



El Psicoanálisis Cura

El psicoanálisis cura y, en algunas ocasiones, permite prevenir enfermedades. Esto se realiza a través del acto de palabra evitando las actuaciones y racionalizaciones que se establecen en una relación imaginaria donde el análisis se transforma en interminable.

En sus primeros escritos Freud enunció que un análisis es interminable, lo que finaliza es un tratamiento.

En la actualidad el psicoanálisis tiene varios desafíos. Entre ellos, los desarrollos en psicofarmacología y los tratamientos que ofrecen la rapidez de una cura acorde con los tiempos que corren. Ambos hablan de un síntoma que puede ser modificado por una pastilla o alguna técnica específica. La particularidad de un tratamiento psicoanalítico es dar cuenta de un aparato psíquico sobredeterminado por el deseo inconsciente. En su singularidad, cada cura es única. La misma va a permitir tejer una trama simbólica en la medida que adecuemos el dispositivo a las posibilidades del paciente. Es que las sintomatologías actuales cuestionan el dispositivo clásico al aparecer demandas que requieren crear Nuevos Dispositivos Psicoanalíticos. Esto nos lleva a la complejidad que aparece en nuestra práctica.

(Continúa en P. 2) ▶▶

La pasión patológica por el juego

Enrique Carpintero

Las hiperkinéticas certezas del ser

Silvia Bleichmar

Jugando al solitario

César Hazaki

**Historias de psicoanalistas y
psicofármacos**

Alejandro Vainer

Diagnóstico Psicoanalítico: herramientas para la cura

Sergio Rodríguez

La sexualidad en los tiempos del Viagra

Alfredo Caeiro

Tomás: o cómo maldecir la exclusión

Juan Carlos Volnovich

Lo Innombrable: Psicosis y curación

Yago Franco

SUMARIO

Tratamientos mixtos. La pasión patológica por el juego.	2
Enrique Carpintero	
Las hiperkinéticas certezas del ser.	5
Silvia Bleichmar	
Jugando al solitario.	7
César Hazaki	
Historias de Psicoanalistas y psicofármacos.	8
Alejandro Vainer	
Diagnóstico Psicoanalítico: herramientas para la cura.	9
Sergio Rodríguez	
La sexualidad en los tiempos del Viagra.	11
Alfredo Caeiro	
Tomás: o cómo maldecir la exclusión.	13
Juan Carlos Volnovich	
Lo innombrable: psicosis y curación.	15
Yago Franco	

Año II Nº II - Invierno 1999

DIRECTOR

Enrique Carpintero

COORDINADOR GENERAL

Alejandro Vainer

COORDINADOR INSTITUCIONAL

César Hazaki

ASESORA AREA CORPORAL

Alicia Lipovetzky

ARTE Y DIAGRAMACION

Víctor Macri

CONSEJO DE REDACCION

Susana Toporosi

Héctor Freire

Leandro Dibarbouré

Alfredo Caeiro

Yago Franco

Nicolás Schuff (Corrección)

CONSEJO DE ASESORES

Fernando Ulloa

Miguel Vayo

Gilou García Reinoso

Juan Carlos Volnovich

Ricardo Estacolchic

Horacio González

Monika Arredondo

Alfredo Grande

Carlos Brück

Angel Rodríguez Kauth (San Luis)

Rasia Friedler (Corresponsal en Uruguay)

DISTRIBUCION

MOTORPSICO

EDITOR RESPONSABLE

TOPIA REVISTA:

Enrique Carpintero

César Hazaki/Alejandro Vainer

INFORMACION Y SUSCRIPCIONES

TEL: 4802-5434/4326-4611

FAX: (54-1) 4551-2250

Correo electrónico: topia@ba.net

INTERNET

Home Page: www.topia.com.ar

www.psiconet.com/topia

CORRESPONDENCIA

Juan María Gutiérrez 3809 3º A
(1425) Capital Federal

(Viene de tapa)

En este sentido rescatar la especificidad de la cura analítica no impide desconocer los avances en los desarrollos psicofarmacológicos; así como situaciones que determinan la necesidad de implementar técnicas específicas (familiares, de pareja, grupales, dramáticas, etc.) o el continente de un grupo de autoayuda. De esta manera la relación entre psicoanálisis y otros abordajes terapéuticos llevan a pensar en "tratamientos mixtos" donde es necesario dar cuenta de lo específico de un análisis. Por ejemplo, aclarar las posibilidades de una pastilla requiere trabajar sus efectos en la transferencia para poder establecer sus límites. Esta situación, paradójicamente, actualiza la importancia del tratamiento psicoanalítico donde el cuerpo orgánico depende de un cuerpo pulsional y este se manifiesta como un acto de palabra. Es decir, la palabra es pulsional. Es que, como he planteado en otro texto: "El síntoma requiere para en-

tenderlo teóricamente una tónica del aparato psíquico, una energética pulsional, una dinámica de los conflictos y una referencia histórica-genética. En éste se halla una red de significaciones y afectos que se insertan en una organización en la que se expresan fuerzas antagónicas: deseo y prohibición, pulsión y defensa. En el tratamiento van a encontrarse con resistencias que reeditan en la relación transferencial la fuerza que en otro tiempo actuó como represión. El simbolismo del cuerpo permite entender que el mismo no se da de una vez para siempre sino que se va construyendo con la realidad fantasmática del sujeto en su relación con el otro. De esta manera puede establecerse la hipótesis de que el cuerpo se define como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto. Por ello el cuerpo se dejará aprehender al transformar el espacio real en una extensión del espacio psíquico". En este sentido se puede decir, junto a Julia Kristeva,

que "tras su período lingüístico, el psicoanálisis de nuestros días, y sin duda el del futuro, vuelve a prestar atención a la pulsión, a causa de la herencia freudiana y bajo la presión de las neurociencias. En consecuencia, descifra la dramaturgia de las pulsiones más allá del significado del lenguaje tras el que se oculta el sentido pulsional. Los indicios de este sentido pulsional pueden ser translingüísticos. Tomemos, por ejemplo, la voz: sus intensidades, sus ritmos manifiestan a menudo el erotismo secreto del deprimido que ha cortado los lazos del lenguaje con el otro, pero que no obstante ha enterrado el afecto en el código oscuro de sus vocalizaciones, en las que el analista irá a buscar un deseo menos muerto de lo que parece".² Trataré de ejemplificar lo que estoy afirmando a través del relato de un paciente que se presenta como "jugador compulsivo". Su tratamiento se desarrolla al mismo tiempo que participa en un grupo de Jugadores Anónimos.

El jugador compulsivo

Este síntoma consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de azar que dominan la vida del sujeto llevándolo a una pasión patológica por el juego.³ Se debe distinguir diferentes tipos de jugador:

1°) Jugador ocasional: es el que juega ocasionalmente.

2°) Jugador episódico: juega durante un período determinado.

3°) Jugador habitual: juega con regularidad.

4°) Jugador profesional: es aquella persona para la cual el juego es su medio de vida.

5°) Jugador compulsivo: es el que juega compulsivamente y no lo puede controlar, dañando el funcionamiento de su vida personal, familiar, laboral y social.

Clásicamente hay varias fases en el jugador compulsivo:

1°) Fase de la ganancia: gana con frecuencia y alardea de sus ganancias.

2°) Fase de la pérdida: episodios prolongados de pérdidas que encubre con mentiras. En esta fase comienza a endeudarse.

3°) Fase de desesperación: aumenta el tiempo que le dedica al juego. De esta manera se endeuda aún más hasta llegar a delinquir para conseguir más dinero.

4°) Crisis: derrumbamiento emocional en el cual entra en crisis su relación consigo mismo, las relaciones familiares, laborales y sociales.

Los primeros esfuerzos de explicar las características del jugador compulsivo se deben al psicoanálisis. Freud describió el significado inconsciente del jugador compulsivo asociándolo a los múltiples esfuerzos por superar el problema y la búsqueda de autocastigo, con la compulsión a la masturbación, la lucha contra ella y los sentimientos de culpa que produce.⁴

Uno de los rasgos del jugador compulsivo es que *juega para perder*. Tiene un deseo inconsciente de perder y esto constituye la necesidad de autocastigo. Si gana va a seguir apostando hasta perder todo. No tiene límites. Compulsivamente realiza una fantasía omnipotente narcisista donde no tiene límites. Estos deben ser impuestos desde afuera. Dicha fantasía deviene de una relación conflictiva con

TRATAMIENTOS MIXTOS

La Pasión Patológica por el Juego

Enrique Carpintero



la figura paterna. El jugador compulsivo siente una gran compasión por sí mismo debido a una carencia de amor paterno que provocó fuertes sentimientos de privación. La función materna, en general, va a estar sostenida por una madre sobreprotectora. El niño queda fijado en fantasías omnipotentes donde todo lo puede, incluso negar al padre y creerse el único para la madre. Esto trae aparejado profundos sentimientos de culpa cuyo resultado es la necesidad de castigo y la búsqueda de que el afuera le imponga un límite a través del perder, el fracaso, el encierro y, en última instancia, la muerte. Este sentimiento de omnipotencia lo manifiesta en las relaciones familiares y sociales. La omnipotencia tiene sus consecuencias en la impotencia. Pretender hacer todo es sinónimo de no hacer nada. Esto lo lleva a sentirse un ser inferior y minusválido que disfruta con manifestaciones de prepotencia, vanidad y soberbia.

Si resumimos lo anterior podemos decir que el juego le permite la fantasía de acceder a sensaciones maravillosas y siniestras que constituyen el fin idealizado de sus pulsiones sexuales. Por ello es frecuente una disminución y, en algunas circunstancias, una interrupción de su libido sexual. Por otro lado el deterioro psíquico y social es el germen del castigo por el sentimiento de culpa que constituye el fin de las pulsiones de muerte.

Ahora bien ¿por qué el juego se transforma en una vía para su autodestrucción? Por un lado hay factores personales y familiares que son determinantes. Por ejemplo, algún miembro importante de la familia fue o es un jugador. Esto se constituye en una marca

identificatoria que se transforma en una vía para sus fantasías omnipotentes. El otro factor es el cultural. Hoy el juego es una práctica social generalizada en esta economía de mercado. No me refiero solamente a la proliferación de casinos, lotos, bingos, quini, etc. Vivimos en una sociedad donde el valor del trabajo no existe. Todo el mundo sabe que no se puede tener plata trabajando -si se tiene la suerte de conseguir trabajo-, el dinero se consigue realizando negocios. Estos, más que una actividad comercial, se han transformado en una apuesta a la suerte de invertir en el momento justo o en un negociado que implica una estafa. Estos valores sociales predominantes llevaron a que el ciudadano se convirtiera en un consumidor. Su resultado es el aumento de personas que padecen esta sintomatología.

En el tratamiento del jugador compulsivo es importante que deje de jugar. Pero esta necesidad no es suficiente si no modifica su estructura de personalidad. La tarea de un grupo de autoayuda como Jugadores Anónimos permitirá trabajar sobre lo real: dejar de jugar y pagar las deudas.⁵ Un tratamiento psicoanalítico le permitirá encontrarse con su historia donde este síntoma lo constituye como sujeto.

Una historia clínica

Relataré algunos fragmentos de las primeras entrevistas de Roberto. Cuando comienza a hablar se presenta diciendo: "Soy jugador compulsivo. Juego desde los 17 años. En este momento participo de las reuniones de JA". Manifiesta que su padre siempre estuvo ausente ya que trabajaba todo el día y, a la noche, se reunía con sus

amigos en el bar para jugar y salir con mujeres. De esta manera "crecí en el juego por parte de mi viejo. Es como si me sintiera orgulloso de ser jugador... En este momento estoy agobiado por las deudas. Fundé dos negocios y estoy en la ruina. Juego hasta lo último, freno cuando no tengo más plata. No he perdido, en lo más mínimo, la compulsión a jugar, si tuviera plata la jugaría".

Tiene dos hermanos mayores. Está casado hace 12 años y tiene dos hijos varones de 6 y 11 años. De su madre dice que es una buena mujer que siempre lo protegía. Se peleaba con su padre por la vida que llevaba, aunque nunca se animó a separarse. "Defraudé a mi vieja. Era el hijo preferido, tenía una sensibilidad especial. Ella había depositado muchas esperanzas conmigo. Yo la defraudé porque cuando me casé le robé plata para poder terminar mi casa. Esto fue hace 11 años y ella nunca me perdonó. En cambio mi viejo nunca me pasó factura. Este hecho nunca se lo conté a mi esposa. Es que ella es como mi madre: muy permisiva. Por suerte ha cambiado, ahora quiere que deje de jugar o nos separamos... Otra persona que defraudé fue a mi padrino. El quería que estudiara ingeniería porque tenía una empresa de construcciones. La empresa lo terminó matando porque se endeudaba jugando a los caballos..." Comenta que tiene una sintomatología obsesiva y que esta se manifiesta a través de rituales que realiza con toallas, cuchillos, camisas, etc. "Desarmo cosas y luego no las vuelvo a armar. Tengo infinidad de cosas desarmadas en mi casa. Nunca terminé nada... Cuando tengo obsesiones las anoto en

VISITE TOPIA EN INTERNET FORO DE DISCUSION

HOME PAGE:
www.topia.com.ar
www.psiconet.com.topia

SUSCRIPCION CON TARJETAS DE CREDITO

un papel y me libero de las dudas que me provocan. De esta manera me quedo tranquilo. Con las obsesiones me voy enrollando en una telaraña de mentiras que me llevaron a defraudar a muchos amigos. Me siento una mierda, no soy bueno: convenzo a la gente que soy un buen tipo y después los cago... La relación con mi esposa fue siempre superficial. En este momento es un desastre. Al principio fue muy piola pero luego fue desbarrancándose. Cuando nos casamos ella vendió su departamento para construir nuestra casa, parte de ese dinero lo jugué. Tuve que sacar un crédito que también lo jugué. Para que ella no se enterara le

Queremos informarte que:



es una cooperativa de Trabajo en Salud Mental

Actualmente tiene catorce (14) socios: médicos psiquiatras, psicólogos y otros profesionales que se desempeñan en todas las especialidades de la salud mental.

Pertenece a la Asociación de Cooperativas de Trabajo de la República Argentina (ACTRA), al Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos y al Foro de Instituciones en Salud Mental que nuclea asociaciones científicas y organizaciones asistenciales de primer nivel.

Dentro de las condiciones históricas económicas y sociales en que nos toca vivir, **ATICO** intenta mantener una calidad del servicio en lo que históricamente el cooperativismo ha denominado: justo precio. Etica que tiene indudables efectos positivos en la asistencia que venimos practicando desde hace más de doce (12) años.

ATICO: lugar alto y soleado -en segunda acepción del Larousse, es el ámbito que hemos creado para usted con la idea de que la salud es el bien máspreciado siempre y cuando se esté dispuesto a trabajar por ella.

Lic. Héctor Becerra

Secretario

Dr. Alfredo Grande

Presidente

Teodoro García 2570 / 74 / 78 y Ciudad de la Paz - (1426) Capital Federal - Telefax: 4553-3800 / 0683

e-mail: atico@impsat.com.ar

afané a mi vieja... Sexualmente la relación es una cagada. Cuando no se me para, acabo rápido. Tengo eyaculación precoz. No evolucioné en el sexo, soy medio bobalicon, medio lenteja... La plata en la casa la manejo exclusivamente yo... con mis hijos no tolero que se hagan los boludos ya que me hacen acordar cuando yo era boludo. Soy bastante intolerante con ellos y con mi esposa... En este momento tengo una deuda tremenda, por eso me han hecho muchos juicios. En el comercio cuando escuchan mi apellido salen corriendo. En este momento no tengo plata ni para pagar la luz. Tengo que comenzar de nuevo. En el grupo de JA quedamos que mi mujer maneja la plata y va a pagar las cosas que pueda. Yo estoy activando mi comercio para salir de esta situación y así organizar un plan de pago". Esta breve reseña de la problemática

que presenta Roberto me permitirá describir tres momentos del tratamiento que se desarrollaron durante varios años, concurriendo una sesión por semana. En los primeros meses, podría decir que la sesión era una extensión del grupo de JA. La misma se fue constituyendo en un espacio-soporte de sus ansiedades paranoides. En ella hablaba de sus dificultades para dejar el juego, responder a los juicios y su inserción en los grupos de JA. Las deudas superaban su capacidad de poder pagarlas, por lo tanto debía diferenciar el dinero para pagarlas de aquel que necesitaba para mantener a su familia. En la transferencia comenzó a ubicarme en el lugar del otro que señalaba los límites. Buscaba permanentemente irritar al otro como una forma de autocastigo. Cuando lo conseguía se quedaba tranquilo. Esta situación se

manifestaba en las sesiones, en el grupo de JA y en los acuerdos que había establecido con su esposa. La firmeza que encontraba tanto en el grupo de JA como en las sesiones eran acordes con una realidad que no podía seguir negando: si no planteaba un plan de pagos por sus deudas podía ir preso; si no solucionaba su situación familiar, su esposa se separaba. Estas circunstancias lo enojaban y lo tranquilizaban.

