

ISSN 1668-3927

Tatuajes

REVISTA DE PSICOSOMÁTICA

www.psicomundo.com/tatuajes/

Número 5

Noviembre 2002



www.psicomundo.com

PsicoMundo

El PORTAL de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Número especial

"*Marcas del cuerpo y silencios del sujeto*"

Sumario

■ Editorial

Susana Torok - Psicoanalista. Directora de Tatuajes. Psicoanalista. Integrante de E.A.I.P. (Equipo de asistencia e investigación en psicopatología - Hospital Dr. Cosme Argerich - Buenos Aires - Argentina).

■ Lo actual en la clínica

- **Actualidad, angustia y cuerpo - Susana Frigerio** - Psicoanalista. Coordinadora del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).

■ Duelo y fenómeno psicopatológico

- **Cuando la pérdida es en lo real del cuerpo - Paula Contreras** - Psicoanalista. Concurrente del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- **La rememoración: un trabajo posible - Andrea Garber** - Psicoanalista. Becaria del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- **Comentarios - Adriana Dreizzen** - Psicoanalista. Miembro de la EFBA. Supervisora del Hospital Ameghino (Buenos Aires - Argentina).
- Coordinadora: **Liliana Celman**

■ Fenómeno psicopatológico y estructuras clínicas

- **Entre el cuerpo y la escritura: un tratamiento posible - María Eugenia Cora** - Psicoanalista. Integrante del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- **De la amenaza de suicidio al suicidio como llamado. Singularidad de la urgencia en la institución - Mariela Garvich** - Concurrente de 4º año. Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- **Comentarios - Osvaldo Delgado** - Psicoanalista. Miembro de la Dirección adjunta de la EOL. Director del Departamento de Psicoanálisis y Filosofía del ICBA. Responsable de Investigación de la Red Asistencial. Titular de la cátedra "Hospital de día y Problemáticas clínicas contemporáneas".
- Coordinadora: **Cecilia Tordó**

■ Temas libres

- **Estatuto de las afecciones psicopatológicas en la infancia: fenómeno psicopatológico, escritura y nombre propio - *Judith Ben David*** - Psicoanalista. Psicóloga de planta del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- **Se mira y no sé... - *Betina Macagno*** - Psicoanalista. Integrante del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología. Coordinadora del Equipo de Orientación y Evaluación del Servicio de Psicopatología. Hospital Dr. Cosme Argerich (Buenos Aires - Argentina).
- Coordinadora: ***Emiliano Verona***

Editorial
"Marcas del cuerpo y silencios del sujeto"

Susana Torok

Este Número 5 (Especial) de **Tatuajes** contiene los trabajos presentados en las *II Jornadas de Psicósomática* (realizadas los días 26 y 27 de septiembre de 2002), bajo el título "**Marcas del cuerpo y silencios del sujeto**", organizadas por el Equipo de Asistencia e Investigación en Psicósomática, del Servicio de Psicopatología del Hospital Dr. Cosme Argerich, de Buenos Aires, Argentina, cuya coordinación está a cargo de la Licenciada Susana Frigerio.

Dichos trabajos son el producto del hacer diario del analista en la atención de pacientes que presentan afecciones en el cuerpo.

Pérdidas en lo real del cuerpo; fijación del goce localizado en zonas del cuerpo no simbolizadas, no relacionadas a representantes psíquicos; límites de la estructura, plantean siempre al analista una apuesta, un desafío hacia un trabajo posible, allí donde la interpretación llega a sus límites. Lo aquí expuesto da cuenta de ello.

Agradezco a la Lic. Susana Frigerio la autorización para la publicación de las Jornadas; también agradezco a todos los integrantes del equipo, muy especialmente a la Lic. María Eugenia Cora quien asumió la responsabilidad de recopilación y de hacer llegar los trabajos. También a los psicoanalistas que los han comentado y a aquellos que han coordinado el debate.

Por último mi agradecimiento a la Lic. Alicia Manzotti, psicoanalista, colaboradora docente del equipo, quien compartirá conmigo la dirección de los próximos números de **Tatuajes**.

Lic. Susana Torok

Sección “Lo actual de la clínica”

Actualidad, angustia y cuerpo

Susana Frigerio

La referencia a la actualidad puede abrir una doble vertiente.

Por una parte podemos interrogar aquello de la actualidad que atraviesa nuestro país y cómo esto incide en las particularidades de las consultas que recibimos, cómo es posible escuchar el peso de esa actualidad en la clínica.

Por otra parte podemos rastrear la cuestión de lo actual en la elaboración freudiana acerca de las neurosis actuales.

Tomando la primera vertiente que propongo, la actualidad se presenta teñida por ideales de eficiencia, rapidez, ligados a pautas determinadas por la globalización.

Como paradoja o efecto de esto mismo, asistimos en nuestra actualidad a situaciones de caída, desamparo, exclusión, ruptura de contratos, no cumplimiento de las leyes y la cada vez mayor dificultad de encontrar un lugar en el Otro social

El malestar, que si bien puede referirse a un desacuerdo estructural, se presenta bajo la forma de efectos que arrasan al sujeto.

La velocidad de la información, el aumento de exigencias, de demandas, de consumo, la inmediatez, como efecto de una ruptura de una referencia al padre como catalizador, ponen a prueba los recursos de tramitación de los que el sujeto dispone y muchas veces es el cuerpo el que estalla, aparece como cable a tierra, estigmatizado por los signos del goce del Otro.

Esto nos lleva como analistas que además desarrollamos una práctica en el hospital (lugar que recibe cada vez más amplios sectores de la población), a dar razones de nuestra práctica que nos confronta todo el tiempo con aquello que irrumpe por la vía del desborde, la angustia, las fenómenos en el cuerpo , situaciones de pérdida que reactualizan duelos congelados .

Nos encontramos con un aumento de pedidos de tratamiento que se presentan etiquetados, distanciados de una pregunta por la causa.

Se habla de nuevas patologías, lo que creo es algo a poner en cuestión y es precisamente aquí que podemos incluir la segunda vertiente que comentaba al comienzo: el tema de las neurosis actuales.

Freud refiriéndose a las neurosis de angustia habla de una insuficiencia psíquica que determina procesos somáticos anormales.

Plantea que en lugar de una elaboración psíquica se da una desviación a lo somático.

¿Cómo podemos leer esta insuficiencia psíquica?

Podemos ubicar allí modos de respuesta frente a lo real en los que no aparece el sujeto, sino que es el cuerpo el que reacciona.

Las neurosis actuales fueron ubicadas por Freud como núcleo del síntoma neurótico. Resultan de una excitación retenida que se transforma en angustia, sin la posibilidad de producir una señal de angustia, sin la mediación del Otro.

Aparece en su lugar la angustia automática, sin la posibilidad de historizar.

Los accesos de angustia tocan lo real del cuerpo, afectando su consistencia imaginaria. Es el silencio del sujeto el que se escucha y aparece lo tormentoso, lo que sorprende por la vía del dolor, la opresión, la falta de aire, la desorganización de las funciones y de la imagen del cuerpo.

Lo que sí podemos escuchar no sé si como nuevo, pero sí como recurrente en la clínica es que ciertas nomenclaturas operan como nombre de esta angustia y están extendidas en la cultura al punto que muchos pacientes llegan auto diagnosticados, ubicados, bajo estos rótulos: ataque de pánico, psicósomática.

Estos nombres de la angustia ejercen también un efecto tranquilizador, para el médico, para los pacientes

Se presentan con alteraciones en su cuerpo, que Freud describía respecto de las neurosis de angustia y que coinciden con la mayoría de las señaladas para diagnosticar ataque de pánico.

La ciencia clasifica trastornos, desórdenes sin una articulación al inconsciente, sin una referencia al sujeto y por ende las propuestas terapéuticas lo excluyen, se dirigen al desaparición de los síntomas.

Es lógico, por supuesto, que la ciencia se maneje con modelos explicativos e intervenciones que requieren de esos modelos para lograr modos estandarizados de acción. Un procedimiento o un medicamento se aprueba cuando se comprueba que tiene los efectos buscados en el mayor número de personas.

Frente a este panorama: ¿Cuál es nuestra posición?

Continuar apostando al modo singular en el que el padecimiento se presenta, poder crear las condiciones para que una pregunta del sujeto por la causa pueda desplegarse y apuntar a las trampas particulares en que el goce lo detiene, que pueda advertir las marcas del Otro y hacer lugar para reinstalar la dimensión del deseo.

Marcando así no un enfrentamiento, sino una lectura de algo que existe, una disyunción de campos que pone de relieve algo que insiste más allá de los impensables en otros tiempos avances científicos actuales, y que sólo es abordable pasando por el sujeto.

Para terminar quería citar a Lacan en el seminario de La angustia:

"...Recuerdo haber provocado indignación a esa clase de colegas que llegado el caso saben parapetarse tras no sé qué énfasis de buenos sentimientos destinados a tranquilizar a no sé quien, cuando dije que en el análisis la curación llegaba en cierto modo por añadidura.

En ello se creyó advertir algún desdén hacia aquel a cuyo cargo estamos, hacia el que sufre. Pero yo hablaba de un punto de vista metodológico. Es bien cierto que nuestra justificación y nuestro deber son el de mejorar la posición del sujeto. Sin embargo, entiendo que nada más vacilante, en el campo en que nos hallamos, que el concepto de curación..."

Acá podríamos abrir la discusión acerca de qué entendemos por mejorar la posición del sujeto.

A continuación se relató un fragmento clínico, dando lugar a la discusión.

Bibliografía:

Freud, S. La neurastenia y la neurosis de angustia .O.C.

Lacan, J. El seminario. Libro X. La angustia .

Lacan, J .El Seminario .Libro XI .Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Ed Paidós, Bs As. 1987

Lacan, J. Psicoanálisis y medicina. Intervenciones y textos 1. Ed. Manantial. Bs.As. 1985

Soler,C. Retorno sobre la cuestión del síntoma y del FPS. Estudios de psicopatología Vol. 2,Ed. Atuel , Bs As,1995

Dreizen , A . El duelo : entre el dolor y el desafío ,ficha EFBA

García, G .Actualidad de las neurosis actuales. Estudios de psicopatología.Vol.1Ed Atuel, Bs. As.1994

Harbi ,M. Actualidad psicopatológica. Psicopatología en el campo del psicoanálisis. A. Vergara ,Bs.As.1993

Sección: “Duelo y fenómeno psicósomático”

Cuando la pérdida es en lo real del cuerpo

Paula Contreras

Se trata de un sujeto de 58 años, que está en tratamiento conmigo en el Hospital hace casi 2 años. Consulta derivado por el servicio de Traumatología, donde se le había realizado la amputación de una pierna un mes antes de la primera entrevista. Se presenta sumamente angustiado, habla muy poco, puesto que casi todo el tiempo llora. Dice que perdió las ganas de vivir, que lo único que lo sostiene es su familia y que si no fuera por ellos se habría matado. Está casado hace 27 años y tiene una hija de 27 años y un hijo de 21. Me cuenta de su accidente: trabajando (es albañil) se le cayó un pedazo de cal en un pie y se lastimó un dedo. Se le infectó, lo atendieron en la guardia del hospital, le dieron un antibiótico y a la semana volvió porque había empeorado. En esa segunda consulta con la guardia lo internan y le amputan la pierna. Hay una pregunta que insiste y que se mantendrá en el transcurso de este primer tiempo de tratamiento: "Por qué me pasó esto, justo a mí, que hice las cosas bien?". Hacer las cosas bien es para él, el haber consultado a tiempo, el seguir las indicaciones de los médicos.

Fue muy difícil, al principio, hacerlo hablar. Se trataba de un sujeto conmocionado por la falta real experimentada en su propio cuerpo y por la imposibilidad de encontrar una significación que le permita inscribir algo de esto que le sucedió, lo que se traduce en una frase que él mismo decía, constantemente, sobre todo en las primeras entrevistas: "no encuentro explicación a lo que me pasó".

Este primer tiempo del tratamiento se centró alrededor de dos cuestiones: decía "no puedo hacer nada" y también "no quiero salir para que no me vean así". Me cuenta que tiene un jardín en su casa y que se la pasa todo el día encerrado para evitar que los vecinos lo vean. Estaba instalado en la idea de que los otros, fundamentalmente sus vecinos y sus clientes, sentirían lástima por él al verlo sin la pierna. Esta significación lo dejaba sin recursos y –por eso- aunque podía caminar con sus muletas, prefería quedarse en su casa, rechazaba trabajos, admitiendo incluso que podría hacerlos, pues cuenta con gente a la que puede supervisar. Le pregunto, entonces, si el no hacer nada no sería un modo que él encuentra para evitar que lo vean. Reconoce esto con cierta sorpresa y me cuenta que se la pasa todo el día solo, pensando y que ya no puede más. Le propongo -entonces- que cuente con este espacio para hablar de aquellas cosas que piensa cuando está solo y lo despido diciéndole "nos vemos la semana que viene".

En las siguientes entrevistas comienza a desplegar la importancia que tiene para él "el hacer cosas". Trabaja de albañil hace 35 años y dice que siempre se las ingenió para hacer las cosas aunque no supiera. Nunca tuvo problemas de trabajo y reconoce esto como un mérito propio pues "su filosofía es hacer las cosas bien y rápido". La temática de su trabajo lo lleva a hablar de su padre, de quien dice que fue muy compañero. Cuenta que desde chico le pedía al padre que le consiga materiales para hacer cosas en la casa y que ya de grande –cuando comenzó a trabajar- lo llevaba a su padre a trabajar con él. Tiene una hermana mayor y un hermano menor que él. No tiene mucha relación con ellos y dice que con su hermano no se lleva bien; supone que su hermano tiene envidia por la relación que su padre tenía con él. Me cuenta que su padre murió hace 12 años por una tuberculosis. Luego de su muerte estuvo casi 4 meses sin comer nada, deprimido, al punto que lo internaron por una anemia. En esa internación surge también el diagnóstico de diabetes, enfermedad que si bien -en las primeras entrevistas- no apareció en su relato como un factor relacionado con la amputación de la pierna, luego de un tiempo de entrevistas reconoce que pudo haber tenido incidencia, inclusive me cuenta que tiene un problema cardiovascular que -según lo que le informaron los médicos- asociado a la

diabetes, le provocó la complicación por la que tuvieron que efectuarle la amputación, para evitar riesgos mayores.

De su madre comenta que tuvo una pelea con ella hace 9 años a partir de la cual decidió dejar de verla. Ubica las coordenadas de esta pelea: él guardaba sus materiales de trabajo en una habitación de la casa de la madre, y un día ella le dijo que no lo hiciera más. Sin haberle preguntado él por qué de esta decisión, él se enoja y a partir de ese momento decide no verla más. Y dice: "no entiendo cómo pudo hacerme esto, justo a mí, que siempre me ocupé de que a ella y a mi padre nunca les faltara nada".

Esto del "ocuparse de que nunca les faltara nada", posteriormente se va a ligar con dos cuestiones que se le armaban -fundamentalmente- en relación a su madre: siempre la ayudó económicamente (hasta el incidente de la pelea) y tenía la costumbre de ir a verla todos los días, al terminar su día de trabajo. A veces se quedaba a comer con ella, otras veces sólo pasaba para ver cómo estaba.

En relación a la muerte de su padre, surge un "reproche" por no haber podido estar con él en el momento en que murió. Hubiese querido estar para ayudarlo y se angustia mucho cuando dice "mi padre murió solo". Intervengo diciéndole: "efectivamente es doloroso confrontarse con la lamentable realidad de que su padre murió".

El siguiente tiempo del tratamiento en el hospital transcurre con notables mejorías: aunque con muchas dudas, comienza a tomar trabajos, comprueba que hay gente a la que le agrada verlo y empieza a sentirse mejor porque puede salir y no pensar tanto. Este tiempo coincide con la sustitución de las muletas por un sostén ortopédico y se entusiasma con la posibilidad de recibir una prótesis a partir de un subsidio del Estado.

Durante este tiempo recibe la noticia de la muerte de su madre; ese día concurre a la entrevista muy angustiado, llora mucho y se reprocha no haberla perdonado. Admite que su rencor le produce mucho dolor, pero siente que cuando algunas cosas le duelen mucho no puede perdonar. Y agrega: "no pude perdonarle que me quitara el lugar que yo tenía en su casa".

En las siguientes entrevistas continúa comentando sus progresos en relación al tratamiento kinesiológico, obtiene la prótesis y comienza a aparecer con insistencia esta frase: "siento que ahora puedo andar, no sé qué hubiese sido de mí sin usted". En una oportunidad, ante esta frase, le digo: "su andar se sostiene en su deseo", y decido cortar la entrevista.

Ante su clara mejoría y habiendo pasado unos meses del tiempo institucional disponible en el Hospital, le propongo que vayamos pensando en la posibilidad de concluir este tiempo de tratamiento. Acepta esta posibilidad en el momento en que se lo planteo, y en las siguientes entrevistas comienza a aparecer algo que él califica como "nuevo". Me comenta que a la noche se despierta y que ve mi imagen y le cuesta volver a conciliar el sueño. Dice que lo inquieta mucho la posibilidad de "dejar de verme". Le pido que me comente un poco más de todo esto que le está pasando y si puede ubicar desde cuándo le pasa. Dice: "lo que me pasa con usted nunca me había pasado antes, siento un cariño especial" y ubica -aunque no está muy seguro- que esto le ocurre desde el momento en que yo le hablé de su deseo. Le propongo que piense por qué le habrá pasado esto, y responde: "no entiendo, me la paso pensando y no encuentro explicación, cómo me pudo pasar esto, justo con usted". Le pregunto cómo es esto de "justo con usted" y a eso responde: "es que sé que es imposible". Intervengo diciéndole: "piense, entonces, si quiere seguir trabajando conmigo para intentar averiguar el porqué de algunas cosas que le pasan, justo a usted". Y le ofrezco la posibilidad de terminar este tiempo de tratamiento en el hospital y continuar en mi consultorio. Hubo dos entrevistas más, en las que me cuenta algunas cuestiones referidas a sus relaciones amorosas. Tuvo muchas novias antes de casarse, pero que cuando le hablaban de amor o de casamiento, él salía corriendo. Duda de haber estado alguna vez realmente enamorado. De su esposa, dice que al quedar embarazada, "lo apuré con el casamiento". Le pregunto por su implicación en esta decisión y me responde: "ya estaba grande, la quería y también quería ser el padre de ese hijo, no podía seguir jodiendo".

