*, lequel fait signe à " feu " et à rien d'autre, et *pour* personne.

Le repérage de la négation est ici essentiel, et très communément oublié dans l'appréciation de la maxime où le " pas [de fumée] " rejoint le " sans [feu] " pour disparaître dans le creuset d'une articulation logique et grammaticale : *pas* l'un *sans* l'autre. Mais c'est précisément en quoi Lacan peut trouver quelque raison de soutenir- ce qui sans cela pourrait paraître scandaleux - que le pas de fumée, non pas fait signe d'un feu pour *quelqu'un*, mais fait *d'abord* signe *au feu*... de quoi, dès lors ? Du sujet, répond Lacan, du fumeur et de rien d'autre. Ce qui amène, dans ce contexte hautement allégorique, une application stricte de la formule définissant le sujet par le signifiant :

[...] une fumée est plutôt le signe de ce sujet *que représente une allumette pour sa boîte* [...]

Ainsi donc, entre fumée et feu, Lacan vient d'introduire subrepticement le fumeur en tant que ces deux signifiants - *fumée* et *feu* (audibles en tant que signifiants du fait de la négation qui les évide de toute réalité empirique), ces deux signifiants pointent un sujet... dont cependant la

fumée reste le *signe*. Donc quelque chose qui continue de représenter autre chose... pour *quelqu'un* ! Avons-nous seulement tourné en rond ?

Non, car la parabole va avancer d'un cran, introduire un nouvel élément, Prométhée d'abord, mais surtout Ulysse, excellent exemple du *quelqu'un* qui, abordant une île déserte et y observant un feu, en conclut d'office qu'elle n'est pas déserte, sachant lire *ipso facto* dans cette fumée le sujet qu'elle détermine, quoiqu'en l'effaçant dans l'articulation logique d'un *pas...sans....* Mais aubaine aussi pour Lacan d'en faire aussitôt un commentaire parfaitement *pro domo* :

Qu'Ulysse pourtant donne le *quelqu'un*, est mis en doute à se rappeler qu'aussi bien il n'est personne. Il est en tout cas personne à ce que s'y trompe une *fate polyphémie*.

Expression étrange et tarabiscotée, où l'on retrouve cependant un indéniable écho du " appelez-le comme vous voudrez, ce sera toujours une sottise ". Cette sottise maintenant se dévoile dans l'absurdité selon laquelle, si la fumée vaut désormais comme signe d'un sujet (celui que Lacan présente comme représenté par l'allumette pour la boîte, ou par la fumée pour le feu), si donc ce sujet est maintenant devenu le " quelque chose " de la formule du signe, ce n'est pas tant *pour* *quelqu'un*. Ou du moins, autour de ce " pour ", il faut s'entendre⁷. Car à filer ici l'histoire d'Ulysse comme Lacan, tel Pénélope, s'y risque, les campeurs font du feu en se foutant plus ou moins éperdument de la fumée qui s'en dégage, se contentant d'en jouir pour faire cuire leur pitance ou se ré chauffer les arpions. Pour eux, cette fumée n'est pas directement signe. Pour Ulysse, par contre, qui n'est pas dans la même position - puisque, lui, " c'est *quelqu'un* " -, elle est d'emblée signe en ceci que le phénomène qu'elle présente renvoie, *pour lui*, à un autre phénomène : le feu, qui à lui seul dévoile la présence de ce sujet coïncé entre *fumée* et *feu* comme entre deux signifiants décisifs. D'où il ne se déduit pourtant pas que les campeurs font du feu, donc de la fumée, *pour qu'Ulysse* s'en rende compte. Ce que Lacan ne laisse pas échapper, le commentant d'emblée ainsi :

Mais l'évidence que ce ne soit pas pour faire signe à Ulysse que les fumeurs campent, nous suggère plus de rigueur au principe du signe⁸.

La rigueur va essentiellement porter sur le " pour " de la formule de Peirce : qu'on l'entende comme le vecteur d'une cause finale - c'est pour les beaux yeux du *quelqu'un* que le signe, infatigablement, représente quelque chose - et nous voilà partis en pleine paranoïa ; tout, autrement dit n'importe quoi, fait signe, s'il est vrai qu'il y a toujours *quelqu'un* à qui quoi que ce soit s'adresse. Raison pour laquelle Lacan pousse alors son apologue jusqu'à y faire entrer, non plus les phénomènes qui, c'est clair, ne cessent de faire signe, et postulent donc tous et chacun un quelconque *quelqu'un*, mais également les noumènes kantien qui, eux, sont supposés outrepasser le sensible et par là même échapper à toute épiphanie. Si eux aussi font signe, ce ne peut plus être alors que pour " le *quelqu'un* de nulle part qui doit tout manigancer ". Il fallait à Lacan atteindre ces extrêmes (pourtant d'une métaphysique douteuse) pour parvenir à faire entendre ce qui, dans cet apologue, lui importe : que tout (n'importe quoi) ne fait pas nécessairement signe. Ce qu'il ponctue d'une formule finale de sa frappe :

Que ça nous aide à mettre le : pas de fumée sans feu, au même pas que le pas de prière sans Dieu, pour qu'on entende ce qui change⁹.

Ce qui change... lorsque la politique du signe prend en compte, *quand ça lui chante*, la dimension du signifiant, celle ouverte par le " pas " : mettre au même *pas*, c'est ici se régler sur le signifiant et sa façon d'effacer l'objet, et non point tant sur le signe qui s'ensuit lorsque ce signifiant s'articule au point de faire sens, " virant " ainsi au signe en trouvant en même temps son *quelque chose* et son *quelqu'un*. Une fois l'opération accomplie, une fois le signe constitué en son fonctionnement de signe, le *quelqu'un* sera irrésistiblement en place, personne ne pourra faire qu'on s'en passe, quelque précaution qu'on prenne alors à son endroit. Lacan se montre tout au long de cet texte parfaitement averti de cette fatalité sémiotique, mais il n'a de cesse d'en souligner le prix : le *quelqu'un* n'aura pas pu entrer en fonction sans congédier le sujet divisé, son objet dit (a) et les signifiants qui les enserrent, jusqu'à noyer leur trace dans la

pure syntaxe d'un " pas " réduit à un opérateur logique voué à articuler des signes et rien que de signes.

Mais pourquoi donc Lacan, au cours de cet apologue, parle-t-il des " campeurs ", de ceux qui font du feu et en jouissent, se souciant ou non de la fumée qu'ils occasionnent ? Parce qu'il reste attentif à ce qui pourrait s'appeler chez Marx la valeur d'usage du feu pour ceux qui diversement en jouissent, et ne sont pas nécessairement soucieux, à ce moment-là, de la valeur d'échange du signe qu'ils produisent par l'entremise de la fumée. Ainsi du moins peut-on comprendre l'un des ultimes renversements de ce texte, lorsque Lacan fait remarquer que le prolétaire pourrait aussi bien demander compte de l'exploitation qu'il subit, non pas tant au capitaliste - ce quelqu'un par qui la valeur d'usage s'est évaporée au profit de la valeur d'échange -, qu'aux produits eux-mêmes dont lui, le prolétaire, a accepté de se défaire en laissant tomber leur valeur d'usage au profit de leur valeur d'échange. Dans ce passage à l'échange - que ce soit celui du monde de la marchandise ou celui de la signification et du sens - se sont perdues, aux yeux de Lacan, les valeurs d'usage et la jouissance attenante, qui déterminaient un sujet désormais rigoureusement absent de la cascade des échanges à venir.

Quand on reconnaîtra, conclut Lacan, la sorte de plus-de-jouir qui fait dire " ça, c'est quelqu'un ", on sera sur la voie d'une matière dialectique peut-être plus active [...]. 10.

Quand donc on cessera d'oublier " ça " au moment même où il viendrait à équivaloir à ce "quelqu'un " avec qui le signe va immédiatement prendre ses allures de croisière, alors oui, "on sera sur la voie d'une matière dialectique peut-être plus active "...

Est-ce bien le cas du cas ? Parvient-il à intercaler entre le *ça* et le *quelqu'un* autre chose que la copule de l'équivalence générale ? Il y a lieu d'en douter - à tout le moins d'y regarder de plus près, comme Lacan y invitait déjà pour le " pas de fumée ".

2. Transmission vs expérience

Est-il cependant fatal, sémiotiquement parlant, que tout cas, ou que tout dans le cas *fasse signe* ? Ne pourrait-on pas aménager, de ci de là, dans l'inévitable récit, des ruptures, des suspens, des détours qui permettraient de tromper l'appareillage représentatif déployé au fil des pages ? La fabrique du cas - telle du moins qu'on l'a tenté aux tout débuts de l'école lacanienne - n'a pas manqué de s'aventurer de ce côté-là¹¹. Mais le problème n'est pas tant stylistique que sémiotique. Aussi variables soient les talents mis en œuvre dans l'élaboration, l'écriture et la présentation d'un cas, celui-ci reste et restera enfermé dans une logique sémiotique qui le voue au *quelqu'un* auquel il ne cesse de faire signe, par tous les pores de son récit.

Or à l'inverse de cette dimension de transmission clinique dans laquelle le cas s'avère une pièce indispensable, la méthode freudienne se présente dès ses débuts comme une transgression par rapport à ce repérage casuel et casuistique ; Lacan lui-même, plus d'une fois, salue Freud de nous avoir ainsi obstinément instruit à écouter tout patient " sans qu'aucun jamais ne soit un cas ". Je ne doute pas que beaucoup, aujourd'hui, verrait dans cette attitude une exigence éthique, hautement révélatrice des idéaux humanitaires et démocratiques bien connus du vaste surmoi analytique ; il me semble pourtant qu'il ne s'agit là que d'une conséquence directe de la seule hypothèse de l'inconscient.

Chez Freud, ce souci se laisse en effet comprendre à partir de son mode d'instauration de la règle fondamentale : si la technique mise en œuvre doit servir à tromper les défenses déjà en place, mieux que l'hypnose qui savait déjà le faire, alors cette technique ne peut se fier aux seules voies de l'enquête clinique. Dans ce décor nouvellement planté, le cas est d'emblée impertinent, ne serait-ce qu'au sens linguistique du terme : quand on se met à écouter quelqu'un, dans une analyse comme ailleurs, on a intérêt à oublier les cas grammaticaux qui, pourtant, ne vont pas manquer de venir dans ce qui va s'articuler. Il existe donc, à partir de Freud, une tension très classique entre le libre jeu des significations produites au sein d'une parole sans codification consensuelle préalable, et la syntaxe des cas enregistrée dans la

théorie. Cette tension, on la rencontre aussi bien dans la casuistique juridique que dans la casuistique morale dans lesquelles la singularité d'un cas ne vient s'agréger aux autres cas déjà recensés qu'en perdant sa singularité au profit d'une particularité qui le fait s'articuler aux autres cas. Aussi unique qu'on imagine le cas, il ne devient tel qu'à s'inscrire dans un ordre où son *hecceité* s'est dissipée sans remède.

Lacan a eu une intuition si constante de cette situation délicate qu'elle a pesé chez lui de façon beaucoup plus décisive que chez Freud - chez qui les réserves vis-à-vis du cas ne relèvent que du souci de préserver l'anonymat du patient, souci mis en balance avec l'intérêt " scientifique " de la communication autorisée par le cas et lui seul. Lorsque, toujours dans " Position de l'inconscient ", Lacan s'attaquait à une certaine " ***** de la subjectivation " qui veut à tout prix voir du sujet là où il y a du signe et du sens, il concluait :

C'est pourquoi seul un enseignement qui concasse cette ***** trace la voie de l'analyse qui s'intitule didactique, *puisque les résultats de l'expérience sont faussés du seul fait de s'enregistrer dans cette ******¹².

Ici, la tension tourne au conflit irréductible, et l'embarras à l'endroit du cas devient extrême dans la mesure où ce dernier serait voué à " fausser " les résultats de l'expérience. Comment, et pourquoi ?

Seul le *quelqu'un* ici mis en scène permet de comprendre cette pénible situation, qui s'introduit comme une écharde dans le procès de la transmission. Car s'il est bien " celui par le signifiant vire (ou tombe) au signe ", alors il est pleinement identifiable au *sujet supposé savoir* qui, lui aussi, lui surtout, s'installe comme l'opérateur par qui des signifiants énigmatiques " virent " au signe du seul fait de la supposition de sens qui, via l'analyse, les prend en écharpe. Avec le *sujet supposé savoir*, Lacan se trouve avoir donné au *quelqu'un*, non pas un nom propre qui l'eût installé plus encore dans la personnaison, mais une description définie qui en décrit la fonction : voilà un sujet qui, aux antipodes du sujet du signifiant, reste suspendu à une supposition, laquelle lui suffit amplement pour perdurer dans son être.

De son côté, Peirce ne l'entendait pas autrement lorsqu'il faisait remarquer que le signe n'a pas besoin de délivrer le sens de sa représentation - à savoir l'" objet " qu'il représente ; il suffit que *quelqu'un* le suspecte d'avoir du sens, autrement dit de représenter quelque chose. Ce mouvement de supposition suffit, chez Peirce, à qualifier et le signe, et ce *quelqu'un* qui l'a considéré comme tel avant même que tout objet soit actualisé par le signe. Peirce poussait assez loin les choses, jusqu'à écrire par exemple :

Une proposition qui pourrait être exprimée à tout l'être qui appartient aux propositions, *même si personne ne l'exprime ni ne la pense* ¹³.

Il suffit que la proposition *puisse* être exprimée ; cette puissance est, pour Peirce, constitutive du signe qui n'a nul besoin de passer à l'acte de sa signification pour parfaire sa nature de signe. Car l'objet - à la différence du *quelqu'un* sans qui il n'y aurait jamais nul signe - l'objet peut attendre ! Il peut même attendre indéfiniment.

Or cette puissance est aussi bien ce qui suffit à instaurer le *sujet supposé savoir*, sujet tout en puissance que l'analyste laisse se développer bien plus à travers ses silences et ses non-réponses qu'à travers ses interprétations. La suspicion qui fait virer les signifiants au signe en leur conférant une signifiante, voilà le creuset quelque peu paranoïaque commun au *quelqu'un* et au *sujet supposé savoir*, l'un et l'autre assurés qu'il n'y a pas plus de fumée sans feu qu'il n'y a de refoulement sans retour du refoulé.

Cette connivence me paraît être à la racine de la gêne nouvelle qui surprend, bien souvent, à l'écoute du récit de cas. Ce n'est pas tant qu'une intimité soit dévoilée (encore que !!!) ; mais bien qu'à tous les coups le cas se mette au service du *quelqu'un*, du *sujet supposé savoir*. Et que l'on n'aille pas croire qu'il suffise de décrire son éventuelle chute pour que celui-ci en rabatte de sa superbe : aussi trébuchant s'avère avoir été l'analyste en sa conduite de la cure,

la voix qui en fait cas et s'élève sur ces éventuelles errances ne peut pas ne pas magnifier le lecteur de signe qui fait trop souvent ici son numéro de fin clinicien, d'habile lecteur de signes, fût-ce après la bataille. C'est en effet dans ses trébuchements interprétatifs que le clinicien, figure omniprésente aujourd'hui du *sujet supposé savoir* sur la scène analytique, s'avance le mieux vers sa gloire. Caparaçonné dans sa logique de la transmission, ce clinicien ne dédaigne pas en effet de prendre acte de ses éventuelles défaillances ou défaites dans la mesure où elles s'avèrent, à terme tout du moins, grosses de quelque chose à transmettre.

Et bien sûr, il a raison, ce clinicien : transmettre est un impératif vital. Sans le cas, sans cet ordonnancement savant ou naïf de signes qui vont jusqu'à dessiner une figure, mais surtout sans l'inévitable *quelqu'un* qui lorgne patiemment dans l'attente de parfaire sa connaissance clinique, rien de l'expérience et du champ ouverts par Freud ne se serait aventuré jusqu'à nous. Mais alors : qu'est-ce donc qui pourrait permettre d'envisager de " concasser la ***** " ? Qu'est-ce qui pourrait faire que nous n'ayons pas qu'une seule cymbale dans la main quand un sujet passe par là, dans l'espace qu'un transfert lui alloue ?

La réponse est simple et complexe à la fois : ce que nous avons, à profusion, c'est du *savoir*. Le cas, de lui-même, en convoque, en fabrique jusqu'à plus soif si l'on y tient. Mais tel que Lacan a pu refrapper ce terme si commun dans sa terminologie propre, un savoir (S2) ne vaut, ne parvient à se différencier de quelque connaissance, qu'à s'avancer dépouillé des signifiants maîtres (S1) qui le commandent, en assurent la tenue axiomatique, et en soutiennent ainsi les effets de vérité. Cette fuite, cette plus ou moins discrète hémorragie - non pas en aval, mais en amont de ce qui se produit - fait toute la difficulté de la fabrique du cas. Elle ne se confond avec aucune modestie énonciative, aucun souci de ce que le cas vienne contredire ou jeter à bas la théorie¹⁴ ; il s'agit seulement de *faire passer* au *quelqu'un* le message selon lequel son existence sémiotique, son existence de lecteur de signes, est *sujette à caution*.

Je doute qu'aucun cas jamais y parvienne en tant que tel. Par contre, là où le *quelqu'un* a en vraiment pris un coup ces trente dernières années dans le champ analytique, là où l'on a pu croire atteindre au comble du cas psychanalytique sans qu'il n'en sorte jamais rien de tel, là où la montée en épingle d'une singularité maximum n'a produit à ce jour aucun savoir à même de sustenter un quelconque *quelqu'un*, c'est dans ce petit recoin qui s'est aménagé, au fil des ans, sans faire beaucoup de bruit -- j'ai nommé : *la passe*. Celle, du moins, qui a trouvé à se mettre en place à l'école lacanienne, dans cette école où, selon une juste rumeur, on ne parle guère de cas " d'analyse ". Si l'on y parle, à l'opposé, de cas qui prennent souvent des allures de monographies, c'est en grande partie parce que, dans un tout autre décor, selon une autre logique fort étrangère au savoir et à la consistance sémiotique du cas, l'*autre* polichinelle de la transmission (bifidité du phallus !) glisse entre des mains aveugles et inexpertes, des rencontres de hasard, des équivoques sans fondement. Sauf que... Évidemment ! Pas moyen de s'en assurer !

Notes

1. C. S. Peirce, *Écrits sur le signe, rassemblés, traduits et commentés par Gérard Deledalle*, Le Seuil, Paris, 1978, p. 121 : "Un signe, ou *representamen*, est quelque chose qui tient lieu pour quelqu'un de quelque chose sous quelque rapport ou à quelque titre."

2. J. Lacan, " Radiophonie ", *Scilicet* n°2/3, Le Seuil, Paris, 1970, p. 56. Ceci n'est pas en soi une nouveauté de *Radiophonie* : dans " Position de l'Inconscient " (rédigé en 1964), Lacan écrivait déjà : " Les signes [...] représentent quelque chose pour quelqu'un ; mais ce quelqu'un, son statut est incertain [...] à la limite, ce peut être l'univers en tant qu'il y circule, nous dit-on, de l'information. Tout centre où elle se totalise peut être pris pour quelqu'un, mais pas pour un sujet. " (*Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966, p. 840).

3. Peirce fit ce qu'il pouvait pour lutter contre cette conception des choses, allant jusqu'à écrire à sa correspondante en matière de sémiotique, Lady Welby, qu'il avait employait l'expression *quelqu'un* "pour donner à manger à Cerbère, parce qu'il se désespérait de faire entendre sa propre conception, qui était plus large". C. S. Peirce, *Écrits sur le signe...*, *op. cit.*, p. 51.

4. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 65.
5. Le sujet du signe ne l'est jamais, ou du moins pas de la même façon. L'ambivalence freudienne n'a pas grand-chose à voir avec la division du sujet lacanien.
6. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 66.
7. Cette bivalence du " pour " constitue la plus grande difficulté pour toute fabrique du cas.
8. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 66.
9. *Ibid.*, p. 67.
10. Toujours page 67.
11. D'autres également, confrontés à ce même problème, ont cherché, cherchent encore des voies de traverse pour parvenir à couper court dans le champ représentatif. Un bon exemple en est donné par l'article de Pierre Fédida, " La construction du cas ", dans le n° 42 de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, " *Histoires de cas* ", Gallimard, Paris, automne 1990, pp. 245-260. Il y tente une " mise en abîme " d'un cas de supervision, de façon à sortir d'une certaine malédiction sémiotique. Sans grand succès - de ce point de vue-là tout du moins.
12. J. Lacan, " Position de l'Inconscient ", *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966, p. 836. Je souligne.
13. C. S. Peirce, MS 599, cité dans Christiane Chauviré, *Peirce et la signification*, PUF, Paris, 1995, p. 109.
14. Ceci n'est qu'un rêve post-bachelardien entretenu comme un cliché par une épistémologie vivant au-dessus de ses moyens.

Qué política del signo?

Guy Le Gaufey

Traducción de Marta Dubini

Que esto nos ayude a situar el : no hay humo sin fuego, al mismo paso (pas) que : no hay plegaria sin Dios, para que se entienda lo que cambia
J. Lacan, " Radiophonie ", *Scilicet* 2/3, p. 67.

El método freudiano conoce una tensión esencial, presente en Freud mismo, entre la particularidad fáctica del caso y la especulación teórica que se supone asegura su descripción y funda su inteligencia. Serían suficientes los *Estudios sobre la Histeria* para dar testimonio de ello, si su continuación, *La interpretación de los sueños* - así como los *Cinco psicoanálisis* o el último *Moisés* - no viniese a confirmar este movimiento.

El caso parece venir, cada vez, a encarnar el empeño de la realidad en no plegarse muy rápidamente a las construcciones teóricas que tratan de aprehenderlo.

El famoso "Eso no le impide existir" de Charcot, que Freud gustaba tanto citar, viene a confirmar, a su modo, a esta obstinación de la realidad en desbordar, y por ello poner singularmente de relieve, los andamiajes simbólicos que permiten delimitarla.

Esta tensión no se ha mantenido idéntica a lo largo de la enseñanza de Lacan, aun cuando el caso haya permanecido igualmente omnipresente en ella, no sólo en el plano "clínico" sino también en el literario (Joyce, Poe, Gide, etc.) y, más aun, en topología.

Sin embargo, la lectura que de él propone cada vez, no plantea los mismos desafíos en la medida en que la "realidad" del caso ya no está más situada de la misma manera. De pronto, insensiblemente, el caso se desliza hasta no ser más el que era en los orígenes del psicoanálisis: su literalidad lo lleva muy a menudo a esta particularidad.

Hacemos aquí la hipótesis de que esta evolución del caso resulta de la puesta en juego de otra política del signo, una política que no puede contentarse con negar la anterior, de la cual tiene íntima necesidad, aun cuando viniendo a suplementarla, no lo hace sin contradecirla localmente.

De allí las molestias e incomodidades relativamente nuevas respecto de la tradición freudiana, que nos proponemos situar en su actualidad.

1 - Entre signo y significante: el "alguien"

Queda excluido oponer término a término *signo* y *significante*, aun cuando comandasen las dos políticas diferentes y a veces opuestas que acabamos de mencionar.

Ambos se presentan, en efecto, en una complementariedad tal, que no vemos, en un primer abordaje, cómo se podría siquiera separarlos: no hay signo sin significante y no hay significante sin signo.

Y, sin embargo, detrás de esta asociación permanente, el hecho de apuntar a uno preferentemente que al otro, hace, prácticamente, cambiar el fusil de hombro.

Hacer entender esta separación fue uno de los objetivos de *Radiofonía* – En toda la extensión del texto, Lacan se apoya en la definición del signo de C.S. Peirce, a decir verdad, la más amplia que se pueda concebir : *el signo es lo que representa algo para alguien*¹.

Lo presenta así:

- El signo supone el alguien a quien hace signo de algo. [...]. Llame usted a ese alguien como quiera, será siempre una tontería².

Por qué esta extraña precisión? Porque un nombre (¡sobre todo propio!) no bastará para alterar la personación (*personaisson*) de este "alguien", sólidamente atado en la lengua a un ser de razón, a una conciencia, a un ego, en fin, a todo lo que la tradición nos procura para pensar esto a partir de lo cual es conducido, a la velocidad del relámpago, el par sujeto/objeto, ahora mediado por el signo que se interpone entre ambos: sujeto/signo/objeto.

Apenas este *alguien* de la definición básica del signo clásico sirvió de albergue a la noción de persona, vinieron a ponerse sobre el tapete los prejuicios metafísicos más habituales y densos embrollando todas las perspectivas.

A lo largo de *Radiofonía*, Lacan se muestra perfectamente prevenido respecto de esta fatalidad que acompaña cualquier pensamiento sobre el signo, sin que piense, ni por un instante, en hacer ahorro de él sustituyéndolo por una teoría que sería la del significante.

En primer lugar, que bajo el pretexto de que he definido el significante como nadie ha osado; no se imaginan que el signo sea mi asunto. Muy al contrario, es el primero, será también el último. Pero este desvío es necesario ⁴.

No se trata, entonces, de soltar la presa del signo por la sombra del significante, sino de organizar un *desvío* en la aprehensión del signo a fin de evitar un *impasse* (sin salida) en lo que, en el funcionamiento de este signo, queda pegado solo al significante: ese tipo de sujeto que Lacan machaca como "dividido⁵" y que está en las antípodas de este famoso "alguien..." del cual no es cuestión, sin embargo, prescindir.

Es así, por lo menos, como Lacan encara la cuestión cuando emprende la explicación de cómo el significante "vira" al signo:

[...] dónde encontrar ahora el alguien, que es preciso [al signo] procurarle con urgencia?

Pues si el significante no implica más que el sujeto, el signo continúa teniendo necesidad de su *alguien* para funcionar. Lacan conviene en esto, sin pestañear, aun cuando batalle directamente para que dejen de confundirse este *alguien* del signo y el sujeto del significante.

Parece, no obstante, desesperar por lograrlo, en este texto al menos, a través de una exposición racional, puesto que llega entonces a decir al respecto:

Hablaré, entonces, en parábola, es decir, para desorientar.⁶

La parábola será la de "no hay humo sin fuego". Lacan se esfuerza allí en dar un giro de 180° a la comprensión usual para la cual el *humo* es el signo del *fuego* para... el *alguien* que lo ve y lo interpreta, entonces, irresistiblemente, como el signo aparente de un fuego por el momento oculto. Primer comentario introductorio de Lacan:

Al mirar más de cerca el no hay humo (*pas de fumée*), si me atrevo a decirlo, tal vez franqueará el de advertir que es al fuego al que ese no hay hace seña (signe)

No parte, por lo tanto, del humo, de la positividad de una humareda que remitiría a la positividad de un fuego, en el sentido más clínico y realista del término, del mismo modo que la fiebre es signo de infección, o la inhibición signo de conflicto, sino del "no hay humo", que debe entenderse en la línea de su famoso comentario del "no hay huella", en el cual la positividad de la huella se confundía con el instrumento mismo de la negación en francés.

Con la atención dirigida al *no* hay humo (*pas* de fumée), termina de captarse, por la escucha de la fórmula, para un indio escrutando el cielo en Monument Valley: el "no" (*pas*) fue suficiente para el borramiento del signo que no deja más que el significante *humo*, el cual hace signo a "fuego" y a nada más, y *para* nadie.

La localización de la negación es aquí esencial y muy comúnmente olvidada en la apreciación de la máxima donde el "no" (*pas*) [hay humo] (*de fumée*) se une con el "sin" (*sans*) [fuego] (*feu*) para desaparecer en el crisol de una articulación lógica y gramatical: *no* uno *sin* el otro (*pas* l'un *sans* l'autre). Pero es, precisamente, en donde Lacan puede encontrar alguna razón para sostener – lo que sin ello podría parecer escandaloso – que el *no hay humo* (*pas de fumée*) no hace signo de un fuego para alguien, sino que hace *primeramente* signo *al* fuego... de qué, desde cuándo? Del sujeto, responde Lacan, del ahumador y de nada más. Lo cual lleva, en este contexto altamente alegórico, a una aplicación estricta de la fórmula definiendo al sujeto por el significante.

[...] una humareda es más bien el signo de ese sujeto *que representa una cerilla para su caja* [...]

Así, entonces, entre humo y fuego, Lacan viene a introducir subrepticamente al ahumador, en tanto que estos dos significantes, *humo* y *fuego* (*fumée* et *feu*) (audibles en tanto significantes debido a la negación que los vacía de toda realidad empírica), apuntan a un sujeto del cual, sin embargo, queda el *signo*.

Por lo tanto, ¿algo que continúa representando otra cosa... para alguien! Habremos solamente girado en redondo?

No, pues la parábola va avanzar un paso introduciendo un nuevo elemento, Prometeo, en primer lugar, pero sobre todo Ulises, excelente ejemplo de alguien que, al llegar a una isla desierta y observar allí un fuego, concluye por ello, de oficio, que la isla no está desierta sabiendo leer *ipso facto* en ese humo el sujeto que ella determina, aunque borrándolo, en la articulación lógica de un *pas...sans...* Pero extraño también para Lacan hacer enseguida de eso un comentario perfectamente *pro domo*:

Es dudoso, sin embargo, que Ulises proporcione el alguien, si recordamos que él también es nadie (*n'est personne*). Es en todo caso persona en que se engaña una *fatua polifemia*.

Expresión extraña y rebuscada donde encontramos, sin embargo, un innegable eco del "llámeme como quiera, será siempre una tontería."

Esa tontería se devela, ahora, en el absurdo según el cual si el humo vale desde ahora como signo de un sujeto (aquel que Lacan presenta como representado por el fósforo para la caja o por el humo para el fuego), si, entonces, este sujeto ha devenido ahora el "algo" de la fórmula del signo, no es tanto *para* alguien. O al menos, alrededor de este "para", es preciso entenderse 7

Pues es al hilar aquí la historia de Ulises como Lacan, igual que Penélope, arriesga allí *los acampantes hacen fuego* y les importa muy poco el humo que se desprende; les basta con gozar de él para cocinar su comida o calentarse los pies.

Para ellos, este humo no es directamente signo. Para Ulises, en cambio, que no está en la misma posición – ya que él "es alguien" – es de entrada signo en tanto el fenómeno que presenta remite, *para él*, a otro fenómeno: el fuego, el cual sólo a él le devela la presencia de este sujeto aprisionado entre *humo* y *fuego* como entre dos significantes decisivos.

De donde no se deduce, sin embargo, que los acampantes hacen fuego, y, por lo tanto humo, para que Ulises se dé cuenta de ello, lo cual no se le escapa a Lacan, que lo comenta, de entrada, así:

Pero la evidencia de que no es para hacer seña (signo) a Ulises que los fumadores acampan, nos invita a mayor rigor con el principio del signo 8.

El rigor va a referirse esencialmente al "para" de la fórmula de Peirce: que entendemos como el vector de una causa final – es para los bellos ojos del alguien que el signo, infatigablemente, representa algo – y henos aquí, disparados en plena paranoia; todo, dicho de otra manera, cualquier cosa, hace signo, si es verdad que hay siempre alguien, quien quiera que sea a quien se dirige.

Razón por cual Lacan lleva su apólogo hasta hacer entrar allí, ya no sólo a los fenómenos que, es claro, no cesan de hacer signo y postulan, por lo tanto, todos y cada uno, un alguien cualquiera, sino también los *noumen* kantianos de los que se supone sobrepasan lo sensible y por eso mismo escapan a toda epifanía.

Si ellos también hacen signo, no puede ser entonces más que para "el alguien de ninguna parte que debe tramar todo...". Le será preciso a Lacan alcanzar esos extremos (de una metafísica dudosa, sin embargo) para llegar a hacer entender lo que en este apólogo le importa: que todo (cualquier cosa) no hace necesariamente signo. Lo puntúa mediante una fórmula final de su cosecha.

Que esto nos ayude a situar el *no hay humo sin fuego* (pas de fumée sans feu) al mismo paso que *el no hay plegaria sin Dios*, para que se entienda lo que cambia⁹

Lo que cambia... cuando la política del signo toma en cuenta, *cuando le canta*, la dimensión del significante, la cual es abierta por el "pas": poner al mismo *paso* ("pas"), es aquí reglar sobre el significante y su manera de borrar el objeto, y no tanto sobre el signo que resulta cuando este significante se articula al punto de hacer sentido, "virando", así, al signo encontrando al mismo tiempo su *algo* y su *alguien*.

Una vez consumada la operación, una vez constituido el signo en su funcionamiento de signo, el *alguien* estará irremisiblemente emplazado, nadie podrá hacer que se prescinda de él cualquiera sea la precaución que se tome entonces en su lugar.

A lo largo de todo este texto, Lacan se muestra perfectamente prevenido respecto de esta fatalidad semiótica, y no cesa de subrayar su precio: el *alguien* no podrá entrar en función sin despedir al sujeto dividido, su objeto llamado (a) y los significantes que los encierran hasta ahogar su huella en la pura sintaxis de un "pas" (un "no", una negación, un paso) reducido a un operador lógico dedicado a articular signos y nada más que signos.

¿Por qué, entonces, en el curso de este apólogo Lacan habla de los "acampanes", de los que hacen fuego y gozan de él, preocupándose o no por el humo que ocasionan?

Porque permanece atento a lo que podría llamarse en Marx el valor de uso del fuego para aquellos que diversamente gozan de ello y no están, en ese momento, necesariamente preocupados por el valor de cambio del signo que producen por la interposición del humo.

Así, al menos, podemos comprender uno de los últimos vuelcos de este texto cuando Lacan hace notar que el proletario podría también pedir cuenta de la explotación que sufre, no tanto al capitalista – ese alguien para quien el valor de uso se ha evaporado en provecho del valor de cambio – sino a los productos mismos, de los cuales el proletario ha aceptado deshacerse dejando caer su valor de uso en provecho de su valor de cambio.

En este pasaje al intercambio – ya sea el del mundo de la mercancía o el de la significación y del sentido – se han perdido, a los ojos de Lacan, los valores de uso y del goce atinente, que determinaban un sujeto desde entonces rigurosamente ausente de la cascada de intercambios por venir

Cuando se reconozca, concluye Lacan la suerte de plus de gozar que hace decir " esto es alguien" estaremos sobre la vía de una materia dialéctica quizá más activa [...] 10

Cuando, entonces, cesaremos de olvidar "esto" ("ça") en el momento mismo en que equivaldría a este "alguien" con quien el signo va inmediatamente a tomar su aspecto de cruce, entonces sí, "estaremos sobre la vía de una materia dialéctica quizá más activa."

Es éste el caso del caso? ¿Llega a intercarse entre el *eso* (*ça*) y el *alguien* algo distinto que la cópula de la equivalencia general? Hay lugar para dudar de ello –de mirarlo más de cerca, como Lacan invitaba ya a hacerlo para el "no hay humo".

2. Transmisión versus experiencia

¿Es, sin embargo, fatal, semióticamente hablando, que todo caso, o que todo en el caso *haga signo*? ¿No se podría ordenar, aquí y allá, en el inevitable relato, rupturas, suspensos, desvíos que permitieran engañar el andamiaje representativo desplegado al hilo de las páginas?

La fábrica del caso – tal al menos como se lo ha intentado desde los comienzos de la escuela lacaniana – no dejado de aventurarse por ese lado¹¹. Pero el problema no es tanto estilístico como semiótico. Por más variables que sean los talentos puestos a trabajar en la elaboración, la escritura y la presentación de un caso, este permanece y permanecerá encerrado en una lógica semiótica que lo dedica al alguien al cual no cesa de hacer signo por todos los poros de su relato.

Ahora bien, a la inversa de esta dimensión de transmisión clínica en la cual el caso se revela como una pieza indispensable, el método freudiano se presenta desde sus comienzos como una transgresión en relación a ese relevamiento casual y casuístico. Lacan mismo, más de una vez saluda a Freud por habernos instruido obstinadamente en escuchar a todo paciente "sin que jamás sea un caso".

No dudo de que, actualmente, muchos verán en esta actitud una exigencia ética, altamente reveladora de los bien conocidos ideales humanitarios y democráticos del vasto superyó analítico. Me parece, sin embargo, que no se trata aquí más que una consecuencia directa de la sola hipótesis del inconsciente.

En Freud, es posible, en efecto, comprender esta preocupación a partir de su modo de instaurar la regla fundamental : si la técnica puesta en práctica debe servir para engañar a las defensas ya emplazadas mejor que la hipnosis - que sabía ya hacerlo - esta técnica no puede confiarse en las únicas vías del interrogatorio clínico.

En este escenario, nuevamente montado, el caso es de entrada impertinente aunque más no fuera en el sentido lingüístico del término: cuando nos ponemos a escuchar a alguien en un análisis, como fuera de él, tenemos interés en olvidar los casos gramaticales que, sin embargo, no van a dejar de aparecer en lo que se va a articularse.

Existe, por lo tanto, a partir de Freud una tensión muy clásica entre el libre juego de las significaciones producidas en el seno de una palabra sin codificación consensual preliminar y la sintaxis de los casos registrados en la teoría.

Esta tensión la encontramos tanto en la casuística jurídica como en la casuística moral, en las cuales la singularidad de un caso no viene a sumarse a los otros ya registrados sino perdiendo su singularidad en provecho de una particularidad que lo hace articularse con los otros casos. Tan único como imaginemos el caso no deviene tal más que al inscribirse en un orden donde su *hecceité* se ha disipado sin remedio.

Lacan tuvo una intuición tan constante de esta situación delicada que ella pesó en él de manera mucho más decisiva que en Freud – en quien las reservas con respecto al caso no provienen más que del interés por preservar el anonimato del paciente, preocupación

balanceada con el interés "científico" de la comunicación autorizada por el caso y solo él. En el momento en que, siempre en "*Posición del Inconsciente*", Lacan se dedicaba a una cierta " $\chi\omicron\iota\nu\eta$ de la subjetivación" que quiere a cualquier precio ver sujeto allí donde hay signo y sentido, concluía:

Es porque solo una enseñanza que triture esta $\chi\omicron\iota\nu\eta$ traza la vía del análisis que se titula didáctico, puesto que los resultados de la experiencia son falseados por el solo hecho de registrarlos en este $\chi\omicron\iota\nu\eta$ ¹²

Aquí, la tensión torna al conflicto irreductible y el embarazo en el lugar del caso deviene extremo en la medida en que este último estaría dedicado a "falsear" los resultados de la experiencia. ¿Cómo y por qué?

Sólo el *alguien* puesto aquí en escena permite comprender esta penosa situación que se introduce como una astilla en el proceso de la transmisión. Pues si él es "aquel por el que el significante vira (o cae) al signo", entonces, es plenamente identificable con el *sujeto supuesto saber* quien, también él, sobretodo, se instala como el operador por el cual significantes enigmáticos "viran" al signo por el solo hecho de la suposición de sentido que, vía el análisis, los atrapa.

Con el sujeto supuesto saber, Lacan se encuentra habiendo dado al *alguien* no un nombre propio que lo hubo instalado más aun en la personación, sino una descripción definida que describe su función. He aquí un sujeto que, en las antípodas del sujeto del significante, permanece suspendido de una suposición, la cual le es ampliamente suficiente para perdurar en su ser.

Peirce, por su lado, no lo entendía de otra manera cuando hacía notar que el signo no tiene necesidad de entregar el sentido de su representación – a saber el "objeto" que representa. Basta con que *alguien* lo sospeche de tener sentido, dicho de otra manera, de representar a algo. En Peirce, este movimiento de suposición es suficiente para calificar y el signo y este *alguien* que lo ha considerado como tal antes incluso de que cualquier objeto sea actualizado por el signo. Peirce llevaba las cosas más lejos, hasta escribir por ejemplo:

Una proposición que podría ser expresada para todo el ser que pertenece a las proposiciones, incluso si nadie la expresa ni la piensa¹³

Es suficiente con que la proposición *pueda* ser expresada. Para Peirce, esta potencia es constitutiva del signo que no tiene ninguna necesidad de pasar al acto de su significación para completar su naturaleza de signo. Pues el objeto - a diferencia del *alguien* sin quien no habría jamás ningún signo - el objeto puede esperar! Puede incluso esperar indefinidamente.

Ahora bien, esta potencia es también lo que alcanza para instaurar el *sujeto supuesto saber*, sujeto todo en potencia que el analista permite desarrollar mucho más a través de sus silencios y sus no-respuestas que a través de sus interpretaciones. La sospecha que hace virar los significantes al signo confiriéndole una significancia, he aquí el crisol un poco paranoico común al *alguien* y al *sujeto supuesto saber*, seguros, uno y otro, de que no hay más humo sin fuego y de que no hay represión sin retorno de lo reprimido.

Esta connivencia, me parece estar en la raíz de la molestia nueva que sorprende, muy a menudo, al escuchar el relato del caso. No es tanto que una intimidad sea develada (aunque...) sino que, cada vez, el caso se pone al servicio del *alguien* del *sujeto supuesto saber*.

Y que no vaya a creerse que es suficiente con describir su eventual caída para que disminuya su soberbia: por más tropiezos que revele haber tenido analista en la conducción de la cura, la voz que de él hace caso se eleva por sobre sus eventuales errancias, no puede no magnificar al lector de signo que hace demasiado a menudo su número de clínico fino, de hábil lector de signos, aunque fuera esto después de la batalla.

Es, en efecto, en sus tropiezos interpretativos que el clínico, figura hoy omnipresente del *sujeto supuesto saber* en la escena analítica, se encamina mejor hacia su gloria. Bajo la caparazón de su lógica de la transmisión, este clínico, no desdeña, en efecto, tomar nota de sus eventuales desfallecimientos o derrotas en la medida en que se revelen, al final, al menos cargados de algo para transmitir.

Y, seguramente, tiene razón este clínico: transmitir es un imperativo vital. Sin el caso, sin ese ordenamiento sabio o ingenuo de signos que van hasta dibujar una figura, pero sobre todo, sin el inevitable *alguien* que mira de soslayo, pacientemente, a la espera de completar su conocimiento clínico, nada de la experiencia y del campo abiertos por Freud habría llegado hasta nosotros. Pero, entonces, qué es lo que permitiría encarar "aplantar la $\chi\omicron\iota\nu\eta$ "? ¿Qué es lo que podría hacer que tengamos más de un solo címbalo en la mano cuando un sujeto pasa por ahí, en el espacio que una transferencia le otorga?

La respuesta es simple y compleja a la vez : lo que tenemos, en profusión, es un cierto *saber*. El caso lo convoca por sí mismo, lo fabrica hasta tener más sed de él, si se quiere. Pero tal como Lacan pudo reformular este término tan común en su propia terminología, un saber (S2) no vale, no llega a diferenciarse de ningún conocimiento sino al avanzar despojado de los significantes amo (S1) que lo comandan, asegurando el sostén axiomático y sosteniendo, así, los efectos de verdad.

Esta huida, esta más o menos discreta hemorragia – no al final sino al comienzo de lo que se produce – hace toda la dificultad de la fábrica del caso. No se confunde con ninguna modestia enunciativa, con ninguna preocupación respecto de lo que el caso viene a contradecir o a derribar en la teoría¹¹. Se trata, solamente, de *hacer pasar* al alguien el mensaje según el cual su existencia semiótica, su existencia de lector de signos está *sujeta a caución*.

Dudo que ningún caso llegue jamás a eso en tanto tal. En cambio, allí donde el *alguien* ha, verdaderamente, recibido un golpe en los últimos treinta años en el campo analítico, allí donde se ha creído alcanzar el colmo del caso psicoanalítico sin que de ello salga nunca nada semejante, allí donde la exageración de una singularidad máxima no ha producido hasta hoy ningún saber para sustentar incluso un *alguien* cualquiera, es a ese rincón adonde ha ido a habitar, con el correr de los años, sin hacer demasiado ruido - he nombrado : *el pase*. Éste, al menos, ha llegado a tomar lugar en la escuela lacaniana, en esta escuela donde, según un justo rumor se habla poco de caso "de análisis"

Si, en cambio, hablamos allí, de casos que toman a menudo aspecto de monografías es en gran parte porque en un escenario muy diferente, según otra lógica fuertemente extranjera al saber y a la consistencia semiótica del caso, el *otro* polichinela de la transmisión (bifidez del fallo) se desliza entre las manos ciegas e inexpertas de los encuentros por azar, de los equívocos sin fundamento. Salvo que... ¡Evidentemente! ¡No hay medio de asegurarse de ello!

Notas

1. C. S. Peirce, *Écrits sur le signe, rassemblés, traduits et commentés par Gérard Deledalle*, Le Seuil, Paris, 1978, p. 121 : "Un signe, ou *representamen*, est quelque chose qui tient lieu pour quelqu'un de quelque chose sous quelque rapport ou à quelque titre."

2. J. Lacan, " Radiophonie ", *Scilicet n°2/3*, Le Seuil, Paris, 1970, p. 56. Ceci n'est pas en soi une nouveauté de *Radiophonie* : dans " Position de l'Inconscient " (rédigé en 1964), Lacan écrivait déjà : " Les signes [...] représentent quelque chose pour quelqu'un ; mais ce quelqu'un, son statut est incertain [...] à la limite, ce peut être l'univers en tant qu'il y circule, nous dit-on, de l'information. Tout centre où elle se totalise peut être pris pour quelqu'un, mais pas pour un sujet. " (*Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966, p. 840).

3. Peirce fit ce qu'il pouvait pour lutter contre cette conception des choses, allant jusqu'à écrire à sa correspondante en matière de sémiotique, Lady Welby, qu'il avait employait l'expression *quelqu'un* "pour

donner à manger à Cerbère, parce qu'il se désespérait de faire entendre sa propre conception, qui était plus large". C. S. Peirce, *Écrits sur le signe...*, *op. cit.*, p. 51.

4. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 65.

5. Le sujet du signe ne l'est jamais, ou du moins pas de la même façon. L'ambivalence freudienne n'a pas grand-chose à voir avec la division du sujet lacanien.

6. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 66.

7. Cette bivalence du " pour " constitue la plus grande difficulté pour toute fabrique du cas.

8. J. Lacan, " Radiophonie ", *op. cit.*, p. 66.

9. *Ibid.*, p. 67.

10. Toujours page 67.

11. D'autres également, confrontés à ce même problème, ont cherché, cherchent encore des voies de traverse pour parvenir à couper court dans le champ représentatif. Un bon exemple en est donné par l'article de Pierre Férida, " La construction du cas ", dans le n° 42 de la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, " *Histoires de cas* ", Gallimard, Paris, automne 1990, pp. 245-260. Il y tente une " mise en abîme " d'un cas de supervision, de façon à sortir d'une certaine malédiction sémiotique. Sans grand succès - de ce point de vue-là tout du moins.

12. J. Lacan, " Position de l'Inconscient ", *Écrits*, Le Seuil, Paris, 1966, p. 836. Je souligne.

13. C. S. Peirce, MS 599, cité dans Christiane Chauviré, *Peirce et la signification*, PUF, Paris, 1995, p. 109.

14. Ceci n'est qu'un rêve post-bachelardien entretenu comme un cliché par une épistémologie vivant au-dessus de ses moyens.

Anorexia y psicoanálisis

Michel Sauval

El tema de la anorexia tiene un aspecto que llama la atención: la desproporción entre el interés que el mismo suscita y la realidad concreta del número de casos clínicos que se verifican. Podríamos decir, incluso, que en los últimos tiempos la anorexia ha dejado de ser un síntoma, objeto de estudio y práctica de "profesionales" específicos, para constituirse, poco a poco, en lo que podríamos denominar un "cuadro de época", es decir, un motivo de abordaje desde una gama muy amplia de puntos de vistas, uno de cuyos caracteres comunes es su ahistoricismo.

Obviamente, no se trata de plantear objeción alguna a la libertad de cada cual para hablar o escribir sobre el tema. Pero creo que sería interesante pensar un poco las razones de algunos de estos desplazamientos y las incidencias que los mismos pudieran tener en nuestra clínica. En particular, me llama la atención un paralelismo que podemos encontrar en el campo del psicoanálisis, por el cual la anorexia pasa a formar parte de lo que suele llamarse el grupo de las "patologías actuales".

El estatuto mismo de este grupo es muy discutible (y muy discutido). Quienes sostienen esta idea parecen estar buscando aún, mas que haber encontrado algo. No obstante, la cuestión de la "actualidad" de ciertas patologías no sería, de por si, una idea descabellada. Lo paradójico es que un problema que implica, en su raíz, una cuestión histórica (el cambio de la época, de las condiciones sociales, discursivas, etc.), lleve, tan a menudo, a un abordaje ahistórico de sus aspectos. En particular, para la anorexia, que el acento puesto sobre lo supuestamente "nuevo" de su actualidad, lleve, en muchos casos, a dejar de lado el cúmulo de cosas que sobre ella han dicho, tanto la psiquiatría como el psicoanálisis.

Quizas ese sea justamente un problema "de época" ("fin de la historia", posmodernismo, ahistoricismo, etc.). En todo caso, lo que la experiencia psicoanalítica enseña es que lo "nuevo" no va sin la repetición, y que olvidar este detalle solo podría llevarnos a perder lo "nuevo" por ser presa de lo mas oscuro de dicha repetición.

Tal es el caso, me parece, de varios planteamientos "psicoanalíticos" que, creyendo encontrar en la noción de goce, un ángulo "nuevo" para tratar la anorexia, en los hechos, suelen terminar en los mismos atolladeros que las psicoterapias en general: pierden la guía del deseo y terminan en una solución mas o menos conductista.

Este trabajo, luego de un breve análisis de algunas de las operaciones que han buscado ubicar a la anorexia como un "nuevo" campo, intenta realizar una revisión de las referencias a la anorexia en la obra de Freud y en la enseñanza de Lacan.

- ▶ I - [Anorexia y locura](#) (Operaciones para la constitución de un campo)
- ▶ II - [La anorexia en la obra de Freud](#)
- ▶ III - [La anorexia en la enseñanza de Lacan](#) (1° parte) (En el [tercer número](#) de *Relatos de la Clínica*)
- ▶ IV - [La anorexia en la enseñanza de Lacan](#) (2° parte) (Aparecerá en el cuarto número de *Relatos de la Clínica*)
- ▶ Anexo: [La anorexia histérica](#) - Charles Lasègue
- ▶ Enlaces: sección de [Anorexia y Bulimia](#) en los enlaces de [PsicoMundo Enlaces](#)

I - Anorexia y locura Operaciones para la constitución de un campo

Para comenzar con la "actualidad" del problema, y siguiendo el dicho popular de que "para muestra basta un botón", me referiré a un libro, editado a fines de 1999, que compendia casi todos los prejuicios y vulgaridades que constituyen el imaginario social sobre la anorexia y la bulimia.

Se trata de uno de los últimos libros del Dr. Cormillot, quien comienza señalando que *"la medicina basada en la evidencia, en la que uno debe ajustarse lo más posible a lo que la ciencia determina por consenso, no es de fácil aplicación en el tratamiento de los desórdenes de la alimentación. Porque es un campo nuevo, de escasos veinte años de desarrollo, y aún falta recorrer un buen camino"*.

Veamos los desplazamientos a que conduce este planteo aparentemente tan humilde.

En primer término, llama la atención la referencia a *"un campo nuevo, de escasos veinte años"*.

De un plumazo, toda la historia de las referencias psiquiátricas, psicoanalíticas y culturales de los llamados "trastornos de la alimentación" queda borrada. Por tomar solo algunas de estas referencias recordemos que:

- la descripción de la anorexia realizada por Lasègue es un clásico desde 1873;
- el caso de Emmy von N. y otros historiales freudianos, que se ubican en la constitución misma del psicoanálisis (es decir, antes de 1900), presentaban síntomas "alimentarios", y fueron estudiados por Freud
- varios psicoanalistas, en particular Abraham, han estudiado y escrito sobre las relaciones entre trastornos de la alimentación y el sadismo y la oralidad
- el simposio de Gottingen de 1965 constituyó un viraje importante, colocando el acento sobre las perturbaciones corporales
- etc.
- Ni que hablar de las innumerables referencias culturales, místico-religiosas, etc. (1)

En síntesis, la referencia a los "escasos veinte años", antes que una referencia científica, o bien da cuenta de una grosera ignorancia, o más bien constituye una operación que busca desplazar el centro desde el saber acumulado hasta el presente sobre el tema hacia la autoridad desde la cual un "médico" pretende, anticipándose al establecimiento de lo que sería un nuevo "saber", definir un nuevo campo de aplicación de nuevas incumbencias "profesionales".

Anticipación confesada por el propio autor al señalar la falta de "**consenso**" que podría fundamentar una *"medicina basada en la evidencia"*, lo que da cuenta, ya no de la falta de un saber propiamente "científico", sino de la falta de una mínima coherencia entre las diferentes "opiniones" que habría sobre el tema, punto que solo se podría dirimir, entonces, en términos de "autoridad".

Esta operación es muy similar a la que dio origen a la psiquiatría, hace ya 200 años, cuando vía la propuesta del aislamiento de los "locos", el médico, en tanto sujeto supuesto saber "anticipa" sobre su saber, hace "anuncio" de su ciencia.

Como lo han mostrado tan brillantemente Foucault (2) y Dominique Laporte (3), la anexión del loco por lo médico no se introdujo por un saber producido sobre la locura, sino en el progreso de un personaje, en la afirmación de una presencia (la del "médico"), afirmación categórica, esencial, que debe entenderse como verdad sin demostración.

Pero esto, obviamente no es un saber, es por sobre todo un poder.

Comparemos más en detalle estas dos operaciones, la de constitución de la psiquiatría, y la que se realiza actualmente en torno a la anorexia, para el caso ejemplificado con el libro del Dr. Cormillot.

En el caso de la operación psiquiátrica a lo que se buscaba responder es a las exigencias de un nuevo estado de derecho (fines del siglo XVIII) fundado en la declaración de los derechos del hombre, declaración por la cual se define al hombre como siendo "naturalmente" un propietario en potencia ("*es la capacidad general del hombre el pertenecerse y pues, de adquirir*" (4), la propiedad es un "*derecho inviolable y sagrado del que nadie puede ser privado*" (5)), es decir un sujeto que posee, incluso si no le queda nada, ya que, salvo ser esclavo (cuestión excluida en este nuevo estado de derecho), tiene siempre la propiedad de su persona.

Es importante percibir aquí lo que podríamos definir, tal como lo hace D. Laporte, una doble metáfora constituyente. Por un lado, lo que sería una metáfora "naturalista" que consiste en asignar el fundamento de la condición del hombre a su base "natural", a su pertenencia al ámbito de la naturaleza, a través de su cuerpo (desatado, por ende, de las previas metáforas "religiosas").

Por otro lado, lo que sería una metáfora "jurídica", que consiste en asignar como "expresión" de dicha condición "natural" las formas jurídicas de la libertad y la propiedad, en los términos indicados previamente.

Se comprende, a partir de esto, el problema jurídico que plantea la "locura", es decir, aquellos "alienados" en el sentido más profundo del derecho, "alienados" de aquello que los hace "sujetos" en tanto tal: su persona.

El problema que se le planteaba al derecho era qué hacer con aquellas conductas humanas que, sin ser delictivas, planteaban problemas al orden policial (y la locura fue siempre el paradigma de este tipo de problemas). La respuesta en su momento fue la medicalización de dichas conductas (para el caso, el surgimiento de la psiquiatría como ámbito específico de la apropiación de la locura por lo médico), de modo que la "separación" del sujeto del ámbito público pudiera realizarse, ya no por la acción policial, sino por la indicación médica, cuya "autoridad" reside en ser el "representante" de la ciencia.

La psiquiatría se constituye entonces como un discurso que se unifica no bajo un cuerpo de doctrina sino bajo la figura social del médico. En otras palabras se trata de una afirmación que no se autoriza de ningún saber ya producido sobre la locura sino que se limita a apelar y suscribir a las enseñanzas de la ciencia, es decir, no hace más que introducir una creencia.

Desde esta posición es que se justificará el aislamiento de los locos y las primeras "terapias" planteadas.

En el caso del Dr. Cormillot nos encontramos ante exigencias sociales diferentes. El estado de derecho, como expresión jurídica de un cambio de régimen económico y de clase social dominante ya no es el punto central. En la situación actual, los problemas se plantean en torno a la globalización y extensión de los mercados.

Veamos en qué consiste esto.

Cada modo de producción tiene su lógica, sus exigencias de desarrollo y, obviamente sus puntos de impasse. En el modo de producción capitalista, uno de los puntos pasa por la constitución de mercados. Lo que importa no son las necesidades de la población sino la existencia de un mercado que haga rentable la producción de determinadas mercancías.

La ampliación de estos mercados se ha dado, en general, por la vía de la incorporación al sistema de nuevas poblaciones. Esto, obviamente, tiene sus límites.

Otro modo de ampliar o generar nuevos mercados pasa por crear nuevas "necesidades".

El rubro de la alimentación es un terreno donde esto se ilustra con bastante evidencia, a tal punto que ciertas situaciones han llegado a constituirse en clásicas humoradas, como por ejemplo, las dificultades para pedir un yogur, por la enorme cantidad de especificaciones que deben darse: descremado o entero, con o sin frutas, con o sin cereales, con las frutas adentro o separadas, con o sin vitaminas o calcio, con azúcar o edulcorante, etc.

Hasta aquí podríamos decir que esto no pasaría de ser un enriquecimiento de nuestras posibilidades, y un desarrollo del sentido del gusto.

Otra significación empieza a adquirir el ejemplo de los medicamentos, donde una misma droga da lugar a amplias gamas de medicamentos que solo se diferencian en su soporte, marca, laboratorio de origen y... precio!

Lo importante sería percibir la situación de conjunto respecto de lo que podría llamarse el rubro "salud", donde la misma ya no se define, como hace décadas atrás, a partir de la ausencia de "enfermedad", sino por criterios positivos cada vez más ligados a diferentes ideales, y por lo tanto, sometidos a todas estas operaciones de mercado.

El libro del Dr. Cormillot se inscribe en **esta** "modernidad" y su objetivo apunta a constituir un mercado de consultas "terapéuticas" (y como acabamos de señalarlo, un mercado, cuanto mayor, mejor).

Veamos un ejemplo de la aplicación práctica de esto: "*el test de compulsión alimentaria*"

El mismo consiste en unas 30 preguntas, a las que puede responderse con tres opciones: "rara vez", "a veces", "a menudo", correspondiéndole a cada una, y respectivamente, los valores 0, 1 y 2.

Veamos primero, qué universo de casos delimita este test.

Para poder quedar exento del diagnóstico de estar "*convirtiéndose en un comedor compulsivo*" (es decir, para poder permanecer en el rubro de los que "*no tienen de qué preocuparse*" respecto de este tema), es necesario no pasarse de 15 puntos.

Ahora bien, ¿cuántas personas, y en particular mujeres (6), no responderían "a veces", por ejemplo, a estos 16 ítems?:

- Me siento insegura
- Me sentiría feliz si pudiera bajar un poco de peso
- Estoy deprimida
- No me tengo confianza en los aspectos relacionados con el sexo
- Utilizo laxantes
- Bebo alcohol excesivamente
- Mi madre me hace sentir que no sirvo
- Mi madre no me comprende
- Conozco la cantidad de calorías que tienen los alimentos que consumo
- Estoy a dieta
- Pienso en comidas
- Me siento emocionalmente vacía
- Mi vida está fuera de control
- Pienso que nadie me quiere ni me aprecia

Por las dudas, hay otras 14 preguntas del mismo tenor que se encargarán de incluir en el mismo diagnóstico a la mayoría de aquellos que eventualmente hubiesen optado por responder "rara vez" en lugar de "a veces" a alguna de estas 16 preguntas.

En síntesis, este test, como los demás presentados en este libro, antes que ofrecer un **diagnóstico** capaz de precisar, "científicamente", trastorno alguno, más bien busca definir una "población" de potenciales "enfermos" (es decir, un mercado de consultantes).

Por otra parte, este test es también un fiel reflejo del nivel en que se desarrolla todo el libro: el de la significación.

Hace ya más de 150 años que Wilhelm Dilthey diferenció entre lo que serían las ciencias de la Naturaleza y las ciencias del Espíritu (o del Sentido), entendiendo por las primeras aquellas donde impera la "causalidad" y por las segundas aquellas en las que domina la "comprensión".

En el terreno de la psicopatología, fue Jaspers quien retomó esta idea, como salida a los impasses a los que condujo la culminación de los edificios nosológicos de las psiquiatrías clásicas de Francia y Alemania (los impasses del método clínico, más propios de la primera, y de los criterios etiológicos y anatomo-patológicos, más propios de la segunda). Con ese planteo, la distancia entre cuerpo y espíritu encontraba una fórmula teórica que venía a marcar la diferencia allí donde habían fracasado los intentos por anularla, al presentar las relaciones de comprensión como expresión de la autonomía del campo del sentido.

Sin embargo no fue la línea de Jaspers la que se impuso como criterio, sino las corrientes que realizaron amalgamas con los viejos criterios dando lugar al psicodinamismo.

El libro del Dr. Cormillot, a pesar de girar constantemente en torno al problema de los ideales y la significación (no hay un solo capítulo que pueda reivindicarse propiamente de las ciencias de la Naturaleza) puede ubicarse en continuidad con estas corrientes, representadas por autores como Bleuler y la importancia asignada a los "complejos" (conjunto de representaciones, recuerdos, etc., centrados en una experiencia afectiva) o H. Ey y su organodinamismo, etc.

La característica común es la degradación de la etiología a formas y entidades mórbidas difusas y la degradación del campo del sentido a un conjunto de vulgaridades y prejuicios.

Así, para el Dr. Cormillot:

- *"estas **enfermedades** obedecen a múltiples factores psicológicos, socioculturales, familiares, físicos y hereditarios, que son también conocidos como factores predisponentes"* (subrayado mío)
- *"De una u otra forma, los desórdenes de la alimentación revelan cómo estas personas se centran en la imagen de sus cuerpos para enfrentarse con las demandas que les impone el medio ambiente y con los sentimientos de inseguridad que suelen abrumarlos".*

Así volvemos a esas mezclas de principios de siglo de "enfermedades" con presupuesto orgánico forzosamente desconocido, expresadas como trastornos psicológico-afectivos, y articuladas condiciones y significaciones ambientales.

Esta orientación es la que da lugar también a ciertas concepciones de lo interdisciplinario tan típicas para el abordaje de la anorexia, donde cada "especialidad", antes que acotarse a lo propio de su especificidad y subordinarse a la derivación que el síntoma pueda requerir propiamente, interviene como un "psicopatólogo" más en un "equipo" constituido más para diluir las responsabilidades que para asignar las incumbencias.

Es cierto que Jaspers terminó abandonando la psicopatología para desarrollar sobre todo planteos filosóficos de tipo existencialista.

Pero no por azar fue, junto con la fenomenología, una de las referencias de Lacan, en sus primeras épocas. No tanto por la noción de comprensión como por la de "proceso", en tanto la misma permitía comenzar a pensar en una causalidad para lo psíquico al subrayar las discontinuidades clínicas, la ruptura de los discursos.

En ese sentido, podríamos decir, tanto de la psicosis como de la anorexia, que lo que las caracteriza no es su comprensibilidad como reacción ante determinadas vivencias, sino la resistencia misma a reducir sus fenómenos a la comprensión, sin que ello implique un orden extraño al campo del sentido, planteándose la necesidad de deslindar una causalidad que de cuenta de las discontinuidades del sentido y que rompa con la polaridad mente cuerpo.

Esto es particularmente importante pues si hay algo que testimonian las anoréxicas es del vaciamiento de todas las significaciones con que se pretenda "interpretarlas".

Mas aún, ellas dejan rápidamente en claro que el "problema" sería de otros, para el caso, de los "terapeutas", pues ellas nada tienen que ver ese "**no comer**" en torno al cual todos se afanan (cuestión implícita en los términos mismos de "trastornos de la alimentación" con que suele etiquetarse estos problemas).

Lo que la anorexia plantea es algo muy diferente, es un "**comer nada**", donde esa nada es muy difícilmente "significable" desde el registro de lo imaginario y los ideales.

Es esto mismo lo que hace que el principal destinatario de su síntoma sea el psicoanalista. Solo esa escucha sería la que estaría en condiciones de ir mas allá de operaciones de mercado, a semejanza de la escucha que en su momento supo ir mas allá de la administración jurídica de la locura.

En todo caso, es la única vía que permitiría resituar la anorexia en su dimensión de síntoma. En otras palabras, tener presente que, la anorexia hoy, como tantos otros "cuadros" en en esta y otras "épocas", es básicamente un producto de la histeria y de su desafío al discurso amo.

Notas

1 Para una presentación general de estos antecedentes puede consultarse el primer capítulo del libro de G. Raimbault y C. Eliacheff ("*Las indomables*") y el libro de S. Fendrik ("*Santa anorexia*").

2 M. Foucault, "*Historia de la locura*"

3 D. Laporte, "*El loco de la república*", ORNICAR? Números 7 y 8

4 Bernard Edelman, "*Le droit saisi par la photographie*", Maspero, 1973, pag. 30

5 Artículo 17 de la "*Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano*", del 26 de agosto de 1789

6 De hecho, los adjetivos utilizados en el test tienen terminación en femenino

II - La anorexia en la obra de Freud

1 - Introducción

A diferencia de otras épocas, pareciera que el mínimo de erudición que requeriría la ambición de precisar un recorrido que abarque todas las referencias freudianas para un término en particular (en nuestro caso, anorexia) podría reducirse al manejo adecuado de un CD-ROM y del programa Folio Views, con el que se ha hecho el montaje de las ediciones completas de Freud, Lacan y otros, que circula desde los medios piratas.

Sin embargo cualquier experiencia de lectura previa nos tendrá advertidos que siempre habrá algún párrafo donde Freud se refiere al término sujeto a búsqueda sin mencionarlo literalmente, en cuyo caso no será señalado por la herramienta de búsqueda, puesto que la misma no incluye (al menos por ahora) derivaciones metonímicas o metafóricas, es decir, se acota a la simple verificación de una cadena de letras (podríamos decir, una búsqueda "puramente" simbólica). Por todo ello convendrá no dejar de lado fuentes clásicas, como por ejemplo, el índice de materias del tomo XXIV de la edición de Amorrortu.

Obtendremos así tres listados de referencias:

- El que resulta de buscar "anorex*" (el * es un comodín que permite incluir en la búsqueda todas las derivaciones de anorexia: anoréxico(s), anorexia, anoréxica(s), etc.) en el CD-ROM, sobre la versión Echeverry (es decir, la edición de Amorrortu)
- idem anterior sobre la versión López Ballesteros (es decir, la edición de Biblioteca Nueva)
- el listado del índice de materias del tomo XXIV de Amorrortu

Y no será una sorpresa, entonces, verificar la no coincidencia de estos tres listados

Según el índice de materias de Amorrortu encontraremos referencias a la anorexia en

Tomo I,

- páginas 152/4, que corresponden a "Un caso de curación por hipnosis" (1892-3)
- página 209 (la nota al pie de página número 10) que corresponde a "Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" (1897)
- páginas 240 y 243, que corresponden al "Manuscrito G. Melancolía" (carta a Fliess de enero de 1895)

Tomo II

- Páginas 30, 48, 52, 55, 63, 66, 100/2, 108, 222 y 223, correspondientes, todas, a "Estudios sobre la histeria" (Freud, Breuer) (1893-5)

Tomo VII

- Página 241, correspondiente a "El método psicoanalítico de Freud (1904)
- Página 254, correspondiente a "Sobre psicoterapia" (1905)

Tomo XI

- Página 8, correspondiente a la primera de las "Cinco conferencias sobre psicoanálisis" (1910)

Tomo XVII

- Páginas 90, 91, 96, 97, 103, 110 (nota a pie de página), correspondientes todas a "De la historia de una neurosis infantil (el hombre de los lobos)" (1918)

A este listado, los resultados de la búsqueda en el CD-ROM permiten agregar:

tomando la versión Lopez Ballesteros

- una referencia en la carta 14 a Fliess (del 6 de octubre de 1893), correspondientes a las páginas 223/4 del tomo I de Amorrortu
- una referencia en la carta 91 (del 20 de junio de 1898), no incluida en Amorrortu;

y tomando la versión Echeverry

- una referencia a "Sobre el mecanismo psíquico de los síntomas histéricos" (1893), incluido en el tomo III de Amorrortu, en la página 34, no mencionada en el índice de materias del tomo XXIV, pero sí en el de ese mismo tomo III, aunque no como "anorexia", sino como derivación a "asco a la comida".

A partir del índice de materias de ese tomo III, buscando "asco a la comida", podemos agregar:

- las referencias de las páginas 177 y 180, correspondientes al análisis de un caso de paranoia crónica en "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa" (1896)
- y la referencia de la página 213 correspondiente a "La etiología de la histeria" (1896)

Cabe señalar que solo las referencias a las páginas 34 y 213 de ese tomo III son retomadas en el índice de materias del tomo XXIV para el término "asco" (es decir, no se incluyen las referencias a las páginas 177 y 180)

Este pequeño incidente con los índices de materias de los tomos III y XXIV, amén de obligarme a revisar los respectivos índices de materias de todos los demás tomos (sin ningún beneficio extra), nos introduce a la primera deducción interesante respecto de las referencias a la anorexia en la obra de Freud.

El problema no remite solo a la corrección que habría que aportar, en cuanto a exhaustividad, en el índice de materias del tomo XXIV, sino a la cuestión de la serie de expresiones o términos que sustituyen o remiten a la "anorexia", es decir, algo obvio: convendría poner entre paréntesis o en duda, qué debe entenderse, o a qué remite, ese término.

Las referencias correspondientes al historial del hombre de los lobos pueden ser ilustrativas al respecto. En ellas encontramos que salvo en la referencia de la página 97, en todas las demás referencias (es decir páginas 90, 91, 96, 103, 110 nota a pie de página) lo que encontraremos en lugar de "anorexia" es la expresión "perturbación en el comer" – que también figura como tal (comer, perturbación en el) en el índice de materias de ese tomo, con derivación al término "anorexia".

Cada vez que Freud se refiere específicamente a aquel primer síntoma infantil del hombre de los lobos (es decir, todas las referencias menos la de la página 97), utiliza la expresión "perturbación en el comer". Y en cambio solo usa el término "anorexia", explícitamente, en la página 97, cuando se refiere a las "niñas que se hallan en la época de la pubertad".

De aquí se desprenden dos reflexiones que no dejarán de ordenar nuestra lectura.

Por un lado, convendrá tener en cuenta que probablemente no haya "una" anorexia, sino "varias" anorexias, y que en cada caso convendrá precisar los términos usados por Freud.

Por el otro lado (y quizás lo más importante en cuanto a una metodología de lectura), convendrá que pongamos atención y diferenciamos las situaciones en que Freud trabaja en la particularidad de un "caso" (como sería, por ejemplo, el del hombre de los lobos), de las situaciones en que remite a un "cuadro" (como sería, por ejemplo, el de las "niñas que se hallan en la pubertad")

Comencemos entonces el recorrido de los textos de Freud, y analicemos qué "anorexia(s)" nos presenta en cada uno de ellos.

2 - Lecturas

2.1 – *Un caso de curación por hipnosis y algunas observaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por 'voluntad contraria'.* (1892/3)

Referencias: Tomo I, páginas 152 y 154

El propio Freud comienza señalando que se trata de "**un caso aislado de curación por sugestión hipnótica**" (subrayado mío) al que "*una serie de circunstancias colaterales le confieren virtud probatoria y lo vuelven más transparentes de lo que es habitual para la mayoría de nuestros éxitos terapéuticos*"¹

Freud señala que la paciente "*no tenía fama de nerviosa, ni siquiera ante su médico de familia*", por lo que la definirá como una "*hystérique d'occasion*" {*histérica ocasional*}, según la feliz expresión de Charcot² (subrayado de Freud).

Las consultas se hicieron luego de los partos del segundo y tercer hijo de la paciente, ocasiones, ambas, en que la paciente se negaba a comer ("*devolvía todo alimento, caía en un estado de irritación cuando veía que se lo traían a la cama*") y, en consecuencia, no podía amamantar a su hijo.

Este problema ya había surgido luego del parto de su primer hijo: "*La leche no era abundante, le causaba dolores poner el niño al pecho, se mostraba **inapetente**, le sobrevino una peligrosa repugnancia a alimentarse, pasaba las noches excitada e insomne*"³ (subrayado mío) y recién cuando el niño fue entregado a una nodriza "*desaparecieron rápidamente todas las pesadumbre de la madre*".

Freud fue convocado por primera vez en ocasión del segundo parto.

El tratamiento por hipnosis fue exitoso y, probablemente sorprendido él mismo por dicho éxito, Freud no deja de señalar que fue para él "*incomprensible y molesto que nunca se hablara entre nosotros de aquel **asombroso logro***"⁴ (subrayado mío).

La segunda ocasión en que Freud fue convocado (luego del parto del tercer hijo) la paciente estaba "*enojadísima consigo misma por no poder eliminar con su sola **voluntad** la **anorexia** y sus otros síntomas*"⁵ (subrayado mío). Y luego del nuevo éxito de la terapia por hipnosis le confiesa a Freud que le daba vergüenza que "*la hipnosis saliera adelante 'donde yo, con toda la fuerza de mi **voluntad**, resulté impotente*"⁶ (subrayado mío).

Estas dos primeras referencias nos confrontan con la eventualidad de un problema de traducción porque Echeverry y Lopez Ballesteros no se ponen de acuerdo en ninguna de ellas.

En la referencia que corresponde a la cita de la página 152, donde Echeverry dice "inapetente", López Ballesteros dice: "*Perdió el apetito, tomó **repugnancia a la comida** y pasaba las noches insomne y excitada*". Y en la referencia que corresponde a la cita de la página 154 de Amorrtu, López Ballesteros dice que Freud encontró a su paciente "*indignada contra sí misma al ver que toda su fuerza de voluntad no llegaba a vencer **la repugnancia a alimentarse** y los demás síntomas*" (subrayado mío).

Fernando Rodríguez⁷ me ofrece las siguientes precisiones (las referencias en alemán acompañadas de su propia traducción y/o comentarios)

AE, I, p.152 (GW, I, S.5):

..."*der Appetit mangelte, ein bedenklicher Widerwille gegen die Nahrungsaufnahme*

stellte sich ein, die Nächte waren erregt und schlaflos

... el apetito faltaba (misma raíz, presumo, que "manque" en francés). Una grave repugnancia a la ingesta (Aufnahme) de alimentos, las noches eran (pasaban, transcurrían) excitadas e insomnes.

AE, I, p. 154 (GW, I, S.7):

...und geradezu erbittert gegen sich, dass sie gegen die Essabneigung und die anderen Symptome mit ihrem Willen nichts vermochte

...y verdaderamente irritada consigo porque nada pudo/consiguió por su voluntad (voluntariamente) contra la repulsión/aversión a comer/ la comida

He tratado de ser tan literal como pude, para que dispongas de un texto lo más cercano posible al original. El precio de ello es que alguna expresión resulte cacofónica. Yo mismo, si debiese traducir el texto completo, lo haría con mayor liberalidad: el sentido figurado es exigible cuando se vierten las cosas desde el alemán - ellos *dicen* de otra manera

Como vemos, parece que la traducción de López Ballesteros fuera mas justa.

En todo caso, podemos decir que es un forzamiento el que introduce Echeverry al traducir con el término "anorexia" la referencia de la página 154.

Esto tiene cierta importancia pues confirma la impresión que, para Freud, no se trata tanto de clasificar el caso dentro de algún cuadro nosológico como de describir, con precisión y detalle, los síntomas de un "caso", y en función de ello, precisar los mecanismos psíquicos de su causación.

En efecto, Freud conceptualiza el síntoma de esta paciente como histérico, articulándolo con lo que él llama, en esa época, "*representaciones penosas contrastantes*" 8.

Las características del mecanismo psíquico son las siguientes: "*[En primer lugar], como corresponde a la inclinación de la histeria por la **disociación de la conciencia**, la representación penosa contrastante, que en apariencia está inhibida, es arrancada de su asociación con el designio, y entonces subsiste, a menudo inconsciente para el propio enfermo, como una representación separada. Ahora bien, [en segundo lugar] lo histérico por excelencia es que, cuando llega el caso de ejecutar el designio, esta representación contrastante inhibida se objete, por vía de invasión corporal, con la misma facilidad con que en el estado normal lo hace la representación-voluntad. La representación contrastante se establece, por así decir, como «**voluntad contraria**», al tiempo que el enfermo, asombrado, es consciente de una voluntad decidida pero impotente*" 9 (subrayado de Freud).

Desde este temprano historial (1893) entonces, la "anorexia" (ya vimos que la utilización de este término, en una de las referencias de este texto, ha sido un forzamiento de Echeverry) será para Freud un síntoma histérico: "*Creo estar autorizado, pues, para designar a mi enferma como una 'hystérique d'occasion', ya que bajo el influjo de una causa ocasional fue capaz de producir un complejo de síntomas cuyo **mecanismo** era por excelencia **histérico***" (subrayado mío).

Lo general es el "mecanismo histérico". El síntoma en cambio, por "común" que sea, es particular.

Freud comenta, en este mismo artículo, y para reforzar su explicación del mecanismo histérico, algunos detalles de otro caso de histeria - el de Emmy Von N. (caso presentado más extensamente en "Estudios sobre la histeria") - con el que, según el propio Freud, por primera vez pudo "*asir la génesis de un síntoma histérico mediante objetivación de la representación penosa contrastante, o sea mediante **voluntad contraria***" 10 (subrayado mío).

Quisiera dejar anotada, para retomarla en otro capítulo de este trabajo, esta asociación de la anorexia con la teoría de la "voluntad contraria" (Echeverry considera pertinente aclarar que

Freud utiliza el término alemán "Ge genwillen"). Es frecuente que entre las características con que, en la actualidad, se describe a la "anorexia", aparezca una dimensión que puede describirse con el término "voluntad". Para decirlo de otro modo, se señala que los casos de "anorexia" suelen estancarse, empantanarse, en conflictos de "voluntad".

En el caso de la paciente de Freud, encontramos reunidas, en la misma persona de la paciente, tanto la "voluntad" de comer como la "voluntad" contraria (conflicto que desencadena el síntoma). En los casos actuales, en cambio, estas "voluntades" suelen aparecer ubicadas en diferentes personajes: por un lado la familia, por el otro la "anoréxica".

Intentaremos, más adelante, a partir de un caso actual, analizar qué relaciones podemos establecer con esta noción de "voluntad". Y veremos cómo articular esto con la ubicación de la anorexia, según una de las referencias que veremos en Lacan, en el punto donde el niño intenta doblegar el "dominio" de la madre. Veremos que esta "confrontación" no es sin la perspectiva de un más allá de la demanda al Otro y una llamada al padre, aunque, en su presentación, todo parezca reducirse a un conflicto entre dos, para el caso, a un conflicto como el que plantea aquí Freud, entre dos "voluntades", es decir, el encuentro entre dos demandas antagónicas.

Al respecto, cabe señalar que esta dimensión de confrontación, en este texto de Freud, es concordante con el método terapéutico empleado por él en ese entonces: la sugestión hipnótica.

Freud interviene alineándose junto a una de las "voluntades" en pugna, e interviene a semejanza de la llegada del 5º regimiento de caballería de los viejos western, es decir, en la misma dimensión de la confrontación, de la lucha contra esas representaciones "laboriosamente sofocadas" (recordemos que para dar cuenta de las fuerzas en pugna Freud llega incluso a hablar del "sesgo demoníaco" que presentaría esta objetivación de la "voluntad" contraria")

La pregunta que se impone en forma inmediata es la siguiente: ¿hasta qué punto muchas de las terapéuticas actuales no son más que el recurso a este viejo y repetido mecanismo de la sugestión que ya usaba Freud a fines del siglo XIX?

Para terminar con este ítem, recordemos lo que nos señala Echeverry respecto de este tema de la "voluntad contraria": no es algo pasajero en Freud. Lo retomará 10 años después en "Psicopatología de la vida cotidiana" (Tomo VI, páginas 153 y 267) ("*la injerencia de unos motivos no consabidos y no confesados*") sigue siendo pensada como la intervención de una "voluntad contraria") y más adelante aún, en la cuarta de las "Conferencias de introducción al psicoanálisis, en 1916 (Tomo XV, páginas 63 y siguientes)

2.2 - Carta 14, del 6 de octubre del 93

Referencia: Tomo I, página 223

En este caso Ballesteros traduce "anorexia" donde Echeverry dice "inapetente". Se trata del último de una serie de 4 casos "*cuya etiología, de acuerdo con las relaciones de tiempo, solo podía ser el coitus interruptus*"¹¹: un hombre de 34 años en el que, si bien "predomina la neurastenia", el diagnóstico completo que da Freud es "neurastenia con histeria".

En esta carta a Fliess el acento está puesto en tratar de demostrar la etiología ligada al "coitus interruptus". La referencia a la "anorexia" (o "inapetencia") es colateral, pero indicio claro, para Freud, de histeria.

2.3 – Manuscrito G – Melancolía

Referencia: Tomo I, página 240

El tema principal de esta carta que Freud le escribe a Fliess en enero de 1895, es la melancolía.

Aquí también la anorexia será considerada por Freud como un síntoma histérico, pero en su presentación difiere en mucho de lo que vimos en el caso de la curación por hipnosis.

En primer lugar, la anorexia (Echeverry y López Ballesteros coinciden en que Freud escribe "anorexia", en las dos citas de esta carta) aparece aquí más bien como un cuadro, y en segundo lugar, asociada y en paralelo con la melancolía: "*la neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa 'anorexia nervosa' de las niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada*" 12 (subrayado mío)

Ahora la paciente ya no comparte con su familia una voluntad de comer que chocaría con una "voluntad contraria": si no ha comido es "*simplemente porque no tiene apetito, nada mas que eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, perdida de libido*" 13

Esta presentación se acerca mucho más a lo que suele imaginarse como prototipo de la anorexia actual: una joven tan desinteresada en su alimentación e inmutable ante los reclamos que pudiera hacerle su familia al respecto, como podríamos imaginarlo de un melancólico respecto del amor y el interés por las cosas de la vida ante la preocupación de su entorno próximo.

En esta carta de Freud a Fliess no tenemos la presentación de un caso, sino una serie de reflexiones sobre el mecanismo etiológico de la melancolía. Y por el paralelismo establecido con la anorexia (en tanto "neurosis alimentaria") resultan una serie de reflexiones ad-hoc para la anorexia.

Es importante tener presente que tanto la referencia a la melancolía como la referencia a la anorexia aparecen como claras referencias a los respectivos cuadros psiquiátricos (por eso Freud habla de la "*famosa anorexia nervosa*" y pone entre comillas "anorexia nervosa").

Creo que en este texto lo que más interesa es la aparición del problema del objeto que resulta por la asociación con la melancolía: así como "*la melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido*" 14 (subrayado de Freud) la anorexia debería pensarse como un duelo por la pérdida del "apetito". La anorexia sería una melancolía del "apetito", una melancolía donde, a falta de la libido (por "*la sexualidad no desarrollada*" de las "jóvenes" en las que se presenta) lo que se habría perdido es el apetito. **El apetito en el lugar de la libido.**

El punto entonces es el estatuto del apetito como objeto, así como el estatuto de la pérdida.

Freud señala que, en la melancolía, no se trata de la pérdida de un objeto cualquiera, sino de una pérdida "*producida dentro de la vida pulsional*". En consecuencia, el estatuto del apetito en la anorexia tendría que ser pulsional. Podríamos decir entonces que se trata del objeto de la pulsión "alimentaria" (la anorexia es designada "neurosis alimentaria").

Tengamos presente que Freud no ha desarrollado aún el concepto de pulsión ni su teoría de la libido con sus "estadios" oral, anal, etc... Por lo tanto no se podría hablar aquí de "estadio oral".

Sin embargo está más o menos clara la referencia al objeto de la pulsión oral.

Lo paradójico del asunto es que los objetos pulsionales, Freud los definirá a partir de la noción de objeto perdido (no hay objeto preestablecido para la pulsión). Por lo tanto ¿cómo pensar la "pérdida" (en este caso del apetito) si la misma debe articularse, a su vez, con una pérdida previa y fundante?

El "apetito" surgiría a partir de la pérdida primera del objeto, para la constitución de la pulsión oral. ¿Cómo pensar la pérdida del "apetito"?

¿Sería demasiada extrapolación decir que la anorexia, a falta de la falta que constituiría la serie de los alimentos como tal, come el objeto oral en sí, ese que debería estar perdido?

¿La anorexia sería la añoranza (duelo) por la falta que falta?

Para terminar, un comentario sobre el esquema sexual que presenta Freud en este manuscrito.

Dicho esquema busca explicar las diferentes situaciones por las que el grupo sexual psíquico es despojado de la magnitud de excitación. En función del mismo se distinguen la anestesia, que corresponde a la falta de voluptuosidad, y la melancolía, que corresponde a la falta de excitación sexual somática.

La falta de sensación voluptuosa de la anestesia es remitida, por Freud, al mecanismo de falso enlace. Es decir, "*no se consciente V. [Voluptuosidad] al ps. G. [grupo sexual psíquico] a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa): es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco)*" 15.

La melancolía, en cambio, "*atañe a la falta de s.S.*", es decir, la "*excitación sexual somática*", cuya suspensión "*es probablemente característica de la melancolía **grave común** genuina, de retorno periódico*" 16 (subrayado de Freud). La melancolía es entonces "*Inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello*" 17 (subrayado de Freud)

2.4 – Estudios sobre la histeria

Referencias: Tomo II, páginas 30, 48, 52/3, 55, 63, 66, 100/2, 108 y 222/3

Freud coloca la "*anorexia, hasta llegar al rehusamiento de toda comida*" 18, entre aquellos síntomas que mantienen un nexo estricto con el trauma ocasionador de la histeria.

Y luego sigue, a lo largo de varios historiales, toda una cantidad de referencias a síntomas "anoréxicos".

Para comenzar, Anna O., tratada por Breuer, quien, en ocasión de la grave enfermedad del padre comienza a tener "*asco ante los alimentos*" 19, lo cual coadyuvó a su debilitamiento y su apartamiento de los cuidados al padre.

Las siguientes son las referencias indicadas, para la parte del historial de Anna O., en el índice de materias de Amorrortu, para "anorexia":

Página 52: "*se rehusaba por completo a comer*"

Página 53: "*los primeros tres días con sus noches, siguientes a la mudanza, los pasara sin dormir ni probar bocado*"

Página 55: "*dejaba que la enfermera le llevara la comida a la boca; solo al pan lo pedía, y luego lo rechazaba tan pronto tocaba sus labios*"

Página 63: "*la reyerta en la que sofocó su respuesta le causó un espasmo de glotis que se repetía raíz de todo ocasionamiento parecido*"

Página 66: "*Solo cuando la enferma, debilitada al extremo por inanición,...*"

Ninguna de estas referencias a la "anorexia" es literal. Se trata, en todos los casos, de descripciones de síntomas relativos a la alimentación.

Ahora bien, es con el historial de Emmy von N. que retomamos la veta del análisis del "caso" y los detalles del síntoma, como con el caso de curación por hipnosis, motivo por el cual vamos a seguirlo en detalle.

Cuenta Freud que hacia el final del tratamiento *"sucedió algo que quiero referir porque ese episodio arroja la más viva luz sobre el carácter de la enferma y el modo en que se generaban sus estados"* 20.

Freud sorprende a Emmy arrojando al jardín, envuelto en un papel, su *"pastel seco"*. Este es el detalle que Freud pasa a referir, y el que arrojará esa *"viva luz"* sobre el mecanismo histérico de los síntomas.

Emmy le confiesa que es de *"poco comer"*, al igual que lo fuera su difunto padre. Y en cuanto a bebidas, *"solo toleraba líquidos densos, como leche café, chocolate, etc. Siempre que bebía agua surgente o mineral se le estropeaba el estómago"* 21

Volvemos a encontrarnos con algo que me parece muy importante: no se trata de "anorexia" en general, sino de las particularidades de un proceder de la paciente respecto de la cuestión alimentaria, incluidos todos los absurdos de las "justificaciones" de ese proceder.

Ahora bien, ¿cuál fue la primera respuesta de Freud?: *"Aunque no presentaba una delgadez llamativa, me pareció que alguna sobrealimentación era deseable"*, por lo que creyó oportuno indicar que bebiera agua alcalina y comiera todo su pastel.

La respuesta de Emmy no tiene desperdicio: *"Lo haré porque Ud. me lo demanda, pero le anticipo que será para mal, porque mi naturaleza lo rechaza, y mi padre era igual"*. Y así fue. Tomó agua cristalina y terminó con violentos dolores de estómago. Todo lo cual acompañado del respectivo reproche: *"Me he arruinado el estómago, como siempre que me alimento en demasía o bebo agua"* 22 (subrayado mío)

Señala Freud que *"poco después quise dormirla (y) la hipnosis fracasó por primera vez"* 23 (subrayado mío).

"Renuncié a la hipnosis y le dije que le daba veinticuatro horas para que reflexionara hasta admitir el punto de vista de que sus dolores de estómago sólo se debían a su miedo; pasado ese plazo yo vendría a preguntarle si todavía opinaba que uno podía arruinarse el estómago ocho días enteros a causa de una copa de agua mineral y de una frugal comida; en caso de afirmarlo ella, le rogaría que partiese. Esta pequeña escena estaba en agudísimo contraste con nuestras relaciones, de ordinario muy amistosas" 24.

A las 24 hs la encuentra *"humilde y dócil"*, acepta la hipnosis y, en la misma, desarrolla la serie de escenas que se articulan con su síntoma de "poco comer" y con el síntoma de beber agua:

«Cómo, de niña, me sucedía a menudo portarme mal en la mesa y no quería comer mi plato de carne. Entonces mi madre se mostraba siempre muy severa y, so pena de serio castigo, dos horas más tarde debía comer del mismo plato la carne que ahí había quedado. La carne se había enfriado por completo y la grasa se había vuelto del todo rígida» (asco), *«... y todavía veo frente a mí el tenedor... Tenía un diente un poco doblado. Cuando ahora me siento a la mesa, siempre veo frente a mí el plato con la carne y la grasa frías; y cómo, muchos años después, yo convivía con mi hermano, que era militar y tenía el mal abominable; yo sabía que era contagioso, y tenía una angustia atroz de equivocarse los cubiertos y tomar su tenedor y su cuchillo»* (gesto de horror), *«y a pesar de ello comía junto con él para que nadie advirtiese que estaba enfermo; y cómo poco después he cuidado a mi otro hermano, tan enfermo de los pulmones; comíamos frente a su cama, y el salivadero estaba siempre sobre la mesa y permanecía abierto»* (gesto de horror) *«... y él tenía la costumbre de esputar ahí por encima de los platos, siempre me daba tantísimo asco, y sin embargo no podía*

demostrarlo para no ofenderlo. Y esos salivaderos están siempre ahí sobre la mesa cuando yo como, y me sigue dando el mismo asco» 25.