Luego de unos meses, en el grupo comenzó a tener una participación más activa ayudando a otros compañeros. También comenzó a incorporar la necesidad de dejar de jugar. Fue reconstruyendo su actividad comercial hasta empezar a ganar dinero. Ahora pagaba su tratamiento, cumplía con el pago de sus deudas y aportaba dinero para su familia.

Transcurrido más de un año fue empezando a establecer una diferencia entre el grupo de JA y el espacio de sus sesiones. En este segundo momento, yo era un terapeuta que no solamente ponía límites sino que también podía escucharlo. Aquí comienza a relatar su historia infantil, las dificultades sexuales y su relación con los hijos. Ya no desarmaba cosas para dejarlas sin armar sino, por el contrario, las armaba pero debía romperlas. Al deseo seguía una prohibición. Si comenzaba a tener buenas relaciones sexuales con su esposa, se enojaba con ella por cualquier motivo. La satisfacción que le producía realizar actividades con sus hijos eran acompañadas con algún acto de intolerancia por alguna nimiedad. En el trabajo comenzó a ganar dinero, pero sus entradas nunca podían superar las del pago de sus deudas y las necesidades de su familia. Es decir, nunca tenía plata.

En el tratamiento comenzaba a desplegar su fantasmática donde su omnipotencia narcisista se encontraba con límites que lo enojaban. Se auto-

castigaba en exceso. Por ejemplo, como no podía tener varias relaciones sexuales no tenía ninguna; al no poder ser un gran empresario ganaba lo justo; el no ser un "padre perfecto" lo irritaba con sus hijos.

En las sesiones no sólo era importante lo que hablaba sino cómo lo decía. En las manifestaciones translingüísticas aparecían indicios de su sentido pulsional. En especial, de los efectos de la pulsión de muerte a través de un superyo sádico que lo llevaba a actuaciones donde se sentía "un boludo como cuando era chico". El tono de voz, los movimientos, la expresión de la cara o la mirada eran importantes en la transferencia-contratransferencia desde la cual interpretaba o hacía señalamientos.

La pasión patológica por el juego comienza a dejar lugar a la pasión por la vida donde el síntoma compulsivo era un obstáculo para su deseo. En este tercer momento aparece la angustia. Encontrar su sentido fue una tarea que continuó realizando.

Con este relato he querido describir algunas características de un "tratamiento mixto". En él podemos observar cómo el propio paciente fue articulando los espacios del grupo de autoayuda y las sesiones individuales como momentos de una demanda donde era necesario dar cuenta de lo real del síntoma. Hubo que esperar más de un año para que se instalara una transferencia que posibilitara el despliegue de su fantasmática. Durante estos períodos pasa de estar identificado con su síntoma ("soy un jugador compulsivo") a un sujeto que habla de sus síntomas para encontrar-ser con su deseo. Al crear un dispositivo terapéutico, que incorporó la importancia del trabajo en JA, permitió la posibilidad de que este se fuera transformando en un dispositivo analítico.

Notas

¹ Carpintero, Enrique, *Registros de lo negativo. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos*. Topía editorial, Buenos Aires, 1999

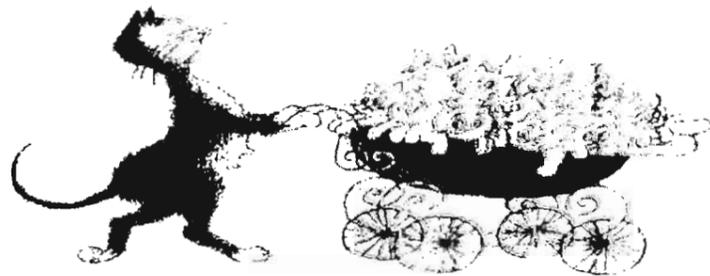
² Kristeva, Julia, *Las nuevas enfermedades del alma*. Editorial Cátedra, Madrid, 1995.

³ Debido a la escasa bibliografía sobre este tema, citaré algunos trabajos que se consultaron para esta parte: "Juego patológico: La adicción enmascarada, consideraciones clínicas y terapéuticas", Sanchez Bello de Castro, César, *publicación del autor*, Venezuela, 1998; "Ludopatía: estudio clínico y terapéutico-evolutivo de un grupo de jugadores patológicos", Sainz Ruiz, Jerónimo, Moreno Oliver, Isabel, y López-Ibor Aliño, Juan José, *Actas Luso-Española Neurológica y Psiquiátrica*, 1992; "Le jeu pathologique: une revue de la littérature" Filteau, Marie-Josée, Baruch, Philippe y Vincent, Pierre, *Revista Canadiense de Psiquiatría*, volumen 37, marzo de 1992; "The Prevalence and Demographics of Pathological Gamblers: Implications for Public Health", Volberg, Rachel *American Journal of Public Health*, volumen 84, febrero de 1994 y "El juego patológico", Elena Ochoa y Francisco J. Labrador, Plaza y Janes, Barcelona, 1994.

⁴ Freud, Sigmund *Dostoiévski y el parricidio*. Amorrortu Ediciones, tomo XXI, Buenos Aires, 1979. Este texto se divide en dos partes. La primera trata sobre el carácter de Dostoiévski, su masoquismo, su sentimiento de culpa, sus ataques "epileptoides" y su actitud ante el complejo de Edipo. En la segunda analiza su pasión por el juego. En una carta de Freud a Theodor Reik vincula ambas partes del trabajo, el cual finaliza diciendo: "Si la manía del juego, con sus infructuosas luchas por deshabituarse y sus oportunidades de autocastigo, es una repetición de la compulsión onanista, no nos asombrará que se haya conquistado tan gran espacio en la vida de Dostoiévski. Es que no hallamos ningún caso de neurosis grave en que la satisfacción autoerótica de la primera infancia y de la pubertad no hubiera cumplido su papel, y los vínculos entre los empeños por soportarla y la angustia frente al padre son demasiado notorios para necesitar elucidación".

⁵ Jugadores Anónimos es una organización de autoayuda fundada en Los Angeles en 1957. Está inspirada en la estructura y en los principios de Alcohólicos Anónimos, en especial en lo que se refiere al objeto terapéutico de la abstinencia y el proceso de recuperación de los doce pasos. Su funcionamiento se caracteriza por reuniones periódicas de los jugadores compulsivos a los cuales, una vez que aceptaron las pautas de JA, se les asigna un "padrino" -un ex jugador- para que los acompañe en su proceso de dejar el juego. También existe un grupo llamado JUG-ANON, para las esposas y familiares significativos del jugador compulsivo. Otro grupo, llamado de la "presión de desahogo", es donde participan el jugador, su esposa, padres, amigos íntimos y uno o dos miembros de JA. En él se trata de derribar la fachada de mentiras que ha construido el jugador. Para ello son presionados a descubrir sus deudas financieras ocultas y crear un plan financiero para el futuro. Los grupos de JA han tenido un gran desarrollo, en nuestro país, durante los últimos años.

¿ADÓNDE LLEVA SUS HIJOS DOÑA GATA?



JARDIN MATERNAL Y DE INFANTES MI GRUPITO
MATHEU 1667 - CAPITAL - TEL. 943-3212

FUNDACION PROYECTO AL SUR

JORNADAS

FULGORES DEL MALESTAR

PARTICIPAN:

ALICIA ENTEL, ERNESTO DOMENECH,
MARIA NEGRONI, FERNANDO ULLOA,
CARLOS BRÜCK y otros.

VIERNES 20 DE AGOSTO 19 Hs. SABADO 21 A LAS 10 Hs.

MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES - ENTRADA LIBRE Y GRATUITA
INFORMES TEL. 4833-3213

TOMAS PARDO
ANTIGUA LIBRERIA PORTEÑA

Editar su libro es una aventura posible

Desde 1914 en la tradición literaria argentina

NOVEDADES - OFERTAS - AGOTADOS

Venta telefónica - Envíos al interior - Tarjetas de Crédito

Maipú 618 (1006) tel/fax: (011) 4322-0496/4393-6759 Cap. Fed.
e-mail: libreriapardo@ciudad.com.ar

Las hiperkínéticas certezas del ser



Una vez que un enunciado cobra carácter público y se asienta, en un momento histórico, como ideología compartida, es raro que alguien se pregunte por su cientificidad e intente poner a prueba sus formulaciones de origen. De tal modo ha ocurrido, a lo largo del tiempo, con las investigaciones que, a fines de los años '60, postulaban un origen genético de la hiperkinesis infantil, basándose en la aplicación de una metodología estadística de dudosa fiabilidad en lo que atañe a la corroboración de hipótesis de validez científica.

Con la intención de demostrar el papel de los genes, el rastreo estadístico de la familia ocupó, antes de que las pruebas de laboratorio pudieran instrumentarse al nivel que han alcanzado, un papel fundamental. Lo curioso es que aún hoy, ante la imposibilidad de probar la existencia de un desorden biológico de carácter específico en ciertas entidades, aquellos estudios estadísticos siguen ocupando un lugar probatorio para la justificación de las más disparatadas afirmaciones.

Los estudios publicados por Morrison y Stewart en 1971, acerca de una investigación realizada con 50 niños diagnosticados como hiperactivos, consistieron básicamente en demostrar que entre los padres de estos niños, el alcoholismo, la "sociopatía" y la "histeria" eran los trastornos más frecuentes. "Hijo de tigre, pintita", como dice el refrán, se tomó acá a la letra, más allá de todo nivel metafórico. Y luego, a través de los comentarios de los padres, los autores se sintieron capaces de hacer diagnósticos retrospectivos acerca de la hiperactividad que los aquejó en su propia niñez, intentando demostrar que ella "era hereditaria". Era sin duda la vieja teoría de la degeneración la que volvía, ya que aplaudían a un informe de 1902 como coincidente con sus descubrimientos, el cual afirmaba que "los desórdenes del intelecto, la epilepsia o la degeneración moral" eran comunes en las familias de los niños hiperactivos. A poste-

riori, para separar las influencias ambientales de la determinación genética, los investigadores estudiaron a 35 niños adoptivos diagnosticados como hiperactivos, demostrando que los padres adoptivos no mostraban síntomas de sociopatía o histeria, no habiendo, por otra parte, ningún tipo de informe sobre los padres biológicos de origen. Esta investigación, al poner de relieve que no había signos patológicos del carácter buscado en los padres adoptivos, demostró que no se puede sostener una hipótesis ambiental sobre la transmisión de este tipo de comportamiento, sino que, por el contrario, queda demostrada la hipótesis genética.

Más allá de los vicios que se pudieron marcar a esta investigación -el hecho, por ejemplo, de que nunca fueron investigados los hermanos: hijos biológicos o adoptivos de las familias en las cuales se criaron- hay una invalidación más fuerte a ser realizada, respecto al modo con el cual se intenta probar la hipótesis en cuestión. Se trata de la aplicación misma de la estadística como método de validación, al margen de la racionalidad de la hipótesis que la sostiene y del campo de fenómenos que pretende abarcar. Ha habido múltiples ejemplos que dan cuenta del absurdo de las conclusiones extraídas de tales procedimientos, pero tomaremos sólo uno que nos parece ilustrativo para este caso que estamos revisando. Una supuesta encuesta realizada en un país del tercer mundo arroja la siguiente conclusión: las familias que viven cerca de los aeropuertos padecen mayor número de problemas congénitos; hasta aquí la encuesta, inobjetable, salvo por la conclusión que sacan los investigadores que la realizan: atribuyen este tipo de problemas al ruido de los aviones, dejando de lado el hecho de que estas poblaciones están constituidas, en su mayoría, por sectores carenciados, marginados, que no cuentan con atención médica ni alimentación suficiente y padecen, en este caso sí, de elevados

índices de alcoholismo que inciden en el resultado de las mutaciones genéticas que se presentan. El ruido de los aviones no es la causa, en absoluto, de las malformaciones que padecen, pero hay una combinatoria de mala fe e ignorancia en los investigadores que le atribuyen ser determinante de ellas, desestimando todos los otros factores que realmente las pueden producir. Sin embargo, estas conclusiones, no por absurdas dejan de ser creíbles para quien se siente inclinado a ello, al punto tal de que no sería extraño escuchar, un tiempo después, a sectores socialmente comprometidos afirmando que "aparte del ruido", hay también razones para pensar que las malformaciones son efecto de todos los otros factores enumerados.

Y bien, aún hoy, las investigaciones estadísticas siguen siendo consideradas referente de corroboración de hipótesis etiológicas no sólo en el caso de las hiperkinesis, o de los hoy llamados trastornos por déficit de atención con hiperactividad, sino también en la defensa apasionada de la monodeterminación biológica del autismo, y de otras entidades. Sin embargo, no hay pruebas de laboratorio que confirmen la supuesta etiología del hoy llamado "Trastorno de déficit de atención con hiperactividad", como hasta el mismo DSM-IV afirma, ni hallazgos particulares de la exploración física y enfermedades asociadas.

Sin embarcarnos en el marco de un debate que remite a los modos mismos de clasificación de todos estos trastornos en los cuales ni estudios longitudinales ni determinación causal forman parte del diagnóstico, señalemos simplemente que han sido diagnosticados y medicados niños de características psíquicas muy variadas, desde aquellos que presentan circunstancialmente una dificultad para concentrarse como efecto de circunstancias eventuales en su vida -migraciones, duelos, situaciones post-traumáticas- hasta otros cuya dificultad para la concentración es efecto de una falla general de la

En la ciudad de Buenos Aires, cerca de un 6% de los niños en edad escolar están medicados con ritalina.

Presentan trastornos en la atención e hiperactividad.

Niños de características psíquicas muy diversas: desde los que presentan fallas estructurales hasta los que atraviesan situaciones de duelo, por mencionar sólo dos ejemplos.

Todos son englobados bajo un mismo diagnóstico y terapéutica.

Este trabajo desarrolla los fecundos aportes que el psicoanálisis puede realizar para operar eficazmente singularizando situaciones y sujetos.

constitución psíquica, en los cuales el aparato no logra establecer una selección y relevamiento de estímulos -en esto radica realmente la "atención"- en virtud del fracaso de las membranas para-excitación del yo como efecto de esta falla en la constitución tópica.

Pero existe aún otro tipo de niños que no pueden "concentrar la atención", y no por un período restringido de tiempo, ni como efecto de una falla general del psiquismo, sino por hallarse sus pensamientos totalmente abocados a una tarea de otro tipo: se trata de parasitaciones traumáticas de larga data, que afectan toda la percepción de la existencia e impregnan su cotidianidad de tal modo, que nos lleva a afirmar que lo que debería ser "la roca viva" que garantiza la permanencia del yo, se ve constantemente puesta en tela de juicio por algo del orden de un real vivido -por el sujeto mismo o por las generaciones anteriores- que se torna inmetabolizable y se rehúsa a teorizaciones que le den estabilidad. Si la formulación parece compleja, el caso que relataré a continuación da cuenta del modo con el cual pude aproximarme a esta perspectiva.

Ramiro es un niño del interior del país que nació en condiciones ciertamente difíciles: cuando él y su gemelo se encontraban listos para salir al mundo, y la posición que les correspondía era tal que Ramiro debía nacer

PAIDÓS

RICARDO RODULFO
Dibujos fuera del papel
EOL

El peso de los ideales

PAUL VERHAEGUE
¿Existe la mujer?

