

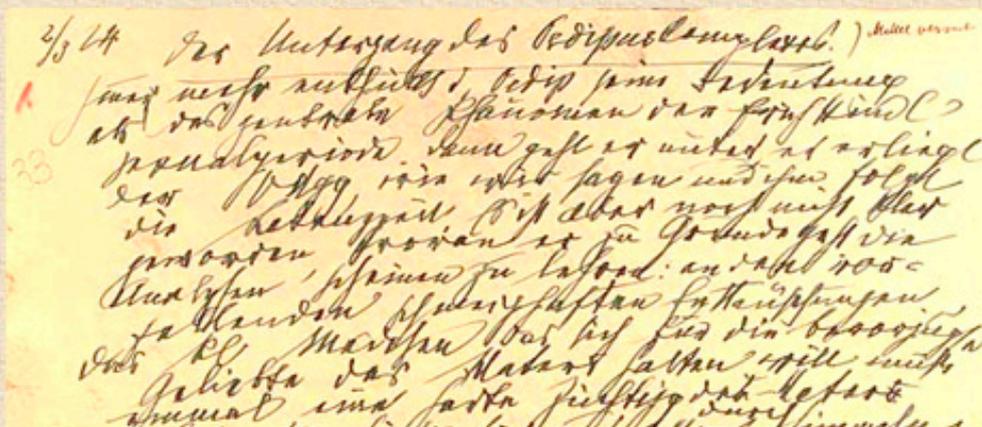
Relatos de la clínica

ISSN 1668-3919

www.psicomundo.com/relatos/

Número 3

Octubre 2003



Reportajes a Alicia Lowenstein y Enrique Millán

Artículos de:

Michel Sauval, Eliana Rigotto Lazzarini, Terezinha de Camargo Viana,
Carolina Resnik, Cintia Sola, Myriam Juchnowicz, María Teresa Cena,
Suzana Assis Brasil de Moraes, Marieta Perez Ossa, Karina Zapata Suarez,
Silvina Bruno, Analía Vazquez, Norma Pingaro, Ana Silvia Cheli,
Pablo Peusner, Paola Gutkowsky, Rosy Goldman, Tomasa San Miguel,
Javier Grotiuz Scarella, Andrés Alejandro Pereyra, Adriana Bayonés,
Sonia Coelho. Marta Beisim. Mvriam Katz. Mauricio Montova

www.psicomundo.com

PsicoMundo

El portal de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Sumario

◆ Reportajes

Presentación

 **Reportaje a Alicia Lowenstein** (Realizado por Guillermo Pietra, Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval)

Alicia Lowenstein

Psicoanalista, Profesora adjunta de Psicoanálisis Freud II en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Directora del proyecto UBACyT 2001-2003 "Fobia y pulsión". Miembro del Seminario Lacaniano

Email:

 **Reportaje a Enrique Millán** (Realizado por Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval)

Enrique Millán

Psicoanalista y coordinador del Grupo Nebrija de Estudios Psicoanalíticos, autor del libro "[El pecho del amor tan lastimado](#)"

◆ Anorexia

Presentación

 **La anorexia en la enseñanza de Jacques Lacan (1° parte)**

Michel Sauval – Psicoanalista. Director de Acheronta. Director de PsicoMundo

 **Anorexia: Uma patologia narcísica?**

Eliana Rigotto Lazzarini - Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (UNB), DF

Terezinha de Camargo Viana - Psicóloga, Doutora pela Universidade de São Paulo (USP), Professora-adjunta do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UNB)

 **Anorexia: una patología de la imagen**

Myriam Juchnowicz - Lic. en Psicología. Becaria. Hospital Dr. Cosme Argerich. Servicio de Psicopatología. Adolescencia.

Carolina Resnik - Lic. en Psicología. Concurrente. Hospital Borda. Servicio de Terapia Regular B3

Cintia Sola - Lic. en Ciencias de la Comunicación. Invitada a realizar sus aportes desde la perspectiva de los medios de comunicación

 **Mal-estar na atualidade uma visão através da anorexia e bulimia**

Suzana Assis Brasil de Moraes - Psicoanalista

Anorexia nerviosa: concepción y estrategias de intervención desde la perspectiva psicoanalítica

Marietta A. Perez Ossa - Karina E. Zapata Suarez

Memoria para optar al grado de Licenciada en Psicología - Universidad de Tarapaca (Arica - Chile)

Anorexia nerviosa: una aproximación a sus orígenes

María Teresa Cena - Médica

Lo traumático. Su relación con la anorexia

Silvina Bruno - Lic. en Psicología (UNC). Docente Fac. Psicología UNC

Analía Vázquez - Lic. en Psicología (UNC). Docente Fac. Psicología UNC

Darse tiempo

Norma Píngaro - Psicóloga (UBA). Psicoanalista. Pos-grado en Salud Mental con orientación Psicoanalítica en el Htal. Nac. Prof. Dr. A. Posadas. Ex integrante de la Unidad de Salud mental del Htal. Dr. R. Carrillo. Expositora en las Jornadas Lacaniana del Oeste. Coordinadora del grupo de estudio Teoría y Técnica en Psicoanálisis

Un caso de anorexia nerviosa: abordaje interdisciplinario

Ana Silvia Cheli - Médica psiquiatra. Directora Médica de AIPA. (Asistencia Integral de Problemas de Alimentación)

◆ **Presentaciones clínicas**

Presentación

Presentación clínica: "Caso Lucas"

Pablo Peusner- Psicoanalista. Docente en la Facultad de Psicología UBA. Miembro de "Apertura" (Bs.As.). Autor del Libro: "[El sufrimiento de los niños](#)" (1999-JVE) Psique', Juan Ventura Esquivel, Editor. Docente en [EduPsi](#) (el Programa de Seminarios por Internet de PsicoMundo): "[El sufrimiento de los niños según Jacques Lacan](#)"

Una mujer-que se arregla-sola

Paola Gutkowsky - Psicoanalista. Miembro de "Apertura" (Bs.As.)

No son los únicos restos

Rosy Goldman - Licenciada en Psicología UBA. Concurrente del Hospital Alvarez en Hospital de Día y Consultorios Externos

Ateneo clínico

Tomasa San Miguel - Psicoanalista

 **¿Quién goza de ese cuerpo?**

Javier Grotiuz Scarella - Licenciado en Psicología Facultad de Psicología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Psicoanalista

◆ Reflexiones conceptuales **Presentación** **"Muchas cosas que no son psicoanálisis que solo un analista puede hacer"**

Andrés Alejandro Pereyra - Lic. en Psicología (UNLP) - Psicoanalista. Ex- Residente HIGA "Dr. A. Piñeiro" de Junín. Presidente Colegio de Psicólogos - Distrito III - 2003 / 4

 **Donde el malestar anticipa un límite que no es contingente**

Adriana Bayonés - Lic. en Psicología UBA. Ex residente de Salud Mental 1989 - 1992. Consejera Colegio de Psicólogos D. XIII. Psicoanalista. Supervisora UBA

 **Las influencias sintomáticas del discurso social imperante**

Marta Beisim - Lic. en Psicología UBA.

 **Perguntando a Lacan: tem inconsciente nas psicoses?**

Sonia Coelho - Psicanalista Participante da Intersecção Psicanalítica do Brasil

◆ Experiencias de formación **Presentación** **Génesis de las toxicomanías: reflexiones a partir de nuestra experiencia**

Myriam Katz - Estudiante de Psicología, Facultad de Psicología, de la Universidad de la República Oriental del Uruguay. En 1998, Pasante en el Hospital Maciel, en el área de Fármaco Dependencia (M.S.P.). Coordinadora en Hospital: Lic. en Psic. Mercedes Couso y Lic. en Psic. Matilde Fachinetti. En el año 2000-2001, Pasante en el proyecto de investigación "Los Adolescentes Uruguayos Hoy", a cargo de la Lic. en Psic. Rita Perdomo.

 **Sombras y luces en psicoterapia: aprender del paciente**

Mauricio Montoya - Psicólogo en Practicas Universidad San Buenaventura, Medellín Colombia

Reportajes

Presentación de la sección "Reportajes"

En el primero número de Relatos de la Clínica nos preguntábamos por el título mismo de esta revista: el problema de cómo se da cuenta de la clínica, los *relatos de la clínica*, y dialogamos para ello con **Jorge Baños Orellana**.

En el segundo número le dimos cierta forma a esta interrogación por los relatos de la clínica, y pasamos de las muchas referencias a la semiótica del reportaje anterior, a la cuestión de la semiología, más específicamente de la semiología psiquiátrica, para lo cual dialogamos con **Juan Carlos Stagnaro**.

En esta ocasión, nuestra pregunta fue por la *lengua* en que se relata la clínica, y más en particular la relación del psicoanálisis y su transmisión en los diferentes idiomas. Dialogamos con **Alicia Lowenstein**, sobre las particularidades del alemán y del texto freudiano, y los problemas que plantea la traducción, y con **Enrique Millán**, sobre las particularidades que aporta la lengua castellana.

Alicia Lowenstein conoce el alemán como lengua materna y ha trabajado en varias traducciones de textos de Freud, la última de ellas, el texto "*La represión*", publicado en el [número 17 de la revista "Lecturas"](#) (publicación del Seminario Lacaniano).

Enrique Millán, siguiendo dos consejos de Lacan, uno en el seminario "Encore", de leer a San Juan de la Cruz, otro en el Encuentro de Caracas, donde Lacan propuso estudiar las "formaciones del inconscientes propias del castellano", ha estado trabajando desde hace muchos años las particularidades de la lengua castellana.

En los dos casos nos hemos encontrado con interlocutores amables y generosos, con quienes pudimos dialogar y pensar diferentes aspectos de esta problemática. Nuestro especial agradecimiento para ellos.

Buena lectura

Reportaje a Alicia Lowenstein

Realizado por Guillermo Pietra, Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval

Texto establecido por Michel Sauval y corregido por Alicia Lowenstein

Este reportaje fue realizado en noviembre de 2002, en el consultorio de **Alicia Lowenstein**. Participaron Guillermo Pietra, Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval.

Michel Sauval: Relatos de la clínica es una de las revistas que edita PsicoMundo, junto con Acheronta, con Fort - Da, y otras

Fernando Rodríguez: Es una revista virtual

M. S.: La pregunta que motiva este reportaje es la relación del psicoanálisis con las lenguas

¿Qué particularidad hay?

Hicimos un reportaje con Millán, que viene trabajando el tema con relación al castellano, y queríamos hablar con Ud. respecto del alemán.

A medida que avanzamos en el tema nos vamos dando cuenta de algunos de los malentendidos que esto recubre. Por ejemplo, Millán puso algunos acentos en las particularidades idiomáticas que la lengua castellana podría suponer en la práctica analítica, pero nosotros, o al menos yo, había pensado, inicialmente, la relación del psicoanálisis con las lenguas más bien en la perspectiva de lo que podría llamarse producción teórica. Me preguntaba, por ejemplo, hasta qué punto la homofonía, como uno de los principales recursos del francés, además de ciertas formas de la negación, no había sido un elemento fundamental en la enseñanza misma de Lacan.

Entonces, podríamos formular la pregunta de la siguiente manera: ¿qué podríamos subrayar de especial en el alemán para el psicoanálisis? ¿Qué se pierde, o no, de la teoría analítica, al pasar de una lengua a otra?

Alicia Lowenstein: Separaría el tema de la producción teórica del de las cuestiones de traducción, es decir, traducir los textos del alemán al castellano, los textos de Freud.

Me parece que hay particularidades de la lengua alemana que Freud escuchó, y que le permitieron producir cuestiones en psicoanálisis, así como me parece que hay particularidades de la lengua francesa que le sirvieron a Lacan. No solo la homofonía, sino la diferencia entre "je" y "moi", el "ne" expletivo y el discordancial, las distintas negaciones.

En alemán hay algunas particularidades.

La negación por ejemplo. En alemán se niega la frase al final. O sea, uno afirma, y al final aparece la negación. O sea uno dice "quiero tal cosa, no", con lo cual, uno siempre quiere, y recién al final se niega. El asunto del deseo está en juego todo el tiempo.

M. S.: ¿Esa es la forma común de negar?

A. L.: Esa es la más común. Podríamos poner algún ejemplo. Lo tendría que escribir.

Ich will das nicht.

Freud escribió el texto *La negación*, donde ubica recortes clínicos donde prescinde de la negación para interpretar. El ejemplo del paciente que afirma "mi madre no es" y respecto de lo cual Freud interpreta: entonces es su madre. En *Lo inconsciente* ubicó dentro de las propiedades del inconsciente que no hay negación.

En uno de los capítulos del Seminario 11, Lacan explícita que desear y querer no desear es lo mismo, es decir que no se puede salir de la estructura del deseo. Uno podrá tener inhibiciones, pero no sale de la estructura del deseo. Sucede lo mismo con la frase: "yo quiero eso no" - esa sería la traducción - lo que pasa es que traducido literalmente, queda mal, porque no existe una estructura similar en castellano.

Después hay otros elementos para pensar: el alemán tiene el género neutro. Es decir, tiene tres artículos: masculino, femenino y neutro, cosa que no aparece en castellano. Entonces, por ejemplo, en el texto *Se pega a un niño*, el niño es neutro (das Kind) En castellano siempre es femenino o masculino. En cambio en alemán es previo a la diferencia de los sexos.

Hay un montón de particularidades que, si no se hace una nota al pie en la traducción, se pierden.

Valeria Mazzia: en castellano también se puede decir niño en general.

A. L.: Es necesario agregar una aclaración en qué sentido se usa, porque es equívoco.

V. M.: Es por el artículo que se distingue

A. L.: Me parece que hay un punto donde al no existir el género neutro en castellano nos permite ubicar alguna diferencia con el alemán. Según el diccionario de la Real Academia en español no existen sustantivos neutros, sólo el artículo, el pronombre personal de tercera persona, los demostrativos tienen formas neutras diferenciadas en singular.

F. R. Existir existe, lo que pasa es que se usa más que nada para los sustantivos abstractos: lo tal cosa, lo oscuro, lo inconsciente. No lo usamos, por ahí, con la riqueza del alemán.

Por ejemplo, en la primer traducción de Freud, cuando se traduce "lo inconsciente", ¿es porque Freud mismo usa el neutro?

A. L.: ¿En el texto *Lo inconsciente*?

F. R.: En López Ballesteros

M. S.: Lo inconsciente

F. R.: Porque en la de Echeverry creo que ya se cuidaron un poco más

A. L.: Echeverry también tiene errores, cuestiones a criticar.

M. S.: ¿Por qué?

A. L.: Porque inventa términos, no son de uso cotidiano: agencia representante, el esfuerzo de dar caza, son términos que no existen en castellano ¿de dónde son?

¿Qué es el esfuerzo de dar caza, el esfuerzo de desalojo?

Además, Echeverry no traduce siempre el mismo término con las mismas palabras.

López Ballesteros de ninguna manera lo hizo.

Eso es un inconveniente, porque se encuentran, en castellano, sin la palabra alemana al lado, traducida por distintas formas.

De hecho hay palabras en alemán que son muy difíciles de traducir al castellano, porque hay muchas acepciones. Por ejemplo, "*declinación*" del Complejo de Edipo. La palabra es *Untergang*: es derrumbe, es hundimiento, etc. ¿Cuál elegís?

Es difícil, porque hay que hacer un trabajo de traducción con notas al pie todo el tiempo.

El alemán tiene unas palabras que se llaman partículas, que enfatizan la frase, pero son intraducibles; o sea, participan de la enunciación, pero no se pueden traducir porque simplemente producen un énfasis en la frase. Y se usan constantemente.

M. S.: ¿Énfasis en qué sentido?

A. L.: Le dan intensidad, participan del punto de enunciación, como cuando decís " pero, yo,...." "Creo, que..."

M. S.: ¿Cómo con el *ne* expletivo?

A. L.: No puedo comparar con el francés porque sé muy poco de francés.

V. M.: ¿Tiene más que ver con la entonación que uno hace al hablar?

A. L.: No, con la enunciación. Se usan en lenguaje oral y escrito.

F. R.: Claro, se escriben

A. L.: El alemán tiene palabras compuestas, se pueden inventar palabras uniendo dos sustantivos: un prefijo y un sustantivo, un adjetivo y un sustantivo eso tiene dificultades de traducción.

M. S.: ¿El alemán se caracterizaría entre otras cosas por inventar palabras con estas composiciones?

A. L.: No lo sé.

M. S.: Pero cuando se inventan ¿Las puede inventar cualquier persona?

F. R.: ¿El neologismo sería algo diferente que en español?.

M. S.: ¿Es más frecuente?

A. L.: Sí.

F. R.: ¿Está reglamentado eso?

F. R.: El genitivo, uno puede usar las preposiciones del genitivo o puede componer dos palabras anteponiendo aquella que suena como.... genitiva, la que queda detrás. Digo, es una función que si bien nosotros no la tenemos tal cual en castellano, tenemos otra forma de usar eso. Por fuera que la anexión de una palabra a otra pueda crear matices y cosas que en la traducción se pueden perder

A. L.: ¿Sabés alemán?

F. R.: Sí, pero no como lengua materna

A. L.: ¿Estudiaste?

F. R.: Hice el esfuerzo de pasar unos años en la Goethe

M. S.: ¿Estas combinaciones intervienen en algunos conceptos importantes en Freud?

A. L.: Traduje ahora un texto que va salir publicado en la revista *Lecturas del Seminario Lacaniano*, N°17, "La estructura de la experiencia", se trata del texto de *La represión*. Y ahí aparecen un par de sustantivos compuestos que son muy difíciles de traducir. Uno tiene que poner un neologismo.

Nachdrängen (que es según el diccionario: empujar de atrás, no corresponde al sentido del texto)

Vorstellungsrepräsentanz, representante de la representación.

F. R.: Hay uno clásico - me acuerdo que yo leí al menos en una traducción - que es *Durcharbeit*, que se traduce por perlaboración, translaboración, reelaboración, que es la versión de Echeverry, y me parece que no da la medida de lo que es en alemán ¿no? Pero no sé, puede haber otra traducción.

A. L.: No, Arbeit es "trabajo", y ahí estaría la elaboración; y el durch es "a través"

M. S.: A través del trabajo

A. L.: Sí, pero no tiene sentido, yo uso reelaboración; tampoco me he dedicado a traducir, esta vez hice un trabajo de traducción, en el marco de un proyecto de investigación UBACyT, en 1998. Me llevó mucho tiempo traducirlo.

M. S.: Mucho tiempo, ¿por qué?

A. L.: No leo habitualmente en alemán. La estructura del idioma es distinta, tiene declinaciones, cuatro declinaciones semejantes al latín; los números se invierten, la estructura de la frase es otra; en vez de decir veinticuatro decís cuatro y veinte. Entonces tenés que leer toda la frase y después ver. Lo mismo pasa con la negación. Como se niega al final, salvo que digas: no, no quiero eso; pero si no, es "quiero eso no".

F. R.: Igualmente ya es un segundo tiempo respecto de algo; por eso cuando uno dice no, ya hay una afirmación anterior

A. L.: ¿Querés esto? No, no quiero. En castellano es "no lo quiero", en alemán es "quiero eso no".

F. R.: Respecto del texto *La negación*, podría decirse que Freud tenía muchas claves ahí, a la mano, para producir esto. Digo, la negación como un segundo tiempo de algo que tiene que estar afirmado o inscripto, si no, no tiene sentido la negación. Y uno también podría pensar en el planteo hegeliano. La negación siempre es un segundo tiempo, se monta sobre algo que tiene que haber estado afirmado en una primera instancia. Y todas esas particularidades del alemán ¿de qué manera podrían haber gravitado en la creación de la teoría psicoanalítica en particular, en la gestación del psicoanálisis?

A. L.: El primer tiempo es la expulsión y la afirmación, luego, efectivamente el segundo tiempo es la negación.

G. P.: Hay un cuento de Jean Claude..... que decía que el nexo entre los chinos y los occidentales eran los japoneses porque había cosas que se podían pensar en japonés y en chino que los occidentales no podían pensar. De ahí desarrollaba la ficción del poder de los japoneses en la conquista del mundo a partir de esta posibilidad de entenderse con unos y con otros. Quizás se trate de esto, de lo que el idioma ayuda a pensar.

F. R.: Como por ejemplo el caso de *La negación* donde me parece que Freud tenía, en la lengua, ya, cierto facilitador, para darse cuenta que la negación es siempre un segundo tiempo.

F. R.: Me refería a que otros elementos particulares del alemán pueden verse

A. L.: Apareció una traducción que habíamos hecho con Juan Carlos hace años, del prefijo **ver** en la Psicopatología de la vida cotidiana, los errores en la escritura en la lectura, al hablar; en alemán todos esos errores empiezan con ese prefijo, esas palabras alemanas son equivocadas: es leer bien y leer mal, escribir bien y escribir mal; o sea, todas esas palabras de la psicopatología que empiezan con **ver** son equivocadas, o sea tienen las dos acepciones en juego.

V. M.: ¿Cómo se decide? ¿Cómo decide el que escucha?

A. L.: Lo que quiero ubicar es que está en juego el lapsus, el equívoco de lenguaje, no hay un solo sentido en juego... es escuchar bien y escuchar mal, es... en la escucha, con lo cual, ponés en juego todo el tiempo el equívoco, el lapsus en la psicopatología, el acto fallido.

M. S.: ¿Es solamente múltiple sentido, o sentidos siempre antagónicos?

A. L.: No, ahí aparece antagónico, dos sentidos; no sé si importa la variedad de sentidos, eso ya es una posición en la escucha, no estar escuchando desde un solo sentido o sea desde el fantasma. La posibilidad de la inclusión del fallido en la estructura del discurso.

M. S.: a ver, pregunto de otra manera, por ejemplo ¿Por qué tradujo este artículo sobre la represión? si se puede saber

A. L.: porque tenemos mucha dificultad en la cátedra para transmitir el concepto de represión y represión primordial. La versión que hice fue una versión crítica; pongo notas no solo de traducción para fundamentar mi traducción que llevará a críticas también, sino que critico las otras traducciones; critico en el sentido de dialogar con ellas, de pensar y de fundamentar mis desacuerdos.

M. S.: la pregunta sería ¿no se puede pensar la represión de la misma manera en cada lengua?

A. L.: no te entiendo

M. S.: ¿se puede salvar con la traducción como se piensa la represión en cada lengua? ¿Es posible con la traducción pensar la represión de la misma manera que Freud o con el alemán?

A. L.: Freud habla de la Bedeutung de la represión, la Bedeutung como el término que usa Lacan la Bedeutung del falo, la significación, fue trabajado por Frege, trabaja la Bedeutung.

M. S.: sí

A. L.: Etcheverry ¿Qué pone?Cuál es la sustancia de la represión. No es lo mismo preguntarse por la significación de la represión que por la sustancia de la represión, implicaría un inconsciente con contenido. La traducción de Etcheverry lleva a que la represión deja un contenido de memoria con recuerdos; entonces todos los alumnos entienden eso. No es lo mismo preguntarse por la significación de la represión en el sentido que connota el término

represión, que preguntarse por cual es el contenido de memoria que está en juego una vez que se produce la represión.

Sale publicada la traducción en versión bilingüe alemán - castellano.

Traducir por ejemplo la palabra Entstellung trajo dificultades. Di tres versiones distintas antes de decidirme; en la traducción tomé en cuenta los términos que Lacan trabajó del alemán; él fundamentó la traducción al francés, pero de cualquier manera la fundamentación es teórica. Y la palabra Entstellung la tradujo por 4 formas distintas, después tomó la etimología de la palabra que trabaja Freud en el Moisés; esa etimología toma en cuenta un primer uso que se traduce por desplazamiento, y desplazamiento es otro término también del alemán, con lo cual hay que aclarar al lado cuál de los términos está en juego cada vez, si es la Entstellung o la Verschiebung.

F. R.: ¿qué opinión te merecen las traducciones que hace Lacan de términos freudianos al francés?, el trabajo que él hace sobre los términos freudianos del alemán

A. L.: me parecen estar acertados.

M. S.: pero usted no sabe lo que dice Lacan de esos términos, porque si no maneja bien el francés, no sabe cómo traduce Lacan

A. L.: pero puedo leer algo en francés

M. S.: porque con las traducciones también...

M. S.: la pregunta que yo en verdad hacía es la siguiente: ¿acaso en español habría que reinventarlo al castellano?, ¿habría que reinventar el psicoanálisis de alguna manera, o la traducción es la que salva o soluciona los problemas? Es decir, ¿la lengua marca en algo como se piensa los conceptos las nociones psicoanalíticas?

A. L.: el problema es que la traducción produce efectos conceptuales.

V. M.: que no se comprenda el concepto que Freud quiso...

A. L.: Por supuesto. Preguntarse por la sustancia de la represión no es lo mismo que por la significación de la represión, con Guillermo trabajamos desde hace unos cuantos años en los cuales insisto con esta versión del texto y recién ahora la publico. Para los alumnos es sumamente difícil pensar la represión, pensar un inconsciente sin contenido y mucho más si la traducción lleva a esos errores.

Otros ejemplos de problemas de traducción: La represión empieza así, la versión que puse: "Puede llegar a ser el destino de un movimiento pulsional, que choque con resistencias; las cuales lo quieren hacer inactivo".

Y en las otras traducciones ¿qué ponen? En vez de inactivo que intenta jugar con la actividad de la pulsión, ponen inoperante o despojarlo de su eficacia; es otra cosa; si uno puede introducir la versión tomando en cuenta la actividad de la pulsión, si no, no se entiende por qué la represión siempre fracasa; fracasa en reprimir del todo la actividad de la pulsión, porque la pulsión siempre es activa. Cuando Freud habla del fracaso de la represión, la que se llama secundaria o propiamente dicha, también tiene dificultades. O sea que sí es importante la traducción.

M. S.: ¿pero la traducción salva el problema del concepto?

A. L.: si entendés o no entendés es segundo; si tenés una mala traducción ya te plantea el concepto de otra manera. Después es como lo que Freud dice al comienzo del capítulo 4 de

"Más allá...", uno aceptará o rechazará las teorías de acuerdo a su posición subjetiva; de acuerdo a la posición de goce, esa es otra cuestión.

V. M.: ¿hay un imposible de traducir de lengua a lengua?

M. S.: si hay una marca. Por ejemplo yo no sé alemán, pero sé francés, el moi je no se puede cerrar en la traducción

A. L.: pero podés poner al lado la palabra en francés, es una forma de salvarlo.

M. S.: hay que hacer una importación, es como lo que nos pasa con el inglés con los términos informáticos; estamos acostumbrados a mechar en nuestro lenguaje una serie de términos que no son castellanos, sino que son ingleses y formatear o cosas por el estilo que jamás fueron términos castellanos, sino que vienen de format y cosas por el estilo. No se puede en psicoanálisis con el moi - je sino diciendo moi - je. Ahora ¿qué dice alguien que no sabe francés cuando dice moi - je? ¿hasta qué punto lo repite como un loro o está en una relación, suponiendo que entender francés quiera decir algo ¿no? Quizás es mejor no entenderlo. La cuestión es, en el caso del moi - je, tenemos algo que es una innovación en psicoanálisis; El yo de Lacan es un yo que empieza siendo un yo imagen y no un yo objeto como lo era en Freud; entonces hay una diferencia en Lacan, y no es solamente una traducción de Freud es una reinención. Entonces, estaría la hipótesis por ejemplo, de que o uno podría sugerir la idea de que el francés, la marca, la particularidad del francés como lengua, han ayudado a pensar eso que no se podría pensar en otra lengua

A. L.: sí, estoy de acuerdo

M. S.: la pregunta es, si hay cosas que no se podrían pensar en otra lengua que no fuera alemán, como dirían los filósofos que dicen que solo se puede hacer filosofía en alemán, Heidegger lo dice

A. L.: por algo hay tanta producción en filosofía en la lengua alemana.

M. S.: Bueno, por algo no hay casi filosofía en lengua latina, somos más poetas o..

G. P.: pero es para otro debate

M. S.: la pregunta es si el castellano da para inventar cosas en psicoanálisis

(Cambio de lado del cassette)

M. S.: o inclusive si no hay exigencias de reinención teórica por los límites en las lenguas. Es decir no solamente una lengua pueda dar algo, sino si no se podría llegar a sugerir al hipótesis de que es necesaria una reinención en algún punto, por un límite infranqueable entre las lenguas. En ese sentido la pregunta es ¿qué es lo que el alemán aporta o no?, Como el moi - je.