A la semana siguiente me llama por teléfono y me avisa que no podía venir porque había tenido un problema: se le cayó –nuevamente- una bolsa de cemento en el pie y tenía que hacerse estudios preventivos, puesto que un médico le había dicho que "corría peligro su pierna". Resumo este tiempo, de dos meses, indudablemente muy difícil, pues vuelve a aparecer una fuerte angustia y temor ante la posibilidad de que le amputen la otra pierna. Decidí sostenerlo con algunas entrevistas en el hospital, alternadas con reiterados llamados telefónicos de él, en los que me iba contando cómo se iban sucediendo las cosas, entre estudios y consultas con los médicos. En uno de esos llamados me comunica, absolutamente angustiado, que se confirmó la amputación de la pierna, a lo que le respondo, con firmeza: "si esto lo tranquiliza, sepa que voy a acompañarlo durante este tiempo hasta que usted pueda retomar su tratamiento conmigo". Luego de algunas semanas posteriores a la amputación de su pierna, en las que me llamó reiteradas veces muy angustiado, me cuenta que estuvo pensando que, tal vez, todo lo que le pasa –su enfermedad, la diabetes, y su sufrimiento- tiene que ver con lo que para él implicó la muerte de su padre y la pelea con su madre. Y me pregunta si puede continuar el tratamiento conmigo en el hospital hasta que pueda sustituir la silla de ruedas por un pilar ortopédico; me aclara que sería por el tiempo que a él le lleve volver a caminar, porque está decidido a intentar "volver a andar como antes". Acepto su pedido y hoy continúa su tratamiento en el hospital. Todavía no recibió la prótesis, pero es notable la diferente posición de este sujeto en relación a esta segunda amputación. Si bien sigue apareciendo la angustia, no volvió a armarse la inhibición con la que llegó en el primer tiempo de tratamiento. Más bien, en lugar de la inhibición, se armó en transferencia una sintomatización de la relación de este sujeto con su deseo: oscila entre significaciones tales como "haría lo imposible por no faltar" o "se me hace difícil esperar a que llegue el viernes para verla a usted". Algunas veces, luego de decir algo de esto le surge el temor a que yo me enoje por las cosas que él me dice. Como también, otras veces, me cuenta que -aunque no entiende por qué- le surge la idea de no volver. La significación del enojo articulada al no volver, puesta a trabajar en transferencia, se liga a partir de sus asociaciones con las respuestas que él ha tenido ante determinadas situaciones de su historia: la pelea con su madre y algunas relaciones amorosas que tuvo antes de casarse. Por lo general, él dice, cuando alguna persona le hace algo que le duele mucho, prefiere no volver a verla más. Ubica esta respuesta como algo que se le impone, que no puede evitar y admite estar decidido a intentar trabajar sobre esto para poder elaborar alguna respuesta diferente.

Hasta aquí el recorte clínico. Paso ahora a comentar algunas cuestiones que la particularidad de este caso me convoca a trabajar hoy con ustedes.

Teniendo en cuenta la conceptualización de Freud y las consideraciones de Lacan sobre el duelo, me pregunto si es posible pensar que el primer tiempo de tratamiento con este sujeto, consistió en armar las coordenadas para que un trabajo de duelo sea posible. Mi hipótesis es que la amputación de la pierna, en tanto es una pérdida que se inscribe en lo real del cuerpo (tal es título que elegí para esta presentación) coloca a este sujeto en una posición en la que se hizo necesario ofrecerle un espacio para tramitar, bordear con sus recursos simbólicos este agujero.

Habiendo leído las referencias que encontramos en el Seminario 10 de Lacan respecto de la función de la angustia y el fenómeno de lo siniestro, considero que este caso nos permite ubicar con claridad lo que ocurre en un sujeto cuando surge la falta bajo una forma positiva (amputación). En este sentido, pienso la inhibición con la que llega en el primer tiempo como un modo de defensa, una respuesta que este sujeto se arma ante lo insoportable del encuentro con la falta positivizada.

Tal vez se podría pensar que de lo que se trató en este caso es de armar las coordenadas para que se negativice la falta.

Desde este punto de vista, creo que la negativización de la falta fue una condición necesaria para "poner a funcionar un duelo por está perdida en lo real del cuerpo", lo que al mismo tiempo le permitió a este sujeto bordear el "agujero en la existencia" que le produjo la muerte de su padre.

Sólo que sería necesario diferenciar la pérdida en lo real del cuerpo de la pérdida en lo real, tal como lo define Lacan en la clase 18 del Seminario 6: "el agujero de la pérdida en lo real, de algo que es la dimensión, propiamente hablando, intolerable, ofrecida a la experiencia humana, y que no es la experiencia de la propia muerte, que nadie tiene, sino de aquella de la muerte de otro que es, para nosotros, un ser esencial".

También considero que este caso nos permite preguntarnos por las diferentes respuestas subjetivas ante las diferentes pérdidas: muerte del padre-enfermedad orgánica, diabetes; amputación de la pierna-inhibición. La vertiente de la inhibición, de todas maneras, aunque no es una solución exitosa, permitió ubicar en el tratamiento las coordenadas fantasmáticas en relación al objeto escópico.

Tal vez podría pensarse que el primer tiempo de trabajo consistió en un pasaje del "no quiero que me vean así" al "no quiero verla más" o "se me hace difícil esperar para verla" puesto en juego en la neurosis de transferencia. Significaciones que nos orientan respecto de la posición de este sujeto en relación al enigma del deseo materno, y por ende, a la relación enigmática con su propio deseo. Algo así como un camino que fue de la inhibición al síntoma, por supuesto no sin un pasaje por la angustia. Lo que tal vez le permitió a este sujeto otra vía de tramitación posible ante la segunda amputación de la pierna.

La rememoración: un trabajo posible

Andrea Garber

Relataré el caso de un paciente que atendí en el hospital hace varios años, por espacio de 6 meses.

Esteban, de 70 años, llega derivado al Equipo de Psicósomática por el Consultorio de Psoriasis que funciona en la Unidad Dermatología.

En su primera entrevista conmigo dice, con relación a la psoriasis: "Se produce un brote cuando muere un familiar. Es una suerte de reacción".

Efectivamente, Esteban refiere una serie: su suegro murió hace 2 o 3 años, su madre hace un año, su padre hace 7 meses y recientemente un cuñado con quien tenía un vínculo cercano.

Cuando se le pregunta por el inicio de la psoriasis dice que fue hace 15 años, aunque posteriormente y a lo largo de las entrevistas no podrá precisar la época de inicio. También relata un accidente laboral muy serio que sufriera hace aproximadamente 15 años, en el que algunos de sus compañeros resultaron con graves lesiones, y otros fallecieron, pero a él, según dice en diferentes entrevistas, no le había sucedido nada, "ni un raspón".

El paciente convive con su esposa y una hija. Tiene otro hijo que está casado.

Se jubiló a principios de la década del 90, cuestión que retomaré más adelante.

Los accidentes

En las siguientes entrevistas empieza a aparecer en su discurso el relato de una serie de accidentes, de los que siempre sale ileso por una "dosis de suerte", según dice. Por ejemplo, en una ocasión se subió a una escalera sin trabarla, y no le pasó nada; en otra oportunidad iba en el estribo de un colectivo al que se le salió el neumático pero él, una vez más, se salvó. Esta serie parece tener su inicio en un episodio que le contaron de cuando él era bebé. Su familia

vivía en el sur; estando él en la cuna, un águila casi se lo lleva, pero gracias a un perro policía que ladró y alertó a la madre, él se salvó.

Empiezo a señalarle que, contrariamente a lo que él afirmaba, *también* había sido víctima del accidente laboral, por lo cual era un sobreviviente.

Él no se había quejado ni había reclamado nada en aquel momento porque no pensó que pudiera tener algún derecho.

"A mí no me sucedió nada, sí psicológicamente. Eso no lo había pensado."

Le pregunto sobre su falta de queja. Dice: "El reclamar significaba quedarse en la calle porque no eran épocas en las que hubiera democracia por mucho tiempo". A los compañeros les había pagado el seguro.

Con respecto a "reclamar" dice: "Siempre fui medio revoltoso. Cuando fui sindicalista reclamaba por lo que nos correspondía". Habla del diccionario. No sabe si estará empleando correctamente el término "revoltoso".

"Uno de los pecados que tenemos es no utilizar bien los términos", dice. Pone como ejemplo el programa PNP, donde pasan los errores con el lenguaje.

A la entrevista siguiente comenta: "Estuve buscando en el diccionario la palabra *revoltoso*. Tiene dos acepciones: activo, vivaz/ sedicioso. Es como blanco o negro. Está mal. A lo mejor el diccionario es viejo y por eso está mal".

De esta forma Raúl empieza a advertir la relatividad de algunas expresiones.

A pesar de su actitud revoltosa y su historia sindicalista, no ejerció sus derechos con respecto al accidente laboral que sufriera. Se ubicó por fuera de él. El efecto que tuvieron las intervenciones que lo ubicaron como víctima fue que empezó a recordar que sí había tenido consecuencias sobre su vida: así es como recuerda que en esa época no podía conciliar el sueño. Cuando por fin se dormía tenía pesadillas. Soñaba que caía en el vacío, "con una sensación de pavor, sentía que caía sin fin". Soñaba también que no se podía mover, quería escapar pero no podía, como si tuviera las piernas pesadas.

Trae el recuerdo infantil de un accidente: estaba por tomar sopa, metió el codo en el plato y se quemó. El médico le puso un vendaje que era como un tul. Cuando la madre quiso sacarle la camiseta, ésta se había adherido al vendaje, entonces ella, al tirar, "se llevó la piel". Este accidente le recuerda otro que tuvo de grande. Dice: " Cuando mi hijo era chico tuvo falso krup, y tenía que hacerse vahos. Cuando yo los estaba preparando, se me cayó la olla en la pierna y me quemé." Cuando se le señala que tuvo varios accidentes en la piel, dice: "También tengo la psoriasis, gracias a Dios". Pregunto: ¿Gracias a Dios?. Contesta: "Gracias a Dios estoy bien. Esta primavera no me brote a pesar de que me suelo brotar en esta época y en otoño. Este año me va bien de la psoriasis". Lo atribuye a los tratamientos que está haciendo. "Me tratan dos doctores. También vengo acá."

Comienza a traer sueños. Cuenta: "Sueño con mi padre, con mi madre. Será porque me faltaron hace poco."

Se pregunta qué es lo que lo lleva a uno a soñar. "Debe ser para revivir el pasado. Es raro"

La jubilación

Después de transcurridos más de cuatro meses, empieza una entrevista con lo siguiente: "Hay algo que no sé si se lo comenté. Cuando dejé de trabajar, lloré mucho. En diferentes oficinas

me hicieron una despedida. Lloré todo el tiempo. Pensé: en algún momento uno se jubila, pero fue un cambio grande."

"Después de jubilarme no tenía ganas de hacer nada. Yo nunca sentí que estaba deprimido. Es algo que nunca pude ubicarme de tener esa depresión que decían mis hijos y mi señora".

El paciente tomó la decisión de jubilarse en ese momento a instancias de su familia.

"Después quedé inactivo. Me tuve que rehacer de nuevo. Al principio era como estar de vacaciones, pero después empecé a extrañar."

"Posteriormente abrí un vivero. Empecé a tener una actividad. Siempre me gustaron las plantas. El negocio se fue paralizando por la competencia y lo tuvimos que cerrar. Como residuo me quedó una actividad que es dedicarme a los bonsai. Es algo muy particular."

Esta última tarea lo acercó a gente que lo asesoró. También leyó mucho. "Aunque eso no se aprende en los libros. Los libros generalizan mucho". - Como los diccionarios, señalo.

Aprendió mucho de un primo que vive en el sur y es técnico agrario. Surge que su gusto por las plantas le viene de su familia materna. Se sorprende porque hasta ahora no lo había pensado.

Al hacer un balance de cuando trabajaba, refiere: "Fue una época satisfactoria, por eso me costó mucho cuando me fui. Dejaba atrás cosas que me dieron satisfacciones". Ahora empieza a pensar que lo que le sucedió fue una depresión. Trae sueños con la época en que trabajaba: "A veces me despierto y me parece que tengo que ir a trabajar. En ese tiempo probablemente empezó la psoriasis.. La psoriasis iba y volvía, con altibajos. Cuando me iba de vacaciones 15 días se me pasaba. Después, cuando mi madre falleció, recrudeció. También cuando falleció mi padre."

"Mi madre no podía moverse, estaba postrada, tenía artrosis. Eso me golpeó mucho. Verla sufrir me daba mucha pena. Estuvo 3 o 4 años así. Al año tuvo problemas mi padre, pero se fue rápido. No sufrió mucho. Tenía cáncer de colon." La psoriasis recrudeció después de esas muertes.

Cuando se le pregunta en qué cree que lo ayudó hacer este tratamiento responde: "Fue una suma de cosas: el régimen, la medicación, lo psicológico. Uno empieza a recordar cosas que no se acordaba, lindas y feas. Uno había pasado el borrador a todo eso".

Como él evaluaba que estaba mejor y además ya habían transcurrido 6 meses de tratamiento, plazo que la institución establece, le propongo tener unas entrevistas más antes de hacer el cierre. El paciente está de acuerdo.

Refiere: "Tomo las cosas de otra forma, no me hago mala sangre. Si algo se puede resolver, bien. Si no, lo dejo. Me dedico más a cuidarme a mí y a mi señora. Después de todo somos los que tenemos que cuidarnos."

El día del médico, que coincidía con una de sus últimas entrevistas, me trae un bonsai de regalo. Me cuenta diferentes cosas sobre esta actividad. Hay un dicho según el cual los bonsai son para que los disfruten los nietos, porque se empieza en una generación pero recién los nietos pueden ver los resultados. Señalo: - Como una herencia.

Si bien él sabe que su trabajo tiene un valor comercial, hay algunos bonsai que no los vende y solo los destina para regalar a amigos o a personas que los van a poder cuidar.

Relataré un fragmento de la última entrevista:

"Llegamos al final. No sabía cómo era la terapia, tampoco lo sé ahora, pero me sirvió para recordar lo que había olvidado. Tampoco sé por qué me olvidé. Recordé a mis compañeros, a mi trabajo."

"En el accidente no me pasó nada, pero me perjudicó."

Habla de su mujer. Dice que se hace mala sangre porque viene la época de las fiestas y está preocupada por si van a ir a la casa de este o aquel familiar. "Le digo: Nosotros vamos a estar en casa, el que quiere venir que venga. Hay que dar importancia a lo que corresponde, a lo demás no."

Antes de despedirlo le doy mi tarjeta. A su vez él me dice que cuando necesite podar el bonsai que me regaló, que lo llame.

Se despide cordialmente. Dice estar agradecido a todos los doctores que lo ayudaron, incluyéndome.

Comentario

Lo que las entrevistas le posibilitaron a este paciente fue un trabajo de rememoración y subjetivación de algunas pérdidas y del hecho traumático que constituyó el accidente laboral. También le permitió rescatar y revalorizar su actividad con los bonsái. En este punto recuerdo a Freud cuando decía que una vez que el trabajo de duelo concluye, el yo puede investir objetos nuevamente. Si bien no se trata de una simple sustitución de un objeto por otro, -porque en el transcurso del trabajo de duelo también la posición del sujeto se modifica- es cierto que para este paciente la actividad comercial con las plantas surge luego de dejar de trabajar. Lo que primero fue vivido como una pérdida, en un segundo momento lo conduce a algo nuevo -los bonsái- lo cual adquiere un enorme valor para él: le permite hacer lazo social, lo conecta con su infancia, etc.

Para concluir, quisiera citar un fragmento de un texto de Colette Soler:

"...una vez que el sujeto rememoró, puede decir que jamás lo había olvidado. No es el pasado el que cambió, es el lugar del sujeto. Las representaciones de su pasado que había abandonado, donde no se reencontraba, donde no se reconocía, vuelve a habitarlas".

"...Por eso el psicoanálisis puede cambiar todo para el sujeto sin cambiar nada en la realidad. La vida que el analizante tuvo, no se rehace. Lo que cambia, por el contrario, es como él se sitúa en ella y el sentido que le da."

Bibliografía

Freud, S., "Duelo y melancolía"

Soler, C., "El acting-out en la cura" en *Finales de análisis*

Comentarios

(de los trabajos "*Cuando la pérdida es en lo real del cuerpo*" de Paula Contreras y "*La rememoración: un trabajo posible*" de Andrea Garber)

Adriana Dreizzen

En primer lugar quiero agradecer la invitación a participar en estas jornadas. Pensé, cuando leí los trabajos, que los sucesivos encuentros que tuve para trabajar con gente del equipo fueron gestando un espacio de investigación respecto al surgimiento, al recrudecimiento de enfermedades psicósomáticas y los procesos de pérdida, lo que llamo las vicisitudes de los duelos. En ocasiones las enfermedades psicósomáticas surgen en relación a duelos detenidos, a duelos que no han podido transitar por los diferentes tiempos de elaboración. En ambos trabajos aparecen cuestiones en relación a un cuerpo afectado, afecciones en el cuerpo, y en ambos, en transferencia, se da la lectura de algunas pérdidas en el origen de estos padecimientos en el organismo.

Antes de detenerme en cada uno de los casos me gustaría hacer una breve referencia a cómo Freud pensaba el duelo y a cómo luego lo pensó Lacan. Refrescar un poco eso para darle sustento teórico, si se quiere, a estas interesantes presentaciones clínicas.