Señala Freud que el efecto terapéutico de esta exploración hipnótica fue "*inmediato y duradero*", y que dos meses después Emmy le escribió: "*Como muy bien y he aumentado mucho de peso. Llevo bebidas 40 botellas de agua mineral. ¿Cree Ud. que debo seguir así?*" 26 (subrayado mío)

Dejaremos de lado por ahora los posibles comentarios sobre la relación transferencial 27.

Pasaremos, en cambio, al capítulo "Epicrisis", donde Freud analiza las abulias que se basan "*en la existencia de asociaciones no desasidas, de tinte afectivo, que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nuevas, en particular de índole inconciliable*" 28, y señala que "**el ejemplo más patente de una abulia de este tipo nos lo ofrece la anorexia de nuestra paciente**" 29 (subrayado mío)

Emmy "*no puede obtener gusto alguno de comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco*" 30. Señala Freud que "*una investidura 31 así, de una representación con afecto no tramitado, conlleva siempre cierto grado de inaccesibilidad asociativa, de inconciliabilidad con nuevas investiduras*". Concluye entonces Freud que "*puedo invocar la anorexia de la señora Von N. como prueba que ese mecanismo es el que opera en ciertas abulias, y las abulias no son otra cosa que unas parálisis psíquicas muy especializadas – sistematizadas, según la terminología francesa*" 32, donde la referencia a las "*parálisis psíquicas*" remite al "*pequeño trabajo en que he intentado una explicación psicológica de las parálisis histéricas*", es decir su artículo de 1893 "*Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*" 33.

En suma, para Freud, la anorexia es,

- primeramente, "**la anorexia de alguien**", para el caso, "la anorexia de la señora Von N.";
- y en segundo término, en tanto "la anorexia de la señora Von N.", un "ejemplo patente" de **síntoma histérico**.

Decir "de alguien" y decir "histérico" significan aquí que antes que la referencia a un cuadro nosológico, la anorexia aparece como parte del análisis de un caso particular.

Finalmente, la anorexia aparecerá una última vez en "Estudios sobre la histeria", en la tercera parte (la parte teórica, redactada por Breuer), en el tercer ítem ("la conversión histérica"), con la presentación del caso de un muchacho de 12 años cuyo síntoma anoréxico ("*se quejaba de dificultades en la deglución (apenas podía tragar) y dolores de cabeza ...(...) no quería comer, vomitaba cuando se lo constreñía a alimentarse*" 34) pudo rápidamente remontarse a la escena de un baño público donde un hombre le pidió que tomara su pene con la boca.

El análisis de este caso le permite a Breuer agregar estas reflexiones teóricas: "*Para producir el fenómeno de la anorexia, la dificultad para deglutir, el vómito, hicieron falta aquí varios factores: la naturaleza nerviosa innata, el terror, la irrupción de lo sexual en su forma más brutal en el ánimo del niño y, como factor determinante (determinieren), la representación del asco. Esta enfermedad debió su duración al hecho de que él callara, lo cual denegó a la excitación su descarga normal*" 35 (subrayado mío).

2.5 – Carta 91 a Fliess (del 20 de junio de 1898) (no incluida en Amorrortu)

En esta carta a Fliess, Freud comenta un texto literario, "La señora juez", estableciendo paralelos con la novela familiar que construyen los neuróticos.

Es en ese contexto que aparece una referencia a la anorexia, que López Ballesteros traduce así: "*En la novela familiar, como en el cuento, es la madre quien es sorprendida,*

desenmascarada y condenada. La sustracción de la corneta es un motivo de resentimiento genuinamente infantil, y su recuperación, una realización de deseo no menos pueril. El estado en que queda la hermana, o sea, **la anorexia, es evidentemente la consecuencia neurótica de la seducción infantil**, con la diferencia de que en el cuento no es atribuida al hermano, sino a la madre. El veneno corresponde con paranoica exactitud a **la anorexia de la histeria**, o sea, a **la forma de perversión más habitual entre los niños**. Hasta el miedo al «golpe» [ataque de apoplejía] aparece en esa historia (el miedo fóbico al «ataque» se refiere a los azotes recibidos en la infancia)" (subrayado mío).

2.6 – Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (1893)

Referencia: Tomo III, página 34

Esta referencia a la "anorexia" corresponde a "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos". El título de este artículo es homónimo al que se conoce como "Comunicación preliminar", que fuera escrito en conjunto con Breuer y publicado en el *Neurologisches Zentralblatt* en las entregas del 1° y 15 de enero de 1893 (precisamente como una comunicación preliminar respecto del trabajo final que con el título "Estudios sobre la histeria", fue finalmente publicado como libro en 1895).

Este texto, en cambio, aunque también figura, en el manuscrito, como de autoría conjunta con Breuer, en realidad es la versión taquigráfica de una conferencia dictada por Freud en el Club Médico de Viena, el 11 de enero de 1893, es decir, entre la publicación de la primera y la segunda parte de la "Comunicación preliminar".

Esta conferencia fue corregida por Freud y publicada en los números 4 y 5 (del 22 y 29 de enero de 1893, respectivamente), del *Wiener Medizinische Presse*, y no fue reeditada en alemán hasta 1972. Tampoco fue incluida en la edición de Biblioteca Nueva (versión López Ballesteros), y recién fue traducida y publicada (por primera vez) en español, en el tomo 13, número 3, de la *Revista de Psicoanálisis de APA (Argentina)*, en 1956.

Este texto tiene un doble interés.

Por un lado vuelve a presentar los temas tratados conjuntamente con Breuer en la "Comunicación preliminar", pero ahora bajo una sola pluma 36.

Y por el otro, en un párrafo no tan extenso, Freud nos ofrece una recopilación de toda la serie de casos con síntomas anoréxicos que había ido presentando en los textos previos.

"Uno de los síntomas más frecuentes de la histeria es la anorexia y el vómito. Conozco toda **una serie de casos** que **explican** de manera simple el surgimiento de ese síntoma. Así, una enferma, que había leído una carta mortificante inmediatamente antes de comer, después de hacerlo vomitó todo, y el vómito persistió luego. En otros casos, el asco a la comida se puede referir con toda exactitud al hecho de que la persona, obligada por la institución de la mesa compartida, come con otras a quienes aborrece. El asco se trasfiere luego de la persona a la comida. Particularmente interesante en este sentido fue aquella dama del tic, ya mencionada; esta señora comía poquísimo, y sólo forzada; en la hipnosis me enteré de que una serie de traumas psíquicos habían terminado por producirle este síntoma, el asco a la comida. Ya de niña, su madre, muy severa, cuando ella rechazaba la carne en el almuerzo la obligaba a comerla dos horas después de levantada la mesa, fría, con la grasa endurecida; lo hacía con gran asco, y conservó el recuerdo de ello, de suerte que más tarde, cuando ya no estaba sujeta a ese castigo, seguía yendo a la mesa con asco. Unos diez años después, compartía la mesa con un familiar que estaba tuberculoso y mientras comía escupía de continuo en la salvadera por encima de los platos; trascurrido algún tiempo, estuvo forzada a comer con un familiar que, según ella sabía, padecía una enfermedad contagiosa. La paciente de Breuer se comportó durante un lapso como una hidrofóbica;

en la hipnosis se averiguó, como fundamento de ello, que una vez impensadamente había visto a un perro beber de su vaso de agua" 37 (subrayado mío).

Esta recopilación muestra claramente que para Freud la referencia a la anorexia no es un cuadro nosológico. También nos permite anticipar alguna respuesta a la pregunta acerca de que es lo que permite que los casos presentados no se reduzcan a una pura diversidad de la que no se podría extraer ninguna enseñanza.

Creo que la multiplicidad que plantea esta recopilación permite apreciar cómo la misma encuentra cierto orden en una gramática. Cada caso implica una literalidad, tanto a título de síntoma como en su referencia a los relatos asociados (lo que Lacan llamaba "la envoltura formal del síntoma").

Como bien señala Allouch respecto al método freudiano, los casos "se declinan", "*tienen elementos en común que nos presentan lo que Wittgenstein llama, a propósito de sus juegos de lenguaje, un aire de familia*" 38. Podríamos decir que este "aire de familiar", en Freud, recibe, por ahora, el nombre de "síntomas histéricos".

2.7 – La etiología de la histeria (1896)

Referencia: Tomo III, página 213

La referencia de la página 213 remite a "La etiología de la histeria", artículo que tuvo por base una conferencia pronunciada por Freud ante la Sociedad de Psiquiatría y Neurología, en mayo de 1896.

Según Strachey, este trabajo podría considerarse como una reproducción ampliada de la primera sección del segundo artículo sobre las neuropsicosis de defensa (el de 1896).

La referencia en cuestión arranca en la página 212 como recapitulación de "*otra serie de fenómenos histéricos frecuentísimos (el tenesmo vesical, la sensación de defecar, perturbaciones de la actividad intestinal, atragantamientos y vómitos, indisposiciones de estómago y asco a los alimentos)*" 39 que se podrían discernir como derivados de vivencias sexuales infantiles.

2.8 – "El método psicoanalítico de Freud" (1903) y "Sobre psicoterapia" (1904)

Referencias: Tomo VII, páginas 241 y 254

"**El método psicoanalítico de Freud**" fue originalmente una contribución a un libro de Lowenfeld sobre fenómenos obsesivos, en tanto que "**Sobre psicoterapia**" reproduce una conferencia dictada por Freud en 1904 para un público exclusivamente médico

En estos textos ya no se trata de demostrar la naturaleza histérica de los síntomas anoréxicos, sino de precisar los alcances y limitaciones del método psicoanalítico: "*La naturaleza del método psicoanalítico supone indicaciones y contraindicaciones, tanto en relación a las personas que deben ser tratadas cuanto al cuadro patológico*" 40 (subrayado mío).

Entre las situaciones más favorables para el psicoanálisis se encontrarían, según Freud, los "*casos de histeria en que las fobias y las abulias desempeñan el papel principal*". Esto incluiría entonces los casos con síntomas de anorexia. Pero inmediatamente Freud marca como límite aquellas situaciones cuya tarea "perentoria" sea "*la rápida eliminación de los síntomas, como sucede en la anorexia*" 41

Esto es retomado en "Sobre psicoterapia", donde, a la hora de elucidar los puntos contraindicados para el psicoanálisis, en cuarto (y último) término señala: "*no se recurrirá al*

psicoanálisis cuando sea preciso eliminar con rapidez fenómenos peligrosos, por ejemplo, en el caso de una anorexia histérica" 42

Como se ve, la discusión no remite, en ninguno de los dos textos, al carácter histérico de la "anorexia" (sobre ese punto no hay dudas). Lo que Freud parece señalar aquí es que, aún en casos con síntomas de mecanismo histérico (como es el caso de la "anorexia"), la aplicación del método psicoanalítico se encontraría supeditada al cumplimiento de ciertos criterios y exigencias.

Podríamos leer, entonces, estas contraindicaciones que da Freud como una concesión al discurso médico (concesión que, en tanto tal, quizás no tendríamos por qué repetir).

Esta lectura encuentra su principal apoyo en el hecho de que en estos dos textos Freud interviene, no a partir de casos (como corresponde a la aplicación y desarrollo de su método) sino de cuadros (la noción propia del discurso médico), amén del hecho de que, en ambos textos, se dirige a un público específicamente médico.

Pero también podríamos leer estas contraindicaciones como límites propios del psicoanálisis.

Esta también es una lectura pertinente, y sobre todo, de mucha actualidad, pues uno de los efectos que ha tenido el imperialismo del psicoanálisis, al menos en ámbitos geográficos como Argentina, o más precisamente Buenos Aires, es el de suponer que el psicoanálisis es algo válido para "todos". Es decir, se confunde la oferta de psicoanálisis, que evidentemente, como toda demanda, tiene una presentación de carácter general, con la demanda, que solo puede ser puntual y particular (por eso Lacan habla de "puesta en forma" de la demanda, e incluso de "verdadera" demanda de análisis).

La pregunta sería, en este caso, como entender estas contraindicaciones que da Freud, en términos de demanda del paciente.

Uno de los problemas que se plantea con relación a la "anorexia" es la generalización que resulta de pensarla como una "enfermedad" o un "cuadro", lo que a su vez implica varias cuestiones:

Por un lado, una reducción de las diversidades a una etiología supuesta común y general.

Por el otro, la suposición de una terapéutica tan común y general como la suposición anterior

Consecuentemente, al leer (en el texto freudiano) que habría situaciones que hacen "perentoria" una "*rápida eliminación de los síntomas*" o de los "*fenómenos peligrosos*", lo primero que suele ocurrir (aún más rápidamente) es que creemos saber **qué** significa eso. Nos parece que es "evidente" cuando una paciente puede requerir de esta "urgencia" médica. En otros términos, al igual que el médico, muy fácilmente creemos saber sobre la paciente y sobre las conveniencias para su salud.

Sin embargo, ya vimos, incluso con el propio Freud, adonde conduce esto cuando, en el caso de Emmy, siguiendo su propio criterio de "salud" ("*me pareció que alguna sobrealimentación era deseable*"), Freud no duda en exigirle a su paciente que coma todo su pastel (desechando por ridículo el criterio de "salud" que sostenía la paciente).

Los tiempos han cambiado y con los parámetros de nuestra actual cultura e idiosincrasia es probable que toleremos grados mayores de delgadez antes de pensar, al igual que Freud, que una intervención correctiva, en el plano de la alimentación, "*sería deseable*" (o, de modo más "objetivo": "necesaria"?).

Pero eso no hace más que poner aún más de relieve el carácter subjetivo, cultural, o como quieran llamarlo, de este tipo de criterios 43. Y está claro que ceder a este tipo de prejuicios

implica una renuncia absoluta al psicoanálisis, sea ante un síntoma anoréxico que asuste o ante cualquier otra cosa.

En suma, a esto es a lo que nos lleva, en forma lógica (e inexorable), pensar a la "anorexia" como una enfermedad o un cuadro, y pensar al psicoanálisis con un tratamiento.

Pero si, como lo hemos visto en los textos previos de Freud, abordamos los síntomas anoréxicos como histéricos, es decir, a partir de una indagación del sistema de representaciones que ha dado lugar al mismo, es decir, si admitimos que, más allá de su apariencia común, la "anorexia" requiere de un abordaje caso por caso, quizás puedan pensarse las limitaciones propuestas por Freud en términos de límites en la aplicabilidad de un método antes que en términos de la "tratabilidad" de un "cuadro".

La clave pasa, me parece, por tener en cuenta, también, la serie de "requisitos" que Freud exige en cuanto a "estado psíquico" del paciente, en su texto "**El método psicoanalítico de Freud**". Dice al respecto: "*La persona que haya de someterse con provecho al psicoanálisis debe llenar muchos requisitos. En primer lugar, **tiene que ser capaz de un estado psíquico normal**; en épocas de confusión o de depresión melancólica, no se consigue nada ni siquiera en el caso de una histeria. Además, corresponde exigirle cierto grado de inteligencia natural y de desarrollo ético; en personas carentes de todo valor, el médico pronto pierde el interés que le permite profundizar en la vida anímica del enfermo. Las malformaciones acusadas del carácter, los rasgos de una constitución realmente degenerativa, se exteriorizan en la cura como **fuentes de resistencias que es muy difícil vencer**. En esa medida, la constitución en general impone un límite a la posibilidad de curación mediante psicoterapia. También se crean condiciones desfavorables para el psicoanálisis si la edad del paciente ronda el quinto decenio, pues en tal caso ya no es posible dominar la masa del material psíquico, el tiempo requerido para la curación se torna demasiado largo, y la capacidad de deshacer procesos psíquicos empieza a desfallecer*" 44 (subrayado mío).

Como se ve, todos los problemas reseñados por Freud en este párrafo hacen referencia a la posición enunciativa del paciente (aun cuando los déficits en la misma pudiesen ser atribuidos a una "constitución"). En consecuencia, podríamos pensar, análogamente, que la "perentoriedad" que pudiera requerir del médico "*la rápida eliminación de los síntomas, como sucede en la anorexia*", no se deba referir tanto al grado de delgadez que presente la paciente como a su posición enunciativa.

Este es justamente el punto de confusión donde suelen precipitarse los tratamientos y abordajes "multidisciplinarios", tan de moda actualmente, tanto para la "anorexia" como para otras patologías. En efecto, plantear que las limitaciones en cuanto a la aplicabilidad del método psicoanalítico pasan por la posición enunciativa de la paciente es equivalente a decir que, en dichos "equipos", debería ser el psicoanalista el encargado de emitir un juicio al respecto y hacer las derivaciones hacia una u otra de las disciplinas que participen en ese "múltiple". Pero sabemos que esto va completamente a contramano de la práctica habitual en esos ámbitos, donde todos los profesionales terminan funcionando como "psicólogos" (es decir, interpretando desde la comprensión y los prejuicios), para terminar sometiéndose siempre a un criterio supuestamente médico sobre cuestiones tan dispares como las proporciones peso y altura o la autoestima de la paciente.

En suma, y una vez más, es pensando al psicoanálisis como un método antes que como una tratamiento que podemos encontrar un hilo para articular, en términos propios para el psicoanálisis, en términos no extra analíticos, estas contraindicaciones que señala Freud en estos dos textos.

No se trata entonces tanto de una "peligrosidad" de los síntomas en términos médicos sino de las posibilidades de una puesta en forma de la demanda, entendiendo que no toda demanda puede tomar la forma adecuada al método. Es una limitación en este nivel la que puede inhabilitar al psicoanálisis y habilitar a otras prácticas. Y por supuesto, esto ocurre en muchos más casos que los simples casos de "peligrosidad" médica.

Para decirlo de una manera sencilla y burda: una "anoréxica" sin síntomas físicos "graves" podría ser, eventualmente, más inabordable para el psicoanálisis que otra "anoréxica" eventualmente al borde de la muerte. No es la distancia a la muerte, medida en términos médicos, el parámetro que debería guiarnos, sino las modalidades que presente la enunciación en cada caso.

2.9 – Cinco conferencias sobre psicoanálisis

Referencia: Tomo XI, página 8

Al comienzo de la primera de estas cinco conferencias, en ocasión de reseñar el surgimiento del psicoanálisis, y haciendo referencia a Anna O., recuerda "el asco frente a los alimentos" que la aquejaba

2.10 – El caso del hombre de los lobos

Referencias: Tomo XVII, páginas 90, 91, 96, 97, 103, 110 (nota a pie de página)

El hombre de los lobos tuvo una etapa, en su infancia, en que solo aceptaba comer golosinas. Esa etapa, por ello llamada "anoréxica", fue superada a partir del miedo que le infundieron los relatos que le hicieron respecto de otras personas que habrían muerto por sostener una actitud similar ante el alimento.

Como ya lo señalé al comienzo de este trabajo, en todas las citas, excepto la de la página 97, se trata de referencias particulares al síntoma del paciente, y la expresión utilizada es "perturbación en el comer".

La única referencia literal a la "anorexia" es la de la página 97, que no remite directamente al caso particular del "hombre de los lobos", sino a las "niñas que se hallan en la época de la pubertad".

De todos modos, repasemos algunas de estas citas.

En la primera de ellas, dice Freud: "Yo reclamaría para la **perturbación en el comer** el significado de una primerísima neurosis; así, la perturbación en el comer, la fobia al lobo y la beatería obsesiva arrojan la serie completa de las enfermedades infantiles que conllevan la predisposición al quebrantamiento neurótico de los años posteriores a la pubertad" 45 (subrayado mío)

En cuanto a la cita de la página 97, se ubica en el capítulo final "Recapitulación y problemas". Allí, al momento de presentar su panorama sintético del desarrollo sexual del hombre de los lobos, dice Freud: "Me he visto precisado a considerar como **la primera organización sexual reconocible la llamada canibática u oral, en que aún domina la escena el originario apuntalamiento de la excitación sexual en la pulsión de nutrición** (nota al pie). No cabe esperar unas exteriorizaciones directas de esta fase, pero sí indicios de ella cuando sobrevienen perturbaciones. Toda vez que se produce un deterioro de la pulsión de nutrición - que, desde luego, puede responder también a otras causas-, ello nos señala que el organismo no ha conseguido un dominio sobre la excitación sexual. La meta sexual de esta fase sólo podría ser el canibalismo, la devoración; en nuestro paciente, por regresión desde un estadio más alto, sale a la luz en la angustia de ser devorado por el lobo. Y en efecto, debimos traducir así esa angustia: angustia de ser poseído sexualmente por el padre. Es sabido que en años muy posteriores, en niñas que se hallan en la época de la pubertad o poco después de esta, se presenta una **neurosis que expresa la desautorización de lo sexual mediante una anorexia**; es lícito vincularla con esta fase oral de la vida sexual. En el ápice del paroxismo enamorado («Te amo tanto que te comería») y en el trato tierno con niños pequeños, en que el propio adulto se comporta de una manera como infantil, vuelve a aflorar la meta de amor de la organización oral" 46 (subrayado mío).

Ahora el síntoma anoréxico ya no es considerado solamente en función de su mecanismo histérico, sino incluido en la serie del desarrollo libidinal y sus organizaciones sexuales, para el caso, la organización sexual oral que resulta del "*apuntalamiento de la excitación sexual en la pulsión de nutrición*".

La nota al pie remite a la sección agregada en 1915 en "Tres ensayos...". Se trata del ítem tercero, "La teoría de la libido", del capítulo III "Las metamorfosis de la pubertad", que incluye las novedades de "Introducción del narcisismo".

Allí Freud señala que la libido es "*una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podría medir proceso y trasposiciones en el ámbito de la excitación sexual*". La "*subrogación psíquica*" de un "**quantum de libido**" es llamada "**libido yoica**", la cual "*se vuelve cómodamente accesible al estudio analítico cuando ha encontrado empleo psíquico en la investidura de objetos sexuales, vale decir, cuando se ha convertido en **libido de objeto***". El psicoanálisis solo proporciona "*noticia cierta sobre las mudanzas de la libido de objeto*"⁴⁷.

Lo que me parece interesante en esta referencia es la asociación de la anorexia con la "organización sexual" de la fase oral, en la medida en que ubica a dicho síntoma como "exteriorización" de una "*desautorización de lo sexual*". Hablar de "*desautorización de lo sexual*" implica que se ha alcanzado la etapa fálica, y que la organización sexual previa, para el caso, la oral, aparece por regresión, a partir de los impasses de esa organización fálica.

Esto plantea el problema de cómo debe entenderse la cuestión de la regresión, y su relación con la castración y los impasses de la organización fálica, que, me parece, es el punto donde podremos empalmar con los desarrollos de Lacan.

Notas

1 Para todas las referencias a Freud, salvo indicación en contrario, se tratará de las Obras Completas en la Edición de Amorrortu. En este caso, Tomo I, página 151

2 Idem

3 Tomo I, página 152

4 Tomo I, página 154

5 Idem

6 Idem

7 Compañero del consejo de redacción de "Relatos de la clínica" y una de las pocas personas que conozco que lee bien el alemán y dispone de las "Gesammelte Werke". Le doy aquí las gracias por su ayuda.

8 Tomo I, página 155

9 Tomo I, página 156

10 Tomo I, página 158

11 Tomo I, página 223

12 Tomo I, página 240

13 Idem

14 Idem

15 Tomo I, página 243

16 Tomo I, página 241

17 Tomo I, página 244

18 Tomo II, página 30

19 Tomo II, página 48

20 Tomo II, página 100

21 Idem

22 Idem

23 Tomo II, página 101

24 Idem

25 Tomo II, páginas 101 y 102

26 Tomo II, página 102

27 Freud no reparó ni en él "*lo haré porque Ud. me lo demanda*" (el hacer las cosas "*porque Ud. me lo pide*" se plantea varias veces en el historial. Ver por ejemplo, página 92) ni en este "*Cree Ud. que debo seguir así?*", a pesar de que en una nota a pie de página, al final de las anotaciones correspondientes al 11 de mayo por la mañana, reconoce que "*tengo muchas pruebas de que ella, en su conciencia hipnótica, vigilaba mi trabajo. Probablemente quería reprocharme que...*" (subrayado mío) (Tomo II, página 83, nota al pie 21).

Será recién en una nota agregada en 1924 que Freud contará su encuentro, en una reunión científica, con un médico que también "*le había brindado tratamiento hipnótico*" a Emmy, y por quien supo que "*ella había escenificado con él – y aún con muchos otros médicos - el mismo drama que conmigo. Tras llegar a estados miserables había premiado con un éxito extraordinario el tratamiento hipnótico para después enemistarse de repente con el médico, abandonarlo, y reactivar toda la dimensión de su condición de enfermo. Era la verdadera 'compulsión de repetición'*" (Tomo II, página 122, nota 51).

28 Tomo II, página 107

29 Tomo II, página 108

30 Idem

31 Echeverri señala que esta es "la primera vez que aparece en una obra impresa el término "Besetzung", con el particular sentido que le dio Freud para designar uno de los conceptos fundamentales de su teoría psicológica" (página 108, nota). Echeverri comenta esto en su "Introducción" al Tomo II (páginas 17 y 18).

Lo señalo aquí pues lo retomaremos en otra ocasión, para relacionarlo con el tratamiento que hará Lacan de este término (a partir de una referencia de Abraham) en las dos últimas sesiones del seminario sobre la transferencia (las sesiones del 21 y 28 de junio de 1961), donde también encontraremos relaciones con la anorexia.

32 Tomo II, página 108

33 Echeverry ubica la correspondencia a esta referencia con una nota al pie, en la página 209 (Tomo I), luego del siguiente párrafo: *"la concepción del brazo existe en el sustrato material, pero no es accesible para las asociaciones e impulsiones conscientes porque toda su afinidad asociativa, por así decir, está saturada en una asociación subconsciente con el recuerdo del suceso, del trauma productor de esa parálisis"*.

34 Tomo II, página 222

35 Tomo II, página 223

36 Tal como lo señala James Strachey, es notorio el acento puesto en el factor traumático para la etiología de la histeria, tema, justamente, de la posterior controversia con Breuer.

37 Tomo III, página 34

38 Jean Allouch, "Freud y después Lacan", EDELP, página 55

39 Tomo III, página 212/3

40 Tomo VII, página 241

41 Idem

42 Tomo VII, página 254

43 Esto, dejando de lado, incluso, motivos que no por más vulgares son menos frecuentes, como por ejemplo el "miedo" a que la paciente corra algún "peligro" y uno se las tenga que ver después con algún juicio por mala praxis

44 Tomo VII, página 242

45 Tomo XVII, página 90

46 Tomo XVII, página 97

47 Tomo VII, páginas 198 y 199

Dispositivos, analistas en la institución

La clínica del cuerpo lastimado: una e(ro)tica

Hilda Fernandez Alvarez

El presente escrito surge por la necesidad de expresar la experiencia clínica vivida durante 8 años en un Hospital de Urgencias, el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana. Este trabajo clínico generó a lo largo del mismo, dificultades y cuestionamientos que ahora abordo y comparto. El camino que ahí recorrí tuvo, como todo camino, sus vericuetos. Ingresé con una formación poco sólida, sin estar en análisis, haciendo cosas que aquí mismo crítico, pero es quizá esa experiencia misma, lo que permite encararlo de forma más neta.

Este testimonio, producción de múltiples reflexiones, apunta al planteamiento de una propuesta para pensar el trabajo en las instituciones médico hospitalarias, haciendo a codazos un espacio para gestar en él un acto pensado desde el psicoanálisis, considerando las particularidades de esta clínica, que se pretenden aquí deshilar. Nos abocamos en la tarea a partir de lo que creemos que en toda clínica se le propone al analista: Una erótica y una ética. 1

¿Qué clínica es esa del cuerpo lastimado?, ¿Qué clínica no trabaja con el cuerpo? Y ¿qué cuerpo no está lastimado... al menos un poquito?

¿Qué cuerpo no es erótico? Y ¿De qué ética se trata en la escucha e intervención clínica frente a una erótica?

La clínica que yo aquí llamo "del cuerpo lastimado", es denominada en otros lados, bajo la juerga de la medicina o de la psicología médica, como clínica de trauma o clínica de las urgencias. Ello en función de la incidencia que se tiene de traumatismos causados generalmente por un accidente o precipitados por una enfermedad. Se le asigna también el rubro de "urgencia" debido a la premura con que se tienen que atender tanto los accidentes como las enfermedades que en esta clínica se presentan. Yo opto mejor por nombrarla del cuerpo lastimado.

Lastimado, del verbo lastimar, proviene del latín y éste a su vez del griego2 blasphemâre - calumniar, blasfemar- y que toma algunas otras acepciones: "Herir o hacer daño. Compadecer. Agraviar. Ofender en la estimación y la honra. Dolerse del mal de uno. Quejarse. Dar muestras de dolor y sentimiento".

Entonces el cuerpo lastimado es así también un cuerpo blasfemado, un cuerpo vituperado, maldecido, un cuerpo dañado, compadecido, cuerpo ofensivo-ofendido, un cuerpo aquejado, lastimoso, cuerpo sentido.

I ABORDAJE FENOMENOLOGICO.

Una mirada a la clínica

Juan, de 42 años de edad, ingresa al Hospital presentando un cuadro de apendicitis aguda, es intervenido encontrando obstrucción intestinal, se presentan complicaciones posquirúrgicas requiriendo nuevas intervenciones, con estancia en Terapia Intensiva. Desarrolla una sepsis abdominal de importancia que condiciona múltiples intervenciones de lavado quirúrgico y recolocación de drenajes, requiriendo tener abierta una herida abdominal muy grande hasta que la infección no ceda, esta herida cubre toda su cavidad abdominal desde el bajo abdomen hasta el inicio del tórax. Cuando veo al paciente por primera vez me llama la atención su

mirada que es de una angustia notable, se queja de que tiene mucho tiempo en el hospital y de que su herida debe permanecer abierta todavía, además de que en cada evacuación, los desechos se derraman por parte de la herida y el ardor es muy severo, pues todo está expuesto y le cuesta trabajo mantener el contenido de sus evacuaciones en las gasas que le proporcionan con el fin de colectarlas. Lo veo en varias ocasiones, tres a cuatro veces por semana y una mañana que acudo después de la hora del baño, el paciente llorando desesperado me dice que no puede más, habla y habla con ansiedad, me cuenta muy detalladamente que al estarse bañando parte de los intestinos se le salieron de su cavidad, y sus ojos de angustia clavados en los míos parecen más desorbitados aún; que está cansado, que ya no aguanta las evacuaciones, que no aguanta el dolor, y acto seguido él descubre sorpresivamente ante mi mirada atónita su enorme herida abierta, sólo cubierta en los extremos por karaya. No pude evitar dar un paso atrás.

Pedro, de 24 años acude de emergencia al hospital llevado por su familia debido a que presenta amputación traumática de tercio distal del pene y testículo derecho, auto infligido con elemento cortante (tijeras), llegando a la institución con un choque hipovolémico. Cuando lo entrevisto por vez primera el aspecto médico está parcialmente controlado, el paciente durante esa sesión ríe y ríe, dice haber estado viendo los "Tiny Toons" en la sala con sus padres y hermanos y que se le ocurrió "hacerlo", pregunto ¿hacer qué? "Cortármelo", ¿qué? "Pues ahí donde hago pipí"; cuenta muy someramente cómo lo hizo y no para de reír, mientras se sonroja al mismo tiempo. Dice que no sintió como si se hubiera cortado "algo así de uno". Sigue riendo y mueve la cabeza, diciendo que con la risa no se puede remediar. Según lo contado por la familia no hubo gritos, ni exclamación alguna de dolor, lo encontraron a punto de desmayarse, con el trozo de pene amputado en su mano izquierda.

María, de 19 años de edad, ingresa con una herida perforante en abdomen por arma de fuego, que se refiere en la interconsulta como intento de suicidio, presenta lesión hepática que la mantiene en situación grave por un par de días; su evolución futura es incierta. Cuando la entrevisto me dice que ella misma fue quien se da el balazo, debido a que momentos antes había tenido una discusión con su amante, con el cual vivía, que era policía judicial y presentaba una celotipia que iba día a día en aumento. La paciente afirma que no toleraba ya el acoso, las preguntas y los maltratos, que estaba desesperada y prefería ser ella quien terminara con todo y no continuar tolerando las golpizas y vejaciones de las que era objeto. Le preocupaba en mucho lo que fuera a ocurrir con su pequeño hijo de 2 años de edad, ya que su familia de origen no la apoyaba en absoluto.

José, de 38 años, es atropellado por un ferrocarril, es traído en helicóptero e ingresa a cuarto de choque con tres amputaciones traumáticas, ambas piernas y el brazo derecho; durante las maniobras médicas el brazo restante se descubre con una lesión incompatible para su funcionamiento y para la vida, motivo por el cual es también amputado. Yo acudo a entrevistarle cuando se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos, pero el paciente no está en posibilidad de verbalizar ya que se encuentra intubado. Me quedo de pie a su lado y lo llamo por su nombre, le digo que he venido a atenderlo, que soy del Servicio de Psicología. Me quedo a su lado por espacio de media hora sin hablar, mientras él hace movimientos persistentes para desafanarse del tubo que tiene en su garganta. Al día siguiente, la segunda y última vez que lo veo antes de que sea trasladado a otra institución, me mira desesperado con lágrimas en los ojos, mientras insiste en los movimientos de desprenderse del tubo respirador. Yo empiezo a decirle cosas que supongo me quiere decir, -que si tiene miedo, que si está muy triste, que si está aterrado, que si le molesta el tubo, que si se lo quiere quitar, que si necesita a la enfermera o al médico-, el paciente a todo dice que no, moviendo fuertemente la cabeza, sus labios en el poco espacio que el tubo deja hacen movimientos que semejan la vocalización de la m. Intento palabras con "M", hasta nombrar "Muerte", al oírlo el paciente asintiendo llora e insiste en desprenderse de la intubación.

No es menester presentar aquí una viñeta clínica de cada uno de estos casos. Habría muchas otras historias escuchadas: sujetos atropellados, acuchillados o balaceados, desfigurados, lesionados medulares o amputados, enfermos o quemados, y algunos otros que en forma propositiva intentaron suicidarse. No saturaré su lectura con historias que semejan un guión del mejor cine gore o hasta del snuff, lo que intento con esto, es mostrar de qué hablamos cuando del cuerpo lastimado y de sus urgencias se trata.

Accidente, muerte, culpa, muerte, castigo, muerte, historia, muerte. Como buceando dentro de aguas pantanosas en forma sorpresiva y escalofriante la muerte se revela a cada paso, repetidamente, insistentemente.

II ¿QUE ES LO URGENTE EN LA CLINICA DEL CUERPO LASTIMADO?

Respondamos pronto: Es la muerte.

Ante un cuerpo herido, ante un cuerpo gozante deslimitado de su geografía, ante la mutilación, ante la locura, ante el anuncio anticipado de la corrupción de un cuerpo, ante la violencia gimiente en un dolido cuerpo ¿qué se puede hacer? ¿De qué se trata todo esto? Intentemos avanzar.

En la clínica del dolor real, del profundo dolor que tiene que ver con la sangre, la carne y la piel, en la clínica de lo cruento, de aquello que por la palabra no se atrapa, nos enfrentamos con lo que Freud nombrara lo Unheimlich³. En este texto trabajado casi simultáneamente que Más allá del principio del placer, Freud problematiza la experiencia de lo terrorífico, partiendo de la descomposición del vocablo un-heimlich. La voz germana heimlich designa dos acepciones divergentes entre sí: la primera se refiere a lo familiar, lo íntimo, de confianza y no ajeno; la segunda acepción contempla la acción de ocultar, mantener algo clandestino, escondido. La composición unheimlich dice así Freud, retomando a otros "es todo lo que estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz" ⁴

Lo Un-heimlich marca el desocultamiento de eso Heimlich; lo íntimo que estaba condenado a ser ocultado se devela y su presencia es entonces lúgubre, angustiante; en esta clínica ¡vaya forma de mostrar las partes más heimlich! Lo ominoso como retorno de lo entrañable reprimido, alumbrando sorpresivamente lo destinado a la obscuridad, volviéndolo así extranjero y convirtiéndolo en repetición mortífera. Digamos que la muerte se pesca, cínica, in fraganti.

Freud trabaja los factores que vuelven ominosa alguna experiencia "... el animismo, la magia y el ensalmo, la omnipotencia de los pensamientos, el nexa con la muerte, la repetición no deliberada y el complejo de castración".⁵ Así también la experiencia del doble y la locura, entre otras. Todo aquello que se remonta a algo familiar arcaico, primitivo, que se repite, porta a la muerte y eso le confiere la cualidad ominosa.

Y es que, ¿qué más primitivo que el cuerpo? ¿En dónde más sino en el cuerpo insiste la muerte?. El cuerpo sabio de goce, reservorio de verdad incognoscible. El cuerpo, ese nuestro íntimo desconocido, el cuerpo real, se presenta en esta clínica como una experiencia fragmentada, deslimitada, descolocante, haciendo de su materia -carne, hueso, mucosa, piel, sangre y deyecciones- un mensaje de muerte aterrador.

De ese cuerpo cribado de sexo y muerte ¿Qué sabe uno? ¿Qué lugar tiene el saber ante lo real del cuerpo?. Lo que sabemos con Lacan es que el saber hace falla, y que el sujeto además se resiste a saber la verdad⁶.

El saber falla porque la verdad no puede ser dicha toda, habla a medias, el cuerpo lastimado es así una manifestación ejemplar. A cada verdad no se le corresponde su saber, no hay simetría entre ambos, porque la verdad tiene una consustancial deficiencia y es que ella no lo dice todo, ni de la relación sexual, ni de la muerte ni tampoco de lo real. Así el enfermo y el que lo atiende no quieren saber -¡qué horror!- y la verdad es rechazada, aunque no obstante, con relación a la verdad dice Lacan "las piedras, cuando es necesario, saben gritar también"⁷. El cuerpo herido, golpeado, abierto o amputado grita, blasfemando con una estridencia silenciosa, ¿quién quiere escucharlo?

Freud en Más allá del principio del placer⁸ expone a detalle el destronamiento del placer por la pulsión de muerte; es a partir del estudio de los sueños de los que padecen neurosis traumática, del juego infantil -Foocooort-Daaaaaa-, de los fenómenos transferenciales y de lo

fatal del destino humano, que describe la compulsión a la repetición, eso que lleva a repetir forzosamente lo reprimido, preferentemente aquello más displacentero.

La vida tiene como meta morir, la vida quiere morir, y dependiendo de cada historia se las arregla para hacerlo a su muy particular modo, por caminos diferentes, más cortos, más largos, o de franca premura. La pulsión de muerte se halla destinada a repetirse compulsivamente y a pesar de todo; decía Freud que esta pulsión realizaba su trabajo en forma inadvertida o como dijera U2 "she moves in mysterious ways". Pero esta muerte no es sólo sinónima de un fin natural, el propio destino de toda vida; no es esa muerte tras la que se entierra o crema el cuerpo, no es la muerte del fin de la vida, sino la que en ella es insistencia inquebrantable de denodada destrucción.

En la clínica del cuerpo lastimado como en toda clínica, la muerte es el eje de trabajo analítico, pero es quizá en ésta en la que de manera más brutal se presentifica. En toda praxis psicoanalítica ocurre que se llega con el analista porque uno se está muriendo, sólo que acá la muerte se evidencia como urgente, ganando hartos terrenos en las parciales y muy reales muertes sufridas -una pierna o brazo amputados, extirpación de órganos internos o partes de ellos, etc.-. Digamos que lo que es verdaderamente urgente en esta clínica es la muerte.

III UNA EROTICA MALDITA

Erotismo maldito, Castigo del Otro.

La enfermedad psicosomática, el cuerpo enfermo, el trauma físico inscripto en el cuerpo -como todo trauma-, toca la erótica. ¿Por qué siempre el cuerpo está cuajado de erotismo?. ¿Por qué la clínica del cuerpo lastimado sería una erótica maldita? La propuesta nos viene por dos vertientes. Freud y Bataille. Freud y la deconstrucción del cuerpo erótico en la observación clínica de sus neuróticas y de "sus" niños. Y George Bataille con su concepción del erotismo maldito. A ello enlazamos el aspecto que concierne a la culpa y el castigo, ambas en relación sincrónica al cuerpo erótico.

En Tres Ensayos de Teoría Sexual Freud plantea que la pulsión, que descansa en los orificios del cuerpo junto con la función corporal vital -alimentación, evacuación, percepción, etc.-, por apuntalamiento se divorcia de la función. Así, la pulsión se independiza y luego domina sobre el aspecto fisiológico, haciendo de éstos hoyitos en lo sucesivo las tan convocadas "zonas erógenas".

De tal forma, avasalladora, la pulsión subvierte la función biológica y el cuerpo es más que sólo un conjunto de órganos y sistemas. El cuerpo por esa subversión pulsional es de suyo y preponderantemente un cuerpo hecho para el erotismo. Erotismo en sus diferentes matices, tan de cada historia, tan únicos.

Esta concepción del cuerpo erótico, independiente y sin paralelismo necesario al cuerpo biológico, introduce vicisitudes con relación a la conformación de la excitabilidad sexual. No sólo las cualidades placenteras tendrán un componente erógeno, también los aspectos dolorosos, de miedo, angustia o terror pueden ser integrados como provocadores de excitación sexual. De tal manera, son las huellas de la historia de la pulsión -amorosa y destructiva- y su posicionamiento en la cadena de significantes las que harán tejido de los hilos de la individualidad erótica.

El cuerpo erótico y todas las experiencias insertadas en tal dimensión, poseen además una cualidad energética. Aquí podemos ensayar una proposición que se refiere a la cuestión de la economía psíquica, pues en los traumatismos físicos cumple una función que no puede soslayarse. Cabe la notación de que el concepto de trauma psíquico proviene del campo de la medicina, y toma de éste las propiedades que la definen: En ambos aparece un choque violento, -que en el trauma psíquico sería confluencia de múltiples e intensas excitaciones-, una lesión y una o varias consecuencias en el organismo o sistema. Me parece que si en la clínica de la que venimos hablando se presentan traumatismos físicos, ellos pueden ser también un

correlato de traumatismos psíquicos, lo cual se entiende cuando enfocamos un poco la cuestión de la energía.

En Más allá del principio del placer Freud, disertando sobre la cuestión de que las posibilidades de contraer una neurosis de guerra disminuyen cuando se sufre una herida, afirma que "... la conmoción mecánica debe admitirse como una de las fuentes de la excitación sexual" y más adelante que "... la violencia mecánica del trauma liberaría el quantum de excitación sexual"¹⁰. Entonces, en la distribución libidinal, tanto el trauma físico como las enfermedades o las heridas sufridas tienen una función de liberación de excitaciones que posteriormente han de ligarse, continúa Freud, al órgano afectado con una sobreinversión narcisística. ¿No es esto acaso una forma de autorregulación erótica, ciertamente terrible, pero erótica al fin?

Porque se puede pensar que lo erótico, desde su raíz etimológica ¿acaso no nos convoca al amor, a la vida?. Pero recordemos que del Eros conservador de vida se deriva la pulsión mortífera. No hay vida sin muerte, no hay Eros que en su reverso no sea habitado por la muerte. Por otro lado cada cual vive y muere a su manera, uno decide y claro es que no por voluntad, como ir haciéndolo -fumando, ejercitándose, comiendo en exceso, leyendo, trabajando, metiéndose sustancias ilegales, llorando, bebiendo, escribiendo, enfermándose, reproduciéndose, amando, odiando... etc.-. Todos vivimos muriendo y hay quienes no hallan otra opción de hacerlo más que lastimándose el cuerpo de una forma violentamente certera. Para algunos la única forma de sentir el cuerpo vivo es lastimándolo. Dice Bataille¹¹: "Es necesaria mucha fuerza para discernir el vínculo de la promesa de vida, que es el sentido del erotismo, al aspecto lujoso de la muerte".

El erotismo lleva siempre el tatuaje de la violencia, es siempre desgarrador, y en esta clínica la violencia toma cuerpo, literalmente. La experiencia erótica nos enseña Bataille es preponderantemente íntima, sagrada y tiene como condición transgredir; la trasgresión de un interdicto es parte consustancial al erotismo. Pero cuando se habla de un erotismo maldito se trata de algo condenado, no es sólo la trasgresión sino con un plus de vergüenza y horror, porque abre a la muerte y está del lado del mal. Como en el asesinato o en el incesto, la trasgresión del interdicto se maldice -¿por quién?, por el grupo social o cualquiera que haga las veces de un Otro-, siendo la maldición condición de su gloria.

Si la erótica es maldita cuando se consagra a lo condenado por la trasgresión, ¿qué sería lo maldito en esta erótica lastimosa? Digamos: se trasgrede el cuerpo y sus límites, se trasgrede el cuerpo y sus funciones, pero eso pasa también en la cama de los amantes y no es más que lo propio del erotismo. La cosa va por otro lado, lo maldito del erotismo en los pacientes que se accidentan, que se lastiman, que están heridos y enfermos se vuelve condenado porque involucran un daño, un grado de mal, es como un asesinato pero sobre la propia persona. Como el suicida o el loco que con su cuerpo blasfeman y pregonan el horror, el sadismo contra sí, la destrucción compulsiva. Esta erótica es maldita porque atenta contra la imagen de completud de un cuerpo, porque atemoriza y avergüenza al otro. Es un erotismo maldito porque los lastimados van por la vida como emisarios de muerte, haciendo pública una violencia gestada en su accidentada vida, una violencia tan fácilmente contagiable que dedican en oropel a la sorda sociedad aterrada.