A. L.: bueno, yo te fui diciendo cuestiones. Me resulta más fácil ubicar que es lo que aportan las lenguas extranjeras que lo que aporta el español. Ubico mucho más la diferencia en las lenguas extranjeras; el continuous en inglés es un tiempo verbal que no existe en otras lenguas. Es un tiempo verbal interesante. Las lenguas aportan alguna otra cuestión. Si alguien va hacer el doctorado en la facultad de Psicología, tiene que saber al menos una o más lenguas para que lo admitan Así, en la Facultad de Psicología y en otras creo que también, en Letras es importante tener conocimiento de idiomas, en Filosofía y en cualquiera, justamente porque hay algo de intraducible; igual se nos arman equívocos respecto de la lectura. Es significativo que las obras completas de Freud no fueron traducidas por analistas y Lacan sí, en términos generales.

M. S.: pero no los escritos

A. L.: sí.

M. S.: salvo la excepción de los Escritos, salvo digamos por la...

A. L.: Los problemas de traducción son problemas conceptuales.

M. S.: ¿cómo serían los problemas conceptuales en la traducción?

A. L.: Plantear que hay una sustancia de la represión lleva a distorsiones conceptuales; inventa otro texto. No es lo mismo decir que quiera ser inoperante. ¿Qué queremos entender por qué el movimiento pulsional sea inoperante o que se lo despoje de su eficacia ¿qué significa esto?. Yo puedo entender que se lo quiera hacer inactivo para jugar con la actividad de la pulsión, pero que se lo quiera hacer inoperante ¿qué significa? ¿Se entiende el punto?

En el párrafo donde habla de la represión primordial, traducir la represión primordial no es tanto problema, traducir el representante de la representación era problema. Ya Lacan lo decía respecto de la versión de Laplanche, representante representativo, lo criticó; en Etcheverry aparece como agencia representante. Bueno, después aparece una frase que dice, con ésta, o sea con la represión primordial; ahí hay que aclarar porque en alemán no hay dos femeninos como en castellano en la frase, entonces hay que poner entre corchetes algo para aclarar a que se refiere el texto, si no es equívoco en la frase en castellano; entonces con esta, o sea la represión primordial, hay una fijación; el representante en cuestión queda a partir de este momento inmutable y la pulsión ligada a él y Etcheverry dice y la pulsión sigue ligada a él. Él sigue que agrega Etcheverry plantea una anterioridad de la pulsión antes de la fundación del aparato. La pulsión existiría antes que se funde el aparato; hemos puesto una serie de notas aclarando algunos puntos esenciales de la traducción.

F. R.: pero en principio en tu opinión no habría nada insalvable

A. L.: ¿en qué sentido?

F. R.: en el ejercicio de traducción de una lengua a otra; es decir toda traducción es perfectible, uno podría ir ajustándola lo más que se pueda, para tratar de lograr en la estructura de otra lengua aquello que por vía de otras herramientas y otras maniobras lo que se da en la lengua original

A. L.: no dije eso,

F. R.: pregunto; por eso

A. L.: Critico otras y digo que la mía va a ser criticada también; digo, crítico en el sentido que me parece interesante plantear desde donde traduzco, los puntos de diferencia es desde donde traduzco. Hice todo un prólogo para aclarar eso. Y por ejemplo te dije de la Entstellung que le di tres versiones distintas, las tres las puedo criticar, tengo que hacer notas al pie todo el tiempo para aclarar cuáles son los problemas que se ponen en juego respecto de este término, tampoco se puede leer fácilmente un texto así, es un trabajo de investigación de un proyecto UBACYT, de la Universidad de Buenos Aires; lo hicimos dentro de ese marco.

Respecto de traducción hay dos criterios por los que estuve leyendo está el criterio de traducir de un idioma a otro y que no quede nada en juego del idioma original, y está la cuestión de mantener la estructura del idioma original; de hecho intenté ésta segunda versión, porque la estructura del alemán es muy particular, entonces intenté que se conservase en la medida de lo posible, las que me parece que tienen que ver con la enunciación de Freud. Por ejemplo, en castellano nosotros podemos sacar el yo. Freud pone yo por todos lados; Borges en El inmortal pone todo el tiempo el yo en juego. El "nosotros" podría sacarse, pero me parece que sacándolo uno pierde a los interlocutores de Freud.

Por ejemplo: tomé una frase del texto de La represión: " Para delimitar mejor la represión nosotros podemos traer a debate algunas situaciones pulsionales"; podríamos ubicar, sin el nosotros, "para delimitar mejor la represión podemos traer a debate algunas situaciones pulsionales", de hecho queda mucho mejor en castellano, pero el nosotros apunta... ¿por qué diría Freud nosotros ahí? ¿por qué se pluraliza? En alemán también se puede sacar. ¿Por qué lo pone? Sacarlo, entonces ¿omite a los interlocutores? ¿ a qué apunta Freud con el nosotros?

No hay forma de evitar los problemas de traducción. Y los problemas de traducción para mí, son sólo conceptuales en psicoanálisis, nos producen inconvenientes respecto de trabajar estos conceptos.

M. S.: ¿por qué la conclusión es que no lo volverías a hacer o no vas a retomar otro texto?

A. L.: me llevó tres meses traducirlo. Después tres años para decidirme con las cosas que me quedaban indecisas, no todo el tiempo, pero cada tanto lo volvíamos a agarrar. Y después corregir la versión al castellano, tiene que ser alguien que no maneje los dos idiomas, para que quede bien en castellano.

M. S.: ¿y le parece que estos problemas podrían llegar a adquirir tal importancia dentro del movimiento psicoanalítico? ; es decir ¿son detalles y matices o de alguna manera para decir las cosas así, grandilocuentes, haría falta un retorno a Freud?

A. L.: a ver, primero la traducción fue hecha en el marco de la transmisión en la facultad; ya ahí claramente nos veíamos con muchas dificultades y ¿esto permite producir algo distinto en psicoanálisis? No. De hecho el que piensa con una estructura del contenido de inconsciente lo va pensar ya esté en la traducción o no, esa es una posición teórica. La versión de Amorrortu fue corregida por psicoanalistas y los psicoanalistas tenemos distintas formas de entender los conceptos; entonces están los que podrán criticar que yo tomo la versión de Lacan, Freud escribió en otra época, con lo cual las traducciones son históricas; cambian a lo largo del tiempo, uno vuelve a retraducir. Hay otra cuestión que es una gran dificultad ¿qué pasa cuando ya todos hablamos de, supongamos la represión, y a alguien se le ocurre en vez de llamarlo represión, porque todas esas palabras pueden ser traducidas por otras que son sinónimos, la traduce por un sinónimo ¿ y cómo nos entendemos? Una vez que se establecen ciertos conceptos con los cuales estamos dialogando, ¿qué hacer? De hecho aparece así en una traducción que Lacan realiza, en vez de represión propiamente dicha, la nombra "verdadera represión" en el Seminario 20; pongo el párrafo, lo fundamento, el término en alemán da para eso. Pero bueno, todo el mundo habla de la represión propiamente dicha o la represión secundaria que ni aparece en el texto, pero es de uso común llamarlo así; respecto de la primordial la otra es secundaria.

F. R. ¿no aparece nada de eso en el texto?

A. L.: no, secundaria no aparece y lo usamos todos; son nuestras teorías sexuales infantiles, armamos concepciones del mundo.

M. S.: ¿Y eso no fue inventar de alguna manera el psicoanálisis en castellano, aunque lo haya hecho Etcheverry?

A. L.: No le doy tanto fuerza como para pensar que él inventó otro psicoanálisis.

M. S.: yo digo reinventar

A. L.: hay traducciones mejores y peores. De cualquier manera pensar que la represión deja un inconsciente con contenido, es otra posición respecto del psicoanálisis y que no tiene que ver con la traducción. Por eso digo, el alcance respecto de los alumnos que no son psicoanalistas, un alumno de primer año, uno podría ofertarles mejores traducciones para que no se les produzca este equivoco, después si un psicoanalista piensa que el inconsciente tiene contenidos, tiene escenas, y que el trauma puede ser ubicable como escena, en vez de

pensarlo como lo que queda por fuera de las representaciones, pero delimitado por ellas; es otra posición en psicoanálisis, es otra la dirección de la cura, ya no es un problema de traducción.

M. S.: Bueno, eso no deja de estar ligado a una cierta reinención; porque por ejemplo en esta discusión, de alguna manera si la traducción es histórica estamos reviendo que pensaba Freud

A. L.: ¿entonces?

M. S.: y estamos diciendo que encontramos en Freud que podría haber pensado cosas que pensamos ahora, pero que otros no pensaron y que leyendo a Freud pensaron distinto. Es decir, lo señalabas vos misma: poner inactivo, es la des sustancialización del inconsciente entonces; se lo pueden encontrar en Freud pero también se podía encontrar lo otro

A. L.: no, ¿cómo se lee? No se puede leer un texto aislado en psicoanálisis, hay que leerlo respecto de otros textos de Freud; supongamos que ni tome Lacan; lees el capítulo 7 de Lo inconsciente y te plantea un inconsciente en 1915 distinto que el de 1901; el texto traducido así de La represión apunta al inconsciente de 1915, no al de 1901; por eso digo no es un problema particularmente de traducción, es un problema conceptual el que está en juego. O sea, lo leyó alguien que no sabe psicoanálisis si traduce eso. El texto de la represión es de 1914; no se puede tomar a la altura de la metapsicología lo que Freud dijo en 1901 en la Interpretación de los sueños ¿por qué? Porque el dijo otras cosas también en relación con el tema, en otros textos. Quiero decir que el inconsciente de 1901 no es el mismo que el de 1915.

M. S.: es una hipótesis

A. L.: No creo que una traducción haga pensar equivocadamente. El obstáculo son las concepciones del mundo.

F. R.: sí puede inducir una lectura equivocada, es decir el problema este de los alumnos de primer año, se encuentran con sustancia por ahí esto ya hace mella en todo lo que después sigan leyendo que va ir sobre esa base.

A. L.: está bien, y entonces tienen una docente...

F. R.: es una docente que conoce el alemán

A. L.: El que piensa el inconsciente con contenido y el trauma como escena transmite otra dirección de la cura.

V. M.: a eso vos llegaste no por saber alemán sino por estudiar toda la obra de Freud y a lo sumo te ayudó el alemán.

A. L.: y mi análisis. Si no, estamos en una concepción del mundo. Podemos leer la conferencia 35 de Freud donde critica la cosmovisión, se puede leer también Heidegger en Sendas perdidas, hay que leer varias cosas para entender esta cuestión; no alcanza con una traducción para que yo pueda entender algo de psicoanálisis.

M. S.: pero también podríamos hacer el razonamiento inverso. No tiene ninguna importancia la traducción entonces; llevo el razonamiento al extremo.

A. L.: No, porque le negativa es pensar con la misma categoría, no sirve; no salís de la categoría con la que estás pensando entonces. Es como cuando un paciente viene y nos dice mi padre hacía tal cosa o mi madre, y yo hago exactamente lo contrario, como si hiciese algo distinto; es el mismo punto fijo, está pensado con la misma categoría.

M. S.: Bueno, la pregunta sería en el siguiente sentido ¿cómo hace la gente para pensar los conceptos si no es con palabras? Y con estructuras gramaticales, entonces los psicoanalistas que hablan castellano, pongamos por caso han leído con Etcheverry; entonces, pueden suponer que la traducción tiene problemas, en realidad de la misma manera que pueden percibir las contradicciones que hay en Freud, más allá de que sea un problema de traducción o que sean problemas de contradicción en Freud

A. L.: ¿hay contradicciones en Freud?

M. S.: él piensa las cosas de una manera o de otra; hay cosas que no están pensadas de la misma manera en momentos diferentes

A. L.: yo eso lo llamo con otra palabra en vez de contradicción; son puntos de ruptura respecto de su posición subjetiva y produce una clínica distinta.

M. S.: Bueno, pero lógicamente es una contradicción

A. L.: desde el punto de vista epistemológico no. Toda ciencia tiene cortes epistemológicos.

M. S.: Podríamos decir que ese corte uno lo deduce por las contradicciones que puede encontrar en el texto

V. M.: el mismo Freud cuando cambia y deja un modelo atrás es porque algo no le cerraba, digamos.

M. S.: Es decir, uno puede deducir un problema por las contradicciones que hay entre las partes, cómo también en el discurso de un paciente.

A. L.: Rupturas, cortes, discontinuidades que implican distintas clínicas producto de lo que llamaría cambio de posición subjetiva en Freud. Por ejemplo en la Carta 69 el "no creo más en mi neurótica" podría leerse como una crisis de fe o una crisis subjetiva. No creo más, escucho... el inconsciente.

F. R.: si hay algún problema o cuestión por allanar sobre las cuales es posible una exégesis, es porque quizás los términos ... quizás sea un poco duro decir contradicción, pero hay algo que a uno no le termina de cerrar entonces trata de...

M. S.: lógicamente es una contradicción

A. L.: por eso, una cosa es la lectura desde la lógica. Me parece que en todo caso yo lo leo desde la epistemología, en relación con los problemas de traducción. Obviamente, tenés dos proposiciones que se contradicen, pero en ese punto yo no haría una lectura desde la lógica.

M. S.: No, está bien, pero una contradicción abre la reflexión sobre las razones de la contradicción. En el análisis de las razones de la contradicción, uno puede encontrar justamente una ruptura o un cambio de posición que puede ser un cambio de teoría, o no, pero se da cuenta que no es exactamente igual. Así uno podría deducir cambios en la posición de Freud o problemas de traducción

Ahora, cualquier analista que trabaje, que va pensando una cuestión así, lo haciendo con las palabras que ha tenido; por ejemplo, esfuerzo de dar caza, entonces ha tenido que confrontar esfuerzo de dar caza.

A. L.: con el diccionario en principio

M. S.: para empezar y con otras cosas

A. L.: y no lo encontrás ¿qué es esfuerzo de dar caza?

M. S.: y así, es como entiende o comprende finalmente lo que sería la noción o el concepto de inconsciente, a partir de su experiencia de análisis y demás; de alguna manera eso es una reinvención.

A. L.: Si hay dos traducciones es un inconveniente trabajar con una sola; ahí entra en contradicción una traducción con la otra. Si estudió con Etcheverry, bueno en la facultad es muy difícil que lean dos versiones, pero después para trabajar los textos, uno los trabaja en todo caso con dos traducciones, si no sabes alemán, con lo cual ya entra en contradicción ¿por qué Etcheverry habrá puesto inoperante y López Ballesteros, despojado de su eficacia? no me parece que la traducción sea tan definitiva.

M. S.: no digo que sea definitiva; yo digo que hay un proceso, o me pregunto si no hay un proceso de reinvención y que cada cual reinventa en la lengua en la que piensa; porque si no, habría una transmisión como en la ciencia, de conceptos, donde no hay reinvención, hay simplemente una transmisión completa; la función del resto en la transmisión hace que haya una particularidad jugando siempre en la transmisión y que por lo tanto el resto nunca es el mismo en cada ejercicio de transmisión

A. L.: en eso estamos de acuerdo.

M. S.: entonces hay una cierta reinvención

A. L.: no sé si a eso lo llamaría reinvención; no sé si toma el lugar de un invento; una invención en la ciencia es de otro orden; es una concepción del mundo lo que se arma, no es un invento una concepción del mundo, una teoría sexual infantil se arma. No es nada mas que una teoría sexual infantil la que se nos arma como la de represión secundaria o no sé por qué se me había armado que López Ballesteros tradujo del inglés, y decía eso en los teóricos. Se me acerca una alumna y me dice profesora López Ballesteros tradujo del alemán. Me fijé y efectivamente, pero a mí se me armó una teoría sexual infantil ahí ¿por qué? Después puedo fundamentar que como usa instinto en vez de Trieb y que sé que en inglés sólo existe una palabra para traducir pulsión e instinto..., pero no es un invento.

M. S.: Perfecto, yo no pensaba tanto en este caso como en esto que decías, que para entender la represión no alcanza con el libro de Freud sino que hace falta el análisis

A. L.: sí, bueno, está en el capítulo 4 de Más allá.... al comienzo ¿qué dice Freud? Tomo esta versión, habría que fijarse en alemán, pero no lo voy a hacer ahora. "Lo que sigue es especulación a menudo de largo vuelo, que cada uno estimará o diseñará de acuerdo con su posición subjetiva" Define una posición subjetiva; ¿qué es la posición subjetiva? la posición de goce, eso es lo que nos hace obstáculo para entender, no es una traducción. De hecho, una vez que se pasó de la ciencia moderna a la ciencia contemporánea, la lectura positivista ya no tiene la misma función que tenía en la ciencia moderna, con lo cual tener un inconsciente con contenido ya podríamos ponerlo en cuestión no por la traducción sino por alguna cuestión de la ciencia; ninguna traducción nos va a hacer inventar un psicoanálisis.

M. S.: si hay diferentes traducciones históricas, es decir que hay momentos para poder leer ciertas cosas, ¿la lengua no puede funcionar como momentos?

A. L.: ¿y entonces?

M. S.: ¿qué es lo que es particular de cada una de las lenguas? Esa sería la pregunta; por eso era la pregunta que era lo particular del alemán.

A. L.: ¿para el psicoanálisis?

M. S.: sí, Bueno, podría ser estos dos o tres ejemplos que ponías, quizá no sea más que eso, pero esa era la pregunta

V. M.: me gustaría saber si lo podemos pensar no solo en la formación de conceptos sino en la práctica clínica; como la relación sería entre la lengua y como decías, el sujeto es en una lengua o es a partir de una lengua determinada, una particularidad de una lengua a otra en cuanto al efecto sujeto o no.

A. L.: Me parece que Lacan se hace la pregunta respecto del japonés

(Cambio de cassette)

Freud inventó el psicoanálisis, pero toda invención parte de un descubrimiento; primero descubrió el inconsciente y después inventó el psicoanálisis; los primeros textos de Freud con la hipnosis no eran psicoanálisis ¿por qué no era psicoanálisis? Porque si bien hablaba del inconsciente, se trataba de un inconsciente de la filosofía que era continuo con la conciencia, eran gradientes de intensidad, eso no es psicoanálisis; si pensamos epistemológicamente el psicoanálisis surge a partir del descubrimiento inconsciente, ahí inventa Freud el psicoanálisis, no antes; entonces cada vez que aparece una palabra hay que ver el contexto en donde está; porque si no, pensaríamos que todo es un continuo. Entonces Freud inventa, Lacan inventa.

G. P.: quizá en algún momento histórico puede haber influido, las primeras traducciones, las primeras versiones

A. L.: ¿por qué hacen hincapié con eso? Piensen ustedes ¿por qué les parece que es tan esencial? Yo no lo entiendo, y lo fundamento de otra manera, pero para ustedes sí es, o insisten ¿por qué?

M. S.: venimos con prejuicios del ambiente psicoanalítico y lo planteamos para que se hable

A. L.: sí, sí, para que pensemos, vos viste que yo hago una versión crítica y la publico, o sea que lo digo para que lo pensemos.

M. S.: es decir que con la reinención o con la invención está bien, me parece que habría que diferenciar lo que es el nivel de la invención de conceptos nuevos, pero me parece que hay cierta dimensión de la reinención de los conceptos que no son nuevos, que por eso tiene su importancia el análisis particular y que además cada caso es cada caso, en la medida en que cada caso permite reinventar o los conceptos pasan por cómo funcionan articulados con cada caso.

V. M.: ... sería el uso que uno les va a dar a esos conceptos. Porque al fin y al cabo, un ejemplo que daba Millán, en cuanto a si Lacan tomó las homofonías, esto le permitía pensar en el modelo de equívoco; Millán decía que en castellano es más fácil que los equívocos se produzcan por cuestiones sintácticas que por homofonía. Entonces cuando uno va estudiar se queda pensando en las homofonías porque dijo Lacan en francés se va perder eso del uso del concepto. No sé si es una reinención, pero al menos tiene que plantearse el uso en su lengua, en su clínica y en cada caso, y en su momento histórico

A. L.: ¿y sobre eso que hacemos? Teorías sexuales infantiles, no inventamos psicoanálisis. Respecto de la homofonía en francés, hay un diario, creo que se llama El pato encadenado, que tiene un apartado donde pone frases homofónicas y hay que ver cuál es el sentido que está en juego, o los varios sentidos que están en juego. Yo ni puedo hacerlo eso, pero es un juego para ellos, lo tienen en la estructura del lenguaje.

M. S.: hay una práctica poética... que no prospera en español pero porque... es una frase homofónica cambiar de lugar las letras y al cambiar de lugar las letras cambia el sentido; entonces una frase que tiene un sentido adquiere otro, y en general el juego es que adquiera un sentido más bien sexual. Y tuvo mucho éxito en la década del 50, 60 en la lengua francesa,

pero nunca pasó al castellano, hay algunas que se pueden hacer pero ni siquiera hay una traducción en español

A. L.: cómo lo traducís? Es difícil ¿cambias una vocal?

M. S.: Habría que inventar una palabra

A. L.: En algunos casos de la traducción tuve que poner un neologismo respecto de lo que fue traducido por esfuerzo de dar caza, pero fundamento desde donde.

M. S.: o sea que hay una razón lógica en el esfuerzo de dar caza, pero habría que inventar una palabra

A. L.: ¿por qué esa?

M. S.: pero había una necesidad de inventar una palabra

A. L.: sí, la palabra en alemán es Nachdrang, que de acuerdo al diccionario es empujar de atrás; empujar de atrás no tendría ningún sentido en ese contexto, entonces Etcheverry pone esfuerzo de dar caza, no me acuerdo lo que pone López Ballesteros. Puse un neologismo posempujar ¿por qué? Por el empuje de la pulsión, el drängen, el Drang de la pulsión, el empuje, el Drang constante, se usa ese término en alemán porque hay algo en la palabra que es intraducible. Y explico el nach todas las acepciones que tiene el prefijo y en qué sentido estaría en juego.

M. S.: ¿y le parece que se pierde mucho en cuanto a estilo en la traducción de Freud?

A. L.: ¿en cuanto al estilo de Freud cuando se traduce?

M. S.: sí por ejemplo cuando traía esa acotación de las traducciones de francés, fue una de las cosas por lo menos que yo he trabajado en la traducción de Encore, tomamos ese cuando salieron los registros sonoros, y una de las cosas que más se pierden en las versiones... son sobre todo las cuestiones de estilo

A. L.: el estilo es enunciación, se pierde la enunciación

M. S.: Bueno, ese era el problema en ese establecimiento; con Etcheverry ¿hay muchos problemas en términos de estilo?

A. L.: no encontré que ese fuese el problema

M. S.: porque sobre la cuestión del estilo hay todo un punto importante respecto de la transmisión, porque, llevado al extremo, la transmisión es del estilo más que de los conceptos

A. L.: Ahí tenés que definir que es el estilo para el psicoanálisis. El estilo es el objeto, porque si no, entendemos estilo en términos de la vida cotidiana. La comparación la hice más en ciertos términos, entre los tres textos, pero sí planteé los puntos respecto del estilo que podrían omitirse en castellano y que sacaríamos puntos de enunciación de Freud; o sea podría quedar forzado al castellano en la versión que doy, pero no hay alternativa, porque nosotros hablamos más comúnmente sin poner el nosotros o el yo; hay puntos donde algo siempre se pierde; hay mucho escrito sobre la traición en la traducción, pero hay que decidir. Inclusive con las dos posturas: se traduce para que uno lo lea como si fuese un texto originalmente escrito en castellano, o para que se conserve la estructura del idioma original, ya eso te plantea una diferencia importante. Por eso lo publicamos en versión bilingüe, separado en párrafos, para que se pueda cotejar.

F. R.: yo querría retomar lo que sugirió él ¿no hay marcas de la época del tiempo, de la época, de la cultura época en las traducciones?

A. L.: yo te lo contesto de dos maneras distintas. Una, supuse que el idioma podía haber cambiado, entonces agarré el diccionario que tenía de mi abuelo de 1937, y me compré los actuales; no había diferencia. Por otro lado, respecto de lo conceptual en cómo leer los textos de Freud, hay modificaciones con la introducción de la lectura de Lacan.

F. R.: me refería que los tiempos cambian la posición de los sujetos

F. R.: ahora, ¿el concepto es una lengua o el concepto es universal y se inviste diversamente en distintas lenguas en función de que le ofrecen elementos de estructura distintos? Digo porque si no, extremando esto, es una pregunta nada más. Si no, ¿qué posibilidad habría de que nos entendamos nosotros psicoanalistas argentinos con psicoanalistas franceses si no hay la posibilidad de que el concepto pase?

A. L.: Te lo dije respecto de la palabra Verdrängung, la traducimos con distintas palabras, pero en principio está acuñado en alemán que es la lengua en que lo produjo Freud, dentro del contexto de lo que veníamos diciendo, siempre hay dificultades con las traducciones, entonces tengo que remitirme a la palabra alemana, esa es la original. Por eso, en una de las notas por ejemplo estuve fijándome como hacían distintos traductores. Las versiones que a mí me interesaron más, son las de los traductores de los textos de Heidegger, que me parece que son los más precisos. Trabajan la etimología de las palabras, ponen como aparecen en el original; las notas son sumamente interesantes. Intenté en algunas en particular repetir esa estructura, como aparece en el original, como aparece en el texto, como aparece en el contexto de otros textos del autor.

F. R.: ahora, una medianera es más difícil de atravesar; el concepto pasa o no pasa en la traducción

A. L.: te vuelvo a decir, a mí me parece que no es de traducción, el problema específico de traducción es si introduce problemas conceptuales, pero más allá de eso tenés otros lugares desde donde te hace agua la traducción; no necesitás una nueva traducción para que esa traducción te haga agua De hecho todos sabemos que las traducciones existentes hacen agua. Yo no sé tanto francés, pero sé que hace agua, escucho a otros que habla de eso, ¿por qué debería creer en una traducción? ¿Por qué tener una posición de creencia respecto de la traducción? Si me interesa trabajar alguna cuestión en particular yo voy a la lengua original.

F. R.: por eso preguntaba si más allá de todas las versiones estaría el concepto que sería accesible desde una u otra lengua. Es así, o está determinado en cuanto a lo que entiendo... Si no, no apostamos si no tomamos la traducción como texto sagrado, no lo canonizamos

A. L.: Acá se nos desliza algo. El concepto ¿es represión? Por ejemplo yo sigo con lo mismo, no, el concepto no es represión, es un nombre para un concepto. Entonces, una cosa es la traducción, que es como acuñamos la palabra, y otra cosa es que es el concepto. El concepto se nombra con palabras acuñadas, pero el concepto tenemos que rastrearlo en los distintos textos de Freud. Por poner represión o algún otro término, yo no inventé un concepto nuevo, porque es un término solo por el cual lo traduje. La represión es tal cosa, tal otra y tal otra en tal texto, y en tal otro texto Freud agrega esto y varía en esto, tendrá que sacar las consecuencias. Lacan respecto de ese concepto dijo esto otro. Me parece que ahí se nos deslizó lo que es el término traducido de lo que es el concepto.