En relación al duelo a mi me interesa hacer hincapié en los avances que hace Lacan respecto de Freud. Freud define al duelo como esa reacción normal frente a la pérdida de un ser querido o alguna abstracción equivalente -la patria, la libertad, un ideal-. Freud habla -y yo creo que es una cuestión eminentemente ética, poder ubicar en 1915 justo luego de desencadenarse la Primera Guerra Mundial- Freud empieza a hablar del duelo y lo diferencia, intenta diferenciarlo de la melancolía. Freud habla de un trabajo de elaboración en relación al duelo, una posibilidad de elaboración de lo traumático. Lacan en el Seminario X habla del duelo, y previamente se refiere a él también en relación a dos tragedias. No hay un seminario que se llame "Sobre el duelo" pero sin embargo podemos encontrar eslabones a lo largo de su obra donde ha trabajado mucho la cuestión del duelo. Lo trabajó respecto a esas dos tragedias, que fueron "Hamlet" en el Seminario VI y "Antígona" en el Seminario VII, y luego lo retoma en el Seminario de la Angustia, y también hacia el final lo retoma en relación al nudo borromeo. Pero a lo que me refería es que él le adjudica al duelo una función *subjetivante*. Esto es lo que quería marcar. Hay una función subjetivante del duelo que atañe a *subjetivar la pérdida y elevarla a la categoría de la falta*. La falta como aquello constitutivo del sujeto, constitutivo del sujeto hablante. Hay una frase que yo subrayo que menciona Lacan, creo que en el Seminario XI, donde dice: "Una carencia suscitada en un tiempo precedente sirve para responder a una carencia producida en el tiempo siguiente". Esto quiere decir que frente a la pérdida, frente a cómo un sujeto queda casi aplastado por el objeto perdido, ensombrecido por eso, el modo de tramitar esto es que algo de esa pérdida pueda inscribirse, a rédito del sujeto, como falta. Es algo imprescindible para que el sujeto comience a desear de nuevo, y de ahí a producir algunos actos ligados a ese deseo. ¿Qué quiero decir con esto? No es casual que Lacan en el Seminario de la Angustia ubique la función del duelo en una matriz donde ubica muchos temas de la clínica, también la inhibición y el pasaje al acto. Ubica la función del duelo como imprescindible para no andar por la vida produciendo acting-out permanentes.

Hay mucho para decir respecto de esto, pero digamos que si alguien está embargado por esos objetos que ha perdido transita por la vida casi traicionando a su deseo, como "out" del sujeto del deseo, casi como en una comedia de enredos. Recuerdan lo que le pasaba a Hamlet, que mataba a quien no tenía que matar, se embarcaba en una nave llevando su propia sentencia de muerte, empezaba a transitar carriles que no tenían que ver con producir algún acto que lo reconstituía en la subjetividad.

Respecto del fenómeno psicósomático, la gente que viene trabajando sobre el tema conoce los aportes de Lacan respecto de esto. Si tengo que recortar alguna cuestión, voy a tomar los tiempos del duelo porque me parece que atañe mucho a estas dos presentaciones clínicas. Cuando Lacan, en el Seminario XI, se refiere a lo que es la psicósomática dice: "es algo que no es un significante pero que sin embargo es concebido en la medida en que la inducción

significante a nivel del sujeto ha transcurrido de un modo que no pone en juego la afanisis del sujeto". ¿A qué me refiero con esto? Ustedes saben cómo él llama en algún momento al fenómeno psicósomático, "falla epistemo-somática". Hay allí una falla respecto de lo que la ciencia puede ofrecer con relación al saber sobre la afección en el cuerpo. Hay un goce inconmensurable, un goce específico a nivel de lo psicósomático, y Lacan recurre a la holofrase para definir el pegoteo entre significantes, entre S1 y S2. Para aludir a esa afanisis del sujeto por no tener lugar un intervalo entre lo significantes. El sujeto surge en los intervalos, entre S1 y S2.

Creo que las dos presentaciones clínicas, una desde el lado de la rememoración y la otra desde el lado de las preguntas que comienza a hacer un sujeto sobre por qué le pasaron las cosas que le pasaron, aluden a poder 'despegotear' los significantes, ir creando una cadena significativa y romper ese congelamiento. Una hipótesis que proponemos es que el resto inabordable del duelo se deposita en el cuerpo y afecta y lesiona el organismo en el fenómeno psicósomático.

En ambos casos, se trata de pacientes que son enviados, uno desde un servicio de traumatología y otro desde un servicio de dermatología. El relato clínico da cuenta de algo que es la herramienta princeps para el trabajo y que es la transferencia. En este punto, como puesta en acto de la realidad del inconsciente tanto en uno como en otro caso, hay una transformación que se opera en el transcurso de las entrevistas. Me refiero de ese punto en que 'vienen porque los mandan de', al punto donde empiezan a pescar que algo de la palabra que los habita está muy vinculado con la afección que padecen. Y que el despliegue de esta palabra, el despliegue en todo lo que hace al dispositivo, modifica o transforma esto que tiene lugar en el cuerpo. Hay un momento en que pescan esto. Cada uno con los recursos que tiene, hay pacientes que tienen una mayor relación y plasticidad con el Inconsciente que otros.

Ahora voy a hablar de cada caso en particular. Vamos a referirnos primero al material de Paula, "**Cuando la pérdida es en lo real del cuerpo**". A este paciente, si uno tuviera que hacer una lectura, uno podría decir que es un paciente que luego de la muerte del padre hace doce años - momento en que hace una anorexia, estuvo cuatro meses casi sin comer- tuvo una anemia, se detecta una diabetes... en dos oportunidades luego de la muerte del padre se le caen cosas, se le caen cosas en el pie. Se le caen cosas que producen lesiones, que por el antecedente diabético son graves. Son accidentes que en su caso, teniendo en cuenta que era un paciente diabético, él lo sabía pero no quería saberlo, renegaba de esto que le dijeron, porque a alguien que le dan un diagnóstico de diabetes, es casi un saber popular que las lastimaduras en los miembros inferiores son de grave riesgo. Recapitulando, es un paciente a quien luego de la muerte del padre se le caen en dos ocasiones, primero un pedazo de cal en un pie, lastimándole un dedo, y en la otra una bolsa de cemento en el pie. Entonces ambas lo condujeron a tener que amputar una pierna.

Esto que yo mencionaba respecto de ese fenómeno anoréxico que tiene luego de la muerte del padre es otra cosa que a mi me parece importante señalar respecto de los duelos y de los fenómenos. Yo lo formularía de esta forma: *un duelo detenido en sus tiempos de elaboración en ocasiones produce, en lugar de síntomas, fenómenos*. Yo creo que hay muchos de estos fenómenos, por un lado los fenómenos psicósomáticos, por otro lado fenómenos de tipo anorexia, bulimia, fenómenos adictivos, en ocasiones ligados con fenómenos alucinatorios inclusive. Ustedes saben que Freud habló mucho de los fenómenos alucinatorios, en relación a lo que llamaban en esa época "psicosis alucinatoria de deseo". Y los fenómenos son diferentes del síntoma. Hay una labor del analista entre cómo alguien llega con su fenómeno a poder dialectizarlo en síntoma. Digo dialectizarlo porque hace al punto en que algo comienza a ser dicho. Lo de dialectizable no es del orden del fenómeno, el fenómeno es una palabra que viene del griego, es "lo que se da a ver, lo que se muestra". Tiene que ver con lo que se denota y no se connota. Los fenómenos también, como el pasaje al acto, el acting, y en su máxima expresión los que se encarnan en el cuerpo, los fenómenos psicósomáticos.

Entonces a este hombre el dispositivo analítico le ofrece un espacio para sus preguntas. La primera pregunta que él se hace es ¿por qué me pasó esto justo a mí que hice las cosas bien? Creo que es una pregunta que le dirige a la analista pero que a su vez se puede desplegar en

el espacio. Esa es una de las preguntas que él se hace. La segunda pregunta es en relación a la pelea con la madre: ¿Cómo la madre no le permitió tener sus materiales en la casa?. Es interesante porque lo que se le cae en el pie son dos bolsas de materiales. Primero una después de la muerte del padre, la otra es después de la muerte de la madre, cuando se entera de que la madre murió tiene el segundo accidente.

Es interesante esto porque Paula decía en un momento que trabajó sobre el término de lo siniestro para pensar estas cuestiones. En relación a "la casa", porque lo siniestro es la palabra "unheimlich", heim es la casa pero a su vez cuando la casa es demasiado casa se torna unheim, se torna siniestra. Entonces uno podría decir que esa madre que parece que no les hacía faltar nada, como él dice, hasta que de pronto se produce esto: esa madre le dice que saque todos los materiales y no se ven por nueve años.

Creo que este es un punto muy importante para trabajar ahora, en este tiempo del tratamiento. Está en relación a la operatoria de la separación. La separación precisamente es una de las operatorias constitutivas del sujeto. Está la de la alienación y la separación, en relación a las operaciones constitutivas del sujeto. Para este hombre parece que la separación no puede ser mediatizada por la palabra. La separación implica radicalmente un abandono del otro y un enojo, un enfado. Uno piensa en la estructura del sujeto, y algunos sujetos están detenidos en algún posicionamiento en la adolescencia, éste parece que en ese punto está detenido casi en una posición infantil, de enojarse, sin el recurso simbólico, que creo que va a ser importante además para trabajar el fin del tratamiento en la institución con muchos de estos pacientes. Hace muchos años ejerzo mi práctica en el Centro Ameghino, y es un tema delicado el fin del tratamiento -tema esencial de supervisión- de estos pacientes. Los distintos criterios para pensar el fin de tratamiento. Lo dejaremos para otra ocasión.

Después me parece muy atinente cuando Paula pone en su lugar lo que efectivamente es doloroso. Efectivamente es doloroso confrontarse con la lamentable realidad de que su padre murió. Pero me parece que faltaría decir ahí "bueno, pero usted no es culpable de eso" en relación a los reproches que él se hacía porque el padre murió solo. Y en ese punto creo que hay una definición que a mí me gusta de la culpa, la culpa la pienso como la máxima expresión imaginarizada de un goce arrasador. Es una expresión imaginarizada porque alguien carga con eso que lo arrasa y que se manifiesta de diversas maneras. Este paciente se hace preguntas, se queja, se lamenta, hasta un punto donde una intervención del analista produce una modificación de la posición subjetiva, es cuando Paula dice "yo estoy acá para seguir pensando y no lo voy a abandonar en este momento" frente a la segunda amputación. Luego él dice que estuvo pensando que todo lo que le pasa, su enfermedad, la diabetes y su sufrimiento tienen que ver con lo que para él implicó la muerte de su padre y la pelea con su madre. Modos de separación que realmente fueron absolutamente nefastos y no había recursos ahí para responder. Un viraje esencial se produce entonces respecto de la casualidad. "¿Por qué a mí me pasó esto?", la queja que uno escucha frecuentemente, que parece que dijeran "yo no tuve nada que ver en esto", absolutamente desimplicados vira a esa otra enunciación donde la causalidad psíquica y los sobredeterminantes comienzan a tallar en el tratamiento.

Voy a comentar el trabajo de Andrea, que habla de los tiempos de elaboración del duelo y de inscripción de la falta de un modo muy interesante. Raúl, a diferencia del otro paciente, a mí entender está en otro tiempo. Desde el vamos Raúl refiere sobre aquello que le pasó, rememorando eso, da un lugar a la rememoración. Entra al análisis contando, cuando se le pregunta por el inicio de la psoriasis dice que fue hace quince años, y relata las muertes del suegro, de su madre, de su padre, y del accidente de trabajo. Y de ese vaticinio, que a él nunca le pasaba nada, ni un raspón, aunque la analista le hace entender que él había sido víctima de un accidente. Y puede afirmar que sí le pasó algo con eso, psicológicamente. Decía sobre ese episodio que para que no se lo lleve el águila fue un perro de policía el que lo salvó, lo salvó un perro de policía. Uno puede decir ¿quién era ese águila, qué madre tan siniestra, aterradora, que lo deja ahí? Pero evidentemente estuvo ese perro de policía que ladró. Evidentemente en este paciente hay recursos, hay Nombre del Padre funcionando, y la psoriasis aparece muy ligada a las pérdidas, pero creo que él puede tomar su saber respecto de eso y hablarlo. Y aparecen todas esas rememoraciones...

Yo marcaría tres tiempos: el primer tiempo donde él rememora lo del accidente, un segundo tiempo muy interesante donde confirma algo respecto del valor de la palabra, y él menciona ese programa "Perdona nuestros pecados" donde lo que se repite en el programa son los lapsus, el equívoco. Él habla del reclamar, y dice que siempre fue revoltoso. En realidad es diferente ser revoltoso que reclamar. Es más, tal vez uno podría decir que revoltosos son los chicos. Pero ¿qué le pasó a él que siempre era revoltoso cuando tuvo que reclamar...? Me parece interesante porque en los duelos, en la pérdida de un ser querido, todo el ritual y todo lo que tenga que ver con las cuestiones legales que permiten solidarizarse con ese agujero en lo real, hacen que la tramitación sea de otra manera, que haya una subjetivación de la pérdida, una implicación y no una renegación. Algunos tal vez conozcan las conceptualizaciones que trato sobre los duelos en el libro "Los tiempos del duelo". El primero es absolutamente renegatorio y los fenómenos de los que les hablé hace un rato se dan, generalmente irrumpen en ese primer tiempo. Por eso decía que incumben también a una cuestión ética todos los elementos simbólicos, todos los recursos simbólicos que pueden recurrir, asistir, a ese agujero. Yo creo que ese agujero en lo real, ese agujero en la existencia, tiene una diferencia con eso de "negativizar la falta", creo que hay un agujero en la existencia, en lo real, que tiene que ver con toda pérdida, porque muchas veces quien pierde a un ser querido además dice "me siento amputado", llegan a decir esto. Pero ese agujero en lo real, y de esto los dos tratamientos dan cuenta, hay un modo de anudar eso desde lo imaginario y desde lo simbólico. Desde todo lo que hace a los recursos de la palabra, de los reclamos, para que eso sea considerado, y también desde lo imaginario, que creo que eso está muy en juego respecto de la mirada. Porque frente a un duelo hay como un simbronazo del yo, y creo que ese es un punto en donde a este paciente, desde la mirada, lo que le devuelve Paula lo reconstruye de alguna manera desde lo imaginario. Hace algún anudamiento desde ese lado, lo especular.

Siguiendo con lo de Raúl decía tres tiempos, el segundo en relación a la palabra, a esto de ir a buscar al diccionario, de ocuparse de ir a buscar esas palabras, y el tercero ya es como una gran apertura a la vía regia del Inconsciente, que es cuando empieza a contarle los sueños, y dice "tal vez sueño en ellos porque sus pérdidas fueron recientes", sueña con el padre, con la madre, son sueños que trae a la analista, y creo que son justamente los tiempos donde se va transitando ese pasaje de "me mandaron del servicio de dermatología" a implicarse en el análisis en relación a gestar a ese sujeto del Inconsciente con el cual él va a acceder a un saber. Y después el tema de la jubilación, donde evidentemente fue forzado, por la familia, a anticipar el tiempo, tal vez no era el tiempo para él de concluir ese trabajo aún, y que lo ubica hace más tiempo, que pasó más tiempo, no hace quince sino que eso pasó hace más años, hace 20 años. ¿Fue anterior la jubilación, el fin de su etapa laboral, a la muerte de su padre? Me parece que sí. Al accidente laboral también.

(fin de la cinta)

[...] Lo crudo y lo cocido, Levi-Strauss. Varias veces se habla de "los brotes de la enfermedad" como "lo que recrudece". Y lo que recrudece está casi del lado del organismo, no atravesado por la cultura, por lo que él llama "lo cocido" como aquello que instaura otro tiempo para la subjetividad. Parece que es algo que recrudece, que va inclusive más allá de lo que él puede pensar... Y después lo interesante de los bonsái. Como que acá realmente hubo la posibilidad de este cuarto tiempo del duelo, como yo lo llamo, de lo suplementario. De poder descubrir algo nuevo más allá de la sustitución que implica el cambio de un objeto por otro. Acá me parece que en esto de poder cultivar bonsái, hasta suena lindo, parece "buen decir", algo del orden de que brote algo ahí en esos árboles, así lo pensaba, y que brote algo más allá, porque hay algo hasta de un poder de transmisión, de poder regalárselo a algunos, con lo cual algo de Raúl va a quedar en otros. Me parecía que en esto había justamente algo ligado a la posibilidad de suplementación y no de sustitución, que lo pienso en relación al lazo social, a inscribir un nombre, como cuarto tiempo del duelo.

Finalizo por aquí. Gracias realmente por haberme invitado a acompañar y trabajar esto con ustedes.

Coordinadora: Abrimos el espacio para las preguntas y los comentarios.

Participante: (inaudible)

Lic. Contreras: en principio yo sólo ubicaría que en relación a la muerte del padre -esto es algo que planteé cuando armé el trabajo- yo ubico una articulación posible entre la muerte del padre y la respuesta de este sujeto por el lado de su cuerpo, por el lado de la enfermedad orgánica. Pero fundamentalmente cuando el cuerpo responde tampoco hay sujeto, o sea que tenemos una complicación, y es que sólo podemos tener en cuenta esto. Evidentemente se encontraba sin recursos simbólicos para poder responder de otra manera a esa muerte. Es un tema que daría para muchas más cosas.

Participante: esta pregunta es para Adriana Dreizzen. En un momento hablaste de que el fenómeno psicósomático podía ser pensado como dialectizable. Habría que pensar cómo dialectizar ese fenómeno psicósomático. Bueno, mi pregunta es bastante general, supongo que esto será posible en algunos casos y en otros no. En lo que vemos en el Seminario XI, por lo que Lacan trabaja del fenómeno psicósomático, a primera vista me parece que sería bastante ambicioso poder dialectizar un fenómeno psicósomático y también lo vemos en la clínica como algo muy ambicioso. ¿Es posible, puede ser que vire hacia un síntoma? ¿Cómo lo pensás?

Dra. Dreizzen: dialectizable lo pensaba en relación a que ahí se genere algo de un dialecto, un dialecto frente a lo inabordable desde nuestra práctica que es el fenómeno, lo que se presenta a ser mostrado. Entonces en ese punto pensaba lo dialectizable. Creo que va a esto de poder producir ahí, en la transferencia, algún decir, algún argumento. Me parece que es muy ambicioso pensar que en el análisis se va a curar una enfermedad maligna, o una psoriasis, curarla definitivamente. Sin embargo creo que hay una responsabilidad nuestra, de los analistas, respecto de la calidad de vida que van a tener estos sujetos cuando están más advertidos de cómo funciona el Inconsciente para ellos, en vez de que esto los arrase. Creo que si bien hay una dirección de la cura también está el punto de lo incurable, y que atañe al sujeto si hay una cura, hace a un modo de relacionarse fantasmáticamente con el objeto de modo que el objeto no aplaste al sujeto. Yo creo que hay una dirección de la cura, apuesto a esto, no es que curamos el organismo, en este punto creo que es esencial, que cambia muchísimo el destino, el porvenir de la enfermedad, y subsecuentemente del sujeto, cuando un análisis opera.