M. SELVINI PALAZZOLI Y OTROS
Muchachas anoréxicas y bulímicas

SALVADOR MINUCHIN Y OTROS
El arte de la terapia familiar

MICHAEL D. YAPKO
Lo esencial de la hipnosis

ANDY CLARK
Estar ahí
Cerebro, cuerpo y mundo en
la nueva ciencia cognitiva

primero y Facundo después, éste se adelantó y, metiéndose en el medio, obstaculizó el parto muriendo él mismo y poniendo en grave peligro a su hermano. A partir de esto, durante cuarenta días Ramiro estuvo en incubadora, siendo tal su estado de riesgo que, cuando a los 19 días lloró por primera vez, todo el equipo de Neonatología fue a presenciar este llanto como un milagro que anunciaba la posibilidad de que viviera. A partir de esto, Ramiro fue alimentado por sonda durante los primeros meses de la vida, debiendo someterse a intensos tratamientos de rehabilitación y cirugías de distinto tipo hasta lograr estabilidad. Veo a este niño a los ocho años, que me parece inteligente, que más allá de ciertos problemas que arrastra realiza una escolaridad normal (problemas de motricidad fina y de cierta lentificación en el aprendizaje, "desmemoria" y reiteración de interrogaciones a los adultos) apareciendo por otra parte un modo de funcionamiento temeroso que se manifiesta en forma múltiple y afecta su vida social y deportiva: no puede permanecer solo en lugares que no sean su casa, tiene terror a ciertas actividades que implican el despeque del cuerpo en el espacio: la aerostilla de ski, arrojarse del trampolín, golpearse cuando juega al fútbol, cuando entrena en karate... su vida se ve limitada constantemente porque todo se torna trabajoso en función de esta tonalidad angustiada que la impregna.

Habiendo nacido con estas dificultades que he señalado, convulsivo en sus primeros tiempos como efecto de la prematuración - tenía un peso muy bajo, pero cuando se completó el proceso de mielinización nunca más se repitieron episodios de este tipo. Sin embargo, cuando comenzó la escolaridad, a los 5 años, un neurólogo lo medicó por las dificultades que presentaba para concentrarse, diagnosticándolo como un trastorno de desatención, pese a lo cual los padres decidieron realizar una nueva consulta un tiempo después buscando otra perspectiva.

Un elemento a tener en cuenta en el modo de Ramiro de relacionarse con su cuerpo es el siguiente: relata la madre que le llamaba la atención que siendo el niño muy cariñoso, tenía una gran dificultad para hacer contacto con el cuerpo del otro, hecho tal vez atribuible a que habiendo estado los primeros tiempos de la vida sin contacto materno primario, hay algo del orden de un déficit de apego - como se tiende a decir, sin que esto se torne causal en la medida en que siempre queda la posibilidad de preguntarse por qué no ha ocurrido, como hemos visto en otros casos, que se produzca una adherencia mayor al cuerpo materno en virtud de la carencia primaria vivida. Sin embargo, la presencia precoz de la muerte, y la visión de este niño tan frágil, no puede haber dejado de incidir en la madre que se vio dificultada de moverse con fluidez ante un cuerpo al cual se temía estrujar, tan dañado como se veía.

La secuencia que quisiera relatar ahora tiene que ver con lo anteriormente expuesto de un déficit de estabilización en el sentimiento de existencia, no sólo producto de estas carencias, sino de los modos con los cuales Ramiro constituyó su existencia alrededor de un enigma irresoluble. Mis primeras entrevistas con el niño fueron en fin de semana, en razón de que vinien-

do del interior del país era más sencillo, para ellos, trasladarse, y para mí, tener las horas suficientes para realizarlas. Esto me obligó, en cierta ocasión, a bajar a abrir la puerta de calle y a subir hasta mi consultorio con el niño y su mamá. Y he aquí lo inesperado: Ramiro se posiciona en el ascensor, que tiene dos espejos, y dice: "¿Cuál de todos soy yo, ése o éste?". A lo cual su madre contesta: "¿Cuál te parece?" - y él responde: "Soy éste", señalándose a sí mismo, en un gesto de llevar la mano a su propio cuerpo. Pregunté luego a Ramiro si eso que le ocurrió en el ascensor le ha pasado otras veces, agregando luego de un breve diálogo que él no sabe bien donde está la realidad en aquello que ve, y tiene miedo de no poder diferenciar lo que él puede imaginarse de lo que puede ver, haciendo luego referencia a la sensación de poder estar en otro lado que donde él está. (Habíamos tenido antes una pequeña discusión respecto a si lo que a él le pasaba era del cerebro o de los pensamientos, donde yo trataba de explicarle que las cosas que le pasaban eran más de los pensamientos que del cerebro, aunque él tuviera un cerebro, pero que su cerebro funcionaba bien, que había cosas que eran de los pensamientos) y entonces me responde: "Ya sé qué querés decir con eso de los pensamientos. A mí me pasa a veces que yo no sé si algunas cosas que veo las inventé o están, y sería terrible trabajar en una computadora de mentira cosas de verdad, porque no podría imprimirlas", asociación maravillosa que me permitió agregar que además él a veces no estaba muy seguro de cuál era él, contestándome a continuación de esto que hay dos mellizos, uno llamado David y el otro Cristian - lo cual es muy gracioso, ya que uno de los padres es judío y el otro no - y habla de estos dos mellizos que viven juntos. Yo arriesgo entonces tímidamente: "Me parece que vos a veces pensás que podrías haber muerto en lugar de tu hermano", y me responde: "Es que yo a veces no sé, porque me parece que a mí me iban a poner el otro nombre y me lo cambiaron porque él murió, entonces yo no sé a veces cuál está." Lo cual me lleva de inmediato a agregar: "Entonces, si vos te quedás quieto, no sabés si estás muerto o vivo".

A partir de esta secuencia, los tiempos posteriores transcurren alrededor de estas cuestiones, que van desanudándose cuidadosamente. El diálogo establecido no es sino la enumeración de un programa de trabajo sobre las fantasías que se han entretejido alrededor de esta cuestión nuclear, al punto de que recién ahora sus padres entienden un requerimiento realizado por Ramiro desde hace tiempo: ser llevado al cementerio a conocer la tumba de su hermano, lo cual le permite certificar quién es el muerto, y garantizar que el nombre que se le puso es el que fue escogido para él, y no cambiado a partir de la muerte del "otro" Ramiro - cuestión que ha ocupado gran parte de sus preocupaciones: si él era Facundo y sus nombres habían sido cambiados luego. No pida el lector coherencia a este fantasma, ya que se trata de algo que si bien puede ser puesto en palabras, ocupa el lugar de un producto mixto, en el cual la presencia de cierta legalidad inconciente coexiste con el proceso secundario.

Los fenómenos de verdad y error, afir-

ma Laplanche, los fenómenos de sentido, no serán jamás descubiertos en la naturaleza, incluso si pensamos que a cada elemento de pensamiento corresponden modificaciones en el cuerpo. Que la imposibilidad de Ramiro para quedarse quieto obedecía a un fenómeno del orden del sentido, que debía ser develado, es lo de menos. Lo que ocultaba ese movimiento constante era la angustia de no-existencia que lo sostenía, el fantasma de no estar realmente vivo, en el marco de un fenómeno que más que de "despersonalización" podemos considerar de un orden más primario, como una falla en la "personalización", de inclu-

sión en el propio pellejo.

El colega que lo medicó haciendo uso del "gatillo fácil", perdió de vista que en la historia originaria lo irreductible para el sujeto era del orden la teorización sobre la existencia y la muerte, no de la prematuración neurológica ni de las lesiones biológicas - cuyas secuelas estaban en vías de resolución. Pero estas teorizaciones, estas fantasías, competen al psicoanálisis, que encuentra la motivación representacional más acá del sustrato cerebral en el cual la representación encuentra su soporte biológico, porque este último es insuficiente para dar cuenta de su especificidad.

**PSICOTERAPIAS
ESCENICAS, CORPORALES
Y POETICAS**
Psicoanálisis, Poética del
Desenmascaramiento
SEMINARIO
Coordina: Dr. Mario J. Buchbinder
INSTITUTO DE LA MASCARA
 Direcc.: Lic. Elina Matoso
Dr. Mario J. Buchbinder
Uriarte 2322. Telefax:
4775-3135/5424 (15 a 20 hs.)

**MERLIN
PROPIEDADES**
ASESORAMIENTO
INMOBILIARIO
ALQUILER - VENTAS
TASACIONES SIN CARGO
TEL.: 4560-0282
FAX: 4782-7536

TopiA y el Instituto
de la Máscara 
presentan
Temas que Pican:
Laberintos del amor
Entre la sexualidad y la agresión
Coordinan y dicen
Enrique Carpintero / Mario Buchbinder
Los jueves 1º de julio,
5 de agosto y 2 de septiembre
20.30 hs. en Uriarte 2322
Informes e inscripción: 4775-3135 / 5424
e-mail: topia@ba.net / buma@webar.com

**GIMNASIA
CONSCIENTE**
"Un espacio creativo para la salud"

Recuperar la funcionalidad del cuerpo tensión
Disminuir los niveles de dolor y estrés
Ampliar la capacidad respiratoria y de movimiento
Construir nuevas actitudes posturales
Coordinación
ALICIA LIPOVETZKY
TEL.: 4863-2254 / (15) 4030-0899

Jugando al solitario

César Hazaki
Psicoterapeuta

El título de Topía en la clínica es "El psicoanálisis cura", lo cual me lleva a comentar algunas vicisitudes que se presentan con algunos pacientes en el inicio del tratamiento. Como se trata de varones jóvenes, con dificultades para establecer un acuerdo de trabajo terapéutico, quisiera mostrar dos observables que se plantean en las primeras entrevistas y que permiten desarrollar ideas diagnósticas, para el trabajo analítico posterior. Me refiero a la agresividad de algunos varones, como así también a las características de lo que denominaré juegos de solitario.

La capacidad de estar solo:

Ser un solitario, no es lo mismo que el desarrollo de la capacidad de estar solo. Ambas situaciones implican dos modos distintos de resolver las relaciones que los sujetos establecen consigo mismos y con los otros.

Winnicott observó que la capacidad de estar solo surge vinculada a una relación con otro y que es en esta experiencia donde se fundan los núcleos positivos del estar solo. Plantea: "... el desarrollo de dicha capacidad se trata de la experiencia, vivida en la infancia y en la niñez, de estar solo en presencia de la madre. Así, pues, la capacidad para estar solo se basa en una paradoja: estar a solas cuando otra persona se halla presente" (1). Estas personas que juegan al solitario, por el contrario, no tiene la capacidad de estar a solas, aunque pasen mucho tiempo solos.

Algunos solitarios enojados:

Daniel, por ejemplo, tiene un físico muy trabajado, cuidado, lo ayuda una estatura que le permite darse porte. En suma, un rubio con presencia. Exhibe su "lomo", muestra un personaje bien elaborado. Su imagen parece mostrar algo grandioso, casi una máquina aceitada y afilada. Tiene algo de anguila, escondedor, silencioso, se desliza, nunca se sabe bien que piensa, es reservado. Cada tanto viene a verme. Nunca más de cinco entrevistas. En las mismas descarga sus preocupaciones y desaparece. Juega al solitario. Siempre sospecho que acepta venir con un objetivo: tranquilizarla a su madre.

Juan vive en el interior del país, es un "pesado", practica artes marciales, es un tirador exímio, laboralmente tiene capacidad para grandes desarrollos y, consecuentemente, responsable de sus estrepitosas caídas.

das, donde quedan muchas personas perjudicadas, con broncas y reclamos. Suele llamarme por teléfono, pide una hora para ese momento y como no accedo a su urgente demanda vuelve a llamar a los cinco, seis meses. De vez en cuando realiza, a lo sumo, diez entrevistas. Es necesario que pague una a una, de lo contrario no abona. Juan parece un típico buscador de víctimas. Necesita tener alguien a quien sojuzgar. Cuando se queda solo, sin pareja o sin amigos, me llama, por supuesto que nunca vincula estos hechos con su pedido de consulta.

Ni Juan ni Daniel pueden reconocer y caracterizar sus juegos al solitario de alguna manera, no tiene ningún sentido hablar de ello. Tampoco pueden decir mucho sobre sus reacciones agresivas, pese a que ambos han tenido muchas peleas callejeras y familiares.

Lito vive con y de su madre. No trabaja, no estudia, parece no importarle nada, sólo salir con sus amigos, alguna "minita interesante para la cama" según sus palabras, el fútbol y nada más. Reconoce, sin ninguna angustia, que los problemas son propios, que le pertenecen y que: "se tiene que poner las pilas y re-

solverlos". Es otro jugador de solitario, muy retraído con su familia, impide que su madre hable de los problemas que tienen entre ambos. Su padre está muy enfermo, se fue deteriorando paulatinamente, además no se cuida. Lito tiene accesos de ira incontenibles jugando al fútbol.

Miguel es un muchacho joven. Viene porque la mujer lo dejó, ella se cansó de su prepotencia, conoció un muchacho del barrio y se fue a casa de su madre. Miguel la sigue, insistentemente, para prometerle el oro y el moro. Viene porque lo manda su mujer: "hasta que no cambies no vuelvo, sos absorbente, violento y sobre todo muy celoso. Andá a tratarte". El quiere garantías, seguridades, que sea un tratamiento rápido para resolver su problema, tiene apuro por mejorar y reconquistar a su mujer. Tiene un trabajo solitario, es vendedor libre, pasa por kioscos y librerías ofreciendo su mercadería: "conozco mucha gente, pero amigos no tengo, mi íntimo amigo murió de sobredosis, ahí dejé la cocaína", "nadie me conoce realmente". Dice que tiene tantas preguntas para hacerme, necesita entenderse, mejorar (mientras dice todo esto transmite una enorme violencia). Nunca volvió. Miguel y Lito también se sorprendieron cuando intenté preguntarles sobre su estar solo, es decir qué sentido podían darle. Los dos respondieron que eran así, no tenían nada que comentar sobre el asunto. Cada uno es un actor que muestra y esconde, con un muy buen manejo de sus silencios. Cada uno muestra un solitario, problemático más para el otro que para sí.

Cada uno, a su manera, tiene más presencia y relación con su madre que con su padre.

Por un fugaz instante parecen entablar un vínculo más intenso y profundo. Uno casi puede ilusionarse, pero luego es más de lo mismo, lejanía, imposibilidad de diálogo, de reflexión y de angustia.

Parecen esperar que el otro siempre sea alguien para su uso o necesidad, que se ubique en lugar de objeto proveedor.

Cuando esto no ocurre el vínculo desaparece, como si sólo esperaran ser provistos y colmados rápidamente, caso contrario, aparece la hostilidad y el desprecio expresado a través de su retiro libidinal. Dejan deudas, promesas incumplidas y trabajos por la mitad.

Algo de historia: rastreando en sus historias aparecen como chicos aislados, con dificultades para agruparse, ya en la escuela, ya en deportes o en actividades sociales. Los nuevos aprendizajes escolares son difíciles de incorporar, como la mayoría de los nuevos conocimientos y experiencias. Abandonan todas las actividades que realizan, aún las que parecen gustarles o aquellas para las que parecen aptos. Se vislumbra así algo de la omnipotencia que los impulsa a constituirse como los mejores o nada. Omnipotencia que impide la tolerancia con los errores y, consecuentemente, el aprendizaje y la competencia. De todas las experiencias surgirá una constante: la frustración, con la experiencia realizada, al no resultar la misma tan excepcional como esperaban. Es que su omnipotencia les impide contactar con los otros o sólo relacionarse mostrando su supuesta supremacía. Hacia afuera, entonces, aparece un niño inhibido o que duda, hacia adentro un niño-rey que se regodea en su propia omnipotencia narcisista infantil.

Inicio de tratamiento: estas personas, como tantas otras, son un desafío permanente para el inicio y sostenimiento de un tratamiento psicológico. Es obvio que no son personas que recurran frecuentemente y con facilidad a una consulta. De lograrse establecer un vínculo este tiene la particularidad de la fugacidad. Es un encuentro lábil, donde predomina la imposibilidad de una relación emocional con el intento de tratamiento.

Como suelen, rápidamente, transformar su problema en un escollo del otro, nos encontramos frente al primer gran obstáculo en el encuentro terapéutico: las inevitables actuaciones, dentro y fuera del tratamiento, así las inasistencias reiteradas, la falta de pago, intensos conflictos familiares, etc. Que suelen garantizar su rápida huida y el acortamiento de las pocas entrevistas que habitualmente pueden otorgarnos.

Del lado del analista, una sensación transferencial donde predomina el desasosiego, la inquietud o la angustia del terapeuta, es recurrente pensar: ¿estaré haciendo bien?, ¿estoy entendiendo?, ¿cómo hago para establecer un contacto emocional con esta persona? ¿es conveniente citar a la familia, a la pareja? etc. Como si, en última instancia, uno ocupara el lugar de una madre preocupada y angustiada por los problemas que su hijo no puede o no sabe resolver. Es por lo tanto un desafío muy interesante, a cuenta y ries-



go de las enormes posibilidades de fracaso que la tarea presenta.