F. R.: era por esto precisamente que yo preguntaba.

Reportaje a Enrique Millán

Realizado por Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval

Texto establecido por Valeria Mazzia y corregido por Enrique Millán

Este reportaje fue realizado en noviembre de 2002, en el consultorio de **Enrique Millán**.
Participaron Valeria Mazzia, Fernando Rodríguez y Michel Sauval

Michel Sauval: *Relatos de la clínica* es una de las revistas que edita PsicoMundo, y su nombre se inspira en una cita de Lacan de la última sesión del seminario 6 (1). La revista se edita en formato electrónico y tiene actualmente unos 5000 suscriptos en todo el mundo. No hay un tema prefijado para los artículos de cada número, pero sí hemos tenido un tema o idea para los reportajes.

En el primer número le hicimos un reportaje a **Jorge Baños Orellana** (autor de "El idioma de los lacanianos" y "El escritorio de Lacan"), para abordar la cuestión de la semiología del relato. En el segundo número, en cambio, abordamos la semiología por otro lado de la psiquiatría y le hicimos un reportaje a **Juan Carlos Stagnaro** (director de la revista Vertex y director de la colección de textos clásicos de la psiquiatría que publicó Polemos).

Para este tercer número pensamos en otro costado del relatar la clínica: la relación al idioma (las particularidades que puede presentar cada lengua, obstáculos y virtudes, etc.). De alguna manera, el psicoanálisis es distinto con cada analista, ¿podríamos decir lo mismo respecto de cada lengua? ¿hay distintos psicoanálisis según cada lengua?

Una de las personas que más ha trabajado la relación del psicoanálisis con el castellano eres tú. Por eso quisiéramos charlar un poco de este tema contigo.

Enrique Millán: Hay dos maneras de abordar la cuestión. Una sería a partir de ahora, y otra sería contarles como fue surgiendo la preocupación. Son dos enfoques totalmente distintos.

En algún sentido, por ahí, la segunda sería más autorreferencial, en sentido del recorrido que fui haciendo yo. Pero tiene un aspecto teórico también, porque la cuestión empezó con la convocatoria de Lacan en Caracas en el 80,

MS: ¿Fuiste a Caracas?

EM: Mandé un trabajo pero no fui.

En la convocatoria hay un párrafo donde Lacan dice qué espera de los psicoanalistas latinoamericanos: que haya trabajos que tengan que ver con la clínica y que den cuenta de formaciones del inconsciente propias de la lengua castellana. O sea que la clínica tendría que ver con la pregunta de si hay formaciones del inconsciente que sean propias de una lengua.

Me llamó la atención ese párrafo ya que tenía una preocupación o un gusto previo por la literatura castellana.

MS: Ahora, en ese párrafo ¿cómo entiendes "formaciones del inconscientes propias del castellano"?

EM: Esa es la pregunta que inició el recorrido. No es exactamente así, pero esa es la idea. Después puedo precisarles la frase. Justamente eso abre la pregunta: si la estructura es una ¿cuáles son las singularidades de cada lengua y qué aporta cada lengua a la estructura? Así empezó a desplegarse la pregunta.

En ese momento había una administración bastante complicada de los seminarios. Siempre había alguno que iba a París, lo traía y no lo difundía.

Por ejemplo, en ese momento yo había leído el primer capítulo de *Encore* y no había leído el seminario de la angustia. Iban viniendo los seminarios de manera tan salteada que uno no tenía idea del movimiento de Lacan. Por eso yo les decía esas dos versiones: desde ahora o desde esa época.

Esa pregunta que yo me hice o que se me armaba, era una pregunta sobre la especificidad de la lengua castellana en el sentido de, más que nada, de facilitar la escucha de ciertos aspectos o de otros.

Por ejemplo, la primera referencia que me viene a la cabeza en ese momento fue el trabajo de Freud sobre lo siniestro. Rastreando la palabra *unheimlich*, haciendo un trabajo lingüístico puede en un segundo momento armar un concepto. O por ejemplo, una de las dificultades más serias que tenemos, o por lo menos que yo aislé para entender el artículo de La negación es cómo se niega en alemán. En el alemán primero se afirma y después se niega. Uno dice la frase en afirmativo y después se le agrega el *nie*. Y para nosotros no es tan natural escucharlo así. O lo que le facilita a Lacan la diferencia entre el *moi* y el *je* en el habla francesa, lo que le facilita que a partir de eso después construya los conceptos. Con esa pregunta me metí en el tema.

Fernando Rodríguez: Una pregunta: ¿la idea sería que las distintas estructuras lingüísticas funcionan como expedientes facilitadores que llevan a ciertos conceptos? Cada lengua ofrece ciertos recursos...

EM: Yo en ese momento lo pensaba así: facilita la escucha de ciertos aspectos de la estructura en la medida en que es desde las lenguas que se comienzan las investigaciones psicoanalíticas y filosóficas. Porque también en Aristóteles pasa lo mismo, toda la teoría del ser en Aristóteles es construida a partir del uso del verbo ser que hacían los griegos, como si hubiera un tiempo lingüístico primero y un salto epistemológico. Se hace un corte, se arma un concepto como el de lo siniestro, como el del *moi* y *je*, o el uso que hace Lacan del *ne* expletivo para ubicar la diferencia entre sujeto del enunciado-sujeto de la enunciación.

Esa era la idea, fue cambiando después porque, al tener toda la secuencia de los seminarios y ver todo el movimiento que hace Lacan. Ahí recién entiendo por qué él en ese momento hace esa pregunta, yo iba incorporando seminarios en forma desordenada, como hicimos todos, por lo menos en esa época, después vino un poco más ordenadito todo

Valeria Mazzia: Igualmente la lectura sigue siendo salteada...

EM: Sí, pero uno ahora los tiene a mano. Yo lo primero que hice fue, pongo un ejemplo de mi primer trabajo respecto de esto, por esa época se me ocurrió la idea de que si uno toma una literatura, la historia de una literatura, puede encontrarse con que hay repeticiones o insistencias métricas en la poesía. Tiene que ver con la escritura poética. Si uno toma la historia del castellano, uno ve que desde el *Cid* hay una insistencia muy fuerte del octosílabo, el octosílabo atraviesa todos los siglos, pasando por los romances, desde los romances árabes llegando hasta nuestro siglo, hasta García Lorca. En el tango, en la milonga, También se usa mucho el octosílabo.

Entonces uno dice: acá hay una recurrencia de una métrica en la poesía y después de la incorporación durante el renacimiento, por parte de Garcilaso del soneto italiano. Y empieza a haber una insistencia muy fuerte del endecasílabo y a partir de entonces hay una insistencia enorme del endecasílabo. Las cosas suenan mejor en castellano si se las dice en un endecasílabo hasta Borges. Para mi gusto, Borges y Hernández escribieron los mejores endecasílabos de los últimos siglos en nuestra lengua.

En esa época hice un viaje a España y tuve una sorpresa muy fuerte. A mí me gusta mucho Miguel Hernández, pero cuando llegué a Alicante me di cuenta que todos eran Miguel Hernández, que todos hablaban así. El poeta lo que había hecho era escuchar. Y era impresionante pararse a escuchar hablar por la calle, se te reproducía Miguel Hernández al infinito. Hay una relación entre la lengua hablada y la lengua poética. Y entonces empecé a pensar cómo era el ritmo en el castellano del Río de la Plata y cómo era la recurrencia de escansiones en la clínica.

Aprendí a contar y empecé a ver cómo en general los pacientes tendían al octosílabo y al endecasílabo. Después hablé con un amigo que era traductor, Manuel Lamana, que había traducido a Baudelaire y a varios franceses, y él decía que si trataba de seguir la métrica francesa escribía versos que no sonaban y que si salía espontáneamente algo parecido a eso en castellano le salía el endecasílabo.

VM: Vos decías: los pacientes hablaban así ¿los pacientes, solamente? Porque cuando llegaste a España toda la gente hablaba de la misma manera. ¿Por qué mencionas la clínica?

EM: Hacía la relación entre Miguel Hernández y los alicantinos y esto de la dominancia durante 8 o 9 siglos. Algo que suena para el hablante común, en general, respeta esa métrica. Hubo una paciente que me abrió la oreja en cuanto a esto, siempre hablaba y cuando se quejaba había un cambio raro, y un día dijo: llegó la bobbe y la bobbe se quejaba en idish. Entonces ella no usaba ninguna palabra en idish ni ningún fonema. Lo que había cambiado era la entonación. Con la entonación y el ritmo averigüé que en hebreo hay una tendencia a hacer cortes cada cinco sílabas. Ahí escribí un trabajo, porque empecé a pensar que había una serie de cuestiones que uno en general atribuía a la intuición.

Por ejemplo: "el paciente está triste" suponía la escucha del ritmo. Es decir, habitualmente, cuando está triste, empieza a hacer escansiones mucho más lentas. Lo que pensé es que esto tenía valor significativo.

Muchas veces esto se pone del lado del objeto. Pero que en realidad, todo lo que en gramática se denomina fonos suprasegmentales, que son fonos que producen efecto de significación pero que depende de otro. Por ejemplo el acento puede producir un cambio de significación pero depende de que haya una sílaba. El acento, las escansiones, el tono, las curvas tonales, son significantes. Lo que proponía en ese trabajo era la sustitución en la métrica como formación del inconsciente. Tomaba el ejemplo del pie quebrado en Jorge Manrique. El pie quebrado es:

*Recuerde el alma dormida,
avive el seso y despierte
contemplando
cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte
tan callando; (...)*

El tipo tira un octosílabo, otro octosílabo, y después tira un verso de cuatro, y deja cuatro silencios. La oreja venía acostumbrada a escuchar octosílabo, y de repente le tiran uno de cuatro, y se produce una sustitución en la métrica que produce algún efecto de significación. Y muchas veces, a partir de eso, vienen muchas cuestiones. Como entonación, una misma frase puede ser superyoica o no serlo, según como se entone. Ese fue el primer trabajo, una reflexión sobre la métrica. A partir de la métrica de una lengua específica, me puse a pensar esta cuestión. En esa época lo pensaba así.

De ahí se abrió otra investigación. Porque la cuestión que yo pensaba era que Lacan tiene una preocupación por la lengua castellana, entonces si la lengua castellana es la lengua en que transcurre nuestra clínica, debíamos conocerla, conocer su gramática, su retórica, su historia, sus amores, sus infiltraciones, como desembocó acá.

En Buenos Aires, especialmente, somos una ciudad que incluyó un fono en la lengua castellana. Los fonos de cada lengua son de una batería finita, sino sería una torre de Babel. Para cada lengua hay una batería finita y precisa de fonos. Y nosotros incluimos la *zz*, por la pizza de los italianos. Y esto tiene relación con las inoculaciones de otras lenguas en la clínica. Esto se entronca con una vieja cuestión que no tiene que ver solamente con el lacanismo sino que tiene que ver con la historia de los intelectuales en la Argentina. Comenzar con esto, para mí fue difícil, en el medio lacaniano, por que supuso una marginación bastante importante por la cuestión de la referencia a lo francés. Un psicoanalista argentino puede tener solamente el diccionario etimológico francés y no el Corominas. Pero esto, ya desde la época de Victoria Ocampo viene siendo así. Lo cual es para pensar.

Ahí desemboca la investigación en ese punto.

Entonces yo pensé: se trata de saber esto. Todavía hoy es bastante difícil, tiene bastante poca prensa en el lacanismo esta cuestión, a lo sumo te dicen: qué interesante lo tuyo.

Después les voy a contar todo lo que avanzamos con la gramática: las referencias de Lacan son enormes, son infinitas.

En ese momento lo que me planteé es: ¿Cómo entrar? Porque la lengua castellana es una lengua sumamente estudiada, con mucha producción teórica respecto de las características de la lengua y la cultura. Yo tomé la línea de Dámaso Alonso. Tomar a Dámaso Alonso tuvo la ventaja de que él tiene un movimiento muy paralelo al de Lacan, no sólo en cuanto al gesto teórico, sino a la cronología. Es decir, él es quien va a estudiar la poesía española desde el estructuralismo. Parte de una crítica al signo saussuriano, muy parecida a la de Lacan, para construir una teoría del significante. Sólo que esta vez, de la poesía española, y funda una escuela. Si uno lee el primer capítulo de su *Poesía Española*, se encuentra con los mismos planteos de Lacan en *La instancia de la letra...*, y con el mismo proyecto.

MS: Entonces, en ese sentido, digamos, la diferencia lingüística, de lengua, no haría particularidad para el psicoanálisis. Porque decís que Dámaso Alonso y Lacan han sacado la misma noción de significante, cada uno desde lenguas distintas.

EM: No, el punto de llegada no es el mismo. El punto de partida fue el mismo, es el mismo gesto que tuvo Lévi-Strauss en antropología, y en nuestro país Ana Barrenechea con la gramática: ubicar el algoritmo saussuriano, hacer una crítica, y a partir de esto, intentar construir una teoría del significante. En ese sentido son coincidentes.

MS: ¿Los puntos de llegada son distintos?

EM: Después retomo eso. Esto fue la pregunta inicial. Después, leyendo todos los últimos seminarios, especialmente a partir de *...O peor*, yo reformulé mucho la cuestión, el sentido de la pregunta. Esto era ir abriendo diferentes cuestiones para conocer la estructura de la lengua.

El punto de partida es igual, sólo que Lacan va a tomar la clínica psicoanalítica y a Freud. Y Dámaso toma la historia de la poesía española.

Dámaso Alonso partiendo del significante y el significado, no usa la palabra barra como Lacan... comienza con Garcilaso de la Vega y empieza a trabajar la correspondencia entre significante y significado. Hace un tipo de análisis que es maravilloso como gesto estructuralista. Dice que es como poner una lenticilla, una lente de aumento en un poema, y eso produce la misma impresión que cuando hay un rayo de sol. Uno no ve todas las partículas, y que aparecen con el rayo. Empieza a hacer un análisis fonológico, siguiendo las aliteraciones, siguiendo el recorrido, cómo se van produciendo las significaciones, y va descubriendo montones de cosas por la vía significante. Es como descubrir un mundo.

Por ejemplo, describe cómo irrumpe un panal de abejas y cómo hay aliteración de consonantes fricativas, que son la *s* y la *z*, cuando aparecen las abejas. Después, cómo va describiendo el

Tajo, que va corriendo, el río va corriendo así, y el poema va deslizándose. De pronto irrumpe una ninfa en el río, y en el poema hay un encabalgamiento entonces se corta un verso, hay una palabra que se corta y aparece en el siguiente verso, y va haciendo un correlato entre el sobresalto del lector con la irrupción por debajo de la barra de este efecto de significación, y las marcas en el enunciado de todo esto.

La obra de Dámaso Alonso tiene varias dimensiones: primero, es una pregunta por la palabra poética, segundo es una pregunta por el significante en general, por el lenguaje, y tercero, es una pregunta por la especificidad de la lengua castellana.

Entonces, cuando termina con Garcilaso, dice, hemos llevado el análisis por la vía del significante a su límite, más cosas no se pueden extraer ya, porque lo llevó al extremo. Y sin embargo debemos reconocer que el misterio de la poesía sigue intacto, o sea que la vía significante en algún punto se topa con un límite, y entonces ahí pasa a trabajar con Fray Luis de León. Con cada autor, esto es lo interesante, Dámaso Alonso va cambiando la metodología

Esto de apelar, como diríamos, a la cuerda simbólica, estrictamente, él descubre que hay un punto en donde falla, y empieza con Fray Luis. No sé si recuerdan la *Oda a la vida retirada*...

FR: ¿En continuidad con el trabajo que había dejado antes de Garcilaso, hay un salto lógicamente necesario de Garcilaso a Fray Luis, o no?

EM: Yo no sé si es así para él. Después que uno lee la obra, encuentra cierta coherencia. Les digo algo, y después sigo con Fray Luis.

En un libro que se llama *Seis calas en la poesía española*, Dámaso Alonso dice... como permanentemente a partir de esto, como se le abre todo ese mundo, es como si fuera Lacan descubriendo toda la vía significante en los pacientes, empieza a escuchar todas esas estructuras que se repiten. Tiene permanentemente la pregunta de si el autor sabía o no sabía que eso estaba ocurriendo en su escritura. Para nosotros tiene un valor particular. En algunos momentos Dámaso Alonso dice, especialmente hablando de Góngora, que obviamente en esto Góngora no era inocente, con relación a ciertos recursos que va descubriendo. Pero la duda es enorme y en algunos momentos piensa que no sabía. En ese trabajo Dámaso Alonso arma un matema de las odas de Bécquer. Todas responden a un mismo esquema, entonces ahí se pregunta: esto ¿lo sabía o no lo sabía?. Y en ese punto dice: necesitaríamos una psicología más avanzada de la que tenemos a nuestra disposición para dar cuenta del sujeto.

Y ahí, a mí se me junta la pregunta de Lacan sobre la lengua castellana con la pregunta del hispanista sobre el sujeto de lo que va descubriendo. Ahí encuentro el punto de articulación entre las dos obras. Cuando empieza con Fray Luis, les hago corto cada uno de los pasos... hay una vieja tradición iniciada por Menéndez y Pelayo de pensar que Fray Luis era místico, y Dámaso Alonso comienza discutiendo esto, porque después, cuando trabaja San Juan de la Cruz, sí ubica la mística, claramente, como una posición incidente. Y justamente, lo que plantea es que Fray Luis en absoluto era místico. Y trabajando con la *Oda a la vida retirada* él plantea que en realidad esa vida retirada era una vida fantaseada por Fray Luis a la que nunca llegó, y empieza a hacer el análisis de cómo, qué se imaginaba. Dámaso Alonso dice que nunca llegó porque su vida siempre fue una especie de... se acuerdan de la oda? Propone una vida alejada de las riquezas, de las peleas por el poder, de las cuestiones terrenales, pero resulta que el tipo tuvo una vida totalmente peleada, estuvo preso cinco años en Salamanca por una oposición teórica y religiosa. Eso que él describe no le pasó nunca, funciona como una aspiración.

Entonces empieza a ver como se alternan permanentemente esos imaginarios, entre esas zonas pacificadas que él se imagina en un lugar alejado y esas imágenes de un derrumbe, imágenes de tempestades y de cosas que se derrumban. Como que agarra por la vía imaginaria para trabajar a Fray Luis y uno puede ver ahí la fragmentación y la totalidad circulando todo el tiempo. Y tiene otra Oda que trabaja, que es la que es del profesor de música de Salamanca, la Oda a Salinas. Y ahí uno puede trabajar perfectamente todo el tema de la voz y toda la cuestión pacificante de la voz respecto de esta discordia imaginaria que

permanentemente tenía Fray Luis. Tiene la herencia directa de Horacio, todos estos temas están en Horacio y toda la filosofía neoplatónica. Se concebía al universo de manera que los astros producían un sonido y Dios era el gran concertador. La música que tiene básicamente esta regida por la armonía que vendría a pacificar ese caos imaginario que se plantea en Fray Luis.

FR: Perdí un poco de vista el hilo respecto de la pregnancia que podría tener la lengua castellana sobre el psicoanálisis. ¿Habría ciertas marcas características del castellano en las producciones de los psicoanalistas hispanoparlantes?

EM: En la clínica, sí. Este recorrido que yo les estaba contando es ...ya viene el final

...no quise precipitarme pero...a partir de la pregunta, puedo mechar con el punto final, si quieren...

En el seminario quince Lacan dice: bueno, anduve veintipico de años en el coche del estructuralismo, me voy a bajar a estirar un poco los pies. Digo, para ubicar mi preocupación de por qué aparece convocando de esta manera en Caracas. Digamos, las dos cuestiones que se plantean inmediatamente, después de ir más allá del estructuralismo, son el nudo y la preocupación de Lacan por las lenguas, y ya ahí aparece el concepto de la lengua. En general, si uno piensa la posición estructuralista efectivamente, por lo menos en lingüística, no exactamente en la idea de estructura en matemáticas, pero si en gramática, retórica, en antropología, en todo esto, la idea del estructuralismo siempre plantea una dominancia del significante. Porque, ¿en qué consiste la posición estructuralista? En ubicar la lógica del significante o la estructura del significante en determinado campo. Es decir, cuando Lévi-Strauss ubica la estructura del significante en la producción de los mitos de las civilizaciones primitivas, hasta en la organización de las aldeas, en la cura shamánica, esto es ubicar la estructura del significante.

En este sentido, la estructura es la estructura del significante, entonces inevitablemente...

MS: Con lo cual siempre tiene un elemento común, general...

EM: Sí, la movida del estructuralismo, en todas las áreas produce efectos muy parecidos. Los recorridos que hubo en el lacanismo se parecen a los quilombos que hubo en gramática, lingüística, etc.

Con todo lo que produjo el estructuralismo en psicoanálisis, el imaginario tiene una falta de prensa impresionante. En esa época, apelar a un recurso imaginario era absolutamente despreciado entre nosotros. En gramática ocurrió un fenómeno muy parecido: cualquier explicación teórica que fuera a partir de la semántica era rechazada con una moral infernal. Hubo expulsión de congresos de algunas personas por esto. Fue mucho más sangriento que acá. Si uno no jugaba con alguna cuestión significativa te miraban con desprecio. Esto es folclore, pero el gesto estructuralista es eso. Lo universal es ubicar la estructura del significante. A mí me parece que el ir un poco más allá del estructuralismo supone la presencia del nudo, en el sentido de que no hay ninguno de los tres registros que sea dominante sobre los otros dos. Esto conduce a llevar la atención sobre lo real y sobre lo imaginario también. Tanto, que llega a tener el prestigio, lo imaginario, en RSI como elemento anudante.

Ahora la presentación del nudo que hace en... *Ou pire* es muy fuerte porque coincide lo gramatical con lo retórico, porque presenta el nudo a partir de: *yo te pido que rechaces lo que te ofrezco porque no es eso*. La condición borromea ya la tiene escrita, pero Lacan dice que el campo semántico de los tres verbos (pedir, rechazar y ofrecer) es lo que se anuda, en el sentido de que una variación semántica en alguno de estos verbos produce una variación en los otros. Y al nudo lo plantea como un nudo de sentido.

Dice: es en esa acumulación de sentido que se puede pensar el objeto **a**.

Entonces esto junta la cuestión de la gramática con la cuestión del nudo de una manera muy fuerte.

Por un lado este es un efecto de ir más allá del estructuralismo. Es decir, el nudo, la escritura nodal hace que ninguno de los tres registros tenga dominancia sobre los otros dos, o por lo menos como se podía pensar a partir del estructuralismo. Y la otra cuestión es que se empieza a preocupar por las lenguas nacionales, en un movimiento que yo ubiqué... sería así, empezando a contestar tu pregunta: con las formaciones del inconsciente. Se puede ubicar la metáfora y la metonimia como la estructura propia de los sueños, de los síntomas, de los lapsus, de los chistes. Es la estructura que comparten todas las formaciones. Ahora, una vez establecido esto, viene la pregunta por las diferencias.

No es lo mismo un sueño que un síntoma. La pregunta por las diferencias hace ver la particularidad de la metáfora y la metonimia en cada una. Lo mismo ocurre con el objeto *a*. La función del objeto *a*: voz, pecho, mirada, heces. Sin embargo se abre también la pregunta por las diferencias, porque los puntos de angustia de la mirada, de la voz...no son iguales, son distintos.

Ese movimiento de reducción simbólica permite ubicar algo común en la estructura, para después preguntarse por las diferencias y entonces aparecen toda otra serie de cuestiones. Comienza a plantear la idea de *lalangue*. Dice de ella que "es una buena chica", es la que nos permite decir ciertas cosas, la que permite que aparezca la verdad.

Dice: es el concepto de la lengua en Saussure que yo lo escribo todo junto. Entonces, es y no es la lengua de Saussure, *lalangue* es la lengua materna...

Es un problema que se plantea para la gramática. La pregunta por el significante, la pregunta central de la lingüística empieza con los griegos. Empieza con el Cratilo de Platón. Pero es a partir de Port Royal que aparece el intento de las gramáticas generales, la idea de buscar una gramática que sirva para todas las lenguas. Eso llevó a un callejón sin salida. Por un lado genera la lingüística científica, objeto y campo de la lingüística, armando una disciplina que trabaja el lenguaje. Pero por otro lado, lo que uno se encuentra es que la gramática es de una lengua dada. La gramática como disciplina tiene un objeto que serían las reglas de funcionamiento de una lengua determinada, en un momento histórico, y para el hablante común.

Esta es la diferencia entre la gramática y la lógica.

La lógica construye el objeto, la gramática y la retórica trabajan con algo dado que es la lengua funcionando. Hay varias líneas respecto de *lalangue*. Una cuestión que resulta clara es que es lo dado. Nosotros trabajamos con eso. Es lo que cada lengua nacional provee para que se produzcan las formaciones del inconsciente, las posiciones subjetivas y demás. Y Lacan dice que el lenguaje no es *lalangue* porque el lenguaje es una construcción de los lingüistas. El lenguaje no existe, es una construcción teórica, es una elucubración de saber sobre *lalangue*, sobre las *lalangues*. De la misma manera que define al inconsciente, como elucubración de saber sobre *lalangue*.

Pero *lalangue* es lo que hay. Si la verdad no se dice toda, el no todo se dice en cada lengua. Y esa lengua tiene reglas de funcionamiento, prohibiciones y permisos específicos.

En un trabajo pongo un ejemplo divertido. Tengo un amigo desde hace 40 años, lo conocí en el secundario. Cuando me invitó a estudiar a su casa - se llama Jorge - tenía un abuelo que le decía "Corque". Eso me inquietaba, yo era púber y me preguntaba si los italianos tendrían algún problema anatómico para pronunciar la jota. En esa época, las limitaciones anatómicas a un púber lo preocupan, lo que se tiene, lo que no se tiene.

El fonema J no existe en el italiano, está prohibido. Es un ejemplo de amor a la lengua materna. No hay ningún problema anatómico. Entonces, existe una relación permanente entre

una lengua y la constitución de un sujeto que la utiliza para poder hablar. Uno tiene que someterse a las reglas de una lengua concreta, es lo que garantiza el lazo social, lo que permite constituir la demanda.

Lacan dice: yo me meto con la lengua francesa, que es la mía; los que se metan en otras descubrirán otras cosas. Porque justamente, el inconsciente está estructurado como un lenguaje, no como lalangue. A partir de lalangue, como un lenguaje. En el seminario 14, Lacan invita a Jakobson. Había unos psicoanalistas franceses que fueron a supervisar un caso grave, y decidieron que los escuche un lingüista. La conclusión que saca Jakobson es que el chico no tenía adquirido los pronombres personales. Este es un momento muy importante por el que el chico tiene que pasar, saber que la palabra "yo" designa al usuario. La indicación que les da es "enséñenle a usar los pronombres", les dice que eso ordena.

En el grupo nuestro hay dos personas que se dedicaron a estudiar los pronombres en lengua castellana, que tiene que ver con el problema de las obligatoriedades de cada lengua. Por ejemplo, en el inglés y en francés es obligatorio usarlos porque la persona no está indicada en la desinencia verbal.

Lacan, por los problemas de traducción que tuvo con el inglés, dice que el inglés no es una lengua que favorezca mucho al inconsciente. No le resulta extraño que Melanie Klein y todo el empirismo inglés hayan surgido en esa lengua. Y todavía resulta más difícil para el japonés, una lengua a la que le falta el no. La negación es muy complicada en el japonés.

O el interés que tiene por la escritura ideográfica en el Seminario 18.

Y para mí, hay una secuencia muy clara. Primero, hay una diferencia enorme respecto de la lengua castellana entre Freud y Lacan. Freud estudia el castellano para leer el Quijote. Ya en la adolescencia tenía un gran amor por la lengua castellana. Lacan tiene una posición muy complicada con respecto a esto, porque él tiene un período, el de los Escritos y hasta el Seminario de la angustia, donde él tiene idealizado a Góngora, "dicen que soy gongórico (o gongorino), pero no saben que Góngora habla la lengua del inconsciente". Lacan intentaba ser gongorino con el francés, pero el francés no facilita mucho esto. Cuando él se da cuenta de que esto es así, empieza a apelar a la homofonía, y a partir de ahí dice "yo me meto con mi lalangue que es la que me permite esto".