El erotismo está habitando el cuerpo y éste se halla en relación con los otros y con la propia historia. El erotismo navega entre el goce y el deseo. El cuerpo en el erotismo también se halla entre otros cuerpos; a pesar de su intimidad el erotismo nunca es un asunto solipsista. Lo que en esta clínica parece resonar es que el erotismo se centra -como todo erotismo- en el cuerpo del sujeto, pero sin intercambio, digamos que en la clínica del cuerpo lastimado no median otros objetos que no sea el del cuerpo propio. El erotismo es maldito en la clínica del cuerpo lastimado porque su goce lo aleja del deseo, porque sus intercambios entre su cuerpo y el mundo excluyen a otro objeto que no sea él mismo.

El erotismo es maldito porque también involucra el castigo, tan socorrido como significación en esta clínica. Ante la trasgresión queda la culpa, ante la culpa maldita, el castigo.

Viene a propósito mencionar lo que Freud trabajó en su famosa obra de 1900 Psicopatología de la vida cotidiana, en el apartado de vergreifen (trastocar las cosas confundido) donde brinda un material clínico extenso que ilustra la función psíquica de los accidentes, atrapando claramente un sentido signifiante. Su propuesta era que no todos los accidentes eran atribuibles al azar, sino que se hallaban determinados por el aspecto inconsciente, donde la pulsión tanática -tendiente siempre a la autodestrucción-, engarzada al signifiante desde siempre, jugaba un papel capital:

"...dejarse caer, dar un paso en falso, resbalar, no siempre se debe explicar cómo la falla casual de una acción motriz. Ya el doble sentido que la lengua atribuye a estas expresiones indica la clase de fantasías retenidas que se pueden figurar mediante ese abandono del equilibrio corporal".¹²

Muchas veces, lo aparentemente casual es atribuible a un objetivo que económicamente beneficia al sujeto: acción sacrificial para ahuyentar un fantaseado mal mayor, la acción contra supersticiones, la calma momentánea de una culpa inconsciente, el pago de una deuda, el tener un "merecido" castigo, -como María lo expresa en el caso arriba relatado. El castigo proviniendo del Otro. La asunción y actuación del castigo del Otro.

Es común escuchar que muchos pacientes tenían antes de la ocurrencia del accidente una suerte de presentimiento de que algo ocurriría, Freud en este texto también lo menciona, explicando la inclusión en el preconsciente de la amenaza de autodestrucción, pero también es explicable como una forma a posteriori de significar ese evento.

Decía Freud que las lesiones autoinflingidas aparentemente casuales eran de verdad debidas a una tendencia autopunitiva y se observaban en los casos más graves de neurosis como un síntoma patológico del sujeto:

"Hay en permanente acecho una tendencia a la autopunición, que de ordinario se exterioriza como autorreproches o presta su aporte a la formación de síntoma; ella saca hábil partido de una situación externa que por casualidad se le ofrece, o aún ayuda a crearla hasta alcanzar el efecto dañino deseado".¹³

El hecho de sufrir lesiones lleva una clara intención de autoaniquilación, que sin embargo, debido a la no-consciencia de tales intenciones el evento se considera azaroso. A esto Freud le llamó "suicidio tolerado inconscientemente". Privilegiando la individualidad de cada caso, es a través de la significación y de lo que el paciente asocia y reconstruye, es mediante la historización del acto y su escucha, siempre après coup como en todo acto, que se puede tener acceso a esa verdad que se juega en la ocurrencia de una situación en apariencia accidental.

En suma, la violencia de lo erótico maldito no deja otra opción que la destrucción, morir o matar, lastimar o ser lastimado; esa excitación transgresiva signada por el odio abre sus puertas a la culpa, a la insistencia compulsiva, a la violencia repetida que se esculpe y se escupe en el cuerpo.

IV SOBRE LA INTERVENCION

Aspectos de la transferencia

Si la erótica se halla del lado del discurso del cuerpo y éste grita verdad que es silenciada por la imposibilidad de decirse, ¿habría entonces en el accidente, la herida o el daño al cuerpo la posibilidad de decir siquiera un poco sobre esa verdad?

Pensemos con Derrida que toda herida es un rastro, un documento de archivo, una huella de pérdida. Si todo trazo de una incisión, si cada marca hecha en la piel evoca la memoria de una pérdida, de una edad, de un tiempo ¿qué de eso se rescata para poder hacer historia? Siguiendo a este autor, "la sobreimpresión peliculada de éstas marcas cutáneas parece desafiar el análisis"¹⁴ porque existe una marca gráfica hecha en la piel y una cierta repetición

de ésta. Son las heridas huellas archivadas que se superponen unas a otras y en cada "capa" se abre lo que él nombra "los labios de una herida". Con ello me parece que se muestra la dificultad de rastrear ese cuerpo otro, hecho de cicatrices en la piel y bajo la epidermis... el cuerpo real, pero que no está en modo alguno exento de la posibilidad de hacer, de archivar historia.

Pero, las heridas, el accidente, la amputación, las quemaduras, las desfiguraciones, las penosas terapéuticas, las cirugías, el corte al cuerpo ¿son formas de historizar?. Si tomamos a la historia como cuajada de huellas a las que se ligan significantes que a través del tiempo van haciendo un discurso, diríamos que sí, pues para algunos quizá estas situaciones son las que posibilitan la única forma de hacer historia, de historizar lo mortífero de su deseo, de historizar gozando.

Pero para poder historizar y escuchar esa erótica se requiere un tiempo donde se escriba, se cuente, o se inscriba. ¿A qué se puede apelar ahí para intervenir?, ¿Qué tan posible es la intervención? ¿Qué se hace ante la premura característica de las urgencias y cómo ahí se da cabida a la gestación de la transferencia? En la clínica del cuerpo lastimado todo suele presentarse de forma apresurada, la demanda comúnmente indefinida y apremiante, la intervención muy en función de los servicios médicos, el tiempo cronológicamente corto, los egresos casi nunca anunciados, la periodicidad de las sesiones muy variable, la ocurrencia frecuente de decesos, ante todo ello ¿cómo se instaura ahí la posibilidad de establecer una transferencia y de ahí intervenir?

A diferencia de otros países, en México las Instituciones Médico Hospitalarias no establecen una normatividad, ni tampoco una homogeneidad respecto a la formación del clínico que pretende hacer un trabajo que aquí llamaremos, en lo sucesivo, "psi". En los servicios hospitalarios que dan atención "psi" pueden encontrarse psicólogos, terapeutas familiares, terapeutas del Yo, terapeutas de la gestalt, terapeutas grupales, psicoanalistas y a veces la única opción de atención son los psiquiatras o los trabajadores sociales. Hay diversidad de posturas teóricas, lecturas y -dentro de las posibilidades que la institución siempre en vigila permite- diversidad de prácticas; por ende las intervenciones clínicas son muy variadas. Aunado a ello, que de sí involucra una forma siempre diferente de escucha y posicionamiento, encontramos que la transferencia de y hacia el "psi", no es sino atravesada por la Institución y la Medicina.

El hospital como sede máxima de intervenciones coloca al paciente como un blanco multiabordado y multitratado, es por ello que de la demanda de análisis poco o nada se filtra, al menos es poco probable que ocurra durante la hospitalización. Desde el médico, la enfermera, el paramédico, el personal técnico de los estudios de laboratorio y gabinete, los trabajadores sociales, hasta los voluntarios, religiosos, y alguno que otro espontáneo, se dedican a proporcionarle al paciente -por lo común sin que él lo pida-, un servicio, un tratamiento, un espacio, donde además de realizar el procedimiento que su disciplina amerita, también se le cuestionan las condiciones de su accidente o enfermedad, también se le obsequian regaños, consejos, regalos, odios, afectos o hipótesis sobre lo que le pasó o le pasará. Así se le prodiga una atención que suele obturar la posibilidad de una demanda, antes bien, ésta se encuentra -en sentido estricto- localizada y proviniendo de aquel que se supondría estaría en lugar de ofertador. Dice Lacan que con oferta se crea demanda¹⁵, la demanda es del que habla, del que pide, en los hospitales esto parece decirse así: Con oferta yo te demando.

La intervención del "psi" que se esperaríamos tuviera una lógica distinta a la de los otros potenciales escuchadores, se ubica con frecuencia en el lugar del que pide. Pide al otro que hable, que diga de lo que le ocurrió, habría aquí una línea diferencial muy frágil entre el ofrecer una escucha y el pedirle que hable. Aún a pesar de que el "psi" no sea quien establezca la demanda, su posibilidad se reduce al orden de la intervención, no tanto al del espacio para que una demanda en el sentido psicoanalítico se geste. Ello debe tenerse muy en cuenta y lejos de recusarlo pensemos cómo en éstas condiciones se puede establecer esa intervención.

El modelo de enlace, paradigma del funcionamiento en un Hospital, marca la pauta para la transmisión de la demanda entre enfermo-personal médico-"psi". El modelo de enlace tiene

como cometido "detectar oportunamente alteraciones emocionales en el paciente o sus familiares a fin de tratarlos"¹⁶ y esta labor recae principalmente en el equipo; de esta forma, la solicitud de atención "psi" se plantea desde algún miembro del equipo mucho más frecuentemente que del lado del paciente. En rigor aquí se trata de una demanda de ese sujeto que atiende al enfermo, léase médico, enfermera, o cualquier otro empleado incluido el "psi". Todo ello favorece que el paciente se ubique en posición -siguiendo la lógica de la transferencia- de erómenos (el amado) y el "psi" en posición de erastés (el amante); Ello contrasta con la transferencia de la praxis psicoanalítica, donde el paciente es erastés y es quién lleva la voz de la demanda para que se desate la lo-cura del saber y del amor con ese partenaire erómenos que es el analista.

Pero avancemos un poco más ¿aquí donde se encuentra el supuesto saber, soporte de la transferencia lacaniana? ¿El saber está supuesto al médico? ¿A la institución? ¿Al "psi"?

Una respuesta somera podría hacernos hipotetizar que el enfermo hace sujeto del supuesto saber al médico; el hecho de que el médico se lo crea como casi condición de su labor es cosa aparte, pero en efecto sostiene en mucho la transferencia, no obstante, en otros casos con una particular forma de establecer la transferencia, el supuesto saber está compartido entre el paciente, el médico, y el "psi"

En la transferencia sabemos con Lacan que se trata de alguien que habla y se dirige a otro que supuestamente sabe, buscando verdad. Si la transferencia existe porque el significante no cesa de no representar al sujeto para un otro significante, si la transferencia es la puesta en acto de la realidad sexual del inconsciente, veamos cómo se interjuega en la clínica del cuerpo lastimado. Porque por otro lado, pensar la inversión de los lugares transferenciales erómenos-erastés nos recuerda a la transferencia apellidada psicótica.

Creo que ante situaciones tan brutales como las que se viven en un Hospital de Urgencias hay una suerte de automatismo transferencial que echa a andar el paciente para aquel que llega en la disposición de escuchar lo que él tiene que decir. Sabemos que el paciente en el hospital es tratado muy frecuentemente con un cierto dejo de infantilismo, se le trata como a un pequeño niño que no debe saber, que no puede, el que no entiende, a veces ni siquiera se le mira al rostro al revisarlo o al preguntarle cosas; en el otro extremo está el personal médico que favorece una relación transferencial y luego no saben ya que hacer con lo suscitado, entonces se le llama al "psi". Cuando se abre un espacio de escucha, el paciente suele establecer pronto su transferencia.

Intentemos dimensionar la transferencia. El quehacer que se lleva a cabo en las urgencias a mí me evoca el trabajo de Françoise Davoine con respecto a la mostración, a las definiciones ostensivas: "Una especie de ritual de denominación en el que se designa con un gesto lo que no se puede nombrar" y que... "depende no solamente de las circunstancias, sino de la persona que la recibe"¹⁷. Se trataría aquí de una transferencia que tiene que ver con lo real. El paciente con un cuerpo desmembrándose se muestra, así -en su miseria, en su tragedia-, ante nuestros ojos. Como en el caso de Juan, un sujeto que se haya hablado y de pronto irrumpe un cuerpo real que se halla al mando de las comunicaciones y que se exhibe en toda su apertura, en toda su inimaginabilidad. ¿Cómo significar eso que el cuerpo, más que hablar, parece gritar amordazado?. Hay ahí algo que se muestra, que no se puede nombrar y el cuerpo de un otro que mira responde, esto no es sin consecuencias, pues ser receptáculo de una mostración tal lleva a jugar el cuerpo propio, compromete el cuerpo del que está ahí para recibir la mostración, y lo hace con su mirada, con su presencia, o con su síntoma.

El enfrentar sujetos con cuerpos que semejan cadáveres en proceso de putrefacción, de corrupción, moviliza al horror. Es innegable, el horror en esta clínica es compartido, ahí está un preludio a la intervención. Bataille dice así "... la violencia y la muerte que la significa, tienen un sentido doble: por un lado el horror que nos aleja, vinculado al apego que inspira la vida; por otro un elemento solemne, al mismo tiempo que aterrador, nos fascina e introduce un trastorno soberano"¹⁸. Esta paradoja es redondeada por Bataille cuando habla del temor que tenemos a que la violencia se contagie. La violencia tan temida y tan fácilmente contagiable, de la que el

analista no se halla inmune; tememos que esa podredumbre nos alcance y nos recuerda la amenaza de que para uno mismo la muerte también es destino.

La clínica de los accidentes, de las urgencias comparte un campo con la psicósomática, de hecho toda clínica "psi" dentro de la medicina convoca una lectura psicósomática. Ya se ha comparado en muchos textos la clínica de las psicosis con la de la psicósomática, estableciendo entre ellos el terreno mutuo del delirio. Dice Dejours¹⁹ a propósito que la agresividad -que sabemos que tiene su asiento en la especularidad del yo-otro-, descargada contra sí con la inherente violencia, es destino de mutilación o suicidio; descargada con los otros es asesinato; y por supresión conduce al desarrollo de una enfermedad psicósomática. Pero aquí no trabajamos una lectura de la clínica del cuerpo lastimado a partir de la psicósomática, que no deja -¡desde luego!- de exhibir con todas sus credenciales la filiación que éste tiene con ella, sino más bien hacemos una lectura de esta clínica a partir del psicoanálisis.

Hay una sensación de que esta clínica se le parecería a la de las psicosis, en el sentido de que el registro de lo real aparece preponderantemente. En las psicosis y en la clínica del cuerpo lastimado, el real cede poco espacio a los otros dos registros. O lo decimos así: ante el horror exhibido -carne, sangre, infecciones, mutilaciones- el real es de tal forma conjurado que hace de esa materialidad tierra inhóspita para la simbolización, y hasta aún para la imaginarización.

Sé que ésta analogía acarrearía severas contradicciones teóricas sino se esclarece que tal analogía contempla básicamente dos aspectos: por un lado un posicionamiento transferencial similar al de la psicosis, al menos en la fase de shock, donde se inicia el trabajo durante la hospitalización; y por otro, la simetría entre lo horroroso y abismal que es propio del real y que aparece compartido en ambas clínicas. ¿Por qué intentar explicar la transferencia de la clínica del cuerpo lastimado a partir de las psicosis? Porque son los elementos a mano para decir algo sobre la transferencia tan sui generis de esta clínica, que no se le parece a la que se suscita un poco más "asépticamente" (¡valga el término!) en el consultorio analítico.

Allouch²⁰ introduce la cuestión de que el neurótico transfiere y el psicótico plantea transferencialmente. Ello implica que el analista que se presta a soportar una transferencia se encuentra en una posición idéntica, dice Allouch, a la del psicótico, pues sostiene con él la función de erastés; analista y psicótico comparten también la función y el lugar de supuesto saber, si hay algo que saber ambos tienen que saberlo. En esta clínica el planteamiento de la transferencia muy a menudo y durante el periodo de hospitalización suele ser de este orden

Hay cosas del cuerpo que se le escapan a la palabra para significar, hay cosas del cuerpo que adolecen de significante. Eso lo sabe bien en general no sólo la clínica psicósomática, sino cualquiera otra, así como también el arte y el encuentro erótico. Una dimensión real de la transferencia en esta clínica involucraría entonces la falla de la palabra que no alcanza a decir de ese cuerpo y el lugar que en ello ocupa el analista.

Pero como en toda transferencia también lo imaginario está presente. Hay un autor, Haynal, que habla de "la exhibición de heridas"²¹, una forma muy común en los pacientes de "elaborar" sus heridas; al mostrarlas, el paciente busca mirar el rostro del que observa y así poder tener una mejor idea de la gravedad o evolución de su herida, busca encontrar una respuesta a su pregunta sobre "cómo está mi lesión". Nada más imaginario que ser espejo, espejo-apoyo a un cuerpo cuya fragmentación aparece más acá de la fantasía, donde la mirada participa fundamentalmente y en esta clínica toma un valor de acto, en mancuerna con la presencia y el silencio compartido. Parece que el paciente con su mirada busca en ese otro que lo mira una respuesta a su pregunta -que va más allá de las heridas-, y que tiene que ver con ¿qué soy?, ¿qué quedo?.

El papel de la mirada en la clínica del cuerpo lastimado sostiene en parte, precariamente, el desatamiento de la fragmentación del cuerpo. La mirada del que escucha contribuye a mantener con dificultad las partes de un espejo roto que amenaza con hacerse añicos. A veces ese espejo estalla ante nuestra mirada, otras, el paciente lo traía ya hecho polvillo entre sus ropas aún ensangrentadas.

Pero si -como Lacan lo plantea en varios momentos-²², los órganos internos pertenecen a la categoría de no especularizables, junto con la voz, la mirada o las heces, hay algo de lo que ahí se juega de inimaginable, incompatible a la especularización, donde el que mira no puede saber nada de lo que esa verdad inmundada, real y universal, exhibe. La verdad que no puede ser dicha toda, habla con una lengua desconocida.

A pesar de que poco se puede decir del cuerpo y sus verdades, hay también una otra dimensión en la transferencia, importantísima, aquella que inserta la palabra y que da la posibilidad de que algo pueda ser nombrado por el sujeto, la posibilidad de acceder a algo simbólico dentro de todo ese paraje de elementos extranjeros y difíciles -sino imposibles- de nombrar. Porque una cosa es que la verdad pueda ser dicha a medias cuando más, y otra que se le confíe a su enmudecimiento. Como en el caso de José y su grito de muerte ahogado por la intubación. Se trata de poder escuchar algo que el paciente tiene que decir, sin acallararlo, y de que se apropie también de palabras que puedan o intenten expresar su experiencia, su dolor, su preocupación, su culpa. Pues parece que en el hospital el lenguaje se vuelve algo inaccesible de significar para el paciente, no solamente toda esa jerga de términos técnicos, sino que los conceptos de vida-muerte, parecen estar del lado médico o del equipo multidisciplinario y ahí se queda el paciente enmudecido. Se trata pues de por la transferencia acceder a una dimensión simbólica, advertidos de que ésta función fundamental se halla muy limitada.

V UNA ETICA:

La del acto analítico

¿Qué ética nos convoca como clínicos? Sin duda aquella de los valores de la verdad, aquella del deseo, aquella que hace efectos. Pero ¿de qué saber se puede hablar aquí? Ciertamente no de alguno que nosotros pudiéramos enseñarle al paciente, ya lo vemos, pensarlo así sería y lo es absolutamente patético. ¿Quizá de un pretendido saber sobre cómo hacer el bien? eso resulta propio de las disciplinas religiosas, y en la disciplina nuestra toma un cariz más bien ridículo. Acá proponemos que se trata de una ética que da fundamento a la existencia de eso llamado psicoanálisis: la ética del acto psicoanalítico.

La ética en la clínica de las instituciones médico-hospitalarias tiene a la diestra una gran tentación: protegernos bajo el discurso del poder, mismo que se facilita por la cercanía que con el médico tenemos dentro de un equipo multidisciplinario en la institución hospitalaria. Aquí el saber supuesto se toma bajo la égida de verdad. El médico y sus secuaces, bajo el escudo de supercientificidad creen poseer, de facto, la verdad de lo real de ese cuerpo sufriente.

El caer en una posición de amo ("yo sé lo que a usted le conviene, yo le voy a explicar qué pasa, yo sé curarlo, a usted le está pasando esto"), el posicionarse de tal modo es marcado por nuestra impotencia, por la propia limitación ante la muerte, el sufrimiento, y el cuerpo hablante, frente a nosotros, al que no entendemos nada.

Yo creo que la ética nos conmina a poder oír ahí algo de lo que la historia de la pulsión mortífera del paciente anuncia, así de manera tan brutal; poder dar cabida a la posibilidad de que el deseo de muerte pueda ser asumido por el paciente. Ser testigo, en el sentido de que atestiguar tiene que ver con alguien que asiste a otro en ciertos actos, alguien que ha visto u oído algo, ser testigo de la muerte. Ser testigo de ese acto destructivo y de todas las carencias con las que el paciente acompaña su vida, en particular en este tipo de instituciones -hambre, hacinamiento, carencias materiales dramáticas, etc.-. Ser testigo para que eso se pueda escuchar y no se olvide, cito a Lacan "Lo desconocido temible, más allá de la raya, es lo que en el hombre llamamos el inconsciente, es decir, la memoria de lo que olvida. Y lo que olvida -pueden ver en qué dirección- es aquello para lo cual todo está hecho para que no piense -la hediondez, la corrupción, siempre abierta como un abismo- pues la vida es la podredumbre".²³

Para quién se posiciona del lado de la escucha, esto me parece, debe ser fundamental de ubicar. La institución hospitalaria tiende a ser sorda a la pulsión de muerte, paradójicamente siendo ésta la materia con la que trabaja; se trata tal vez de abrir un canal por el que pueda

escucharse -más allá de los multiplicados furores curandis- el deseo del paciente. ¡Cuántas veces damos por sentado y confundimos el deseo del paciente con sus demandas de sanación y felicidad!. Se trata de poder hacer un espacio de trabajo -como dijera N. Braunstein-24 en las rendijas de la institución, pero siendo congruentes de que tomar a la muerte como instrumento de trabajo implica saberse advertido de ella.

Pues bien, crimen, castigo, muerte, locura, putrefacción, sangre, carne, mutilación, materia prima de trabajo que implica -como he venido tratando de tejer- una ética y una erótica que se entrelazan para dar cuenta de la (im) posibilidad de un acto analítico.

Quizá la posibilidad ética en esta clínica lastimosa será sólo si nos advertimos de que lo que pretendemos escuchar se halla del lado de lo imposible. Que esta actividad tiene el límite que es marcado por un cuerpo sin palabras. Que es una actividad invadida por la muerte, donde el recluir ante el horror no está exento, pero que también existe la oportunidad de dar un paso adelante. La posibilidad ética de intervenir sobre esta erótica es quizá hacer justamente de la imposibilidad un acto.

HILDA FERNANDEZ ALVAREZ

CIUDAD DE MEXICO, 25 noviembre, 1999

Notas Bibliográficas

1- Esta concepción de la clínica, aunada a una dimensión poética, la trabaja Helí Morales en su libro "Sujeto y Estructura" Ediciones de la noche. México 1997. Pp 211

2- Diccionario de la Real Academia Española

3- Freud Sigmund "Lo Ominoso" (1919) Obras Completas Tomo XVII, Pág. 215. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

4- Op. Cit. Pp 225

5- Op. Cit. Pp 242

6- Lacan, Jacques "El acto psicoanalítico" Seminario inédito. Sesión del 29 de noviembre de 1967

7- Lacan, Jacques "La ciencia y la verdad" (1966) en Escritos 2. Ed. SXXI México 1995 Pp 847

8- Freud, Sigmund. "Más allá del principio del placer" (1920) Obras Completas Tomo XVIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

9- Freud, Sigmund. "Tres ensayos de teoría sexual" (1905) Obras Completas Tomo VII, Págs. 153-165. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.

10- Freud, Sigmund. "Más allá del principio del placer" Op. Cit. Pp 32-33.

11- Bataille George "El erotismo" Ed. Tusquets Barcelona 1988. Pág. 85

12- Freud Sigmund. "Psicopatología de la vida cotidiana" (1900) en Obras Completas. Tomo VI Ed. Amorrortu Buenos Aires Pp 172

13- Op. Cit. Pp 176

14- Derrida Jacques "Mal d'archive" Ed. P.U.F. Francia. Pág. 39

15- Lacan, Jacques "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958) en Escritos 2 Ed. Siglo XXI México 1995. Pág. 596-599.

16- Haynal A. y Pasini W. "Manual de Medicina Psicosomática" Ed. Toray Masson. México 1982.

17- Davoine Françoise "La Locura Wittgenstein" Ed. Epeelee México 1992. Pp. 51

18- Bataille Op. Cit. Págs. 67 - 68

19- Dejours Christophe "Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo: supresión y subversión en psicosomática" Ed. SXXI, México 1992 Pp 19 - 30

20- Allouch Jean "Ustedes están al corriente, hay una transferencia psicótica" Littoral 7/8 de Littoral No. 21, octubre de 1986. Pp 39-65

21- Haynal A. y Pasini . Op. Cit. Pp. 238-239

22- Lacan, Jacques "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo" (1960) Escritos 2 SXXI México 1995 Pp 798.

También se encuentra en el seminario de La Identificación de 1962 y en el seminario de La Angustia de 1963 donde la inespeularidad de tales objetos parciales conforman el terreno para la creación del objeto a.

23- Lacan, Jacques "La Ética del psicoanálisis" Seminario 7. Ed. Paidós Argentina, 1995. Pp. 279

24- Braunstein, Nestor "Sobre la epistemología del Psicoanálisis". Seminario de los lunes en la UNAM. Clase del 29 de febrero de 1996.

La sala de internación como dispositivo

Ana Mathov - Candela Zurro

"Cuando el domingo quisimos ir a ver a los carneros, ese recinto estaba cerrado con una cuerda, de suerte que no pudimos pasar. Hans se asombró mucho de que un recinto se cerrara sólo con una cuerda por debajo de la cual uno puede deslizarse fácilmente. Le dije que los hombres decentes no se deslizan por debajo de esa cuerda. Opinó que no obstante es facilísimo, a lo cual repliqué que entonces puede venir el guardián y llevárselo a uno"

Sigmund Freud OC Amorrortu E. Tomo X

La sala de internación como dispositivo

La sala de internación está atravesada por el discurso médico, jurídico, analítico.

Heredera del asilo, testigo y parte de la vuelta de la psiquiatría a la medicina; no cura pero trata. En una época en la que se superponen los saberes.

No es un dispositivo inventado por el psicoanálisis, sino por la práctica médica, es un territorio en el que podríamos decir que se les da "asilo político", a sujetos deshabitados de su cuerpo, desencadenados, caídos de la escena, arrojados a un goce deslocalizado o que empuja al acto.

Este dispositivo, que aloja y por otro lado en su dimensión de sostén simbólico, instaura un orden; posibilita nuestro trabajo, y a la vez lo limita, se presenta como una resistencia al despliegue subjetivo.

Queremos transmitir nuestro trabajo, así como nuestros obstáculos e interrogantes a través de una situación clínica.

El caso

G, es un paciente de 28 años. Su familia está conformada por su padre (electricista) y su madre (ama de casa). Es el mayor de tres hermanos, el que le sigue en edad tiene 25 años y el menor 13 años. El paciente abandona los estudios mientras cursaba la escuela secundaria.

Tiene dos internaciones previas, realizó tratamiento en el hospital de día.

Quien toma a su cargo el tratamiento de G en la internación, venía atendiéndolo en el marco de un equipo de emergencia, que funciona en el hospital Alvarez.

Los primeros encuentros con el paciente estaban teñidos por la desconfianza: "potencialidad de choque" decía G.

A pesar de la reticencia inicial comienza a hablar: él ve "cosas que los demás no pueden ver" ve "más que el resto de las personas"

Realiza un "trabajo espiritual" con quienes lo consultan, los guía, los orienta, y les brinda "positividades".

El paciente continuaba desconfiado e inquieto durante las entrevistas.

Presentaba asimismo trastornos del lenguaje: neologismos, asociaciones de palabras por asonancia y disgregación.

Luego de ausentarse en dos entrevistas, concurre y muestra su cuello lastimado.

Dice: "Mi papá me clavó el destornillador". Muy agitado y desorganizado puede relatar que durante el día anterior él había peleado con su hermano menor, porque este lo había provocado y él quiso demostrar su "fuerza". En ese momento su padre le clava un destornillador. Agrega lo siguiente: "al mirar en el espejo, vi una mirada de violencia"

El paciente pide ir a Hospital de Día. Quien conduce su tratamiento escucha este pedido como un pedido de corte frente a lo que había sucedido y se le indica que se quede internado unos días, ya que en esas condiciones, no podía volver a su casa. G acepta.

La internación

Durante los primeros días en la sala, G recorre inquieto el pasillo de punta a punta muy rápido. Se mantienen entrevistas todos los días con él.

Al poco tiempo, G comienza a salir, sale sin permiso, sin avisar a nadie. Se ausenta algunas horas, vuelve sin decir nada. Vuelve en los horarios de comida o medicación, con lo cual se hace difícil en los primeros momentos darnos cuenta de su ausencia. Cuando esto se hace evidente, su terapeuta decide introducir lo que estaba sucediendo en las entrevistas, y así escucha que G tiene un circuito: va a su casa, a lo de un vecino que es su amigo, y a ver a otros amigos que están en problemas, les ofrece su ayuda espiritual.

Se planteó en ese momento un interrogante en torno a la dirección de este tratamiento. Si bien podíamos escuchar que las salidas de G. obedecían a una lógica, no había que dejar por fuera la legalidad de la sala, las normas para todos los pacientes.

¿Cómo articular el "para todos" con la particularidad de este sujeto?

El primer movimiento fue enunciar las reglas de la sala. G solo podía escucharlas como arbitrarias. Decía estar "enjaulado" o "preso" y "querer su libertad".

Las reglas de la sala quedaban equiparadas a la arbitrariedad de su padre.

Se escuchó que este circuito armaba espacios. Un adentro y un afuera, y de alguna manera se articulaba con el tiempo fijo de la institución: horarios de comida y de medicación.

Algunas de las salidas respondían a su ideación delirante: necesitaba hacer su "trabajo espiritual".

Se mantenía la pregunta: ¿cómo lograr introducir cierta legalidad sin reproducir las coordenadas del episodio que derivó en la internación?

Tratando de articular la legalidad del orden institucional y la particularidad del caso, se comenzaron a establecer pactos con G., sabiendo que había muchas posibilidades que se pudieran cumplir a medias. Horarios de salida, días de permiso y días de estar en la sala. Se introdujo la necesidad de avisar al equipo tratante o de guardia, de este "entrar y salir" de la sala.

Tal como se había pensado, algunas de las condiciones de los pactos se tornaban arbitrarias y caprichosas para G, otras no tanto: así podía avisar al equipo tratante si había salido por fuera del pacto, o si había llegado más tarde.

Hasta aquí el caso.

Antes planteábamos al dispositivo como una condición de posibilidad de nuestro trabajo y también como una resistencia al mismo.

Intentaremos dar cuenta de esto sirviéndonos de la situación clínica planteada.

Pensamos que era necesario todo el peso y la presencia de la institución para producir un corte frente a un punto de insoportable (ligado a esta escena con su padre) para este paciente.

"El resultado al cual debe alcanzar un psicoanálisis, no es adaptarse al mundo, sino saber que cuando algo es insoportable, es necesario poder querer verdaderamente decir no".

En la situación clínica presentada, es su terapeuta, quien en acto introduce el no a través de la indicación de internación. Pero rápidamente lo insoportable retornó en las reglas mismas de la institución.

Este fue el momento en el que se nos planteó la encrucijada....ética.

El psicoanalista "no es más el que se retira del mundo del trabajo de las instituciones, es el que trabaja para recordar a cada uno que "...si la instancia simbólica no alcanza lo real que insiste, la consecuencia de ello es que sea cual sea el reglamento que les dice lo que tienen que hacer, la verdadera acción está más allá del reglamento"...de la aplicación de la regla"

Esto implica poder "captar lo que del caso excede el reglamento"...lo que es el punto extraordinario de él" "nos esforzamos siguiendo el reglamento pero sabemos que hay algo que no puede ser reducido ni previsto, y que es allí que la acción central va a decidirse, va a centrarse" 1

Pensamos que no está de más aclarar que la demanda de la institución se dirige hacia quién conduce esa cura, exigiendo el cumplimiento de las reglas.

El malestar está allí instalado.

El desafío: cómo no quedar completamente asimilados al orden institucional, sin desmentirlo.

En este caso apelamos a un tercero: la supervisión, lo que nos permitió reinventar un dispositivo que permitiera tener en cuenta la particularidad de este sujeto.

Para finalizar, es importante remarcar que planteamos una situación clínica con una salida "discretamente exitosa", pero también aclarar que no es lo más habitual.

Todos los días nos confrontamos en la sala con demandas de muy distinto tipo. No sólo pacientes psicóticos llegan. Al revés de lo que pasaba años atrás, la sala psiquiátrica no es un lugar de reclusión del que hay que escapar. Más bien asistimos a un fenómeno en el que se demanda asistencia, medicación, internación. Y muchas veces hay un punto de satisfacción muy grande en quien lo hace.

Lo que consideramos un uso terapéutico de la internación, en algunos pacientes (nos referimos a los cuadros clásicos), se vuelve en contra en otros casos donde la asistencia que brinda una sala posibilita una ganancia de satisfacción que no redunde en un efecto terapéutico.

La situación se complejiza al incluir la variable social, ya que al caer muchos sistemas de sostén, los individuos segregados se dirigen al hospital público, que se ve sobreexigido por las múltiples demandas que deberían vehiculizarse en distintos organismos, y que en la actualidad convergen en él.

Es un desafío de la época y de los efectos en la clínica que nos tocó vivir.

Notas

1 Eric Laurent. "Psicoanálisis y Salud Mental" Edit. Tres Haches. Págs. 71y 72.

Presentaciones clínicas

Lealtad sobre tumbas

Sandra Bet

Agradecemos a Osvaldo Delgado y a Susana Epzstein por la gentileza de habernos enviado este trabajo, presentado por Sandra en las Jornadas de la cátedra Hospital de día y clínica de los bordes, en el 2000 en la Universidad de Buenos Aires.

Para F lo del suicidio esta vez había sido sólo una idea, las otras veces no, idea que le vino en el trabajo porque se sentía "acorralado".

La cuarta internación lo encontraba tirado en la cama, sin ganas de nada y con un intenso dolor de cabeza del que dirá que: "No me permite ni ver".

Los primeros encuentros son muy difíciles, está ensimismado y ni levanta la cabeza, da la impresión que le pesara, como si no pudiese sostenerla.

Impacta tanto aplastamiento. Lo único que dirá es: "Me siento mal anímicamente" y "No tengo ganas de hablar porque en las otras internaciones ya conté todo". Sólo refiere un pedido por la medicación: "¿No podrá hablar con la doctora? Si me bajasen un poco la medicación tal vez tendría menos dolor". Se le da lugar a su pedido hablando con la médica para que se le reduzcan las dosis y se lo invitará a comenzar el trabajo: "*Lo espero mañana a las diez, pero adelante en los consultorios*".

Al llegar a la sala está sentado, esperando para ser atendido en dos horas. Decido atenderlo en ese momento. La entrevista toma la forma casi de un interrogatorio:

- - No quiero hablar, me siento mal.
- -¿Pero qué es sentirse mal?
- -Es largo, cosas que arrastro de chico.
- -Tengo tiempo para escuchar cosas largas.
- -Lo que a mí me hace mal es mi imaginación. No quiero hablar de eso, me cuesta hablar, no quiero seguir hablando.

Le diré entonces que no hace falta que hable en las entrevistas, pero que venga igual: "*Mañana, como hoy temprano, lo espero temprano, ni bien llego*".

Levanta la cabeza y me mira. Tengo la impresión que es la primera vez que me ve.

Al día siguiente el encuentro toma un tono confidencial, me cuenta, casi en secreto, lo que estas voces le dicen: "Asesino", "Inservible", "Hijo de puta, matate", "Me dejaste morir".

Está avergonzado, se esconde sobre sí mismo: "A veces también tengo visiones, veo a mi padre, la imagen de él, es la voz de mi padre que me ordena que me suicide".

¿Historia...?

Hace tres años empezó a notar cosas raras: sonidos, murmullos, palabras y hasta comunicaciones, telepáticas. Luego las voces le dijeron que era el padre.

Aparece entonces el episodio de la muerte del padre.

"Él se suicidó, pero antes apuñaló a mi mamá. Vi cuando le cortaba la yugular, luego se cortó él. Con mi hermana decidimos ayudar a mi mamá que siempre estaba de parte nuestra. Mi hermana dijo: Dejémoslo, vamos a llevar a mamá. Ahora lo veo; si yo me hubiese quedado no se hubiera suicidado. Mi conciencia no me deja tranquilo".

La primera vez que vio la imagen del padre es en el momento en que salía del primer parto de su mujer. Va al *hall* a darle a la familia la noticia y detrás de todos ellos ve al padre que le sonríe.

El nacimiento de esta hija desbarata el matrimonio que hasta el momento había sido "hermoso". F decide volver con su madre.

La segunda vez que lo ve es luego del incendio que se desata en su casa. Que según F se debe a un cortocircuito, y que su madre considera que él provocó. La casa queda destruida, en especial la habitación de F Al volver a la casa tienen que dormir en el mismo cuarto.

"Esa noche me acosté mal, a mitad de la noche lo vi sentado al pie de la cama, vi la imagen de él con cara de mal humor, con furia, parecía una bestia. Me dio mucho miedo, tengo miedo, todo el tiempo".

La secuencia del relato se interrumpe una y otra vez: "Estoy muy mal, no quiero nada, nadie me vino a ver. Mi mamá no puede viajar por que tiene el colesterol muy alto... es la persona del mundo que más quiero... aunque tuviera todo el oro del mundo me quedaría a vivir con ella... me duele la cabeza es la medicación...".

Los llamados que se le hacen a la madre para convocarla a las entrevistas son infructuosos:

Se reinicia el relato: "La pelea empezó porque mi papá me había comprado un almacén, quería que yo lo atendiera, mi mamá no, no quería que me manejase. Yo era la pelotita de *ping-pong*...".

Vuelve sobre la noche del suicidio "Regresé a mi casa a buscar mi padre".

Pero, a su regreso encuentra que el padre se había ahorcado. El peritaje dirá que fue un suicidio premeditado ya que el nudo de la cuerda tenía varios días. Dice al respecto: "Parece que su papá tenía una decisión tomada".

Las preocupaciones

Le preocupan tres cuestiones a las que llama: "Cosas que no puedo dejar de hacer", y son: mentir, jugar al arquito (fútbol con la mano y una pelota de papel) y armar su títere.

De la mentira dirá: "Es algo que no puedo controlar. Llegué a inventar que mi mamá se había muerto; de mi trabajo hasta le mandaron una corona. Cuando conocí a S le dije que se había muerto, fue a casa y creía que era mi tía". "Quisiera que mi mamá me crea lo que me pasa, ella piensa que ahora yo también miento y que lo hago para no trabajar".

Este punto de no creencia materna lo llevará a F a estados que él llama de depresión.

Intentará llamar a su madre por cobro revertido. Esta se negará a recibir el llamado.

Al tiempo la madre le traerá ropa limpia y el equipo de familia improvisará una entrevista. Dice no tener nada más para decir, el episodio del marido está superado. "Mi marido era un buen hombre, muy trabajador. F inventa todo esto, es un vago, no quiere trabajar".

Se combina una próxima entrevista a la que no asiste.

Los plantones, reproducen el circuito de "depresión", aplastamiento y desgano y las voces "Inservible, Asesino, me dejaste morir".

Se resolverá finalmente decirle a esta madre telefónicamente, que no es preciso que continúe asistiendo a las entrevistas, puede acercarse de visita, pero no hacen falta más entrevistas.

Al tiempo se reinicia la narración: "Yo nunca me sentí igual que los otros chicos... siempre fui distinto, como ahora, hago cosas sin que me vea nadie como lo de la pelotita de papel 1 , no lo puedo controlar... quisiera que me ayude con el tema de las mentiras".

"Cuando inventé lo de mi mamá fue porque no sabía cómo zafar del trabajo, cada vez trabajaba más y más horas, empecé a escuchar las voces por primera vez, no sabía de qué se trataba, intentaba disimular mi estado de salud, era mucho para mí mucha responsabilidad. Se me ocurrió decirle al dueño que mi mamá se había muerto. Cuando mi mamá lo descubrió se reía, lo único que me dijo es que era un mentiroso, no sé ni cuantas pastillas me tomé".

"Mi papá estaba celoso de mi mamá, inventaba cosas, que estaba con otro hombre, mi mamá se bancó todo. Él le pasaba un cuchillo por el cuello y la amenazaba, discutían por la casa".

Intervengo señalando que: "Entonces pasaban cosas entre ellos, discutían por temas de pareja".

"Ni bien él se murió mamá no quiso saber nada, vendió todo, la casa, el negocio. Compramos esta casa, no sé qué pasó con el resto del dinero".

"En el último tiempo estaba muy nervioso. A la noche tomaba y caminaba alrededor de la casa con kerosén; decía que nos iba a incendiar a todos".

Los Títeres

"Lo de los títeres me encanta, es algo que no lo escondo, los construyo, les doy vida, les cambio la voz. Quisiera hacer títeres, ser actor para hacer reír y llorar a la vez como la realidad de la vida". "Quiero reflejar mi vida en el títere".

Flequillo aparecerá en escena. No lo trae pero habla de él: "Es como yo, trabajaría, sería muy trabajador y tendría una familia como la mía, una hermana, mi mamá... mi papá".

Para esa época una profesional del servicio me señala el nuevo corte de pelo de F: "*Tu paciente se cortó el pelo como Chirilita*", cosa que quien sabe porque motivo, no había advertido.

Comienzo a tener dificultad para mirarlo porque me causa risa, me preocupa porque no puedo evitarlo. Decido entonces introducirlo en la sesión. "*Usted me hace reír*".

F mira sorprendido, se queda sin palabras.

Flequillo tomará ahora todo su lugar. Comenzará a pensar que sería mejor tener una historia armada para hacer en las plazas, "Un libreto". "Flequillo podría hacer que es un Rey, así como Menem, que cree que es un rey pero no es un rey".

Trabjará además con los títeres en los encuentros que comienza a tener con una de las residentes del servicio donde además se complejizarán las tramas.

Improvisar, con un tono muy ronco y áspero de voz, cambiando abruptamente a una voz muy finita. Los cambios resultan muy graciosos y las sesiones terminan a las carcajadas. "¿Vio como puedo manejar la voz?".

Otra sesión...

Dice haber estado hablando con un compañero quien "sabe de poderes extrasensoriales", le explicó que hay gente que está en otra dimensión y que se comunica con nosotros, gente que aún no ha podido morir, hay que ayudarla a morir.

Afirmo lo dicho por su amigo con firmeza.

Su mayor pasión ha sido ser jugador de fútbol: "Cuando murió mi papá, mi mamá me pidió que dejase de jugar porque necesitaba que yo trabaje".

Se integrará a un taller de armado de títeres, en las sesiones se irá armando una trama: "Yo podría manejar varios títeres sólo tendría que cambiar la voz".

Comienza a pensar en el armado de otro títere. Este títere no es como él.

La otra dimensión del padre

Recordará que los domingos usualmente el padre venía a despertarlo con un mate: "Me hablaba bien... Venía muy temprano para que no me quedase dormido para el fútbol".

Evocará los viajes en el auto: "Le gustaba que lo acompañe, estaba de buen humor".

Volverá sobre la noche de la muerte, relata el gesto de la madre al darle la noticia: "Ella cerró los ojos y no hizo ningún gesto, luego me dijo: Si querés llorarlo, llorá".

"Todo empezó cuando yo tenía 15 años, ella dejó de quererlo, se disputaban la casa, mamá dice que en la cama le pegaba".

-Pero entonces no se peleaban por usted.

-Yo no, yo no dejé de quererlo, lo respeto y ahora lo extraño. Es como que fue todo muy rápido, como que no tuve tiempo, no lo alcancé a llorar.

Sesiones posteriores vuelve con el relato de la escena, con algunas variantes: "Cuando yo llegué ya estaban discutiendo... escuché los gritos desde la esquina... me quedé frío mirándolos".

Al tiempo vendrá a contarme algo. El día de la muerte al volver a la casa encuentra una carta del padre en la que le dice que todos van a morir y sería el único sobreviviente de la familia.

Los sueños

"Voy en el auto con mi papá, él no me hablaba, parecía enojado porque yo estaba del lado de mi madre".

"Soñé que mi papá estaba vivo. Le hablaba y me llevaba hasta un lugar... Mi papá me acompañaba al trabajo". (Metalurgia en la que el padre y luego él trabajaron).

El aburrimiento

"Estoy súper-aburrido, nadie viene a verme, tengo ganas de salir de acá, de ver a mi hija. ¿Cómo voy a salir si nadie viene a buscarme y a firmar la salida?"

F sale sólo pero se indica que vuelva a dormir al hospital, ya que no cuenta con una habitación propia. Su madre se queja porque "Es un gastadero de plata eso de ir y venir, debería quedarme a dormir en allá". Nos negamos rotundamente a esto.

F dice que no entendemos su imposibilidad económica. Hará luego la lista de materiales necesario para la reconstrucción y proyecta alternativas laborales. Saca cuentas utilizando como unidad de medida bolsas de cemento.

La madre aparece en el hospital para decirle al equipo tratante que no hay posibilidad que duerma en otro lado. En el curso de la entrevista aparece el lavadero como un lugar posible no nombrado hasta ahora. "Tendría que sacar el lavarropa".

El lavadero no será desocupado. F se pondrá, finalmente, un colchón, una radio, que es lo que más le gustaba hacer en su habitación, "escuchar música".

Paralelamente a esto comienza a proyectar el armado de un escenario para los títeres.