La relación analítica es colocada bajo la presión que ejerce de una actitud básica de venganza y que se puede expresar de la siguiente manera: "me han hecho daño, exijo, demando una reparación". Casi al modo de una penión de guerra estos impulsos intentan arrastrar la relación transferencial hacia una escena destructiva para el tratamiento, destrucción por lo inabordable, por lo no reconocida o lo inexpugnable de la misma, es sin duda la agresión la que reina en la transferencia.

A diferencia de la agresividad en la adolescencia que permite gestar un espacio psíquico para autoafirmarse, donde las permanentes y diversas situaciones del "no sé, pero me opongo" muestran la presencia del pasado infantil del cual el joven intenta alejarse buscando, como dijimos, autoafirmarse e ir consolidándose como persona, nos encontramos, en estos casos, con una combinación de juego solitario y agresión que son un reiterado sistema de repeticiones y que serán la base de los obstáculos en la relación transferencial. Cuanto mayor sea esta agresión, más podemos inferir la hostilidad hacia las figuras parentales, por intromisión u omisión de las mismas; es decir, se reclamará por su excesiva y arrasadora presencia, o por su extrema ausencia.

Este juego al solitario que comento es un criterio para incorporar a las observaciones las primeras entrevistas diagnósticas. Es bueno hacer algunos comentarios sobre la misma: aparece, más claramente, en los varones. No se inscribe como problema en el motivo de consulta, ni suele comentarse como parte de un conflicto; si hilamos muy fino podemos vincularla a fallas en la socialización, como si esta dificultad tuviese una evidente articulación con el lugar que ocupa el progenitor varón y, como consecuencia de ello, se limita el proceso de socialización del niño. Sin duda estamos además haciendo-

nos una pregunta: ¿puede un solitario de este tipo entablar un diálogo terapéutico? ¿cuál? ¿de qué manera? Asimismo ¿puede un terapeuta romper este cerco y si es así, cómo?

Por lo pronto deberíamos asegurarnos claramente cuáles son las condiciones de trabajo para generar los dispositivos adecuados para estos pacientes.

Consecuentemente trabajar insistentemente sobre la fantasía de rápida y milagrosa cura, con la consecuente amenaza de abandono del tratamiento si esta no se da como ellos esperan. Tratar de anunciar que la frustración, el enojo por lo que no le sale o no entiendo, dentro y fuera de la sesión, serán los motivos para irse rápido de la consulta.

Vincular este abandono con los otros anteriores y la enseñanza que puede extraerse de ellos. Aquí se puede tratar de enlazar la historia de deserciones y abandonos con su constitución como personas solitarias. Con la consecuente construcción idealizada y estereotipada de la masculinidad: ser "duros", tener dinero y mujeres no importa de qué manera se consigan, sin duda todas muy cercanas a la magia, no sentir angustia, debilidad y, en caso de que esto ocurra, hacerlo desaparecer de su psiquismo o inoculársela a otro.

También se puede señalar la permanente atención, de estos pacientes, sobre la espera de un objeto-terapeuta que sea absolutamente eficaz, con maneras instantáneas de cura. Donde se muestra, al decir de Masud Khan, que todavía estas personas son "el niño" y de ningún modo han pasado a ser "un niño" (2).

Por último, no se puede dejar de señalar que estas consideraciones requieren mayores precisiones teóricas que desarrollaré en otro trabajo.

Notas: (1): Winnicott, D.W., *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia.

(2): Masud R. Khan, M., *Locura y soledad*, Lugar Editorial.

Historias de Psicoanalistas y Psicofármacos

Alejandro Vainer

Hay numerosos "obvidos" en la historia reciente de la Salud Mental en Argentina. Uno de ellos es la particular relación entre algunos psicoanalistas y la nueva psicofarmacología, a fines de la década del '50 y principios de la década del '60.

Las jóvenes generaciones imaginan que siempre hubo oposición y competencia entre el psicoanálisis y la psicofarmacología. En ese sentido los psicofármacos son vistos como el instrumento de la psiquiatría más biologicista, (diferente en su posición de la psiquiatría biológica). Como si pudieran rivalizar herramientas de trabajo que en la pertinencia y eventual combinación garantizan su efectividad.

La historia nos permite enfrentar problemas. Recuperar algo de este pasado nos puede dejar mejor situados para el nuevo milenio, rescatando memorias para los desafíos de la clínica actual.

Hasta 1950 los tratamientos psiquiátricos de las patologías predominantes en los manicomios de nuestro país eran el electroshock, la psicocirugía, y la insulino-terapia. Para la impotencia terapéutica estaba la internación de por vida. "El pavoroso aspecto de la locura en la Argentina", era el título de un trabajo del director del Hospital de Hombres, Gonzalo Bosch. Timidamente se proponían en los hospitales algunas clases de psicoterapia, en especial el psicoanálisis, y fundamentalmente a partir de la experiencia de Enrique Pichón Rivière.

A partir de los descubrimientos de los primeros psicofármacos (antipsicóticos, tranquilizantes y antidepressivos), se abrieron potenciales terapéuticos impensados hasta la época. La combinación de las nuevas drogas con la entrada franca del psicoanálisis en los dispositivos asistenciales cambiaron el panorama mundial de los abordajes clínicos en las instituciones públicas y privadas.

¿Qué pasó con los psicoanalistas?

Algunos de ellos continuaron encerrados en sus consultorios y sus teorías, mientras que otros encabezaron investigaciones y formas de abordajes originales. Veamos algunos ejemplos:

1- El propio Pichón Rivière llevó adelante la investigación del Tofranil (imipramina) en combinación con tratamientos psicoanalíticos individuales y grupales. Presentó sus resultados en el 1er. Coloquio Internacional de Estados Depresivos (Bs. As., 1960). En su trabajo intentó verificar los logros de la administración de la nueva droga en combinación con el tratamiento. Según su experiencia el Tofranil disminuía el monto de agresión, ansiedad y culpa, permitiendo de esta manera el trabajo analítico. En algunos casos lo administraba a todo el grupo familiar (siguiendo su idea de que el cuadro patológico siempre es grupal, y el enfermo su depositario). Observando un descenso del estado de tensión grupal y de la estereotipia que implicaba un depositario de la ansiedad. "La droga favorece la ruptura del estereotipo y, por la acción del esclarecimiento psicoterápico, el grupo se integra tomando ahora la característica de una estructura funcional" Para Pichón la droga era un medio para mejorar el trabajo analítico.

2- Algunos psicoanalistas que trabajaban en el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, que dirigía Mauricio Goldenberg, no se quedaron atrás en este sentido, iniciando la primera Sala de Internación de pacientes agudos en un Hospital General. Desconocer los aportes de la nueva psicofarmacología hubiera sido tan impensable como dejar de lado al psicoanálisis. Estos nuevos Servicios de internación fueron posibles a partir de tener la disponibilidad de un variado arsenal terapéutico.

La lucha era contra la internación y deterioro creciente de por vida de los sujetos. Particularmente contra el uso del "chaleco de fuerza", y otras medidas agresivas de la época. De esta manera realizaron investigaciones acerca de las nuevas drogas, combinándolas con aportes de diferentes terapéuticas, predominantemente el psicoanálisis, y publicando estos resultados. Corría el año 1960, y advertían contra el abuso posible de los médicos en las prescripciones de psicofármacos, y de la interferencia de la propaganda "inadecuada y poco seria, que perturba el criterio del médico o lleva en ocasiones a automedicaciones". Sostenían esencialmente el trabajo conjunto: la medicación, la psicoterapia individual y grupal, la terapia ocupacional, y la acción en el medio social.

3- Produjo más obvidos la efímera y única experiencia con ácido lisérgico en combinación con el psicoanálisis. Se desarrolló al mismo tiempo que se investigaban los nuevos psicofármacos. En ese momento el desarrollo del uso de drogas "psicotóxicas", o "estimulantes" formaba parte de las investigaciones farmacológicas. Algunos psicoanalistas se ocuparon especialmente de esta tarea: Luisa Álvarez de Toledo, que fue la iniciadora, junto con Alberto Fontana y Francisco Pérez Morales. Desde 1956 comenzaron a experimentar esta "terapéutica combinada" de análisis con una sesión mensual prolongada (de entre 3 y 6 horas) con uso de LSD 25. Al poco tiempo comenzaron a emplearla no solamente en tratamientos individuales, sino en tratamientos grupales, con niños y adolescentes. La hipótesis era que el ácido lisérgico, al disminuir la represión, le permitía al terapeuta un acercamiento más directo a las defensas fundamentales del sujeto. Al ser vivenciadas e interpretadas, podían modificarse. Desaconsejaban su uso como medicación fuera de alguna clase de psicoterapia. Publicaron numerosos resultados alentadores de esta nueva práctica.

Dentro de la APA encontraron gran resistencia. Por un lado, los resquemores morales, teóricos y prácticos. Y por el otro, un problema político: que se le diera un uso indiscriminado no terapéutico, punible por ley. Esto produjo la exclusión de lugares de poder de Álvarez de Toledo (que había sido presidenta de APA), y las renuncias de Pérez Morales y Fontana.

A fines de los '60, las sustancias empleadas se declararon ilegales en la Argentina, siguiendo a otros países en el mundo, y las experiencias quedaron interrumpidas. Y estos estimulantes fuera de la clasificación misma de psicofármacos.

Rescatemos cierto espíritu pionero de búsqueda en la especificidad de lo que aporta el psicoanálisis. Sus potencialidades en los clásicos "tratamientos mixtos o combinados" (no solamente con la psicofarmacología). Para ello deberemos reconocer límites. Posibilidades e imposibilidades. No tomar un solo abordaje terapéutico como un elixir contra todos los males de este mundo. Y de esa forma proponer armas que se venden como únicas en un Mercado.

Ante la complejidad de cada cura anteponer oposiciones donde hay una praxis pobre y empobrecedora, no alienta al desarrollo. Por el contrario, en las guerras sólo ganan los grandes grupos que venden las armas.

Es nuestra tarea recorrer la historia rescatando las enseñanzas de aquellos que se animaron a buscar nuevas formas de enfrentar lo desconocido de la clínica.

(El presente trabajo está basado en una investigación sobre la salud mental en la década del '60 y '70 que estamos realizando desde hace dos años junto con Enrique Carpintero)

Topía

REVISTA

Aparece en
MARZO - AGOSTO
NOVIEMBRE

La suscripción anual (3 números de Topía Revista y el Suplemento Topía en la Clínica) incluye 2 números atrasados, sin cargo y con los gastos de envío incluidos.

Capital Federal \$ 18 / Interior \$ 25
Exterior \$ 30

Cheques o giro postal no a la orden a nombre de Alejandro Vainer

Juan María Gutiérrez 3809 3º A (1425)
Capital Tel.: 4802-5434 / 4551-2250
Correo electrónico topía@ba.net

Diagnósticos psicoanalíticos: herramientas para la cura

Sergio Rodríguez
Psicoanalista

Presunción de estructura.

En razón de reconocer que el funcionamiento del Inconsciente (Icc) es por retro-significación y retro-acción, el diagnóstico psicoanalítico no asevera, sino que presume.

Presunción de estructura, no para averiguar lo que la etiología produjo como diferencias entre neurosis. Sino 1) para diferenciar lo que es del campo de las psicosis (pre-psicosis, psicosis, esquizofrenia, etc.) de lo que no lo es. ¿Por qué? Porque de lo que se presume, resultarán dos posiciones absolutamente diferentes de parte del analista, en cuanto a como tratar aquello con lo que se encuentra. 2) Porque hemos aprendido que el análisis cura, no por remontar en recorrido inverso lo que la etiología instaló, sino por desmontar lo que al sujeto lo fija, de un modo que le complica innecesariamente, lo que de por sí es complicado, la relación con la vida.

De coyuntura

El de coyuntura, porque nos sitúa sobre cómo viene la apertura de la partida, según la analogía de Freud con el ajedrez. Imprescindible para encontrar la posición a tomar, en el ejercicio adecuado de la función de analista. ¿Qué parámetros tomar en cuenta?

1) La relación del *parletre* en cuestión, con cada uno de los tres registros (Real, Simbólico e Imaginario) y con el efecto de las diversas modalidades de anudamiento que presenten.

2) **Cómo** se presenta perdido, el objeto causa de deseo, disfrazado por sus vestiduras en el fantasma, como tapón en ciertos goces de la vida. Ante eso, cómo está situado el consultante.

3) Lo que nos va a indicar también, si entra o no en discurso, y de qué forma. En qué discursos entra y cuáles son de preferencia, los lugares en que se sitúa.

4) Todo esto sirve para que el analista se construya como apariencia de lo que el sujeto busca, para que no lo encuentre, a la vez que no lo sienta demasiado lejos. En ese desencuentro, irá elaborando las imposibilidades de relación, con lo real de sus objetos.

5) Diagnosticar la disposición a la instalación de la transferencia. Esto es muy importante, especialmente subrayable para los colegas más jóvenes, los que están empezando, en quienes la ansiedad por poner a alguien en análisis, puede abortar dicha posibilidad. Repito los consejos de Freud, sobre que es básico que esté instalada una transferencia para iniciar un análisis.

6) Diagnosticar, leyendo en lo que dice, si hay desco o no de analizarse. A partir de allí, podremos ir maniobrando, trabajando, para tratar de llevar a ese consultante, si lo necesita, a instalarse en un análisis.

7) Si hay transferencia: ¿con qué predominio: a signos o a significantes? Me refiero con esto a dos ubicaciones

muy distintas con las que suelen venir quienes consultan. 7.1) Los que rechazan hacerse cargo de sus lapsus, los toman como simples equivocaciones y se agarran fuertemente al sentido manifiesto de lo que dicen. Son los que considero transferenciados a signos. Con ellos hay que observar cuidadosamente si no se encubre una pre-psicosis. De no ser así, habrá un periodo en el que, respetando los tiempos, el trabajo estará centrado en tensarles la lógica de sus enunciados hasta que se encuentren con la o las fallas de los mismos. Lo que va abriendo paso al respeto de sus equívocos, y como consecuencia a trabajar con los valores significantes que los signos velan. 7.2) Los que vienen en transferencia a la letra, a los valores significantes. Suelen estar habitados por neurosis más sencillas, que por lo menos durante los primeros tiempos, facilitan el trabajo típicamente analítico.

8) Debemos seguir diagnosticando siempre la marcha del tratamiento: si hay análisis o no. Alguien puede empezar decididamente un análisis, y un tiempo después, dejó de hacerlo así. Habrá que evaluar qué está pasando. Una pregunta lícita es: ¿los psicoanalistas estamos sólo para psicoanalizar típicamente? Una parte lo cree así. No comparto esa posición. Pero eso no quiere decir que crea que se puede hacer cualquier cosa. Lo que me ha indicado el análisis de mi experiencia, y autores como Winnicott y Lacan, es que el psicoanalista puede también, leyendo el saber textual del inconsciente, tratarlo (cuando resulte necesario) por vías que no son las típicas del psicoanálisis. La pregunta es: ¿qué, desde nuestra práctica, le puede servir a ese ser sufriente para reposicionarse en la vida de un modo que le disminuya aquellos sufrimientos que le son innecesarios? No es colocarse en evangelizador ni salvacionista, sino desde un lugar bastante pragmático.

El diagnóstico de la marcha del tratamiento lo hago desde los parámetros indicados, y teniendo en cuenta no sólo lo que ocurre en las sesiones, sino también en lo real de la vida del paciente. No por "logros", según ideales, sino desde la relación de ese ser parlante con la castración, y los movimientos que se van produciendo en esa relación, con el lazo social, con su desco, con el goce y con su posición en la sexuación. En una charla una colega me preguntó por qué hablaba en *Pollerudos* de fin de análisis en un homosexual, si lo había terminado decididamente homosexual. Me lo cuestionó así: "si terminó como cuentas en el libro, ¿qué substracción de goce hubo?". ¿Qué me quería decir con "substracción de goce"? Es una frase sin sentido, porque dice mucho y no dice nada. Contesté: "Si analizas el caso como está planteado, te vas a dar cuenta de que era un hombre totalmente inhibido

do y dificultado en su trabajo, por sus peleas y enfrentamientos con los jefes y por su identificación absoluta a ser objeto de sus ideales (en consecuencia de su superyo). Llegó al análisis planteándose la pregunta sobre si era homosexual o no; a pesar de que hacía como catorce o quince años que su casi exclusiva, era homosexual. Sólo había tenido un *affair* con una mujer con dos *encamadas*. Termina el análisis respondiendo a la pregunta: sí, era homosexual. No sólo era homosexual, sino que arriba a una posición en la homosexualidad que había rechazado durante toda su vida, porque vehiculizaba el deseo que más lo horrorizaba, pues sentía que lo afeminaba - "ser penetrado". La posición a la que llegó, no tiene nada que ver con mi ideal, ni con mi deseo sexual, pero es el de él. Entonces, ¿qué es substracción de goce? Al final de su análisis, toma una relación absolutamente diferente en los lazos sociales, más favorable al despliegue de su subjetividad, a la vez que asume una definición mucho más decidida y gozosa en cuanto a su posición en la sexuación. Creo que al final del análisis, hubo desplazamiento de goce. Se lo puede llamar, si se quiere, substracción de goce.