Desde esos seminarios y hasta el final, apela a la homofonía de manera muy habitual, porque se mete con Cantor, y dice: la pregunta por el "dos" (deux) lo lleva a preguntarse por "de ellos" (d'eux), los mismos fonos para dos escrituras distintas.

Acá tenemos algunos psicoanalistas que se quejan melancólicamente de que no podemos hacer lo mismo, y que sostienen la homofonía como algo fundamental con relación al inconsciente. Y sin embargo esto ocurre porque en el francés, por una cuestión particular, cuando se estableció la lengua, más o menos para la misma época que las demás lenguas romances, ellos dejaron cristalizada la escritura y siguieron cambiando la lengua hablada.

Con el castellano, se acomodó la lengua escrita a la lengua hablada, entonces esto permite muy poca confusión de fonemas. El castellano es una de las lenguas donde hay mayor correspondencia entre lo escrito y lo hablado. Esto hace que haya pocas homofonías en castellano. "Oi" se pronunciaba "oi", todo el catalán y el lemosino se siguen pronunciando igual, y en el francés cambió.

Yo les estaba contando por el camino de Fray Luis por el lado de la retórica, pero después avanzamos por el lado de la gramática y hay una particularidad. Lacan es muy francés en eso: primero idealiza a Góngora, y después dice, en el Seminario 12, hablando de un texto de Freud, que si no lo consiguen traducido, en alemán, léanlo en la otra lengua de la cultura que es el inglés, y yo ahí me preguntaba si para Lacan el castellano era del orden de lo real, que no existe, prácticamente.

Aparece como idealizado y no se mete.

Cuando plantea las fórmulas de la sexuación, en el Seminario 20, dice, lean a San Juan de la Cruz, pero no se mete, y él se había metido hasta con el japonés. Ahí hay como una afasia para el castellano.

Cuando empezamos a trabajar la cuestión específica de la gramática castellana, lo que uno se encuentra es que de todas las lenguas romances, la lengua castellana es la que tiene más parecido con el latín. El latín tiene una libertad sintáctica enorme, puede ordenar sintácticamente una oración de muchas maneras, el castellano también.

Uno, en la clínica, se detiene espontáneamente en algunos lugares. Si después reflexiona, desde esta perspectiva, en qué lugares se detuvo, va a ver que en muchas ocasiones, muchas producciones del inconsciente, muchas detenciones, se producen en alteraciones sintácticas no homofónicas.

Un ejemplo clínico: un paciente de 50 y pico dice "deseo decirle, quiero que seas mi mujer". Le pregunto si se lo había dicho antes, y dice: "a fulana se lo dije como mujer". ¿Quién era la mujer?, ¿A quién se lo dice? En otra lengua no podría ser.

MS: Es lo que se llama doble sentido

EM: El mecanismo de polisemia está determinado más por el orden sintáctico que por homofonía. El alemán tiene la posibilidad de composición que las otras no.

FR: Las particularidades de las lenguas, ¿permitirían una formulación teórica específica fuera de lo que sería el producto teórico en sí? Es decir, lo que Lacan ha producido ¿vale tanto en francés como para el castellano?, ¿tiene independencia de esa forma matricial que es la lengua francesa?.

EM: Es un segundo paso. Son dos pasos. Jakobson dice que la idea de que cómo se construyen los tiempos verbales en cada lengua nacional arma temporalidades distintas. Y después vamos a ver las palabras que se refieren a los afectos.

MS: Un ejemplo al que se podría hacer referencia es el concepto de inconsciente en Lacan: "l'une-bévue". Esto implica usar los recursos del francés, vía la homofonía, para hacer una traducción, y en la misma traducción, aportar una diferencia teórica. Porque el inconsciente freudiano no es el inconsciente lacaniano.

EM: Ese sería el campo

MS: El asunto sería si pensás que hay recursos en la lengua castellana que permitirían operaciones como la de esta traducción, operaciones donde el uso de los recursos de la lengua esté al servicio de, o dé lugar a pensar, alguna cuestión conceptual como el "une-bévue"

EM: Lacan, ahí, en el "une-bévue" incluye la cuestión de la elongación de la lengua alemana, porque cuando dice "une-bévue", juega con "Unbewusst": inconsciente, "une-bévue": equivocación. "Une-bévue", yo no sé si diría qué es el inconsciente para Lacan.

MS: Es uno de los planteos

EM: A partir de algo de la lengua francesa plantea la equivocación como fundante de inconsciente, ahí ya es teórico

MS: Por eso digo, es una conceptualización de Lacan del inconsciente que va mas allá de la sola dimensión simbólica. Y no es en cualquier momento que aparece esto. Lo que digo es que en la formulación del concepto, cuando quiere dar cuenta del inconsciente pensado como una

"bévue" (equivocación, metida de pata, falla), hace uso de la homofonía, es una construcción que implica la lengua francesa. Evidentemente, está todo el desarrollo teórico anterior, en su enseñanza. Pero ahí se junta el desarrollo conceptual, con la particularidad de la lengua. Es decir, lo tendría que haber formulado de otra manera si no hubiera habido ese recurso de la lengua francesa.

La pregunta sería: ¿cómo pensás los recursos propios del castellano para poder juntarse con aspectos conceptuales?

EM: Vos estás poniendo un ejemplo del Seminario 24. Nosotros, primero, tuvimos que superar un obstáculo de la cultura misma para hacerle lugar al estudio de la gramática castellana, de la literatura.

MS: El castellano sería más bien un obstáculo? (risa)

EM: En ese sentido estamos en plena investigación, porque primero se te plantea conocer la gramática, después la retórica...el grupo se llama Grupo Nebrija de estudios psicoanalíticos.

Acá nos preguntarían qué quiere decir. En París no lo preguntarían.

Nebrija fue el autor de la primera gramática castellana. Antonio de Nebrija fue el primero en escribir una gramática en nuestra lengua. Y utilizó el mismo recurso que Colón para convencer a la reina Isabel de que financiara la gramática, porque dijo que si iba a haber una conquista era necesario que la lengua estuviera establecida. Nosotros tenemos mucho que ver con el hecho de que se haya empezado a hacer gramática en España.

Y por eso llamamos así a nuestro grupo.

El trabajo que venimos haciendo es arduo. Recién tenemos algunos resultados.

El horizonte es este que ustedes preguntan: ¿cuál sería el equivalente al "une-bévue"?

Se complica con toda la información que vas incorporando. Por ejemplo, es la cuestión de la gramática, de la retórica, y de las producciones culturales. Tenemos grupos que trabajan con Felisberto Hernández, con Cortázar, María Zambrano, con las particularidades que adquiere también la lengua en la literatura.

Dentro de esa línea de preguntas que ustedes tienen, yo personalmente avancé en algunas cuestiones. Sobre el trabajo sobre Garcilaso, Fray Luis, San Juan, Lope de Vega, Quevedo, Góngora, ahí va surgiendo una cuestión, en particular en San Juan de la Cruz, que es lo que indica Lacan respecto de la lectura del lado derecho de la fórmula de la sexuación y el goce místico.

En el estilo francés, también, dice, son textos que están a la altura de mis escritos. Estuve nueve años laburando San Juan para ver ese punto. Escribí un libro y la hipótesis final sería que la lengua y la cultura hispanoamericana plantean un desarrollo del lado derecho de la fórmula, de la lógica del no todo, mucho más manifiesto que en otras producciones culturales.

Hay una vieja pregunta sobre Hispanoamérica: ¿por qué no se produjo ciencia? Hubo científicos y filósofos, pero, así como hubo un siglo de oro de la literatura, una producción como el Quijote, con relación a la historia de la novela universal, místicos, pintores, no hubo filosofía o ciencia española. Esta es una vieja pregunta que yo junto con esta cuestión. En "Sierpe de Don Luis de Góngora", Lezama Lima plantea que parece que para el hispano hay una posición distinta que para el europeo respecto del barroco. Eso me dio una pista.

Empecé a ver que toda la producción hispanoamericana, y si tomamos a los nuestros, Cortázar, Borges, Macedonio Fernández, y cruzando el río Felisberto Hernández, uno puede

ilustrar, ejemplificar, trabajar muy fuertemente sobre la lógica del no todo más que la lógica del todo. Lacan pone a la filosofía y a la ciencia del lado del todo. Lo que empecé a sospechar, me permitió otra lectura de la obra de Lacan. Me dio la impresión de que desde la teoría del espejo hasta el final de la obra, Lacan se la pasó dialogando con Descartes para ir más allá de Descartes. Todo el tiempo está planteando que el psicoanálisis, en las distintas formulaciones... consideren por ejemplo que El estadio del espejo comienza así: "vamos a trabajar la estructura del yo según surge de la experiencia psicoanalítica, que nos aleja de toda filosofía derivada del cogito". Más todas las vueltas que le da en el Seminario 11, en el 14. Es como un gran esfuerzo para ir más allá, inclusive en los puntos de alienación entre el no ser y el no pensar, el no soy y no pienso, que está en una interlocución permanente con Descartes, con el racionalismo francés. Lo que yo empecé a pensar es que nosotros no tenemos ese problema, porque nunca llegamos.

¿Qué lugar tiene en la historia de la cultura hispanoamericana el pensamiento? ¿Tiene el lugar parmenídeo de estar articulado al ser, como sí lo está para los franceses y para los alemanes?.

Partiendo del Quijote mismo, que en el primer capítulo dice: "la razón de la sinrazón que mi razón tuviere", el pensamiento no tiene un lugar de articulación con el ser exactamente igual que el que tiene en la cultura francesa. Esta es la hipótesis del final. Por eso digo María Zambrano, porque es la que pudo hacer una teoría de la razón poética. Habría otra razón

VM: ¿Es filósofa?

EM: Sí, murió hace poco. Fue discípula de Ortega, se la critica por femenina, justamente por ese punto. Me parece que al desplegar la lógica del no todo despliega más estos otros goces que aparecen en la religión, en la mística, en la literatura.

Muchas veces yo pienso que en nuestra clínica, en muchos casos, para que un sujeto llegue a articular algo del ser con el pensar, hay que hacer mucho trabajo. Cuando los franceses empiezan por ahí, el inicio del análisis está por ese lado, más allá de la posición sea: neurosis obsesiva, histeria.

Acá va una anécdota que me dio mucha risa. Un amigo, que se analizó tres meses en su vida, uno lo escucha hablar de sí mismo y nunca escuchó a alguien tan despistado con respecto a las cosas que le pasan. Tiene una mujer psicoanalista y la cuestión es que le tocó ir a una cena, y le tocó sentarse al lado de Safouan. Se pasó toda la cena charlando con Safouan. En un momento Safouan le dice: "Ud. está al final del análisis, tendría que pedir el pase".

Le digo a mi amigo: "lo que no entiende Safouan es que vos estás para empezar un análisis".

Esta pregunta por el pensamiento...que se mantiene en estado de pregunta...es la cosa más fuerte que yo pude hacer en este recorrido. Pero después están estas otras, que son distintas, y tienen que ver con estos efectos gramaticales que hacen a lo específico.

Por ejemplo, el tema de la obligatoriedad es distinto en cada lengua. La obligatoriedad en gramática quiere decir que hay cuestiones que son absolutamente obligatorias, que no se pueden violar de ninguna forma. Por ejemplo, el predicativo subjetivo es obligatorio...uno no puede decir "se me ocurre que" y dejarlo ahí, tenés que agregar algo para que tenga sentido. Entonces, producir un lapsus en un lugar donde la lengua no es obligatoria no es lo mismo que producir una alteración en lugares de obligatoriedad. Por ejemplo, como decía antes, el pronombre personal en francés es obligatorio. Que alguien no lo use no es lo mismo que haga un lapsus en otro lado. Para pensar la diferencia de ciertas alteraciones en la lengua que produce la psicosis o que se producen en la neurosis, casi todos los ejemplos que da Lacan de desanudamiento son esas frases que da en el 20, y tienen que ver con este punto. Este es otro trabajo que estamos haciendo: cuáles son las obligatoriedades propias del castellano respecto de otras lenguas. El incumplimiento de esas reglas. Una cosa es que produzca un equívoco y otra es que sea producto de un desanudamiento. En general eso tiene que ver con la obligatoriedad.

Esa es la idea más fuerte - me adelanté por el pedido, esto todavía no lo comparto todo el grupo, es más un tema mío, es lo que armé como proyecto de tesis para el doctorado, especialmente en los puntos de alienación que plantea Lacan.

VM: ¿Cuáles serían estos puntos que tomaste?

EM: ¿Se acuerdan de la secuencia que plantea en la lógica del fantasma? Lacan plantea los círculos de Euler y en su intersección; el ser y el pensar. Él dice: "el inconsciente es la negación de esa intersección", ahí ubica el inconsciente.

MS: La negación del ego, del je

EM: Sí, ahí lo plantea en esos términos, el cogito ergo sum.

MS: La negación cae sobre el sujeto, por eso queda no pienso o no soy.

EM: Antes de aplicar la ley de Morgan, dice ser y pensar, la intersección es Descartes, y la negación de la intersección es el inconsciente. Aplica la ley de Morgan: la negación de la intersección es igual a la unión de las negaciones. Entonces queda, no ser no pensar, pero reemplaza la primer persona: no soy yo el que piensa...

Ese punto, definirlo así es si uno comienza partiendo de Descartes, que hizo la articulación entre ser y pensar, no es él el que la hizo, la hizo Parménides, Aristóteles, Kant... Esa es la pregunta que tengo: si esa articulación funciona así, si el pensamiento viene articulado al ser de la misma manera como para plantear la negación de eso. ¿Qué pasa si nosotros no partimos de ahí, si no está articulado de la misma manera el ser y el pensar? ¿Cómo definimos el inconsciente, entonces?

El lugar del pensamiento es claramente otro, y todos estos autores a los que nombré... Cortázar lo llega a decir de una manera muy simpática en Rayuela, en uno de los personajes: "a mí esto del cogito cartesiano nunca me funcionó, especialmente la parte del ergo". Esto es algo que no niega la estructura, plantea una posición particular respecto de esto, que coincide bastante con la posición de la lógica del no todo en las fórmulas de la sexuación. Eso que pasa acá, en este país, siempre acá todo es peor, esto creo que tiene una dimensión política importante. Vieron este discurso que hay: "en este país de mierda todo es peor". Lo llegué a escuchar hasta con relación a la dictadura: "nuestra dictadura fue peor que la de Franco por que Franco firmaba las ejecuciones y Videla no...". Es una lógica de la exclusión, todo lo que pasa acá es peor. En una conversación sobre el tema de la memoria, yo decía que acá nos olvidamos...pero, y los franceses? Lo que hicieron en Argelia, la tortura, todo eso... los franceses no recuerdan un carajo, y no es que sean peores o mejores, sino que esta lógica de la exclusión... de dónde viene?

Menéndez y Pelayo decía que alguien se tira un pedo detrás de los Pirineos y es palabra santa para los españoles. Y yo empecé a pensar que sostener la lógica del no todo es algo que puede llevar fácilmente a la melancolización porque del lado del todo se dice la precisa, cuando mezclas cuatro términos...

MS: O sea que los argentinos seríamos más castellanos que los castellanos?

VM: De ahí el tango...

FR: ¿Esto tendría que ver con una imposibilidad estructural de la lengua castellana para cernir el agujero o más bien con una decisión cultural, es decir, no hacer un discurso de estas características, no hablar como la tradición occidental europea?

EM: A mí me parece que no es una dificultad. En cada lengua están todos los elementos. Lo que uno puede pensar son variaciones

FR: ¿Sería una posición subjetiva?

EM: Claro, podía pensarse por la historia, por la influencia de los árabes, por la influencia hebrea. España tiene una influencia oriental, uno no tiene la sensación de estar en Europa. Primero, mucha influencia hebrea, con relación a la cábala, todo el peso de la cuestión mística, y acá, encima, toda la cuestión indígena. Son contingencias de la historia de la lengua.

VM: Vos mencionaste una dimensión política de todo esto...

EM: Esto ya es delirio...yo tengo la teoría...bueno, también la tiene Octavio Paz y me parece más fundamentada respecto de México. Yo leí una vez un trabajo sobre el discurso de las mujeres en Grecia, que no podían hablar en el ágora, pero aparecen hablando de lo trágico, en las tragedias, todas las mujeres tienen la palabra en las tragedias. La hipótesis de ese trabajo era que lo que está excluido en el ágora retorna trágico. Yo creo que hay toda una tradición latinoamericana que no es escuchada ni recogida políticamente y que nuestros países han padecido, desde la generación del 80, y en México especialmente, una clase dominante que ha gobernado a espaldas de esa tradición. Gobernar a espaldas de esa tradición hace que retorne como trágico, retorna vía peronismo, "Alpargatas sí, libros no". Cosa que no ocurrió igual en Uruguay...

... lo mencionaba como el ideal en Francia, en el racionalismo...como ideal está bárbaro pero hay que ver si como cuestión y tradición, en los años '30, '40 y '50 los intelectuales argentinos estaban en una posición crítica antiespañola absoluta. Porque lo español y todo lo que tenía que ver con nuestra cultura estaba asociado a Gavino de Maestín, y a todos esos que escribían mucho y no decían nada. Es toda esta cosa que para Cortázar resulta insostenible. Llegaron a los españoles en un segundo tiempo. Llegaron ¿no?, Cortázar, Borges, Macedonio. Macedonio tiene un trabajo hermosísimo del año '29 que es "Codear afuera a Kant", donde podría tener planteos casi lacanianos, no en el sentido de sacárnoslo de encima, si en el sentido de reconocer que no está bien, como una lógica paradójica, desde el punto de alienación.

MS: Esta relación más estrecha con la lógica del no-todo, ¿es algo que se desprende de la lengua castellana, de su gramática?

EM: Sí, bueno, de la gramática, pero también de la retórica y de las producciones. Yo me apuré a responder por las preguntas de ustedes, pero el trabajo que hacemos es más de hormiga. Por ejemplo, hay dos trabajos: uno que escribí yo sobre un párrafo de Lezama Lima, y otro de Silvia Peaguda, sobre un poema de León Felipe, en donde ubicamos la estructura de las subordinadas adversativas.

Entonces, en el párrafo que yo trabajaba, Lezama está presentando a un personaje nuevo en "Paradiso". Y dice: "...un tal Farraluque, cruzado de vasco titánico y habanera lánguida,... pero dotado de una enorme verga". Yo trabajo esa subordinada. Es decir, hay una principal, que lo presenta de una determinada manera, y hay un *pero*, que atribuye a un rasgo que retroactivamente cae sobre la principal, y empecé a pensar ahí... Porque la estructura de la subordinada adversativa uno se la encuentra casi permanentemente. Por ejemplo algún paciente que suele decir "se compraron una casa, pero la cocina es muy chica". Empecé a pensar que hay sujetos que *habitan* esas subordinadas. Por ejemplo, condicionales: "Si ella hubiese hecho tal cosa, entonces yo..." La angustia de castración está muy armada en forma de subordinada condicional, ¿no? Entonces uno podría pensar que la estructura de la subordinada podría ir a ocupar el lugar de S1 para un sujeto. No los contenidos de las palabras, sino la estructura de la subordinada.

Pensaba en la representación. Después fui a hablar con Clara Azaretto...quizás la conozcan. Es, de la gente que trabaja topología, de lo más interesante que hay...porque tiene una posición más interesante porque es poco mistificadora de la topología. Ella pensaba que entonces tendríamos que empezar a pensar superficies o nudos que no tomó Lacan. Porque Lacan tomó nudos, y esos nudos tenían que ver con las estructuras del francés. Y entonces habría que pensar una superficie topológica o un nudo propio para esa estructura. Esto no lleva todavía a un punto...son pequeños caminos que vamos tomando. Después en una

investigación que estamos realizando que se llama " El lugar de la retórica y la gramática en la obra de Lacan", donde vamos minuciosamente trabajando a partir del Seminario X, recién llegamos al XIV, tomando todas las referencias gramaticales y retóricas. Es más llamativo, justamente por esto que decíamos al principio: la gramática es de una lengua, no es de todas - por eso pasan por arriba si es gramática, si es retórica, y siguen viaje. Nosotros vamos viendo cada uno de los puntos. Hace unos meses (en agosto del 2002), hicimos unas Jornadas que se llamaron "Gramática del Ello y retórica del Inconsciente". La insistencia que pone Lacan en que el lugar del Ello es un lugar gramatical, y que toda la estofa fantasmática es absolutamente gramatical, esto quiere decir también que responde a la gramática de cada lengua, cómo alguien organiza, por ejemplo, las distintas cuestiones. Entonces, Lacan insiste en la cuestión de que la frase fantasmática tiene un verbo en voz media. Esto también la mayoría lo pasa por alto. Los ejemplos son franceses, o de otras lenguas.

La cuestión es que no se conjuga en voz media como en griego, pero hay que ver cómo funciona la voz media en castellano, cómo se construyen las funciones. Hay un trabajo muy bueno de Cristina Bejar, que en esas Jornadas presentó una investigación, bueno, se metió con las cuasi-reflejas, las reflexivas con se. Cómo funcionan los impersonales, específicamente en nuestra lengua. Bueno, esto es algo de la clínica cotidiana. Nadie conjuga en voz media, salvo que hable griego, pero la pregunta inmediata sería: ¿Cómo es la voz media en castellano? ¿Cómo damos esa forma de articulación del verbo con el sujeto que da la voz media?

FR: Pero si en las distintas lenguas las obligatoriedades son distintas, no se vería cómo podría pensarse que exista para una lengua una limitación en particular. Lo que puede decirse en griego puede decirse, de otro modo, conforme a otras reglas, y tal vez a lo largo de una complicada paráfrasis, una circunlocución, también en castellano

EM: Ahí hay un salto. Si se estudia griego se ve que nunca es lo mismo.

FR: Por eso: las reglas de juego son distintas, y las formas que cursa el enunciado lo serán en consecuencia. Pero - a esto apuntaba- ¿qué peso tiene una estructura gramatical específica sobre un producto teórico particular? Más concretamente formulado: la estructura de una lengua puede haber allanado el camino hasta cierto descubrimiento (por caso, la homofonía del francés es inevitablemente sugerente de cómo la puntuación determina el significado, entre otras cosas). Haber favorecido el hallazgo de algo, pero si esto posee aspiraciones de cientificidad ha de convalidar su valor de verdad en otras estructuras fuera de aquella en la que vio la luz

EM: Sí, sí.

MS: Pero está el problema del "une-bévue", ¿cómo ponés "une-bévue" en alemán?

FR: Quizá no debas traducir literalmente "une-bévue" para conservar su riqueza semántica, y llevarlo por otro lado. Pero si hay algún acierto en definir algo a través de "une-bévue", habrá que buscar su correlativo más aproximado en otras lenguas y ver si se sostiene su validez teórica.

EM: Sí, ese es un problema. Hay dos problemas. Una cuestión es esta: que alguna de las cuestiones que se vayan descubriendo pueda aportar algo novedoso o no; y la otra es que lo que ha ocurrido es justificar en ese razonamiento que hacés vos la ignorancia de la lengua en la que transcurre la propia clínica. Porque lo que ha sido utilizado para esto -yo, cuando empezaba a dar seminarios, me decían, "bueno, pero la lógica es universal, y se trata aquí de una estructura lógica, lo del Edipo africano", etc- Bueno, no es esa la posición. Desde ahí, sostener una ignorancia de la lengua en la que vos hablás...porque por ahí de esto surgen nomás una o dos cosas que puedan aportarse como universales. Pero lo otro, la otra cosa, es que si uno conoce la lengua de su clínica, más allá de detenerse espontáneamente en ciertos lugares, si conoce por qué se detuvo, eso permite amplificar la escucha y hacerla más rigurosa. Son dos problemas distintos.

FR: Bueno, sobre este mismo punto cabría decir que Lacan puede convencer, y de hecho convence, a quien no tiene la más mínima noción del francés, esto es, más allá de la estructura dentro de la cual concibió sus conceptos, nunca mejor llamados

MS: Los matemas pueden ayudar, pero cuando Lacan hace la construcción de "une-bévue", no es sin el *Unbewusste*, y resulta un concepto templado en un juego de palabras. Con lo cual no es algo simplemente transmisible como un teorema matemático. No es sin el juego de palabras.

VM: Si uno piensa en la forma en que en distintos países están integrados los tres registros ¿eso va a dar algo diferente?

EM: Un ejemplo interesante de eso son las palabras para los afectos. Por ejemplo las *murriñas* gallegas. Los gallegos tienen *murriñas*, un estado medio melancólico, medio triste, medio nostálgico. Porque la historia de los gallegos es la historia de la migración. Cuando fui a Galicia comprobé que eso es un paraíso, y sin embargo han vivido emigrando. Sabemos de los gallegos que dormían acá debajo de los mostradores, pero antes de eso ya habían emigrado. Entonces, es una especie de tristeza o nostalgia que uno puede pescar en Rosalía de Castro, por ejemplo. La *saudade* no es una *murriña*.

Si agarrás el yiddish es impresionante. Por ejemplo, tener un *ischbit*, que en alemán sería *nicht gut*, es un malestar en el plexo solar, pero que es pasajero, "tuve un *ischbit*". Hay que saber yiddish. No es lo mismo que un *zuge*. Un *zuge* es cuando un judío se queja de tener un problema con un hijo. Un hijo no da un *ischbit*, que es algo así como una desacomodación. Y para mufarse... hay que conocer el porteño. No digo que tengas que vivir en Buenos Aires, podés vivir en otro lado, pero la *mufa* es porteña. Es una mezcla pegajosa de humedad, ¿no?...Había una famosa anécdota de alguien que vio a Macedonio Fernández en Córdoba viviendo en una pensión, y tenía el calentador con la pava, y le dijo: "Maestro, se le pasó el agua si quiere hacer café". "No -le dijo- es que extraño la humedad de Buenos Aires". La *mufa* hay que definirla, hay que explicársela a alguien de otra lengua, ¿no? ...hablando de si los sentimientos son reales, para los cuales hay palabras que vienen a explicar cosas universales.

Yo tenía un paciente, tengo, que atravesó un período muy difícil después de una separación, terrible. Nunca vi sufrir de amor a alguien de esa manera, como llegando a un punto de masoquismo y objeto abandonado...llegando a un punto de caer y que yo tuviera que ir a su casa por dos sábados seguidos. Fue saliendo de a poco. Y un día su pareja decidió ir a tomar un café con él. Me llama por teléfono y me dice que tiene que ir a tomar un café con ella, y me pide consejo. Y yo le digo: "Usted, *muzzarella*". "Ah, bueno, bueno". Cortó ¿Y qué quiere decir? *Usted, muzzarella* quiere decir *usted, muzarella*. Es una expresión muy particular. Con los afectos, uno sostiene que la angustia es universal, pero de todas maneras es cuestionable. Hay una pregunta sobre la angustia en los griegos, si había angustia o hizo falta... ¿dónde lo leí?...era muy taxativo: "Los griegos no se angustiaban". Les pasaban otras cosas, terribles, pero no angustia, como si hubiera hecho falta el cristianismo.

Ahora, en cuanto a lo que vos decís, yo creo que Lacan hizo una movida, teniendo una posición estructuralista muy fuerte que en sus últimos años empezó a relativizarse - no a pasarse al otro lado, a sostener la posibilidad de un Edipo africano. No renunciando a esto, sí con preguntas sobre las particularidades.

MS: Lo malo es que hay más de ochocientos neologismos inventados por Lacan. Con lo cual, hay toda una densidad conceptual o de creación que se articula a los recursos de la lengua francesa.

EM: El problema es la traducción de los neologismos. Él usa la homofonía.

FR: Vos decías, hace un rato, que l' "une-bévue" se funda en el francés, y por eso decía yo también que la lengua es una herramienta, el elemento del cual Lacan se valió para

encontrarse, más fácilmente de lo que hubiera podido otro, con ciertas cuestiones, y elaborar ciertas cuestiones teóricas...

VM: Sería lo que tiene que ver con el contexto de descubrimiento.