Otra cosa que quería decir es que me parece muy valiosa esta apuesta de hacer una escritura por los analistas en esta clínica de las afecciones, esta clínica tan difícil. Yo creo que realmente el analista es al menos dos, así como lo propone Lacan, ese que produce efectos y que para producirlos, a esos efectos los teoriza. Hay algo en relación a la formación del analista y a la escritura que siempre promuevo mucho en los espacios de trabajo porque creo que atañe a cómo cada uno dirige y conduce los análisis. Entre las otras cosas que hay en la formación del analista, el análisis personal, la supervisión y la formación teórica, la escritura del analista me parece fundamental y más para esta clínica que hay que sobrellevar.

Participante: yo en principio quería felicitar a las analistas por su producción, su escritura y sus aportes. Y me quedó picando un tema en relación a esto que vos planteabas respecto al trabajo del duelo, subjetivar la pérdida y elevarla a la calidad de falta...

Dra. Dreizzen: yo decía que subjetivar la pérdida era elevarla a la calidad de la falta, o a la inscripción de la falta.

Participante: (inaudible)

Dra. Dreizzen: Respecto de la pérdida, la pérdida se padece porque se vive muy pasivamente lo perdido, el sujeto se siente abandonado, por más que él haya abandonado. Por ejemplo el paciente de Paula en un momento dice "me parece que me voy a ir y no voy a volver más". No tolerar la separación, o el otro abandona o uno abandona, y esto es vivido como pérdida. Es del orden de cómo ese tiempo renegatorio hace a lo que es la privación del sujeto, la privación como una pérdida en lo real, diferente de la castración que es una pérdida en lo simbólico.

Esto de la inscripción de la falta yo lo leo como un cuarto tiempo, o un tiempo de inscripción de la falta, que hace a lo suplementario. Lo suplementario hace que de esa pérdida vivida, padecida, el sujeto pueda inscribir, en ese punto donde el objeto no es sustituible por otro (porque sabemos que los objetos de amor son elecciones tan radicalmente narcisistas que no son reemplazables) y en ese punto poder producir un trazo nuevo.

Hace algunos años con gente de otras disciplinas lo habíamos trabajado reflexionando en relación a las Madres de Plaza de Mayo. Una pérdida tan tremenda como es la pérdida de un hijo, y cómo aparecía ahí algo del orden de la multiplicidad de inscripciones para ellas. En un primer momento en relación a la plaza, "las madres de la plaza", luego en relación a un periódico, en relación a una librería, en relación a la universidad... Como un modo de que un duelo patológico, un duelo terriblemente imposible, se inscriba de otro modo. Me parece que ahí aparece algo del sujeto deseante, y un sujeto que puede producir un deseo decidido en relación a un acto. Y creo que respecto del bonsái, cuando Raúl dice que lo puede regalar y lo puede pasar a otra gente hay algo también de esta posibilidad.

Lic. Contreras: en relación al aporte anterior sobre la sublimación, me parece interesante porque yo no lo había pensado así, pero creo que estamos de acuerdo. También, Adriana, quería preguntarte si me podías aclarar un poquito más en qué no estabas de acuerdo con esto de la negativización de la falta porque justamente el comentario de Judith sobre la sublimación viene, para mí, a darle una vuelta más a lo que yo venía pensando respecto de esto de la negativización de la falta. Simplemente voy a tratar de ubicar dos o tres cosas nada más. Cuando armé el trabajo me quedé pensando en una frase del Seminario VI, en la clase XV, donde Lacan ubica una condición previa a todo trabajo de duelo: y es *que el objeto esté constituido en tanto tal*. Entonces me puse a pensar qué es esto de que el objeto esté constituido. Y pensaba en el Seminario IV, en donde Lacan claramente dice que *el objeto para el psicoanálisis es la falta de objeto*. En ese sentido me parece que Lacan en este punto es radicalmente freudiano, porque toma como central el estatuto del objeto perdido en Freud como estructurante respecto del deseo. Hago esta introducción porque me puse a pensar que, si coincidimos con Lacan -podemos no coincidir con él, pero si coincidimos con Lacan- en que la condición para todo trabajo de duelo es que el objeto esté constituido, de lo que se trata entonces es de que esté constituida la falta de objeto. A mí por lo menos me pareció interesante. En el caso que presenté hoy yo pensaba la cuestión de la inhibición con la que llegaba este sujeto como un claro ejemplo de lo que le ocurre a un sujeto cuando la falta surge en forma positiva.

En ese sentido, para decirlo con claridad, me parece que la falta surge en forma positiva bajo la forma de la mirada de los vecinos y los clientes, esto de que quiere evitar que lo vean, que no es otra cosa que la presencia de su propia mirada en el espejo, en la imagen especular. Efectivamente para este sujeto el encuentro con que no hay una pierna trastoca toda su imagen especular y en ese sentido me parece que la falta se positiviza. Desde este punto de vista, partiendo de la condición que ubica Lacan de que para que haya un trabajo de duelo posible tiene que estar constituida la falta, me pareció entonces necesario realizar algunas intervenciones que apuntaran a negativizar la falta. Para decirlo de otro modo, a despositivizarla. De manera tal que la falta deje de faltar, para que justamente haya falta. Y se haga operatoria, funcional, para el deslizamiento metonímico del deseo de este sujeto. Ahí me parece que también podemos tomar esto de la sublimación. Tal vez no sea una expresión muy correcta esto de "negativizar la falta", lo que sí me parece importante aclarar es que para mí no es lo mismo negativizar la falta que negarla.

Dra. Dreizzen: es un deslizamiento. Se acuerdan, Freud decía "comenzamos cediendo en las palabras y terminamos cediendo en las concepciones, en los objetivos". A mí, en lo personal, y vos misma decís que no te parece demasiado feliz... me parece que inclusive por cómo conducís el trabajo, no tiene que ver con negativizar la falta sino con hacer una inscripción diferente de la falta. Creo que desde el psicoanálisis trabajamos intentando inscribir la falta, es cierto, esto de que tiene que estar constituido el objeto para poder iniciar un duelo, y también que el objeto para el psicoanálisis es la falta de objeto. De todos modos eso es lo esperable. ¿Qué quiero decir con esto? Yo creo que alguien que viene padeciendo un duelo, y que muchas veces no sabe que lo que lo afecta en este momento está relacionado con ese duelo, justamente padece la presencia aplastante del objeto sobre él. Es esperable que ahí se

inscriba una falta, cuando decía lo de la pérdida atañe a esto. Yo creo también que cuando Freud trabaja la noción del objeto... ustedes saben que uno podría hacer un largo recorrido en la obra de Freud y de Lacan en relación a la noción de objeto. Y que Lacan a partir del Seminario X en adelante lo nombra de determinada manera, lo nombra con el nombre de una letra y lo llama objeto a, y dice que es la única invención, su única invención es el objeto a, que me parece que lo tenemos en cuenta para pensar cuestiones de la clínica en relación al plus de goce de ese objeto o a la causa cuando este objeto realmente está inscripto como falta, falta de objeto y promueve al sujeto. En ese punto a mí me parece que la apuesta es justamente la spaltung del sujeto, como sujeto en falta, sujeto atravesado por la castración en los tres registros, en lo Imaginario, en lo Simbólico y en lo Real.

El otro día tuve que dar una charla sobre adolescencia y es muy interesante por ejemplo todo el trabajo que hizo Bruno Betelheim. Hay un libro que se llama "Heridas Simbólicas". Es muy interesante porque él hablaba de que en los tramos de pasaje entre la niñez y la etapa adulta hay algunos rituales que hacen al corte, a una reinscripción de la castración, de todo lo que se pierde a nivel de la infancia, de los padres, del cuerpo, de la niñez, y que cuando a nivel de la estructura no era posible transitar por estos rituales, lo que él veía en adolescentes graves eran cortes en el cuerpo. Cortes en lo real del cuerpo. Todo esto para decirles que a mí me parece que cuando la falta falta aparece la angustia. Y la angustia es el prolegómeno a poder acceder al deseo. Ahora, que se negativice la falta no veo que sea ni un término apropiado, ni a mí me parece que esté ligado a como vos conducís el análisis. Creo que lo de la mirada es de otro orden.

Coordinadora: si no hay más preguntas, con esto damos por finalizada esta mesa y les agradecemos a los invitados su participación.

Sección: “Fenómeno psicósomático y estructuras clínicas”

Entre el cuerpo y la escritura: un tratamiento posible

María Eugenia Cora

El paciente al cual voy a referirme tiene 38 años. Un año antes de consultar en Psicopatología, concurre a Dermatología por un eczema ectópico que tiene desde chico. En esa oportunidad vio el cartel de psicósomática, y preguntó, pero según dice "se le fue pasando la motivación".

Llega al equipo de psicósomática. Comienzo a escucharlo hace dos años.

Confusión, desorientación, ¿debilidad?

R. consulta "por el eczema". Dice que hay algo que no entiende, de cómo funciona su forma de pensar, que hace que en algunas situaciones en lugar de decir, eso salga por el eczema. Señala el cuello con el índice. Cuando indago o pido ejemplos de estas "situaciones", no puede dar más respuesta que otra generalidad. Responde que no entiende la pregunta, que se perdió o se olvidó. Manifiesta mucha confusión.

Es un discurso que da la idea de cierta circularidad: dice que viene por la alergia y que esto se debe a la crianza, que eso "se traduce". Pregunto y vuelve a decir: "La manera en que me criaron".

Durante las primeras entrevistas relata cómo es su vida cotidiana: me cuenta que mira televisión, come solo, no habla con nadie. Dice que no le alcanza el tiempo para "meditar", no puede dejar de pensar, aunque no tiene tiempo. Introduce en este punto a su pareja y a sus hijas.

Se queja de la relación que tiene su mujer con sus hijas, le da bronca cómo trata a las niñas; mientras que él no se ocupa porque no tiene tiempo.

Describe cuánto tarda en bañarse, en hacer el desayuno, en vestirse, etc. Explica que no puede hacer "nada a la vez": si habla con la mujer no puede desayunar, si se peina no puede pensar en las hijas.

Al cabo de un tiempo, comienza a incorporar en sus dichos una curiosa modalidad de formularse preguntas, siguiendo el estilo de las que yo le hacía desde que comenzamos a vernos. Dice por ejemplo: "¿Qué sería no tener tiempo? No tener tiempo es..." y da una explicación a modo de respuesta a su propia interrogación.

A la par de esta modificación en su discurso, empieza a sentarse del mismo modo que la analista: cruzando la pierna para el mismo lado, poniendo su bolso debajo de la silla igual que yo desde que empecé a hacerlo... Da la impresión de estar frente a un espejo.

Es el momento de sostener la duda diagnóstica. En ausencia de lo espectacular de los fenómenos elementales, la apuesta estuvo del lado de la escucha de los detalles que pudieran orientar por la estructura.

De la "motivación" a un motivo de consulta.

No quedaba claro por qué consulta R. Andaba por el hospital: había ido a hacerse un chequeo porque unos amigos lo habían hecho y él pensó que era una buena idea.

Sí aparecían, cómo él los denomina, "temas para resolver" pero desconectados unos de otros. Entre éstos enumera: "el tema del trabajo", "el tema de la crianza", "el tema de la pareja", "el tema de la fe".

R. vive con el dinero que busca en la casa de sus padres, adonde no le gusta ir porque "se brota". La cercanía con la madre le provoca, según la propia idea del sujeto, la picazón en el cuello. Cuando se va acercando, se hincha y no puede evitar el ardor. Por otra parte: ya sabe que esto va a suceder. *Sabe* como funciona.

Se mudó de allí cuando se fue a vivir con su pareja. Consiguió el terreno para su casa "por unos amigos de la Iglesia" y es también "por la Iglesia, por el tema de la fe" que consiguió trabajo como chofer.

Respecto de estos chicos de la Iglesia, relata un episodio que finalizó con su distanciamiento.

Pareciera ser lo que precipita su consulta.

Ubica que "*le pasan*" accidentes, choca en dos oportunidades, pero lo que le preocupa son las "imputaciones" que le hacen los chicos. Le recriminan que es vago y que no le gusta trabajar. Piensan mal de él, hablan mal de él.

A una semana de iniciadas las entrevistas, R. dice tener dos lugares de referencia: primero Dios. Después, el hospital. Es por esto que frente a un nuevo "brote" en el cuerpo recurre a la guardia, porque no tenía cómo ubicarme y no sabía qué hacer.

Decido darle mi teléfono y dice que se siente más tranquilo, pero que no le alcanza el tiempo para escribir.

Me cuenta que siempre tiene que anotar lo que habla con su mujer, para no olvidarse lo que discute o lo que argumenta. Piensa y anota, habla y anota. Tiene que escribir todo el tiempo y a veces no puede pensar en lo que escribió.

Además, le preocupa que tenga que trabajar para ganar dinero. Es la manera de no tener que ver más a sus padres. Él *sabe* que es una vía para cortar con eso que *lo brota*.

Un horario para la escritura; un orden a los pensamientos.

Con la hipótesis de psicosis como orientación, le sugiero a R. que puede dedicarle, por ejemplo, una hora del día a la escritura y nada más que a eso. También lo invito a que traiga a la entrevista los cuadernos en los que escribe.

Su escritura es sobre "temas". Pone título en cada hoja y escribe frases, oraciones, preguntas. Lo hace para acordarse después o para pensar. Pero sitúa que en las entrevistas prefiere hablar como lo venía haciendo, y no leer.

Refiere que hay "temas de traición", y me explica que son temas que los otros interpretan como de traición. "Por ejemplo ilusionarme con otras mujeres. Lo que uno proyecta o imagina. Lo anoto y trato de ver qué siento", dice.

Le pregunto si piensa en otra mujer y dice que no sabe pero tiene la ilusión de lograr su alimento espiritual. "Poder hablar. Ser escuchado y comprendido. Eso dentro de mi contexto no lo tengo", argumenta.

Conducir hacia un nuevo trabajo: apertura a otros "temas".

R. empieza a hablar sobre lo que le ocurre al manejar, por calles que él no conoce. Describe los signos que le aparecen en el cuerpo cuando conduce por la ruta. Con la velocidad: transpira, se le ponen los brazos duros, aprieta las manos al volante y tiembla. Supone que le pasa porque no conoce y, fundamentalmente, porque *sabe* que le dieron el peor vehículo.

Surge la idea de una actividad propia, *sin tener que relacionarse con otros* para poder trabajar. Le propongo evaluar otras posibilidades de trabajo y le ofrezco pensar juntos estas opciones.

Empieza a leer los clasificados y arma su primer curriculum vitae copiando el modelo de su primo y así consigue distintas entrevistas y trabajos, que abandona "porque no le da el tiempo para pensar, para escribir, para estudiar". Introduce por primera vez sus ganas de estudiar. No sabe en qué orden pero quiere trabajar, estudiar y ocuparse de la religión. La invitación a hablar de este último tema abre la posibilidad para que R. decida enseñarme lo que conoce de Dios: lo que lee en la Biblia y lo que él sabe, delimitando un espacio donde confiar lo que le pasa.

Dice que a partir de los 20 no contó más los años. Cuando terminó el colegio ya estaba con el tema de Dios y como estaba mal hizo el siguiente razonamiento: "Dios es amor, canta el apóstol Juan". "Un día algo me dijo que tenía que proteger a los chicos. No sé por qué me lo creía... Estaba como atento... acelerado mentalmente".

Comienza a llegar tarde a las entrevistas. Piensa que se distrae para no venir y que le pasa eso porque está entrando en temas dolorosos. También a partir de allí escribe como si estuviera hablando conmigo, sobre "cosas que le hacen mal".

Lo nombra "discernimiento": tiene que discernir, identificar, pensar. Me explica que hace algunos años empezó todo a partir de una iniciativa que tomó de conocer a Dios. Desde ese momento anota "para tener la referencia", para no olvidarse. Pero ahora, dice tener que regular los tiempos.

Lo estable del tratamiento

Consigue trabajo como vendedor de libros y comienza a ganar dinero. Es un tiempo en que las entrevistas se convierten en un encuentro de unos minutos, en los cuales relata cómo le ha ido en la semana, si vendió o no vendió. A veces le alcanza un llamado telefónico. No le preocupa nada, aunque tiene temas pendientes.

Se pregunta por la posibilidad de finalización del tratamiento, lo que introduce una serie de episodios "desordenados" en su trabajo, episodios que no entiende. Cambia de trabajo, pero ya no sabe cómo vender.

Le propongo dejar de lado el final del tratamiento, y pensar juntos en lo que él llama su "método de trabajo". Aparece la dificultad para trabajar en grupo: le hablan de travestis y de mujeres; lo molestan. Ubica su preferencia por estar solo y esto lo tranquiliza.

Es este "método" de estar solo lo que va a introducir una distancia con lo intrusivo del otro, que le retorna a R. como lo que lo descontrola, "lo brota". Es a la vez este recurso del sujeto el que marcará la orientación de la cura.

La posibilidad de *anudamiento*

Frente al "estar solo" como recurso, resulta necesario pensar qué lugar para el analista, entonces. Cuál es el lugar que ocupa el tratamiento para este sujeto.

Cuando se encuentra con el dispositivo analítico (o el dispositivo con él) R. ya cuenta con sus propias herramientas, se ha dado modos para responder a las fallas de la estructura. Es posible ubicar, junto a la interpretación del sujeto, que la escritura funciona como barrera al goce del Otro, al modo de suplencia del tope que no opera. Sin embargo, suplencia en un punto fallida, que no alcanza. Están también las respuestas que involucran al cuerpo: accidentes que frenan, que hacen de límite justo cuando está a punto de estallar y la alergia que aparece en el momento en que nada media entre lo intrusivo del Otro y el sujeto, introduciendo una localización del goce.

Pensando el eczema como fenómeno psicósomático, ¿qué estatuto darle a este fenómeno dentro de la estructura psicótica? Este interrogante ha funcionado como guía, modulando las intervenciones posibles para este caso.

Propongo pensar el fenómeno psicósomático como un intento de "anudar" lo que por ausencia del Padre como cuarto, en el marco de la clínica de los nudos, estaría "desanudado". Intento que, si bien logra cierta *estabilización*, tampoco basta.