9) Es importante, analizar permanentemente la transferencia del analista con el analizante. La transferencia es al sujeto supuesto saber, y si bien el analizante puede suponer que el sujeto supuesto saber es el analista, nosotros sabemos que el mismo son los efectos de lo que la asociación libre, la construcción significativa, va produciendo en el análisis. Por lo tanto, el sujeto supuesto saber será ese efecto. Y como tal, quedará del lado del analizante, no del analista. Porque resultará del saber textual que produce el analizante en sus enunciacines, y que es el que vamos a leer. Entonces, es muy importante preguntarnos qué nos está pasando a nosotros, en nuestra transferencia con el analizante. Lo que no debe quedar reducido a una cuestión de sentimientos. Hay letras en las cuales leer, y que nos dirán de qué son efectos los afectos. Como resumen relataré y analizaré una

historia a través de algunos de los operadores que suelo utilizar. Será la historia del "gallego" Soto, extractada del relato producido por Tabaré de Pompcya, en *Conectándonos*, la revista de la CTA¹.

El valor de saber huir y el diagnóstico en movimiento

'No soy carne de perro'. Eso dijo en la asamblea: 'si es para pelear, me quedo. Morir entregado, nunca'. Pero los compañeros han pactado la rendición con el ejército de Yrigoyen. Está solo, o casi solo. La oratoria no alcanza. En algún lado los hombres que han incendiado la Patagonia prefieren el perdón. La mente busca un resquicio, para que no la asalte el temor de ser cobarde. Es la noche trágica de la 'Patagonia rebelde'. Para su suerte y desgracia, Soto, el 'gallego' Soto, nombre con el que pasaría a la historia, no se equivocó. Los rendidos fueron torturados, muertos, y la noche se llenó de gritos de los condenados en la estancia 'La Anita'. Por no ser carne de perro Antonio Soto sigue el tránsito de la vida, muere muchos años después. Las banderas que llevó hasta el final fueron las mismas. Tuvo en ese tránsito, amores, mujeres e hijos. Es una historia para contar a nuestros hijos, había una vez un hombre que se llamó Antonio Soto, y huyó como un valiente, porque 'no soy carne de perro'. Analicemos. Se plantea el problema del valor (como tal y como valentía). Soto lo resuelve a través del rechazo a tornar absoluto al ideal fálico, en esa ocasión, el de la valentía. Hay una parte del texto donde dice que seguramente temía ser cobarde porque huía. ¿Cuál fue el valor ahí? El resultado de un cálculo, en relación a la circunstancia y el contexto. Resultó de una operación simbólica. Para sentirse falso imaginario, dejarse reducir a objeto *a*, en su forma de resto, escoria. Decide: "Huir, para no ser carne de perro". Referencia al destino que corrían las jaurías bajo las balas de los Remington de los estancieros. En el discurso del amo (en esa ocasión los estancieros) Soto es amenazado de ser transformado en resto mortal, por el ejército, que en esa circunstancia trabajó para los estancieros. Forma parte de la verdad de ese discurso, el miedo de los estancieros a los obreros que se rebelaron. Soto elige entre libertad o muerte. El azar, lo favoreció. No se entregó a una falsa solidaridad. Gracias al saber que portaba, según el cual advirtió: "Os fusilarán. No se entreguen. Continuemos". El dicho, que más que tal es un decir, "no soy carne de pe-

CLASE ABIERTA

"¿Por qué Castoriadis?"

Psicoanálisis, Filosofía y Política

31 de mayo de 21.15 a 22.30 hs. (entrada libre y gratuita, con inscripción previa)

SEMINARIO "PSIQUE Y SOCIEDAD. INTRODUCCION AL PENSAMIENTO DE CORNELIUS CASTORIADIS"

Docente a cargo: Yago Franco

Objetivo: Revisar -desde la perspectiva de este autor- la articulación entre la psique y la sociedad, para abordar ambos términos desde esta perspectiva

Seminario organizado en dos módulos de dos reuniones cada uno

Módulo A: **La Psique** - Módulo B: **La Institución de la Sociedad**

Lunes 7 y 14 de junio; 5 y 2 de julio de 21 a 22.30 hs.

Arancel \$ 20 cada módulo

ro" es muy importante, porque le permite desidentificarse del lugar a, de objeto deshecho al que lo condenaban. Como artista y científico de la lucha, convoca a otra cosa. En ese momento está asustado por lo que está ocurriendo y por lo que a él le puede ocurrir. Alguien dijo, y tiene razón, que la valentía no está en no sentir miedo, sino en hacer lo que uno cree a pesar del miedo. Estaba asustado, a la vez que decidido. Dividido entre susto y decisión. Su saber en ese momento: ("os fusilarán"), podría haber producido en los asambleístas un nuevo significante, "pelcar" o "retirarse". Pero al quedarse, dentro del discurso del amo, identificados al lugar de la escoria, fueron fusilados. Antes de fracasar en la asamblea con su acto, hace una rotación y se propone como amo. Les quiero mostrar que la cuestión del amo no es una cuestión sólo en relación a la propiedad, como se supone tradicionalmente, sino a una posición en la estructura de discurso. Les indica: "Peleen". En posición de amo,

asustado, pero decidido. Fue desoído. "Peleen, si es para pelcar, me quedo". Es la decisión a la lucha a muerte, al riesgo. Si lo hubieran escuchado se hubiera producido un plus en relación al saber, que no se produjo. En la asamblea no tomaron su decir. Los líderes fueron asesinados y los demás entregaron la bolsa, para gozar de la vida. En un nuevo giro él se posicionó como histérica, en el sentido de seguir disputando con los amos sobre su valor de objeto, al tiempo de escurrirseles. No creo que al "gallego" Soto se le hubiera ocurrido analizarse. Creo que del lazo sindical, hizo su *Sinthôme*, persiguiendo hasta su final un ideal. Para lo cual, es evidente, no se crucificó como tributo al goce, a ningún discurso, ni a ningún lugar en un discurso. Por eso no necesitaba analizarse, aunque tal vez para sus familias, haya sido un hombre difícil. Nos encontramos entonces, con que otro diagnóstico a hacer en cada caso, es: si precisa o no analizarse.

I. Central de los Trabajadores Argentinos

Carta de Sigmund Freud a Edoardo Weiss

9-2-1934
Viena XI, Berggasse 19

Querido Doctor:

Es muy difícil en un caso semejante asumir la responsabilidad. Por esto quiero rehusar explícitamente aconsejarle, y quiero tan sólo decirle lo que me parece del caso y lo que, por experiencia, haría, sin comprometerlo a usted a nada.

Estos enfermos son muy peligrosos, tanto más, cuanto más inteligentes son, ya que no utilizan su inteligencia para dominar sus pasiones sino que la ponen a su servicio. Con la señorita N. N. hay además dos otros momentos de peligro. Primero, que conoce perfectamente la importancia especial que tiene su recuperación para la causa de usted. Después, que ha obtenido de usted una vez una gran concesión. Opino que no debería haberle permitido cambiar la posición prescrita por una más agradable. Rara vez he logrado la curación de

una histeria tan grave sin fallas y secuelas. En general tuve que abandonar el tratamiento, a menudo en un estado aparentemente grave, y después de haber la paciente satisfecho de este modo su resistencia, su transferencia hostil, se permitía sacar de la cura los beneficios de que ella era capaz, y lograba -más tarde y espontáneamente- una mejora considerable, naturalmente ninguna solución completa, una parte quedaba rezagada y el médico, en todo caso, se veía privado de su triunfo. Si los padres son muy comprensivos, se les puede preparar para este resultado, pero no se encuentran muchos. Se pueden señalar afectos a posteriori parecidos, por ejemplo, en las curas de Bad Gastein. De los sueños de su paciente se deduce que se le quiere escapar, y creo que lo va a hacer. Le tomaría la delantera y le propondría una interrupción de unos 6 meses con la oferta de volverla a tomar si ella lo quiere y todavía lo necesita. No prometerle curación en este intervalo, pero insinuar esta posibilidad a los padres, sin que se lo digan a ella.

Con cordial saludo

Suyo Freud

Reflexión de Edoardo Weiss

Esta carta me pareció muy importante. Mostraba que Freud conocía la dificultad de entender el yo de un paciente con el cual no se estaba en contacto durante mucho tiempo, y de reconocer sus reacciones. El analista debe abstenerse de generalizaciones demasiado extensas, pues incluso casos que parecen similares pueden en realidad ser muy distintos. En el tratamiento de cada caso individual, el analista tiene que confiar en sus sentimientos subjetivos y en la propia intuición. Las palabras de Freud "quiero tan sólo decirle lo que me parece del caso y lo que, por experiencia, haría, sin comprometerlo a usted a nada" demuestra que él sabía cuán importante es para el analista observar todos los movimientos emocionales del paciente, las expresiones de su cara y su voz; en resumen: hay que tomar en cuenta todas las reacciones del paciente a cada una de las explicaciones. Freud no había visto a esta paciente más que una vez en su consultorio, en mi presencia. Sacaba sus conclusiones solamente sobre la base de mis informes escritos.

No interrumpí el tratamiento, pues opinaba que la paciente no podría soportar semejante rechazo y que quería trabajar conmigo a pesar de todo. Me acordé de la indicación de Freud de no sentirme comprometido, y en varias situaciones fui al encuentro de las necesidades de la paciente. No sólo le permití utilizar de vez en cuando el sillón en vez del diván, sino que le propuse acompañarla a la calle, ya que a menudo tenía miedo de abandonar mi casa. Reaccionó muy favorablemente a esta actitud; su tratamiento progresaba constantemente, y después de un análisis exacto del sentido de sus ataques pudo librarse de ellos totalmente. Finalmente encontró un hombre que la atraía y con el cual se casó. Era capaz de gozar de su sexualidad. Cuando yo me marché a los EEUU estaba encinta.

Correspondencia
Sigmund Freud- Edoardo Weiss
"Problemas de la Práctica
Psicoanalítica".
Editorial Gedisa, Barcelona,
1979.

CScom

Internet Provider



- ✓ INTERNET COMERCIAL PARA EMPRESAS
TARIFA PLANA CON 0610. (USO LIMITADO) \$ 24.50
- ✓ PAGINA WEB COMERCIAL CON 10 Mb DE
ESPACIO EN EL SERVIDOR
- ✓✓ DOMINIO PROPIO (.WWW.SU EMPRESA.COM.AR).
- ✓✓ 3 CASILLAS DE E-MAIL (POP) \$ 25.50

Los precios no incluyen IVA

CScom Internet Franquicias Argentina

- ✓ Promoción CScom sea proveedor en cualquier punto del país.
- ✓ CScom le lleva el nodo a su localidad.
- ✓ Instalación de router, modems y punto a punto.
- ✓ Mantenimiento remoto.

Todo lo que parecía difícil, ahora a su alcance.

Con la garantía y la responsabilidad de

CScom Internet Soluciones.

Informes y Ventas al

Tel. (011) 4345-6611 rot.

e-mail: ventas@csc.com.ar

Se difundió en el pasado mes de marzo la noticia de que se cumplían cien años del descubrimiento y comercialización de la aspirina (el ácido acetil salicílico sintetizado por Hoffman en Alemania). Coincidentemente, Freud, en Viena escribía *Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis* (1892-1899)¹; *La Histeria*: "El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos", "Historiales Clínicos" y "Psicoterapia de la Histeria" (1895)².

¡¡... Venga del aire o del sol, del vino o de la cerveza, cualquier dolor de cabeza se quita con un geniol...!!

¿Cómo olvidar esta pegadiza publicidad radial o aquella cabeza llena de clavos, ganchos y alfileres de los afiches publicitarios de los años cincuenta en la cual se alude a que el placer produce dolor?

A un siglo del descubrimiento de Hoffman y de Freud la industria farmacéutica movilizó al periodismo con el lanzamiento del *Viagra*, la droga para revertir la impotencia masculina. Mucho se discutió sobre la conveniencia de su uso y sus efectos colaterales; se brindaron cifras de consumo en todos los países, de muertes que provocó. Pero el *Viagra* no abrió un debate sobre la sexualidad en nuestros días, marcada por el SIDA, fantasma que ha hecho retrotraer los intercambios sexuales a una época que creíamos superada. En los sesenta, la aparición de los anticonceptivos orales sí instaló en la cultura una gran discusión que puso bajo el microscopio la sexualidad de aquellos días, ya que más allá de los beneficios o perjuicios de "la píldora", el debate no giraba en torno al control de la natalidad, que tanto le interesaba a los países centrales, sino sobre la premeditación de la mujer al acto sexual.

El ideal femenino de la primera mitad de este siglo fue *la mujer carente de deseo*, pero el tabú de la virginidad, que juntamente con la exogamia y la monogamia habían regulado las relaciones sexuales en Occidente, cayó en desuso luego de los años 50. El orgasmo femenino se instala en el coito como algo saludable y normal, pero también como una exigencia, tanto para la mujer como para el varón. Muchas de las demandas de análisis de esos años tenían que ver con este aspecto del coito, llegando en algunos casos a supeditar todo el placer de la pareja a la obtención del éxtasis femenino. Una mujer virtuosa, hasta ese momento, se había convertido en frígida. Un varón, rápido en el coito, que *molestaba poco a su virtuosa mujer*, se convierte en eyaculador precoz e impotente. Una pareja que decidía llegar virgen al matrimonio era reprimida y antigua. "La píldora" se instala en ese cambio de significaciones por el cual atravesaba la cultura.

La farmacología ocupa espacios de acuerdo con los momentos que atraviesa la cultura -si el ideal es represivo asocia placer a dolor por ejemplo-, y puede cambiar, más allá de las propiedades de sus productos, adecuando los mismos a las expectativas sociales o generando nuevas demandas.

El psicoanálisis, fundado en el estudio y tratamiento de las consecuencias de la represión sexual, tiene terapias largas y costosas a las que hoy pocos pacientes pueden acceder. Al respecto, Freud escribió en 1913: "En general, no puede esperarse de nadie que levante con los dedos una pesada mesa

La sexualidad en los tiempos del Viagra



Inhibición, síntoma y adaptabilidad

Alfredo Caeiro
Psicoanalista

como podría levantar un ligero escabel, ni que construya una casa de siete pisos en el mismo tiempo que una choza; pero cuando se tata de neurosis hasta las personas más inteligentes olvidan la proporcionalidad necesaria entre el tiempo, el trabajo y el resultado... Un enfermo al que, siguiendo sus deseos hubiéramos libertado de un síntoma intolerable podría experimentar a poco la dolorosa sorpresa de ver intensificarse a su vez, hasta lo intolerable, otro síntoma distinto benigno hasta entonces".³

A continuación, presentaré dos casos en que los pacientes padecían impotencia genital, a fin de ilustrar estos conceptos.

Caso 1:

Raúl llega muy ansioso a la consulta, derivado por un psiquiatra de su obra social. Trabaja como obrero en una empresa. A mi pregunta sobre su motivo de consulta, responde con otra: "¿El doctor López no le contó?"

—Prefiero que me cuente Ud.

—Bueno, no ando bien... de lo que Ud. se imagina. Bueno, cuando estoy con mi novia, no ando bien.

La impotencia es inenunciable.

Raúl, de 38 años, separado de Norma, tiene dos hijos con ella (varón de 16 y mujer de 13). Perdió a su padre a los ocho años y vivió muy modestamente con su madre, que trabajaba de lavandera y que volvió a casarse (fallece cuando éste tiene 19 años). Raúl se casa a los 21. Desde su separación, mantiene relaciones con prostitutas, con las cuales no tiene problemas. Sus hijos viven con él, desde que Norma formó nueva pareja.

A Raúl le cuesta mucho hablar: "siempre fui muy callado, por eso las maes-

tras me querían... Tengo que entrar en confianza".