FR: Aparte de todas las posibilidades expositivas que le da el francés, además del uso peculiar que hace, por un prurito de estilo, de las mismas, es al mismo tiempo, sí, un medio de descubrimiento. Pero me refiero a que la sostenibilidad, después, de lo que él haya producido, fuera de las fronteras de su lengua, se jugará trascendiendo esa estructura y esas particularidades

EM: Inclusive puede pasar la inversa, por esto que digo yo: no sólo que aporte algo nuevo [a lo universal], sino que cuestione alguna cosa [de lo universal, desde las particularidades del castellano]. Por ahí se demuestra que algo universal no es tan universal.

VM: ¿Y cómo te fue cambiando la clínica, a medida que avanzabas con esto - si es que cambió?

EM: Bueno, me parece que se te van abriendo posibilidades. Por ejemplo, uno aprende mucho leyendo a Dámaso Alonso, leyendo sus análisis de poemas, la distribución que hace del uso de consonantes y vocales, las aliteraciones. Te viene inmediatamente a la mente cuando leíste varios análisis que él hace, ¿no? Especialmente en los momentos en los que uno está muy perdido con un análisis, cuando no sabés para dónde ir, yo apelo mucho a eso, a empezar a buscar: vocal, reiteración, distribución, administración, y alguna pista siempre sacás. En el sentido de que incluís todo el análisis fonológico en el campo del significante, el uso de todos los recursos de entonación. Muchas respuestas están en la voz, en la entonación, hay un aspecto significativo en todo ello. Eso es el tono de voz..

También el análisis de subordinadas, de las concordancias verbales, de las aliteraciones, el uso de los tiempos verbales. Cuando Lacan habla de la elongación de las lenguas, sí, evidentemente, hay algo que se pierde. A mí, por ejemplo, cuando empecé a estudiar griego...cuando vos empezás a estudiar otras lenguas actuales, a los tiempos verbales vos le cambiás el nombre pero los tiempos son los mismos. El problema con el griego es que no tenés que usar otras palabras para los mismos tiempos sino que tenés que entender el tiempo verbal. El uso del aoristo -Lacan lo cita en "Subversión del sujeto", donde dice: *el sujeto se presenta en aoristo*- se usa para designar una acción de un momento absolutamente puntual, y el presente es durativo, y eso es distinto que en castellano. El futuro, por ejemplo, en griego, no es oracular. No es de lo que va a pasar, sino que es de un proyecto hacia el futuro, de algo que se proyecta hacer. Bueno, tenés que aprender los tiempos, más que cambiar las palabras para un mismo tiempo. También con el uso de los pronombres.

Todo lo que se arma en la Lógica del fantasma sigue la vía del pensamiento inconsciente, del yo pienso, el *Wo Es war*. Si uno da por sentado que el inicio de un análisis supone que el sujeto está en posición cartesiana, y que justamente la instalación de la regla fundamental cuestiona esto, y todo un primer tiempo del análisis supone la caída de esto, esto es lo que me parece más dudoso, es decir que verdaderamente para nosotros - obviamente que sí para los obsesivos- el pensamiento esté tan articulado al ser, como punto de inicio. No es que *cogito, ergo sum*.

VM: Pero ¿lo planteás como punto de llegada?

EM: Ah, bueno. Digo: cuando el pensamiento está totalmente desarticulado del ser, en algún momento pensará...los puntos en los que el *ergo* del *sum* sí que están, de donde alguien deduce que es, para el falso ser del fantasma, no necesariamente están en el cogito. Por ejemplo, cuando Lacan dice -el amor cristiano, ¿no?- "si lo amo, es", no es "si lo pienso, es" - al modo de San Anselmo. Esto de "*Navigare necessarium est*", navegar es necesario, vivir no: eso que para cada sujeto es necesario. Lo que después puso Vinicius en una canción, navegar

es preciso vivir no es preciso. Esto que para cada sujeto es preciso más allá de la vida. Sin eso, no podrá ser.

El amor es otra de las cosas que no es universal ni nada. El siglo XVIII español produjo un cambio radical en la manera de amar, producido por los cambios en las costumbres amoratorias del siglo XVIII. Yo me acuerdo que en la adolescencia había un libro que me pegó muchísimo a mí, que se llamaba "El amor es algo maravilloso" de [], con el que después los yankees hicieron una película espantosa que se llamó "Angustia de un querer", con Jennifer Jones. Es de una china de familia aristocrática, hija de un embajador en Inglaterra. Se murió el tipo pero ella se quedó y estudió medicina y cuando fue la revolución de Mao, ella decidió volver a China para colaborar con la revolución, y yendo hacia China tuvo que estar un tiempo en Hong Kong y ahí se enamoró de un periodista inglés. La novela terminó con que al tipo lo matan en el frente. Lo que es más interesante - porque lo banalizaron totalmente los yankees- es que esta mina, que hacía once años que no estaba con nadie, que no había tenido ninguna relación con nadie, y este inglés, casado, es cómo fue ocurriendo la relación. Entonces, en un momento el tipo le dice que la ama, y ella se asusta mucho, y le dice que en chino hay cinco maneras de decir esto, que van siendo progresivas: tienen cinco verbos, el primero de los cuales es el único que recuerdo: es decir al otro "Usted es la persona que está en mí", "desde que lo conocí Usted está en mí". Esta gente tiene cinco verbos para decir amar, para lo que nosotros tenemos uno solo. Seguramente les deben pasar cosas distintas.

El gran problema quizá sea poder llegar a formalizar alguna cosa final, porque podemos decir que la esencia del psicoanálisis es que a cada persona le pasa algo distinto aún diciendo lo mismo (porque si a los chinos les pasa algo distinto con cada uno de los cinco verbos para decir amar...), con lo cual siempre cada caso es particular. ¿Cómo cada una de estas particularidades o singularidades de la lengua pueden- o no- ser obstáculo o motor para pensar cuestiones del psicoanálisis?.

A mí me parece que la idea de Lacan más que obstáculo o motor, sería aquello que da la estofa, lo que provee con qué armar, digamos. Siempre es el significante aquello que representa a un sujeto para otro significante, pero ese significante está tomado de una lengua concreta. Claro que la búsqueda en todo análisis es la búsqueda de la mayor singularidad. Yo lo que tengo como objetivo, más que producir conclusiones, lo que tengo como pretensión, es generar interés. Cuando se genera el interés se empieza a buscar. No sé si después de dos generaciones algo va a pasar en esta línea.

FR: Fuera del grupo Nebrija hay otra gente trabajando sobre esta misma pista o las dificultades o contrariedades del comienzo perduran...

EM: Hoy hay otros grupos o profesionales interesados en trabajar en esta misma línea.

Hay una cosa media rara. Bueno, en el grupo Nebrija todos trabajan en esta misma línea. En realidad el punto de convocatoria son las relaciones entre psicoanálisis y lengua castellana, más allá de que existen grupos que investigan por ejemplo el cuerpo en la obra de Freud. Pero en general, trabajamos todos sobre esta preocupación. Ahora hicimos las primeras jornadas de presentación, donde nos presentamos en sociedad. Como Lacan plantea que el Ello es gramática y el inconsciente es retórica, la retórica tampoco es universal: los mecanismos del inconsciente, dice, no son otros que los tropos que describe Quintiliano. Bueno ¿cómo es la retórica específica de la lengua castellana, los recursos? Después usa la palabra gramática en varios sentidos, a veces como sinónimo de sintaxis, a veces incluye, en uno de los seminarios, dice: *el inconsciente es primero gramática, segundo gramática, tercero gramática y después repetición*. Él insiste de una manera muy fuerte con esto de darle bola a la cuestión gramatical y a la retórica. En general fuera de *Nebrija*, la idea que te dicen, pero por este obstáculo cultural, es "¡qué interesante lo que hacen ustedes!"...pero no les interesa.

FR: Queda en cumplido.

EM: Dicen esto que planteas vos: la estructura es universal, entonces la preocupación es por la estructura que es universal, y eso sí, nadie va a discutirlo, sería absurdo. Simplemente es importante la lengua en que hablás, para la clínica.

FM: Sí claro, no podemos aislarnos de eso y soslayar la lengua, porque de ser así perderíamos lo universal. Lo universal se "realiza" en lo particular. El punto es que se sigue estudiando más el francés que la propia lengua. Es una cosa casi colonialista en psicoanálisis.

EM: Hay otra cuestión. La gente se queja de lo complicado de Lacan. Yo les digo: había un medio, en el que él decía ciertas cosas para sus oyentes, en donde había sobreentendidos. Leerlo a Lacan, si uno olvida esta idea, se hace muy complejo.

VM: Además usa la ironía, que se pierde.

MS: Lo que Lacan usaba para desenvolver un concepto se transforma ahora en un obstáculo para la traducción

EM: Cuando uno lee que la estructura del obsesivo, Joyce, es similar a las construcciones de Bauvan en el estadio del espejo. Entonces yo voy, busco quien era Bauvan y aparece que era un ingeniero militar, que construyó todas las fortalezas de Francia, y que todas tienen la misma estructura, y que para un francés es como decir *el obelisco*. Cuando él se refiere a las estructuras de Bauvan, utiliza un lugar común.

FR: Lo que quiero decir es que aquellos que se aferran por un lado a la esfera universal-estructural y se limitan acaso al "¡qué interesante!" con respecto a este tipo de investigación sobre las relaciones entre el psicoanálisis y el castellano, están por otro lado prendidos a un estudio muy fino de la lengua francesa. Entonces: no para el castellano, pero sí para el francés, cuando el argumento de fondo era una apelación a lo universal del lenguaje

EM: Sí, totalmente, con melancolía respecto a eso, como diciéndonos "no podemos hacer homofonías" o "¡qué pena que nos perdimos ese recurso!" (risas)... Hay intereses económicos también.

Esto de analizarse en... Tampoco objeto a nadie que se analice con un analista de otra lengua, porque las formas que puede adquirir la suposición de saber son... qué sé yo. Bueno hay gente que por lo menos se analiza... por lo menos que se analicen con alguno, ¿no?... Pero pensar que en Buenos Aires no hay analista para uno es como pensar que no hay naranjas en Paraguay (risas). Pero hay algunos que piensan que sólo pueden analizarse con un francés.

FR: ¿En el resto de los países hispanoparlantes alguien más recogió el guante de este desafío lacaniano?

MS: Yo en realidad me dediqué mucho a la interna para poder armar esto. Recién hace unos años que estoy empezando a viajar. Estuve en Recife, donde conocí a un analista que trabajaba...

MS: En Río está Magno

EM: Magno, sí, pero a él no lo conocí. No sé qué hace.

MS: Sus posiciones, en psicoanálisis, son muy discutidas. Pero parece que todo el mundo reconoce que es un excelente poeta y aprecian los usos que hace de los recursos de la lengua portuguesa en algunas de sus traducciones de Lacan.

EM: De él leí un libro que se llamaba "Poiética", política y ética...pero después conocí una mina en Recife que trabajaba sobre un poeta pernambucano...y hay un grupito en la Universidad de Pernambuco...pero como grupos, no. Ahora estoy empezando a abrir, pero recién ahora

hicimos una cosa en Internet e hicimos unas jornadas abiertas acá, a las que vino muchísima gente, vinieron cien personas, laburando desde las 9 de la mañana hasta las 6 de la tarde - pero todos jóvenes, no de los de mi generación.

Yo fundé la Sección de Estudios en Lengua Castellana de la Escuela Freudiana por el setenta y pico, el ochenta, y no iba nadie; por eso me fui. Nadie te objeta nada, pero...

FR: ¿Eso se vincula al hecho de que hayas presentado tu tesis doctoral en Filosofía y Letras?

EM: Sí, porque quiero ver si se incluye la materia *Psicoanálisis y lengua castellana* en el grado.

FR: Digo en Filosofía. Pregunto si haber presentado el proyecto de tesis allí y no en Psicología obedece a esta sordera de los colegas para con lo relacionado con este campo de investigación.

EM: ¡Ah, sí! Me aconsejaron que lo hiciera en Filosofía porque allí había gente que sabía Lacan - de hecho mi director de tesis es Eduardo Grüner- y que en Psicología no había gente que supiera castellano, historia de la cultura...En Filosofía hay gente formada...

FR: ¿Grüner? ¿qué dicta?

EM: Grüner dicta en Artes. Bueno, ahora es Vicedecano en Sociales, pero en Filosofía dicta "Cine y literatura" y "Antropología del arte".

MS: ¿ Los trabajos presentados en las jornadas han sido publicados en algún formato?

EM: Ahora los vamos a poner en Internet todos. Es en esta semana, porque lo hicimos hace 15 días.

MS: Porque podríamos acompañar lo publicado del reportaje con un enlace a los trabajos respectivos.

EM: Sí... hay ejemplos muy lindos. Hay uno que se llama "Algunas resonancias gramaticales del análisis de un niño", que es un trabajo que no intenta presentar el caso, sino, a partir de unos juegos del chico, que pone nombres, por ejemplo "caedor", trabaja cómo función la partícula *-dor* en castellano, como un lugar de facilitación para expresar el sujeto. Después hay otro trabajo sobre León Felipe, "La estructura de las subordinadas", otro trabajo sobre la voz media, otro muy lindo que tiene que ver con el cuerpo, sobre un texto de Gómez de la Serna. Estamos viendo –eso no está en esos trabajos- que existe toda una posición respecto de los objetos, no los *a*, sino los pequeños objetos: es Felixberto Hernández que pasa casi directamente a Cortázar, ¿no?, y la relación con el cuerpo. Después hay que ver si esto es así... el ida y vuelta. Después otra cosa que aún no escribí porque no lo llegué a investigar, es sobre el discurso del amor y la especificidad del amor en este siglo en Bs.As. Por ejemplo, tengo cierta idea de que muchas escenas de amor son cortazareanas, de cómo él va describiendo las escenas de amor, con un período muy signado por Homero Manzi. Los relatos sobre el amor tienen mucho que ver con los relatos en la literatura, entonces no se sabe si Cortázar escuchó...porque muchas veces, por lo menos es lo que yo siento, mi vida tiene escenas cortazareanas, no sé si porque lo leí mucho en mi adolescencia o porque él leyó algo que yo venía pensando.... o de Felixberto.

VM: Eso me hace acordar a la película Alta Fidelidad, donde el protagonista empieza la película diciendo que él no sabe si escucha música pop porque es desgraciado o es desgraciado porque escucha pop.

EM: Todo esto del no-todo, ¿viste?...en la primera frase de "Cómo se enuncia", ¿no?, la primera de frase de un cuento de Felixberto Hernández dice algo más o menos así: "Me gustaría pensar que mi vida comenzó un día tal" No es: "pienso que", o "mi vida comenzó",

sino: "me gustaría poder pensar que", ése es un estilo borgeano... "se me hace que ", "tengo para mí que"... no es el yo textual.

Hay un trabajo muy lindo sobre la voz media donde se toma el inicio de Pedro Páramo "Vine a tal lugar" ("vine", refiriéndose a la acción. de venir a tal lugar) y en el medio cuenta todo lo que le pasa, que la madre le dice que vaya a conocer a su padre, y al final termina diciendo "por eso vine". Entonces, este vine está en voz media, el primer vine está en voz activa...

- Bueno. Gracias por todo.

Notas

1 *"El análisis no es una simple reconstitución del pasado, el análisis no es tampoco una reducción a normas preformadas, el análisis no es un epos, el análisis no es un ethos; si lo comparara con algo, es a un relato que sería tal que el relato, él mismo, sea el lugar del (re)encuentro del que se trata (,) en el relato"*. Sesión del 1 de julio de 1959. Ver "Un grano de poesía", de Michel Sauval, en el primer número de Relatos de la Clínica.

Anorexia

Presentación de la sección "Anorexia"

Esta sección viene a darle cuerpo al [dossier sobre anorexia](#) que propusimos abrir en el [segundo número](#) de *Relatos de la Clínica*. En aquella ocasión publicamos un trabajo de **Michel Sauval**, compuesto por un [recorrido por las citas freudianas](#) relativas a la anorexia, precedido de una discusión general sobre la [situación actual del tema](#), y acompañado de un clásico: [el texto Charles Lasègue sobre anorexia nerviosa](#).

Suele asociarse un dossier con una recopilación de materiales destinada a resumir, o presentar, o constituir una puesta al día, del saber válido sobre algún tema. En cierto sentido, este agrupamiento temático en *Relatos de la Clínica*, responde a dicha idea (y por eso hemos usado el término dossier), pero en otro sentido, los lectores se llevarán más de una sorpresa. Primeramente porque el agrupamiento sigue abierto (seguiremos abordando el tema en el próximo número de *Relatos de la Clínica*). Pero sobre todo porque a diferencia de esa idea de un saber armónico o congruente que podría suponer un dossier, este "dossier" ofrece una serie de puntos de vistas en más de un punto contradictorios y discordantes.

Por un lado, presentamos una nueva entrega del recorrido de **Michel Sauval** por las referencias a la anorexia en los maestros del psicoanálisis (ver [recorrido por las citas en la obra de Freud](#) en el número anterior de *Relatos de la Clínica*). En esta primera parte del recorrido por dichas referencias en la enseñanza de Lacan (titulada **La anorexia en las dialécticas "demanda - deseo" e "imaginario - simbólico"**) se analizan las citas que aparecen en los seminarios IV (*Las relaciones de objeto y las estructuras freudianas*) y V (*Las formaciones del inconsciente*). Las mismas permiten ubicar a la anorexia en relación a la encrucijada de la estructuración del deseo y la función del falo.

Por otro lado presentamos una serie de trabajos con diferentes visiones y abordajes del problema, pero cuyo común denominador es el acento puesto en una u otra faceta de lo imaginario

- El trabajo de **Eliana Rigotto Lazzarini y Terezinha de Camargo Viana**, tal como lo indica su título **Anorexia: Una patología narcísica?**, analiza la anorexia desde el punto de vista de las relaciones objetales y el narcisismo, según las interpretaciones de las corrientes postfreudianas (entendiendo por tales las no lacanianas). Partiendo de la psicogénesis temprana de la relación madre-hija caracterizan a la anorexia como imposibilidad de la hija de acceder a la posición del padre, de acceder al Edipo genitalizado y de hacer la pasaje de Narciso a Edipo.
- **Myriam Juchnowicz, Carolina Resnik y Cintia Sola**, también abordan la anorexia como **Anorexia: una patología de la imagen**, pero a diferencia de los autores anteriores, el eje no serán las relaciones objetales. Siguiendo su experiencias hospitalaria, estas autoras señalan que han observado que en numerosos casos, *"tal vez los más extremos, es la imagen del cuerpo y su relación con la pulsión escópica lo que parece dominar el cuadro"*. Por esta razón tendrán como eje conceptual *"la conceptualización que Lacan desarrolla en el Seminario XI respecto de la mirada como objeto a, donde plantea que habría una esquizia entre la visión y la mirada en la cual se manifiesta la pulsión escópica"*. La conclusión es que *"en la anorexia fracasaría la mascarada femenina y para apaciguar la mirada de un Otro deseante, que provoca extrañeza, el sujeto da a ver un semblante diferente"*.
- En **Mal-estar na atualidade uma visão através da anorexia e bulimia**, el trabajo de **Suzana Assis Brasil de Moraes**, volvemos a encontrar la referencia al narcisismo, pero desde el punto de vista del malestar en la cultura. Luego de recorrer referencias de casi todos los tiempos, desde la Grecia Antigua hasta nuestros tiempos, y repasar los criterios más comunes en la consideración actual de las patologías mentales, la hipótesis de este trabajo es *"entender a anorexia e a bulimia como fenômenos patológicos do social, na medida em que o corpo é superinvestido e que há uma imagem ideal a ser alcançada custe o que custar"*.
- La referencia a la imagen es también la tesis de **María Teresa Cena** en **Anorexia nerviosa: una aproximación a sus orígenes** (*La pregnancy de la IMAGEN, corporal, en este caso, etérea, des -sexualizada, inalcanzable, inmaterial, representan para las*

adolescentes un polo de atracción ya que ven en ella, un ideal) pero su lectura buscar remontar esta situación al origen de la constitución psíquica, apoyándose en referencias de Pierra Aulagnier y Donald Winnicott y en el material clínico de tres casos.

Siguen tres trabajos que presentan diferentes abordajes de casos clínicos

- Reencontramos la referencia a lo originario, pero tomado por el costado del trauma, en el análisis de un caso de anorexia que hacen **Silvina Bruno** y **Analía Vázquez** en su trabajo **Lo traumático. Su relación con la anorexia**.
- En **Darse tiempo**, **Norma Píngaro** nos presenta algunos materiales de un caso de anorexia infantil (una niña de 5 años), dejando abierto el punto de las conclusiones.
- El título **Un caso de anorexia nerviosa: abordaje interdisciplinario**, del trabajo de **Ana Silvia Cheli** da cuenta de un abordaje diferente al de los tres trabajos previos para un caso de una adolescente anoréxica de 14 años.

Finalmente, **Anorexia nerviosa: concepción y estrategias de interención desde la perspectiva psicoanalítica** la , es la tesis de graduación de en **Marietta A. Pérez Ossa** y **Karina E. Zapata Suarez**, dos jóvenes psicólogas recibidas la Fac. de Psicología de la Universidad de Tarapaca (Arica, Chile). Este trabajo permite apreciar el saber que actualmente puede recopilarse y circula, sobre este tema, en algunos ámbitos universitarios

La anorexia en la enseñanza de Lacan

Michel Sauval

Este trabajo forma parte de un recorrido por las referencias a la anorexia en la obra de Freud y la enseñanza de Lacan.

En el número 2 de *Relatos de la Clínica* se publicaron las siguientes partes

- ▶ I - [Anorexia y locura](#) (Operaciones para la constitución de un campo)
- ▶ II - [La anorexia en la obra de Freud](#)
- ▶ Anexo: [La anorexia histérica](#) - Charles Lasègue

Se agregan en este número las siguientes partes:

- ▶ III - La anorexia en la enseñanza de Lacan
 - 1° parte: *La anorexia en las dialécticas "demanda - deseo" e "imaginario - simbólico"*
 - Anexo 1 : *Las tres formas de la falta de objeto*

El recorrido por la enseñanza de Lacan se completará en el cuarto número de *Relatos de la Clínica*

1° Parte: La anorexia en las dialécticas "demanda - deseo" e "imaginario - simbólico"

1 - Las referencias a la anorexia en la obra de Lacan

Las referencias directas a la anorexia, en la enseñanza de Lacan, son las siguientes.

En los Escritos, en el artículo "*La dirección de la cura y los principios de su poder*", en los puntos 2 ("*¿Cuál es el lugar de la interpretación?*") y 5 ("*Hay que tomar el deseo a la letra*").

En los seminarios, en las siguientes sesiones del mismo:

Seminario	Clases	Fechas
IV La relación de objeto y las estructuras freudianas	11 y 20	27 de febrero y 22 de mayo del 57
V Las formaciones del inconsciente	29	2 de julio del 58
VIII La transferencia....	14 y 27	15 de marzo y 21 de junio del 61
IX La identificación	11	28 de febrero del 62
X La angustia	25	3 de julio del 63
XI Los fundamentos del psicoanálisis	8 y 16	4 de marzo y 27 de mayo del 64

XV El acto analítico	14	20 de marzo del 68
XXI Los nombres del padre	11	9 de abril del 74

2 - Algunas consideraciones generales

Hay tres características que llaman la atención cuando uno recorre estas referencias.

- Son siempre referencias cortas (a lo sumo un par de párrafos), y en todas ellas encontraremos, siempre y repetidamente, la misma definición para la anorexia: "comer nada".
- En muy pocos casos estas referencias están insertadas en desarrollos relativos a la oralidad. En la mayoría de los casos se encuentra asociada a temáticas aparentemente muy disímiles (acting out, fobia, neurosis obsesiva, acto analítico, deseo de saber, etc.) pero con un común denominador: son temas abordados en el análisis de casos clínicos.
- En muchas ocasiones encontramos afirmaciones muy taxativas, del tipo "el que no entiende esto no entiende nada de psicoanálisis", etc.

En consecuencia, lo que buscaremos, en primer término, en este trabajo de lectura, es precisar el estatuto de esta "nada" que la anorexia "come", en función de sus relaciones tanto con la oralidad como con los otros temas con que Lacan la asocia.

En un segundo momento reflexionaremos sobre el carácter taxativo de algunas de estas afirmaciones de Lacan, para lo cual, no dejaremos de recorrer las principales bibliografías sobre la anorexia, ya no de Lacan, sino de los lacanianos.

3 – Anorexia y "falta de objeto"

(sesión del 27 de febrero de 1957, seminario IV "La relación de objeto y las estructuras freudianas")

Comenzaremos entonces con dos párrafos de la sesión del 27 de febrero de 1957, titulada en la edición Seuil, "*Le phallus et la mère inassouvie*" (traducido en Paidós como "El falo y la madre insaciable")

En esta primera presentación en el seminario de Lacan, la anorexia aparecerá asociada a la oralidad y las dialécticas entre demanda y deseo y entre imaginario y simbólico.

En el anexo I se encontrará un resumen/comentario de los desarrollos de Lacan sobre la "falta de objeto" en este seminario IV sobre "*La relación de objeto y las estructuras clínicas en Freud*".

Pasemos entonces a los párrafos en cuestión. Comienzo por reproducirlos, tanto en francés (según la versión Seuil) como en español (mi traducción)

Páginas 184/5 de la versión de Seuil:

"Dès qu'il entre dans la dialectique de la frustration, l'objet réel n'est pas en lui-même indifférent, mais il n'a nullement besoin d'être spécifique. Même si ce n'est pas le sein de la mère, il ne perdra rien pour autant de la valeur de sa place dans la dialectique"

sexuelle, d'où il ressort l'érotisation de la zone orale. Ce n'est pas l'objet qui joue là-dedans le rôle essentiel, mais le fait que l'activité a pris une fonction érotisée sur le plan du désir, lequel s'ordonne dans l'ordre symbolique.

Je vous fais remarquer au passage que cela va si loin, qu'il est possible que, pour jouer le même rôle, il n'y ait pas du tout d'objet réel. Il s'agit en effet seulement de ce qui donne lieu à une satisfaction substitutive de la saturation symbolique. Cela peut seul expliquer la véritable fonction d'un symptôme comme celui de l'anorexie mentale. Je vous ai déjà dit que **l'anorexie mentale n'est pas un ne pas manger, mais un ne rien manger**. J'insiste -**cela veut dire manger rien**. Rien, c'est justement quelque chose qui existe sur le plan symbolique. Ce n'est pas un *nicht essen*, c'est un *nichts essen*. Ce point est indispensable pour comprendre la phénoménologie de l'anorexie mentale. Ce dont il s'agit dans le détail, c'est que **l'enfant mange rien**, ce qui est autre chose qu'une négation de l'activité. De cette absence savourée comme telle, il use vis-à-vis de ce qu'il a en face de lui, à savoir la mère dont il dépend. Grâce à ce rien, il la fait dépendre de lui. Si vous ne saisissez pas cela, vous ne pouvez rien comprendre, non seulement à l'anorexie mentale, mais encore à d'autres symptômes, et vous ferez les plus grandes fautes.

Je vous ai donc situé le moment de renversement qui nous introduit dans la dialectique symbolique de l'activité orale" (negritas MS, subrayados JAM)

Páginas 186/7

"Il y a, d'une part, l'expérience de la maîtrise, qui donnera à la relation de l'enfant à son propre moi un élément de *splitting* essentiel, de distinction d'avec soi-même, qui demeurera jusqu'au bout. Il y a, d'autre part, la rencontre de la réalité du maître. Pour autant que la forme de maîtrise est donnée au sujet sous la forme d'une totalité à lui-même aliénée, mais étroitement liée à lui, c'est la jubilation, mais il en va autrement quand, une fois que cette forme lui a été donnée, il rencontre la réalité du maître. Ainsi le moment de son triomphe est-il aussi le truchement de sa défaite. Lorsqu'il se trouve en présence de cette totalité sous la forme du corps maternel, il doit constater qu'elle ne lui obéit pas. Lorsque la structure spéculaire réfléchie du stade du miroir entre en jeu, la toute-puissance maternelle n'est alors réfléchie qu'en position nettement dépressive, et c'est alors le sentiment d'impuissance de l'enfant.