La solicitud de la madre con relación al dinero y al trabajo lo remontan al circuito de aplastamiento. Le preocupa comenzar en la pizzería y no poder parar "en las internaciones anteriores falló eso; salía y se ponía a trabajar sin parar".

Se realiza la derivación a Terapia Ocupacional: se abordarán distintas posibilidades y finalmente conocerá Talleres Protegidos, solicitando su ingreso.

Al momento del alta se esperaba que se hiciera efectiva su inclusión. En un tiempo intermedio, entre el alta y la internación, la madre insiste con gestionar la pensión por incapacidad, cosa que le es negada.

El análisis del Caso

Lo que en primera instancia impacta en F es el estado de ensimismamiento en el que se presenta. Su cabeza gacha, su ruborización constante; está como avergonzado. Al fin del caso este ensimismamiento tomará en todo caso la forma de un escondite. La internación misma había funcionado como este escondite. F se había escondido, pero ¿de qué?, ¿de quién?

Empieza a hablar y nos pone sobre la pista: Tiene certeza que las cosas se ubican en el campo de la imaginación. Y realmente está en la razón la cuestión de una imagen está ahí desde el inicio.

"Todo es producto de mi imaginación", "Es la imagen de mi padre".

Las preguntas iniciales son por el diagnóstico:

¿Opera esta imagen como la interdicción faltante, entre él y este goce materno? ¿Es la aparición en lo real de lo que ha sido forcluído desde lo simbólico?

Esta imagen lo tiene como cegado, como siendo visto sin poder ver; una luz que lo encandila.

Hay un primer momento, sin embargo, en el cual él levanta la mirada. Tiempo en el cual se depone la demanda de que "cuente tal o cual cosa" y le es ofreciendo sólo un lugar para él.

¿Es un primer tiempo donde se produce cierta imbricación de lo pulsional, que se hallaba desamarrado? Lo que es cierto es que hay algo que él comienza a ver.

Proyecta así, no una historia, sino una escena.

Propongo pensar que es la imagen del analista la que comienza a ubicarse entre él y este resplandor, comenzado a operar como pantalla.

La función de la pantalla, a propósito de la cuestión de la pulsión escópica, interesó a Lacan en *El Seminario 11*, allí la define como: "...contrasta sin ser vista con lo que está iluminado (...) hace que la luz lechosa se desvanezca entre las sombras y aparezca el objeto que ocultaba".

También en *El Seminario 13* se refiere a ella: "Hace la función de lo que se interpone entre el sujeto y el mundo. No es un objeto como otros la pantalla anuncia lo que de la representación es el representante. Antes de que el mundo venga representación su representante emerge".

"La pantalla no es solamente lo que oculta lo real, lo es, al mismo tiempo lo que lo indica".

La pantalla opera, entonces, en sí misma como función. Se interpone entre el sujeto y el mundo, oculta y revela lo real.

Y, efectivamente, las cosas parecen funcionar así. La escena que proyecta, recordemos es la siguiente: "Él se suicidó, pero antes apuñaló a mi mamá. Vi cuando le cortaba la yugular, luego se cortó él. Con mi hermana decidimos ayudar a mi mamá que siempre estaba de parte nuestra. Mi hermana dijo: "Dejémoslo, vamos a llevar a mamá. Ahora lo veo; si yo me hubiese quedado no se hubiera suicidado. Mi imaginación y mi conciencia no me dejan tranquilos".

Lo que aparece en esta línea no es la historia sino una escena que no es cualquiera. Una escena descarnada, impactante casi expresionista, por su exceso. En la que él está capturado, cautivado.

La escena, que tiene las características de una batalla, se rearma encuentro tras encuentro como una película en la que las tomas se van repitiendo.

Aparecen en ellas las coordenadas subjetivas que en esta escena familiar lo determinan:

"Vi cuando le cortaba la yugular, ahora lo veo; si me hubiese quedado...". Escena en la que se encuentra suspendido como objeto.

A propósito de esto, Lacan dirá 3 que: "En cuanto el sujeto está reducido al estado de espectador o tan sólo de un ojo (...) lo que queda es en efecto la desubjetivación radical de toda la estructura (...) que puede ser sólo sobre una pantalla que se constituye el sujeto".

Él se había definido, en relación con esto, de la siguiente manera: "Yo era una pelotita de ping-pong".

Aparece en acto el juego del arquito, que nos confiesa, no puede parar. Lo domina, no puede dejar de hacer. Juego que se esconde para realizar y que luego comenzará a mostrar en sesión.

La armadura delirante ya había intentado este primer corrimiento de este lugar de objeto.

La alucinación y el delirio ya son un primer intento de curación, al decir de Freud.

Con respecto a la primera vez que el padre se le aparece él dirá: "La primera vez que vi a mi padre, fue luego del nacimiento de mi hija", recordemos que el padre estaba en la sala de espera detrás de la familia y le sonríe.

La segunda vez dice: "lo vi sentado en la cama", lo miraba con cara de bestia 4.

Me parece importante marcar en este punto un cambio de posición subjetiva en la escena: el ahora no es un ojo que ve, es a la vez visto. Ahora él ve a padre viéndolo.

Hay un restablecimiento del circuito pulsional, hay segundo tiempo de la pulsión que, como Lacan nos recuerda, es en tres tiempos, cuyo tiempo final es el hacerse, lo que acentúa el carácter activo de la pulsión.

Él ve a su padre viéndolo.

Hay, entonces, un restablecimiento del circuito pulsional. Efectivamente, no es lo mismo ver que ser visto; no es lo mismo un objeto, que un sujeto. Hay un intento en el montaje alucinatorio de ubicarse en una posición diferente a la de la escena primaria que relata.

Recurso que, sabemos, falla, en tanto no es suficiente para acotar el goce de esta madre que nombraré como: "Asé- sino" o "Trabajador". Volviéndose aplastante en tanto engendra en sí mismo un circuito de infinitización, al no poder ser acotado ni siquiera por la imagen de este padre que irrumpe en este contexto, circuito que se transforma, en todo caso, en un insulto que lo nombra como un objeto desechable: "Inservible".

Describe, así, un sin fin que va entre responder a este goce intrusivo: trabajar, trabajar, trabajar. Goce al que no puede responder más que con su ser; lo desestabiliza y lo empuja al acto, previa chance de pasaje por la mentira.

Es interesante, de todos, modos volver a la escena para analizar algunas cuestiones. Resaltemos la idea de Lacan al analizar la cuestión del cuadro⁵: con relación al gesto y su diferencia con el acto. Dirá que lo que caracteriza a la pintura es el gesto entendido como estas pinceladas; el cuadro es más afín al gesto que a otro tipo de movimiento.

El gesto es entendido como en un tiempo suspendido. Instante de ver... está siempre presente en el cuadro... los trazos de las pinceladas no se borran... temporalidad que Lacan define con el término detención.⁶

Es cierto que en la escena descripta hay algo detenido: hay un gesto en el que él queda suspendido: "Dejémoslo, vamos a llevar a mamá".

Las intervenciones que en una lectura rápida pueden ser escuchadas como desculpabilizantes: "la que decidió fue su hermana", "su papá tenía una decisión tomada".

Intentarán cambiar la orientación de estos gestos, única posibilidad que hay en una escena de introducir cambios. En este sentido diré que con una imagen lo único que podemos hacer es darla vuelta, invertirla, rebobinarla para adelante o para atrás. Los gestos ahí inscriptos no pueden ser borrados.

El acto, sin embargo, reanuda el tiempo de la escena: como el gesto del corte de una película introduce el movimiento.

Es justamente esto lo que F intenta. Reanudar las cosas, echar a andar la película por intermedio de un acto: acto que el padre no pudo cometer y que a cambio F intentará saldar: "Matar a la Madre"- "Matarse él".

Deuda que, en todo caso, no puede abordar desde lo simbólico sino que intenta saldar desde lo Real.⁷ De esto se trata tal vez su "Lealtad".

En el medio, siempre la mentira intenta ser una chance simbólica de este pasaje a lo real, chance que siempre falla, al ser descubierto y nominado como mentiroso lo conduce a nombrar su falta, al punto de la aniquilación.

A partir de las intervenciones comienzan a aparecer algunas variaciones en los gestos: "Mi papá estaba celoso de mi mamá...". "Mi mamá dice que en la cama le pegaba".

Sabemos que para que se constituya el campo de la mirada, de lo que se trata en el sujeto es de tener ojos para no ver... deponer la mirada.

Constituir una escena en la que algo quede por fuera, que se constituya lo que Lacan llama "*doma-mirada*".

Hacia el final del recorrido F trae una nueva versión, la escena entera se reformula. Él ya no está dentro de la misma: "Cuando yo llegué ellos ya estaban discutiendo... yo escuché desde la esquina los gritos...".

Así F *pierde de vista* la escena.

Se ubica a un costado del cuadro, ahora como exterior a ella.

Algunas cosas van pasando paralelamente a esto.

Se anota en el taller de cine del hospital donde ve películas de acción y en la casa se sienta frente al televisor, durante horas.

Para que la mirada se constituya es necesario que se extraiga del campo de la visión un objeto, el objeto *a*.

Al tiempo reaparece su vocación por la actuación, cosa que en primera instancia vehiculizará por intermedio de los títeres.

Nominaré esto como un intento de *hacerse mirar*.

Él es Flequillo, no es el títere igual a él, él es igual al títere. Construye el títere para después adaptarse a esa imagen... lo imaginario se va moldeando. El títere le da un cuerpo.

Empieza la idea de reconstruir la habitación y el escenario para los títeres.

Lugar del títere donde se esconde y a la vez se deja ver. Este personaje lo cubre.

Se ubica ahora como una pantalla, ya no como la ortopedia de la pantalla que la imagen del analista le prestaba, sino como una propia desde donde puede, manejar las miradas y la voz.

Con los títeres además comienza a manejar la voz.⁸

Al tiempo formulará un lugar para su subjetividad:

- "Quiero ser actor para hacer reír y llorar a la vez"

"El llorar de la risa" funcionará como intervención que habilitará este lugar.

Aparecen los sueños que nos relatan el trabajo psíquico que se está realizando: en el primero hay sólo imágenes no palabras: un padre enojado. En el segundo, le habla al padre, le dona algo... su trabajo.

Decanta entonces el final... una carta dice "que él es el sobreviviente", aparece el "legado".

F. comienza a soñar con su padre momento en el cual le empieza a conceder a este una cierta endeble sepultura simbólica y deviene simbólicamente presente. Este padre que era un "muerto viviente"⁹ pasa a ser un "viviente muerto", "soy el sobreviviente". Algo del exterior ha devenido interior. Algo del Padre sobrevive en él.

Lo fundamental aquí de la sepultura, no es tan sólo la transmutación de lo real al orden significativo, sino la institución de una interdicción. Lacan nos recuerda que la interdicción no es lo que el padre profiere sino aquello que adviene luego de la muerte de éste. Así se instituye una separación entre lo real y lo simbólico, entre el muerto que vive y el significante viviente muerto.¹⁰

Es F., aunque con mucha dificultad, el que se arma su espacio separado en el lavadero, el que empieza a pensar en la reconstrucción de una habitación. Hechos que pueden ser leídos en un plano como la posibilidad de construcción de una imagen corporal pero que, a decir de Lacan, el yo que constituye el narcisismo es la introducción de la muerte¹¹.

Así creo que el recorrido de esta cura puede pensarse como la constitución de la mirada como distinta del ojo espectador al que estaba reducido. Y que esto es posible por la constitución primero de una pantalla ortopédica que luego él tomará a su cargo como máscara que lo proteja de esta omnipresencia de la mirada.

Como conclusión final diré que la posibilidad de constitución subjetiva queda ubicada como tensión entre dos significantes... ser el sobreviviente y ser actor.

No olvidemos que la diferencia entre un actor y un espectador es que el actor olvida la mirada.

Notas

1. Este juego con las manos lo repetía sin cesar durante el primer tiempo de la sesión relatando además que no podía dejar de hacerlo cuando estaba sólo, aunque él quería evitarlo. Para él era una novedad poder hacer esto ahora delante de otro, aunque esto sólo sucedía en la sesión.

2. No se trata de una escena segunda que remite a una primera infantil, es el mismo episodio que se reformulará con las intervenciones realizadas. No tiene el valor de un segundo tiempo del trauma.

3. Lacan J., *El Seminario* 4. "La relación de Objeto"

4. Este padre al cual F. se refiere nos hace recordar el padre de la Horda Primitiva en su versión más demoníaca y feroz. Un "proto-Padre" o un "antes del Padre". Personaje todo poderoso. Es un Padre que aún no ha muerto, un espectro que circula y lo observa. Será sólo a partir del asesinato que surge la ley y el padre, así como la añoranza y el amor al mismo.

5. Lacan, J., *El Seminario* 11, « ¿Qué es un cuadro? ».

6. Puede ser pensado como el Instante de ver.

7. En las psicosis está presente el registro de la deuda como corolario del goce del padre o de su asesinato. Esta deuda es abordada con las características propias de la estructura, no es mediante el sufrimiento del significante en el cuerpo como F la aborda. La solución es la muerte en lo real, pagar con la desaparición. "Matarse él" "Matar a la Madre". Deuda de sangre un crimen sólo puede ser saldarse con otro crimen.

8. Queda por fuera, por cuestiones de extensión, el análisis de la cuestión del "manejo" que comienza a hacer de la cuestión de la voz.

9. Alain Didier Weil, «Los tres tiempos de la Ley».

10. Marta Gerez Ambertín, "Las voces del Superyó".

Lo que antes era impedido con su existencia ahora es ahora es prohibido desde la situación psíquica con efecto retardado. Esta obediencia brota como creación nueva. Al *Urvater* se lo mata y se lo llora, hay odio y después de la muerte un retorno al amor.

11. Lacan. J., *Intervenciones y Textos*: "El mito individual del neurótico".

Un cuento de Navidad (Acercas de las transferencias en análisis)

Jorge G. Garzarelli

"Pero que es esto que tengo sobre la cabeza? – exclamó con gran desconsuela cuando palpándose la cabeza con las manos se encontró con algo muy pesado que la ceñía estrechamente la testa".

*"Pero, ¿cómo se me ha puesto esto encima sin que yo me haya enterada? – se dijo mientras se quitaba el pesado objeto y lo posaba sobre su regazo para averiguar de qué se trataba".
"Era una corona de oro".*

*Alicia a través del espejo.
L. Carrol (1)*

No cabe ninguna duda que elegir un analizando que uno considere especial para escribir sobre él, puede tener sus bemoles.

Primero porque aparece (como en toda presentación lo hace), una dosis suficiente de narcisismo tanto en el que escribe como en el que relata. Narcisismo también del Texto.

Qué decir de la esperanza de que al oyente le apasione el escrito!

Segundo porque en esa elección hay desde ya una predeterminación desde el deseo del analista.

Tercero porque se juegan las formas posibles del prejuicio, de las resistencias del vínculo, etc. Globalmente diríamos de la transferencia.

Podríamos seguir denunciando, cuarto, quinto, sexto...

Pero jugando (cuánto placer en el poeta y en el niño!), a poder escribir quisiera leerles algunos garabatos de sesiones. Letras esqueletos que se despertarán cuando sean rozadas por mis ojos (ellas están ahí para mirarnos), sensibles palabras que desean esa mirada. Quizás deseen hacer transferencia.

¿Ustedes querrían escuchar "un cuento de navidad", al que le faltan muchos significantes?.

A este cuento le he añadido con alguna decepción algunas de mis ocurrencias.

Obviamente hablaré de transferencia, dejando descontado todo lo que ustedes sabrán acerca de lo que nos dice Freud a lo largo de toda su obra.

¿Qué habría hecho Freud sin transferir sobre sus escritos ese orden de lo desconocido del deseo humano y sus "eternas" consecuencias?.

He aquí algunos elegidos.

- Mire doctor, sho no voy a tutearlo nunca, sho quiero respetarlo, sho no respeto a nadie... no tuve padre... él nos abandonó, a mamá y a mí... desde entonces ella es como mi papá. Dicen que es una mujer masculina... usted dijo algo?"
- "No".
- "Ah, sho pensé...".
- ¿Qué pensó?"

- "Qué usted había dicho algo...".
(Voz interna. Busco saber. Sé que no voy a saber todo, pero algo, un pedacito, un recorte, un pico de castración).

Recorte histórico. Una primera hipótesis. La desecho para no obturar (me) (lo) y sigo escuchando. Es entonces que pregunto sobre un significante algo que se me había impuesto.

- "Algo?".
- "Pensé en... cómo será su papá?".
(Estallido del "voyeur". Intenta dislocar el vínculo? Seré yo el destinatario de esa pregunta. Es acaso una pregunta?).

El prosigue:

- - "Me imagino que usted habrá tenido en un buen papá".
(Es esto un vericuetto de la transferencia? Quizás, pero de quién?)

Es así que el texto y el con-texto es vacilante, discontinuo, abierto hacia adentro. Replegado. ¿Acaso el texto sufre, sangra, goza?. ¿Qué se yo?.

"Yo" no "quiere" llevar la corona de Alicia. Pero qué tentación!.

Mi yo, sede angustiada nada quiere y puede saber, solo es asiento de tranvía, perezoso, pasajero, que utiliza una débil pero suficiente energía para moverse sutilmente algunas veces, atropelladamente otras en el mundo glorioso e inhóspito, pero siempre por los mismos carriles.

Solo debo estar "algo" atento a mi propio deseo.

¿Qué hago con este gordito afeminado? -¿Qué hago con este gordito afeminado con su vocecita de flauta travesa que seguramente me hará objeto de reiteradas cantinelas quejosas?.

Y... ¿por qué no?.

La cantinela podría tener otra melodía, otro tono, otro ritmo!.

Un Otro avizora todos mis significantes. Otro produce todas mis preguntas pre-hechas como las pizzas hogareñas ante la presencia de visitas inesperadas.

Ay, ay,...hay pre-consciente como te hemos olvidado! Vos que organizás tanto y sos tán cumplido para que podamos almohadonarnos entre los mundos que estamos obligados a sostener!.

Vuelve un momento (siento que trata de sorprenderme) esa frase de Gabriel:

- "Ay, qué loca soy, le cuento cada cosa!".

Gabriel es vidrierista. Bonita loca encerrada en su jaula de vidrio, pajarito socializado que se mira en el resplandor de la sorpresa de la mirada de los otros.

Como sabemos la sorpresa burla a la repetición. La sorpresa es hábil en evadir lo conocido y sin embargo aquello que produce la sorpresa es lo (alguna vez) esperado.

Señoras y señores: "Una sorpresa repetida es la paradoja".

Decía anteriormente, a través de la mirada de los otros, compartir la hostilidad ansiada de ese encierro con esa compañía inquietante de maniqués que él compone a su capricho.

Amados maniqués: "Porque la gente que se pasa se detiene para mirarlos, la gente no sabe todo lo que cuesta hacer una vidriera, repartir colores, proyectar las luces, no, no, la gente no sabe".

La gente no sabe, él sí sabe. "*Petite mise en scène*" de una reivindicación imposible. Son acaso sus vidrieras "mise en acte?".

Odiados maniqués: "estos guachos no sienten, se salvan del sentimiento. Sho, sho, sí sé lo que es sufrir, cuando él nos abandonó... ufl...

- "Qué me importa mi padre...".

Negada la filiación una y otra vez a ese padre imaginario, Gabriel privilegia la mirada. Él debe ser reconocido principalmente por los ojos de los otros (de los otros hombres obviamente).

- "Ah,... ese maniquí nuevo de ojos verdes?. Usted sabe, Mariano también tenía ojos verdes".

Mariano fue un "affaire" momentáneo de Gabriel como casi todas y tan pocas relaciones con hombres. El anonimato es su doble.

- "Qué extraño es que los maniqués no tengan pene, pero sí tengan un bulto... usted sabe, eso es lo que me atrae de los hombres, el bulto".

Pene encapsulado en el bulto. Pene desaparecido. Promesa de aparición fulgurante. Cuanta excitación en la promesa de esas braguetas semi abiertas "tan bien mostradas en las propagandas de la tele, usted las vio... ah, no sabe lo que se pierde".

Visible e invisible, incitante extrañeza de una dialéctica que si se cierra y todo queda al desnudo evocará a la pesadilla de lo real: La muerte.

Ser mirado es ser re-hecho. Pero la mirada no dura. Gabriel necesita repetidamente otra y otra mirada más. Como si de un solo inmenso y constituyente ojo se tratara. Un ojo monstruoso que solo vea lo parcial, lo incompleto. Quizás un ojo muy pero muy inteligente.

Vuelve a resonar en mí: "Papá nos abandonó". Será ese ojo faltante ligado a la voz que le habla al hijo y le indica cómo ser en el mundo aquello que le falta a Gabriel?.

- "Sabe, alguna vez me hubiera gustado verle el pito a papá".

Pene:

"De todos los órganos sexuales, el pene, sin duda es el que mayor impresión ha causado en la imaginación humana (...), era en un tiempo el objeto más sagrado sobre el cual podía poner en sus manos el hombre para pronunciar un juramento inviolable (...). El pene es un "fascinum", es el símbolo de toda fascinación y ha recibido un gran número de nombres. En francés por ejemplo, existen varios centenares de sinónimos literarios (...). (2)

- "Pero, papá desapareció para siempre, no sabemos nada de él".

En mí resuenan algunos significantes. Se me impone "padre obsceno". Obsceno, lo que indica que algo estuvo dentro y ha quedado repentinamente afuera. Algo malo y feo ya que lo lindo y bueno se muestra siempre.

Parece ser, dice Beatriz Castillo, que la raíz griega de "scaena" significa "vestuario, tienda donde se cambiaban los actores. O sea que es muy anterior (Atenas, siglo V, a. c.) a cualquier sentido más moderno de escena". (3)

Gabriel juega, hace un chiste, forma una escena con el automatizado como un maniquí y con el otro que lo mira con sorpresa (condición sin duda) de atrapamiento (acaso de su padre?) y el vidrio mismo que suspende toda acción y solo permite ver y ser mirado.

Acá nadie escucha, solo se ve y se mira lo inefable.

Veamos el juego.

- "Muchas veces juego a ser un maniquí, me quedo fijo en posición y la gente me mira. Yo me sonrío o me muevo y la gente se sorprende".

Sorpresa de la visión – Sorpresa de la Mirada – Sorpresa de lo que no coincide.

Dije que Gabriel privilegiaba el ojo. Podemos añadir entonces: mirada privilegiada sobre el sonido augural de "papá". Sonido que augura el buen sendero. Su falta introduciría el meandro ida y vuelta de esa "S". Repetición que tambalea al cuerpo del que la actúa. Huella de víbora sobre la arena. Vestigio inmanente del Gran Ausente; de aquel que "sabía cómo ser hombre del mundo".

Demanda al que supuestamente sabe. Es éste el preciso momento en que el analista debe evitar la corona de oro, porque como dijo una vez Gabriel "sus bigotes le dan un "touche d'homme". Otra vez Gabriel y sus ganas de mostrarme con su pobre francés (y... quién soy yo para decir su "pobre francés?") que el "mi paciente" es un parisino. París lo enloquece. No, no conoce la historia de París (el hombre). De París vienen los nenes ya hechos. El padre es el pico de la cigüeña o la chimenea donde ésta se asienta.

Digo en un breve poema:

Desde que rompió ese espejo
Un antiguo malestar
Le quedó desde afuera

Toque de hombre... sus ganas de tocarme. O yo a él?.

Pero qué digo, que pienso si no me atrae. Bueno, no sólo porque nos gustan tocamos a las personas y a las cosas.

Abstinencia es la norma.

Yo también lo miré. Es obvio, no solo escuchamos sino que alguna vez miramos a nuestros "pacientes".

La cuestión es hacer las cosas bien, pero a veces la "chancha transferencia" nos juega alguna mala pasada. Ya sabemos que las cosas bien hechas pueden ser mostradas, las feas no. Y por qué no?. El arte como transferencia también nos juega malas pasadas. Cuántas obras de arte nos parecen horribles y no por eso dejan de serlo.

Me parece innoble no continuar hablando del arte, pero es que entonces nunca cesaría de hacer transferencia sobre él. Acá y así dejaré el tema.

Otra vez Gabriel diciéndome, (diciéndome?):

- Usted sabe que el gemido es un arma?. Sho los enloquezco a los hombres con mis gemidos, sé gemir mejor que una mujer. Sho gimo y ellos, pobrecitos se creen que me gusta. No, no me gusta. A veces pienso si se llegaran a morir después de acabar. Cuando gozo "como una loca" no se los hago saber. Ellos no deben saber. En vez de eso hago imágenes...

Hay una larga pausa y luego pregunto:

- "Qué imágenes?".

- "Estar embarazado... me viene a la memoria el vestido de novia de mamá... los zapatos... alguna vez me los ponía, bueno, bueno, me los ponía varias veces, también las pulseras, los aros. Luego me miraba en el espejo. Eso ocurría cuando mamá salía a trabajar".

Yo pienso que Gabriel era esa mamá. Gabriel chiquito vestido de mamá omnipresente.

- "Sabe, a veces siento que meto tantas cosas en la sesión que usted no puede soportarlas, siento la sesión frágil... ya sé, ya sé, usted va a decir frágil como el vidrio, bueno... después de todo eso lo pensé sho".

- "Después de todo?".

- "Después de todo no hay nada, sabe sho no creo en Dios, o mejor dicho".

Mejor dicho?. Como si hubiera algo que se pueda decir bien!.

- "Sho tendría que hablar mejor, sho creo que fue mamá... habrá sido ella la que no me enseñó a hablar" (?).

Yo me pregunto de quién es el lenguaje sino materno, pero dudo. Si La Ley fue escrita por un hombre a partir de Dios, ¿qué diablos tendrían que ver las mujeres?.

- De todas maneras... no sé lo que me pasa... (largo silencio). ¿Sabe una cosa?, me acuerdo cuando papá se fue, sho tenía cuatro años, se fue de noche, sho lo ví y él se dio cuenta, ¿sabe cómo me hizo?, así: shhhhhh! Con el dedo sobre la boca.

Dije que hubo un gran silencio, pero no mío. Un campanario de significantes resonaba en la sesión, formando el asiento de un deseo mío que no podía menos que callármelo. Gabriel encontraba un origen. Faltaban aproximadamente diez minutos para terminar la sesión. Diez cruciales minutos. Justo a tiempo Gabriel llora. Yo no sabía que hacer con mis resonantes. Solo escucharlos y esperar. Gabriel parecía aplastado en el diván. Respiraba defectuosamente... pero, ¿qué era ese defecto, algo que le faltaba o algo que le sobraba?.

Me recosté en uno de los bordes de la transferencia.

Es entonces que Gabriel dice suavemente (era de hablar fuerte):

- "Sho esperaba que vos, bueno de todos modos la sesión terminó".

Pasaron tres semanas y Gabriel vuelve a tomar el tema, diciendo:

- Yo esperé que aquel día me dijeras algo más o me tocaras... papá se fue sin tocarme".

Le señalo que el padre se fue sin tocarlo, es cierto, como él dice pero que además le hizo un gesto. Repito el shhhhh.

- "Sí, sí, ya me di cuenta, sabés (desde aquel día había comenzado a tutearme), sabés que me di cuenta que cuando hablo con la sh es como decir algo de mi papá".

Aquellas palabras faltantes (la falta = el defecto) eran el motivo de un silencio lleno de respiraciones entrecortadas, un silencio no vacuo.

Transferencia imaginaria?. No hago esfuerzos, salvo el de esperar y aquietar mi curiosidad, aquella que ya escuché durante la primera sesión. Transferencia mía a veces sobre un objeto lujoso, lujurioso o injurioso.

Transferencia, lugar de enigmas a la que no es posible desanudar porque se triangula con lo real y lo simbólico, atisbando el falo, inequívoco lugar hacia donde apunta todo deseo, aún después de haber sublimado.

Nudo de significantes, redondeles siniestros desde donde emergen las latencias crepusculares de nuestros mitos.

- Shhhh... onomatopeya del silencio; de lo que se desliza desde la palabra.
- Shhhh... un dedo sobre la boca y una mirada expresiva como la de la enfermera de los cuadros de hospital, solo que paterna y nocturna.
- Shhhh... porque hay algo enfermo, una enfermedad del significante. Una S con diagnóstico reservado.
- Shhhh... transferencia de un significante sobre otro significante, igualados, espejados. S mayúscula capicúa marcando la historia de Gabriel y su escuálido "sho" infantil.
- Shhhh... arbitrario caballo que se sigue a otro como Itzig, jinete dominguero que no sabe dónde va el caballo. Itzig es el "qué se yó", nombre del que desconoce algo. Itzig es el mismo nombre del yo que se dice "no sé".

Significante: lugar imposible por donde transita holocásticamente el deseo. Toda la vida se ofrece en una palabra.

Si recordamos la noción lacaniana del inconsciente estructurado como un lenguaje podríase concebir dos tipos de transferencia. La transferencia imaginaria y la transferencia simbólica; ambas solidarias ya que sin el amor y el odio de la transferencia no sería posible la relación simbólica inconsciente que hace matriz a toda relación de análisis.

Cuando decimos inconsciente estructurado como lenguaje, nótese que no se trata de cualquier lenguaje. Es uno propio que se escapa a las convencionales propiedades del habla. Encontraremos que un significante será sujeto para otro sujeto (significante) llegando a constituir éstos las unidades elementales sobre las que se apoya y a su vez constituye el discurso del Otro.

Obviamente, si una palabra insiste o es excéntrica en el discurso del analizando cabría preguntarnos porqué insiste en él como porqué insiste en nosotros, ya sea en forma simultánea o diacrónica. Después de todo no todos los analistas respondemos a una misma palabra con igualdad de estructura. Algo nuevo se forma alrededor de un significante que es común a los integrantes del vínculo analítico.

Es en esa insistencia de los significantes que forman un campo determinado donde deberíamos estar atentos, escuchar "algo", porque escuchar como sabemos, no escuchamos todo.

¿Escucharíamos para saber?. Si del saber se trata, recordaremos que en la teoría lacaniana esta palabra sirve para designar a lo inconsciente.

Pero... nos colocamos en el Sujeto supuesto saber?. ¿La corona de Alicia pasará a nuestras testas?.

He aquí la tentación a ocupar ese lugar de ficción. A la máscara de analista del que prescindimos para no obturar (aro en la oreja de Gabriel), la colgaremos en aquel espacio necesario que deje al texto decir su realidad. Texto que como telaraña intenta, aunque oscurecido por los propios sonidos del significante, decir algo para no morir.

Yo diría (por ahora), que en los significantes que pronuncia el Otro, Eros cumple con firmeza y serenidad, su vocación de síntesis. He aquí que el significante convoca a la autonomía del ser.

Recodemos que Yahvé le dijo a Moisés su intrincado "Yo soy el (lo) que soy". ¿Qué otra "cosa" dirá el gran otro, sino esa misma voz nacida de la realidad de la esencia?.

De aquí que diría:

- Transferencia imaginaria para la existencia.
- Transferencia simbólica para la esencia, ambas como Narciso y su hermana, unidos en un mismo y diferente espejo.

Es que cuando Nasio nos dice que "cuando el psicoanalista escucha las palabras de su paciente, él las olvida y sabe esperar que vuelvan". Pero habrá que esperar que en él se hagan sueño, acto fallido o gesto imprevisto para que exista verdaderamente transferencia". Concepto para pensar y volver a pensar.

Más adelante aclara que lo que caracteriza a la transferencia imaginaria será especialmente "las creencias, juicios y supuestos implícitos en las palabras del analizando, es decir la ficción que se establece por el sólo hecho de hablar. El paciente habla y su palabra crea el lugar de un poder ficticio que el psicoanalista ocupará o nó. Sin darse cuenta, el paciente le asigna a su interlocutor este lugar único: el de ser destinatario exclusivo de su queja y de las búsquedas de una respuesta al porqué de su síntoma. El amor, el odio, las actitudes, las voces y las imágenes mutuamente supuestas reflejadas entre analista y analizado, asientan en este fondo de supuestos ficticios inherentes al hecho de sufrir al hablar de ellos y de buscar respuesta" (4).

¿En estos casos el analista deberá saber?.

Dice Tiresias: "Ay... hay algún hombre que sepa, que pueda decir" (5).

Aquí el analista deberá borrarse.

Qué nosotros como analistas sepamos de nuestras pasiones, odio, amor, Lacan añade, ignorancia, hará del análisis un vínculo posible.

Qué decir de ese más allá, la "indiferencia" ante las "sabias" palabras del analista para mostrarle a "lo histérico" que algo sabemos, en tanto lo histérico continúa su trabajo de hormiga obscura para eclipsar y con justicia nuestros arrebatos ilusorios e irrisorios de creer que sabemos?. Este más que hace fracasar en el mismo instante en que se produce ante el peligro de una palabra violadora, cualquier posibilidad de aunque pequeña libertad, eficaz para generar un canal para el significante acorralado y oscurecido por esa estructura clásica.

Qué de la transferencia simbólica?. Imperativos son los significantes que entonces aparecen exaltados a la condición de sueños, actos fallidos, síntomas.

Este modo de transferencia requiere de una "mise en scene", cuya directora será la Lógica del Significante; probablemente la misma que le ocurrió al analista en el momento en que se le escapa una interpretación. Momento de máxima tensión en que se produce un "retorno en boca del analista del inconsciente del analizando" (6).

La interpretación se impone al analista en ese instante de profunda transferencia sin que éste se dé cuenta. Momento "altus" donde las musas (vaya a saber uno cuales), emergen vestidas

con la transparente inspiración que les proveyó un padre omnipotente que no pierde la oportunidad de indicar a los "humanos" que todos los dioses su morada inefable.

Momento del inconsciente en donde los significantes se desplazan de analizante a analizando, anudándose y produciendo efectos de una estructura que tiende a buscar alguna verdad.

Yo, particularmente no creo en la obviedad de las verdades, antes bien, estás siempre me sorprendieron. Por esto creo sólo haber realizado una sola interpretación en el análisis de Gabriel y ésta está referida a un significante que me remitía inexorablemente al silencio.

Es obvio que Gabriel es hombre, homosexual, vidrierista "de los buenos", que tuvo un padre transmigrado, que su mamá es gorda, asfixiante y le gustan las rosas amarillas que "vio, son más finas" (palabras bastardas que causaron mi irritación. Hoy me hacen sonreír). Es obvio que ahora me trata de vos y que periódicamente pronuncia su "sh", aferrado a ella porque e da el inmenso goce de "shamar la atención del agujero. (Curará el análisis el goce?). Gabriel de múltiples agujeros como Argos, monstruo de cien ojos, siempre teniendo uno abierto para..., Gabriel paranoide, etc., etc., pero también es obvio que lo que les dije no se presenta tan obvio, porque lo obvio no tiene representación cierta. Es tanta su pregnancia con el presente que nos somete a la ilusión del presente.

Lo obvio es pasado, "nachträglich", "a posteriori".

Como pasado, queda arrojado al vacío de lo que se olvida, como este trabajo que he escrito con la esperanza de que permanezca incompleto, indefinido y vacilante; detrás de una vidriera memoriosa (gracias Borges, poeta) de la avenida Santa Fé, recorrida todas las noches por Gabriel en búsqueda de Papá Noel y un abrazo tibio de Navidad... que nunca llega.

"Acá va a ocurrir una tragedia" ¿Un caso inclasificable?

Mariela Vitto

*"El caso comienza a la entrada como lo que nos cae encima,
es decir, un tipo de síntoma imposible de soportar"
("Los inclasificables de la Clínica")*

Cuando se escribe un caso, es porque algo insiste a ser interrogado. El término caso viene etimológicamente de la palabra latina **casus** que significa accidente. "Algo que ha advenido o puede advenir, que cae en un punto del tiempo"¹. El caso, en su singularidad se impone y lleva al proceso de escritura y a veces como aquí a una reescritura. "El escribiente de un historial se recupera en su condición de sujeto cuando lo escribe,"² ahí donde la posición del analista es la de ser objeto.

Sara tiene 34 años, comienzo a atenderla hace aproximadamente 10 meses por consultorios externos del Hospital Moyano. Ya desde la entrevista de admisión comienza su relato diciendo que ella viene porque tiene **temor a la casa** que su marido construyó para que vivan juntos: "La odio desde que entré, hay bichos, el barrio, los caracoles, me sentía muy angustiada". La paciente se va a vivir a esa casa luego de la muerte de su padre hace 3 años y queda embarazada, poniéndole a su hijo el nombre de su padre. "Era mi único consuelo".

A lo largo de las sesiones iba observando un carácter de irreductibilidad, de algo inamovible que insistía en su relato. Estaba en juego algo del orden de lo insoportable, es esto mismo lo que me lleva a interrogar en un escrito este caso clínico. Intentaré hacer del mismo un "inclasificable", en el punto en que en la transmisión, éste no sea reducido a una clase, sino restituyendo ese uno por uno que lo caracteriza. Considero que la construcción de un caso es esencial en la clínica. "La elaboración de un caso tiene un eminente valor de control"³

Con mis intervenciones intentaba ver si algo era posible de ser dialectizado pero ella insistía en esta frase "La odio, y por eso estoy pensando en separarme de mi marido". Todo comenzó luego de la muerte de su padre. "Mi marido y él tenían mucha afinidad, se querían mucho". Antes de su muerte ella pensó en separarse pero no lo hizo por "**lastima**", en su doble vertiente hacia el padre y hacia el marido. Habla del padre como un hombre viejito muy sufrido. En su relato cada vez que lo nombra llora y dice "Era mi gran amor". Él era judío, polaco y perdió a casi toda su familia en un campo de exterminio nazi. Su madre murió cuando él tenía 9 meses y la hermana que lo crió muere en el campo. A Sara le ponen el primer nombre de su abuela paterna y el segundo nombre de esa tía muerta.

Luego de mis señalamientos en relación al padre, que consistían simplemente en traerlo a escena, nombrarlo, ella asentía, diciendo "**eso es una gran verdad**". Esta respuesta me llevó a tomar como hipótesis que era en la vía del padre que alguna escena, necesaria para instalar el dispositivo analítico, podía comenzar a armarse.

Refiere que veía al padre y le daba pena. "Mi mamá se iba, lo dejaba solo y yo nunca lo pude entender". "No podía hacerle eso, separarme de mi marido".

Actualmente vive con su suegra, también por ella no quiere separarse ya que le da lástima. Este significativo **lástima** recorre las sesiones. Por lástima hace entrar a una mujer testigo de Jehová en la casa de su madre. "Era mi casa y ahora me siento una extraña, esta esa tipa". Lo hizo porque esta mujer estaba sola, acababa de morir el padre de Sara y la religión de esta mujer le daba esperanzas. Hablaba de la reencarnación, que los seres queridos resucitan. Dice haber cometido un error que odia a esa mujer pero que no puede enfrentarla, le da terror. La única respuesta que encontraba era la desesperación, un sentía trágico movía el relato. Sara se encuentra **sin salida**. "No le encuentro salida a todo esto". Parece que la única opción que encuentra para no volver a la casa que odia es ir a su casa (la paterna) pero que no lo puede hacer por esta situación. "Por esa mujer no puedo estar en **mi** casa."

Sara refiere que antes de morir su padre ella quería vivir eternamente con ellos. "Luego, fue distinto".

¿Angustia, desesperación ?

Se incorpora un nuevo elemento más, queda embarazada. Comienza a decir que no lo quiere, que si lo tiene se lo entregaría a su marido porque con dos hijos él va a querer irse a esa casa. "Sé que él se va a quedar con mi otro hijo y yo con el más grande". "Además en mi casa no lo puedo tener está esa mujer". Continúan las mismas coordenadas con una decisión a tomar. Dice no saber si abortar pero cree que no abortaría por la religión, pero aparece con mucha mayor fuerza otra razón. No lo haría por "**miedo al raspaje**". Otra vez la dimensión del sin salida, algo del orden de un abismo. Aparece en escena un sujeto cuyo Otro se le presentifica como terrorífico. Otro ante el cual ella no puede defenderse. Se queda petrificada y aparece entonces eso que ella llama angustia, desesperación.

Ahora bien, me detendré en este punto para interrogar estas coordenadas. Uno podría preguntarse si las mismas son aportadas por la analista. Soy yo quien sanciono su posición trágica. Antes eran sólo frases aisladas, coaguladas: "odio a la casa, y por eso me voy a separar", así se presenta Sara. Si se le preguntaba, si se le pedía asociaciones, su respuesta era: "no le encuentro salida a todo esto". Aparecía el desborde.

Vemos a un sujeto afectado en su relación al Otro. Ahora bien lo que aparece, ¿es del orden de la angustia?. Freud define a la angustia como señal. Lacan en el Seminario 10 de la angustia retoma la angustia freudiana en tanto señal, diciendo: "No es el abandono de sus primeras posiciones cuando hacía de ella el fruto de un metabolismo energético": "Ya en el momento en que Freud hacía de la angustia la transformación de la libido, existía la indicación de que podía funcionar como señal". Se habla de expectativa angustiosa, de inminencia (carácter de lo que va a producirse en poco tiempo), amenaza de un peligro que Freud llama castración. En el caso, este afecto no tiene el carácter de señal, de algo que podría iniciar un conflicto. Aparece como una pura inmediatez, una pura actualidad. No hay significante que venga a ligar. Aquí lo no dialectizado no puede ligarse. **¿Cómo dar anclaje, entonces a ese goce desamarrado?**

Ahora bien, cuál era la posibilidad y orientación a darle a mis intervenciones, era la pregunta que me hacía a lo largo de las sesiones. Una y otra vez su respuesta era mostrarme la actualidad de un horror. Me encuentro ante un sujeto cuya relación al Otro se le presenta como un peligro. No se trata de forzar a Sara a enfrentar a este Otro, ya que ella misma señala todo el tiempo esta imposibilidad. Por ejemplo si el marido le dice que quiere volver a la casa, su respuesta no es convencerlo y explicarle su imposibilidad sino responde con desesperación y con la idea de separarse efectivamente de él. Ella no puede separarse de sus dichos. La paciente va diciendo que tiene miedo, que se tortura pensando en el "futuro". Futuro que aparece por fuera de las coordenadas temporales. Para Sara presente, pasado y futuro están colapsados.

EL HORROR EN ESCENA

Comencé a hablarle de lo único que ella ubicaba como verdadero. Su padre. Es él quien había vivido el horror del exterminio nazi. Según relata el padre evitó por todos los medios hablarle **de eso**. Contaba minuciosamente a todo el mundo menos a ella lo que había sufrido. Él estuvo en un campo de trabajo en Alemania no tan duro como el de su familia, donde luego pudo escaparse, no así su familia, de la que jamás tuvo noticias, salvo que fueron asesinados en un campo de exterminio. Sara tiene un recuerdo que me parece importante resaltar. El padre repetía constantemente. "**Acá va a ocurrir una tragedia**". Comienzo, por lo tanto a dar lugar a esta frase.. Señalo que ella repite constantemente esta frase, que su vida **es** esta frase. Algo siempre terrorífico está por ocurrir. Se van ubicando entonces las coordenadas del horror. Ahora sí se incluye el horror en una escena. Le hablo del campo de concentración, del horror que su padre vivió y como esto se transmitió pese a que él trató, por todos los medios de evitarle el sufrimiento. Le digo que esto la preexiste y la atraviesa y las consecuencias paralizantes que tiene en su vida. Es para resaltar respecto al tiempo verbal de la frase, que ahora sí se puede hablar de futuro. Este se constituye en tanto tal, es ordenado y lo remito

cada vez al pasado. Se trata de algo que pasó, que pasa y algo que va a pasar. Le hablo de la tragedia que ya ocurrió y de la marca de la misma. Vemos como se ordenan las coordenadas temporales. Se trata un tratamiento posible de lo no dialectizado. Esa fijeza que lleva a Sara a episodios de desesperación, entra en diálogo, intentando restituir de alguna manera la relación al Otro.

Sara continúa el tratamiento, la acompaño durante el embarazo. Ella venía a contarme "**su miedo al parto**", que por momentos se presenta como trágico. "No lo voy a aguantar", "Tengo miedo a que algo ocurra". Pero ya empezaba a ocurrirle por momentos, **no todo el tiempo**. Se acordaba en esos momentos de mis palabras y de esa frase de su padre. Parece que tanto el odio a esa casa, el odio a esa mujer, el miedo al raspaje, el miedo al parto comenzaban a ordenarse en torno a una escena que hace a su nombre propio.

El nombre que le pone a su hija es Malena, nombre que queda, si seguimos estas coordenadas, por fuera de la tragedia. Hace unos días me llama por teléfono, me dice que el parto no fue tan terrible y que me agradece haberla acompañado en el "tratamiento", es decir, aclara en el embarazo. Me dice que quiere que conozca a su hija, que quiere retomar el análisis y me solicita **un tiempo** hasta que se organice con su nuevo hijo.

Considero que esto no tan terrible pudo aparecer, por incluirse la escena del horror. Así se pasa de la pura desesperación al horror, al peligro. La misma se enlaza a una representación, se ficcionaliza. Una vez instalada la tragedia puede advenir algo no tan trágico.

Algunas conclusiones

Me gustaría hacer unas reflexiones finales acerca del material de este caso clínico.

En primer lugar se puede ver que las coordenadas y significantes que aparecen a lo largo del mismo parecieran ser limitados. Se trata de elementos que se repiten de la misma manera, cada vez en las sesiones. Al interrogar los mismos en su respuesta no había asociaciones, sino que el miedo a la casa remitía al miedo a la casa, a los bichos, humedad, pero nada se enlazaba a una historia.