Con el transcurso de las sesiones, comienza a parecer más distendido: "¿Y, Doc, qué quiere que le cuente hoy? Hablamos, hablamos, y 'el bicho' no responde". "El Dr. López dice que para esto no hay remedios". "¿Ud. no será como doña Flora, la de mi barrio, que curaba con palabras? A mí siempre me curaba el empacho". Se refiere a su impotencia: yo no le doy remedios, pero él me da un lugar en la transferencia; alguna eficacia era dable esperar.

Comenzamos a hablar de Luisa, su novia, bastante más joven que él, no viven juntos pero se ven casi todos los días, los chicos se llevan muy bien con ella.

Relata su impotencia: "Doc, es terrible estar caliente y que *el asunto* no responda. Lo peor es que la quiero y ella me quiere". Ante esto último, me pareció notar que el escollo era el amor. El amor era *peor* que quedarse insatisfecho. Trabajamos en esto, en sus relaciones con prostitutas; con ellas era posible, con Luisa no. "Lo peor es el amor", enigma a descifrar. Después de varias sesiones llega casi eufórico, ya que había podido tener dos veces relaciones con Luisa: "La primera no fue muy buena, casi me fui en seco, pero respondió, y la segunda fue al otro día, bastante bien". Seguimos trabajando el amor como obstáculo: "No sé por qué tengo miedo a perderla... No dudo de ella, será porque la quiero tanto".

Si bien a Raúl de por sí le costaba hablar, aquí las palabras se encontraban con un muro, ¿por qué la podía perder? Lo que hasta ahora sabíamos era

que se amaban y que ese amor era obstáculo para la sexualidad.

El paciente falta a dos sesiones; en la segunda llama por teléfono a posteriori: "no pude ir... después le explico". Cuando vuelve, llega muy mal, casi no puede hablar, se le notan las ganas de llorar: "No sé qué me pasó, casi la mato; nunca le había pegado a una mujer, no es de hombre. Estábamos como siempre, no sé lo que me dijo, una pavada, y le empecé a pegar, no sé por qué... (llora)... ¿cómo le voy a pegar si la quiero?"

Fue imposible trabajar durante esa sesión, pero me quedó claro que las palabras que no aparecían estaban en acto, que el mecanismo sugestivo de la transferencia (Doña Flora) algo había movilizó en las defensas del Yo. Había desbloqueado el deseo sexual, pero también un impulso agresivo. En las sesiones posteriores él trató de develar este nuevo enigma: ¿por qué le pegué? Quería reconstruir el momento anterior a los golpes, todo era muy confuso, las palabras de Luisa (la pavada) no parecían significativas.

Reconoce haber estado irritado desde el día anterior y no saber por qué. Intento hacerlo pensar que quizás no fuera Luisa el motivo de su impulso agresivo, que se trata de cosas que le habían pasado con otras mujeres, con su madre o con su esposa, quizás. "Yo no puedo creer que le pegue a Luisa por cosas del pasado. Mi vieja fue una santa, mi padrastro era jodido, me fajaba, pero en esa época a los pibes se les pegaba para educarlos, ...yo a los míos jamás los toqué..., me daba bronca, pero era para mi bien..."

Interrogo sobre el matrimonio; "Todo fue más o menos bien, hasta que nos fundimos con el boliche que teníamos, una tiendita, ella decía que yo no era emprendedor, que era un fracasado. Entonces entré a la empresa, desde abajo, como ahora... Norma dijo que se quería separar, porque no me iba a dar de comer ella a mí, pues le iba muy bien con la costura, siempre fue modista, y que la tienda se fundió por culpa mía. Me fui a vivir a una pensión, pero yo creí que era por un tiempo; al año y medio se metió con el tipo éste. Fue un balde de agua fría..."

—¿Le dio bronca?

—Y, qué sé yo, que Dios los ayude. Por suerte los chicos no se lo bancaron y se vinieron a vivir conmigo.

—¿Por qué por suerte?

—...y bueno, los extrañaba. ¡Yo nunca les hablé mal de la madre, pero es una hija de puta!

Raúl nunca pudo develar el por qué de ese episodio. No podía creer en mis señalamientos con respecto a sus broncas contenidas con su madre y con Norma.

Como su sexualidad se fue más o menos estabilizando: "mire, Doc, no es de diez, pero salvo la ropa" y Luisa no lo dejó, antes de cumplir seis meses de tratamiento lo interrumpió diciendo que lo retomarí, pero nunca lo hizo.

Caso 2:

Miguel, de 35 años, pide análisis por sugerencia de su esposa Sonia, pues ella cree que él podrá vivir mejor con esta experiencia. Es hijo de un matrimonio judío sefardí; su padre era viajante cuando él era niño, por lo que fue educado fundamentalmente por la madre. Es Lic. en Administración de Empresas, actualmente gerente de una importante firma. Se casó a los 25 años y tiene dos hijos varones. Concu-

rrer los fines de semana a un country donde hace deportes. Relata una experiencia traumática: a los 21 años sufre un accidente de tránsito, en el mismo muere una persona y él queda gravemente herido (Miguel manejaba su auto). Este tema ocupa los primeros tiempos de su tratamiento, como así también el hecho de haber sido despedido de su trabajo por la venta de la firma.

En una sesión refiere, casi sin darle importancia, que en algunas oportunidades, durante las relaciones sexuales con Sonia, pierde la erección, que le ha ocurrido esto en los últimos tiempos algunas veces: "yo creo que fue por cansancio, y ahora con esto del trabajo". El tema reaparece. Lo del trabajo se ha superado, pues se asoció con su padre en el negocio y ahora administra su propia empresa. Lo invito a trabajar sobre la sexualidad: "Fui un poco corto, me costaba mucho relacionarme con las chicas, no sabía qué decirles. Entre los 16 y 18 años, nos las arreglábamos con prostitutas, pero en la facultad, fue distinto, me solté. Tuve varias noviecitas, con una mantenía relaciones, pero no me podía casar porque no era judía, así que la corté. Después vino el accidente, cuando empecé a salir de nuevo no quería manejar, el coche era una ayuda para el levante... Después, a los 23, conocí a mi esposa y las cosas volvieron a estar bien, ella era y es muy linda."

Después de varias sesiones: "hago de todo: cuando pienso que voy a tener relaciones no hago deportes, pero ahora es siempre igual, comienzo bien y al rato chau". En una sesión refiere algo que me hace pensar que el problema se suscita durante el coito: "ya, mi mujer se está poniendo fastidiosa... el otro día no me dijo nada, pero la cara no era muy buena". Interrogo sobre el gesto de la mujer, "me pareció que se había fastidiado y allí se fue todo al carajo". Le indico que al gesto de la mujer él lo señala como de antes que se fuera todo al carajo. "Y, debe ser porque yo estoy más pendiente de mi erección que de hacer el amor."

Durante las sesiones siguientes trabajamos sobre el tema, y sobre los hábitos sexuales de la pareja. "Siempre fuimos muy fogosos, tanto ella como yo; la buscaba yo o me buscaba ella." En otra sesión: "Creo que Sonia me está castigando, hace como una semana que yo me hago el boludo, por miedo, y ella se duerme como si nada."

Pasan casi dos meses, el vínculo sexual de Miguel y Sonia se ha trastocado, el tema se convierte en una idea fija. Trabajamos su herida narcisista: "Y..., para un turco, vos sabés lo que significa".

En una sesión relata que había vuelto a tener relaciones con Sonia y que había notado el gesto de fastidio. "La fui a besar y me dio vuelta la cara..., todo venía bien y...". Le señalo, nuevamente, que quizás él perciba cierto rechazo por parte de Sonia, que le hace perder la erección. "No sé, tendré mal aliento". Después de culpársela varias veces, decide que lo mejor es conversar con ella.

Miguel no calculó que esa charla sería para él tan terrible. En cuanto sacó el tema, Sonia le confesó que quería separarse porque estaba enamorada de otro hombre, si bien en un principio no le dijo de quién, y además le aclaró que no tenía relaciones, que todo era platónico. Luego de que Miguel apuntara sus sospechas hasta sobre su sombra, Sonia confirma que se trata de un vecino del country, con el cual comparten muchas horas y que Miguel ha nombrado en la lista de sospechosos. Pero, indica Sonia, sólo han salido a tomar un café. El no le cree: "Le puso vaselina para que no me doliera tanto". Dejé pasar en ese momento la alusión a su orgullo anal maltratado.

Finalmente, Miguel y Sonia se separan. El sigue con su tratamiento y, cuando vuelve a mantener relaciones sexuales, los síntomas no se repiten.

En los dos casos seleccionados, la impotencia es secundaria, y aunque adquiere una profunda importancia para el sujeto, el conflicto que encubre es mucho más penoso.

En el primer caso, el sujeto se defiende mediante la impotencia del odio que guarda a la mujer, dado lo que había pasado con su esposa, su antiguo amor se había transformado en odio (le había sacado los hijos y la expresión "nunca les hablé mal de la madre, pero es una hija de puta", lo delata); su madre se había comportado de la misma manera, cuestión de la que no podía hablar porque "estaba muerta". Escindir la corriente amorosa de la genital, le permitía mantener el odio reprimido (relaciones con prostitutas) pero, al aparecer el amor, debía inhibir la genital. El síntoma se revierte cuando en la transferencia me puede colocar en el lugar de una mujer poderosa, buena y "que curaba", y aparece el verdadero conflicto. Obviamente, ese lugar lo podría haber ocupado incluso doña Flora misma; cualquiera, médico, curandero o farmacéutico, con Viagra o con cualquier placebo, le hubiera revertido la impotencia. ¿Y con la violencia? Con ella que se arregle la mujer.

Respecto de la formación de síntomas, Freud afirma: "Mas habiendo referido

nosotros el desarrollo de la angustia o la situación peligrosa, preferimos decir que los síntomas son creados para liberar al Yo de tal situación; si la formación de síntomas es impedida, surge realmente el peligro... Así pues, la formación de síntomas logra realmente el resultado de suprimir la situación peligrosa. Tal formación tiene dos aspectos: uno oculto a nuestra percepción que establece en el Ello aquellas modificaciones mediante las cuales es sustraído el Yo al peligro, y otra visible que nos muestra lo que ha creado en lugar del proceso instintivo influido, o sea la formación de sustitutivos..."⁴. En el segundo de los casos relatados, al sujeto lo perturba durante el coito la percepción del rechazo de su mujer, entonces suprime de la conciencia la imagen dolorosa, y la pérdida de erección es la respuesta más adecuada a ese rechazo, pero se gana un problema distinto: es responsable de la insatisfacción de su mujer. Por eso, cuando ve el rechazo de la misma, lo interpreta como justo por sus repetidos fracasos.

Notas

1. Freud, Sigmund. *Obras Completas*, Tomo I. Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
2. *Ibid.*
3. Freud, Sigmund, *La iniciación del tratamiento en la técnica psicoanalítica*, pp. 337/38. Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
4. Freud, Sigmund, *Inhibición, síntoma y angustia* (1925), p. 1240. Tomo I. Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
5. Freud, Sigmund, op. cit., pág. 1216/17.
6. Freud, Sigmund, op. cit., y *El Yo y el Ello* (1923), Cap. V. *Las servidumbres del Yo*. Tomo I. Editorial Biblioteca Nueva, 1948.

Nuevos caminos en la terapia psicoanalítica

Pongámonos rápidamente de acuerdo sobre lo que debe entenderse por esa actividad (se refiere al concepto de "actividad" del analista de Ferenczi). Acotamos nuestra tarea terapéutica por medio de estos dos contenidos: hacer conciente lo reprimido y poner en descubierta las resistencias. Por cierto que en ello somos bastante activos. Pero ¿debemos dejar luego al enfermo librado a sí mismo, que se arregle solo con las resistencias que le hemos mostrado? ¿No podemos prestarle ningún otro auxilio que el que experimenta por la impulsión de la transferencia? ¿No parecería lo indicado socorrerlo también trasladándolo a la situación psíquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto? Además, el logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en modificar esta última interviniendo de la manera apropiada? Opino que esta clase de actividad en el médico que aplica tratamiento analítico es inobjetable y está enteramente justificada... Me conformaré con destacar un principio que probablemente sea soberano en este campo. Postulo lo siguiente: *en la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación -de abstinencia-...*

...Nuestra técnica creció en el tratamiento de la histeria y sigue ajustada a esta afección. Pero ya las fobias nos obligan a sobrepasar la conducta que hemos observado hasta el presente. Difícilmente dominará una fobia quien aguarde hasta que el enfermo se deje mover por el análisis a resignarla: él nunca aportará al análisis el material indispensable para la solución convincente de la fobia. Es preciso proceder de otra manera... Una espera pasiva parece todavía menos apropiada en los casos graves de acciones obsesivas; en efecto, estos tienden en general a un proceso de curación "asintótico", a un tratamiento interminable, y su análisis corre siempre el peligro de sacar a luz demasiado y no cambiar nada. Me parece dudoso que la técnica correcta sólo consista, en estos casos, en esperar hasta que la cura misma devenga compulsión (Zwang, "obsesión"), para sofocar entonces violentamente con esta contra-compulsión, la compulsión patológica. Pero, como ustedes comprenderán, con estos dos casos no les he presentado más que unas muestras de los nuevos desarrollos que aguardan a nuestra terapia...

...Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica... Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes... cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones... Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo.

Fragmentos del texto de Sigmund Freud "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (1919 [1918]) Amorrortu editores, obras completas, tomo XVII, Buenos Aires, 1976.

Taller El deseo no se rinde (la sexualidad en los tiempos del Viagra)

Coordinación
César Hazaki y Alfredo Caeiro

Jueves 10 de Junio - 21 hs.

Inscripción: Telefax: 4551-2250

e-mail: topia@ba.net

Tomás: o cómo maldecir la exclusión

Juan Carlos Volnovich
Psicoanalista

Insoportable. Lo menos que pudiera decirse de Tomás es que había logrado consenso: nadie lo aguantaba. Siete años de vida le habían bastado y sobrado para conseguir que la familia no lo quisiera, para que lo expulsaran de la guardería, del jardín y de la escuela (o, para ser más exactos, de las escuelas en las que habían intentado incorporarlo), para que las psicólogas se pusieran de acuerdo en interrumpirle los tratamientos y para que el sistema de salud - varios servicios de psicopatología de hospitales públicos y privados - compitieran entre sí desplegando todos los recursos conocidos para sacárselo de encima. Finalmente, lo había logrado. Estaba afuera de todo, pero en un afuera infernal...

Así, sufrido, transitaba por ese espacio de nadie -es decir: de todos-, consiguiendo a costa de desafiar a las instituciones que, descolocadas, no sabían que hacer con él. O sí: sabían excluirlo. Loco, furioso, torbellino de rabia, erupción de violencia, inquietud caótica,

reacciones imprevisibles, no quedaba otra: había que medicarlo. Si desde fuera nada podía controlarlo, pues entonces, a intentar hacer algo para tranquilizarlo desde dentro. Esto es: ¡Al psiquiatra para que le recete algún "calmante"! Los psicofármacos, como todo el mundo sabe, son un recurso insustituible e ineludible para estos "casos". Tomás iniciaría, así, el camino de la psiquiatría que le auguraba un destino más integrado, con menos padecimiento para él y para los demás o, al menos, con más posibilidades de ser tolerado por la familia, la escuela o el hospital. Fue ahí, en ese momento -cuando el psiquiatra lo había indicado, cuando un cierto alivio había invadido a todos en base a la esperanza de que, todavía, algo se podía hacer- justamente ahí, cuando sucedió lo imprevisible. La mamá se opuso terminantemente, impidió que lo medicaran, el papá convalidó esa decisión, y eso significó, lisa y llanamente, volver a foja cero.

Volver a foja cero

Tomás nació llorando y no paraba de llorar. Se crió vomitando y casi sin dormir. Pero el horror se instaló con la deambulación. Tiraba todo, tocaba todo, rompía todo. En una ocasión, sale sorprendentemente de la casa y al cruzar la calle lo atropella un coche, felizmente casi sin daño físico. ¡Ágil reacción del conductor! Mete los dedos en el enchufe; es suficiente que la madre se descuide un segundo para que abra la heladera y uno a uno tire todos los huecos al piso. "Para él no existen puertas ni ventanas". En realidad, no se sabe bien si es que las ignora o es que no resiste la tentación de traspasarlas. De la guardería lo devuelven a la semana. Del jardín, a los quince días porque muerde a los otros chicos y a la maestra le arranca un pedazo de brazo y se lo come. De hablar, ni hablar. "Entendiendo todo" pero sólo sabe gritar.