C'est là que peut s'insérer ce à quoi je faisais allusion tout à l'heure quand je vous ai parlé de **l'anorexie mentale**. On pourrait aller un peu vite, et dire que le seul pouvoir que détient le sujet contre la toute-puissance, c'est de dire non au niveau de l'action, et introduire ici la dimension du négativisme, qui n'est pas sans rapport avec le moment que je vise. Je ferais néanmoins remarquer que l'expérience nous montre et non sans raison, que ce n'est pas au niveau de l'action et sous la forme du négativisme, que s'élabore la résistance à la toute-puissance dans la relation de dépendance, c'est au niveau de l'objet, qui nous est apparu sous le signe du rien. C'est au niveau de l'objet annulé en tant que symbolique, que l'enfant met en échec sa dépendance, et précisément en se nourrissant de rien. C'est là qu'il renverse sa relation de dépendance, se faisant, par ce moyen, maître de la toute-puissance avide de le faire vivre, lui qui dépend d'elle. Dès lors, c'est elle que dépend par son désir, c'est elle qui est à sa merci, à la merci des manifestations de son caprice, à la merci de sa toute-puissance à lui" (subrayado MS).

Traduzcamos. El primer párrafo:

En cuanto entra en la dialéctica de la frustración, el objeto real no es, en sí mismo, indiferente, pero de ningún modo necesita ser específico. Aún si no es el seno de la madre, no perderá nada por ello del valor de su posición en la dialéctica sexual, de donde surge (ressort) la erotización de la zona oral. No es el objeto el que juega ahí un rol esencial, sino el hecho de que la actividad ha tomado una función erotizada sobre el plano del deseo, el cual se ordena en el orden simbólico.

*Les señalo al pasar que esto va tan lejos que es posible que, para jugar el mismo rol, no haya ningún objeto real. Se trata precisamente de lo que da lugar a una satisfacción sustitutiva de la saturación simbólica. Solo esto puede explicar la verdadera función de un síntoma como el de la anorexia mental. Ya les he dicho que **la anorexia mental no es un no comer, sino un no comer nada**. Insisto, **esto quiere decir comer nada**. Nada, es justamente algo que solo existe sobre el plano simbólico. No es un *nicht esse*, es un *unichts essen*. Este punto es indispensable para comprender la fenomenología de la anorexia mental. De lo que se trata en el detalle, es que **el niño come nada**, lo que es otra cosa que una negación de la actividad. De esta ausencia, saboreada como tal, él hace uso en relación a lo que tiene en frente, a saber, la madre de la que depende. Gracias a esta nada, la hace depender de él. Si no pescan esto, no podrán comprender nada, no solo de la anorexia mental, sino también de otros síntomas, y cometerán las más grandes faltas/macanas.*

Les he situado entonces el momento de inversión que nos introduce en la dialéctica simbólica de la actividad oral. (negritas MS, subrayado JL)

Segundo párrafo:

*Hay, por una parte, la experiencia de la maestría/dominio, que dará a la relación del niño con su propio yo un elemento de *splitting* esencial, de distinción consigo mismo, que permanecerá hasta el final. Hay por otra parte, el encuentro con la realidad del amo. En tanto la forma del dominio está dada al sujeto bajo la forma de una totalidad alienada a él mismo, pero estrechamente ligada a él, es el jubileo. Pero será otro cantar cuando, una vez que esta forma le sea dada, encuentre la realidad del amo. Así, el momento de su triunfo es también el engaño (*truchement*) de su derrota. Cuando se encuentra en presencia de esta totalidad bajo la forma del cuerpo materno, él debe constatar que ella no le obedece. Cuando la estructura espejular reflejada del estadio del espejo entre en juego, la toda potencia materna no es entonces reflejada más que en posición netamente depresiva, y es entonces el sentimiento de impotencia en el niño.*

*Es ahí que puede insertar aquello a lo que aludía recién cuando les hablaba de la **anorexia mental**. Podríamos ir un poco rápido y decir que el único poder que detiene el sujeto contra la toda potencia es decir no al nivel de la acción e introducir aquí la dimensión del negativismo, que no es sin relación con el momento al que apunto. No obstante les hace notar que la experiencia nos muestra y no sin razón que no es al nivel de la acción y bajo la forma del negativismo que se elabora la resistencia a la toda potencia en la relación de dependencia, es al nivel del objeto, que se nos presenta bajo el signo de la nada. Es al **nivel del objeto anulado**, en tanto que simbólico, que el niño pone en jaque su dependencia y, precisamente, nutriéndose de nada. Es ahí que invierte su relación de dependencia, haciéndose, por esta vía, amo de la toda potencia ávida de hacerlo vivir, él, que depende de ella. Desde entonces, es ella que depende, por su deseo, es ella que está a su merced, a la merced de las manifestaciones de su capricho, a la merced de su toda potencia de él". (subrayado MS)*

Lacan introduce la anorexia en relación al punto de inversión de la demanda, inversión necesaria para hacer jugar las dimensiones de la privación, primero, y de la castración, luego. Es decir, en relación a lo que sería una salida de la frustración y la estructuración del deseo.

La noción de frustración en la tradición analítica remite a las primeras edades y a la investigación de traumas, fijaciones e impresiones provenientes de experiencias preedípicas. Es asociada a un periodo de desarrollo donde la relación al objeto real está centrada en la imago primordial del pecho materno. Y a partir de aquí comienzan a ordenarse los estadios oral y anal, con sus subdivisiones fálica, sádica, etc.

En síntesis, como dice Lacan, "*tenemos aquí toda la anatomía imaginaria del desarrollo del sujeto*" 1.

El ordenamiento que hace Lacan de esta fenomenología en función de los tres registros (real, simbólico, imaginario) permite ubicar de otro modo la relación al objeto.

Primeramente, *"el objeto no tiene instancia, no entra en función, sino en relación (par rapport) a la falta"* 2, la cual abre también la dimensión del agente, para el caso la madre, que de ese modo es otra cosa que "el objeto primitivo".

Esto es lo que le brinda al sujeto la posibilidad de articular *"la relación real a una relación simbólica (...)* El niño se sitúa entonces entre la noción de un agente que ya participa del orden de la simbolicidad, y el par de oposición presencia ausencia" 3.

El primer paso del viraje por el cual la relación primitiva al objeto real se abre a una relación más compleja consiste en el pasaje de la frustración de goce a la frustración de amor (ver anexo I), es decir, la inversión por la cual el otro (la madre) deviene una potencia y el objeto deviene objeto de don: la madre ha devenido real y el objeto simbólico. *"Es un momento decisivo, donde la madre pasa a la realidad a partir de una simbolización arcaica"* 4. Y lo que importará de esto, serán *"las carencias, las decepciones, que afecten (touchent) a la toda potencia materna"* 5.

Este es el punto problemático donde Lacan introduce la anorexia, ya que la pregunta que se planteará es cómo se inscribe, entonces, *"el reconocimiento de ese tercer término imaginario que es el falo para la madre, aún más, la noción de que la madre carece de falo, que es ella misma deseante, no solamente de otra cosa que de él mismo, sino deseante a secas, es decir, alcanzada/afectada (atteinte) en su potencia, [esto] será para el sujeto lo más decisivo"* 6

Es en relación a este punto, de inversión de la toda potencia, a partir del cual puede surgir, del lado de la madre, la dimensión del deseo, y esto es lo que se juega en la anorexia.

La anorexia no consiste en un "no comer" 7: primera indicación clínica fundamental para la dirección de la cura de estos casos clínicos. La anorexia "come", y como dice Lacan, "saborea" lo que come. **El punto que importa**, entonces, **es el estatuto de esa nada que la anoréxica come**, el estatuto del objeto en juego.

La nada que pone en juego la anorexia convoca al registro simbólico y la dimensión del deseo, más allá del aplastamiento imaginario de la relación dual con la madre, sobre cuya toda potencia se sostiene el yo del sujeto.

El objeto real no es, en sí mismo indiferente, pero de ninguna manera necesita ser específico, y *"esto va tan lejos que es posible que, para jugar el mismo rol, no haya ningún objeto real"*. Esa es la situación que ilustra la anorexia, y por eso Lacan la convoca en ese momento.

La función de esa nada, en este caso, **es la de invertir la demanda**: *"gracias a esta nada, [el niño] hace depender a la madre, de él". "Es al nivel del objeto anulado, en tanto que simbólico, que el niño pone en jaque su dependencia y, precisamente, nutriéndose de nada. Es ahí que invierte su relación de dependencia, haciéndose, por esta vía, amo de la toda potencia ávida de hacerlo vivir, él, que depende de ella. Desde entonces, es ella que depende, por su deseo, es ella que está a su merced, a la merced de las manifestaciones de su capricho, a la merced de su toda potencia de él"*.

Es de este modo que entra en juego, del lado de la madre, para el niño, la dimensión del deseo.

La frustración *"no es pensable sino como rechazo del don, en tanto que el don es símbolo de amor"* 8 (subrayado MS) e *"implica ya todo el ciclo del intercambio donde el sujeto se introduce tan primitivamente como quieran suponerlo"* 9.

"No quiero decir que no haya en el niño, en ocasión de este juego [simbólico], una satisfacción acordada a lo que sería puro ritmo vital. Digo que toda satisfacción puesto

en causa/juego en la frustración aparece sobre el fondo del carácter fundamentalmente decepcionante del orden simbólico. La satisfacción no es aquí más que sustituto, compensación. El niño aplasta lo que tiene de decepcionante el juego simbólico, en la captura oral del objeto real de satisfacción, para la ocasión el seno. Lo que lo duerme en esta satisfacción es justamente su decepción, su frustración, el rechazo que, en la ocasión, ha experimentado (éprouvé)" 10.

Es por ello, y en estos términos, que a toda frustración simbólica puede suceder una regresión.

La diferencia entre la anoréxica y esta constitución (aparentemente "genética") del sujeto, radica en que, en su caso, ya se ha pasado por las tres faltas de objeto, es decir, por toda la estructuración edípica.

En consecuencia, la dimensión de la frustración aparece como una regresión que, como ya sabemos, no es orgánica (tampoco se trata de un detenimiento en la "evolución"), sino una regresión en los significantes de la demanda, regresión que ubica al sujeto en este punto, una vez más, del franqueamiento del deseo de la madre. Franqueamiento que implica, inexorablemente, la función del falo y del padre.

De ahí que sea un error suponer que la anorexia se reduce a una relación dual con la madre.

Si el objeto en juego en la anorexia es esta nada, entonces lo que está en juego es toda la estructura del deseo, incluida su fantasmática edípica.

El punto de confusión sobre el que se empantanar todas las teorías de la relación de objeto radica siempre en que toda relación imaginaria es modelada sobre esta relación que es efectivamente fundamental: la relación madre-niño. Y lo problemático de esta relación es que es particularmente propicia para sugerir la idea de que se trata de una relación "real".

No debe perderse de vista *"el carácter profundamente oral de la relación de objeto imaginaria. Una práctica que tome la relación dual por real no puede escapar a las leyes de lo imaginario, y el acabamiento (aboutissement) de esta relación de objeto es el fantasma de incorporación fálica" 11.*

Todo intento de reducir este falicismo imaginario al nivel de la "realidad" solo puede conducir a impases insalvables. *"Cuando se busca el origen de toda dialéctica analítica en ausencia de la trinidad de los términos simbólico, imaginario y real, no podemos, al fin de cuentas, más que referirnos a lo real" 12.*

Pero una madre y su bebé no sin, ni un lactante ni una nutricia. Esa relación está dentro de algo previo y estructurante que es el lenguaje. La realidad es la eficiencia del lenguaje sobre las relaciones.

El reordenamiento en función de los tres registros, y la función del falo que de ahí se desprende es particularmente importante en la clínica, y lo abordaremos más en detalle en la próxima clase, cuando abordemos la referencia siguiente a la anorexia, en este mismo seminario, en una relación que plantea Lacan con la angustia y la fobia del pequeño Hans.

Para terminar, un último comentario respecto de la expresión la "realidad del amo".

Es una expresión que Lacan solo utiliza aquí y en la sesión del 12 de noviembre de 1958, en el seminario VI *"El deseo y su interpretación"*. Allí Lacan, comentando la moral según la concepción clásica de la filosofía, señala que:

"La base de toda moral que ha sido expresada hasta el presente, hasta un cierto punto en la tradición filosófica, vuelve en suma a eso que podría llamarse la tradición hedonista, que consiste en hacer establecer una suerte de equivalencia entre esos dos términos, placer y objeto, en el sentido en que el objeto es el objeto natural de la libido,

en el sentido en que está bien hecho, en fin de cuentas a admitir el placer en el rango de los bienes buscados por el sujeto, hasta incluso rechazar allí lo que con el mismo criterio tiene el rango de soberano bien".

Y más adelante agrega:

"las cosas son muy puras en Aristóteles. Es seguramente algo que no llega a realizar, esta identificación del placer y del bien, más que en el interior de eso que llamaría una ética del amo o alguna cosa en la que en el ideal halagüeño son los términos de la temperancia o de la intemperancia, es decir, algo que revele del dominio del sujeto en relación con sus propios hábitos.

*Pero la inconsecuencia de esta teorización es totalmente evidente. Si releen esos pasajes célebres que conciernen precisamente al uso de los placeres, verán allí que nada entra en esta óptica moralizante que no sea del registro de este dominio de **una moral de amo**, de eso que el dominio puede disciplinar, puede disciplinar bastantes cosas, principalmente que resultan relativas a sus hábitos, es decir, **al manejo y al uso de su yo (moi)**. Pero para lo que es el deseo, verán a qué punto Aristóteles mismo debe reconocer, es muy lúcido y muy consciente de que lo que resulta de esta teorización moral práctica y teórica, es que **los deseos se presentan muy rápidamente más allá de cierto límite que es precisamente el límite del dominio y del yo (moi) en el dominio de lo que se llama señaladamente la bestialidad.***

***Los deseos están exiliados del campo propio del hombre, en el supuesto de que el hombre se identifica a la realidad del amo**, en la ocasión es alguna cosa como las perversiones, y además tiene una concepción a este respecto singularmente moderna, del hecho de que algo en nuestro vocabulario podría traducirse bastante bien por el hecho de que el amo no podría ser juzgado en esto, lo que vendría casi a decir en nuestro vocabulario, no podría ser reconocido como responsable" (subrayado MS).*

La "realidad del amo", por lo tanto, tiene poco que ver con lo que puede sugerir el término "realidad", pues se trata de lo que escapa a toda idea de realidad o dominio, más precisamente, lo que escapa "al manejo y al uso" del yo.

Lacan utiliza aquí esta expresión para asociar el estadio del espejo a la con la omnipotencia de la madre, omnipotencia que surge cuando la madre pasa del registro inicial simbólico de la frustración de goce, al registro real de la frustración de amor, por detentar el poder de otorgar, o no, el objeto.

Es nuevamente en este punto, que hace al más allá del aparente capricho de la madre, es decir, el punto donde se abre la pregunta por el deseo, que Lacan introduce (en el segundo párrafo en cuestión) la anorexia.

Pasemos entonces a la siguiente referencia

4 – Anorexia y fobia

*(sesión del 22 de mayo de 1957, seminario IV
"La relación de objeto y las estructuras freudianas")*

Esta sesión fue titulada, en la edición Seuil, "Transformaciones", y en ella Lacan relaciona la "irrealidad" del comer anoréxico con la "irrealidad" del miedo del pequeño Hans, la nada de la anorexia con el "*más extraño y menos objetal de los objetos*" que aquél pudo forjar. El elemento común es "*la ausencia del padre*".

Veamos cómo llega Lacan a esta relación.

Reconstruyamos las etapas de la estructuración significativa del mito del pequeño Hans.

Lo que hace el pequeño Hans es cambiar angustia por miedo. La imagen angustiante del caballo es preferible, para él, a ese punto que desencadena su angustia (sería interesante pensar que la nada que come la anoréxica reemplaza un punto de desencadenamiento de angustia, ya que es muy frecuente que lo que se subraye en la anorexia en la ausencia de angustia o, para ser más precisos, el desplazamiento de esta sobre los familiares)

Lo que para el pequeño Hans abre la puerta al ataque, a la mordedura, es la presencia de el otro falo, el de la madre. El punto de desencadenamiento es un sueño puramente auditivo, sin elementos visuales, que remite al juego de mostrar y ocultar el falo, un juego "*con un falo que él [el pequeño Hans] sabía, desde hacía tiempo, inexistente*" 13. Entre el 1° y el 15° de marzo se trata, antes que nada, "*del pene real y del falo imaginario*" 14

Entre el 15 de marzo y la consulta con Freud, el padre intenta hacer pasar el falo a la realidad. Pero "*lo real no puede ser reordenado en la nueva configuración simbólica sino al precio de una reactivación de todos los elementos imaginarios*", y ante el padre que avanza "*como representante de la realidad, de su nuevo orden, de la adaptación a lo real*", el pequeño Hans responde por la vía de la profusión imaginaria.

En contraste con la intervención del padre, la intervención de Freud aporta un elemento simbólico: el mito de Edipo. Lacan señala que esto permite "*implantar otro cristal, si se puede decir, en la significación inacabada que representa ese momento, en todo su ser, el pequeño Hans*", y agrega: "*Freud no imagina, ni un solo instante que el mito religioso del Edipo produzca inmediatamente resultados, él espera **que eso ayude a lo que está del otro lado**, es decir la fobia, a desenvolverse*" (subrayado mío).

Y es con ese elemento que, un poco después, el pequeño Hans encara al padre, recordándole que debería estar celoso, es decir, subrayando su ausencia, la carencia, en ese momento, de la función paterna.

Según Lacan, eso muestra que de lo que tiene miedo el pequeño Hans es de que el padre no esté. Y es al analizar este diálogo entre el pequeño Hans y su padre, es al plantear que lo que teme el pequeño Hans es que el padre haya partido, es al plantear la necesidad de reflexionar sobre este "*miedo de la ausencia del padre*", que Lacan hace la asociación con la anorexia (ver referencia transcrita más arriba).

¿Qué es lo que hay, "verdaderamente", en el miedo del pequeño Hans?

Lacan responde: "*Una pequeña cristalización de angustia*".

Recordemos que la angustia no es el miedo de un objeto. "*La angustia es la confrontación del sujeto a la ausencia de objeto en la que está atrapado (happé), donde se pierde*". El objeto de la fobia viene en el lugar de la angustia, es decir, de la confrontación con la ausencia de objeto.

Llegamos entonces al párrafo con la relación con la anorexia 15: "*Hans tiene miedo de su ausencia, a entender como [cuando] en la anorexia mental les digo que debe entenderse, no que el niño no come, sino que come **nada***".

Es decir, tendríamos esta equivalencia:

Hans tiene miedo de	la ausencia del padre
La anoréxica come	nada

Esta relación que Lacan propone entre fobia y anorexia abre varias preguntas

¿No nos serviría esto para pensar esta particularidad de la anorexia señalada por varios autores, de que, salvo excepciones, los episodios anoréxicos suelen agotarse y dar paso a otra cosa?

¿Cómo se reintroduce el problema de "la ausencia del padre" en cada caso?

¿Cómo debe entenderse esa "ausencia"? ¿En qué nivel?

¿Es con intervenciones en lo "real" que se puede sortear el impasse de un deseo de la madre que no es causado por el padre?, puesto que ¿qué otra cosa puede leerse de esa situación en que el pequeño Hans le reprocha al padre su falta de celos? Es al nivel de la pregunta por el deseo de la madre que se plantea el problema de la función paterna, y es allí donde quedan atrapados tanto el pequeño Hans como la anoréxica.

¿No podríamos asociar lo que suelen ser muchos tipos de abordajes psicoterapéuticos en la anorexia, a las intervenciones del padre del pequeño Hans? ¿No cabría cuestionar aquellas intervenciones cuya única preocupación, sea con el argumento de actuar al nivel de la conducta o con el argumento de "frenar el goce", es intervenir sobre un real tan poco diferenciable de la "realidad" como lo es para el padre del pequeño Hans?

¿No convendría buscar lo que podría ser un abordaje de carácter analítico por oposición a ese plano de la "realidad" y en homología con la intervención de Freud con su mito de Edipo?

¿Acaso la dirección de la cura no debería seguir una lógica similar a la de Freud con el pequeño Hans: aportar elementos desde lo simbólico que ayuden a que lo que hay "del otro lado" se desarrolle, para el caso, aportar elementos desde lo simbólico que ayuden a que desenvuelva la impasse en juego en la anorexia?

Según Lacan, en el caso del pequeño Hans, el significante fálico viene a simbolizar la ausencia del padre. ¿Es esa también la función de la nada en la anorexia?

5 – Anorexia y neurosis obsesiva

(sesión del 2 de julio de 1958, seminario V "Las formaciones del inconsciente")

Pasemos ahora a la referencia siguiente, la que se encuentra en la última sesión del seminario V sobre "Las formaciones del inconsciente", titulada, en la edición Seuil, "Eres el que odias" (homofónica, en francés, con "Matar al que odias").

Así como la referencia anterior a la anorexia estuvo asociada al análisis de la singularidad de un caso (el del pequeño Hans y su fobia), en este seminario, esta tercera referencia a la anorexia también aparece asociada a la singularidad de un caso, el de una neurosis obsesiva femenina.

Se trata de un caso que Lacan comienza a comentar en la sesión del 11 de junio del 58, titulada en la edición Seuil "La significación del falo en la cura". Corresponde a un artículo de 1950 titulado "Incidencias terapéuticas de la toma de conciencia de la envidia del pene en la neurosis obsesiva", donde la dirección de la cura se apoya en la interpretación de que "se trata de un deseo de posesión fálica, y correlativamente de un deseo de castración del analista" 16

El artículo presenta el caso de una mujer de 50 años, madre de dos hijos, paramédica, que consulta por su obsesión de haber contraído sífilis, y a la que asocia una interdicción de casamiento para sus hijos, obsesiones infanticidas, de envenenamiento, etc. También tiene

obsesiones sobre temas religiosos donde hay frases injuriosas que se le imponen al sujeto en contradicción con sus convicciones, y en lugar de la ostia se imagina un pene.

Lacan subraya, algunas cosas, entre ellas el valor fálico, para esa paciente, de los zapatos, y el dato histórico de que el padre nunca logró hacerse preferir por la madre frente a un primer amor de carácter platónico.

La paciente tenía una relación muy estrecha con la madre y cualquier persona que intentaba entrometerse en esa relación era objeto de un anhelo de muerte. En relación a esto, Lacan recuerda que el problema del deseo es introducido precozmente en la vida del sujeto, punto particularmente manifiesto en la historia del obsesivo. Ser el objeto del deseo de la madre, a esto queda suspendido todo lo que para el sujeto está ligado al acercamiento a su deseo. Ser o no ser lo que el deseo del Otro es.

Esta es la primera discusión de fondo de Lacan con la interpretación que guía al autor del artículo comentado: el dilema no pasa por tener o no el falo sino por dejar de serlo. Y es a este punto que debe remontarse el problema de la agresividad en este caso: *"el deseo original es quiero ser lo que ella desea, ella, la madre. Para serlo es necesario que destruya lo que por ahora es el objeto de su deseo"*17.

La agresividad de esta mujer respecto del marido no pasa porque el hombre tenga el falo sino porque lo es, y es en ese nivel que es su rival y que las relaciones con él están marcadas por el signo de la destrucción obsesiva. La dirección de la cura debería apuntar, según Lacan, a que la paciente comprenda que *"eres tú misma la que quieres destruir en tanto tú quieras ser el falo"* 18.

Antes de retomar esta temática en la sesión del 2 de julio, en las sesiones intermedias Lacan siguió trabajando el tema de la neurosis obsesiva y la impasse que la misma presenta en relación al deseo por la necesidad de mantener una distancia al deseo (y no al objeto) para que el mismo se sostenga o subsista.

El obsesivo se empeña en destruir el deseo del Otro, y esto lo encontramos ya en las primeras articulaciones de la demanda: *"Es una determinada relación, precoz y esencial, con su demanda ($\$ \leftrightarrow D$) que puede mantener la distancia necesaria para que sea posible para él, pero de lejos, ese deseo anulado en su esencia, ese deseo ciego, para el que tiene que asegurar la posición"*19.

"De lo que se trata en la fórmula obsesiva es de una destrucción como tal articulada", lo que lleva a Lacan, en las dos últimas sesiones del seminario, a introducir una demanda de muerte formulada precozmente, para dar cuenta de la fenomenología obsesiva. Una demanda de muerte que *"representa para el sujeto obsesivo un impasse"* (página 495 en la edición Seuil), un obstáculo para la articulación de la demanda del sujeto, ya que la misma debe ser formulada en el lugar del Otro, en el discurso del Otro: *"Es de un modo interno que la demanda de muerte concierne al Otro. El hecho de que este Otro es el lugar de la demanda implica, en efecto, la muerte de la demanda. La demanda de muerte no se puede sostener en el obsesivo sin arrastrar en ella misma esta especie de destrucción que llamamos aquí la muerte de la demanda. Está condenada a una oscilación sin fin que lleva a que, en cuanto esboza su articulación, se apaga"*20.

Si recordamos el grafo del deseo, el deseo se encuentra entre la relación del sujeto a la demanda ($\$ \leftrightarrow D$) y el Otro. En el obsesivo encontramos el deseo caracterizado por una *Verneinung*, puesto que es expresado bajo su forma negativa, denegado.

Por la vía de la culpabilidad se plantea una articulación entre esta demanda de muerte y el deseo, en la medida que ella no se define en relación a la ley, o en función de la relación entre la ley y el deseo, sino que *"se inscribe en la relación del deseo a la demanda. Todo lo que van en la dirección de una cierta formulación de la demanda se acompañan de una desaparición del deseo"*21. Articulado esto sobre el grafo del deseo, la culpabilidad es el resultado de que el

sujeto está condenado a estar en alguno de los lugares, pero no en todos al mismo tiempo. La culpabilidad implica una demanda sentida como interdicha "*en tanto que la demanda interdicha golpea (frappe) el deseo, lo hace desaparecer, lo mata*". De ahí que, condenado a, como se suele decir, sostener su "*autonomía subjetiva*", para el obsesivo, todo lo que aparezca en el nivel del deseo, "*aún bajo una forma denegada, es ligado a esta aura de la culpabilidad*".

El superyó materno, arcaico, por su parte, al que refiere Mélanie Klein, está asociado al primer Otro en tanto soporte de las primeras demandas, demandas emergentes del sujeto, primeras articulaciones de sus necesidades. En ese nivel del primer Otro y las primeras demandas ya se encuentra ese desdoblamiento propio de la estructura significativa de la demanda por el cual "*aún detrás de la demanda más primitiva, la del seno y el objeto que represente el seno materno, se encuentra este desdoblamiento en la demanda por el hecho que la demanda es demanda de amor, demanda absoluta, demanda que simboliza al Otro como tal, que, por lo tanto, distingue al Otro como objeto real, capaz de dar tal satisfacción, del Otro en tanto que objeto que da o rechaza la presencia o la ausencia, matriz donde van a cristalizarse las relaciones fundantes (rapports fonciers) que están en el horizonte de toda demanda, el amor, el odio, la ignorancia*".

Es en este punto de su desarrollo donde Lacan establece la relación con la anorexia. Veamos el párrafo en cuestión.

Página 499 de la edición Seuil

... un nourrisson ne commence pas dès sa première tétée à être un obsessionnel. Mais dès sa première tétée il peut déjà fort bien commencer à créer cette béance qui fera que ce sera dans le refus de s'alimenter qu'il trouvera le témoignage exigé par lui de l'amour que son partenaire maternel. Autrement dit, nous pourrions voir apparaître très précocement les manifestations de l'anorexie mentale.