En segundo lugar, mis intervenciones cuando delimito esta insistencia, apuntaron a realizar un corte en cuanto la paciente me planteaba algo del orden del sin salida. Mi posición no es convencerla respecto a que hay múltiples salidas sino a ubicar, mejor dicho prestar sentido, una trama a la encrucijada en la que Sara se encontraba. Solo así, cierto apaciguamiento fue posible, y así pude correrme del lugar de quedarme escuchando lo insoportable de ser escuchado: ese goce mortífero.

Por último podría afirmar que la manera de dar anclaje a ese goce fue ficcionalizarlo: leer en los dichos de esta paciente la frase del padre "Acá va a ocurrir una tragedia", remitiéndola a la escena de hacer de la vida un campo de exterminio, es sancionar su posición como trágica. Esto puede llevar a preguntarnos por el carácter de validez de estos enunciados (de hecho yo misma me cuestionaba al respecto). Pero si se habla de ficción es justamente emancipándonos de las "cadenas" de la antinomia verdadero o lo falso. Refiere el escritor Juan José Saer: " la ficción no solicita ser creída en tanto que verdad, sino en tanto que ficción"... "es la condición primera de su existencia..., un tratamiento específico del mundo." 4 "La ficción trabaja con la verdad para construir un discurso que no es ni verdadero ni falso". 5

No se trata de una verificación en la realidad objetiva sobre el carácter de verdad. "Al dar un salto hacia lo inverificable, la ficción multiplica al infinito las posibilidades de tratamiento" 6. Así, la única verificación posible son los efectos de verdad. La verdad señala Lacan tiene estructura de ficción. Y son los escritores los que mejor pueden dar cuenta de esto. La ficción es el medio más apropiado para tratar las relaciones complejas de la verdad.

Se verifica en la paciente cierto apaciguamiento y su relación al Otro va adquiriendo una dimensión no tan devastadora.

Es en la singularidad del caso que la escena del horror, la frase del padre, la tragedia cobran estatuto de verdad más allá de toda clasificación.

Notas

1 Lesage, Isabelle; "un asunto clasificado" ("Los Inclasificables de la clínica")

2 Zuberan, José; Historia/Historial

3 Soler, Colette; "El caso controla la cura"

4 Saer, Juan José; "El concepto de ficción"

5 Piglia, Ricardo; "Crítica y ficción"

6 Saer, Juan José; "El concepto de ficción"

BIBLIOGRAFIA

Cosentino, Juan; "Construcción de los conceptos freudianos"

Freud, Sigmund; "Inhibición, síntoma y angustia"

García, Germán; "El curso de las pasiones"- clase 1471 "El temor y la esperanza"

Lacan, Jacques; Seminario 10 "La Angustia"

Miller; Jacques Alain;

- "Matemas2" (A propósito de los afectos en la experiencia)
- "Los inclasificables de la clínica psicoanalítica"

Piglia, Ricardo; "Crítica y Ficción"

Ruiz, Alejandra; "La escritura del caso"

Saer, Juan José; "El concepto de ficción"

Zuberan José; "Historia/Historial"

"Yo soy, magia..."

Susana E. Alvarez

Como la magia, María me sorprendía, haciendo aparecer lo oculto, lo impensable, lo originario. Y dando a desaparecer la escena, lo esperable, ella misma.

Como la magia : El Yo , aprendiz de historiador, constructor siempre activo e inventor, de una historia libidinal de la que extrae las causas, que dotarán de sentido, las duras realidades con las que debe cohabitar.

Como la magia: El Ello es un maestro brujo que repite una historia sin palabras, que ningún discurso podrá modificar. Dirá P. Aulagnier.

Pregunto el nombre y dicen: nuestra hija es María Rosalía Cena y tiene 8 años.

Durante la entrevista va apareciendo el otro nombre de la niña que llamaremos María Leandra Gómez con el que figura ante la sociedad y los documentos.

Se presentan como padres adoptivos, pero va trascendiendo que la adopción todavía no está dada, a pesar de que hace 5 años que vive con ellos.

Se presentan y la presentan en una duplicación que niega la existencia de la identidad.

En las entrevistas de padres, manifiestan saber poco de los primeros 3 años de vida de María, dicen que cuando la niña tenía 2 años la madre estaba embarazada de un hermanito y cuando fue a tenerlo, con este motivo dejó a la niña en una casa ,y allí la abandonó. Cuando salió de tener a su bebé, en otra casa, hizo lo mismo con este bebé.

Así es que María fue a parar a un Orfanato, donde el juez pidió que la nena tuviese contacto con su madre y su abuela, pero esto casi no se dio.

Saben que la niña estuvo un tiempo viviendo y durmiendo en la Plaza Constitución con su madre y sus parejas.

Al preguntarle a estos padres sobre ellos como pareja. La madre dice que su marido le lleva 17 años de edad, que se conocieron porque él puso un aviso en "Segundamano" en busca de una relación de pareja. Se encontraron en un bar, ella tenía 24 años y antes no había tenido novio.

Dicen haber decidido la solicitud de adopción porque su marido no podía tener hijos y agrega que además su propio hermano había adoptado una niña 1 año antes que ellos, como queriendo dar cuenta de los factores que los movilizaron, donde la ilusión o el deseo no aparecen manifiestos.

A María le fuimos manteniendo el recuerdo, siempre le dijimos: "queríamos tener una hijita", ella sabe que el matrimonio no podía tener hijos. Siempre festejamos el Día de la Familia y "el día en que ella vino a vivir con nosotros".

¿Qué recuerdo es el que le mantenían?. ¿ Parece que María hubiera nacido el día en que fue a vivir con ellos?. Es a partir de allí que María debiera recordar y quizás, hasta existir.

Ella se hizo a la idea sola, dice la madre. Yo le dije que no sabía sobre antes y nunca le mencioné al hermanito. Ella me dice que me quiere a mí, más que a la otra mamá.

El motivo de consulta se centra fundamentalmente desde la madre a la que le preocupa la Enuresis diaria de María y la rebeldía hacia ella, "es muy ansiosa y desafiante", dice, "me

provoca y yo he sido muy rígida", "le he hecho sentir los límites". Yo no acepto el desafío, mi marido le resta importancia a algunas cosas que no me parecen insignificantes.

María tiene miedos, tiene dificultades para dormir, cualquier cosa la excita, a la madre le cuesta decir que María también se masturba.

Al relatar cuando los llamaron para ir a buscar a María dice: "no hablaba nada, yo me emocioné, ella se hamacaba sin una palabra, se trepó a unas rejas y me miró con una cara... me quedó esa imagen". En ese momento María estaba en un Instituto donde a veces la visitaba su madre de origen y un hombre. Según el Juez este hombre pedía legalmente tener a María, pero el Juez consideraba una situación de riesgo en el entorno, se sospechaba que la madre comercializaba a los chicos. Por eso les dieron la Guarda, rápidamente.

Comentan que al comienzo "María tuvo una adaptación perfecta, se mostraba amable, cortés y cuidadosa, pero fue una apariencia, luego comenzó a mostrarse desafiante". "Tiene un carácter fuerte, le gusta mostrarse independiente, que hace lo que quiere". La madre se muestra preocupada ante ciertas conductas de acercamiento corporal, donde se propone besar en la boca al padre, o hacer caricias suaves y seductoramente a alguno de ellos y también a su prima adoptiva, con la que busca acostarse en la cama y abrazarse.

La madre asocia estas escenas con lo sexual, y le produce mucha molestia.

La primera entrevista con María no la puedo olvidar, en realidad a María no la puedo olvidar, entró una niña con una mirada negra, profunda y desconfiada.

Su andar era desafiante como la madre decía, me observaba, caminaba con los brazos hacia atrás y las manos tomadas entre sí, como si yo estuviese en un banco de acusados y ella me quisiera sacar información.

La miré, le pregunté si sabía para que venía, me presenté y era como si no me escuchara, me observaba profundamente con sus grandes ojos negros que parecían querer asustarme.

Le ofrecí poder jugar con los juguetes, los cuales miró despreciativamente y ni siquiera tocó. Lo único que parecía interesarle era mostrarme su ira.

Al convocarla para realizar un gráfico rayó fuertemente la hoja con algunos colores y con trazos firmes, agresivos e informes.

Al preguntarle sobre ese dibujo dijo: ésta soy yo, este es un álamo, un señor manejando un auto, 3 nubes y una nube tapando el sol. Te dibujé con 5 años.

(Esto me dio un cierto respiro, pensé que desde algún lugar se había vinculado a través de la ironía).

Pero este respiro duró poco, evidentemente no quería hablar, la convoqué a ver que quería hacer y sorprendentemente para mí, se me tiró encima con toda su furia, con sus dos manos comenzó a apretar mi cuello y a gritarme: ¡te mato..., te mato!.

Supongo que sin poder reflexionar, le tome sus manos pero sin retirarlas de mi cuello, ni tampoco me moví de la inclinación forzada. Solo le dije que yo podía entender que ella quisiera matar a alguien, que yo la quería ayudar, si ella me dejaba. Recuerdo que sentí mirarla con afecto en ese momento.

Dejó de apretar con fuerza el cuello, mientras yo tenía mis manos apoyadas en las suyas, las retiró un poco pero las dejó en la misma postura de quererme ahorcar, pero ahora a pocos centímetros del cuello. En su mirada se transfería odio, agresión, no era un juego, creo no haber visto antes en un niño esa mirada.

Porqué querés matar? Le pregunté.

Porque sos mala, mala y nuevamente amenazante se volvió a aproximar, pero dejó la escena dándose vuelta y no mirándome más.

Pensé, como sigo... me hizo sentir sobre su dolor, sobre sus miedos.

Dijo: ¡quiero ir al baño!, abrió la puerta y se fue.

Al volver tenía olor a restos propios y sucios. Le dije si se quería ir, dijo que sí.

Le pedí que pensara si podíamos seguir viéndonos, que yo tenía ganas, pero que no era bueno que nos lastimáramos.

En la segunda entrevista entro con sus gestos de desprecio, con la misma mirada. Comenzó a gritar, luego a reírse fuerte muy fuerte, pero sin risa, era una risa forzada, macabra, interminable, saltaba sobre sí misma y no dejaba de mirarme.

Lo que yo dijera no era escuchado, sus gritos me tapaban, su risa me producía tristeza, se tiró al suelo y comenzó a masturbarse con la mano.

Quería que yo la viera y solo eso hice, la contemplé y no intervine, creo que la pude mirar.

Luego ya, se puso a bailar con movimientos bruscos, saltaba, se paraba de manos, hacía buenas piruetas y se lo dije. Me miró distinto, ella seguía cantando y gritando exaltada "carnavalito humahuaqueño, carnavalito humahuaqueño".

Yo conocía la canción y comencé a cantarla bajito. Me dijo: "me imitás".

Y comenzó a cambiarle la letra, cantando "carnavalito que por mi vida va a morirse..". Deja de cantar y dice: "hay que empezar a tirar las cartas".

Tira las cartas y continúa: voy a leer una revista. Hace que lee y dice: Tenés miedo que tu mamá mate a un chancho?

Le digo: le tenés miedo?

Grita: A vos, a la muerte le tengo miedo, que me maten de chiquita, que me asesinen. No me gusta que me reten.

En las siguientes entrevistas María comenzó a jugar, si a jugar, ya había dicho lo que antes se lo impedía. Jugaba a que me mataba, abalanzándose hacia mí y con sus manos "casi en mi cuello" pero sin lastimarme, y en ese juego me metí. Al comienzo me dejé matar varias veces, ella continuaba la escena, saltando de una situación a otra, me llevaba a la cárcel, me ataba, me tapaba la boca, me despeinaba, era la ladrona, la que robaba algo de su casa, luego era la policía que la encerraba en la cárcel.

En una de esas sesiones me dejé matar, me mató "porque era mala", ella continuó con otras escenas pero yo no la seguí, me quedé allí como muerta; se acercó y "casi" se asustó pidiendo "dale, dale, levántate", lo hice, yo también estaba jugando.

Le seguí su juego aunque aveces era violento, la imitaba como ella dijo en un comienzo, luego me puso personajes, siempre alguien terminaba muerto y alguien robaba. ¿fantasía de ser robada? ¿qué era lo muerto, qué lo que no existía? Su "antes" de estos padres, donde? Ella misma, donde?

Luego de tres meses entra y dibuja exactamente lo que me había dicho en el gráfico rayado de su primera sesión: un álamo, un auto, un señor manejando el auto, 3 nubes y una nube tapando el sol. Te dibujé con 5 años repitió.

Ahora podía representar gráficamente lo que antes estuvo tapado por su ira ,su odio y su dolor.

Y lo tituló: "Susana la traviesa".

Con 5 años dijo, 5 años llevaba con estos padres, pero sus primeros 3 años de vida donde estaban, en esas nubes que tapaban el sol. En este dibujo parecía no haberse representado, ella era la otra, la que no estaba, y a su vez era la traviesa que tenía cinco.

En otro momento del tratamiento retiro el dibujo de la carpeta, lo miro y le pregunto ¿por qué será la traviesa?

Dice: distraída, asusta al gato, se come la manzana y los dientes, toma sopa, se tira el agua en la cara y en la cabeza, le gusta ser traviesa, comerse las flores.

Es la historia de hace 2000 años. Poné el reloj en marcha para ir al colegio. No me gusta jugar.

Es aquí cuando se para enfrente mío y penetrándome con su mirada dice: "YO SOY, MAGIA" "Magia de dos en una". "Hago magia", "Yo soy dos en una".

Inmediatamente se asocia, dos nombres, dos apellidos, dos historias sin poder ser imbricadas. Pero antes de cualquier intervención me dice: "No me pregunte, porque yo no soy la empleada de Ud., yo soy un ladrón que te estoy revolviendo el cajón, tus joyas. Lo voy a votar, así son las leyes, lo voy a cambiar, las leyes del gobierno. Ud. finge estar casada y no lo está, porque no lo ví a su marido, no voy a aceptar. Ud. es sorda, es burra y gorda. Yo tampoco sé lo que es. Já!, te robé la plata.

Comienza a tirarme con todo elemento que tiene a su alcance, yo solo me cubro con mis manos, se excita, se me tira otra vez encima, me quiere ahorcar y grita: "SOS MI MAMA" "SOS MI MAMA".

Intervengo, sonriendo y abrazándola: "Hija, llegaste, me estabas buscando", la miro, la vuelvo a abrazar, luego se suelta, termina la sesión.

Nunca más apareció la escena donde el matar se le imponía.

¿Qué reloj hizo poner en marcha María, en donde estaba su madre, que le fue negado, qué le mataron, quién murió, donde sus primeros tiempos, su origen?

Solo en sus impulsos, en sus manifestaciones corporales, negado no solo por la propia representación ideica inexistente en sus primeras vivencias y por lo tanto imposible de obtener o recuperar sin otro.

¿Cuál es mi nombre?, ¿Quién es mi madre? ¿Cuál es mi historia?.....

Caos emocional y explosivo que la desborda diariamente a través de sus síntomas con los cuales sufre ella y los que la rodean, preguntas que son obstáculos para encontrarse con el sentido de sí misma.

Así comenzó otra instancia, en otras sesiones jugando con nombres propios y lo que supiéramos de esas personas . Ella decía, Borges: escritor, ciego, viudo. Yo seguía Freud, escritor, anteojos, alemán.....

El día en que murió el cantante Rodrigo vino muy mal y comenzó : Rodrigo cantaba, novia, cordobés ,cuarteto, ojos verdes, flaco. ¿Y vos qué sabés de Rodrigo? Yo seguí, 27 años, con un hijo, con una mamá que canta, se accidentó. Comenzó así a convocar mi saber, que la ayude a saber sobre lo que a ella le interesaba.

En otra sesión hablando sobre su familia, le pregunté que sabía sobre los Cena.

Dijo: Está Héctor, Anita, Hugo. Le pregunto: Y qué son de tú papá? Siguió Valeria, Matías. Gritó, mamá que son? Y se fue al pasillo a preguntarle a la madre. No sabía sobre el parentesco, iba y venía preguntando si eran hermanos del padre, primos o sobrinos, así se fue ordenando algo que los padres suponían que ella ya sabía. Mientras yo escribía en una hoja, los nombres y parentescos de su padre y su madre. Tomó mi sello y lo usó al final de la hoja, marcando mi nombre y profesión, luego se ensució su pulgar con la tinta del mismo sello y marcó varias veces con su pulgar la lista escrita de los familiares paternos y maternos.

Puso su huella, esa sí que es UNA, no puso sus nombres que la confunden y la hacen sentir desconocida, puso lo más originario, que otro no puede borrar o cambiar y que además permanecerá.

Al terminar dice: Yo quisiera un hermano, que adopte mi mamá, pero no adopta. Yo no quiero que sea mayor que yo. Te voy a ordenar todo, voy a ordenar todo.

María quiere ese hermano que su mamá niega desde el comienzo, sabiendo que existe, María quiere ordenar todo, todo su caos, todo lo indiferenciado, lo amorfo, lo confuso, historia oculta y acallada que aparece.

María llega y dice: Juguemos a la maestra. Yo soy la maestra y vos la niña.

Me indica: la niña llama a la ambulancia porque la maestra está nerviosa.

Terapeuta: voy a decirle a la Directora que llamé a la ambulancia porque la maestra está nerviosa.

María: No, soy la Jefa del Orfanato. Soy tu madre.

Terapeuta: ¿Cómo no entiendo, maestra, Jefa del Orfanato, madre? ¿Entonces, quién sos?.

María: soy tu madre, me saco la máscara. Te llevo a internar a ver si estás loca

Terapeuta: ¡Hay! tengo miedo, ¡no estoy loca!.

María: a mí me dieron un sedante, quedate tranquila, no te voy a hacer mal.

Terapeuta: Pero, entonces ¿quién sos?

María: tu madre, lo que pasa que vos soñaste con tus padres en el Orfanato y te pusiste mal, tus padres murieron. ¡No tenés padres!, gritaba.

Terapeuta: ¡ Yo quiero tener padres! también gritando.

María esta vez no se rió, se puso seria y terminó el juego.

Hoy terminó triste el juego. Sí, me dijo cuándo se iba.

Así, paso a paso iba trayendo sus miedos, sus preguntas, su antes, su ahora, sus registros de hoy y de siempre, su saber no sabido.

Iba incorporando sus vivencias, sus sueños, sus primeros años de los que nadie hablaba, iba pudiendo sentirse más "ella", y sus síntomas iban cayendo, ya no se masturbaba, ya no se orinaba en la cama, podía relacionarse mejor con sus compañeros de escuela, a pesar de que siempre terminaba sola, porque se quería imponer en su saber.

Pensando que hay un tiempo de vida que precede al advenimiento del YO, tiempo de representaciones originarias y fantasmáticas de lo vivido.

Creo que el análisis se instaló en esa transicionalidad mediatizada por el espacio lúdico, donde eran posibles de aparecer las representaciones de ideas, que mañana el Yo guardará en su pasado.

Si bien es propio que al surgimiento del Yo, siempre se le impone un "antes" que deberá ir metabolizándose.

En este caso, ese antes no existía para el discurso parental. Ese antes no estaba investido, estaba negado, estaba ahogado, estaba ahorcado. Pero lo vivido era traído continuamente en los desbordes pulsionales de María, sus desbordes corporales, sus fallos en la represión.

El Yo tiene que poder pensar, tiene que creer que posee su historia, para no correr el riesgo de que el que "ha sido" desmienta "al que cree ser".

Los encuentros terapéuticos continuaron cada vez con mayor riqueza, con "más joyas" de las robadas, ella había dicho "te voy a revolver los cajones", y eso hizo para investirse, para involucrarse. Pasando a jugar desde "disfracémonos de harapientas" donde nos colgábamos trapos, toallas, pañuelos, chalinas que nos recubría el cuerpo y que yo iba trayendo de mis cajones para disfrazarnos de harapientas, hasta transformarnos lentamente en modelos que desfilábamos "como Valeria Maza", o "cantantes-pop como Natalia Oreiro".

En esto estábamos cuando la madre me anuncia: "María va a venir hasta fin de mes".

Otra vez me sorprendí, pedí entrevistas, vino solo la madre, ya estaba decidido.

Como en la magia, también hubo trampas.

A veces somos historiadores en busca de pruebas, pero esa búsqueda tropieza con un "ya ahí" de nosotros mismos y del otro.

Según dijo: estaban muy agradecidos y satisfechos, pero "María ya estaba mejor, no se masturbaba, no se orinaba y fundamentalmente estaba mejor con ella".

Pudimos despedirnos con María durante dos sesiones. Quiso regalarme un dibujo, donde por primera vez se dibuja; con un YO, sobre su cabeza, y me dibuja a su lado, con mi nombre.

Todo niño se constituye a partir de propuestas identificatorias provenientes de los adultos y del ambiente en el que se desarrolla.

Quién se es, de quién se es hijo y que se espera de uno, van conformando y nucleando el interior del YO, donde cada sujeto se va constituyendo y se siente qué es y qué se espera de él.

Si bien todo sujeto trae una herencia genética, una historia mítica desde antes de su nacimiento, multitudinarias experiencias infantiles reales y fantaseadas, hay situaciones que pueden ser constitucionales dentro de la subjetividad, o transformarse en traumáticas, si el acontecimiento no se elabora.

Si bien la constitución de la subjetividad ya es compleja de por sí, en situaciones como la adopción, donde hay cambio de padres, cambio de ambiente, cambio de apellido, cambio de sentimientos, esto se complejiza y se multiplica mucho más.

Quienes son los padres, a quién corresponder identificatoriamente funciona como la malla que sostiene a la confrontación del Yo, donde los puntos sueltos o no resueltos, si no son tomados a tiempo pueden dejar fallada esa malla.

Por lo que me hubiera gustado que María, hubiese tenido esa posibilidad de terminar de armar y articular una propuesta identificatoria sin tantos puntos sueltos.

Y como la magia, María desapareció, quedándose en mi recuerdo y tratando de procesar a través de la escritura el fin transferencial.

Experiencias de formación

Pegan a Emilio (Contribución a la clínica del masoquismo)

Sebastián León

Quien te quiere te aporrea
Dicho popular

Introducción

En octubre de 1999, al momento de consultar, Emilio tiene cuarenta y cuatro años. Aunque no mantiene relaciones sexuales desde hace tres, está casado y tiene tres hijos de quince, trece y once años de edad. Cesante desde que quebró la empresa de correos donde trabajaba, actualmente se dedica a reparar computadores en su casa.

Al preguntarle por su interés en consultar, me señala que "es por mis temores y fobias, que me vienen cuando me siento presionado; no puedo dormir, se me agolpan los pensamientos. Siento un calor que me sofoca y me vienen temblores; me duele el pecho, lo siento como oprimido".

Sus síntomas comenzaron hace cuatro años, tras haber visto directamente la muerte de su hermano en un asalto callejero que ocurrió a las afueras de su propia casa. "Mi viejo murió hace trece años, yo tuve un duelo normal, porque murió bien; pero con mi hermano fue distinto: él murió de manera brutal; yo quise correr y tomarlo en brazos para llevarlo a mis senos, pero los carabineros no me dejaron pasar. Después de eso caí en una depresión, no tenía ganas de vivir".

Emilio me cuenta que desde allí empezó a subir el cerro San Cristóbal en bicicleta. "Llegaba al cerro, me arrodillaba y me entregaba a Dios. Yo le quito el traste a la jeringa, doctor. A veces me dan ganas de dejar de trabajar. Pero digo: *actívate, Emilio, a mover las nalgas*. Yo dependo de las emociones de los demás, no puedo estar solo".

Respecto de su matrimonio, indica que "fui adúltero ocasional, pero con mucho cuidado; sexualmente soy muy fogoso. Igual me sentía culpable y muy mal. Pero cuando ocurrió el accidente de mi hermano, decidí limpiar mi vida: no más fornicar ni ser adúltero, calmar las pasiones. Yo decía: *porqué me hiciste así, Dios, tan caliente*. Yo me acusaba: *maldito bellaco, cómo estás afuera del lecho conyugal*. Pero después decía: *menos mal que no soy colisión, homosexual*. Le conté a mi señora lo de haber sido infiel y ahora ella me lo saca en cara. Yo voy al dormitorio de mi esposa esperando que ella haga algo, pero no pasa nada. Entonces salgo y pesco alguna herramienta y reparo algo. Yo ya no tengo relaciones sexuales, porque ella no quiere. Y eso me tiene muy desanimado y depresivo. Yo quería alguien que me arrullara, pero mi esposa es dura".

"Cuando chico era muy guagualón, mi viejito me daba besos. Fui feliz en la infancia: mi papá era cariñoso y mi mamá alejada. Mi niñez fue normal: me golpeaban dentro de lo normal, pero no tuve traumas.

"A los diez años yo pensaba que la relación sexual era anal, porque siempre veía a los perros y los gallos, los caballos cómo se montaban sobre las hembras. A los trece, pensaba que la mujer daba a luz cuando quería, sin intervención del papá. Creía que a los niños los vendían en la feria. Me juntaba con muchachotes grandes, de dieciocho años, que orinaban, defecaban y se masturbaban en los cerros. Yo no conocí la masturbación cuando adolescente: gastaba mis energías haciendo deporte y leyendo; ahí me descargaba. También con sueños, que eran muy placenteros; veía a mis hermanas mayores en paños menores, las veía bañarse".

"A los siete años, nació mi hermano: yo le pregunté a mi mamá porqué estaba guatona, si acaso tenía una guagüita. Me dijo que no preguntara sobre esas cosas".

"Para mí la primera relación sexual fue espectacular: la niña me hizo llegar al cielo. Yo tenía veintidós. Ella me preguntaba si me habían hecho esto y lo otro; me pedía que hiciera eso con su parte vaginal y yo no podía, no sé si por el olor. Después, al comer, yo me acordaba de eso y me daban arcadas".

Señala: "no quiero ensuciar mi mente, aunque mi cuerpo me pide saciar mi instinto sexual. Siento como si tuviera dos personalidades: una alegre y pecadora, otra recatada y más fría. Tengo una lucha entre lo decente y lo indecente: lo decente es guardar el dolor. Quiero ser el de antes, el alegre, pero mi señora no me apoya". Al decir esto, Emilio llora y se lamenta diciendo que esto lo aflige mucho: "entonces me vienen ideas negras, como de suicidio, me veo con dos pistolas flotando junto a mi cabeza, pero no lo haría por mis responsabilidades. Me he dado cuenta que lo mío es psicosomático, que me lo auto engendro. En realidad, lo que me pasa no tiene nada en comparación con los males del mundo".

A la segunda entrevista Emilio llega con treinta minutos de atraso y vestido con uniforme de mecánico: "me atrasé porque estaba desanimado, sentía una opresión en el pecho". Le pregunto por el comprobante de pago 1 y Emilio me dice que no lo trajo. Le recuerdo que en adelante debe traerlo para que lo pueda atender, frente a lo cual exclama: "¡Qué rico que me rete, querido doctorcito, yo nunca aprendo la lección!".

Emilio se acuerda de "un sueño que he tenido como latente. Soñé con una casa muy hermosa que estaba toda demolida. Yo con dos hermanos recogíamos todas las cosas y me ponía a llorar en el suelo".

Guarda silencio y asocia: "el sábado compré una pequeña aspiradora para mi hija, se la mostré a mi esposa y me dijo que no tenía mucha potencia. Le faltaban algunas piezas, pero estas cosas están tan selladas que están hechas para no ser reparadas".

Al terminar la entrevista, me pregunta por la posibilidad de otorgarle un informe psicológico para eximir a su hijo de un examen escolar, solicitud que yo rechazo.

Emilio no volvió a asistir a nuestras reuniones.

Desarrollo

Parece atinado, para poder analizar la problemática de Emilio, comenzar por reconstruir su historia de vida desde los fragmentos espontáneamente expuestos por él durante nuestras entrevistas.

Nacido en 1954, Emilio describe su infancia como una etapa normal, es decir, como una época de la cual, pese a ser ocasionalmente golpeado, no habría guardado huellas indelebles. Relata haber sido muy apegado a su padre y distante de su madre, a quien describe como una persona "alejada". De esta última, recuerda particularmente haber sido silenciado respecto de su interrogante acerca del origen de los niños, pregunta que surgió en Emilio a propósito del nacimiento de su hermano.

A los diez años, Emilio observa animales copulando y genera sus primeras teorías sexuales, donde la genitalidad aparece sustituida por el comercio anal. Tres años más tarde, su curiosidad retorna en la fantasía de una *madre completa*, que no requiere del padre para la procreación. En esta misma línea, los niños aparecen menos como sujetos desarrollados originariamente al interior del cuerpo de la madre que como productos transables en una feria.

Ya en su adolescencia, Emilio suele subir a los cerros y observar a sus amigos mayores "orinando, defecando y masturbándose". Aun así, relata no haber practicado la masturbación genital hasta la adultez, pese a que en sus sueños aparecía su actividad sexual inhibida en vigilia.

Recién a los veintidós años tuvo Emilio su primera relación sexual, la cual describe como una *escena espectacular*, teñida tanto de excitación como de asco. Desde este encuentro con la sexualidad femenina, irrumpe una intensa repulsión hacia los genitales de la mujer, especialmente asociada al contacto oral con la vagina.

Antes de los treinta años contrae matrimonio, en relación al cual su primera asociación le recuerda su "adulterio ocasional". Tiene tres hijos en un lapso de cuatro años, aunque no se refiere mayormente a ellos.

No mucho tiempo después, cuando Emilio cuenta treinta y un años, muere su padre, cuya cercanía física describe como la fuente de su felicidad infantil. Sin embargo, este dolor se verá multiplicado nueve años más tarde por la muerte accidental de su hermano, episodio que hará florecer una gama de manifestaciones sintomáticas, todas marcadas por el signo de la angustia: conductas evitativas, trastornos del sueño, taquipsiquia, temblores y opresión pectoral; también padecerá una inhibición del estado de ánimo que incluso le hace pensar en el suicidio, solución que finalmente descarta "por sus responsabilidades". Por otra parte, su sexualidad no deja de ser interpelada por este brutal incidente y decide "limpiar su vida". Relata a su mujer sus adulterios y sufre de su parte el castigo de una abstinencia sexual cronificada a lo largo de tres años, situación que se prolonga hasta la fecha de nuestras conversaciones.

Meses antes de consultar, pierde su trabajo. Pese a que logra generar una actividad sustitutiva, los síntomas comienzan a intensificarse y volverse intolerables. Es allí donde decide acudir a una primera entrevista.

Análisis

Luego de este ordenamiento cronológico, volvamos ahora al relato textual de Emilio y detengámonos más en detalle.

Un primer antecedente que llama a interés es la etapa del ciclo vital del paciente: Emilio se sitúa en plena adultez media, período que conocemos por la preeminencia del conflicto entre la generatividad y el estancamiento, es decir, entre la reorganización de la economía fálica y su destitución impotente.

Emilio no mantiene relaciones sexuales desde hace tres años: sabemos por Freud que muchas dificultades sexuales –siempre latentes en una demanda de análisis– están correlacionadas con actitudes fóbicas que encuentran su origen en fantasías de castigo. Ahora bien, su deseo de consultar es impulsado por el quiebre de su lugar de trabajo y su condición de cesante: ¿no evocará su cesantía la eficacia sintomática de antiguas fantasías de impotencia? ¿No revivirá el quiebre de la empresa el recuerdo de la amenaza de castración que conoció apenas divulgó a su madre sus curiosidades sexuales?

Súbitamente, Emilio tiene miedo, no duerme, los pensamientos se le agolpan; tiembla, se acalora y siente que el pecho se le cierra.

¿A quién le teme? ¿Por qué su horror al sueño? ¿Qué son estos pensamientos, que como látigos, golpean su cuerpo por dentro? Calor, temblor, sensación de estar muriendo: simulacro de una escena sexual encubierta. Sus síntomas irrumpen como prácticas sexuales desplazadas y condensadas en el cuerpo.

En Emilio la envoltura corporal del síntoma se muestra como la respuesta somática al espectáculo atroz de la muerte de su hermano. A las puertas de su casa muere el antiguo rival de su infancia, aquel que encarnaba la respuesta que la madre callaba y que gozaba del privilegio de habitar un cuerpo que para Emilio constituía un límite infranqueable. El muerto a sus pies, el peso de la culpa, acaso la identificación de Emilio con el asesino de su hermano.

Sustituto perfecto en la *serie paterna*: las asociaciones de Emilio parecen confirmar la contigüidad entre las representaciones de su hermano y su padre. Recordemos la tragedia de

Edipo Rey cuando converge el goce de la madre con la muerte del padre. En su versión actual, para Emilio la tragedia real coexiste con un trauma subjetivo: la muerte simbólica del padre y el retorno de la pregunta por la maternidad y, con ésta, la insistencia de la enigmática sexualidad femenina. Ya no como teoría sexual, sino como síntoma: sexualidad no susceptible de simbolización, excitación que vuelve como un "calor que sofoca", metáfora fallida encarnada en angustia.

Emilio escucha en su piel la voz de su madre: "no preguntes qué es lo que hay al interior de mi cuerpo; tú nunca sabrás qué tiene y qué no tiene una mujer. Yo sé que deseas saberlo y que ese es tu deseo, pero tú nunca sabrás cuál es el mío".

Desde estas hipótesis, podemos pensar que Emilio busca averiguar el enigma de lo femenino, pregunta que la muerte del *padre-hermano* ha revivido; y por ello resuelve colocarse en el lugar de la madre, pero justo avanza allí donde su interdicto se impone: "yo quise correr y tomarlo en mis brazos para llevarlo a mis senos, pero los carabineros no me dejaron pasar".

Después de eso, presenciamos su caída de la cumbre fálica y su deslizamiento hacia la economía anal. Para reactivarse, Emilio debe "mover las nalgas", no "quitarle el traste a la jeringa": ¿no evoca este discurso una disposición a identificarse con las heces que caen expulsadas fuera del cuerpo materno? La lógica de su fantasma impone la siguiente gramática fecal: *sí, soy una mierda, pero una mierda de mi madre*.

Si Emilio siente que cae fuera del cuerpo de la madre, es lógico que quiera subir el *cerro-seno* del San Cristóbal, no para reencontrar a la *madre-virgen*, sino para abrirse a *Dios-padre*. "Llegaba al cerro, me arrodillaba y me entregaba a Dios". Posición femenina que atestigua el desplazamiento del hijo curioso y travieso desde la madre castigadora hacia el padre consentidor.

¿Cómo entender esta actitud de entrega, cuyas resonancias sexuales nos imponen la asociación con un goce masoquista y cuya expresión en su discurso asume el estatuto de evidencia? "La interpretación más inmediata y fácil de obtener es que el masoquista quiere ser tratado como un niño pequeño, desvalido y dependiente, pero, en particular, como un niño díscolo" (Freud, 1924, p. 168).



Este sencillo esquema nos sirve para iluminar ese juego de roles que llamamos *transferencia*, cuya primera señal la podemos ubicar en una frase que ya citamos: "yo le quito el traste a la jeringa, *doctor*".

¿Por qué necesita Emilio, justo ahora, apelar a la *imago* del "doctor"? Recién aquí queda constituida la estructura de la serie paterna: *Padre-Dios-Doctor*. Enlaces falsos que permiten distinguir, asimismo, el papel de la ambivalencia de Emilio respecto de su deseo: quiere entregarse al *padre-Dios-doctor*, pero le quita el traste a su *falo-palabra-jeringa*. Entonces, la voz de la madre: "actíivate, Emilio, a mover las nalgas". Emilio busca un *padre-terapeuta* que ocupe el lugar del cual abusa su *madre-esposa*; pretende encontrar las palabras para nombrar y descubrir su propia sexualidad.

A la luz de lo que hemos averiguado, podemos admitir la siguiente construcción: la decisión de Emilio de "limpiar su vida" con posterioridad al accidente de su hermano, responde a un imperativo de asexualidad: *serás un sujeto asexualado*, parece decir el mandamiento superyoico.

En tanto metáfora de la castración, sabemos que el asesinato trajo de golpe toda la historia sexual que hasta entonces Emilio conservaba interrumpida. Entonces, aparece en escena el coro griego del complejo de Edipo:

- -Hijo: "Porqué me hiciste así, madre, tan caliente".
- -Madre: "¡Maldito bellaco, cómo estás afuera de mi cuerpo!".
- -Padre: "Menos mal que no salió colisión, homosexual".

Esta vez cambian los actores. Emilio convierte a su mujer, a través de su confesión, en un artefacto de castigo: como siempre en su vida, busca a la virgen y construye al verdugo. En la infancia, los besos de su padre le aliviaban de sus heridas; ahora de adulto, busca en mis palabras a la vez la placidez y la excitación suficientes como para que puedan restablecer su condición de sujeto sexuado anulada por su madre, su esposa y por él mismo.

La *puesta en tragedia* que Emilio fabrica respecto de su conflicto psíquico, nos convoca de vuelta a aquello que identificamos como una posición femenina asociada a fantasías de castigo. Porque "tanto en las fantasías masoquistas como en las escenificaciones que las realizan, ellos se sitúan por lo común en el papel de mujeres, coincidiendo así su masoquismo con una actitud *femenina* (...); pero muchos pacientes incluso lo saben y lo exteriorizan como una certidumbre subjetiva 2. Ahora bien, las personas que aplican el correctivo son siempre mujeres, tanto en las fantasías como en las escenificaciones" (Freud, 1919, p. 194).

Toda vez que en el caso de Emilio es la madre-esposa la figura que aparece desempeñando la función del castigo, ¿no sería pertinente pensar que la prohibición materna genera a la vez en el niño una moción sádica que, al no poder llegar a su meta, debe atrincherarse en los surcos del propio cuerpo? Más allá del mito de la destructividad hereditaria, esta fórmula permite resituar las provocaciones agresivas de Emilio como un llamado al objeto para que, desde la función de corte que ejerce el castigo, demarque el territorio de su deseo. Algo similar encontramos en Freud cuando reconoce - aunque después lo desmienta - que "el masoquismo no es otra cosa que una prosecución del sadismo vuelto hacia la propia persona" (Freud, 1905, p. 144). Frente a la *indiferencia sexual* de su mujer - indiferencia que él mismo contribuye a producir como refugio frente a la amenaza de la diferencia sexual - Emilio agarra una herramienta y repara algo.

¿Qué artefacto es aquel que desea "volver a parar"? Por una parte, no parece disparatado pensar que lo que Emilio busca es restituir con sus propias manos la materialidad de la función sexual que su mujer anula; por otro, dista de ser casual la elección del significante *reparo*: ¿no constituye un "reparo", en tanto objeción o reproche, una amenaza de castigo? ¿No "reparamos en algo" cuando nos asalta una duda o curiosidad que nos fuerza a observar detenidamente un problema?

Ya sabemos que la pregunta de Emilio acerca de la maternidad, momificada y convertida en tabú por la madre, no sólo facilitó la regresión del pequeño Emilio desde su incipiente estadio fálico hasta la organización anal sádica de la libido, sino que también multiplicó sus teorías y fantasmas sexuales. Así, en un primer momento y frente a la angustia sin límite de la castración, el masoquismo erógeno y la sexualización del dolor estructurada en torno a la escena primaria observada de los animales, confluyeron ambos como puerta de salida u operación de defensa frente al trauma: *si no tengo permitido interrogar el enigma de la sexualidad humana, buscaré mis respuestas en el instinto animal*.

"Del apetito de saber de los niños es testimonio su infatigable placer de preguntar, enigmático para el adulto mientras no comprenda que todas esas preguntas no son más que circunloquios, y que no pueden tener término porque mediante ellas el niño quiere sustituir *una pregunta única* que, empero, no formula 3. (...) Por lo que sabemos, el apetito de saber no brota de manera espontánea en los niños de esa edad, sino que es despertado por la impresión de una importante vivencia -el nacimiento de un hermanito, consumado o temido por experiencias hechas afuera- en que el niño ve una amenaza para sus intereses egoístas. La investigación se dirige a saber de dónde vienen los niños, como si el niño buscara los medios y caminos para prevenir ese indeseado acontecimiento. Así nos hemos enterado, con asombro, de que el niño

rehúsa creencia a las noticias que se le dan (...). Investiga por sus propios caminos, colige la estadía del hijo en el seno materno y, guiado por las mociones de su propia sexualidad, se forma opiniones sobre la concepción del hijo por algo que se come, su alumbramiento por el intestino, el papel del padre, difícil de averiguar, y ya entonces sospecha la existencia del acto sexual, que le parece algo hostil y violento. Pero como su propia constitución sexual no está a la altura de la tarea de engendrar hijos, también tiene que resultar estéril su investigación acerca de dónde vienen los niños, y abandonarse por no consumable. La impresión de este fracaso en el primer intento de autonomía intelectual parece ser duradera y profundamente deprimente" (Freud, 1910, p. 73-4).

Anticipemos ahora un esquema plausible para lo que podemos reconocer como los *tres tiempos lógicos* de la pregunta de Emilio por su propio deseo:

TIEMPO LÓGICO	TEORÍA SEXUAL INFANTIL	ORG. LIBIDO	POSICIÓN DEL SUJETO	IDENTIFICACIÓN PREDOMINANTE
1 - (7 años)	"Los niños son guardados en el estómago de la madre".	Fálica	Soy penetrado	Vagina
2 - (10 años)	"Los niños son paridos por el ano de la madre (como las heces)".	Anal	Soy cagado	Heces
3 - (13 años)	"Los niños son vendidos en la feria por la madre (como la comida)".	Oral	Soy devorado	Pecho

Vamos por parte. El *tiempo cero* del deseo de Emilio es, sin duda, la interdicción materna, que cierra el acceso a la organización fálica e inaugura el camino regresivo de la curiosidad del niño por los genitales femeninos, regresión que asumirá la forma de una economía anal. Así, el primer tiempo lógico está representado en Emilio por su fantasía de una *vagina-estómago-bolsa* que contiene bebés internos. "Yo le pregunté a mi mamá por qué estaba guatona, si acaso tenía una guagüita. Me dijo que no le preguntara". Tres años después, Emilio construyó, aferrado de vuelta a su cosmovisión anal sádica, una respuesta para explicar el nacimiento de su hermano: el origen del sujeto está en el comercio anal.

Pero el tiempo lógico regresivo sigue su curso, y llama a la mirada la evolución de sus teorías sexuales, cada vez más desentendidas de la función del padre y más cercanas al fantasma de la madre fálica: "pensaba que la mujer daba a luz cuando quería, sin intervención del papá". Rechazo parcial de la castración materna en beneficio de la identificación con las *heces-falo* de la madre. En su tentativa de descubrir su lugar en el mundo, por desentrañar (sacar de las entrañas) su posición como sujeto, previamente desestimada por la prohibición de tomar partido en el enigma de la diferencia sexual, Emilio hace del *cogito* una paráfrasis: *soy (cagado), luego existo. Pero al menos existo.*

En esta construcción encontramos el anudamiento que nos permite comprender mejor las fantasías de castigo que Emilio produce de manera incesante: "el *ser-azotado* de la fantasía masculina (...) es también un *ser-amado* en sentido genital, pero al cual se degrada por vía de regresión" (Freud, 1919, p. 194). Aquí es donde mis observaciones discrepan de las conclusiones freudianas: mientras que para Freud "la fantasía de paliza del varón es entonces desde el comienzo mismo pasiva, nacida efectivamente de la actitud femenina hacia el padre" (op. cit., p. 195), yo observo que en Emilio es la amenaza materna "real" la que provoca el desplazamiento tanto del objeto como del afecto en el niño 4, dando pie a una fantasía pasiva de ser amado (castigado) por el padre.

Desde ya, se anuncia la fantasía masoquista como el deseo de descubrir, desde el enigma de la sexualidad y a través de las teorías sexuales infantiles, un lugar como sujeto.

A la luz de estas conclusiones, ¿cuál es el efecto esperable de la expulsión, siempre traumática, del sujeto fuera del cuerpo de la madre? Por un lado, el fantasma de no haber sido jamás contenido en el espacio materno; por otro, el intento desesperado por volver a su interior. Lo primero, a través de la asociación entre "niño" y "producto de feria", es decir, un objeto externo posible de ser transado. Lo segundo, por medio de su propia identificación con este *objeto de feria*, comestible y susceptible de digestión; es decir, facilitado para retornar al estómago a través de la expectativa de *ser devorado*.

Emilio pregunta a su madre por la maternidad, y con ello, interroga su posición respecto de la diferencia anatómica de los sexos. La madre cancela la pregunta y anula así la transformación de Emilio desde el niño anal hacia el sujeto fálico. Pero Emilio quiere vivir y encontrar su lugar en el mundo, y por ello retrocede en su historia sexual para buscar una respuesta a las preguntas que la madre, mientras más silencio, más multiplica: ¿cómo nacen los niños? ¿Qué es la maternidad? ¿Y la sexualidad? ¿Por qué mi madre calla (y me calla) mis preguntas? ¿Acaso no participo yo también de la sexualidad? ¿Cuál es la diferencia entre mi madre y yo? En definitiva: ¿soy sexuado o asexuado?

Emilio pregunta a su madre "porqué estaba guatona, si acaso tenía una guagüita". La madre le cierra de golpe la puerta de su curiosidad sexual. Emilio no comprende bien y se obsesiona por descubrir qué es lo que hay allí de prohibido en el interior del cuerpo de su madre. Y para *saberlo*, nada mejor que *serlo*: el pequeño Emilio se identificará con ese espacio interior de la madre cuyo significante no es otro que la *vagina*.

Ser o no ser penetrado, ese es el dilema. Pregunta que empuja toda una corriente homosexual que, pese a no manifestarse, late en la superficie; cuestionamiento reprimido que genera en Emilio la infatigable lucha de la ambivalencia.