El análisis de Tomás

Siete años tiene Tomás cuando, vuelto a foja cero por la negativa de la mamá a medicarlo, los padres consultan en la Unidad de Psicopatología y Salud Mental de Psicopatología y Salud Gutiérrez. Allí se decide abordar la cuestión con un dispositivo de corte netamente psicoanalítico que incluye entrevistas del grupo familiar y tratamiento individual para Tomás.

En la primera sesión, Tomás entra al consultorio como una tromba, grita, corre sin sentido definido, se sube a las sillas y a los muebles, abre cajones del escritorio, le tira de la ropa a la terapeuta, pateo, repara en la caja de juegos y vuelca su contenido desparramándolo por todos lados. Pisotea los juguetes, hasta que tiene bajo su zapato a un hipopótamo de material tan duro

que no lo puede romper. Insiste en zapatear con saña y cuando, sorprendido, se da cuenta que no ha podido destruirlo, acepta el desafío, recoge el hipopótamo y lo estrella contra la pared. Es el momento en que, con el hipopótamo en la mano, mira a la terapeuta y perplejo -casi candorosamente- dice: "¡no se rompe!". Entonces, desprovisto, huye del consultorio antes de que la terapeuta pueda reaccionar.

Repite lo mismo en la sesión siguiente. Se escapa, corre escaleras abajo, se dirige a la calle hasta que, por pura casualidad, la mamá lo ataja en la puerta del hospital. "Lo emboqué justo", dice la mamá. A partir de allí la terapeuta decide impedir que Tomás vuelva a repetir esa fuga: durante las sesiones instala su silla frente a la puerta. Con la salida clausurada, con la analista sentada en la puerta, Tomás empieza muy precariamente a organizar su juego. La desafío permanentemente al tiempo que reconoce el lugar que ella ocupa en relación a él. Entonces, resignado, garabatea en el papel. En una sesión posterior hace una casa. "Es la casa de María Castañá", dice y, acto seguido: "Me quiero ir de mi casa".

No obstante, a pesar de que viaja de buena gana al hospital, se resiste con violencia a entrar al consultorio. La mamá solo puede "meterlo" a costa de forcejeos, empujones, arrastrarlo por el piso, darle tirones en el pelo. Cuando en la sesión con el grupo familiar surge la posibilidad de que recaiga en el padre la tarea de llevarlo al hospital, la cosa cambia. Tomás llega a las sesiones con el papá y desaparecen, abruptamente, los berrinches. Es ahí cuando Tomás inventa un juego. "¡Voy a jugar al fax!".

El fax

El juego consiste en dictar maldiciones, insultos, palabras soeces para que la terapeuta las escriba en una hoja que él después pasará por debajo de la puerta hacia la sala donde el papá espera. Ante algún descuido de la terapeuta o del papá, pasará también su "fax" por debajo de la puerta de otros consultorios del servicio. Emerge, así, una doble superficie: emergida pero existente: superficie de la sesión hecha de tiempo y espacio que separa lo que está dentro de lo que está afuera; superficie de la hoja de papel que soporta el mamarracho sin espesura primero, el contorno después y, finalmente, la "mala palabra" escrita. El juego del "fax" deja lugar al de "las balas venenosas".

Las balas venenosas

Ahora se trata de inventar una ficción en la que es atacado por su propia familia con balas venenosas. En esta construcción lúdica, la terapeuta es una vecina que tiene la ambulancia muy acotada: llamar a la ambulancia para que un médico le extraiga las balas ve-

nenosas, y a la policía para evitar a tiempo la agresión a la que está expuesto. Primero, los ataques con las balas venenosas los recibe en el seno del hogar. Solo después "en la casa de al lado donde vivo solo". Nuevas superficies: las casa vecinas separadas por la medianera, la piel transgredida por las balas que irrumpen envenenadas en el interior del cuerpo como mandatos, deseos avasallantes de los padres. A eso se agrega la información que viene del grupo familiar: palizas, castigos corporales que se alternan con caricias excesivas prodigadas por la mamá con la mejor intención de apaciguarlo para que se duerma... con el pulgar de la mamá en la boca.

Cortar cabezas

Si el juego de "las balas venenosas" vino a reemplazar al "fax", el de "cortar cabezas" ocupó el lugar de "las balas venenosas". Ahora son muñequitos de plastilina trabajosamente armados que pelean entre sí. El desenlace es previsible: el cuerpo a cuerpo acaba con los muñequitos degollados. Entonces, empieza la reconstrucción. La terapeuta deberá armarlos nuevamente, pegarle la cabeza al cuerpo para poder desplegar, una y otra vez, la lucha.

Evolución

Pasaron seis meses desde el inicio cuando las vacaciones interrumpen el análisis. Tomás se incorpora a la escuela y, para bien o para mal, se adapta sin dificultad. Con más rapidez aún, aprende a leer y a escribir. La mejoría de Tomás es notable y trasciende su subordinación al decálogo de las buenas formas y de la "salud mental"; tiene que ver con el reconocimiento de que allí hay algo que "no se rompe". El análisis se convirtió de esta manera, en el espacio que permitió el despliegue de los aspectos más locos de Tomás y también en el lugar donde pudo empezar a construir una superficie capaz de contenerlos. Tomás, junto a la institución hospitalaria, a su familia y sus analistas, fueron armando un soporte para aquello que las expulsiones sistemáticas. Así, la cura de Tomás progresa a partir de la posibilidad de sostener y ser sostenido en un espacio terapéutico que funciona como catalizador. Punto de partida que ha sido, también, punto de llegada o, si se quiere, inflexión, línea de fuga. El análisis acompaña y ayuda para que Tomás transite el camino de la construcción de los símbolos que le darán un cuerpo y un "ser"; poder estar en el mundo de una manera menos sufrida, sintiéndose más deseado y más "deseoso". Pero, sobre todo, lo autoriza a autorizarse a jugar no la repetición sino la innovación. Por eso, cuando aclara el "para bien o para mal, Tomás se adapta..." lo hago para recordar que no es función del análisis ni intención de la analista "adaptar" a nadie. Esa tarea se la dejamos a la Psicología del Yo o a aquellos psicoanalistas que consideran que curar es normalizar.

El caso es que la mejoría de Tomás es muy notable solo que, como ya es habitual, coincide con un desequilibrio familiar que se expresa en una profunda depresión de la mamá ("necesito que me mediquen"). Para algo como echando el trabajo y la familia corre se-



rios riesgos de ser desalojada de la vivienda que hasta ese entonces ocupaba.

Conclusiones

Si propongo este fragmento clínico para el tabloide que **Topía** destinó a la clínica -y, muy especialmente al psicoanálisis que cura- es porque pienso que en la condición de "insoponible" con la que Tomás nos desafió, todo se anuda, la trama confluye y torna inútil la pretensión abarcativa de comprender psicoanalíticamente -o sólo psicoanalíticamente- el síntoma y su destino. La locura furiosa, los ataques de rabia, la erupción de violencia y la inquietud caótica de Tomás condensan una historia individual, familiar y social que aparecieron en el tratamiento y que torna interminable su análisis. Sería esquemático y simplista establecer una continuidad entre el fantasma, la familia y lo social. Todo se superpone. En la historia de Tomás estas tres versiones hacen coalescencia o telescopan las escenas. Y esas escenas nos interpelan.

Si propongo el fragmento clínico de este pibe asistido con recursos psicoanalíticos junto a su familia en el servicio de un hospital público, es para buscar en su lectura, el trazo elocuente de **nuestros** síntomas y de **nuestra** historia. Este "material clínico", esta locura encarnada en Tomás es, claro está, núcleo de verdad histórica. Testimonio violento. Marca de violencia. Exclusión, expulsión frente a la que sólo se puede reaccionar tornando activo aquello que se padece pasivamente: haciéndose echar a un afuera que no existe y que, por lo tanto, debe inventarse. Tomás actúa una amenaza de exclusión y una exclusión concreta que nos incluye a todos. Como en un juego de cajitas chinas allí está el pibe excluido de una escuela atendida por una maestra excluida de una institución (Ministerio de Educación) excluida del presupuesto nacional. Allí está el pibe excluido de su terapia por una psicóloga excluida (o, ni siquiera incluida) por un servicio excluido de la estructura hospitalaria que, a su vez, está excluida del sistema de salud que está excluido del presupuesto nacional. Allí está el pibe excluido de una familia constituida por un padre excluido del mercado laboral y una madre nunca incluida que están a punto de ser desalojados, esto es, excluidos de la clase social a la que hasta ahora pertenecieron. Y así, siguiendo.

Entonces, ¿de qué violencia hablamos? ¿La de Tomás que lo convierte en un chico insoponible, o la violencia de un contexto expulsivo que no se soporta más? ¿Violencia con la que Tomás "consigue" que lo echen, o violencia de una escuela, de un sistema de salud, de una familia que abandona porque, a su vez, es abandonada por un estado que se desresponsabiliza de sus funciones? ¿Violencia de un psicoanálisis que impone normas de salud y enfermedad -y, por lo tanto, criterios de curación preestablecidos vaya uno a saber por quién y desde qué lugar teórico, ideológico y político- o violencia de un saber que, aliado al desencanto posmoderno, junto con la renuncia a curar, renuncia a la posibilidad de que algo cambie y acepta con resignación que todo siga igual?

Decir que las infinitas expulsiones que Tomás se supo conseguir cuestionan

nuestra función como profesionales, mi historia personal y la de una multitud de analistas que, día a día, son víctimas de la marginación; que son echados, ignorados y excluidos de los hospitales, de los centros de salud, de las universidades y de los institutos de investigaciones, es decir algo, pero no todo. A Tomás nos une un mismo sufrimiento. Nos une, o nos separa, un mismo destino de excluidos, culpabilizados por resistir -con sordina o a los gritos- el abandono. A Tomás nos une un mismo sufrimiento, un mismo destino de excluidos y abandonados pero, también, la firme decisión de resistir, el empeinado esfuerzo por defender nuestro lugar en este mundo, una irreductible apuesta a la esperanza que el dispositivo psicoanalítico del hospital encarna.

Entonces, ¿cómo usar nuestro saber? ¿Para explorar o para bloquear la singularidad de una historia personal que es también familiar y colectiva? ¿Cómo resuena, cómo ruga o silba la violencia de la exclusión en ese lugar analítico que nos convoca y nos incluye, atrapados, cautivos como estamos, en el mismo sistema de exclusiones, cualquiera sea nuestra ideología y nuestra salud mental?

Podría decir que Tomás es el carretel de una mamá que tiene, como él mismo, fallado su fort-da. Con Ricardo Rodolfo, afirma que en Tomás otra falla antecede a la del fort-da. Podría decir que el maltrato y la violencia simétrica e inscripta con signo contrario padece por ambos padres a lo largo de su historia, en nada es ajena a la violencia ejercida y sufrida por Tomás. Con Esther Bick y con Anzieu podría reflexionar acerca de la piel como función y la dialéctica continente-contenido tal cual la entiende Bion. De transicionales espacios winnicottianos, del niño síntoma y vocero del discurso familiar al estilo de Maud Mannoni, del diferente destino -yoico o superyoico- de los significantes que los Lefort dilucidaron, de la construcción del símbolo y de la instalación de la Ley del padre como la quiere Lacan y Doltó, de todo esto podría escribir y transcribir, también, lo que circuló en el ateneo clínico al que antes aludí. Podría traer aquí a Melanie Klein, a Sami-Alí con su cuerpo-espacio y hasta el pliegue de Deleuze, pero pienso que no es oportuno glosar lo conocido ni ponerse en obediencia o en ruptura con los textos fundadores. Hacer teoría escapa a la intención de este tabloide pero no puedo eludir puntualizar que, ante la historia de Tomás, ese momento donde la clínica se hace novela, no es fácil resolver el problema de la neutralidad terapéutica. Para un (y una) psicoanalista de niños, especialmente si trabaja en una institución hospitalaria, no es fácil dilucidar esta cuestión. ¿Quién puede analizar a un niño soslayando el proyecto de exclusión social que nos toca vivir? La Historia no perdonaría tamaña cobardía como tampoco perdonará la simplificación.

Traer la exclusión al espacio analítico, al campo de lo hablable, no es operación inocente, aunque sea necesaria e ineludible. La exclusión, excluye la palabra. De ahí que analizar a Tomás supone aceptar la responsabilidad de matar el silencio, integrar su pasado y construir un porvenir, misión que debería realizarse tan lejos de la identificación con su lugar de víctima, como

de la posición de *voyeur*. Analizar a Tomás es, en última instancia, aceptar el compromiso de pensar la exclusión también en términos de la tragedia edípica.

¹ El "caso" fue presentado por la Lic. Mariana Pedrini en un ateneo clínico del área de 6-9 años que coordina la Lic. Mariel Franceschi. Algunas de las conclusiones que aquí se incluyen corresponden a lo que circuló en ese ateneo.

Esto es, reconocer que no hay clínica psicoanalítica sin el enigma subjetivo y social que plantea el síntoma, ni hay cura sin ese tiempo para comprenderlo.

La salud mental antes de la salud mental

¿Qué ideas tenían los argentinos, al final de la década del cincuenta, acerca de la salud mental? ¿Era esta una de sus preocupaciones? ¿Qué prejuicios tenían acerca de la enfermedad mental? ¿Qué información disponían acerca de los distintos tratamientos psiquiátricos?

Una investigación que realizan Floreal Ferrara y Milcíades Peña a través de una encuesta por muestreo durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1959, en las ciudades de Buenos Aires, La Plata, Rosario, Córdoba y Tucumán establecen algunas interesantes conclusiones.

Entre ellas aparece que el 90 % no nombra a la locura entre las enfermedades más temibles; el 64 % considera que la locura es esencialmente un comportamiento extremado y sistemáticamente distinto al que se considera normal. Solamente reconocen como "enfermedad mental" lo que clasificaríamos como una conducta psicótica violenta y agitada.

Cuando deben contestar acerca de las causas de la enfermedad mental, 3 de 4 personas consideran que las mismas son orgánicas, tales como las lesiones cerebrales o el alcoholismo. Los factores de orden biológico son los más mencionados. Luego le siguen los problemas psicológicos (conflictos familiares, amorosos, falta de cariño, etc.), pero son aún menores quienes mencionan las condiciones sociales como causa de la locura. Vale destacar que para el 52 % el "leer demasiado" era un hecho "muy importante" como posibilidad para volverse loco, quizás recordando al famoso Don Quijote de la Mancha que enloqueció al leer muchos libros de caballería.

La imagen popular de lo que era "enfermedad mental" no difería de la concepción vigente en la psiquiatría clásica. En este sentido se menciona a las psicosis más violentas y bizarras, pero también los actos inmorales y los delitos como patologías que se consideran psiquiátricas.

Tanto prejuicio desembocó en que el 62 % contestara que les desagradaría tener como vecino a un ex enfermo mental. Y que una de cada dos personas dijera que era una desgracia contar con un enfermo mental en la familia, si ello ocurría debía guardarse en secreto. Esto habla de los caminos que tenían que recorrerse para realizar un trabajo comunitario.

La población desconocía, en su mayoría, a los psiquiatras. Una de cada dos personas nunca había tenido la ocasión de conocer a alguien que hubiera sido tratado por un psiquiatra, mientras que tres de cada cuatro jamás habían conocido a nadie dedicado a la psiquiatría. (Recordemos que, en esa época, eran los únicos profesionales encargados de la salud mental)

En cuanto a los tratamientos conocidos por la población, el 45 % no sabía nada sobre los tratamientos psiquiátricos. Entre los que se mencionan, se encuentra el electroshock en primer lugar (32 %), seguido por el shock insulínico (12 %). En cambio la psicoterapia y el psicoanálisis fueron citados por tan sólo el 8 %. Por otro lado los sedantes, la religión y el confinamiento o el aislamiento fueron mencionados por el 19 % de los entrevistados.

Era comprensible que si la mayor parte de la gente suponía que las enfermedades mentales eran de origen biológico, los tratamientos más nombrados fueran los que actuaban sobre el organismo. Finalmente, el conocimiento acerca de la terapéutica no brindaba ninguna confianza en la curación. Por ello el 56 % opinó que la locura no podía curarse.

Un tema investigado fue la escasa importancia que se le atribuyó a las condiciones de vida sobre la salud mental. En este sentido 3 de cada 4 personas afirmaron que la pobreza tenía poca o ninguna importancia en las enfermedades mentales; el 61 % respondió que el exceso de trabajo no era importante y el 87 % que una migración del campo a la ciudad tampoco incidiría sobre la salud mental.