¿Qué *hacer* con este fenómeno, entonces? La apuesta ha sido -y continúa siendo- por el lado del *saber hacer* del sujeto. Dejarse enseñar como posición privilegiada y sostener los recursos e instrumentos que son de la cuenta del sujeto.

Pero la pregunta es: si con esto no alcanza, en el punto en que sigue habiendo un exceso, qué puede sumarse a esta cuenta, para que reste.

Una aproximación es sostener que la *presencia del analista*, alojando desde la escucha y su deseo, permita *-entre el cuerpo y la escritura-* la instalación de *un tratamiento posible*.

Bibliografía:

Lacan, J.: El Seminario. Libro 22: "RSI".

Lacan, J.: Idem, Libro 3: "Las psicosis". Ed. Paidós.

"Los inclasificables de la clínica psicoanalítica". Cuadernos del ICBA, N° 1. Ed. Paidós.

"El cuerpo en la clínica psicoanalítica": síntoma y fenómeno psicósomático. EAIP, Hospital Argerich. Ed. Macchi.

De la amenaza de suicidio al suicidio como llamado Singularidad de la urgencia en la institución

Mariela Garvich

La paciente de la que voy a hablar hoy se llama C., al iniciar el tratamiento tiene 42 años de edad y concurre por primera vez en diciembre de 1999, luego de consultar a diferentes especialistas (neurólogo, clínico, especialista en columna y en vértigo), incluyendo a una psicóloga. Se le hicieron varios exámenes y estudios según los cuales no se puede establecer patología de origen orgánico. Ella se queja de "mareos", los cuales describe como "hormigueos en las muñecas, falta de sensibilidad en las manos, (...), que algo en las plantas de las manos y de los pies se mueve. Movimiento constante. También en las arterias de la cabeza. Las cosas, las paredes y el piso parecen de gelatina, y cuando se quiere agarrar, se le acercan o alejan de repente. Cuando se acuesta a dormir, se le mueve la cama; y si se acuesta en el piso, se

mueve el piso. El 'síntoma' la despierta cuando se puede dormir". También su cuerpo es como de gelatina. Esto comenzó aproximadamente dos años antes de la primera consulta, cuando ella trabajaba cuidando a una paciente esquizofrénica, en el domicilio de esa señora. Dice sentir impulsos de agredir a otras personas, y haber pensado en el suicidio (un intento hace dos años con pastillas para dormir). Lleva siempre con ella una carta donde explica las razones por las que quiere matarse, por si algún día se mata. Dice que ya no aguanta lo que le pasa y que los médicos no le encuentran nada, no saben qué es lo que ella tiene. Interrumpo esta primera entrevista para hacer interconsulta con guardia, y desde entonces la paciente es tratada médicamente por un psiquiatra del Servicio de Psicopatología de este hospital, mientras continúa en psicoterapia conmigo.

A partir de este primer fragmento, quisiera destacar que, en todo el tratamiento fueron fundamentales el trabajo interdisciplinario y las supervisiones, aspectos ambos que hacen, para mí, a las singularidades del trabajo en el marco de una institución, en cuanto a la posibilidad de acceder a ellas en el momento en que aparece la urgencia.

Tomando fragmentos del discurso de la paciente y algunas maniobras que se pudieron ir realizando, se pueden delimitar tres momentos, no cronológicos ni independientes entre ellos. Mientras los desarrollo, voy a plantear algunos interrogantes, así como ciertas articulaciones teóricas posibles, que podrían ser retomadas al final para su discusión.

Primer Momento. Podría llamarse "momento de la duda diagnóstica". No se discute, por supuesto, la importancia y la necesidad de poder definir el diagnóstico en términos de la estructura, en tanto ello determina nuestro posicionamiento y el lugar de nuestras intervenciones y dirección de la cura. Sin embargo, en el discurso de C. era muy difícil establecer si se trataba de alucinaciones en tanto fenómenos elementales, o intentos de transmitir lo que sentía, "como si...".

Ejemplo:

C: - No puedo lavarme la cara, la pileta se me acerca y se me aleja de repente.

P: - Ud. ve que se acerca y se aleja...

C: - Por el mareo, como si se me viniese encima y después se alejara de vuelta... Las paredes del consultorio, ahora están sueltas... Es como si estuviera todo suelto.

En supervisiones e interconsultas tratábamos de establecer un diagnóstico diferencial, sin conseguirlo. Hasta que se hace evidente que, entre tanto, la paciente seguía hablando, pero yo ya no escuchaba, ya que estaba pendiente del diagnóstico. Se me plantea, entonces, una primera pregunta acerca del lugar del diagnóstico diferencial, y cómo evitar que se transforme en una interferencia.

La paciente, entre tanto, se hace escuchar: pone fecha límite al tratamiento: "si no me curo hasta esta fecha (supongamos el 10 de mayo), me mato. Ya compré el arma". Se manobra en conjunto con el psiquiatra: por mi lado, promesa de trabajar en función de la cura, pidiendo de su lado un poco más de paciencia, y se aumenta a dos las sesiones semanales (apostando a que, si se trataba de una paciente neurótica, esta promesa, sostenida por el sujeto supuesto saber, estaba destinada a caer. Esta estrategia se sostenía en la transferencia positiva, muy fuerte desde el primer momento. Era una intervención posible frente a la urgencia). Del lado del psiquiatra, se cambió el nombre comercial de la medicación, pero no la droga, diciendo a la paciente que había que esperar a ver qué efecto hacía el cambio. Llegada la fecha en cuestión, la paciente no hace ningún comentario. Pero aún así, la muerte tendrá siempre un lugar casi diría de privilegio en su discurso.

Antes de irse, la paciente siempre me pide que anote el día y la hora de la próxima entrevista, a pesar de mis insistentes aclaraciones acerca de que ése es su espacio.

Segundo Momento. Después de la supervisión citada arriba, empiezo a recortar el discurso de C. Entonces ella empezará y terminará siempre con una queja acerca de su malestar. Pero en el intermedio, empezará a contar su historia. Vive con su madre, de más de 60 años, y su hija de 23. Las relaciones entre las tres mujeres son muy malas, especialmente entre C. y su madre, y C. y su hija. Esta problemática, que sería muy extenso analizar, es determinante para la enfermedad de C.

A partir de una supervisión en la que estuvo presente también el psiquiatra, descubrimos que la paciente cuenta dos versiones de su historia: una al psiquiatra y otra a la analista, adoptando con el primero una actitud seductora y con la segunda una posición de víctima. La conducta que decidimos fue clarificar los campos: se le dijo a la paciente que era muy importante lo que le sucedía y por eso no debía descuidar las indicaciones de los médicos, a quienes debía relatar todo aquello relacionado con su enfermedad, porque de eso, yo no entendía nada. En el espacio que yo le ofrecía hablaríamos de su vida más allá de esto.

Una nueva amenaza: llama a mi casa para decirme que se siente muy mal, tanto que si tuviera el arma a mano se mataba. Pero en lugar de eso, me llama. Le digo que vaya a la guardia del hospital, donde estaba el psiquiatra esperándola. Voy yo también. Había faltado tanto a terapia como a la entrevista de control de medicación, por lo que estaba sin medicar. Esto, según el médico, causó la crisis. Rescato el llamado, que plantea una alternativa al suicidio.

En otra entrevista, le pregunto acerca del para qué del suicidio. Ella decía que, una vez que una persona muere, adquiere otro valor para los que quedan. Eso habría pasado con su hermano, que se suicidó de un disparo en 1991. Sin embargo, venía diciendo ahora que la hija le dijo que quiere que se muera, y que no le va a llevar ni una flor al cementerio. Tomo esto para preguntar, entonces, cuál es el sentido que ella le da ahora a su muerte. Se sorprende.

Tercer Momento. De las formaciones del inconsciente. En la próxima sesión C. dirá: "siempre sueño con la muerte", y me cuenta dos sueños, que empiezan a ser trabajados. Asocia. Recuerda escenas de felicidad con el padre. Recuerda, también, una experiencia vivida a los 9 años, que cree cercana a la sensación de la muerte: "si eso es la muerte, no me quiero morir más". A partir de entonces, siempre le tuvo miedo a la muerte. Recuerda además un violento ataque sufrido a los 26 años.

En esta entrevista C. se alegra cuando habla del padre, se angustia cuando recuerda las escenas en que sintió que se moría. La angustia y el temor, que siempre tiñeron su discurso, aparecen por primera vez, en el discurso, ligados a escenas que recuerda y que, por ende, puede reencontrar o perder. Dice: "a mí me quitaron todo lo bueno y me dejaron todo lo malo". Le señalo que tanto el ataque sufrido como las vivencias con su padre son, ambas, escenas del pasado, recuerdos, y que eso nadie se lo puede quitar. Se sorprende.

Nueva llamada: "¿Podemos cambiar el día de la sesión? (su día caía en feriado) Estoy mal porque se enfermó un amigo, está internado". Acepto. Trabajamos. Cuando se va, a punto de salir del consultorio, recuerda el ritual: "me tiene que anotar la próxima sesión. Bueno, me lo anota en el pasillo." Salimos. Le reitero que este es su espacio, como lo hice otras veces. Esta vez, no es necesario anotar en el papelito.

El trabajo con C. continuó por 2 años, plazo en el cual se avanza con relación a su conflictiva familiar. Constituye una pareja y comienza a trabajar nuevamente, siempre con personas añosas con enfermedades crónicas en etapa terminal.

Comentario

C. fue una de mis primeras pacientes, en el hospital y en la clínica. Implicó para mí muchos cuestionamientos, sobre todo acerca de mi posición como analista en este tratamiento que no se parecía demasiado a lo que había estudiado. C. me hablaba de dolores y mareos, de

tratamientos médicos, efectos adversos, etc. No había allí nada para interrogar, para poner en juego, ningún lapsus o al menos un chiste para poner a trabajar. C. no consultaba a un analista acerca de su malestar, sino que buscaba el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que la aquejaba. Sin olvidar que, si no lo encontraba, ya tenía decidida la salida.

En estas primeras entrevistas, se trataba de escuchar lo que a veces se tornaba insoportable, sosteniendo un espacio en el que el deseo estaba del lado del analista y no del sujeto, que se encontraba arrasado por el goce e imposibilitado de tomar la palabra. Espacio que no era otra cosa que un lugar en el otro en el cual C. pudiera alojarse. A partir de esto podemos situar ya una diferencia. Ante hechos similares a los que, en un primer momento, la empujaban a matarse, en este segundo momento encuentra otra alternativa: me llama.

En las entrevistas posteriores a este llamado, cuestiono el lugar que ella daba a su suicidio, como único modo de obtener un valor para sus seres queridos. Por un lado, en su familia solo se valoraba a los muertos (su padre, su hermano). Por el otro, en su propio relato estaba claro que esto no sucedería con ella. Y si sucedía, cómo iba ella a beneficiarse con esto. Entonces, matarse para que la valoren, qué sentido tenía? Esto ella nunca lo había pensado porque, cuando C. comienza a hablar de su complicada relación con su madre y su hija, lo que hace es una narración de una serie de acontecimientos, en la que ella aparece como víctima y espectadora. Las cosas le pasan, los demás deciden, ella padece. Interpreta un rol que le fue dado, y desde el cual no le está permitido cuestionar. Sólo le queda buscar salidas dentro del repertorio de lo conocido.

Con estos cuestionamientos, busco crear al menos la posibilidad de que el sujeto cuestione su propio relato y pueda comenzar a armar su propia versión de la historia. Así C. puede recuperar los recuerdos de los momentos gratos que compartió con su padre y percibir que no sólo los recuerdos feos le pertenecen. Puede recuperar intervalos de la cadena de hechos que no sabía perdidos. La muerte como valor aparecerá ahora en su elección de trabajo. Ella cuida enfermos terminales. En estrecha relación con la muerte. Pero ella es la que brinda cuidados al enfermo, la que lo sostiene, al enfermo y su familia, en este penoso transitar. Y no es la "depositaria de la basura" (frase que solía usar la paciente refiriéndose a sí misma) sino que encuentra alguna satisfacción en la tarea que eligió desarrollar.

Comentarios

(de *Entre el cuerpo y la escritura: un tratamiento posible* de María Eugenia Cora y *De la amenaza de suicidio al suicidio como llamado. Singularidad de la urgencia en la institución* de Mariela Garvich)

Oswaldo Delgado

En el *primer material* tenemos el problema del estatuto conceptual, y en términos de su valor diagnóstico, del fenómeno psicósomático y su relación respecto a la estructura del sujeto. Se trata de poner en juego en el material, de pensar, cuál es el valor del fenómeno psicósomático al menos en éste caso. Si es o no algo que viene al lugar de lo que entendemos como el cuarto que anuda, como punto de basta, como el Nombre del Padre como fue llamado primero por Lacan. Y ahí todo un debate en relación a esa cuestión.

En el [segundo material](#) tenemos un problema diagnóstico, hay todo un debate por parte de la analista respecto al problema diagnóstico, al inicio. Incluso planteando una cuestión muy importante, en cuanto ella planteaba que la cuestión diagnóstica estaba obturando la posibilidad de escucha. Y efectivamente aparece ahí un punto problemático para la orientación de si se trataba de una psicosis o si se trataba de una locura histérica.

En ambos casos está presente el problema del diagnóstico y en principio yo quiero hacer una mención a eso, ya que es un problema crucial para nosotros porque puede implicar dos desviaciones que podemos realizar: una desviación histórica por parte del analista es no ubicar ningún diagnóstico, porque un diagnóstico nombra algo de lo Universal, "la psicosis", "las neurosis". El diagnóstico como tal no habla de la singularidad, sino que refiere al trazado de cierto universal. Una desviación histórica sería no pensar ninguna cuestión diagnóstica para escuchar sólo la singularidad del caso, pero sin ubicar previamente nada que pueda orientarnos a nivel del diagnóstico. Esto puede llegar a ser sumamente peligroso porque podemos realizar una intervención apuntando a la división del sujeto y esto puede implicar el desencadenamiento de una psicosis.

La otra desviación es que efectivamente el diagnóstico sea presentado para uno mismo como algo coagulado, cristalizado, y que impida la escucha de la singularidad. Esta sería una desviación obsesiva del analista, una clasificación que impide la escucha en su singularidad.

Es en verdad un deber que tenemos, poder localizar las coordenadas fundamentales del diagnóstico diferencial en las primeras entrevistas. Es algo que debemos hacer, que no podemos no hacer, es un deber ético. Poder diferenciar si se trata de una neurosis o una psicosis, en principio. Con esto alcanza. Pero "con esto alcanza" quiere decir que es algo que hay que hacer. Y efectivamente tenemos un articulador central para poder ubicar esto que es la escritura del A barrado, y cuál es la posición del sujeto respecto del A mayúscula barrado. Cuál es la posición del sujeto respecto a la castración en el Otro. Tenemos tres tipos de respuestas: mediante la represión, la forclusión o la desmentida. Lo que debemos hacer es localizar cuál es la respuesta del sujeto respecto a la barradura en el Otro. Podemos decir que con esto alcanza para que no quede cristalizado el sentido y obturar la escucha. Pero esto tenemos que realizarlo, tenemos que pasar el tamiz, esa suerte de grilla lacaniana de poder ubicar el A barrado y ubicar cuál es la posición del sujeto, para poder ubicar si estamos ante la presencia o no de fenómenos elementales.

Es lo que efectivamente hace Mariela con algunas preguntas para tratar de ubicar si lo que la paciente relataba como ciertas cuestiones ligadas a la dimensión del campo visual, si había ahí presencia o no de fenómenos elementales. Esto es lo que ella interroga y en la medida en que va interrogando hay una ausencia de fenómenos elementales, sí hay cierta distorsión de las percepciones pero donde la sujeto no ubica ninguna certeza respecto a esto sino que directamente lo ubica respecto a lo que ella llama "el mareo". Y a su vez es una paciente que ha estado cuidando a un paciente esquizofrénico. Esto es un elemento fundamental a tomar en cuenta en la histeria, la alta sensibilidad al contagio histórico, los modos de identificación, una histórica que está conviviendo con un psicótico a la semana funciona como una psicótica.

La identificación histórica lleva a esos extremos, y efectivamente nos podemos encontrar con la paciente presentando toda una suerte de elementos que fenoménicamente podrían pertenecer al campo de la psicosis y ser una histórica absolutamente identificada a un esquizofrénico

(fin de la cinta)

Respecto a la amenaza del intento de suicidio, es otro elemento fundamental a tener en cuenta. Hay un trabajo muy bueno de Serge Cottet, en la Ornicar nº 1 en castellano, que se va a referir a la cuestión de la depresión, para desmontar eso, y él va a ubicar en ese texto una diferencia muy importante a situar: si en lo que puede aparecer como intento de suicidio existe o no una demanda al Otro. Y es importante porque en algunos casos existe la demanda al Otro y el intento como tal es un modo de demanda al Otro, y en otros casos es sin ninguna demanda al Otro. Entonces nos podemos encontrar con intentos de suicidio que fracasan, pero no porque el intento de suicidio haya sido una demanda al Otro. Así como nos podemos encontrar con suicidios realizados como un modo extremo de demanda al Otro también. Y existen formas de intento de suicidio ya sin ninguna demanda al Otro, que fracasan por ese mecanismo que Freud describe en 'Psicopatología de la vida cotidiana' que es "actos de término erróneo". Hay en una película fantástica, "Delicatessen", donde hay un tipo que se quiere suicidar y siempre fracasa. Y verdaderamente se quiere suicidar y no le sale. Tenemos la referencia criolla que es "ni el tiro del final te va a salir". Pero es una cuestión que siempre

debemos considerar seriamente. Siempre. Y digo más, en este caso se trata claramente de una histeria con un cierto fenómeno de enloquecimiento, pero siempre debemos considerar como algo de crucial importancia, ante un intento de suicidio el analista no puede producir un efecto de rechazo de esto, sino poder alojar lo que ahí se pueda articular como demanda, y si no la hay producir los modos de que eso se articule como demanda al Otro, como llamado al Otro, hacer de eso un modo de sintomatización del intento de suicidio. Ahí operamos respecto a la posibilidad de emergencia del pasaje al acto.