Pero desde el deseo homosexual y el ímpetu de la defensa puede rastrearse un conflicto primario, "una lucha entre lo decente y lo indecente", entre aquello que enunciaremos luego como *tiempo sexual* y el impacto de su borradura: *ser o no ser sexuado*. Porque el lugar del padre aparece no sólo difuso sino también devaluado en el discurso de la madre 5, Emilio se toma "a sí mismo por una mujer para así resolver el enigma de la procreación" (Azouri, 1995, p. 71); interroga, desde su curiosidad respecto del origen del sujeto y la diferencia sexual, el tránsito de su cuerpo desde el deseo de la madre hacia el nombre del padre (Lacan, 1980): *¿qué es ser un padre, madre?*

Discusión y síntesis

Resumamos: frente a la curiosidad sexual del niño frente a la diferencia sexual (enigma encarnado por el interior del cuerpo de la madre), emerge por parte del adulto la prohibición y la amenaza, y con éstas, la angustia de castración 6. Como una forma a la vez de protegerse y buscar una respuesta, el niño regresa en su historia sexual y ensaya teorías alternativas, tanto anales como orales. No satisfecho con esto, y cuando el apremio de la realidad le impone la necesidad de una respuesta pero el imperativo del adulto le impide encontrarla, el niño vuelve a interesarse por el cuerpo materno. Pero ya sabe que desde afuera su curiosidad tendrá menos respuestas que amenazas, por lo cual decide encarnar en sí mismo el peso de la pregunta: *si no puedo saber qué tiene mi madre, seré yo mismo aquello que, de tanto ocultármelo, ella misma me muestra*.

De este modo, el niño realiza lo que podemos designar ya como una **identificación intrusiva**: el sujeto se introduce en el interior del cuerpo de la madre, no para dañarla ni poseerla ni controlarla, sino para responder, desde el oráculo de la sexualidad, el enigma de su propio deseo. Es así como el niño organiza su posición como sujeto, inscrito como Emilio en las vicisitudes del fantasma del goce masoquista. Y como sabemos, pocas cosas son tan difíciles de transformar como la manera de gozar, situación que Freud nos recuerda cuando sostiene que no hay perverso satisfecho que consulte a un analista. Anotemos: la pulsión que estructura la lógica sadomasoquista no es destructiva sino sexual.

Si nuestras indagaciones nos han conducido a aquello que por Freud conocemos como las fronteras de la perversión y el masoquismo, aprovechemos, entonces, esquemas familiares para graficar la lógica que hemos expuesto:

ESTRUCTURA PERVERSA

DESEO	DEMANDA	SEMBLANTE
Curiosidad sexual	¿Soy sexuado o asexuado?	Provocación (intrusión)

Hablemos de *semblante* (op. cit.) para referirnos a las manifestaciones observables de la articulación del deseo en la demanda. El semblante sería así la conducta manifiesta y sexualizada que ocupa el lugar de la verdad del deseo, del cual es una traducción desfigurada. En Emilio, tanto su historia como su posición en la transferencia permiten distinguir como semblante su actitud díscola de provocaciones y desafíos.

De esta manera, podemos rearticular el tiempo lógico de la fantasía de castigo en un *tiempo sexual*:

Deseo: "Quiero saber qué hay en el interior de tu cuerpo, madre".

Demanda: "Te pido que me muestres tus genitales para saber si tu cuerpo es como el mío y, de paso, confirmar que me amas".

Semblante: "Si no me permites saberlo, te voy a provocar hasta que me lo digas, aunque eso me cueste vivir de tu castigo".

POSICIÓN SADMASOQUISTA

ANGUSTIA	DEFENSA	RELACIÓN DE OBJETO
Castración	Identificación intrusiva	Simétrica

Hemos dibujado en la lógica de la estructura perversa y en lo que podemos anunciar como *posición sadomasoquista* las vicisitudes de aquel paciente cuyo paradigma es Emilio. Ahora bien, en la trama de la castración y el desafío, ¿qué sucede con el analista, su posición y su deseo?

Volvamos al material clínico. Emilio llega a la segunda entrevista treinta minutos tarde y con una vestimenta que sentí destinada a provocarme un impacto estético 7. Yo, sin darme cuenta, lo tomo como un desafío y le exijo su comprobante de pago: me siento a la vez robado (castigado-provocado-penetrado) e impulsado a "vengarme" (castigar-desafiar-castrar).

¿Qué tipo de vínculo se asoma en la escena analítica? Se establece allí una relación objetal *simétrica* (Matte Blanco, 1980), indiferente a la asimetría de los roles, en la cual tanto Emilio como yo parecemos dos perfiles opuestos de un idéntico rostro, partícipes alternados e indistintos de toda posible serie binomial que osara instalar una distancia: los papeles sádico v/s masoquista, masculino v/s femenino, fálico v/s castrado, terapeuta v/s paciente, son simetrizados por efecto de la angustia de castración: no existe diferencia sexual, generacional ni profesional. Y es allí donde opera la identificación intrusiva, al servicio de la simetrización, disolviendo diferencias y construyendo identidades.

En efecto, Emilio me provoca de vuelta "confesándome" que no lo traía consigo; tras lo cual yo no pierdo la oportunidad y hago batir el látigo de la amenaza: "si no lo tienes, te abandono". El dedo en la llaga, literalmente: intervención traumática que no sólo traduce mi contractuación como madre fálica y castigadora, sino que también atenta contra la posición subjetiva de Emilio respecto de su deseo.

Toda esta álgebra de identificaciones y simetrías aparece estructurada en el sueño: Emilio narra la historia de una madre-vagina-terapeuta que no puede tolerar su curiosidad e intrusión y termina "demolida", capítulo que prefiere renegar haciendo desaparecer infructuosamente los escombros con una "pequeña aspiradora".

Finalmente, Emilio me pedirá el informe psicológico para ver si yo también puedo actuar el personaje del padre consentidor. Tanto haber aceptado su demanda como el hecho efectivo de haber mantenido mi posición de madre fálica y completa (que no querrá desprenderse de su informe-pene-hijo), reflejan mi dificultad para salir del pantanoso (fecal) vínculo de la *posición sadomasoquista*, y con ello, las razones del fracaso del tratamiento. Y al no poder poner en palabras el contrapunto de *nuestros* deseos y resistencias, Emilio siguió viviendo en la danza mortífera del sufrimiento y el goce.

Emilio fue un paciente que, pese a nuestro escaso número de reuniones, puso en juego mis propios prejuicios: menos como "lección" que como experiencia singular y humana, me ayudó a ver que la neutralidad en la posición del analista, lejos de ser ideología, es tolerancia.

¿Y qué decir ahora, con posterioridad, de la problemática del síntoma, agente de su demanda? Estamos acostumbrados a leer en el síntoma la reescritura de lo reprimido, formación de compromiso que descansa en todo un trabajo de esa máquina deseante que es el aparato psíquico. Ahora bien, hemos visto con Emilio que sus angustias, fobias y depresiones cumplen una *función de protesta* 8: Emilio no tiene derecho a la curiosidad sexual, no tiene permitida la pregunta, está vaciado de su deseo.

El síntoma como protesta y prótesis: frente a la amenaza de pérdida de la subjetividad –aunque en definitiva, todo sufrimiento psíquico es una respuesta a dicha amenaza- y la banalización de su deseo (García, 2000), Emilio acude al dolor como una manera de *colocar delante* de sí un semblante que le proteja de la herida abierta de la castración 9. Si todo deseo es *deseo de reconocimiento*, el síntoma tiene en Emilio una función creativa y objetalizante: descubrir, desde su demanda, a otro que sea capaz de tolerar su intrusión y reconocerlo como un ser humano singular y distinto.

Es cierto: todo descubrimiento nos cuesta un paciente.

Notas

1 En ese entonces yo hacía mi práctica profesional en un hospital psiquiátrico.

2 Este fenómeno se puede graficar como una gramática del *sí, pero igual*, no ajena a la operación de la renegación.

3 Las cursivas son mías.

4 Algo similar sostiene Sandor Ferenczi al reconsiderar los efectos de los traumas "reales" del sujeto.

5Lo cual no quiere decir *ausente*, porque en tal situación estaríamos frente a una estructuración psicótica de la subjetividad.

6 Amenaza que, por de pronto, no es sino el reverso del deseo del adulto, generalmente encarnado en la figura de una madre insatisfecha e insaciable. Este *deseo de insatisfacción* materna respecto del padre (cara y sello del discurso de la histeria) explica por qué tantos pacientes describen a sus madres como brujas asfixiantes, mientras que el "padre-tipo" aparece castrado e impotente. Situación que permite ampliar a la vez nuestra construcción respecto de la fobia de Emilio: su actitud evitativa es la repetición en escena de la huida angustiosa del niño frente a una *madre-vagina* monstruosa. En este sentido, su fantasía de castigo puede leerse, desde los idiomas pregenitales del lenguaje libidinal, como el terror a ser devorado, sepultado en heces y orina o disuelto en el pozo sin fondo del espacio genital.

7 Con esto, rozamos tres elementos fundamentales de la posición sadomasoquista: *provocación, impacto, estética* .

8 Recordemos que *demandar* alude simultáneamente a pedir y protestar.

9 *Prótesis* viene del griego *protítheri*, que significa "colocar delante (a manera de protección)".

Referencias

Azouri, C. (1995). *El Psicoanálisis*. Madrid: Editorial Acento.

Freud, S. (1905). *Tres Ensayos de Teoría Sexual*. En Obras Completas, volumen VII (1996). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910). *Un Recuerdo Infantil de Leonardo da Vinci*. En Obras Completas, volumen XI (1996). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1919). "*Pegan a un Niño*". *Contribución al Conocimiento de la Génesis de las Perversiones Sexuales*. En Obras Completas, volumen XVII (1996). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924). *El Problema Económico del Masoquismo*. En Obras Completas, volumen XX (1996). Buenos Aires: Amorrortu.

García, M. (2000). *Arte, Rebeldía e Imaginario Social Contemporáneo*. En Gradiva, año 2000, número 1. Santiago: ICHPA.

Lacan, J. (1980). *Escritos*. México D. F.: Siglo XXI.

Matte Blanco, I. (1980). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*. Londres: Duckworth.

Bordeando la ética del deseo

Javier Grotiuz Scarella

- Prologo -

Historias y ficciones -

De escritos letras y significados

- 1er. acto -

1. clínica Psicoanalítica de la Unión

1. 1. Supervisión en la clínica psicoanalítica

1. 2. Dirección de la cura en el análisis de niños

1. 2. 1. viñeta clínica

- 2do. acto -

2. LA ETICA Y EL deseo

2.1. La ética del deseo del otro

- Epílogo -

3. Posicionamiento etico

4 y 5. Bibliografía y Notas

- prologo -

HISTORIAS Y FICCIONES...

¿Por qué realizar este recorrido? Porque la historia del sujeto (mi historia) **es**, en la medida que se hace presente en el discurso, "*dis-toria*" 1 que se va haciendo historia a medida que la va (voy) contando. Cuando contamos nuestra historia, nos contamos a nosotros mismos aquello que no sabíamos.

¿Por qué ficciones?, "Porque toda verdad tiene una estructura de ficción"2. Porque al igual que una tragedia griega, el Psicoanálisis se resuelve entre los mitos -el padre de la horda primitiva de Freud, el de la Laminilla de Lacan etc., etc.-. Y qué mejor que la tragedia -Antígona, Edipo, etc.- para situar la relación entre la acción y el deseo.

..."porque un sujeto no cesa de escribir una estructura de ficción ya no sólo con relación al pasado, sino también al futuro" 3 . Y este no cesar de escribir gira las más de las veces en torno a la posición fantasmática, ya que el soporte imaginario del deseo es el fantasma.

Aunque repitamos aquí, es seguro que no reencontraremos la misma cosa. Y podemos dar la fórmula Lacaniana del fantasma: \$ <> a, donde hay una doble relación de discurso y aunque seamos sujetos barrados por el significante y tengamos el objeto **a** como causa del deseo, dando inevitablemente un resto, una falta irrecuperable, algo que se pierde de la palabra , algo vamos a encontrar aquí.

De escritos, letras y significados

A partir de "La instancia de la Letra en el Inconsciente", aparece en Lacan una preocupación marcada por la escritura: "*Designamos cómo la letra es el soporte material que el discurso concreto toma del lenguaje*", "*llamamos letra, a saber, la estructura esencialmente localizada del significante*".⁴

La problemática sobre que el universo del significante no daba cuenta de todo, hace que Lacan busque otro concepto complementario. Es así que en sus últimos seminarios se fue orientando cada vez más hacia lo escrito⁵, dejando de lado la teoría del significante⁶.

Haciendo un recorrido en algunos lugares de su obra: "Sobre la identificación", "Encore", y "La instancia de la letra en el Inconsciente", se pueden establecer tres puntos:

- El significante se oye
- El significado es efecto del significante
- El significado es lo que se lee.

Es en relación con la letra que se define el carácter material del significante; el Inconsciente se lee. La interpretación es lectura.

Este pasaje de la palabra a la escritura es correlativo de una teoría del goce. Se relaciona la palabra y el deseo, la escritura y el goce.

En la clínica, el significante abre una puerta en tanto se lee de manera diferente de lo que significa. El sujeto lee y abre otra puerta, produciendo el descentramiento de la estructura. En tanto en la escritura, la letra, justifica su existencia al intentar superar el malentendido de la palabra yendo más allá que ella.

En la lectura de la letra, hay un hueco en la escritura, en tanto puerta a abrir. Y si tomamos lo escrito como una estructura y al lector como quien interpreta al texto (lo lee), se produce aquí una nueva lógica. Es como una forma de abrir el campo teórico, pero cerrado en una nueva estructura. Y como al escribir se renuncia al habla, a hacerse oír, es la intención de este escrito hacerse leer, o al menos que sea legible. Lleva implícito una voluntad de materialidad que sea congruente con todo lo del orden del discurso que él extrae de la clínica psicoanalítica.

Y si este texto no alcanza a aceitar las bisagras de alguna puerta, aunque sea que corra alguna persiana.

Quedan invitados a ver qué nos depara el por-venir.

– 1er. acto –

1. CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA UNIÓN

Estoy hablando desde lo que es mi inserción como estudiante en el servicio de la Clínica Psicoanalítica de la Unión⁷, inserta desde 1989 como una experiencia de extensión Universitaria. El servicio de la Clínica de la Unión es producto de un convenio firmado entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, y la Comisión de Fomento Edilicia y Social de la Unión (quienes están desde hace más de 60 años). Este servicio supone un aporte invalorable a la comunidad del barrio La Unión en cuanto a tratamiento de las diferentes demandas que se dan, alternando los usuarios desde la niñez hasta la vejez. Pero es de destacar la experiencia que deja en los estudiantes pasantes, ya que lo que se prioriza es la transmisión del saber psicoanalítico, apuntando a la formación del estudiante. Pilar este último fundamental junto al análisis personal y la supervisión, para aquellos que como yo se están formando en este ámbito, y piensan al Psicoanálisis como una

herramienta fundamental para una articulación teórico-clínica, y posible abordaje las distintas estructuras psicopatológicas.

1. 1. – Supervisión en la clínica psicoanalítica

En la clínica Psicoanalítica de la Unión, la función del estudiante básicamente es realizar una serie de entrevistas, cuyo proceso va a discurrir si el paciente requerirá derivación hacia tratamiento terapéutico, indagaciones diagnósticas en profundidad o, en el mejor de los casos, no hará falta una instancia complementaria.

El espacio dedicado a los vecinos de La Unión, privilegia la escucha siendo el paciente quien de alguna manera estructura el campo de la entrevista. El estudiante pasante tiene libertad para manejarse como considere correcto en la situación, ya que se prioriza el encuentro singular e irrepetible de la experiencia psicoanalítica.

La modalidad de trabajo está dada por una reunión semanal del grupo de supervisión conformado por diez estudiantes y dos docentes.

¿Por qué supervisión?, ¿para qué?

La supervisión es una de las instancias de formación que incluye otra visión, caracterizada por otra escucha, dejando al descubierto que siempre en la visión hay algo que se pierde en la mirada y que puede encontrarse en la dimensión de la escucha en la supervisión, interrogando al deseo de la primera escucha: el supervisado, lo que tiende a ubicarlo en un estatuto ético del psicoanálisis más verdadero. No hay clínica psicoanalítica sin ética. Y así como no hay clínica sin ética, no hay analista sin análisis.

Esta razón se apoya en las palabras de Lacan que dice que en la fórmula del fantasma se hallan contenidas las dos operaciones fundamentales de la estructuración del sujeto del inconsciente. No hay analista por la sola voluntad de serlo, pero algo del deseo está implícito. Un analista se autoriza a sí mismo, pero con la complicidad del otro para poder efectivizar esta práctica marcando justamente un inicio de la misma.

Vayamos a algunas formulaciones que quedaron al descubierto en la instancia de supervisión.

En el correr del año se pudieron apreciar ansiedades en torno a determinados temas:

La inseguridad de la mayoría del grupo al enfrentar la primera entrevista⁸, el primer paciente.

Utilidad de las Herramientas con que contamos junto a la pregunta: ¿sabemos o no? Este saber se refiere a ¿sabremos hacer frente al paciente con su carga ansiógena?, ¿qué nos angustia por enfrentarnos con la falta en el Otro?

¿Cuál es nuestro rol?, ¿somos directores de la cura bajo estas circunstancias en las cuales se toman pocas entrevistas acotadas en el tiempo?

Preguntas todas que fueron tomando forma, a medida que se acercaba el tiempo de la entrevista y a medida que ciertos imaginarios se iban simbolizando, significándose en el discurso, saliendo de su escondite fantasma.

A estas anteriores interrogantes agregaríamos otras:

¿Podremos ser consecuentes con nuestra función, actuando como estudiantes en el papel que hemos elegido desempeñar, pero desde una intervención que ponga a prueba nuestra formación y a su vez sea vital para la misma?

¿Cuál es la ética del deseo que entra en juego en el acto de la escucha analítica?. ¿Cómo se organizan las ficciones del deseo?

¿Podremos evitar caer en una falla ética, cediendo ante el deseo del Otro?.

Son todas interrogantes que intentare responder en el presente trabajo, especialmente las últimas, por hacerlas mías, aunque de alguna manera puedan haber rondado en el discurso grupal. Dejo en suspenso por ahora la formulación de las posibles respuestas, para seguir avanzando lentamente en esta, mi dis-toria.

1. 2. –La dirección de la cura en el análisis de niños ¿Por qué análisis de niños?: porque la mayor parte de la demanda que hay en la Clínica de la Unión se reparte en esa franja etaria y justamente, por esa razón, mi primer paciente (en la clínica) fue un niño.

Aunque mi función no era de terapeuta ni analista, desde donde me posicioné fue desde el psicoanálisis, por lo que humildemente estuve ocupando la posición de psicoanalista o analista. Algo peligroso si no se lo toma en serio aunque me posicioné "como si", al intentar ubicarme en una posición en la cual me siento cómodo: desde una intervención psicoanalítica.

Así que una pregunta inicial podría ser:

¿Hacia dónde vamos con los niños en la clínica psicoanalítica?

Los niños nos plantean una particularidad para trabajar con ellos, un doble juego de demandas: la del niño y la de los padres. Entonces hay que diferenciar cuando la consulta es generada por conflictivas paternas o cuando es debida a conflictivas propias de los niños. Hay que escuchar también cómo se articulan los síntomas que se aprecian en esos bordes que la pulsión rodea, el cuerpo.

Generalmente un hijo con problemas genera una gran ansiedad y culpa a los padres. Los cuestiona e interroga sobre la educación y crianza de su hijo, infiriendo ciertos ataques a su narcisismo. Otras veces el síntoma en el niño causa alivio y distensión en los padres.

Esto nos plantea una disyuntiva metodológica teórico-práctica y también ética. ¿Hay que priorizar la escucha hacia el niño o hay que darle más valor al discurso paterno? Ubicándose en un extremo algunos opinan que es mejor trabajar solo con los niños. Otros, en una posición antagónica, opinan que es fundamental el aporte de los padres. Yo considero que hay que acercar ambas posturas. Aunque no hay que perder de vista que quienes realizan el pedido de ayuda en principio son los padres y hacia allí va a apuntar el dispositivo tratando de establecer una "alianza terapéutica"⁹, no nos olvidemos que es el niño quien padece y es a él a quien debemos considerar a través del "dispositivo psicoanalítico"¹⁰.

Hay que atender el discurso paterno, sí, pero priorizar el del niño, con sus diferentes formas de expresión a través de los medios que puedan dar cuenta de su problemática (juegos, gráficos, etc). Esto nos guía en cierta dirección: la dirección de la cura. La que no tenemos que perder de vista. Es aquí justamente donde entra en juego la ética del deseo en la clínica psicoanalítica.

¿Creemos que anudando lo real del goce que pone en acto en el cuerpo con la dimensión simbólica e imaginaria para así construir un síntoma en la transferencia que derive ese goce que ya viene forzosamente anudado, solucionamos la cuestión?. ¿Es tan sencillo transpolar un síntoma por otro?.

La posición del analista es vital. Es aquí, más que en ningún otro lugar, donde la ética está en juego. ¿Cuál es la ética que está en juego? ¿Cuál es el deseo que nos convoca?.

Es en esa dirección adonde queremos ir.

1. 2. 1. – Viñeta Clínica

No es nuestra intención realizar un análisis de un caso, ni tampoco profundizar más allá de lo anteriormente escrito en la terapia infantil. Presentamos esta breve viñeta clínica con el solo efecto de mostrar parte del recorrido realizado que junto a otras razones nos llevaron a bordear la ética del deseo, ya que forman parte de nuestra dis-toria. Hecha las aclaraciones prosigamos.

En la primera entrevista, Pablo (nombrémoslo así) de 5 años, me dice "*¿Acá es donde voy a jugar?*", después de entrar al consultorio con ojos escrutadores que no se pierden ningún detalle. Su madre demora un par de minutos en volver acompañada por su padre (de Pablo) que se había quedado afuera, en un movimiento renuente que anuncia de arranque que éste último no estaba muy convencido de participar de este encuentro, como posteriormente se confirmaría.

Pablo llega a la consulta derivado por la maestra, por problemas de conducta agresiva y distorsión en clase que además de alterar al grupo, le impiden a él seguir a la par de sus compañeros en el aprendizaje, quedando rezagado.

La entrevista se inicia con el comentario de su padre refiriéndose a la derivación de la maestra como una injusticia, ya que su hijo es "normal". La conversación pasa más adelante al tipo de juego que realizan padre e hijo: de carácter violento y con un gran componente agresivo; la mayoría de las veces se disputa un objeto de deseo: la madre.

El padre me pregunta --más esperando mi complicidad que denotando duda—"¿es malo lo que hago?, ¿está mal jugar con mi hijo?", encontrando mi silencio, se anticipa la madre diciendo que sí, que está mal porque son juegos muy violentos y que se van a matar un día.

El padre reafirma la pregunta.

Mientras tanto Pablo, sentado entre ambos, tiene una actitud que contradice las disputas. Haciendo caso omiso de la supuesta protección que le brinda su madre, se encuentra muy junto a su padre actuando como separador de padre y madre, y en determinado momento se aproxima aún más para pedirle al padre que dibuje para él.

El entrevero y la confusión reinaron a lo largo de la entrevista en los discursos paternos, dejando bien en claro que los padres, cuando hablan de los problemas de sus hijos, no siempre facilitan la comprensión para uno y para ellos mismos. Esto seguramente más marcado por la propia conflictiva, que debido a un esfuerzo consciente por ocultar algún hecho. Debo decir que requirió de mucho esfuerzo de mi parte el poder atender a ese discurso (mareador), que por momentos se tornaba indescifrable. Y no era solo una particularidad que se daba estando la familia reunida, sino que también se repitió por ej. en una de las entrevistas que mantuve con la madre de Pablo, ya que por momentos no quedaba nada claro a quién se estaba refiriendo cuando hablaba del padre (del padre de Pablo o del padre de ella).

Situaciones como estas se dan a menudo en la clínica Psicoanalítica por estar el sujeto produciendo su dis-toria, no siempre de una forma ordenada y prolija (tampoco tiene que darse así), lo que le da la significación particular al discurso del paciente. Trae lo que trae, como puede traerlo, y eso va a decir mucho sobre su estructura y conflictiva.

Para esclarecer el discurso e indagar más allá de lo dicho, es que la lectura psicoanalítica (desde un óptica lacaniana) no atiende simplemente al sujeto del enunciado (al hablante) sino también al sujeto de la enunciación (el inconsciente). Este, en tanto estructurado como un lenguaje, está regido por la lógica del significante. Y si "el inconsciente es el discurso del otro", y "el deseo es el deseo del otro" (citas que retomaremos más adelante) entonces es en una frase del otro en la que el sujeto aparece como un objeto de aquél; el sujeto aparece como objeto del deseo del otro. Si el sujeto queda sujetado al deseo del otro, ¿cuál es la ética del

deseo que se pone en acto en la clínica psicoanalítica?. Si el sujeto queda sujetado de alguna manera al deseo del analista, ¿cuál es la ética del deseo que pone en acto el analista?

- 2do. acto -

2. – LA ÉTICA Y EL DESEO...

Haremos un recorrido histórico -que dista lejos su intención agotar el tema- por aquellos autores a los que hemos podido acercarnos, quienes posibilitan pensar y reflexionar acerca de las preguntas precedentes.

Etimológicamente "ética" proviene del vocablo griego "ethos": modo de ser, carácter, o costumbre¹¹. En la antigua Grecia la ética era el arte de las costumbres o el arte del buen vivir. También trataba sobre el bien y el mal. En este sentido hay que ambientarse en una forma de vida en la cual la mayoría eran esclavos y el resto ciudadanos soberanos (libres). Donde se concibe la felicidad individual en un contexto de felicidad colectiva. No se concebía que alguien fuera buena persona sin ser simultáneamente buen ciudadano.

La ética nace conjuntamente con la idea de introspección, el postulado Socrático: "conócete a ti mismo", es un claro ej. No se puede hacer una separación en ese momento del nacimiento de la idea de sujeto, sujeto racional, libre y por tanto responsable, de la idea de ética. Para los griegos antiguos, es virtuoso el buen ciudadano, el que busca acciones que son fines en sí mismos y no trata a las personas solo como medio para sus fines. (Contrasta fuertemente con esto la famosa frase de Maquiavelo: "el fin justifica los medios".) Este esquema se da en la comunidad de iguales dejando de lado al esclavo, quien es sólo un instrumento para el amo.

La ética antigua se basa principalmente en el arte de ser feliz, sobre la *eudaimonia*: el arte del buen vivir. Asociado este último a su vez al concepto griego de *epimeleia* que es la idea del cuidado de sí que remarcan corrientes como el epicureísmo, que trata de intensificarlo a través del placer.

"El placer para Epicuro es alivio, es la cesación del dolor. 'En el mismo instante se produce el nacimiento del placer máximo y el alivio del dolor' (Sentencias Vaticanas). Esto tiene que ver con la noción del tiempo del placer, un placer que se alcanza al mismo tiempo que cesa el dolor; entre placer y displacer no hay un tiempo intermedio en el cual lo agradable y lo desagradable serían sensibles simultáneamente para el sujeto.

Para Platón la parte del alma que actúa según el deseo se llama to epithymetikon (La República), él se refiere al deseo en tres variantes: el hambre, la sed y el amor.

Aristóteles distinguirá entre los deseos concernientes al tacto, los que afectan a todos los hombres (sed, hambre, sexo) y los que exceden a la naturaleza. Los primeros se rigen por un límite fisiológico, la satisfacción, y se terminan una vez saciados. Los segundos son personales y variados, ya que no tienen un carácter universal y objetivo." 12

Aristóteles exilia el deseo del campo del hombre ubicándolo del lado de la bestialidad en su conocida obra "Ética Nicomaquea". Para él, placer y bien van de la mano. Su problema es el bien, el bien soberano, cuestión que debe quedar obligatoriamente por fuera del psicoanalista. Este debe pensar en el paciente pero sin desearle el bien, ya que desear el bien al paciente equivale a desear por él, desde nuestro propio deseo.

"Es claro que el deseo para los griegos es parte de una forma de vida, o más bien proponen una clase de vida y una forma de existencia, que por su propia idiosincrasia y coherencia es incompatible con el saber, con la verdad.

Para Platón el epithymetikon es una forma de subjetividad distinta que se opone al principio de la razón. Del conflicto entre estos y el resultado depende la relación con la verdad y la posibilidad de conocimiento.

Para Platón, todos los apetitos por las cosas y los cuerpos comparten la misma estructura: su meta sería la plenitud. Esto provoca una necesidad tan indestructible como las pulsiones reprimidas de la infancia desde una lectura psicoanalítica.

El retorno insistente de lo reprimido es insaciable, a diferencia de los deseos puntuales que tienden a procurarse alivio. En cambio, Platón pensaba que el deseo es insaciable, el placer es imposible. La teoría Platónica sobrestima y demoniza el deseo.

Haciendo un breve recorrido por lo ya escrito, se ve que en un primer momento son los deseos por su modo de acción tan específico, los que determinan el tipo y el estilo de preocupaciones que caracterizan las diversas formas de existencia. Cuando los filósofos griegos teorizaron el arte de vivir, la posibilidad de modelar la propia existencia, el uso de los placeres y el cuidado de sí, no lo hicieron argumentando sobre los actos, sino sobre los ephytemiai (maneras muy especiales de desear) y su estructura. ¿Qué es lo que está en juego aquí?. El acceso a la verdad, no de sí, sino del conocimiento en general.

¿Cuál es la ética del deseo de nuestros días? ¿Con qué ephytemiai se manifiestan?"¹³

Spinoza, reflexionando en base a los antiguos, proponía una ética desprendida de valores abstractos, trascendentes, universales, proponiendo la dinámica de la acción reflexiva permanente, sobre hechos concretos. Esto nos remite a la inmanencia potencial del encuentro, a los valores inmanentes producidos en el encuentro de los cuerpos, respetando la singularidad de los procesos. De esto se desprende que para Spinoza la ética es amoral, ya que ésta tendría que ver con los valores más trascendentes y universales de la sociedad, validos en toda situación.

Lo éticamente bueno para Spinoza es el encuentro potenciador para los cuerpos resaltando las pasiones alegres de la vida. En esto Kant no está de acuerdo alegando en su "Crítica de la razón práctica", que lejos de llevar a la felicidad, las acciones éticas a menudo encuentran el dolor, terminando su tesis diciendo que el verdadero acto ético está reñido con el deseo. Cuestión ésta (la relación entre deseo y ética) que retomara Lacan pero desde otro punto de vista, parafraseando a Spinoza: "el deseo es la esencia del hombre".

2.1. - La ética del deseo del Otro

Siguiendo los razonamientos griegos y spinozianos es que Lacan retoma, devolviendo al Psicoanálisis una concepción ya presente en Freud¹⁴, postulando un deseo siempre vivo en tanto que siempre insatisfecho, complejizando la teoría del deseo, reconociendo el papel prohibitivo de la ley, y resaltando su aspecto productivo.

En el seminario VIII Lacan dice: "Cabe preguntarse de qué medios valerse para operar honestamente con los deseos. O sea, cómo preservar el deseo en el acto, la relación del deseo y el acto. En el acto se encuentra por lo común más bien su colapso que su realización y, a lo sumo, el acto sólo le presta al deseo su hazaña, su gesto heroico. ¿Cómo preservar, digo yo, entre el deseo y este acto lo que puede llamarse una relación simple, o saludable?".¹⁵

Se pregunta aquí como puede ser que el deseo pueda mantenerse vivo a pesar de los placeres que lo aquietan. Si un griego respondiera a esta pregunta: ¿Cómo preservar el deseo en el acto?, diría: "el deseo está en el acto, nunca lo abandona". Por eso el sexo es un problema. El deseo es insaciable, pero justo cuando la presencia del objeto codiciado parece colmar y saciar el deseo, es decir la falta, esta no cesa de ahondarse.

En cambio algunos pensadores cristianos como Tertuliano, y San Agustín responderían: "lo que cuenta ya no es el deseo, sino por el contrario el placer". El acto está en el deseo, un deseo que encuentra su causa en la tentación permanente de la que está hecho el mundo.

En el Filebo de Platón, el placer es imposible porque gozar implica también desear. Para los exegetas cristianos en cambio el placer es irresistible porque desear ya es gozar y los efectos se pueden sentir en el cuerpo. El placer (hedoné, voluptas) existe con una presencia y actualidad tan vivas que es el deseo el que se opaca prestándose de anzuelo.

El retorno a Freud de Lacan es a su vez una vuelta sobre los postulados Platónicos en cierta forma y a su teoría del deseo en perpetuo movimiento, continuamente frustrándose e incesantemente reiniciando la búsqueda. Aquí hay que hacer una salvedad con el concepto de pulsión. Trieb es el término que utilizaba Freud para nombrar la pulsión. En "Los instintos y sus destinos" dice que es un concepto fundamental. Es una construcción, "una convención" (konvention). Lacan propone en vez de éste "ficción", ya que las pulsiones ficcionalizan, mitologizan lo real, debido a que su acceso es imposible.

El concepto de pulsión es un montaje de cuatro términos: *drang* que es la fuerza constante, la presión ejercida por una excitación o estímulo interior. El *fin* es la satisfacción aunque se puede alcanzar ésta fuera del objeto implicado, siendo el fin inhibido (sublimación). Lo que nos lleva a pensar el *objeto* como tercer término: éste no tiene ninguna importancia, realizando la pulsión un tour a su alrededor. La *fuerza*, o zona erógena se puede pensar como un borde. Si bien la satisfacción está en retornar a la fuente, no está en ella, sino en el trayecto de ida y vuelta (tour). Entonces ¿cuál es el circuito de la pulsión? Habría dos extremos en la experiencia psicoanalítica, el primero es la represión primordial, de un significante y lo que allí se edifica en lo sincrónico construyendo el síntoma. El otro extremo es la interpretación, implicando la dimensión diacrónica, entrando en juego la metonimia del deseo. La mayor parte de la experiencia psicoanalítica se da entre estos dos polos.

Así que la pulsión presentifica el objeto de la necesidad en cuanto encuentro fallido con el mismo, en tanto se pierde en el pasaje al registro de la demanda. Entonces no hay que confundir la pulsión ($\$ \leftrightarrow D$) con el deseo ($A \leftrightarrow d$). La pulsión es lo que insiste, afecta a los bordes y goza. El deseo es efecto de la pérdida de un objeto (*a*) por la acción del significante. Ahora entenderemos mejor la frase que sigue.

"El análisis demuestra que el amor en su esencia es narcisista y denuncia que la sustancia pretendidamente objetal (puro camelo) es de hecho lo que en el deseo es resto, es decir su causa, y el sostén de su insatisfacción, y hasta de su imposibilidad". A ésta se le agrega otro elemento complejo "(...) el goce del otro, del cuerpo del otro, solo lo promueve la infinitud". 16 El amor es la pasión por la ignorancia del deseo pero no puede alcanzarse, porque si bien se trata de hacer de Dos, Uno, el deseo muestra allí la falla, porque depende de la esencia del significante, que introduce la hiancia.

En el seminario VI17 Lacan nos presenta los tres esquemas del grafo del deseo (aunque luego le hará ciertas modificaciones al ordenamiento en el seminario XVI18). Nos dice que hay que darle su lugar al deseo, lo que va a permitir un clivaje en la técnica y la teoría psicoanalítica. Un clivaje que en francés tiene varias acepciones, y una de ellas adquiere un sentido diferente al que se utiliza comúnmente: escisión. Por el contrario adquiere el sentido de "abrirse camino con una hacha a través de un bosque"; esto se puede leer de dos formas en el entendido que a la vez que construye que va haciendo el camino, lo va encontrando.

En este seminario Lacan nos presenta el conocido aforismo: *"el deseo es su interpretación"*. Posteriormente en el seminario VII, sobre la ética plantea que la ética del psicoanálisis es la ética del deseo. Lo que lleva de alguna manera a establecer que la ética del psicoanálisis es algo que se juega en la interpretación. Se pone en juego en un acto, en tanto un acto es susceptible de un juicio. 19

Ordenemos un poco los conceptos, para ir acercándonos a la clínica Psicoanalítica.

La teoría lacaniana ubica a la palabra como lugar emergente del deseo, a través del discurso el significante representa a un sujeto para otro significante. Se privilegia la palabra y por contrapartida la escucha del analista. ¿Qué ética del deseo está implícita a esta escucha?

La ética para Lacan, y él se refiere a la ética del Psicoanálisis, la entiende formulando una pregunta, interrogando al analista: "*¿has actuado en conformidad con tu deseo?*"²⁰ "*La ética consiste en un juicio sobre nuestra acción.*" Propone "*elegir como patrón de medida de la revisión de la ética a la que nos lleva el psicoanálisis, la relación de la acción con el deseo que la habita*"²¹. Y pregunta más adelante: "*¿Ha Ud. actuado en conformidad con el deseo que lo habita?*"²²

Explicemos lo que es el deseo discerniéndolo de la necesidad y la demanda, situándolo en otro lugar.

Daremos un breve rodeo. A partir de Lacan el significante en términos psicoanalíticos implica que no hay nunca una significación completa, siempre para el hablante falta un significante. Esta falta ya fue trabajada por Freud aportando dos ideas al respecto: en la "Experiencia de satisfacción" en la que se trata de reencontrar un objeto inhallable y por otro lado trabajo la falta en términos de castración de la madre, a partir de lo cual lo que ya faltaba puede pensarse como el falo faltante en la madre.

Pero la falta en relación al significante está dada por la barra que rompe el signo del algoritmo saussuriano²³, dando como resultado un resto que escapa a la significación. Y como es en el otro donde se va a sancionar el mensaje, esta barra hace que nunca se pueda sancionar plenamente en el otro. Esto hace que el Otro esté barrado (). Siempre falta un significante. La ilusión del hablar cotidiano, está en suponer un Otro sin falta que garantice la significación y evite el malentendido.

Para un sujeto la necesidad de relacionarse con el objeto está perturbada por ser mediada por el lenguaje. Este lógicamente le preexiste al sujeto. Aquí es donde el sujeto está obligado a demandar. Incluso los movimientos del bebé son sancionados como una demanda por parte de su madre. Como la demanda es una articulación significativa el sujeto queda librado a que el Otro interprete. En toda articulación de la demanda cae un resto (objeto) que no se articula. Este objeto que se produce toda vez que se habla, siempre se pierde aunque antes no estaba.

El que demanda apela a la incondicionalidad del Otro, a que no esté condicionado o sujetado por ninguna ley, encontrándose en definitiva con la ley del deseo.

Si la causa del deseo se produce por efecto del significante, es en el Otro, en tanto tesoro del significante donde estará planteada la cuestión de la causa: "el deseo es el deseo del otro". (**A d**)

La fórmula "el deseo del otro" es un genitivo, (aporte de la lengua latina) encontrándose dos: el genitivo objetivo y el subjetivo.

Ejemplifiquemos: Genitivo objetivo, "El canto del himno", del himno modifica a canto. Genitivo subjetivo, "el canto de los niños", "de los niños" es el sujeto de la respuesta a ¿quién canta?.

Entonces el análisis se escande en dos momentos uno objetivo y otro subjetivo. En el genitivo objetivo Lacan dice: "el inconsciente es el discurso del otro" y en el genitivo subjetivo dice "deseo del otro", lo que significa que la posición del sujeto como deseante implica que **es**(deseante) **en tanto** (es) **otro** (el) **que desea**. Es soportado como deseante por el deseo de otro, y cuando más cree que es autor de su deseo más desconoce que es deseo del otro. Y aquí retomo lo de enunciado y enunciación diciendo que habrá así un proceso de enunciado y un acto por el que se hace la enunciación de ese enunciado. Desconociendo el sujeto del acto del enunciado que es sostenido por el deseo de otro, posibilitando la enunciación y posterior interpretación.

Precisemos, reflexionando sobre la negación en Freud en su artículo "La negación". El se detiene en el enunciado "no es mi madre", diciendo que basta sacar el no para encontrar la verdadera fórmula que se está diciendo allí, indicando este no el verdadero sujeto de la enunciación: el inconsciente.

Y si el sujeto es soportado como deseante por el deseo de otro, ¿cómo hace el analista para soportar al paciente sin involucrar la dimensión de su propio deseo?. Pasemos al deseo del analista retomando el título que le da nombre a este trabajo transformándolo en una pregunta ¿Por qué bordeando la ética del deseo en la clínica psicoanalítica? ¿Por qué bordear algo? ¿Por qué no abordarlo directamente? Porque la clínica psicoanalítica nos remite a los efectos de sentido que crea el significante, a un supuesto saber en el Otro. El sujeto produce la pregunta que cuestiona y que duda, instalando la posibilidad de un saber, de una respuesta en el Otro. Pero como "la" respuesta, nunca existe al final, solo podremos señalar algunos puntos, hablar de cosas que bordean la pregunta.

El sujeto supuesto al saber (el analizando) concurre a la consulta con una demanda, con una pregunta por hacer (que podría ser ¿qué quieres de mí?). Pero anterior a esto es que se encuentra presente lo que verdaderamente va a orientar la dirección de la cura: el deseo del analista. Lo que nos lleva a preguntar: ¿Cuál es el deseo de ser analista?

Y de aquí en más, diré en primera persona. Es claro que algo de mi propio deseo está pesando para ello. Algo de ello hay para que me ubique en ese otro lugar en la clínica, aunque aún sea un estudiante posicionado como psicoanalista.

- Epílogo -

3. – POSICIONAMIENTO ETICO...

Ser psicoanalista ya implica un posicionamiento ético por tener una relación singular con el saber. O sea con el deseo de saber acerca del deseo de los demás. Algo intrínseco a mi propio deseo hace que me coloque en tal actitud de escucha. El rol del analista de alguna forma me preexiste antes de ubicarme en ese lugar, por ser parte de una estructura del discurso, dándole valor dentro de nuestra cultura occidental. Pero va a ser en el acto singular cuando se ponga a prueba el anudamiento de mi propio deseo.

Creo que si hay un acto ético en ese espacio terapéutico es justamente que mi deseo en abstinencia oscile en equilibrio entre mi propia intencionalidad y el deseo del Otro sin acceder al deseo del Otro. Para lograr esto es conveniente mantenerme próximo a la transferencia del paciente, para poder reaccionar ante ella.

Debo cuidarme de no ubicarme en el lugar de sujeto supuesto saber²⁴. En el lugar del amo. No debo ponerme en el lugar del ideal del yo del paciente. En ese lugar omnipotente, paralizador, sino ubicarme en el lugar de la causa del deseo del otro, habilitando el movimiento, la apertura del inconsciente y la producción discursiva en el sujeto supuesto al saber, desplegando su deseo hacia ese camino sinuoso y escurridizo: la dirección de la cura. Creo que el psicoanalista debe dirigir la cura, pero lo que no debe hacer es dirigir al paciente, tomando una dirección de conciencia en el sentido de guía moral más correctiva que terapéutica.

Puede pasar de ceder en el deseo por un buen motivo (como veremos enseguida). Diría un pensador cristiano por el bien, ¿por el bien de quién?, del paciente? Ya argumenté anteriormente porqué considero que hacer esto es un error.

"Lo que llamo ceder en su deseo se acompaña siempre en el destino del sujeto (lo observarán en cada caso, noten su dimensión) de alguna traición."²⁵

Un buen ejemplo para analizar todo esto que vengo diciendo, (tomando en cuenta esta última cita) lo podemos apreciar en el caso que plantea Irvin Yalom en la introducción de su libro: "Desde el Diván", que aunque sea una novela, los hechos pueden perfectamente coincidir con algún caso real (y seguramente fue sacado de ahí). El reconocido terapeuta Seymour (noten la homofonía con Sigmund) Trotter, quien es autor del código de ética de la comunidad psicoanalítica, por hacer el bien a su paciente cede ante el deseo del Otro. Se justifica para sí, esgrimiendo argumentos terapéuticos. "Yo estaba convencido de que si no cumplía con mi parte de la apuesta, Belle se mataría". Apuesta que consistía en pasar una semana de vacaciones como marido y mujer (**con su paciente**), si es que ella se abstuviera durante dos años de cometer conductas que atentaran contra su cuerpo y su salud. Obviamente una excusa a mi entender, para realizar en realidad su propio deseo, que ya quedaba al descubierto previamente:

"Debo enterarme de todo lo que precedió al hecho, todo lo que podría ayudarme a comprenderlo..." le dice a la hermosa Belle, en relación a sus conductas perversas, introduciendo así la dimensión de su propio deseo, un cierto "universo mórbido de la falta". Su accionar es claro que fue por hacer el bien, siendo su acto guiado por una reflexión moral y no ética. Como dije antes esto es de lo peor que se puede hacer por un paciente. Pero en realidad el bien se lo hacía a él mismo, ya que desde un principio quedó atrapado con su "Belle" paciente, quien no manifestaba la "belle indiference" precisamente, sino todo lo contrario.

Trotter no duda en realizar acciones tendientes a capturar a su paciente. Por ej. a lo que Trotter llama creatividad (no sólo por inventar una nueva terapia para cada paciente), como cuando le escribe en el pañuelo lo que ella tenía que hacer, en realidad a mi entender es utilizar la transferencia como una sugestión. ..."mi trabajo es introducirla en la realidad" dice indicando el régimen correctivo y adaptativo que tomó la terapia en vez de proseguir la dirección de la cura. Es correcto ejercer la transferencia, posibilitando así la instauración del sujeto supuesto al saber, encarnando el lugar al que es llamado por el paciente, pero no lo que realiza Trotter, que es ubicarse en ese lugar habilitando la idealización. Si la transferencia es lo que de la pulsión aparta la demanda, el deseo del analista es lo que la restablece. La dimensión del deseo del analista es la que introduce o reintroduce la demanda (el pedido de amor), siguiendo el circuito de la transferencia (la repetición) y de la pulsión (bordeando el deseo), pero no ayuda a la dirección de la cura ya que sigue dando vueltas en círculo sin dejar al paciente avanzar hacia el tránsito de su fantasma.