Los autores cierran el trabajo con el cruce entre prejuicios acerca de la enfermedad mental y actitudes conservadoras para finalizar diciendo: "Todo lo cual parecería indicar que para las personas de actitud básicamente conservadora la misión primordial del ser humano es adaptarse al orden social imperante, y cualquier incapacidad para adaptarse constituye -a los ojos de los autoritarios- una prueba, o en todo caso una presunción, de inmoralidad deliberada o incapacidad constitucional más bien que de trastornos en la salud mental. Por lo cual la psiquiatría resulta para esas personas básicamente conservadoras una especialidad más bien punitiva que terapéutica, y en todo caso misteriosa".

A partir del año 1957, con la creación del Instituto de Salud Mental, la psiquiatría comienza a participar en el denominado "campo de la salud mental" donde debe compartir su práctica con psicoanalistas, psicólogos, psicopedagogos y otros profesionales de la salud. La creación por Mauricio Goldenberg del primer Servicio de Psicopatología en el Policlínico de Lanús, el inicio de la carrera de Psicología en la UBA, la formación de Centros Comunitarios y el auge y difusión del psicoanálisis son factores fundamentales que contribuyen al debate ideológico y político de las décadas del sesenta y setenta. Esta situación lleva, necesariamente, a un cambio en las ideas y las prácticas sobre la "enfermedad mental".

Enrique Carpintero y Alejandro Vainer

(Este artículo forma parte de un texto que los autores están realizando, hace dos años, sobre la historia de la salud mental en la Argentina en las décadas del sesenta y setenta).

Lo innombrable. Psicosis y Curación

Yago Franco

La heterogeneidad reinante en el campo clínico de las psicosis, los insuficientes conocimientos que aún poseemos acerca de las mismas, la diversidad de posicionamientos teóricos existentes -tributarios, indudablemente, de la dificultad que plantea como entidad gnoseológica-, los impares resultados obtenidos mediante los tratamientos psicoanalíticos, me autorizan a adelantar que lo que sigue debe ser tomado como comentario sobre las posibilidades de curación que se abren en algunos casos de psicosis, y algunas sugerencias y puntualizaciones acerca del modo de conducir los tratamientos de los mismos¹.

Solo haré referencias a la etiología -tema dentro de las psicosis fruto de constante controversia- para mostrar cómo el trabajo en transferencia puede permitir llegar a entender la misma. Y en esto ya puede observarse una primera diferenciación en relación a Freud, para quien no habría posibilidad de pensar en transferencia en las psicosis: esto ha sido contradicho por la práctica clínica. Sin embargo, uno de sus últimos textos² -en el cual me basaré en gran medida para sostener las argumentaciones de este escrito- lo encuentra postulando la posibilidad del trabajo de construcción con psicóticos. Pero, ¿puede plantearse la posibilidad de la construcción por fuera de la transferencia? La respuesta negativa a esta pregunta no debe tomarse como la simplificación del problema, ya que el trabajo en y sobre la transferencia en las psicosis implica exigencias y cuidados específicos, pavimentando a su vez la ruta de la curación. Dejaré esta aseveración en suspenso, para retomarla - en parte - en un punto que permitirá su desarrollo.

Psicosis y reminiscencias

En su trabajo sobre las construcciones, Freud sostiene la cuestión de que el delirio no solamente tiene un sentido³ -temática puesta fuertemente en juego en su análisis de Schreber- sino que el mismo aludiría a una verdad histórica, lo que le lleva a decir que los psicóticos sufren de reminiscencias -como las histéricas y los pueblos, según hipotetizará en su texto sobre Moisés, posterior en un año al que aquí nos ocupa-. Los delirios y alucinaciones que les son característicos -pero no con exclusividad, bueno es siempre recordarlo en beneficio del diagnóstico diferencial⁴- poseerían entre sus elementos verdad histórica, serían el regreso por esa vía de lo no inscripto de esta en el psiquismo del sujeto.

Diremos aquí que el tratamiento de ciertas psicosis en las cuales se pudieran analizar -como si se tratara de un sueño- los delirios y alucinaciones, permitiría arribar a una escritura de la historia del sujeto, en lo respectivo a aquellos elementos de fundamento ausentes y claves para su subjetivación.

La cuestión de la verdad histórica, entonces, alude a elementos de certeza identificatoria indispensables para la existencia del sujeto.

Es en la situación transferencial donde se podría producir un nuevo sentido para el sujeto, reordenándose su modo de significar el mundo. El psicótico podría así abandonar en cierta medida su mundo creado autísticamente y entrar en el sentido común de un modo más estable, pudiendo tener un cierto manejo de sus crisis, a veces llegando a evitarlas, o a abortarlas tempranamente. Nos referiremos, por lo tanto, a aquellos pacientes cuyo cuadro se caracteriza por la creación de un mundo -para retomar la proposición de Castoriadis⁵- a través de alucinaciones y delirios, y que al hacer una interpretación del mismo en un tratamiento psicoanalítico, permitirán establecer construcciones a partir de aquello que de lo repudiado de su his-

toria hace aparición en la crisis psicótica⁶.

Desencadenamiento.

Retorno de lo innombrado

Las psicosis se caracterizan por el desencadenamiento. ¿Desencadenamiento de qué? Lacan se ocupó insistentemente de indagar en aquello que precipitaba al psicótico a la crisis. Indudablemente, se trata de una cuestión esencial para la cura. Es decir: saber qué es aquello que puede llevar al sujeto a producir una crisis delirante/alucinatoria. Por distintas razones -diferentes, además, sea que se trate de una esquizofrenia o de una paranoia- el sujeto no ha logrado incorporar significaciones que tienen que ver con su origen, con el orden de los sexos y las generaciones. Piera Aulagnier centraliza su análisis en las fallas de la función materna (en las esquizofrenias) y paterna (en la paranoia). Los padres habrían fallado en la transmisión de un orden de significación, lo que pone al sujeto en posición de, o descatectizar el mundo del sentido -llevándolo a la muerte psíquica, o, como muchas veces es posible apreciar, al pasaje al acto- o crear un sentido allí donde se produce la falta de significación. Cada vez que determinadas significaciones deban entrar en juego por los reclamos de la realidad, se producirá un hecho traumático, que lleva al desencadenamiento: *se desencadenan las significaciones, el sentido, y un nuevo sentido debe ser allí creado por el sujeto, por el yo del sujeto, y es entonces donde adviene la crisis. Aquello de lo cual el sujeto ha sido/está desposeído, aquello que ha devenido innombrable, intentará ser nombrado en la crisis.* Los delirios y alucinaciones son el modo de retorno -desde lo real, y estando perdido el status de la fantasía como tal- de aquello que al sujeto no le fue transmitido⁷. En relación a la etiología, la fuerte posición de Piera Aulagnier -que hace todo un desarrollo referido al sadismo paterno en relación a la paranoia, en lo que, por otra

parte, sigue a Lacan, y a la esquizofrenia, donde propone la existencia de un no desco de que advenga un nuevo sujeto, en la madre- fue un tanto relativizada por ella misma. Y esto es porque el sujeto tiene en su psique una capacidad de creación, que tanto sirve para la alucinación, el delirio, el pensamiento, la obra artística o científica, como para su modo de transcribir las experiencias infantiles. De todos modos, debemos destacar -y en esto debemos recurrir a la experiencia clínica- que es observable la presencia de historias notablemente plagadas de situaciones extremadamente violentas o "locas", en la gran mayoría de los cuadros de psicosis.

Función del analista en las psicosis

El analista se encontrará con alguien que se ha visto obligado a sostener una figura -materna o paterna- de la cual no ha recibido un pilar significativo, a cambio de lo cual ha debido mantener una idealización de la misma: siendo imposible ir contra ese Otro -sostén de su precaria subjetividad- ha debido sostenerlo. Esa figura deviene así en la de un Otro absoluto, que no ha sido destituido de su poder sobre el sujeto, de su poder de significación, de significar lo que la realidad es. Es un Otro inexorable, sin desco, pura impulsión y orden⁸. *La transferencia se verá afectada por este modo del Otro: el analista podrá ser objeto inexorable, persecutorio, derivado del abuso de poder del cual fue objeto el sujeto, al no ser reconocido como tal⁹.* Esto es lo que puede ser repetido en la transferencia. La posición que el analista debiera ocupar para sostenerse en su función es por demás complicada: Piera Aulagnier señala que para que la psicosis solo sea potencialidad, es decir que no se desencadene la crisis, el sujeto debe poder contar con un "Otro -tanto el primero que se mantuvo en vida como un sustituto que posee atributos favorables a esa transferencia- que muestre

Busco consultorio para alquilar Zona Scalabrini Ortiz y Santa Fe
Tel.: 4822-1459

Seminario Metapsicología y Clínica. Articulación con la Psicopatología Grave Infantil.
Organiza La Cigarra. Hospital de Día Infantil. Informes e inscripción: La Cigarra, Centro Nº 1 Manuela Pedraza 1558. Tel.: 4702-7489/9657 Int. 19.

Asesoramiento Contable Impositivo Integral
Tel.: 4822-1231

Diego Vainer
Clases de Música
Tel.: 4862-2140

CONSULTORIO "PSI"
ZONA BELGRANO FLORES - PALERMO
Tel. 4777-3411
Mov. 15-4160-9656

cierta complicidad y proximidad con los pensamientos y teorías¹⁰ delirantes. Lugar al cual será proyectado el analista, quien "deberá asumir la función de la voz única que le garantice al sujeto la verdad de su enunciado acerca de su origen". Para que esto se transforme en otra cosa – y no sea mera repetición –, este "reivindica un sentido para ese pensamiento, pero no puede compartir el orden causal invocado"¹¹. Esta tal vez sea la clave para pensar en lo que esta autora denomina como *apertura*¹² de estos tratamientos.

Con lo que retomo el párrafo dejado en suspenso al inicio de este trabajo: la posibilidad de tratamiento dependerá de que el analista pueda sostenerse en esta posición.

Esto, se desprende, depende a su vez de algo esencial: su escucha, que es algo absolutamente inédito para el paciente.

Recordemos, en relación a esto, que nos encontramos, en las psicosis, con la ruptura que el sujeto ha hecho del patrimonio común de certeza¹³. El mundo simbólico compartido ha perdido su sentido, y en su lugar se produce la creación autística de otro, de posesión exclusiva. Décadas atrás, la antipsiquiatría denunció el movimiento de apartamiento que la sociedad realiza sobre las psicosis. Su escucha implica el riesgo de oír un discurso que cuestiona dicho mundo. También produce la experiencia de lo siniestro para quien escucha, por la emergencia, por identificación y resonancia, de lo familiar reprimido: la fantasmática inconsciente familiar de cada cultura. Así, escuchar la locura anidada en las psicosis, atribuirle un sentido, implica una subversión radical de la posición habitual en relación a esta.

Nombrar lo innombrable

Retomando lo dicho previamente: la escucha, que permite hallar un sentido en el sinsentido, o encontrar otro/s al de la certeza delirante, ligados ambos a la historia del sujeto, es lo que puede permitir abrir una zona de no repetición; y favorecer, por lo tanto, que el sujeto pase de la reminiscencia a la historización – construcción analítica mediante –. En esta operación, el trabajo clínico sobre los desencadenantes de las crisis ocupa un lugar privilegiado. A partir de esto pueden generarse las condiciones para que advenga un tipo de identificación e incorporación en un sujeto que no posee – y difícilmente pueda poseer – a su disposición su identificación simbólica de fundamento. Una identificación con el método analítico: interpretaciones analíticas y construcciones, en lugar de interpretaciones delirantes o construcción de un mundo delirante. Y, a veces, una apropiación de las construcciones elaboradas en el análisis, que –parcialmente, por supuesto– vienen a ocupar el lugar faltante de los enunciados identificatorios de fundamento. Se observa así el pasaje de lo innombrable, a un discurso con tendencia a ligarse al discurso del conjunto mediante la creación de una suerte de puente-entre-sentidos que se produce en el transcurso del análisis. También, cierta capacidad de anticipación sobre sus crisis: resultado del trabajo sobre lo que las desencadena. Habrá pasado en parte de la reminiscencia a la historia, de un Otro absoluto como única presencia, a un Otro que

tiene un status tolerable. El trabajo analítico en y sobre la transferencia es indispensable para ello, para que algo de aquello innombrable halle palabras.

Notas

1 Forzosamente he debido dejar fuera de estas consideraciones varias cuestiones esenciales: entre ellas que el tratamiento de estas entidades clínicas requiere habitualmente de la participación del paciente en instituciones – hospitales de día, clínicas psiquiátricas, comunidades terapéuticas – y/o dispositivos como el de acompañamiento terapéutico, tratamientos y entrevistas familiares, medicación, etc. El modo de articulación entre diferentes prácticas, su indicación y oportunidad, etc. forman parte de una dimensión de la que no me ocuparé en este texto.

2 Freud, S., *Construcciones en análisis*, O. Completa T. III, Ed. B. Nueva, Madrid, 1973.

3 Freud es quien instituye de modo definitivo que la locura tiene un sentido.

4 Es importante diferenciar a las esquizofrenias de ciertas formas histéricas – la llamada locura histérica –, tanto como a la paranoia de algunos cuadros graves de obsesiones y fobias. En general se ha tendido a simplificar un campo absolutamente heterogéneo.

5 Castoriadis, C., *La construcción del mundo en las psicosis*, en *Hecho y por hacer*, EUDEBA, Buenos Aires, 1999.

6 Quedan así afuera de lo aquí tratado, aquellos casos de psicosis sin producción de delirios sistemáticos, como en algunas esquizofrenias y en ciertos cuadros de psicosis maníaco-depresiva.

7 Lo cierto es que en las psicosis algo diferente de la represión o sus fallas se ha puesto en juego, ya que es sobre la realidad que recae la defensa – la realidad de las leyes de parentesco, del ordenamiento sexual, etc. –, no sobre representaciones. Por ello es que hablamos de retorno desde lo real, y no de retorno de lo reprimido, como en las neurosis. De allí, además, la importancia del trabajo sobre el desencadenante de la crisis, generalmente algún episodio que impacta en las huellas de episodios infantiles que impidieron la represión por, a su vez, confirmar en vez de desmentir fantasmas ligados a la sexualidad infantil – castración, seducción, origen, etc. Si recalco esto es porque la falla en las funciones maternas y/o paternas, o la traducción que el infans realiza, no alcanzan para explicar la producción del delirio o la alucinación: hace falta la aparición de un mecanismo psíquico específico que recae sobre la realidad de una

percepción – la *verwerfung* freudiana – para que el retorno se produzca desde lo real. Este es siempre una cuestión polémica – alguien podrá preguntar por qué no menciono la *foreclusión* lacaniana en este punto – que no es posible tratar en este trabajo.

8 Castoriadis, C., ob.cit.

9 Finalmente, a esto podría reducirse la posición paterna en las psicosis: la imposibilidad de aceptar el advenimiento de un sujeto, el no-lugar simbólico para el mismo. Y más allá de la "realidad" de esto, es lo que apreciamos en la realidad psíquica de estos sujetos.

10 Aulagnier, P., *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, pág. 237, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1986.

11 Aulagnier, P., ob.cit.

12 Aulagnier, P., ob.cit.

13 Aulagnier, P., *La violencia de la interpretación*, Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1977.

FERIA DEL LIBRO 1999



**Topía Revista
y Topía Editorial
compartimos un
stand con
Editorial
Polemos.**

REGISTROS DE LO NEGATIVO

Enrique Carpintero

El cuerpo como lugar del
inconsciente, el paciente límite y los
nuevos dispositivos psicoanalíticos

Topía
Editorial
Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

A partir de ciertas formaciones del aparato psíquico, la individuación de algunos sujetos se ha podido establecer de manera parcial: un trabajo de constitución primera que el autor denomina espacio-soporte no ha sido posible, o bien ha sido insuficiente.

Novedad!

De manera general, puede decirse que lo que no está, lo que falta, lo no dicho, es lo que se trasmite. Para ello deben implementarse nuevos dispositivos psicoanalíticos al trabajar con lo silenciado, lo reprimido y lo negativo. Es aquí donde es importante conceptualizar el cuerpo como lugar del inconsciente.

ARGENTINA, TANGO Y EXILIO

Ensayo psicoanalítico sobre la psique, la sociedad y la historia

Yago Franco

**Próxima
Aparición**

EN VENTA EN LIBRERIAS. INFORMES Y PEDIDOS TEL. 4802-5434 / 4551-2250 e-mail: topia@ba.net

Topía
Revista

AGOSTO
**LA FURIA DE LAS CIUDADES:
NUEVAS PATOLOGIAS**
Cine / Comentarios de Libros