Qu'est-ce qui spécifie le cas de l'obsessionnel ? Le cas de l'obsessionnel est suspendu à la formation précoce, dans cet horizon de la demande, de ce que nous avons appelé la demande de mort. Demande de mort n'est pas purement et simplement tendance mortifère. Il s'agit d'une demande articulée, et du seul fait qu'elle est articulée, elle ne se produit pas au niveau du rapport imaginaire a l'autre, elle n'est pas une relation duelle, elle vise au-delà de l'autre imaginaire son être symbolisé, et c'est aussi pour cela qu'elle est pressentie et vécue par le sujet dans son retour. C'est que le sujet, parce qu'il est un sujet parlant, et uniquement pour cette raison, ne peut pas atteindre l'Autre sans s'atteindre lui-même, si bien que la demande de mort est la mort de la demande. C'est à l'intérieur de cela que se situe ce que j'appellerai les avatars du signifiant phallus. (subrayado MS)

Traducción MS

... un lactante no comienza a ser obsesivo desde su primera mamada. Pero desde su primera mamada puede comenzar a crear esa hiancia que hará que sea en el rechazo de alimentarse que encontrará el testimonio exigido por él del amor de su partenaire materno. Dicho de otro modo, podremos ver aparecer muy precozmente las manifestaciones de la anorexia mental.

¿Qué es lo que especifica el caso del obsesivo? El caso del obsesivo está suspendido a la formación precoz, en este horizonte de la demanda, de lo que hemos llamado la demanda de muerte. Demanda de muerte no es pura y simplemente tendencia mortífera. Se trata de una demanda articulada, y por el solo hecho de ser articulada, no se produce al nivel de la relación imaginaria al otro, no es una relación dual, ella apunta (vise) más allá del otro imaginario, su ser simbolizado, y es también por eso que es sentida y vivenciada por el sujeto en su retorno. Es que el sujeto, porque es un sujeto parlante, y únicamente por esta razón, no puede alcanzar al Otro sin alcanzarse él mismo, por lo que la demanda de muerte es la muerte de la

demanda. Es al interior de esto que se sitúa lo que llamaré los avatares del significante falo". (subrayado MS)

Si remitimos esto a los fragmentos analizados previamente del seminario IV sobre las relaciones de objeto, este es el punto de pasaje de la frustración de goce a la frustración de amor, el punto de báscula en que el Otro deviene real y omnipotente. La particularidad de la neurosis obsesiva es que la resolución del más allá de la demanda, es decir, el deseo del Otro, queda atrapado en la articulación de una demanda de muerte.

Esta demanda de muerte surge en ese mismo momento de estructuración del deseo en que la demanda distingue al Otro como objeto real de cómo objeto simbólico. La nada de la anoréxica, entonces, podría relacionarse aquí, con la muerte en tanto objeto de esas primeras demandas.

Comer	nada
Demandar	muerte

Ambas situaciones corresponden al momento de "comenzar a crear esa hiancia". Allí donde la anoréxica come "nada", como vía para crear la hiancia, el obsesivo articula una demanda de muerte. Lo interesante es que lo que Lacan busca subrayar en esa relación entre neurosis obsesiva y anorexia es la función del falo. En ambos casos, es en el seno de estas impasses que se desenvuelven los "avatares del significante falo" (el falo también surge de estas relaciones primeras del viviente con el significante: "*una imagen vital privilegiada, elevada a la significación de significante*"²²). Estos "avatares" pasan, para el sujeto, por la cuestión de "ser" el falo.

Lacan remonta "*la ambivalencia que hace equivaler demanda de muerte a muerte de la demanda*"²³ a los lazos estrechos madre hija. Esa demanda de muerte que Klein intenta referir a las pulsiones agresivas primordiales del sujeto, se encuentra en el lazo que une el sujeto a la madre. Y lo que será particularmente anulado por el obsesivo es lo que marca el lugar del deseo del Otro como tal, es decir, el falo. Análogamente, el falo es lo que, en la anorexia, aparece recubierto por la condición absoluta de la "nada".

Notas

1 Jacques Lacan, Séminaire IV "La relation d'objet et les structures freudiennes", Editions Seuil, página 62

2 Idem, página 66

3 Idem, página 66/7

4 Idem, página 69

5 Idem, página 69

6 Idem, página 71

7 Lacan insiste con eso, en el párrafo que estamos analizando, incluso tomando referencias del alemán: *nicht* es un adverbio de negación que significa *no*. En alemán hay dos "no": *nein* y *nicht*. *Nein* es a *nicht* como en francés "*non*" es a "*ne*", y *nichts* es un pronombre indefinido que significa *nada*. Luego, "*nicht essen*" es "*no comer*", mientras que "*nichts essen*" es "*no comer nada*" (el famoso tema de la doble negación en español).

8 Jacques Lacan, Le Séminaire, Livre IV "La relation d'objet et les structures freudiennes", Ed. Seuil, página 181

9 Idem, página 182

10 Idem, página 183

11 Idem, página 28

12 Idem, página 29

13 Idem, página 341

14 Idem, página 343

15 Idem páginas 345/6: « *L'angoisse n'est pas la peur d'un objet. L'angoisse, c'est la confrontation du sujet à l'absence d'objet ou il est happé, ou il se perd, et à quoi tout est préférable, y compris de forger le plus étrange et le moins objectal des objets, celui d'une phobie. Le caractère irréel de la peur dont il s'agit, est justement manifesté, si nous savons la voir, par sa forme – c'est la peur d'une absence, je veux dire de cet objet qu'on vient de lui désigner. **Le petit Hans a peur de son absence, à entendre comme, dans l'anorexie mentale**, je vous dis qu'il faut entendre non pas que l'enfant ne mange pas, mais qu'il mange rien. Ici, **le petit Hans a peur de l'absence du père**, absence qui est là et qu'il commence à symboliser* » (subrayado de Lacan, negritas de MS)

Traducción MS: "La angustia no es el miedo sin objeto. La angustia es la confrontación del sujeto a la ausencia del objeto en la cual está atrapado (happé), donde se pierde, y a la que cualquier cosa es preferible, incluso forjarse el más extraño y el menos objectal de los objetos, el de una fobia. El carácter irreal del miedo de que se trata es, justamente, manifestado, si sabemos verlo, por su forma – es el miedo de una ausencia, quiero decir, de ese objeto que acaban de designarle. **El pequeño Hans tiene miedo de su ausencia, a entender cómo, en la anorexia mental**, les digo que debe entenderse, no que el niño no come, sino que come nada. Aquí el pequeño Hans tiene miedo de **la ausencia del padre**, ausencia que está ahí y que comienza a simbolizar" (subrayado de Lacan, negritas MS)

16 Jacques Lacan, Le Séminaire, Livre V "Les formations de l'inconscient", Ed. Seuil, página 449

17 Idem, página 454

18 Idem

19 Idem, página 470

20 Idem, página 495

21 Idem, página 498

22 Idem, página 497

23 Idem, página 502

Anexo I - Las tres faltas de objeto

1 - La "falta de objeto"

La "falta de objeto" es el nombre lacaniano del objeto perdido del deseo freudiano, el cual funciona como condición de posibilidad de las dos series de objeto en Freud: el objeto de la pulsión y el objeto de amor

En el seminario IV, Lacan aborda este problema con el análisis de tres formas clínicas del objeto: el fetiche, la fobia y el falo (histeria)

La estructura metafórica del objeto fóbico será la que lo conducirá a la metáfora paterna, en el seminario V, y lo que le permitirá salir de las impases clínicas del esquema L respecto del Edipo y la castración.

Lacan ordena la cuestión de la falta de objeto mediante un cuadro de doble entrada, con los tres registros en un eje y la tripartición acción, objeto y agente, en el otro.

Acción (Sujeto)	Objeto	Agente
Frustración (imaginaria)	Objeto real (pecho)	Otro simbólico (madre)
	Objeto simbólico (don)	Otro real (madre como potencia real)
Privación (real)	Simbólico	Imaginario
Castración (simbólica)	Imaginario	Real

Las formas de la falta se ubican debajo de la acción, la cual es padecida por el sujeto.

El sujeto es aquí sujeto sujetado a la acción de un agente, lugar donde se ubicarán los diferentes rostros del Otro.

El objeto, por su parte, se deduce a partir de la forma de la falta que se introduce en el sujeto.

Esto implica dos cosas: por un lado, que **no todos los agujeros son iguales**, y por el otro, que **el sujeto y el objeto comparten una comunidad topológica** (Lacan retomará las tres formas de la falta en sus análisis topológicos del toro en los seminarios IX y XII).

En síntesis, comienza a delinearse una solidaridad entre el sujeto del inconsciente y el objeto

También es importante tener presente que, a partir de este seminario, lo imaginario sufre una ampliación muy importante, incluyendo objetos otros que los especulares, e inclusive objetos excluidos (como es el caso del falo) de la imagen especular.

La dimensión del agente subraya la dependencia estructural de las formas de la falta respecto del Otro en tanto lugar del significante, más allá de su encarnación en la madre o el padre y, sobre todo, más allá de la dimensión subjetiva que hasta entonces había tenido ese Otro.

Finalmente, recordemos que de las tres formas de la falta, solo una es de neta raigambre freudiana: la castración. La frustración, en cambio, es tomada de las teorías postfreudianas de la relación de objeto, y la privación de las teorías E. Jones.

2- La frustración

La noción de frustración es fundamental para poder delimitar la serie de estas operaciones.

El centro de la noción de frustración, en tanto que una de las categorías de la falta de objeto, es del daño imaginario. Es a nivel imaginario que se ubica la correspondiente dimensión subjetiva.

El objeto, en cambio, es real, donde real no se diferencia aquí demasiado de realidad.

La función del agente introduce, luego, al otro como objeto de amor. En consecuencia, el Otro de la intersubjetividad de los seminarios anteriores y el Otro del reconocimiento del deseo, quedan ubicados en el marco de una continuidad con el objeto de amor. Es decir que un elemento, la persona, el otro, hasta ahora ubicado en el registro imaginario especular, es diferenciado, y situado al nivel del Otro, como agente.

Este lugar tercero del Otro como agente, en sus coordenadas simbólicas, diferenciado del objeto real y del matiz imaginario de la vivencia subjetiva, subraya su ajenidad respecto de cualquier mecanismo de proyección.

Lacan aborda la noción de frustración desde el término freudiano de Versagung, que significa renuncia, una palabra rota, la anulación de una promesa. Por lo tanto, aunque la ubica en el registro imaginario (el cual, como lo señalamos, ha sufrido una ampliación, más allá del registro especular a-a'), se subraya su subordinación respecto del registro de lo simbólico

Respecto de la frustración, "*mucho se aclara si la abordamos de la siguiente manera, hay desde el origen dos vertientes de la frustración*"¹: frustración de goce y frustración de amor.

*"La **frustración del amor** y la **frustración del goce** son dos cosas distintas. La frustración del amor está en sí misma preñada de todas las relaciones intersubjetivas que a continuación podrán constituirse. La frustración del goce no lo está, en absoluto.*

*Contrariamente a lo que suele decirse, **no es la frustración del goce lo que engendra la realidad**, como muy bien vio el señor Winnicott, desde luego, con la confusión habitual que se lee en la literatura analítica. No podemos fundar ninguna génesis de la realidad en el hecho de que el niño tenga o no tenga el pecho. Si no tiene el pecho, tiene hambre y sigue gritando. Dicho de otra manera, ¿qué produce la frustración del goce? Produce a lo sumo un relanzamiento del deseo, pero ninguna clase de constitución de objeto, en absoluto. Esto precisamente lleva al señor Winnicott a indicarnos algo que en verdad puede captarse en el comportamiento del niño como **ilustración de un progreso efectivo, progreso que requiere una explicación original**"².*

En consecuencia, para Lacan, el acceso a la realidad se da a partir de la frustración de amor, la que ordena dicho acceso en función de la alianza y la ley, y no de una experiencia empírica de la realidad, a diferencia de M. Klein, para quien el acceso a la realidad se da por un proceso de psicogénesis del símbolo a partir del objeto de goce real y por un aprendizaje emocional del ensayo y error (es decir, hace derivar la realidad a partir de la frustración de goce).

D. Rabinovich³ subraya la importancia de precisar estas dos vertientes de la frustración para poder diferenciar las dos series del objeto: la de la pulsión y la del amor.

La frustración de goce es frustración de una demanda vinculada con la satisfacción en cuanto tal.

Para Lacan, el objeto real (el objeto de la frustración de goce) queda incluido en el eje a-a', circulando dentro de la dinámica imaginaria, y es equiparado, incluso, al objeto transicional (en lo imaginario quedan ubicados tanto los objetos propios del narcisismo como los de las pulsiones parciales).

La frustración de goce es asociada al autoerotismo y permite la delimitación del objeto pulsional: *"un objeto real adquiere su función en tanto parte del objeto de amor, adquiere su significación en tanto simbólico, y la pulsión se dirige (s'adresse) al objeto real en tanto que parte del objeto simbólico, deviene, en tanto objeto real, una parte del objeto simbólico"* 4 (subrayado MS).

El paso de la frustración de goce a la frustración de amor intenta articular el planteo freudiano de Inhibición, Síntoma y Angustia del paso de la situación de peligro económico a la señal de esa posibilidad, es decir, de la experiencia de inversión económica al peligro de la pérdida de amor, ausencia de la madre.

Lo que es importante tener presente es que ese objeto real ("*parte del objeto simbólico*") requiere, para su constitución, la pérdida de la especificidad propia de la constitución del objeto del deseo como tal.

Lacan ubicará a la madre, en tanto agente simbólico, como encarnación primera del Otro simbólico, articulando la noción freudiana de desamparo al concepto de demanda.

El agente simbólico es aquél que puede responder, o no, al "llamado". Al responder, la necesidad es transformada en demanda, introduciendo en aquella, la discontinuidad del significante y la pérdida de especificidad del objeto (el Otro desde donde el sujeto recibe su propio mensaje invertido).

Es justamente el par presencia-ausencia del Otro simbólico lo que constituye al agente de la frustración en cuanto tal.

Es importante precisar que lo que importa no es la presencia-ausencia del objeto sino la presencia-ausencia del Otro simbólico. El par presencia ausencia "*connota la primera constitución del agente de la frustración, que en el origen es la madre. Podemos escribir S(M) el símbolo de la frustración*" 5.

Ahora bien, en la medida en que esta presencia ausencia se estructura como diferente del objeto, es decir, en la medida en que el agente (la madre) puede responder, o no, ella deviene una potencia en tanto aquella de quien depende el acceso a los objetos. Correlativamente, el objeto pasa a ser un signo de su presencia, es decir un don. "*El objeto tiene a partir de ese momento dos órdenes de propiedades satisfactorias, es dos veces posible de satisfacción: como precedentemente, satisfacía una necesidad, pero también simboliza una potencia favorable*" 6.

Una nueva forma de alienación se instala, diferente de la imaginaria: "*Lo que se encuentra así alienado en las necesidades constituye una Uverdrängung por no poder, por hipótesis, articularse en la demanda*" 7.

El efecto de la *Uverdrängung* (represión primordial) es ese retoño que es el deseo. La demanda no es demanda de satisfacción sino demanda de la presencia o ausencia del otro como agente.

A partir de la frustración de amor, en algún momento, el Otro aparece herido en su potencia, tanto sea por su imposibilidad estructura de responder a la demanda, tanto sea por el vaivén de la presencia-ausencia.

La falta del Otro se sitúa más allá de la demanda, y abre la dimensión del deseo.

El paso de la frustración de goce a la frustración de amor implica un intercambio de registros entre el agente (S R) y el objeto (R S), en tanto que la frustración sigue siendo imaginaria. El objeto en juego pasa a ser los signos de amor, los signos de la presencia del Otro, sus dones. Y en cambio, el Otro, pasa de simple lugar de la presencia-ausencia a ser una potencia real en tanto aquella de quien depende la respuesta.

El objeto de amor no es un objeto total sino el objeto primordial que como agente simbólico muta a agente real constituyéndose en un poder en lo real que brinda objetos que son dones de esa potencia. Esto implica, no obstante, un Otro que aún responde según su capricho (la característica propia del don es su posibilidad de ser revocado, anulado).

El fondo querellante de la demanda de amor se establece sobre el fondo de esta legalidad (el amor es dar lo que no se tiene: nada por nada).

La frustración de amor es la que abre el acceso a la realidad simbólica, precisamente en tanto se funda en la anulación del goce del objeto.

La frustración de goce, en cambio, deja al sujeto preso de la agresividad imaginaria con el semejante.

El signo de la presencia domina sobre la satisfacción, siendo el punto de arraigo de la identificación con el significante del Ideal, primer sello del Otro omnipotente.

La regresión surge cada vez que la frustración de amor se hace presente, y asume la forma de una compensación a través de la satisfacción del goce de objeto (caída en la agresividad imaginaria). *"El término de regresión es aplicable a lo que ocurre cuando el objeto real, y simultáneamente (du même coup) la actividad realidad para aprehenderlo vienen a substituirse a la exigencia simbólica"*⁸.

3 - Privación y Castración

La vieja cuestión del "reconocimiento" se transforma ahora en cómo ser "reconocido" como "objeto del deseo del Otro". Aquello que el Otro designa como objeto ya no es el objeto del sujeto sino aquello con lo que el sujeto identifica su ser. Por lo tanto, si el falo designa la falta del Otro, entonces la identificación en juego será al falo.

En la castración, el falo es un objeto imaginario, en tanto que lo simbólico es lo propio de la acción.

Si el sujeto experimenta la frustración como daño imaginario, la castración la experimenta como una deuda simbólica.

La privación, por su parte, implica una falta en lo real, efecto de lo simbólico.

La promoción a lo simbólico del objeto de la frustración por obra del agente que se vuelve real, nos lleva al casillero de la privación (con solo intercambiar acción y agente). La madre, herida en su potencia, aparece como sujeto de una acción en lo real, cuyo agente es imaginario. Este paso por la privación (castración materna) es fundamental para pasar a la castración. Esa falta se presenta como A barrado, deseo del Otro. La privación materna abre la dialéctica de ser o no ser el objeto que obtura dicha falta: el falo simbólico.

El enigma por el objeto del deseo materno implica el paso por la acción simbólica de la castración, mediante la cual el falo simbólico deja su lugar al falo imaginario, o sea a la significación fálica. Esto implica una desidentificación del ser del sujeto con el falo simbólico.

Las respuestas al enigma del deseo, en tanto significación fálica, pueden seguir la vía metafórica o metonímica. Para la madre, el niño puede ser metáfora de su amor por el padre o la metonimia de su deseo del falo. En el segundo caso, el niño no es portador del falo, sino que es en su totalidad metonímico (cuerpo = falo). Cuando el niño es la metonimia del deseo del falo de la madre, la sustitución metafórica no opera.

El falo deviene objeto universal del sujeto en tanto que su deseo es deseo del Otro, apareciendo la significación fálica como respuesta acerca del deseo del Otro. El sujeto debe competir con el falo para llegar a situarse como objeto del deseo del Otro.

Notas

1 J. Lacan, "*Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*", Ed. Seuil, página 66

2 Idem, página 125

3 D. Rabinovich, "*El objeto en psicoanálisis*", Ed. Manantial

4 J. Lacan, "*Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*", Ed. Seuil, página 175

5 Idem, página 67

6 Idem, página 69

7 J. Lacan, "*La significación del falo*", Escritos I, Editorial Siglo XXI, página

8 J. Lacan, "*Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*", Ed. Seuil, página 189

Anorexia: Uma patologia narcísica?

Eliana Rigotto Lazzarini - Terezinha de Camargo Viana

Resumo: O artigo diz respeito a anorexia e sua relação com o narcisismo. Discute a importância do forte apego da menina à sua mãe na anorexia e a dificuldade de se fazer o afastamento desta ligação para que seja possível elaborar a mudança do objeto de amor, da mãe para o pai, e as consequências mais imediatas, o prejuízo de se fazer satisfatoriamente a passagem de Narciso a Édipo.

Resumen: El artículo hace puntualizaciones acerca de la anorexia e su relación con el narcisismo. Hace la discusión acerca de la psicogénesis temprana de la relación madre-hija y de la imposibilidad de la hija de acceder a la posición del padre, de acceder al Edipo genitalizado y de hacer la pasaje de Narciso a Edipo.

Narcisismo– Anorexia– Adolescência – Relação objetal

Introdução

Temos observado, em nossa experiência clínica, que na anorexia a mãe ocupa um lugar de destaque e muitas vezes idealizado na vida da jovem anoréxica. Em contrapartida, a importância da figura paterna fica relativamente diminuída no campo objetal interno. Parece que se a cumplicidade e a sedução são atribuídas à mãe, ao pai são lançados pressupostos de ser considerado inapto para servir de modelo identificador. O que observamos é que esta é uma mãe da qual a jovem anoréxica tem uma forte ligação de dependência e, como parece ocorrer, a consequência mais imediata é de que se os sentimentos, na sua maior parte ambivalentes (de amor e ódio) ligados a esta imago não puderem sair sob pena de rompimento do suposto equilíbrio psíquico, eles então são desviados para outros objetos (McDougall, 1983), que no caso específico da anorexia diz respeito ao alimento e à conduta alimentar.

A anorexia vista desta forma, pode ser considerada a expressão das dificuldades psíquicas das pacientes, mas pode ser também uma forma de proteção contra uma suposta ameaça de coesão do eu e a consequente manutenção da identidade. Em nosso modo de ver, a anoréxica estaria supostamente destinada a manter um tipo de relação com seu corpo e com os alimentos, similar ao tipo de relação que mantém com suas relações objetais e aos outros aspectos de sua vida de modo geral. Seguindo este raciocínio poderíamos pensar que quando alega que deseja emagrecer como justificativa para não comer, quando alega não ter fome, quando desafia a ordem das necessidades é como se estivesse falando em alto e bom som a aqueles que estão à sua volta, os pais, e principalmente à mãe, que existe e que tem vontade própria. Subjacente então, a este modo de funcionamento, existiria um medo grande de se sentir invadida e ameaçada psicologicamente pela vontade do outro, daí que o ato de não comer seria o que a anoréxica, possivelmente, acreditaria ser aquilo que vai lhe permitir ser reconhecida como alguém que tem uma vontade própria.

A partir destas considerações iniciais vamos proceder a um percurso que nos permita pensar a respeito de certos determinantes, que a nosso ver podem estar na base da constituição do fenômeno.

Anorexia, adolescência e relações objetais

A adolescência é o momento de vida no qual se dá, prevalentemente, o aparecimento dos sintomas da anorexia. É próprio também, deste momento da adolescência, a abertura do espaço para a criação das condições para a possível oposição entre sujeito e objeto. Desta forma, as questões psíquicas inerentes à adolescência, tais como a problemática da identidade, da dependência, da identificação, da atuação, da imagem do corpo, se encontram,

por assim dizer, nos fundamentos da anorexia, mas aí, de uma maneira particular e com destino diferente.

Os adolescentes, de maneira geral, experimentam a oposição sujeito/objeto e, na maior parte das vezes, se nutrem com ela, principalmente se beneficiando das relações com o objeto. Freud (1905) fala que na época da puberdade, além do estabelecimento da primazia das zonas genitais, no lado psíquico simultaneamente há a prevalência do encontro de um objeto. Ele diz que a aceitação da genitalidade na adolescência estaria ligada não só à elaboração do luto pela perda do corpo infantil, mas também à elaboração de todas as outras perdas dentre as quais a perda da relação infantil de dependência com os pais. Se, como diz Freud, os pais não procederem a um desligamento da criança desde a infância, na fase da adolescência a possibilidade de elaboração do luto, e o conseqüente encontro com o objeto, fica prejudicado. Por outro lado se o adolescente consegue elaborar este luto da perda de seu corpo de criança e de sua relação com os pais da infância as mudanças psicológicas, correlatas às mudanças corporais que se apresentam neste período, podem levá-lo a uma nova relação com o mundo e com seus pais, considerada satisfatória. Contudo, estas mudanças podem exigir do adolescente novas formas de convivência, que são muitas vezes vividas como invasão. Isto, em alguns casos, o leva a lançar mão de defesas contra este estado de coisas como, por exemplo, a necessidade de reter aspectos do mundo infantil que até então faziam parte de seu mundo. E como podemos observar parece ser este o caso na anorexia.

Daniel Lippe (1998) coloca que a reativação pulsional própria da adolescência obriga a rearranjos internos que vão conduzir à organização edípica genitalizada e definitiva, cuja elaboração vai estar calcada nos processos anteriores de separação/individuação. É nesta reativação da adolescência que o autor acredita estar situada a regressão vertiginosa que diversos autores evocaram a propósito de pacientes anoréxicas. Na anorexia, segundo Lippe, vai haver uma suspensão dos processos evolutivos que se manifestam no plano físico (cujo sintoma mais evidente é a amenorreia da anoréxica) e no plano psíquico com a "suspensão da temporalidade" e a "exacerbação da repetição" (1999, p.86).

Na anorexia então, parece persistir um certo antagonismo entre sujeito e objeto e, desta forma, aquilo que o sujeito mais necessita seria o que ele na realidade mais teme. Quando a anoréxica se recusa a comer, na verdade ela estaria se afastando do objeto, talvez e principalmente pelo medo de se sentir invadida e ameaçada por ele. Neste tipo de lógica, não se daria o encontro com o objeto, mas o afastamento do mesmo pelo temor que ele causa. E como consequência, a anoréxica por não conseguir experimentar satisfatoriamente a oposição sujeito/objeto e conseqüentemente se beneficiar com ela, estaria fadada a fracassar no percurso que a levaria ao Édipo genitalizado.

Jeammet (1999) mostra a forma do funcionamento psíquico da anoréxica quando coloca que a anoréxica é aquela que se apresenta numa "forma maciça de engajamento narcísico e numa má diferenciação sujeito/objeto" (1999, p.32). Para o autor, a tendência da anoréxica seria a de manter dois tipos de relação: ou uma relação intensa com o objeto, podendo se constituir quase que uma indiferenciação, ou uma atitude contrária de afastamento para não correr o risco de se misturar com o objeto. Jeammet coloca que isto é típico de etapas bem precoces do desenvolvimento, na qual a pessoa fica presa rigidamente num lado ou no outro, sem possibilidade de mediação. Observamos que é desta forma que a anoréxica se apresenta, isto é, se os contatos com o outro e suas relações objetais são pobre em contraposição seu mundo interior é rico, o que pode ser considerado característico de uma certa prevalência do investimento narcísico. Neste modo de funcionamento psíquico, o exterior, as pessoas, a comida e até seu corpo passam a ser vistos como atentatórios e, portanto, têm que ser afastados ou dominados. Na anorexia parece haver uma tentativa de salvaguardar o equilíbrio narcísico face à necessidade constante de se afastar daquilo que a pessoa considera uma forma de domínio sobre si.

André (1996), a propósito da articulação entre narcisismo e anorexia, considera a anorexia uma "patologia narcísica", na medida em que há, segundo ele, a impossibilidade de uma elaboração satisfatória do narcisismo nestas pacientes. De acordo com André, esta elaboração do

narcisismo ocupa um lugar essencial no processo de separação/individuação da criança pequena em relação ao adulto.

Anorexia e sua relação com o narcisismo

Uma pergunta então se faz presente no sentido de entendermos o funcionamento psíquico da anoréxica qual seja, o que diferenciaria o desenvolvimento de um narcisismo satisfatório, com uma identidade bem constituída de um narcisismo patológico gerador deste estado de coisas? Podemos buscar as formulações para esta questão nos fundamentos freudianos sobre o narcisismo.