Entonces es Belle como objeto, como bien, la paga por la satisfacción del deseo. Pero, a su vez, el cobro es muy alto por este goce: le cuesta su prestigio, su profesión y un matrimonio de varias décadas.

Es con este claro ejemplo que me quería despedir. El es doblemente ejemplar para ver la estructura que se llama "ceder en su deseo". En un sentido porque la ética está en clara falta, ausente. Quebrantada la regla fundamental de abstinencia, ubicándose Trotter desde el lado del amo, sujeto supuesto saber, en vez de tender a su destitución. Además de romper también con la función del silencio que es tan importante, no posibilitando a Belle hablar libremente, sin que su discurso deba ceñirse a ninguna convención preestablecida, introduciendo la dimensión de su propio deseo. Su posición debería ser la del "muerto", en el sentido que sus sentimientos solo tienen un lugar posible en el análisis: el del "muerto", y "si se le reanima, el análisis se prosigue sin que se sepa quién lo conduce"²⁶, como realmente ocurrió.

Doblemente ejemplar porque Trotter es quien redactó el código de ética, y quien como Guillotine sufrió las consecuencias de su propio invento, cayendo la hoja fría y afilada del propio código de ética sobre su humanidad.

Es un ejemplo paradigmático de lo que no se debe hacer (sin entrar en análisis moralistas), que permite ver como el acto libre de juicio y ética pero cargado de deseo, en el caso del analista puede llevar a la esclavitud de su conciencia y a la imposibilidad para seguir ejerciendo el psicoanálisis, y ni hablar de las consecuencias nefastas que puede tener para el paciente.

4- Para terminar...

Si el saber es a producir, es porque está acompañado por la economía del goce que lo sostiene y en esta economía la estructura a descifrar del inconsciente se expresa en la insistencia de la letra con que insiste el goce.

Entonces creo que realizando este tour alrededor de la ética del deseo, algo de este objeto quedó resignificado posibilitando un cierto goce (por qué no decirlo) de escribir estas líneas.

Aunque bordear la ética del deseo a través de la letra, sea sólo una de las tantas formas posibles que existen para descifrar los avatares de la clínica psicoanalítica, espero hayan disfrutado de la lectura -interpretación- tanto como yo disfrute escribir este trabajo.

Bibliografía

(Aquí solo se brinda parte de la bibliografía utilizada, el resto se encuentra debidamente reseñada en las notas).

ARISTOTELES. Ética Nicomaquea. Ed. Gredos, Madrid, 1993.

FREUD, S. "Más allá del principio de placer", en O. C. Tomo XVIII, Amorrortu. Bs. As. 1969.

FREUD, S. "La experiencia de satisfacción", en Proyecto de una psicología para neurólogos. O. C. T III. Biblioteca Nueva, Madrid. 1967.

FREUD, S. "La negación", en O. C. T. II. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967. Freud, S. "Las pulsiones y sus destinos", en O. C. T. I. Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

FREUD, S. "Los instintos y sus destinos", en O. C. T. I. Biblioteca Nueva, Madrid. 1967.

FREUD, S. "Recordar, repetir y reelaborar", en O. C. Tomo XII, Amorrortu, Bs. As. 1980.

MANONNI, M. La primer entrevista con el psicoanalista. ed. Granica, Bs. As. 1973.

LACAN, J. El deseo y su interpretación. El Seminario. Versión Inédita. 1958-59. Lacan, J. "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", en Escritos I. S. XXI. México. 1971.

LACAN, J. "La dirección de la cura y los principios de su poder" en Escritos II. Ed. S. XXI. Bs.As.

LACAN, J. La ética del Psicoanálisis. Libro VII. El Seminario. Editorial Paidós. Bs As. 1984

LACAN, J. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. El Seminario. Ed. Barral. Barcelona. 1977.

PLATON. La República. Ed. Gredos. Madrid.

Notas

1 Ricardo Landeira. Seminario: Historias de amor de locura y de muerte.

2 Jacques Lacan. El Seminario. Libro VII. La ética del Psicoanálisis. Editorial Paidós. Bs As. 1984. Pag 22.

3 Idem Nota 1.

4 Jacques Lacan. "La instancia de la letra", en Lectura estructuralista de Freud. Escritos 1, Siglo XXI, México. 1971.

5 La idea al publicar los Escritos (1966) es terminar con el malentendido que implica la palabra, realizando una obra con valor de verdad más duradero.

6 Lacan en sus últimos años fue ocupándose cada vez más por sus matemas y nudos borromeos, destacando la función del silencio en el discurso.

7 Para ampliar información remito al lector al trabajo "La transmisión del psicoanálisis en una clínica universitaria barrial: ¿una apuesta o un desafío?" Jacquelin Bochar. Publicado en la Revista Acheronta. Número 11 - Julio 2000.

8 Digo la mayoría, porque algunos entre los cuales me incluyo, ya habíamos realizado entrevistas en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó.

9 Que no es lo mismo que actuar en complicidad con los padres.

10 Podría utilizar la palabra encuadre, pero considero que es más precisa ésta última, abarcando además ese movimiento dinámico que se da en el entorno psicoanalítico de la escucha clínica: la relación transferencial.

11 Aristóteles, hace un juego con ethôs a la que da estas dos últimas significaciones.

12 De mi ponencia "La estética del Placer" dictada en el II Congreso Latinoamericano de Estudiantes de psicología. Santiago de Chile. 1999. Publicada en la Revista electronica "Thesis". www.rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/thesis

13 Idem cita anterior.

14 Es de destacar que casualmente fue su hija y los denominados de la "escuela del yo" quienes hicieron que fuera perdiendo valor e importancia dentro del psicoanálisis.

15 Jacques Lacan. Seminario VIII. La transferencia. 1960-61. Inédito. Pág. 14.

16 Idem cita anterior. Pág. 15.

17 Jacques Lacan. El deseo y su interpretación. Seminario. Versión Inédita. 1958-59.

18 Jacques Lacan. De un otro al Otro. Seminario. Versión Inédita. 1968-69.

19 Eduardo Albornoz: Acerca del deseo y su interpretación. Comentario sobre el seminario VI de J. Lacan. Publicado en Revista Acheronta N° 1. Agosto 1995

20 Idem nota 2. Pág. 370. Esta pregunta le sigue al título: Paradojas de la Etica.

21 Idem anterior. Pág. 372.

22 Idem anterior. Pág. 373.

23 Le llama Lacan Saussuriano aunque sea más correcto decir: lacaniano. Ya que es producto de la inversión de los términos y el rompimiento del signo, quedando el significante por encima e independiente del significado.

24 Aclaro que este lugar le es dado al analista por el paciente: sujeto supuesto al saber, que ya viene en transferencia permitiendo iniciar el análisis. De no ser así, sería muy difícil que el paciente se ubique al

inicio del análisis en la posición de sujeto supuesto al saber: analizando. Hay que tener presente que la transferencia tiene como soporte y pivote al sujeto supuesto al saber.

25 Idem nota 2. Pág. 381.

26 Jacques Lacan. "La dirección de la cura y los principios de su poder" en Escritos II. S. XXI. Bs.As. Pág. 569.

Archivo

La anorexia histérica

Charles Lasègue

Publicado en "Etudes Médicales", segundo tomo, página 45.

Publicado en París, en 1884

Traducción de Carlos Moro

Tengo la convicción de que no se conseguirá completar el conocimiento de las afecciones histéricas hasta que no se haya estudiado aisladamente cada uno de sus grupos sintomáticos. Una vez realizado este trabajo preliminar, se deberán reagrupar los fragmentos y entonces recomponer la totalidad de la enfermedad. Enfocada en su conjunto, la histeria tiene unos componentes de fenómenos individuales, es decir, de incidentes sometidos al azar, tan importantes que no es posible llegar a comprender lo particular tomando como base lo general.

Este procedimiento, más que discutible si se aplica a las enfermedades limitadas en el tiempo, en el espacio, en su localización o en la modalidad de los fenómenos, se puede aplicar en nuestro caso idóneamente. Ya he intentado definir las características de la tos y de la catalepsia pasajera de naturaleza histérica; otros han dedicado excelentes monografías a las hemiplejías, a las contracturas transitorias o duraderas, a la anestesia, etc. Hoy tengo la intención de estudiar un complejo sintomático, al que nos enfrentamos tan a menudo que no lo podemos considerar como un accidente excepcional y que, además, tiene la ventaja de permitirnos penetrar en la intimidad de las actitudes mentales de las histéricas.

Son numerosos los trastornos digestivos que aparecen en el decurso de la histeria. Consisten en vómitos repetidos y, a veces, casi irrefrenables, en dolores gástricos, en hematemesis, en estreñimientos o diarreas, diferentes entre sí por su evolución o por cualquier otra de sus características.

Entre los síntomas graves, son los vómitos de sangre los que más han llamado la atención de los facultativos; por otra parte, las gastralgias, fenómenos puramente subjetivos, se conocen mal, mientras que los trastornos intestinales dan lugar a más incertidumbres aún.

Nos hemos fijado preferentemente en los extraños desarreglos del apetito, de los que abundan los ejemplos y cuyas variedades serían casi infinitas. Al referirnos a hechos singulares, a casos de apetencias raras, hemos olvidado estudiar el verdadero estado de las pacientes, y lo hemos reducido todo a asumir la convicción inoperante de que las histéricas se ven afectadas por los desórdenes más inverosímiles de las funciones digestivas. Sin embargo, sería posible intentar una clasificación de este tipo de anomalías; pero, aunque he tenido la ocasión de observar una gran cantidad de las mismas, no es mi intención hablar aquí de ellas, ni tan siquiera incidentalmente.

El objetivo de esta memoria es hacer conocer una de las formas de la histeria de localización gástrica, lo suficientemente frecuente para que su descripción, en contra de lo que sucede con demasiada facilidad, sea algo más que la generalización artificial de un caso particular, ya que es lo bastante constante en sus síntomas para que los médicos que la han observado no puedan comprobar la exactitud de la misma y para evitar que coja desprevenidos a los que se tropiezan con ella en la práctica profesional. Se podía haber reemplazado el nombre de anorexia por el de inanición histérica, que representaría mejor la parte más llamativa de los casos. He preferido, sin que por ello la defienda a ultranza, la primera denominación, precisamente porque se relaciona con una fenomenología menos superficial, más afinada y, también, más médica.

De las diversas fases que se compone la digestión, la mejor analizada por los enfermos y la que con menos detenimiento han estudiado los especialistas médicos es seguramente la apetencia por ciertos alimentos o por alguno determinado. Aunque el término de anorexia se haya adoptado generalmente para representar un estado patológico, no tiene su equivalente

fisiológico, ya que la palabra "orexia" no existe en nuestra lengua. De ello resulta que carecemos de expresiones para designar los grados o variedades de la inapetencia; en este caso, como también sucede en otros muchos, la pobreza del vocabulario responde a la insuficiencia del conocimiento.

En ciertos casos, el apetito ha quedado anulado, sin que el enfermo sienta otra sensación que la pena de carecer de un excitante que le incite a comer. No por eso se convierte en repugnancia invencible y, muy a menudo, resulta acertado el proverbio de que "el comer y el rascar, todo es empezar"...

En algunas circunstancias, siente el enfermo una repulsión más o menos viva hacia ciertos alimentos; en otras, por último, toda sustancia alimenticia, sea ésta la que sea, provoca asco. Por generalizada que sea la inapetencia, muestra siempre una escala gradual, sin que los alimentos sean rechazados indistintamente con la misma insistencia.

Al contrario, existen afecciones, sean éstas del estómago o del sistema nervioso central, localizadas o diatélicas, que van acompañadas de una sensación ilusoria de apetito, que se reproduce en intervalos desiguales o casi regulares. En algunas histéricas, se observan falsos apetitos, exigentes e imperiosos, tan intensos como el hambre que afecta a algunos diabéticos. Las enfermas, obedeciendo a una hipótesis teórica, parten casi siempre de la idea de que su malestar se debe a la inanición y que conseguirían superarlo comiendo algo, por poco que fuera. La experiencia demuestra que dos gotas de láudano sirven mejor para calmar el hambre imaginaria que la ingestión de alimentos.

A la sensación exagerada de apetito, a la suposición que la comida calmará la necesidad, se contraponen, en sentido inverso, la disminución del apetito y la convicción de que la comida va a ser perjudicial. Como en el primer caso, el enfermo se comporta entonces de acuerdo con una suposición instintiva. Dócil, deseoso de ser liberado de su temor, intenta comer y va adquiriendo la certeza de que, o bien que su salud saldrá ganando si continúa alimentándose, aun con riesgo de sufrir, o que sus aprensiones estaban mal fundamentadas. Indócil, preocupado sobre todo por evitar un dolor hipotético y temido de antemano, mantiene el tratamiento que se le ha prescrito y se abstiene de tomar alimentos. Este es el caso de las histéricas cuyo historial voy a intentar describir. No se incluyen las observaciones hechas desde hace años, pues creo que es mejor presentar, en lugar de hechos particulares, un cuadro de la enfermedad en cierta manera esquemático.

Una joven entre 15 y 20 años se siente presa de una emoción que declara o disimula. Lo más a menudo se trata de un proyecto real o imaginario de matrimonio, de una contrariedad derivada de cualquier afecto o incluso de cualquier aspiración más o menos consciente. En otras ocasiones, se tiene que limitar uno a hacer conjeturas sobre la causa desencadenante, bien sea porque la joven tenga interés en encerrarse en el mutismo tan habitual en las histéricas, o porque no es consciente del motivo originario. Después veremos que, entre estas causas múltiples, muchas de ellas pueden pasar desapercibidas.

Siente un malestar inmediato después de haber ingerido un alimento: vagas sensaciones de empacho, angustia, gastralgia, bien sea *post prandium* o manifestada ya desde el inicio de la comida. Ni ella ni las personas de su entorno le dan la más mínima importancia, pues no resulta de ello ningún malestar duradero.

Al día siguiente, se repite la misma sensación y continúa, tenaz e insidiosa, durante varios días. La enferma se convence a sí misma que el mejor remedio contra estas molestias indefinidas y extremadamente desagradables consiste en disminuir los alimentos. Hasta aquí, no ha sucedido nada de extraordinario. No existe ninguna persona afectada de gastralgia que no haya sucumbido a esta tentación hasta que llega a adquirir la certeza de que la privación relativa de alimentos no sólo no le va a ser provechosa, sino que agrava sus dolencias. En la histérica, las cosas suceden de otra manera. Reduce su comida poco a poco, ya sea pretextando un dolor de cabeza, una inapetencia momentánea o manifestando el temor de que se repitan las impresiones dolorosas que siguen a la comida. Al cabo de algunas semanas, ya no se trata de repugnancias que se suponen pasajeras, sino de un rechazo a la alimentación

que se prolongará indefinidamente. Se ha declarado la enfermedad, que va a seguir su marcha de una manera tan fatal que es fácil pronosticar el porvenir.

¡Ay del médico que, desconociendo el peligro, trata esta obstinación, que espera curar con medicamentos, con consejos amistosos, o con el recurso, todavía menos indicado, a la intimidación, como si fuera una fantasía sin consecuencias, como algo que va a durar poco! Con las histéricas, nunca se puede corregir un primer error médico. Al acecho de los juicios que se emiten sobre ellas y sobre todo de la actitud de la familia, no perdonan y, una vez que consideran que se han roto las hostilidades, se atribuyen el derecho a continuarlas con una tenacidad implacable. En este periodo inicial, la única conducta racional es observar, callarse y no olvidar que, cuando la privación voluntaria de alimentos se prolonga varias semanas, se ha convertido en un estado patológico de larga duración.

Para apreciar en su valor los diversos elementos que concurren en la eclosión de la enfermedad, es importante someter cada uno de ellos a un análisis minucioso.

Ante todo, merece que nos detengamos en el dolor gástrico, que es, o parece ser, el punto de partida de los achaques. Varía de intensidad, yendo desde una sensación confusa de presión hasta una especie de contracción espasmódica estomacal acompañada de desfallecimiento, palidez, sudores o incluso de escalofríos; sin vómitos ni ganas reales de vomitar, ni tan siquiera en los casos extremos; es sólo la enferma quien pretende que un grado más provocaría los vómitos.

Si nos atenemos a las apariencias, las crisis dolorosas no se diferencian en nada de aquéllas que tan frecuentemente se observan en todas las afecciones de las vías digestivas. Es la alimentación la que las desencadena, pues, si no se come, no se producen. Si esto fuera así, nos faltarían los signos distintivos y nos veríamos obligados a incluir la gastralgia en la lista, ya bastante numerosa, de las neurosis histéricas localizadas.

La sensación dolorosa no se produce solamente por efecto de la comida, persiste, más o menos viva, en el intervalo entre las ingestiones, ya sea con carácter insignificante, ya sea con un malestar más intenso, tan atenuada a veces que la enferma se queja de una desazón general sin poder asignarle un punto fijo. Sean cuales sean sus formas, su localización y su gradación, ¿se debe la sensación de malestar a una lesión estomacal o es sólo la manifestación refleja de una perturbación del sistema nervioso central? No creo que la respuesta sea dudosa siempre que nos hayamos formulado la pregunta correctamente.

La angustia precordial, el sentimiento de opresión y de contracción epigástricas que también se producen incluso por efecto de emociones fugaces, nos las encontramos en el inicio de un gran número de enfermedades cerebroespinales. Todos nosotros hemos sentido esta especie de ansiedad y la hemos relacionado con la causa moral determinada que la produce.

Supongamos, por el contrario, un individuo afectado súbitamente por una constricción epigástrica que surge sin motivo apreciable, el malestar es tal que despierta la inquietud. El enfermo se pregunta de dónde puede provenir esta impresión extraña y muy a menudo es precisamente con una búsqueda semejante por donde comienza el delirio de los perseguidos. Suponiendo que la afección encefálica no desemboque en consecuencias tan graves, la primera hipótesis del enfermo, y la más natural, es que sufre una enfermedad del estómago. Cualquier ansiedad epigástrica, con la aprensión y el semivértigo que lleva consigo, aumenta con la alimentación, razón de más para creer en la existencia de una irritación gástrica.

No es imposible diferenciar los caracteres de esta gastralgia de causa refleja, dado que las circunstancias en las que se la puede observar no son nada raras.

Se distingue de las irritaciones dolorosas del estómago: porque no está localizada exactamente y va acompañada de una inquietud especial, porque tiene una aparición repentina y no ha estado precedida por trastornos gradualmente crecientes de la digestión y porque, por otra parte, no va seguida de manifestaciones dispépticas, porque las funciones intestinales quedan indemnes, salvo un estreñimiento persistente de fácil tratamiento, porque la naturaleza de los alimentos no ejerce influencia alguna en las crisis y, por fin, porque las características del dolor,

cuando éste existe en realidad, no tienen ninguna analogía con las molestias gástricas ocasionadas por una lesión, por superficial que ésta sea.

Desde el momento en que se ha adquirido certeza sobre la naturaleza del malestar, se ha hecho un progreso importante para establecer el diagnóstico.

Nunca se insistirá lo suficiente sobre estas neurosis de los órganos esplénicos y sobre sus relaciones con ciertos estados cerebrales.

Después de algunas indecisiones de corta duración, no duda la histérica en afirmar que la única posibilidad de alivio a su alcance consiste en abstenerse de ingerir alimentos. Es un hecho que los remedios indicados para otras gastralgias son absolutamente ineficaces, por mucho celo con que el enfermo y el médico los apliquen. También actúa una razón de otra índole, de las que desempeñan siempre un papel preponderante en la histeria. La enferma ha perdido la sensación de apetito y necesitaría, para que consienta en alimentarse, vencer el temor al dolor sin ser instigada o incluso alentada a ello por el deseo de comer: por el contrario, absteniéndose, satisface simultáneamente dos inclinaciones. Todas las manifestaciones histéricas, si es que se dan, quedan en suspenso a partir de esta primera fase. La enferma, lejos de debilitarse, de entristecerse, desarrolla una especie de vivacidad que no le era habitual: casi se podría decir que toma sus precauciones para los períodos ulteriores y que está preparando los argumentos que no olvidará de emplear.

La repugnancia a alimentarse sigue su marcha en lenta progresión. Las tomas de alimentos se van reduciendo cada vez más, en general sólo queda una comida que pueda ser considerada como aporte alimenticio, bien sea ésta el desayuno o el almuerzo. Casi siempre, la enferma suprime sucesivamente uno de los ingredientes de la alimentación, el pan, la carne o ciertas legumbres. Algunas veces, está de acuerdo en reemplazar un alimento por otro al que se entrega con predilección exclusiva durante algunas semanas; por ejemplo, sustituye el pan por tostadas o galletas secas, a lo que renuncia después, para reemplazar o no los platos aceptados provisionalmente.

Esta situación se prolonga así durante semanas y meses, sin que el estado general de la salud aparezca influenciado desfavorablemente, la lengua permanece limpia y fresca, ni asomo de sed. El pertinaz estreñimiento desaparece con la ayuda de laxantes ligeros, el vientre deja de retraerse, el sueño sigue siendo más o menos regular.

Aunque lo ingerido representa apenas la décima parte de la dieta habitual de la enferma, no hay pérdida de peso.

Es bien conocida la fuerza de resistencia de la salud general de los histéricos, para que nos extrañemos de verlos soportar sin deterioro una privación de alimentos sistemática, a la que incluso mujeres robustas no se expondrían impunemente. Por otra parte, hay que tener presente que la disminución de alimentos ha tenido lugar gradualmente y sin brusquedad; de esta manera, el metabolismo se adapta más fácilmente de lo que parecería a esta disminución de la dieta. Todos nosotros lo hemos vivido durante el asedio de París y hemos constatado que las carencias que tenían que soportar los más pobres no han alterado sensiblemente su salud de buenas a primeras.

Otro hecho igualmente comprobado es que, lejos de debilitar las fuerzas musculares, la disminución de alimentos tiende a acrecentar la capacidad de movimiento. La enferma continúa sintiéndose más activa, más ligera, monta a caballo, da largos paseos a pie, recibe y hace visitas y lleva, si es necesario, una vida mundana fatigante, sin acusar el cansancio del que se habría quejado antes.

No existen signos visibles de clorosis o de anemia, por lo menos no se puede decir que los haya provocado la privación de alimentos, porque la mayoría de estas enfermas eran ya más o menos cloroanémicas.

Aunque la situación no varía por lo que se refiere a la anorexia y al rechazo de los alimentos, la actitud del entorno se va modificando a medida que el mal se prolonga y, paralelamente, el estado mental de la histérica se manifiesta más claramente.

Caso de que el médico hubiera prometido una mejoría rápida o no hubiera sospechado de antemano la mala voluntad de la enferma, haría ya mucho tiempo que había perdido su autoridad moral. Sin embargo, la enferma acepta excepcionalmente la administración de cualquier medicamento. Cuanto más se resiste a la toma de alimentos, tanto más dócilmente se presta a ingerir los remedios menos atractivos. He visto a algunas que incluso se deleitaban masticando trozos de ruibarbo y que no hubo manera de hacerles que se decidieran a saborear una buena costilla. Los estimulantes gástricos más activos, los purgantes, benignos o drásticos, las aguas minerales digestivas quedan sin efectos útiles o perjudiciales. Esto mismo sucede con los estimulantes de amplio espectro, con las gomas fétidas, con la valeriana, con la hidroterapia, con las duchas a temperatura variada, e incluso con los reconfortantes, los ferruginosos, las especialidades cutáneas, etc. El único servicio que proporcionan los laxantes es el de suprimir el estreñimiento, sin embargo, con los otros preparados tan siquiera se consigue una atenuación de la anorexia.

Cuando, después de varios meses, la familia, el médico y los amigos se dan cuenta de la ineficacia inalterable de todos los esfuerzos, comienza la inquietud y con ella el tratamiento psicológico. Es en este momento cuando se va a perfilar la perturbación mental, que es casi característica por sí misma y que justifica la denominación que, a falta de otra mejor, he propuesto de *anorexia histérica*.

La familia no dispone más que de dos métodos que agota siempre: rogar o amenazar, y que sirven, tanto el uno como el otro, de piedra de toque para probar la bondad o maldad de la situación. Se multiplican los primores que se sirven a la mesa con la esperanza de despertar el apetito, cuanto más aumenta la solicitud, más disminuyen las ganas. La enferma prueba despectivamente los manjares nuevos y, después de haber dejado constancia así de su buena voluntad, se considera algo así como libre de la obligación de hacer nada más. Se le suplica, se le pide, como un favor, como una prueba soberana de afecto, que se resigne a añadir un solo bocado suplementario a la comida que se empeña en haber terminado. El exceso de insistencia provoca un aumento de la resistencia. Es una ley bien conocida y experimentada por todos, que el mejor medio de doblegar la obstinación de las histéricas es dejar caer la suposición, expresada explícita o implícitamente, que si ellas quisieran podría dominar sus impulsos enfermizos. Una sola concesión les haría pasar del estado de enfermas al de niñas caprichosas; no obstante, nunca aceptarán esta concesión, mitad por instinto mitad por una idea preconcebida.

La anorexia se convierte poco a poco en el objetivo de las preocupaciones y de las conversaciones. Se forma así una especie de atmósfera alrededor de la enferma que la envuelve y de la que no se escapa durante ningún momento del día. Los amigos se unen a los padres, cada uno contribuye a la obra común según las peculiaridades de su carácter o el grado de su afecto. Sin embargo, hay otra ley no menos positiva que dice que la histeria sufre el tirón de su entorno y que la enfermedad se desarrolla o se condensa tanto más cuanto más se estrecha el círculo donde se mueven las ideas y los sentimientos de la enferma. La afección no depende exclusivamente en un vicio patológico del carácter. Es un hecho que las histéricas, bajo el influjo de sensaciones que recuerdan en más de un aspecto las impresiones de los hipocondríacos y las ideas delirantes de los alienados, son incapaces de liberarse de este yugo mediante el solo esfuerzo de su voluntad.

Como máximo, pueden llegar a olvidar por intervalos, si se consigue distraerlas, siendo estos espacios las únicas treguas que conceden. Cuanto más concentran su atención en sí mismas, tanto más aguda se vuelve la sensación de malestar. Al final de un período variable, sumida en este ensimismamiento funesto, entra la enferma en una fase nueva, ha hecho sus deberes, sistematiza a la manera de ciertos alienados y deja de dedicarse a buscar argumentos: las respuestas se vuelven todavía más monótonas que las preguntas.

Sin embargo, a todos aquellos que han participado en estas escenas dolorosas de familia, el cuadro no les parecerá ni demasiado exhaustivo ni demasiado sombrío; nos hemos cansado de suplicar y empezamos a exigir. Nueva tentativa, más infructuosa aún que las precedentes.

En efecto, ¿Qué se puede decir aparte de que la enferma no puede vivir con una cantidad de alimentos que no sería suficiente ni para un niño de corta edad? La enferma responde que su comida le es suficiente y que, por otra parte, ni ha cambiado ni adelgazado, nadie le puede reprochar que haya escondido el bulto a la hora de realizar una tarea o de enfrentarse a un esfuerzo; no hay nadie que sepa mejor que ella lo que necesita. Por otra parte, le sería imposible tolerar una alimentación más abundante.

Si se le dice que la falta de comida provocará a la larga una enfermedad de estómago, responde que nunca se ha encontrado mejor, que no siente dolor alguno y que su bienestar pone en entredicho tales temores.

En este período se han atenuado o disipado ya los dolores del principio y, caso de que vuelvan a aparecer, lo harán espaciados por largos intervalos o con intensidades fácilmente tolerables. Un argumento más a favor del régimen al que la enferma atribuye su mejoría.

Por otra parte, el ayuno no es absoluto y no tiene nada de común con el rechazo a los alimentos de los melancólicos. La anorexia no se ha agravado y, sobre todo, no se ha convertido en una inapetencia análoga a la que afecta a los tísicos y a muchos cancerosos. Siempre que se la deje tomar lo que más le plazca, la enferma participa de buen grado en las comidas de la familia.

Lo que domina en el estado mental de la histérica es, ante todo, una quietud que yo definiría como una complacencia casi patológica. No sólo no aspira a la curación, sino que se encuentra a gusto en su situación, a pesar de todas las contrariedades que le ocasiona. No creo pasarme de la raya, si comparo esta satisfacción complaciente con la obstinación del alienado. Si se estudian todas las demás anorexias, se verá en qué medida se diferencian. Incluso en el momento más agudo de sus repugnancias, el canceroso espera y solicita un alimento que despierta su apetito, está dispuesto a hacer toda clase de tentativas, aunque sea incapaz de superar su repugnancia. El dispéptico sin lesión orgánica se las ingenia por variar su dieta, por ayudarse con todos los medios, se queja con la amargura propia de los que sufren del estómago. En nada se parece a esto nuestro caso, por el contrario, lo que se da es un optimismo inexpugnable, contra el que se estrellan las súplicas y las amenazas. No sufro, luego me encuentro bien, tal es la fórmula monótona que sustituye a la precedente que decía: no puedo comer porque sufro. He oído a los enfermos repetir tantas veces esta frase que ya la considero un síntoma, casi una señal.

Si le doy una importancia que quizá pueda parecer excesiva al estado mental, es porque toda la enfermedad se resume en esta perturbación intelectual: suprimanla y se encontrarán con una afección banal, destinada a ceder a la larga por los procedimientos clásicos de tratamiento; llévenla a sus extremos, y no llegarán nunca demasiado lejos, están Uds. en presencia de una dispepsia sin parangón con las otras, que sigue un curso predeterminado e imposible de superar con los medios habituales.

Por otra parte, no pienso que la histeria gástrica sea una excepción a lo anterior: en las otras localizaciones histéricas, se tropieza uno, como mínimo, con una indiferencia igual, por muy incómodos o penosos que sean aparentemente los achaques. La histérica afectada de tos convulsiva no pide que se la libere de un espasmo irritante y ridículo a veces: se queja formando coro al unísono con los que se compadecen de ella, pero, cuando se trata de luchar activamente contra el mal, aporta al tratamiento más despreocupación que celo. Esto mismo sucede con los parapléjicos condenados al reposo absoluto, que aceptan vivir así sin exigirle al médico, cansado por tentativas inútiles, que recurra a medios heroicos.

He observado, en compañía de otros dos compañeros, un caso raro, que pone bien de manifiesto la característica que intento resaltar. Se trataba de una joven de 20 años que se vio afectada por una indisposición espasmódica o de otro tipo en la laringe a consecuencia de

ejercicios de canto. El dolor, si es que la sensación merecía este nombre, era impreciso, inexplicable, pero molesto en extremo; la enferma dejó de cantar inmediatamente, con obstinación y sin querer someterse a nuevas experiencias, declarando de antemano que estaban por encima de sus posibilidades. Lo único que pidió era que la dejaran cuidarse y que no se le exigieran nuevos esfuerzos. Los tratamientos más razonables quedaron sin efecto. Mientras tanto, la indisposición se prolongó casi un año.

Los mismos fenómenos semi dolorosos se reproducían ya no sólo cantando, sino por el mero hecho de hablar, vagos y molestos también. La enferma se condenó a sí misma a un mutismo completo, prefiriendo escribir en una libreta a articular una sola palabra. Así pues, se confinó en un aislamiento voluntario que suprimía todas las relaciones con los suyos y el resto del mundo, escribiendo, entre sus reflexiones, que su situación le parecía intolerable. Aunque no rechazaba ninguna medicación, era incapaz de decidirse a hablar bajo la presión insistente de su entorno. Interrogada con la comprensible porfía sobre la naturaleza del obstáculo que le hacía renunciar, respondía que el sufrimiento no tenía nada de extraordinario, pero que no se sentía con fuerzas para enfrentarse a él. Cuando, por una rara condescendencia, articulaba una o dos palabras, resultaba una voz sonora, bien timbrada y sin acusar lesión alguna; reconocida la laringe exhaustivamente, resultó encontrarse en perfecto estado.

Sin embargo, las ocasiones de observar enfermos afónicos, roncos, incapaces de hablar sin sufrir las más ligeras molestias son tan frecuentes como las que tenemos de ver a dispépticos con anorexia. ¿Es posible encontrar una sola vez fuera de los estados histéricos la particularidad que acabo de describir, con el mantenimiento completo de la voz y el temor no menos completo a correr el riesgo de un malestar que parece ser exclusivamente local?

También he observado en jóvenes histéricas, en una edad más próxima a la pubertad, que este mismo peso de la inercia se derivaba hacia otras funciones. A una enferma de 16 años de edad, que se había visto afectada por varios ataques clónicos, el deambular, e incluso el estar de pie sin moverse, le provocaba, según decía ella, sensaciones dolorosas en los miembros inferiores y un malestar general indefinido, sin que existiera, sin embargo, ningún debilitamiento muscular perceptible.

No obstante, la adolescente empezó a restringir sus movimientos, no abandonaba la cama más que para dar algunos pasos; más tarde, sólo consintió que se la llevara de la cama a un sillón, donde permanecía sentada durante algunas horas; más tarde, acabó condenándose a sí misma a un decúbito absoluto día y noche, en el que permaneció más de dieciocho meses.

Aquí, a la inversa de la fonación y de la alimentación, se podría recurrir a una especie de gimnasia pasiva, levantar a la enferma, mantenerla de pie, hacerle que avanzara con nuestro apoyo. Se repitió la experiencia un número incalculable de veces, pero siempre con el mismo fracaso. La familia, a pesar de las más convincentes explicaciones para que se tranquilizara, llegó a inquietarse y a pensar en una paraplejía; algunos médicos, ante la persistencia del mal, llegaron a dudar de su naturaleza histérica. La muchacha se mantuvo en este estado durante el largo espacio de tiempo que he indicado y sólo se curó después de una lenta mejoría atribuida a los baños calientes de mar.

En la histeria, en la hipocondría y en un gran número de afecciones del sistema nervioso central, se constata la existencia de aprensiones desproporcionadas frente al dolor. El hecho se explica a primera vista por lo que se llama una susceptibilidad exagerada, se da por supuesto que el enfermo aumenta desmesuradamente la importancia del mal y que su inquietud se basa en una concepción teórica. Suponiendo que esto fuera así, sería ya de por sí una aptitud mental patológica, propia de los enfermos imaginarios; pero las cosas suceden de otra manera. Cada sensación local va acompañada de un malestar general, de una perturbación imposible de describir, de un sentimiento de colapso, de decaimiento tanto más penoso cuanto más confuso es y en el que no se sabe a qué atenerse para calibrar su importancia. Todos nosotros hemos experimentado más o menos un efecto análogo al principio de una indigestión, como preliminar de un vómito o como comienzo de una enfermedad naciente.

Es cierto que el malestar estomacal de los histéricos no consiste nada más que en una simple gastralgia, sino que ésta forma parte de un conjunto de síntomas inquietantes. La prueba de ello la tenemos en que, cuando a continuación de la administración de un medicamento el estómago está irritado y doloroso, la enferma no confunde este dolor, por así decirlo artificial, con los que había sentido anteriormente. Esto es típico de los dolores reflejos, que me limito a mencionar sin ampliar desmedidamente la descripción del fenómeno.

La enfermedad permanece uniforme durante este segundo período, caracterizado por los siguientes fenómenos: falta de apetito, temor de una sensación indefinida, rechazo absoluto y creciente a intentar alimentarse. La obstinación dura meses y, a veces, años. En un caso, en el que yo sustituí como médico a una de nuestros maestros, la enferma recibió asiduos cuidados durante dieciocho meses y repetía, con una indolencia mezclada con un punto de causticidad, la conversación invariable que se intercambiaba dos veces al día entre ella y su médico: "Hija mía, ¿se ha decidido ya a comer? -Dr., he hecho lo que he podido, pero no lo he conseguido. - Algunos esfuerzos más y todo irá bien".

Al final, la tolerancia del metabolismo, por maravillosa que sea en los histéricos, se agota y la enfermedad entra en el tercer estadio.

Las menstruaciones, insuficientes e irregulares hasta entonces, dejan de producirse y aparece la sed. Ahora nos encontramos, por regla general, con los primeros avisos de complicaciones inminentes. La exploración objetiva nos permite detectar una retracción de las paredes abdominales que no existía hasta entonces; la auscultación indica una disminución progresiva de la elasticidad, síntoma habitual de las inapetencias prolongadas. Aunque la enferma no se queja de dolores espontáneos, la región epigástrica se ha vuelto dolorosa a la presión. El estreñimiento persistente no cede ya a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin flexibilidad, el pulso acelerado.

El adelgazamiento hace rápidos progresos y, con ello, aumenta la debilidad general. La actividad física se ha vuelto laboriosa, la enferma prefiere permanecer en posición de decúbito; cuando se levanta, o sufre vértigos o se encuentra mal e incluso sufre crisis de síncope. La cara se encuentra pálida, sin coloración en los labios. Se constata un rumor de soplo cardiovascular, casi constante y de origen anémico que, aunque a veces se había anticipado a la afección, raramente deja de aparecer en sus períodos avanzados. Aquí es necesario reflejar exactamente en este cuadro las diferencias individuales que se observan. Unas veces domina el adelgazamiento, otras el debilitamiento, otras el estado anémico con su cortejo de manifestaciones locales o generalizadas; excepcionalmente, aparecen trastornos nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc., los síntomas activos parecen borrarse a medida que baja la fuerza de la resistencia vital.

La aparición de estos signos, cuya gravedad no le pasa desapercibida a nadie, redobra las inquietudes: los amigos y los parientes empiezan a ver la situación como desesperada. Que nadie se sorprenda si ve que, en contra de mi costumbre, establezco siempre un paralelismo entre el estado mórbido de la histérica y las preocupaciones de su entorno. Estos dos términos son complementarios y se tendría una noción errónea de la enfermedad si limitáramos nuestra atención a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento social, cuya existencia está aquí fuera de duda, el medio en el que vive la enferma ejerce una influencia que sería tan lamentable omitirlo como desconocerlo. Se ha pasado de la aflicción verdadera y sincera a los reproches: la histérica ha ingresado ahora en la categoría de enferma, más por la fuerza de los sentimientos que por la situación que se crea al surgir el nuevo agravamiento de la afección, y ya no se encuentra entre los que se mueven libremente en la vida ordinaria. Me ha parecido que este cambio inconsciente en las posiciones respectivas de la enferma y de sus familiares desempeñaba un gran papel. La joven comienza a inquietarse por el entorno entristecido que la rodea y su indiferencia satisfecha se desconcierta por primera vez: si, previendo el porvenir, ha asumido la responsabilidad de seguir asistiéndola, le ha llegado al médico el momento de recuperar su autoridad; ya no se acepta el tratamiento con una condescendencia pasiva, se le recibe con una ansiedad que la enferma todavía quiere disimular. Es curioso seguir y fácil de constatar, si no se deja traslucir nada de lo que se está comprobando, la lucha que se inicia entre el pasado y el presente.

Dos caminos se abren ahora ante la paciente: o está lo suficientemente distendida para volverse obediente sin restricciones, lo que es el caso más raro, o adopta una actitud de semidocilidad, con la evidente esperanza de evitar el peligro sin renunciar a sus ideas y, posiblemente también, al interés que despierta su enfermedad. Esta segunda tendencia, la más común en la mayoría de los casos, complica enormemente la situación. No es cosa fácil restablecer el funcionamiento regular del estómago condenado desde hace tanto tiempo a la inactividad: se pasa por alternativas de éxito y de fracaso y, muy a menudo, sólo se llega a un resultado insatisfactorio. Sé de enfermas que desde hacia diez años, época a la que se remonta el inicio de la enfermedad, no habían recuperado la capacidad de nutrirse como todo el mundo; siguen viviendo, su salud no ha quedado afectada profundamente, pero lo indicado sería que esta mejoría llevara a la curación definitiva.

Algunas veces, un acontecimiento inesperado acaba rompiendo el decurso de la enfermedad, una boda, una aflicción o una perturbación moral profunda. Otras veces, puede ser un incidente físico, un embarazo, un afección febril; pero algunas se resisten a estos dos tipos de poderosos revulsivos.

Como tesis general, hay que prever que el cambio hacia la mejoría se producirá lentamente, por sucesivas sacudidas, pero hay que tener cuidado en asegurar de antemano que se va a llegar al grado sumo de mejoría con el que nos daríamos por satisfechos.

Por fundamentadas que estén las preocupaciones, todavía no he visto que la anorexia acabe directamente con el fallecimiento, aunque bien es verdad que, a pesar de esta certeza experimental, me he visto sorprendido por repetidas perplejidades. Probablemente sucede que la sensación patológica, primera causa de la inapetencia, desaparece por el hecho de la caquexia creciente. No es sólo la fiebre la que desencadena los espasmos, pues el mismo fenómeno se da también en otros numerosos estados patológicos. Liberada de su preocupación subdelirante, se incorpora la histérica al grupo de todos los dispépticos, resistiéndose a la curación con las dificultades a las que estamos acostumbrados. La histeria por sí misma, por extrema que sea su gravedad, no es mortal, pero se convierte en la causa ocasional o, si se quiere, indirecta de enfermedades con desenlace fatal y, en primer lugar, de la tuberculosis pulmonar. En una sola circunstancia, en el caso de una señora casada, histérica desde hacia tiempo y de 30 años cuando apareció la anorexia, he sido testigo de la transformación de la que acabo de hablar.

La repugnancia hacia la comida la habían ocasionado pesadumbres más imaginarias que reales, pero que la afectaban profundamente. Mi sospecha desde el principio fue que se trataba de una tentativa solapada de suicidio. La sucesión de los hechos no tardó en hacerme desechar esta suposición, después de que la enferma hiciera demasiado tarde verdaderos esfuerzos por aferrarse a la vida.

Las histéricas han sanado siempre más o menos completamente después de años, pasando, en el período decreciente, por apetitos limitados o incluso exclusivos y un tanto raros a veces. Remos atendido en compañía de Trousseau a una joven profundamente histérica desde la pubertad y que, sin causa apreciable, había sido afectada por una anorexia invencible. La enferma había llegado a una emaciación y debilidad tales que le era imposible abandonar el lecho. Su alimentación consistía exclusivamente en algunas tazas de té cortadas con leche. Al pertinaz estreñimiento había sucedido una diarrea serosa con exudados pseudomembranosos. No por eso dejó de quedarse encinta y, por influjo del embarazo, se las ingenió para buscar comidas que le vinieran bien a su estómago. Durante seis meses, no se alimentó más que de café con leche al que echaba, a guisa de sopas de pan, pepinillos adobados en vinagre; poco a poco pero muy lentamente, añadió algunas féculas a este régimen tan extraño. Hoy se encuentra en un estado de salud de lo más satisfactorio, aunque siempre con una delgadez excesiva.

Lo más ordinariamente, el apetito se limita a alimentos escogidos menos caprichosamente, y es entonces cuando se la da libre curso a la fantasía. Recuerdo una enferma soltera, de 26 años de edad, la cual, residente en una provincia lejana, ni quería ni podía comer más que galletas sin azúcar preparadas por un panadero de París; otras se limitaban a una sola clase de

legumbres, rechazando la carne y el pan; otras no consentían alimentarse más que con platos cuyo gusto estuviera disimulado por las especias.

Aunque estas restricciones sean una señal favorable, las enfermas siguen soportando sin apetencia la comida que han escogido a falta de otra mejor. La anorexia persiste indefinidamente, incluso durante mucho tiempo después de haber vuelto al régimen ordinario. Nunca he visto que la enfermedad recidive; una vez consolidada, la curación, relativa o completa, se mantiene. En la época en la que la afección histérica había cedido o había tomado otras formas, les pedí a las enfermas algunas informaciones más exactas sobre las sensaciones que sentían y que las habían alejada de la alimentación: esta encuesta, no me ha proporcionado información alguna que difiera de la que he expuesto. La fórmula tipo reaparecía tal y como se manifestaba en el curso de la enfermedad: No me era posible, era más fuerte que yo y, por otra parte, me encontraba bien.

Las observaciones que han servido de base a esta memoria suman ocho, todas relativas a mujeres, la más joven tenía 18 años, la mayor 32. La histeria se había manifestado en ellas con síntomas diversos; una sola, afectada de cloroanemia, no había sufrido ningún ataque, pero su madre había padecido, aparte de numerosas crisis, dos accesos de hemiplejía histérica.

Es bastante fácil asignarle una fecha a los comienzos, pero la anorexia se perdía pasando por degradaciones tan imperceptibles que no se es capaz de fijar una duración precisa hasta la terminación. Para situarse lo más cerca de la verdad, se puede decir que la afección, incluyendo en ella las fases que he indicado, nunca ha durado menos de dieciocho meses a dos años.

Aunque en realidad los hechos fueran poco numerosos, tenían entre sí una semejanza tal que los últimos casos no me permitían duda alguna en lo referente al diagnóstico o al pronóstico; así, pues, todo sucedió de acuerdo con la norma. Al describir estos hechos, me he propuesto, tal y como decía al principio, destacar una categoría o un fragmento, pero sobre todo señalar el papel considerable que desempeña en ciertas formas de la histeria la disposición mental de las enfermas y mostrar, una vez más, los lazos íntimos que relacionan la histeria con la hipocondría.

(Archivos Generales de Medicina, abril de 1873)

[Version en français](#)

En formato PDF

(reproducción fotográfica de la edición original)