¿Por qué? ¿Qué es lo que abrimos? Lo que abrimos con nuestra operación son las condiciones del tiempo lógico, de Lacan. Y en los tiempos lógicos de Lacan, entre el instante de ver y el tiempo para concluir está el tiempo para comprender. Y el tiempo para comprender para nosotros es la apertura de la realidad psíquica, el trabajo del Inconsciente. Y una vez que producimos esto evitamos la dimensión del pasaje al acto, en la medida en que el pasaje al acto es un rechazo del Inconsciente, es un rechazo del tiempo para comprender, y es un momento de concluir sin tiempo para comprender. Entonces la apertura por parte de nuestra operación, como la realiza ella, como va con las sesiones, la cuestión con el psiquiatra, la dimensión de la esperanza, etc. etc. estas maniobras que va realizando la analista van introduciendo las coordenadas posibles de que se ponga en marcha la otra escena, como diría Freud, y en términos de Lacan ponemos en juego las condiciones del tiempo lógico. Porque sólo con el tiempo para comprender es que se abre la dimensión de la realidad psíquica. O sea una apertura del Inconsciente. Y en la medida en que hay una apertura del Inconsciente no hay rechazo de los pensamientos inconscientes, como diría Freud, y la precipitación del sujeto identificado al objeto *a* en un pasaje al acto. Restituimos la posición subjetiva.

En esta paciente se localiza muy bien el punto en relación a su estructura incluso referida a la cuestión de la muerte, como muy bien lo ha situado Mariela, y es que ella en principio deseaba morir y hay dos razones: una razón es a nivel del deseo, es "muriéndome paso a tener otro valor". Ya que los muertos tienen algo valioso, son agalmáticos para la familia, y además parece que son varones, el hermano y el padre. O sea que algo de esto está en juego, cierto agalma fálico, a ella se le pone en juego con la cuestión de morir, pero en este circuito de locura de a tres mujeres, que parece "La casa de Bernarda Alba". En ese punto vemos que la analista hace una intervención muy buena ya que ella comenta que si ella se muere la hija le dijo "no te voy a llevar ni una flor". ¿Entonces para qué se va a matar si efectivamente era para eso?. Vemos la histeria, vemos la posición del deseo histórico como realizar un acto para el otro y para hallar un lugar en el Otro. Esto a un nivel del plano del deseo.

Pero hay otro plano en la paciente, que es el plano de su posición respecto al goce. O sea que respecto al deseo vemos claramente el deseo histórico, funcionando con cierto fenómeno de enloquecimiento. Si hay tiempo les quiero leer un par de párrafos del texto de Maleval, "Locuras histéricas y psicosis disociativas", se trata efectivamente de esto. Ese texto es muy bueno, tiene el problema de que su elaboración llega hasta el Seminario X de Lacan, el Seminario de la angustia. Pero ahora ha salido un nuevo libro de Maleval que les recomiendo, que se llama "La forclusión del nombre del padre". Podemos decir que es la segunda parte del texto "Locuras histéricas y psicosis disociativas". Donde él toma una cuestión que no toma en el texto que conocemos hasta la fecha, respecto a la locura histérica sólo la toma en términos del Seminario de la angustia, en términos de que la locura histérica es una respuesta a "falta la falta", como un modo de la angustia, y no está ubicado todavía ahí cómo en la locura histérica en verdad lo que hay es la forclusión de un significante. Hay forclusión de un significante, que no es el significante del nombre del padre, pero hay una forclusión significativa que se presenta bajo los modos del enloquecimiento.

Entonces la operación del analista es permitir que el significante forcluido retorne a la cadena y se sintomatice, por lo tanto que retorne ya no desde lo Real sino desde lo reprimido. Esto es algo que encontramos muy tempranamente en la enseñanza de Lacan, en el texto "Una cuestión preliminar..." Ustedes se van a encontrar con que él va a hablar tanto de la forclusión del Nombre del Padre como de la forclusión del falo. Y es algo que encontramos pertinentemente en las locuras histéricas. Es muy importante poder tener esa precisión porque no sólo es una cuestión de identificación en la histeria sino que podemos encontrarnos, en los enloquecimientos histéricos, que hay una forclusión. Pero es importante poder establecer de

qué forclusión se trata para no tomar a la histérica como psicótica, ni a la inversa creer que se trata de una histeria y es una psicosis.

Respecto del caso que plantea Mariela yo les decía que la cuestión de la muerte tiene un estatuto a nivel del deseo, pero tiene otro estatuto a nivel del goce. Y uno puede tener en cuenta que a nivel de la posición fantasmática del sujeto, hay un fantasma melancólico. No una melancolía, sino a nivel de la posición en el fantasma, un fantasma melancólico porque está sujeto como buena histérica se dedica a cuidar enfermos, pero se dedica a cuidar enfermos terminales. La muerte está todo el tiempo ahí en juego. Pareciera que justamente el dedicarse a tratar a enfermos terminales es un modo de auto tratamiento de sus condiciones de goce fantasmático a nivel de un fantasma melancólico. En vez de quedar ella en estado terminal, ser ella la que cuida a enfermos terminales. Entonces me parece que ahí es importante, en la continuación del trabajo, poder localizar cuáles son las condiciones de goce, respecto a la cuestión de la muerte, etc. Se anudan el deseo histérico como valor agalmático, la muerte, pero a su vez ahí hay una condición de goce que quizás, no puedo bajo ningún punto de vista tener la pretensión o la petulancia de decir que se trata efectivamente de un fantasma, me da la impresión por lo que he leído y el modo de solución del sujeto donde se restablece al mismo tiempo como auto tratamiento cuando ella está históricamente cuidando de enfermos, pero en su condición se goce, enfermos terminales. Están siempre ahí a punto de instituirse como un desecho.

Vamos a ir tomando el otro material, el de María Eugenia. Es un texto realmente notable, el trabajo de María Eugenia. Ella ubica centralmente el problema del fenómeno psicósomático y localiza perfectamente el punto de cuándo hay una actividad mayor del fenómeno psicósomático, y es cuando se acerca a la casa de los padres, y fundamentalmente pareciera que se refiere a la madre, que cuando hay una cercanía con la madre hay como un volcán en actividad, hay una actividad mayor del fenómeno psicósomático. Podríamos decir que es un ejemplo nítido de cómo el fenómeno psicósomático puede venir a un lugar de estabilización. Digo estabilización y no digo otra cosa más que estabilización por lo siguiente: porque vemos efectivamente que ante la irrupción del goce del Otro el fenómeno psicósomático es una respuesta estabilizante que intenta anudar pero es una respuesta estabilizante, es decir que el fenómeno psicósomático no tiene la eficacia de lograr un anudamiento en el mismo punto en donde se produce el desanudamiento. Anuda o intenta anudar en otro lugar, porque si alcanzara con el fenómeno psicósomático, el sujeto no tendría toda esa serie de trastornos y toda esa necesidad de una suerte de "práctica obsesiva de la escritura". Y esto es porque efectivamente no alcanza, y ya que hay un momento donde se produce un giro en el trabajo que realiza María Eugenia, cuando empieza a poner en juego la cuestión respecto a Dios y la Biblia porque el paciente localiza muy bien el momento del desencadenamiento, dice que es cuando se quiso acercar a Dios. Cuando se quiso acercar a Dios dice: "me explica que hace unos años empezó todo a partir de la iniciativa que tomó de conocer a Dios, desde ese momento anota, tiene que anotar todo para no olvidarse". O sea que en ese momento, no es que no fuera una psicosis, efectivamente había una psicosis estabilizada gracias al fenómeno psicósomático, es en ese momento hace unos años, porque el fenómeno psicósomático es anterior a eso, el fenómeno psicósomático ya venía a estabilizar la estructura, pero es hace unos años cuando aparece una iniciativa de conocer a Dios. Sabemos que la iniciativa en el caso de la psicosis no es del sujeto sino del Otro. Por lo tanto la iniciativa de conocer a Dios es una respuesta del sujeto a la iniciativa del Otro. Es una respuesta a la iniciativa del goce del Otro y el sujeto responde tratando ya de hacer un tratamiento, un intento de tratamiento delirante de esa iniciativa del Otro bajo la forma de la religión.

Tenemos primero la estabilización a nivel del fenómeno psicósomático, que no alcanza porque hay una irrupción de la iniciativa del Otro, la respuesta primera del sujeto es ir a conocer a Dios, pero el ir a conocer a Dios ya es una respuesta, ya es un tratamiento, un auto tratamiento por parte del sujeto de la intrusión del Otro y efectivamente el conocer a Dios tampoco alcanza. ¿Por qué no alcanza? Porque este es un sujeto que se dedica a anotar todo, que son intentos, que parecieran los intentos yoicos del obsesivo para controlar las irrupciones de goce. No se trata de una neurosis obsesiva, por eso tiene ese matiz bizarro el anotar. Los obsesivos pueden fenoménicamente parecer tan locos como este sujeto, pero como los obsesivos tienen una relación muy importante con la imagen, la compostura de la imagen, y están todo el tiempo tratando de sostener una imagen completa porque creen que es lo que le falta al otro y con la

imagen pueden completar al Otro, no tiene estas características, lo ocultan, especialmente detrás del traje, la corbata y el buen peinado... Y efectivamente no alcanza la cuestión de Dios y aparecen estos elementos sintomáticos en el campo de la psicosis, para hacer un tratamiento de la irrupción de goce.

En el punto "Conducir hacia un nuevo trabajo. Apertura a otros temas" dice que a partir de los dieciocho años no contó más los años, cuando terminó quinto año... es interesante porque vamos localizando los diferentes momentos de desencadenamiento, uno tiene la idea de que el desencadenamiento es de una vez y para siempre, y en verdad uno puede ubicar a lo largo de la historia de un paciente psicótico los pequeños momentos de desencadenamiento que a veces pasan desapercibidos para el otro, tres semanas encerrado en la pieza, acostado, o ciertos momentos de una experiencia inefable, absolutamente contingente, que queda ahí para el sujeto y nadie los registra, y son desencadenamientos. Aquí él dice lo siguiente:

"Ya estaba con el tema de Dios, e hizo el siguiente razonamiento: "Dios es amor, canta el apóstol Juan", y en un viaje se acordó de eso. "Un día algo me dijo que tenía que proteger a los chicos, no sé por qué me lo creía, estaba como atento, estaba acelerado mentalmente."

Esto es interesante porque el razonamiento "Dios es amor, canta el apóstol Juan" es una experiencia inefable. Porque ¿eso qué es? Es eso. Es una experiencia inefable. No se desliza, no se metaforiza, no se desplaza, ni siquiera hay significado delirante de eso. "Un día algo me dijo que tenía que proteger a los chicos, no sé por qué me lo creía". Fíjense que cuando algo le dice a él que tiene que proteger a los chicos estaban dadas las condiciones para que con esto él pudiera armar un delirio sistematizado, en el campo de la paranoia. Podríamos decir es como un primer paso en donde si se tratara de una psicosis paranoica tendríamos los elementos como para que el sujeto pudiera armar un delirio sistematizado, con él como un nuevo salvador, y hacer de esa construcción delirante la misión en su existencia y efectivamente con eso ya no iba a necesitar ni de la escritura, ni de las anotaciones, y hubiera alcanzado para armar un delirio sistematizado como un tratamiento simbólico de lo Real.

Porque sabemos que ante la irrupción real de goce en la psicosis hay tres tipos de tratamiento: el simbólico, es el delirio; el imaginario que se juega en las realizaciones plásticas, artísticas, y el tratamiento real en lo real que es con las amputaciones. Ya sea la oreja de Van Gogh, o sean las amputaciones peneanas de los transexuales. Ahí hay un debate muy importante. Vemos cómo eso fracasa porque él dice "no sé por qué me lo creía". Parece la frase de un neurótico pero se trata de un paciente psicótico, quiere decir que su estructura psicótica no es paranoica, porque si fuera una estructura psicótica paranoica, con eso no sólo hubiera creído sino que hubiera tenido certeza. Bueno, no hay certeza y lo que hay son trastornos corporales.

Entonces nos encontramos con que hay retorno de goce al cuerpo bajo el modo de la estabilización del fenómeno psicósomático pero también los otros modos de retorno de goce al cuerpo bajo las modalidades de temblores, etc. en un sujeto que no alcanza a producir un delirio sistematizado y alojar el goce en el Otro como perseguidor, no tenemos una paranoia, tenemos un sujeto con un problema de constitución del semejante, por eso se pone en espejo, está todavía en el transitivismo, es un problema a nivel de la institución del semejante, del otro con minúscula a nivel de la estructura, y por eso para buscar trabajo copia el curriculum del primo. Entonces nos encontramos, parece ser, con una psicosis esquizofrénica. Una psicosis esquizofrénica estabilizada en principio por el fenómeno psicósomático, y el trabajo que él empieza a realizar con María Eugenia, fundamentalmente a partir de la cuestión religiosa y todo lo que empieza a aparecer en relación a eso.

Un comentario entre paréntesis de lo que les decía en relación a los transexuales, porque tenemos que pensar ciertas cuestiones. Ustedes saben que Lacan se ha referido a que en el caso del transexualismo nos encontramos con el campo de la psicosis y los transexuales serían todos psicóticos estabilizados mediante la amputación real, como una castración real, y que esto estabiliza el empuje a la mujer. Ellos se presentan diciendo "ahora soy mujer" como si se pudiera lograr, como si hubiera una identidad "mujer, pero en realidad ellos llaman "mujer" a lo que es "madre", se estabilizan en tanto madres. Y con la misma formulación Lacan va a pensar el transexualismo en el campo de la perversión. El transexual opera con la sorpresa para dividir

al otro, donde el otro piensa que se va a encontrar ahí con una falta y se encuentra con algo, y esto con lo que se encuentra divide al otro en la angustia. Pero me parece que habría que realizar un trabajo de cierta actualización de estas formulaciones tan radicales de Lacan a la altura de nuestra época, y las nuevas condiciones que la época como tal, llamada "de la inexistencia del Otro" o "de la decadencia de la imago paterna", cuáles son los modos de presentación de esto. Porque yo no podría asegurar bajo ningún punto de vista que todos los travestis son perversos. En principio porque mucha gente que concurre a los travestis no se lleva ninguna sorpresa, sabe de qué se trata, no está en juego el engaño. A su vez toda la cuestión de los temores en torno a la circulación de los travestis, no sé temores de qué porque es muy claro, si a un travesti uno no le paga, no le hace nada y en los transexuales habría que abrir la cuestión de si podemos establecer un Universal. En principio parecería que sí pero este es un punto muy complicado porque hay un empuje de la ciencia actual, articulada a la tecnología, que se presenta como que podría resolver el problema de identidad. Como si eso pudiera ser resuelto, como si se pudiera saber qué es una mujer, qué es un hombre. Porque no hay "identidad mujer" ni tampoco "identidad hombre", no existe eso. Hay identificaciones y posiciones respecto al goce. La ciencia articulada a la tecnología y a la ley de mercado se presenta como lo que podría dar identidad, entonces podemos encontrarnos con situaciones bastante desgraciadas de neuróticos, en la histeria es muy fácil que esto pueda ocurrir, ofreciéndose a ese Otro científico-tecnológico de la ley del mercado, ofrecer su cuerpo para lograr la identidad. Porque sabemos que las condiciones propias de la actualidad son condiciones que generan las posibilidades del rechazo del Inconsciente. Entonces tenemos rechazo del Inconsciente más la ciencia que se presenta como pudiendo dar respuesta a la cuestión de la identidad, no se necesita de un psicoanálisis para desplegar la pregunta sino que uno recurre a la ciencia que da una certidumbre, y se resuelve de ese modo. Y las consecuencias son terribles.

Queda claro que en el paciente de María Eugenia yo me inclino a pensar que se trata de una psicosis esquizofrénica, con retornos del goce al cuerpo, y los intentos del sujeto vía el fenómeno psicósomático, vía la escritura, vía la religión, como intentos de estabilizar su posición. Y finalmente María Eugenia dice "propongo pensar que el fenómeno psicósomático anudaría lo que, por ausencia del padre como cuarto en el marco de la clínica de los nudos, estaría desanudado". Se trata de una estabilización vía el fenómeno psicósomático, pero que tampoco es suficiente...

(fin de la cinta)

... entonces "entre el cuerpo y la escritura la instalación de un tratamiento posible". Probablemente el tratamiento posible venga articulado a la cuestión religiosa. Después de todo, disculpen si cometo alguna falta de respeto, vemos testigos de Jehová, etc., y diferentes sectas, incluso esa secta mayor llamada Iglesia Católica, que dan un alojamiento a la psicosis, y funcionan en la vida, lo digo con todo el respeto.

Hay un texto muy interesante de una mesa redonda sobre psicósomática que está publicado en el Volumen IV de Estudios sobre Psicósomática, que se llama "Hacia una clínica lacaniana del fenómeno psicósomático" que es una compilación realizada por Vera Gorali, es una mesa redonda en donde participan varios analistas y uno de ellos es un analista argentino muy querido, fallecido hace poco tiempo, que es Javier Aramburu, que dice lo siguiente: "En la histeria el cuerpo es para el Otro, uno se hace cuerpo para el otro pero para el otro del significante, para el otro paterno. Pero el cuerpo en el fenómeno psicósomático no es un cuerpo para el otro del significante, no es un cuerpo que se hace para el otro de significantes, entonces no me parece que se podría pensar al fenómeno psicósomático como una letra en tanto no hay este fenómeno de transposición." (El mecanismo de transposición freudiano que está en la carta 52) Entonces podríamos pensar que el fenómeno psicósomático, más que una hendidura es una sutura, pero una sutura sin simulacros porque hay una falla en la anamorfosis y en el mimetismo del espejo precisamente. Tenemos dos cosas para trabajar ahí. Tenemos el problema de la no-constitución del pequeño otro, del alter ego, el semejante, pero también tenemos la presencia de esto por el fenómeno psicósomático mismo, que a un nivel es una imaginización de lo simbólico, entonces como imaginización queda solo imaginario real, sin la posibilidad de que esto se pueda leer como síntoma.

"El fenómeno psicósomático aparece allí en donde se juega la relación entre cuerpo real y cuerpo imaginario, es decir entre lo Real y lo Imaginario. Hay un anudamiento entre estos dos que es una falla respecto del nudo borromeo. El tercero, lo simbólico, puede quedar libre o puede ser anudado, es decir otra falla con la suplencia. La suplencia lo que hace es anudar lo simbólico a esos otros dos, pero no modifica el hecho que estos dos estén anudados previamente. Hay fenómenos psicósomáticos cuya aparición desencadena una psicosis, hay fenómenos psicósomáticos en una psicosis que la estabilizan." Esto es muy importante a tener en cuenta porque podemos encontrar fenómenos psicósomáticos en una estructura psicótica pero también en una estructura neurótica. Entonces en una estructura neurótica también da cuenta de un punto forclusivo, pero ocupa un lugar distinto al que podría ocupar en una estructura psicótica donde puede ser un punto de basta eficaz para la estabilización de un sujeto de estructura psicótica, no precisamente en este caso porque no alcanza, pero sí en otros casos. Pero también lo podemos encontrar en una estructura neurótica en donde tenemos efectivamente todo el otro escenario, represión - retorno de lo reprimido, toda la dimensión sintomática, pero un punto donde encontramos los significantes coagulados, S1 y S2, que en la medida en que son significantes coagulados sin el vacío en el medio, efectivamente no hay representación del sujeto, porque esto es una cuestión fundamental, cuando ubicamos S1 - silencio- S2 ahí sí podemos localizar a un sujeto, representado entre los significantes. Pero si son dos significantes pegados, holofraseados, no hay representación del sujeto. Para que un sujeto se pueda representar tiene que haber, entre un significativo y otro, un espacio vacío. Para que haya melodía y armonía musical necesitamos que entre dos notas haya un silencio, si están el Do y el Re pegados no hay armonía sino ruido. En ese espacio vacío es donde se representa el sujeto, en el fenómeno psicósomático no hay representación del sujeto. Y lo podemos encontrar efectivamente en la estructura neurótica.

Coordinadora: Vamos a abrir el espacio a preguntas.

Participante: sobre el trabajo de María Eugenia hay un punto que me parece muy interesante porque permite abrir la pregunta acerca del lugar del analista en el trabajo con la psicosis. Y teniendo cuenta lo que planteabas, Osvaldo, sobre la estructura de este sujeto, me pregunto si lo que María Eugenia plantea como la presencia del analista restando no se puede pensar ahí de alguna manera como al analista ocupando el lugar de objeto que condensaría el goce.

Lic. María Eugenia Cora: sí, me parece que lo planteaba en esa línea, porque sino "presencia" funcionaría justamente al revés, y no se trata de agregar sino de permitir un menos en ese punto. Me parece que sí.

Lic. Osvaldo Delgado: Quería leerles algo. En principio les quería leer las referencias freudianas que anticipan los desarrollos de Lacan sobre el fenómeno psicósomático. Son todas del tomo III de Amorrortu, Pág. 58 y 59, 81 y 82, del texto "Las neuropsicosis de defensa"; Pág. 108 y 109, 113 y 114, del texto "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia"; Pág.125 del texto "A propósito de las críticas a las neurosis de angustia"; pág. 261, 262 y 263 de "La sexualidad en la etiología de las neurosis". Para trabajar locura histérica, además del texto de Maleval hay un texto de Freud, "Un caso de paranoia contrario a la teoría psicoanalítica", es un caso de locura histérica con un rasgo paranoide. Y la referencia fundamental para la proyección histérica es en el texto de Freud sobre Schreber, cuando habla del mecanismo paranoico se va a referir a dos modos de proyección: la proyección de la psicosis paranoica y la proyección oniroide muy propia en la histeria, donde es una modalidad del retorno de lo reprimido en forma proyectiva.

Y tomando ahora la pregunta de Paula Contreras efectivamente ahí el analista viene al lugar de objeto condensador de goce, porque el analista como objeto condensador de goce, gracias a esa posición, y la verdad que María Eugenia la realiza muy bien, hace que cada sesión sea un artificio de castración. No es que injertamos la castración, porque es imposible. Pero en la medida en que el analista funcione, tal como Paula Contreras lo ubicaba, como objeto condensador del goce, va a ser posible que cada sesión sea para el sujeto la creación de un artificio de castración. Es un NO a la irrupción de goce, y hace de punto de basta porque si uno quiere recorrer toda la obra de Freud y toda la obra de Lacan respecto a la cuestión del padre, lo puede hacer con una sola cosa: todo lo que Freud y Lacan dicen sobre la cuestión del padre

se resume en la palabra NO. Es NO al goce que fuera necesario que no lo sea, es un NO que puede aparecer bajo la forma de la prohibición paterna al Complejo de Edipo, bajo la Metáfora Paterna, va a aparecer de diferentes modos, pero todos los diferentes modos en realidad son un NO a la irrupción de goce. Un goce tiene que quedar siempre situado como imposible, es el NO que se relaciona con la necesidad de un goce que sea situado como imposible. Cuestión fundamental de nuestra época ya que tiene las características de que se hacen posibles goces que sería necesario que no lo fueran. Las masacres, la guerra por televisión, un muchacho palestino que lleno de bombas se mete en un restaurante en Israel y masacra a mujeres, ancianos, niños, hombres, no es un objetivo militar, y la respuesta de Israel que sepulta vivos a los pobladores palestinos, porque también esto hay que saberlo, hacen tumbas y los sepultan vivos. Esta es la práctica del ejército israelí.

Coordinadora: Les agradecemos a todos su presencia.

Sección: Temas Libres

Estatuto de las afecciones psicósomáticas en la infancia: fenómeno psicósomático, escritura y nombre propio

Judith Ben David

Voy a situar un caso clínico que me llevó a pensar en los niños con dificultades en la lecto-escritura, motivos éstos que son frecuentes en las consultas, y trataré de articular la relación de la escritura con las afecciones psicósomáticas y las particularidades que tienen estas en los niños. La serie sería: escritura, nombre propio, fenómeno psicósomático.

Antes de adentrarnos en el caso clínico, me gustaría abrir una pregunta: ¿qué es un niño?

Podemos decir que la crianza es el tiempo de la estructuración subjetiva del infans. Tiempo del Edipo, tiempo de un nuevo acto psíquico, un nuevo sujeto. Un niño es aquel en el que aún no hay síntoma, no está constituida esa versión del padre que llamamos síntoma. Efectivamente en los niños no hay ni relato, ni síntoma, así como tampoco hay memoria (amnesia infantil).

Ya Freud situaba las distintas etapas del desarrollo psicosexual como momentos cruciales del movimiento de la estructura ubicando la diacronía en el Edipo, él define la niñez como un tiempo lógico de la estructura y asimismo ubica en ella la lógica de la determinación del objeto, situando las etapas de desarrollo de la libido. Es gracias a la eficacia de las operaciones de la sexualidad infantil -que sostenidas en el nombre del padre- podemos ubicar el recorrido entre pulsión y escena fantasmática en la neurosis, cuya estructuración definitiva la ubicamos en la adolescencia.

Caso clínico.

La madre de Leandro llega a la consulta porque su hijo de 8 años no puede copiar la tarea en la clase, no escribe, no hace la tarea. Tiene una maestra particular 3 veces por semana, y más o menos con ella la hace, pero luego en la escuela no. También refiere que es asmático, que tiene accesos de asma, que a veces no lo puede controlar con nada, incluso es resistente a algunas medicaciones y que también le dijo la pediatra que eso era emocional, que consultara. El inicio de la afección la ubica en los primeros años del niño, pero que era mucho más leve que en la actualidad. El padre no podía presentarse a la consulta ya que no estaba en todo el día, trabajaba de sol a sol.

Dice la madre que cuando Leandro comenzó 1° grado ella comenzó a trabajar, cuestión que ubica como de importancia y que podría ser una de las causas por las cuales su hijo tiene problemas en la escuela. La familia está constituida por los padres y 5 hermanos, todos mayores que Leandro; incluso Leandro es tío. Cabe señalar que la preocupación de la mamá estaba centrada en las dificultades escolares del niño y no en los ataques de asma.

Decido hacer algunas entrevistas con el niño.-

El niño se presenta en la primera entrevista, se lo ve muy tranquilo, más bien quieto, se sienta y dice: en la escuela me molestan, me dicen "trollo?" quiere decir que pego, que molesto... y entonces no puedo hacer la tarea. Mi papá dice que en el campo hay duendes, que si sos malo y pegás.....yo les tengo miedo. Dibuja una figura, luego dice que es un duende, de 10 años

En otras entrevistas trae sus cuadernos y me percató de que efectivamente no correspondía a la escritura de un niño de esa edad, como así mismo el uso de los renglones. A partir de hacer una recorrida por sus cuadernos, dice que su padre le pega con látigos, que es malo, y me

pregunta si yo les pego a mis hijos. Luego refiere una escena: estábamos acostados en la cama, la agarré de la mano (una persona adulta). ¿? A que jugaban. No era un juego, estábamos, no hacíamos nada. Le dije a mi mamá que Ud. es buena.

A partir de los dibujos se le complica cuando le solicito que escriba los nombres de lo que dibuja, todo el tiempo aparece el control de la mirada, me dice: ¿está bien? ¿con qué letra va?. A lo que yo respondía: como vos sepas, sin responderle si estaba o no correcto. Me llamaba mucho la atención que él pronunciaba bien la palabra, pero luego al querer escribirla faltaban algunas letras: así por ejemplo: quería escribir conducta, y escribía "cocota", "coduta", "concoduta", y en otras ocasiones puede escribir algunas palabras igual que como las pronuncia. Tampoco puede escribir ni su nombre ni su apellido correctamente, vale decir con todas las letras.

En relación a los juegos que se le ofrecían, no se mostraba muy interesado, abro entonces el juego yo, "el juego de los correspondientes". Accede sin ningún problema para realizarlo, se muestra alegre, y dice: "qué fácil es, no?"

A continuación le solicito que elija alguna de las "parejas correspondidas" y haga una historia.

"loro-jaula": Había una vez... "un pajarito y vino el lobo y se lo comió. Después compraron otro y vino un chorro y se lo comió en el asador. Después vino la policía y mato al chorro..."

"llave- puerta": Había una vez.... "un bebe al que un malvado (le saca los ojos, lo corta y se lo come) lo mató, lo violó (¿): mató. ¿Conociste algún malvado? "si, en mi casa, por mi casa", si lo veo me meto adentro.

También en ese momento dice que tiene miedo de que lo muerdan los perros, porque no hace la tarea.

Le digo: cuantas historias tristes, puedes nombrar alguna cosa que te guste mucho? "Cuando mi mamá me da plata, y cuando mi papá no me pega".

Otros juegos se van armando, a las bolitas, (él me gana siempre, de verdad) con los dakis, con mucha dificultad inicial, no podía encastrar dos dakis (cosa que me llamaba mucho la atención), descubre el dominó: "nunca jugué a esto". Le expliqué la consigna y se le complicaba, no podía hacer series, le pongo sonidos al juego, armo distintas estrategias, pronuncio los números posibles para hacer la serie, 2-6 y sin embargo muchas veces no enganchaba.

Simultáneamente en la escuela estaba más tranquilo, con algunos vaivenes, pero en relación a la escritura y lectura la cosa no avanzaba mucho, lo mismo que los accesos asmáticos. Un día entra y dice: "me saqué un 10", le pregunto que sentía al sacarse esa nota, y dice: "nunca me saqué un 10, mi mamá me compró un regalo". La prueba había sido de matemática; a partir de esa prueba los juegos que incluían números se agilizan, los usa, los combina, juega con ellos, cosa que con las letras, no. Se incluye: "Sopa de números". También incluyo una variable en el análisis, el niño iba a pagar cada consulta. Comienza a contar los billetes, los acomoda, hace series, clasificaciones, y no bollitos como en algunas oportunidades.

Un día lo trae a la consulta un señor que yo no conocía, era su padre. Me comenta que lo echaron del trabajo, era albañil, que está desocupado, así que ahora va a poder traerlo él. Le digo si la semana que viene puede venir él para una entrevista. Accede.

Entrevista con el padre.

El padre tiene 47 años, es el 8° de 14 hermanos, de familia muy humilde, sus padres fallecieron, la madre en el 76 y su padre en 2001. Dice tener muchas dificultades para hablar con su hijo, que le pega, que él está acostumbrado así, que él también fue criado de esa forma, que tampoco tenía mucho tiempo para estar con los hijos, y que cuando lo ve se pone nervioso por el bochinche, porque él está cansado... Lo hago historizar respecto de su familia, sus

hermanos, y en un momento refiere otros apellidos diferentes al de él pero para hablar de sus hermanos, a lo cual yo le pregunto si son de distinto padre. Para mi sorpresa dice "no, lo que pasó es que cuando yo nací, escribieron mal mi apellido en el documento. Supongamos que el apellido en cuestión fuera Rodríguez, él está inscripto como "Nodriquez", le pregunto qué pasó que no lo arreglaron, dice: "quedó así, nomás".

Podríamos pensar que esta equivocación en la escritura del nombre propio, lo deja -al padre- fuera de la serie, incluso fuera del linaje, fuera de la herencia, hay algo del nombre del padre, que se inscribe con cierta diferencia, con cierta falla. Y fíjense que esto es solidario del síntoma del niño, donde no sólo no puede escribir su nombre propio, sino que además agrega que no se pueden escribir los malos (donde incluye allí a la figura del padre)

Asimismo al supervisar la función paterna, el padre dirige una pregunta a la analista, ¿cómo puedo ayudarlo?, dice "yo no sé casi escribir". Le digo que puede ocuparse de otras cosas, que no es sólo el tema de la lectura y la escritura lo que lo puede acercar y ayudar a su hijo. A partir de allí el padre comienza a tomar otra forma para Leandro, se comienza a preocupar por el bienestar de su hijo, fundamentalmente con él, con el cual tuvo más complicaciones para relacionarse, y con el que menos tiempo compartió. Se ocupó a tal punto que le construyó una cama para él sólo, ya que dormía con su hermano Luis de 16 años, los dos en la misma cama. El padre mismo construye la versión de que no correspondía que durmieran en la misma cama, lo mismo que comenzó a intervenir mucho más aun con respecto al lugar que para la madre tenía Leandro: "y es mi bebe". El padre en otra oportunidad dice que ahora se da cuenta que el chico estaba bajo las polleras de la madre, y que capaz por eso le costaba tanto aprender en el colegio, que lo ahoga, y el chico muchas veces no puede respirar. ¿? "Ah! No le contó la madre lo del asma?"

Cabe señalar que lo que se desprende del trabajo de las entrevistas con la madre, el niño aparece en el lugar del objeto del fantasma de la misma, taponando la angustia que para ella significaba el paso del tiempo, el ser abuela, la muerte, en fin la castración.

En otra ocasión la mamá de Leandro me comenta que lo iban a cambiar de turno en el colegio por sugerencia de la maestra, ya que a la tarde había menos chicos y le podían dedicar más tiempo. Cosa que efectivamente se produce y también produce cambios en la cotidianeidad de Leandro. Quiero aclarar que ese cambio aconteció luego del trabajo realizado con la maestra y con la escuela, y un informe de la analista.

Cuando comencé las entrevistas con el niño realmente tenía muchas dudas, por momentos quedaba ubicado como un débil mental, y era la pregunta insistente de la madre, incluso tenía "guardada" una posible interconsulta con un neurólogo, como así mismo pululaban en su discurso recurrentes escenas de excesos: violencia, escenas con adultos, frases adultas, excesos de ataques de tos, broncoespasmos, ahogos. Luego cuando comienzan a aparecer las fobias, se comienza a tejer alguna escena posible para que luego puedan virar a algún posible síntoma. Sabemos que la fobia, el significante fóbico, aparece como un significante comodín, está allí en el lugar donde la metáfora paterna no está muy bien instalada. También sabemos que las fobias son constitutivas del aparato psíquico, y que luego virarán a la constitución de un síntoma, vale decir se trata de la sintomatización de la fobia.

Es así que al final del tratamiento Leandro, no sólo puede comenzar a escribir algún texto, sino que también se da la posibilidad de formación de algún síntoma.

Los últimos juegos ya no eran de oposición y diferencia, buenos y malos, lindo y feo, sino que comenzó a narrar historias hechas con play móviles personas, grandes y chicos. Al intentar guardarlas en la caja, las ponía por un lado, y se le escapaban por el otro. Intervengo: ¿pensás que habrá alguna forma para que las cosas entren por un lado y no se escapen por el otro? "Sí, ¿tenés cinta scotch?" Aparece la posibilidad de enmarcar, de poner tope, de alguna sutura.

Revisando el material, el último dibujo de Leandro en el análisis fue algo que siempre era de su interés pero que por "H" o por "B" nunca era posible para él. Como se verá se trataba de letras, pero no sopa de letras, ya que no podían ponerse en juego.

En una ocasión comenta- casi al principio del análisis- que a él le gustaba mucho el *sega* y que tiene un primo que tiene uno, y que juega mucho con él cuando va de visita muy de vez en cuando. El tema con el *sega* era que siempre "le faltaba el centavo para el peso" para poder jugar. El *sega* fue tema de varias entrevistas, donde la analista se ubicaba en un punto de no saber nada acerca de ese juego, dándole la posibilidad de que él pudiera bordar la trama lúdica. Les decía, el último dibujo de Leandro fue el *Sega* con todos los botones, palancas, joystycks, signos, y un detalle abajo y a la derecha de la hoja: la posibilidad de escribir su nombre, su apellido y la fecha, como asimismo poder conseguir de distintos lugares el armado del *sega*, parte, por parte. (La patrona de la madre, le regala un *sega* viejo, pero que funcionaba, le faltaba los joystycks, se los consigue por otro lado -el primo-, incluso sacó de la basura unos cables con unas fichitas que le sirvieron para la conexión. Sería hacer de la nada, algo. La posibilidad de la invención.

En los niños la escritura comienza con el nombre propio, pero a condición de servirse de él para fragmentarlo en letras. Con esas letras se introducirán en la operatoria de la lectura, del descifrado, del cifrado. Se valdrán de ella algún día para dar cuenta de lo que les falta, si todo sale bien, si el nudo se teje bien. Lacan dice "el niño está hecho para tejer su nudo".

Lacan ubica entonces el valor de descifrado del Nombre Propio a partir de su materialidad fonemática: esa de decirse igual. Esto plantea la cuestión de la dimensión real del nombre propio, más allá de la dimensión imaginaria- esa que indicaría la matriz del ideal del Yo- presente en el deseo de aquel que nomina. Si se le ha dado cierto nombre al niño es porque ese nombre indicaría la matriz identificatoria dominante. Y eso de real anudado a lo simbólico del nombre, eso del trazo, de la marca que representa al sujeto como ausente, que le permite entonces introducirse en la dialéctica, separación-alienación. Es a partir de esa lectura del nombre como trazo en esa intersección entre el agujero de la cuerda real y la simbólica, que es posible producir ciertas lecturas, ciertas traducciones posibles a partir de la transposición, de esa materialidad que suena igual en todas las lenguas. Si suena igual en todas las lenguas es porque algo se le sustrae a la cuerda de lo simbólico, en el sentido de quedar por fuera de las oposiciones fonemáticas de cada lengua particular.

Lacan dice en "el *sinthome*": "la escritura viene de otra parte..."

Podemos pensar en un elemento uno, que iniciará la serie, la posibilidad de la combinatoria de letras, sustitución y desplazamiento. Estas letras son de la cosecha de la letra, letra que es soporte material de significante, o como dice en instancia de la letra: la letra como borde-litoral entre saber inconsciente y goce, vale decir entre simbólico y real.

Agrega en el seminario "La Identificación" que llama a ese trazo el palote, como figura del uno, distintivo, tanto más distintivo como que está borrado. Este trazo, marca original que en los tiempos constitutivos va escribiendo, soportando la mínima diferencia, ya que ningún otro será igual. La escritura se engendra en ese trazo y al mismo tiempo borra la marca original, se pierde.

Lacan llama a ese trazo el "trazo unario", trazo que no tiene que ver con las identificaciones narcisistas, sino que en ese trazo se constituyen los primeros núcleos del ideal del yo, y al mismo tiempo, ese trazo en tanto perdido, en tanto reprimido primordialmente, funciona como punto de *anzieh*, como punto de atracción a nuevas inscripciones, es lo que posibilitara el paso a la existencia inconsciente.

La primera manera del escribir del niño es trazo, luego serán trazos que salen de algo, de ese algo de la represión, y que es esencialmente figurativo, y se lo puede analogar al ideograma

Trabajando sobre la cuestión del Nombre Propio, es que Lacan ofrece su teoría peculiar sobre el origen de la escritura. Tomando el pasaje de la escritura ideográfica a la fonemática Lacan sostiene que este pasaje comporta un borramiento de ciertos trazos en la representación escrita que representaba el objeto, pasando entonces a quedar borrado cierto trazo que a partir de entonces pasaría a designar un fonema, no ya un objeto. Es decir que se pierde la cualidad de signo de la escritura ideográfica, y en ese borramiento de una parte se produce la conversión a cierto estatuto significante. Ese conjunto de trazos entrará en oposición a otros para poder significar algo, no podrá hacerlo más por sí mismo, como en la etapa anterior.

Agrega Lacan: "Todo ocurre como si los significantes de la escritura hubieran sido producidos en un principio como marcas distintivas... la escritura como material, como bagaje que espera allí ser fonetizada. Y es en la medida en que la escritura es vocalizada, que la escritura aprende a funcionar como escritura"..

Estos complicados procesos requieren de operaciones de desplazamiento y condensación, por lo que podemos decir que el escribir sólo es posible al precio de la metáfora, y podemos agregar que tanto la lectura como la escritura son el fruto de las operaciones de la sexualidad infantil, de la castración, de la eficacia del primer rodeo por la estructura.

El escribir inicial de un niño no es un texto propio, no es una novela propia, sino que es un texto producto de la alineación en el campo del otro. El escribir se apoya entonces en la metáfora y su anclaje definitorio se inscribe en la pubertad, tiempo este al que ya situamos como el producto del nudo que se fue tejiendo, y que ya define a la estructura. El segundo despertar sexual, al producirse un cambio en la posición del sujeto, también implica un cambio en la escritura, letra que pasa al texto del fantasma en la neurosis.

Podemos decir que la función de la letra –en el discurso- es pasar de una escritura a otra escritura.

Voy a comentarles a colación de estos temas de la escritura y la firma una conversación que tuve no hace mucho con mi hija Ludmila que tiene 8 años. A quien de paso le agradezco sus preguntas, ya que muchas veces son a partir de ellas que puedo pensar en las cuestiones de y con los niños, además de la clínica -que es otro asunto.

Mi hija me preguntaba si existen dos personas que firman igual, esta preocupación tenía que ver con que en el colegio habían estudiado la función del DNI. y del pasaporte. Cuestiones que hacen a la identidad de un sujeto. Entonces, cuando un niño nace se lo inscribe, tiene un DNI. Pero no hay aun ni foto, vale decir no hay imagen -como gestalt unificadora- , ni firma. Es más, dice: no firma aun. Es recién a partir de los ocho años, que se incluirá la imagen y el trazo. Como les dije mi hija tiene 8 años, entonces su preocupación estaba situada en dos cosas: primero si había dos firmas iguales, segundo que pasaba si ella cambiaba la letra, el trazo, desde su edad hasta la adultez. Fíjense que a los 16 se vuelve a cambiar el documento: una nueva imagen, un nuevo trazo y luego en la mayoría de edad. Entonces me encontré diciéndole a mi hija que la firma es un trazo que te sale como del alma, es como si el brazo se deja llevar a escribir esa marca. En esos días la veía que ensayaba una y otra vez alguna firma posible. Hojas y más hojas llenas con su firma, no sin pasar también por la alineación que implica intentar reproducir las marcas de otro, quiero decir, que frente a mi propia firma ella intentaba contornear una letra que no era de su cosecha, pero que implica el paso obligado para poder escribir la propia". Aunque quiera copiar tu firma, no me sale igual", me decía.

La particularidad que se puede ubicar en la niñez respecto del nombre propio es el lugar idéntico que ocupa en relación al ideal del yo, ya que el ideal del yo es un significante extraído del campo del deseo del Otro, que asegura un punto identificatorio, en el sentido de las identificaciones edípicas. Ese campo tiene que estar ordenado simbólicamente en términos de deseo, porque la ley que ordena el capricho materno es la ley del deseo.

Si pensamos que el nombre propio en la infancia es solidario del ideal del yo y cuando aquel no se monta en el ideal, no funciona del todo bien, se puede producir fragmentaciones en el cuerpo del niño, aparecen distintos síntomas, afecciones en el cuerpo como en este caso,

como también la dificultad de poder seriar, escribir, en tanto la metáfora no se deja llevar a escribir.

Para ir concluyendo, intentaré ubicar el estatuto del Fenómeno Psicósomático (FPS) en la niñez, y si se puede pensar con la misma lógica a la afección en los tiempos instituyentes y en la latencia.

Cabe señalar que en el niño de los tiempos instituyentes no han terminado aún de producirse las operaciones de constitución del sujeto, vale decir alineación y separación, con lo cual tampoco podemos pensar en la producción de un síntoma. El niño de los tiempos constitutivos no ha tramitado aún la pregunta por el deseo del otro, en tanto simbólico, sino que yace como *lalangue*, como lengua materna, sustentada en el orden imaginario. Entonces ante la falta de disposición de la estructura, ya que está en formación, el cuerpo pasa a primer plano. Es muy frecuente en los niños pequeños que aparezcan "falsos FPS", como único modo de responder frente a la angustia. Vale decir que aparece el cuerpo antes que una escena. Luego a medida que el niño va tejiendo su nudo, y transita la latencia, es usual que esos falsos FPS cedan sin ningún tipo de tratamiento ni médico, ni psicológico. Serían transitorios. En cambio, si las afecciones irrumpen luego de la latencia, vale decir en la segunda vuelta por la estructura, el FPS puede tener otro estatuto. ¿En qué sentido? En el sentido de que es en la latencia donde al haber habido la posibilidad de construcción de un escenario –fantasmático- puede irrumpir la posibilidad del despunte sintomático. Con lo cual el síntoma aparece como un modo de responder a la pregunta por el deseo del otro, a la castración del otro. Si aparece un FPS en este momento lógico del niño podemos atrevernos a decir que hubo alguna falla de tramitación vía significante. Con lo cual aparece una inscripción directamente en el cuerpo del niño, sin mediación. Fallas en las operaciones de constitución del sujeto.

Entonces a diferencia de Juanito que elabora su angustia vía el significante fobígeno, en los niños que presentan afecciones psicósomáticas la emergencia de la angustia se tramita a través del cuerpo: psoriasis, urticarias, eczemas, asma, enfermedades a repetición. Podemos decir que algo de la letra no es legible, no se puede leer. Sabemos que la función de lo escrito es para ser leído, y en el FPS no se puede leer ya que esa letra no se enlaza al inconsciente, no se enlaza al cuerpo libidinal, no hay una articulación entre cuerpo, libido y lenguaje. Lacan dice en la conferencia sobre el síntoma, que tuvo lugar en Ginebra en octubre del '75: "El cuerpo en el significante hace rasgo y rasgo que es un Uno" y sitúa aquí, retomando a Freud en su texto de la Identificación, al Einzer zug: rasgo unario. Y agrega que alrededor de este rasgo se sitúa toda la cuestión de lo escrito. Ubica una serie en relación a su teoría sobre el fenómeno psicósomático, el jeroglífico, la firma, el cuerpo como etiqueta que porta el nombre propio, el rasgo unario, la fijación específica de goce, la invención del inconsciente. Bien, varias cosas.

En un análisis, el niño a través del escenario lúdico jugará la posibilidad de dejar de estar atrapado como objeto del fantasma materno. Primer alivio para el niño, lo cual al mismo tiempo propicia la posibilidad de la construcción fantasmática, la emergencia del sujeto y la constitución del síntoma. Cabe la pregunta con respecto a que hacemos con el FPS. En principio podemos decir que no hacemos nada, nada especialmente. Se leerán retroactivamente cuales fueron las consecuencias de cada análisis en particular, y si el FPS fue tomando cuerpo o no.

En el caso presentado podemos decir que hubo un enmarcamiento de ese goce salvaje, desmedido, excesivo. Pero también creo que eso no hubiese sido posible si no se hubiese trabajado sobre el síntoma inicial "las dificultades en la lecto-escritura", con relación al nombre del padre, a la metáfora paterna y a la supervisión de la función paterna. Luego en la otra vuelta de la estructura -la adolescencia- se pondrá en el tapete nuevamente la estructura y allí se podrá constatar que suerte tuvo el fenómeno, en ese camino que va para un sujeto de la pregunta por el ¿qué quiere una madre? al viraje por el: ¿qué quiere una mujer?.

Se mira y no sé...

Betina Macagno

Lo asombroso del paciente en cuestión es que no culpa a la suerte de su desdicha, sino que se queja, pero de él mismo. Al asumir las decepciones, tanto laborales, amorosas, con respecto a su carrera universitaria inconclusa, no estaba ausente de su historia. Aún cuando no lograba circunscribir qué era lo que no funcionaba, localizaba en el término "destino" aquello que estamos acostumbrados a llamar un síntoma: algo que no solo hace sufrir sino que, además, insiste como si se tratara de un deseo enigmático venido de otra parte.

Este paciente llega al servicio demandando tratamiento psicológico al mismo tiempo que padecía una psoriasis que se fue agravando en el transcurso de los primeros 4 meses de tratamiento al punto de no ser posible reconocerlo salvo por los ojos.

Son varias las versiones que da acerca de la aparición de ésta enfermedad. Una de ellas es que la psoriasis surgió después de una decepción amorosa, luego de la cual él deseó tener dolor físico a cambio del que sentía anímicamente. Otra versión señala que nunca quiso mostrarse, no solamente en lo físico, sino en lo intelectual y en lo emocional.

El tratamiento psicológico sería, junto con el médico, fundamental para su curación, ya que si no tomaba la medicación para la psoriasis, aunque fuera placebo, se brotaba.

El tratamiento psicológico también sería necesario por sus dificultades para comunicarse con los demás, a lo que debía sumarse el temor a ser cuestionado en su modo de pensar y de hacer las cosas. La sensación de duda permanente le provocaba malestar.

Sabemos por Freud que, cuando la angustia se hace presente la duda es el mecanismo privilegiado con que el obsesivo reestablece su fe en el significativo. La duda instituye un orden que lo hace dueño de sus preguntas y de sus respuestas, allí donde lo simbólico se muestra desfalleciente cuando el Inconsciente pondría a la verdad fuera de su control, enfrentándolo a un Otro sin consistencia alguna. Ante ese horror, el obsesivo se concede el artificio de la duda. Es cierto que parece atormentado también por el infinito ir y venir entre preguntas alternativas que se hace y responde a sí mismo en un intento de dar consistencia a su pensamiento. Sin embargo, hay que decirlo, no hay tales preguntas. La respuesta está de antemano. De lo que se trata en este incesante ir y venir de preguntas y respuestas es del orden de la pura verificación fálica. Sólo se permite dudar alrededor de temas que esquivan la pregunta que no quiere formularse: ésta pasión oculta por la verdad del saber del Inconsciente. Exhibe así, un "yo pura conciencia", que lo mantiene a distancia de su división subjetiva. Paradójicamente, sin éstas dudas, fallaría su certeza, pues el significativo no alcanza a nombrar lo absoluto.

Retomo el caso. El paciente en cuestión se queja de no poder mostrar necesidades. Le da vergüenza ser distinto de los demás. También dice tener un conflicto con el verbo saber. Le agarra comezón cuando tiene que hablar con un profesional, aclarando que la comezón es en sentido figurado. "Es una cuestión psicológica y no física". Dice estar aferrado al saber y a las normas y que le cuesta horrores poder elegir. Por ejemplo, si tiene que elegir un sabor de yogurt entre varios yogures de la misma marca, se fija en el código de barras y elige el menor. Le pregunto por qué el menor y responde: "puede ser el menor, el mayor, puedo elegirlo por la fecha de vencimiento, etc., pero siempre tengo que poner una norma". Le digo que cuando uno decide qué norma va a utilizar para una elección, ya está eligiendo. Se descoloca. Me responde que no lo había pensado. Le corto la sesión.

Comienza la sesión siguiente diciendo que lo que realmente le preocupa es que necesita la aprobación constante por parte de su familia. Lo asocia con su padre al que describe como implacable. Recuerda que, cuando era chico, no solamente tenía que ser el mejor de la clase, sino destacarse entre los mejores de las otras clases. Cuando estaba en 4º grado, un día, faltó la maestra. A su grado lo repartieron entre los otros grados de la escuela y a él le tocó 7º grado, donde estaba su hermano. La maestra de 7º estaba dictando unos problemas de

matemática y él los copió. Los hizo bien y fue el primero en entregar. Su hermano le dijo que él estaba en condiciones intelectuales de cursar 1º año de la escuela secundaria. Actualmente, puede multiplicar un número de 6 cifras por otro de 3 mentalmente. No hay un día de su vida en el que no saque cuentas, sobre todo, de dividir, aunque no puede recibirse de contador público desde hace dos años, ya que cada vez que está a punto de dar las dos materias que le faltan, se brota. Sus hermanos tampoco pueden recibirse, uno de físico y la otra de psicóloga.

Respecto de su carrera agrega otro dato: su padre dice que es peor empezar una carrera y no terminarla que no haberla empezado nunca. Le pregunto si él está de acuerdo con esto y contesta que sí. Yo sigo: ¿Por qué? Me responde con frases contundentes, casi holofrases, nunca se le ocurrió cuestionarlas: "La capacitación lleva a la prosperidad y las normas a la felicidad". Le digo que la frase es lógicamente falsa ya que una de las proposiciones es falsa: no es cierto que las normas lleven a la felicidad. Las normas son solo los instrumentos que él utiliza cada vez que no puede elegir y se angustia.

Efectivamente, lo angustia saber de las normas objetivas que son las que el otro impone. Si algo no sale bien, se aísla del mundo, se cubre, se tapa. En éste aspecto, la enfermedad es funcional, pues lo obliga a quedarse en la cama aislado. Le corto la sesión. El tema central de esta neurosis es no poder elegir.

Son dos los enunciados con los que Freud presenta en "El Yo y el Ello" las órdenes insensatas e incumplibles con que el Superyó martiriza al Yo : - "Así como el padre debes ser" y "así como el padre no te está permitido ser". Una consideración rápida de estas exigencias contradictorias nos advierte que se trata, para quien padece la coerción del mandato, no de tener un padre, sino de serlo o no serlo. El Psicoanálisis en general se apoya en la idea de hacer de ese padre que se tiene una posición inconsciente que permita la posibilidad de ir por fuera de la atormentadora coerción de la presencia viva interior que es el Superyó. El acoso superyoico es potencial siempre que se cede en el deseo y, en este paciente, el mismo adquiere una virulencia inusitada.

En la sesión siguiente me dice que se va a casar con su novia, con la que convive desde hace 2 años. Le pregunto cuándo y me responde que el jueves. Era martes. Le pregunto cuándo lo decidió y me contesta que lo venía planeando desde hacía un mes. Le pregunto por qué no me lo comentó y me responde diciendo que no es algo que le pareciera importante. "Lo más importante es la psoriasis porque no puedo estar levantado mucho tiempo". "Me molesta mi piel, yo no me miro. Por ejemplo, cuando me baño, no me miro al espejo. Me baño con los ojos cerrados, me visto con los ojos cerrados".

Esto es, frente al deseo, coloca a la mirada del Otro. Mirada que lo juzga, Otro que lo juzga. Es el Otro, en tanto lugar donde está puesto el sadismo, quien decide frente al deseo. Pero ¿qué pasa si él elige? ¿qué demora no eligiendo? ¿la muerte? ¿la inmortalidad del padre, como decía Freud? Con las frases monolíticas que le vienen del Otro y que él no se atreve a cuestionar, elude la elección.

Le digo que creo que no me cuenta lo de su casamiento, porque las pocas veces que eligió en su vida, como en el caso de Lorena, (así se llamaba la protagonista del desengaño amoroso que lo llevó por primera vez al analista), perdió al objeto de su elección. Justamente por eso no despliega las cosas importantes de la vida en el Otro. El goce del que padece lo expone a la mirada del Otro que tiene que ver con lo intelectual y con el saber y, justamente, el que sabe es el Otro, no él.

La sesión siguiente tendrá lugar 15 días después. Al verlo me sorprende, pues no presenta casi rastros de psoriasis. Dice sentirse sorprendido por dos cosas: una es que no tomó la medicación y se mejoró notablemente. La otra es que se siente sorprendido porque no sabe qué pasó, pero en el trabajo dijo que no sabía algo y se sintió aliviado. Hasta aquí el recorte clínico. Se podría pensar, entonces, que tal vez, y sólo tal vez, el goce que le cubría todo el cuerpo pudo, al menos momentáneamente, articularse en otro fantasma.