Freud (1905) vai descrever a maneira como o adulto, geralmente a mãe, lida com a criança. Diz ele que o bebê no início de sua vida é impulsionado para a busca de um objeto (mãe) que lhe proporcione a satisfação de suas necessidades essenciais tais como os cuidados com seu corpo, amparo, calor, amor e leite. Freud chama tais pulsões, de pulsões de auto-conservação, pois servem unicamente para a preservação da vida do recém nascido. Distingue estas das posteriores pulsões sexuais que aparecem num segundo momento e que se tornam independentes e se destinam a satisfazer os desejos libidinais. O seio, segundo Freud, é o recurso inicial de manutenção e preservação do indivíduo e proporciona prazer corporal na medida que provê o alimento, mas ao mesmo tempo se erotiza na sua própria capacidade de fonte de prazer. De acordo com Freud a experiência de sugar o seio materno obtendo com isto satisfação pela ingestão do leite e saciação da fome, foi a primeira e vital atividade da criança. Em princípio, diz ele, o prazer é nutricional, no sentido de que há uma função básica de satisfação da necessidade de alimento da criança e posteriormente há o desligamento da função nutricional passando para a função de satisfação sexual que passa a estar desligada da necessidade nutricional. Freud (1914) acrescenta que a criança encontra-se, em um primeiro momento, num estado inicial da libido em que imperam as pulsões auto-eróticas. Em seguida, diz Freud, algo deve ser acrescentado, uma nova ação psíquica, para provocar o narcisismo e para posteriormente surgir o corpo unificado. De acordo com Freud, isto se daria pela condição das figuras parentais, o outro, auxiliarem o bebê, isto é, ajudar a materializar para o bebê esta concepção.

Resumidamente, poderíamos colocar que nos primórdios da vida o que vai imperar para o bebê é a indiferenciação. A criança encontra-se, neste primeiro momento, num estado anterior ao do narcisismo primário, e só mais tarde irá se estruturar numa organização de relação com o objeto. Esta passagem se daria em etapas: num primeiro momento, não haveria a determinação de sujeito, nem de objeto, que seriam partes representantes de um mesmo "*continuum*" (Mezan, 1997, p.363). Numa etapa seguinte, seria formada uma outra representação; a do próprio eu e a do seio/mãe como separados marcando o início da diferenciação sujeito/objeto. E esta condição seria possível por todos os fatores aludidos anteriormente, isto é, pela existência própria da mãe/seio, pela sua condição de facilitadora do processo, e pela sua presença, mesmo que muito incipiente, de objeto. Todo este processo teria como consequência a ruptura do *continuum* mãe/bebê, que é a base para a constituição da relação de objeto e o estabelecimento da individuação/diferenciação do bebê.

A possibilidade de ruptura deste *continuum* nos remete à segunda tópica freudiana na qual Freud pensa o eu como essencialmente corporal. Para Freud, há um sentimento de corpo que sustentaria a continuidade de cada um e seria a base para a constituição do si mesmo. Na sua célebre frase: "O eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal: não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio, a projeção de uma superfície" (1923, p.40), Freud coloca em evidencia o papel fundamental do corpo na formação do eu.

Lacan numa releitura das concepções freudianas, destaca este aspecto referindo-se a este corpo como um corpo especular. Lacan (1998) considera a imagem especular fundadora do eu e vai mostrar como nesta etapa do desenvolvimento, há o encontro do corpo da criança com o corpo do Outro (a mãe que olha) sendo que, a imagem do outro vai lhe garantir a realidade de seu corpo inteiro e independente. Lacan mostra como a alegria da criança diante da aparição da imagem está ligada a uma identificação. O que nos parece importante destacar é que a imagem do espelho diz respeito à criança, mas diz respeito também ao investimento que o

outro (o olhar da mãe) vai depositar nesta imagem. Lacan atribui muita importância à presença do outro que participaria assim da erotização da imagem da criança, dando-lhe seu aval. Nesta configuração o autor reconhece a função primordial do outro como sendo aquele que colocará em jogo a dialética do desejo. A criança reconhece então, segundo Lacan, no eu especular (investido pela libido materna) seu Eu ideal (objeto do narcisismo primário).

Voltando a nossa questão, sobre o que diferencia o desenvolvimento de um narcisismo satisfatório, com uma identidade bem constituída, de um narcisismo patológico podemos formular que para o estabelecimento de um narcisismo satisfatório, primeiramente haveria a necessidade de se fazer a passagem do estado de narcisismo primário para o estado de reconhecimento do outro como objeto, e que as figuras parentais são um importante na materialização deste processo. Acrescentamos ainda que a elaboração satisfatória do narcisismo estaria também calcada na elaboração e no reconhecimento, de que é impossível haver satisfação ou adaptação total a todas as demandas da criança como diz Freud, em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. De acordo com ele, se as necessidades internas do recém-nascido quando não satisfeitas a tempo ou, quando não satisfeitas da forma habitual ou enfim satisfeitas de forma alterada por razões diversas, geram uma espécie de desapontamento no bebê que é, por este, vivido muito intensamente daí que o psiquismo do bebê tende então a ter um re-direcionamento. Este re-direcionamento, diz Freud (1911), torna-se estruturante na medida em que o bebê deverá se adaptar as exigências da realidade além das suas próprias. Desta forma, a noção de narcisismo está diretamente relacionada com o advento da instância egóica, e nos remeteria a um eu unificado. No narcisismo patológico o eu, ao contrário, não encontraria condições de se enriquecer na relação de objeto voltando-se, portanto para si e se engrandecendo tornando-se um eu/centro do mundo, sem espaço para a entrada do outro, correndo o risco assim de adoecer, isto é, de romper o vínculo com a realidade, permanecendo fechado em si.

No que diz respeito à anorexia e sua relação com o narcisismo, o que nos chama a atenção é esse movimento de fechamento no corpo que o narcisismo patológico comporta e a função de proteção que daí advém, como diz Assoun, contra os ataques de que o eu quando em formação foi suscetível "(...) ataques externos consequências inevitáveis do estado de desamparo do bebê e, ataques internos pelos representantes da pulsão" (1996, p.136). Pensamos que a anoréxica em sua conduta ascética de fechamento do corpo estaria tentando uma forma de se proteger destes ataques internos e externos e para isto, ela estaria utilizando a própria estratégia de funcionamento narcísico, regredido, que consiste, segundo Bollas em "substituir o outro por algum objeto mais harmônico que irá sustentar a procura narcísica pela tranquilidade" (2000, p.17). Poderíamos pensar a partir daí que a estratégia anoréxica seria então, similar a estratégia narcísica de "procurar questões internas menos complexas e tentar levar uma vida relativamente livre daquilo que não se quer ou não se deseja" (2000, p.17), uma vida mais ascética.

Parece que a anoréxica através de seu fechamento e esvaziamento estaria tentando se livrar da complexa e intrincada relação com o objeto e, para tanto, estaria utilizando a necessidade fisiológica com a finalidade de que esta tome o lugar dos objetos da realidade externa que se tornaram perigosos. Todos os seus investimentos ficariam assim polarizados para a necessidade, para o apetite, que se torna possível de controlar como um elemento também da realidade externa. Como diz Jeammet (1999), a anoréxica recorre a esta prática com a finalidade de desviar o campo da pulsão na medida em que há a possibilidade de apaziguar e controlar as pulsões pela utilização de um objeto novo considerado inócuo pelo sujeito e ao qual ele supõe estar em controle, no caso específico, o apetite. A vantagem, segundo ele, é de que o apetite pode ser dominado protegendo o indivíduo do risco de perder o controle do objeto.

Assim, através da sua relação com a comida a anoréxica vai expressar a forma de suas outras relações. Podemos dizer que a recusa a se alimentar representa um recolhimento narcísico e uma forma de substituir o objeto, numa tentativa de provar para si, através de sua atitude, que o objeto não lhe faz falta, uma vez que ela não necessita de nada, pois acredita ser mais forte do que suas necessidades. Nesta linha de raciocínio, a anorexia se colocaria então como defesa à intromissão, ou invasão do objeto, com a função de estabelecer um limite entre si e o outro.

Brusset (1999) coloca que o ideal de magreza e o ascetismo do corpo, na anorexia, tende a se especificar cada vez mais e se tornar mais coercitivo na medida em que se manifestam no corpo da anoréxica desejos primitivos de incorporação e identificação primária. Para ele, as violentas contradições que experimenta a anoréxica nas suas relações com o objeto, e consigo mesmo como objeto, não encontram saída possível nas elaborações psíquicas, daí que se dá a utilização da experiência corporal que é aquela que vai possibilitar a manutenção do controle. Esquemáticamente, nos diz Brusset, a anoréxica faz voltar para o corpo aquilo que sofreu passivamente por parte dos pais e principalmente da mãe.

Na anorexia parece haver uma prevalência deste laço primário de ligação que une a menina à sua mãe e mesmo, muita dificuldade para o desfazimento deste laço em função de ser esta uma relação que comporta uma mistura ambivalente de amor e ódio, na qual a entrada do pai como objeto sexual fica impedida. A entrada do pai, no nosso entendimento, e nisto seguimos Assoun (1993), seria necessária para exercer a função normatizadora e delimitadora entre a filha e a mãe e possibilitar a necessária passagem de Narciso a Édipo.

O pai é frequentemente descrito na anorexia como ausente, inexistente, distante e muitas vezes desqualificado. Bidaud coloca que de uma forma "elíptica, poderíamos dizer que, se para a mãe da histérica, os homens são porcos, para a mãe da anoréxica eles não servem para nada" (1998, p.89). Em concordância com o autor podemos dizer que a mãe da anoréxica se incumbe de passar para a filha seu próprio sentimento em relação ao pai, contribuindo para mantê-la afastada da presença deste que não tem lugar nesta relação. Conseqüentemente a função socializadora da presença do pai vai marcar profundamente a anoréxica pela sua ausência. Como diz Bidaud: "A inutilidade ou a impossibilidade do outro masculino está no coração da feminilidade anoréxica (...) a falência da sedução fundadora paterna torna, justamente impossível na anoréxica uma representação do ato sexual na puberdade como desejável. Ele não inspira um sentimento de repugnância histérica, o que marcaria sua ligação com uma fantasia, e sim uma impressão de estranheza" (1998, p. 89-90). Assoun (1993) coloca, que se a filha permanecer fixada no laço de ligação amorosa com a mãe, ela passaria a estar condenada a um amor sem desejo. E é isto, segundo o autor que a filha espera que o pai lhe garanta que "em troca de seu sacrifício do amor materno, com suas promessas impossíveis, um amor que se mantenha na linha, por estar escorado no desejo. É isso que a filha requer dele, e dificilmente se poderia exagerar a importância de encontrar um bom entendedor" (1993, p. IX).

Conclusão

Concluindo, parece então que a anorexia seria, desta forma, uma resposta fundada numa genitalidade feminina desesperançada que não pode ultrapassar a reativação pulsional da adolescência, isto é, a anoréxica poderia ser considerada aquela que não pode realizar satisfatoriamente a passagem de Narciso a Édipo, pela incapacidade de renunciar à mãe e de direcionar-se ao desejo do pai. Neste caso parece haver uma dupla conjunção de fatores na medida em que a ligação com a mãe teria a característica de um laço forte de apego e, na medida também, em que o pai não estaria disponível numa fantasia de sedução organizadora, pela sua própria característica de ser distante ou pela característica de ser objeto parcial da mãe.

A anoréxica diante da impossibilidade de fazer este percurso vai mostrar pelos seus sintomas o quanto ela tem necessidade de que seu desejo seja reconhecido, e reconhecido pela mãe, mesmo que para isto tenha que colocar em jogo o seu corpo até o limite do humano, até as vizinhanças da morte. Como diz Fendrick: "Os sintomas anoréxicos seriam a solução (defensiva) do sujeito para recuperar ou alcançar a via de seu desejo" (1998, p.01) e, acrescentamos, separado do desejo de sua mãe.

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. (1981) *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas

- ANDRÉ, J. (1996). *As origens femininas da sexualidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- ASSOUN, P-L. (1993). *Freud e a mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BIDAUD, E. (1998). *Anorexia - mental, ascese, mística*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora.
- BOLLAS, C. (2000) *Hysteria*. São Paulo: Escuta
- BRUSSET, B. (1999). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. Em: *Anorexia e Bulimia* org. Rodolfo Urribarri. São Paulo: Escuta.
- FENDRIK, S. (1998). La dirección de la cura en la anorexia. Conferencia ditada el 30 de octubre 1998 en el centro DOS, Buenos Aires, Argentina.
- FREUD, S. (1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol.XII. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução* em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol.XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- _____ (1923). *O Ego e o Id* em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol.XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- JEAMMET, P. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares em *Anorexia e Bulimia* (1999). org. Rodolfo Urribarri. São Paulo: Escuta.
- LACAN, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- LIPPE, D. (1999). Transtornos das condutas alimentares e ideal em *Anorexia e Bulimia* org. Rodolfo Urribarri. São Paulo: Escuta.
- MEZAN, R (1997) *Freud, Pensador da Cultura*. São Paulo: Editora Brasiliense

Anorexia: una patología de la imagen

Myriam Juchnowicz - Carolina Resnik - Cintia Sola

"...sería aberrante aislar por completo nuestro campo y negarnos a ver, no lo que en él es análogo, sino que está directamente conectado, en contacto, embragado, con una realidad a la cual podemos acceder a través de otras disciplinas, otras ciencias humanas. Establecer estas conexiones me parece indispensable para situar adecuadamente nuestro dominio, incluso tan sólo para orientarnos."

Jacques Lacan. Seminario IV. 27/03/1957.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo abordar el síndrome de lo que se conoce como anorexia, colocando el acento en la dimensión de la imagen. En este sentido, no tomaremos la perspectiva quizás más clásica, que ubica a la anorexia como un trastorno de la alimentación, sino que nuestro análisis se centrará en la anorexia, en tanto patología de la imagen. De todas maneras, resulta preciso señalar que esta segunda vertiente de análisis, no pretende descartar a la primera, sino que es otro modo de pensar el fenómeno. Es decir, que en la diversidad de casos que se agrupan bajo el "diagnóstico" de anorexia, consideramos que tal vez en muchos de ellos, el tema de la alimentación juegue un papel preponderante, y correlativamente todo lo que en esta línea de trabajo se ha pensado en torno a la oralidad. No obstante, y en parte de acuerdo a nuestra experiencia hospitalaria, hemos observado que en otros casos, tal vez los más extremos, es la imagen del cuerpo y su relación con la pulsión escópica lo que parece dominar el cuadro.

Partiremos de la conceptualización que Lacan desarrolla en el Seminario XI respecto de la mirada como objeto *a*, donde plantea que habría una esquizia entre la visión y la mirada en la cual se manifiesta la pulsión escópica. La visión quedaría allí vinculada al campo de las imágenes, de las representaciones, como un campo vaciado de goce, destacando que para que dicho campo se constituya, es preciso que la mirada se encuentre elidida. Ahora bien, cuando esta última deja de estar velada y hace su aparición en la escena, se produce un efecto de extrañeza, en tanto ya no es la mirada del Ideal del Yo que sostiene la imagen especular, sino que es la de un Otro barrado habitado por un goce que resulta enigmático. En este sentido, Lacan dirá que hay una satisfacción en la mujer al saberse mirada, pero esta satisfacción se da a condición de que no le muestren que la miran, ya que de este modo dejan de reconocerla como a una imagen armónica.

En la pubertad los caracteres sexuales secundarios comienzan a darle al cuerpo de la niña su forma femenina, lo que constituye un cambio que es vivido como extraño para el sujeto mismo. La irregularidad de su cuerpo que se manifiesta mediante curvas, va dejando atrás a la figura experimentada hasta entonces como una totalidad. El Otro comienza a apreciarla en función de sus partes, no la miran a ella toda, sino a sus senos, sus piernas, sus caderas; y esa mirada la fragmenta despedazando su cuerpo.

Podríamos pensar que esta situación se genera regularmente durante la adolescencia; lo que plantea entonces la cuestión acerca de los recursos con los que cuenta cada adolescente para atravesar esta problemática. En este punto, consideramos que para apaciguar la mirada que provoca extrañeza, en el caso de la histeria, el sujeto puede dar a ver un semblante, como mascarada femenina, que invita a deponerla. Utiliza la imagen del cuerpo como pantalla que intenta velar la castración. Es a partir de la belleza del cuerpo y mediante sus encantos, que construirá su mascarada para erigirse en objeto de deseo del hombre. La adolescente en la posición señalada se ocupará cuidadosamente de sus maquillajes y vestidos, de volverse atractiva insinuando para ser mirada, a condición de que no le muestren que la miran.

Ahora bien ¿qué ocurre cuando la mascarada femenina parece fracasar como en el caso de la anorexia? Se configura de este modo la hipótesis que actuará como telón de fondo de nuestro

trabajo. En la anorexia fracasaría la mascarada femenina y para apaciguar la mirada de un Otro deseante, que provoca extrañeza, el sujeto da a ver un semblante diferente. Este recurso estaría vehiculizado por el ayuno, el vómito, el uso de laxantes y diuréticos, el exceso de horas en el gimnasio, etc., mecanismo que al borrar las formas femeninas, apuntaría a evitar la mirada del Otro. En estos casos graves, donde lo que fracasaría es la mascarada femenina, como semblante de la nada, es decir del vacío esencial de la mujer, se erige un velo distinto que toma la forma del horror, convocando a la mirada, y con ella la satisfacción de la pulsión escópica. Es así, como quedaría situada la paradoja de este mecanismo: Donde la anoréxica intentaría evitar la mirada del Otro, borrando las formas femeninas, su extrema delgadez terminaría convocándola.

Esta reflexión nos condujo al encuentro con un texto de J. Aleman titulado "*Benetton, El Horror*", allí el autor toma la publicidad de Benetton, donde aparecen fotografías de un enfermo de SIDA agonizante, un soldado con el fémur expuesto, un auto familiar devorado por las llamas; y siguiendo la frase de Lacan de *L'Étourdit "nada esconde tanto como lo que devela"*, se pregunta si allí todavía se esconde algo, si aún el horror es capaz de velar el horror. Destaca que mientras Benetton muestra el horror en sus imágenes sin ningún velo, nos envía sin embargo a la moda, que por otro lado, es el velo por excelencia. Hemos reparado, no obstante, en que el horror no es un tema propio de la actualidad, en tanto moda, sino que a lo largo de la historia se ha expresado de maneras diversas.

Habría entonces dos posibles vertientes de análisis. Por un lado, considerando la relación del sujeto al goce, como estructural, y por el otro introduciendo la perspectiva de la época actual y los efectos del discurso capitalista en la subjetividad contemporánea. En este último aspecto, evaluamos pertinente introducir los aportes de otras disciplinas, como la filosofía contemporánea y las ciencias sociales, a fin de enriquecer el trabajo a partir del establecimiento de conexiones con otros campos del saber.

EJE ESTRUCTURAL - Myriam Juchnowicz

El eje de este apartado toma el polo estructural de la paradoja antes mencionada. Partiremos de considerar la relación del sujeto con el goce como constitutiva; para luego vincular la imagen de la anoréxica con la satisfacción en la mirada que la misma conlleva. Ahora bien, ¿Qué estatuto tiene esta mirada?

Freud en *Lo ominoso* recorre las ambigüedades del término *Unheimlich*, y plantea que "*lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo*" 1. En consecuencia, "heimlich" y "unheimlich" coinciden en algún sentido. Podríamos acordar que algo en lo familiar se torna ominoso, algo que debería permanecer oculto hace su aparición en escena volviéndose horroroso, terrorífico para la visión del sujeto. Pero no todo lo familiar y agradable tiene la propiedad de transformarse en siniestro. ¿Cuál será esa condición de posibilidad? Para responder a este interrogante, Freud ligará lo ominoso con el complejo de castración y posteriormente establecerá su articulación a la compulsión de repetición.

Para ilustrar la ligazón de este término a la castración toma ejemplos de la literatura, que hacen referencia a miembros seccionados, cabezas y manos cortadas que funcionan autónomamente. A su vez plantea que "*los hombres neuróticos declaran que los genitales femeninos son para ellos algo ominoso*" 2. Eso ominoso, dice Freud, es la puerta de entrada a aquello doméstico, "*lo familiar de antiguo*" 3: los genitales femeninos o el vientre materno. Lo que Lacan en el Seminario VII enuncia como *la cosa maternal*, es decir, la madre ubicada en el lugar de *Das Ding*.

Por otra parte, Freud plantea en su texto *La cabeza de Medusa*, que las serpientes como cabellos figuran allí la multiplicación fálica. De esta manera señalan la castración al tiempo que contribuyen a mitigar el horror que la misma produce. Esta indicación me conduce a la diferenciación que Freud establece entre *lo ominoso del vivenciar* y *lo ominoso de la ficción*, en tanto que el primero se encuentra perdido por estructura y el segundo viene a operar como pantalla sobre el trasfondo de una ausencia fundante.

En el texto citado, señala también que "*La visión de la cabeza de medusa petrificada de horror*"⁴, a lo que podríamos agregar, como las imágenes de los cuerpos anoréxicos, autoflagelados, a las que hoy podemos acceder fácilmente en las páginas web "pro anorexia".

Retomando el término "*Unheimlich*" y su relación con el concepto de compulsión de repetición, Freud señala que "*es sólo el factor de la repetición no deliberada el que vuelve ominoso algo en sí mismo inofensivo*". Es decir, que aquello que debía permanecer oculto, secreto, sale a la luz y su repetición lo torna siniestro. Entonces, ¿a qué obedece esa repetición? La misma se conecta a una "*ganancia de placer de otra índole*", a una satisfacción pulsional que va más allá del principio del placer. Sirviéndonos de este desarrollo, podemos pensar que para quien mira la imagen del horror, hay un plus de goce que escapa a la regulación del principio del placer, y que mas bien se articula a lo pulsional que en ese mirar se satisface. En este punto es preciso situar la conceptualización que Lacan realiza en el Seminario X respecto de la imagen, donde la misma se caracteriza por algo que falta, que no es posible proyectar o especularizar. La imagen se sostiene en virtud de un soporte simbólico, lo que remite a una presencia que sólo puede proyectarse en el trasfondo de una ausencia. Allí plantea que lo ominoso se revela cuando la falta viene a faltar, o sea, cuando el objeto que debería permanecer oculto, aparece en la escena y desorganiza la imagen.

Retomando la pregunta formulada al inicio acerca del estatuto del objeto mirada, podemos decir que este objeto se ubicaría saturando el lugar del vacío, que como se sabe, es condición de posibilidad para la instauración de la lógica del deseo. En este sentido, el horror se presentaría como efecto de dicha saturación, con lo cual se podría anticipar que el velo de la anoréxica convoca la mirada entendida como objeto que por no permanecer oculto, pone en juego la satisfacción pulsional.

EJE SOCIOCULTURAL - Cintia Sola

Este desarrollo tomará la perspectiva del análisis cultural. Se situará en el campo de la filosofía contemporánea y también de las ciencias sociales. El objetivo será poder observar ciertos rasgos del estado actual de nuestra cultura, concebida contemporáneamente como "cultura de la imagen" que responden a la estructura del Capitalismo.

El Capitalismo, como analizó Marx, se mueve por la lógica de la mercancía, entendemos por esto la obtención de plusvalía a través de la producción. El sistema se basa en el intercambio económico de objetos poseedores de un valor de uso, que se transforman en mercancías cuando adquieren su valor de cambio en el mercado. Partiendo de esta teoría, Jean Baudrillard (filósofo francés contemporáneo), analiza el estatuto de la mercancía en la etapa actual del Capitalismo. En su libro "*Crítica de la economía política del signo*" plantea que la mercancía no se mueve por una lógica cuantitativa de beneficio, es decir, por la satisfacción de necesidades concretas que es lo que se denomina, en términos económicos el valor de uso. El sistema actual funciona por lo que Baudrillard llama valor de cambio/signo, en este sentido ya no se trata de una cuestión de intercambio económico sino de consumo de modelos. El consumo no se realiza por la satisfacción de una necesidad básica sino por la connotación que implica lo que se consume. Como sabemos, el plano de la connotación refiere a una significación que supera lo denotado, la connotación siempre está mediada por la cultura. En este sentido la mercancía es el lugar de circulación de modelos, se impone como código y por lo tanto como medio total de una cultura.

Los productos y consumos culturales de masa no escapan a esta forma. Y sabemos que ellos son originados, principalmente por los medios masivos de comunicación que son tan profundamente económicos como las otras áreas productivas del capitalismo. En este punto me referiré específicamente a los medios masivos -en particular los audiovisuales- porque ocupan un papel hegemónico y la forma en que operan ha promovido cambios en las subjetividades de esta época, que muchos llaman postmoderna. ¿Cuál es esa forma y los efectos sobre la subjetividad histórica? La circulación y estructuración de los mensajes se caracteriza por la fugacidad, existe una avalancha de información constante que se presenta en forma fragmentada, todo es velocidad e instantaneidad. Podemos pensar que esa dinámica nos hace vivir en un continuo presente porque al no poder ser asimilada, la imagen pasada se

pierde. De esta manera las imágenes se agotan en el consumo mediático generando una desaparición del sentido de la historia. Coincido entonces con quienes afirman que vivimos en "La era de la imagen" donde lo visual predomina, la palabra es sustituida por la imagen. Todo se presenta bajo la forma del espectáculo promoviendo una relación social de abstracción, donde el sujeto quedaría reducido a la mera función de espectador sin posibilidad de intercambio comunicativo.

De la intervención anterior, retomo en este punto el tema del horror. ¿Cómo es este espectáculo presentado por las imágenes en repetición? Se apela a las catástrofes, a las imágenes impactantes y sangrientas. Nadie deja por ello de consumirlas sino todo lo contrario. La catástrofe es el evento necesario para generar el continuo shock en repetición pero sin reflexión alguna y así nos sumimos en la indiferencia ante las imágenes vaciadas de sentido. No obstante, es preciso señalar que el consumo del horror a través del espectáculo no es privativo de esta época. Existen varios ejemplos históricos que lo demuestran: el Circo Romano, la hoguera en la Inquisición, la guillotina francesa, los fusilamientos públicos. Pero evidentemente algo diferencia al espectáculo postmoderno. Jesús Gonzalez Requena en "*El discurso televisivo, espectáculo de la posmodernidad*", plantea que en otros tiempos históricos y culturales el espectáculo era algo excepcional, tenía lugar en los momentos de celebración, disponía de sus espacios y sus ocasiones privilegiadas. Por el contrario, en la cultura contemporánea se da una transformación importante ya que existe una absoluta accesibilidad al espectáculo. Este se vuelve permanente, cotidiano y omnipresente, se ha producido una desacralización. De esta manera lo que pierde el espectáculo mediático es su calidad de misterio. Los medios interpelan a los individuos, movilizan sus deseos, promueven identificaciones, retoman rasgos que encuentran en lo social y los resignifican. De este modo llegamos a la conclusión de que en el Capitalismo se genera un constante consumo, donde la imagen se erige como la mercancía del presente.

CONCLUSIONES - Carolina Resnik

Desde la perspectiva del psicoanálisis, el concepto de discurso en tanto lazo social, nos permite eludir la antigua dicotomía individuo - sociedad, ya que como lo plantea J. Aleman, "*el sujeto por un lado mantiene su relación solitaria y patética con el goce, pero a su vez no es sin el Otro, sin el Otro de la historia, la religión y todo lo que la materialidad del significante soporta*" 5. Bajo este sesgo, retomo el mecanismo paradójico en las anorexias graves. Partimos de suponer que en estos casos fracasa el velo de la mascarada femenina, como semblante del vacío esencial de la mujer, y planteamos que en su lugar, se erige un velo distinto que toma la forma del horror, convocando a la mirada, y con ella la satisfacción de la pulsión escópica. Es decir, que allí donde la anoréxica intentaría evitar la mirada del Otro, borrando las formas femeninas, su extrema delgadez terminaría convocándola. Todo ello remite a la función del horror como semblante, en tanto recurso del cual se vale la anoréxica. De allí resultan al menos dos interrogantes: ¿De qué recurso se trata? y ¿al servicio de qué estaría puesto?

A lo largo de la obra freudiana, hay algo en la naturaleza de lo femenino que se vincula al horror, y que Freud caracteriza como "*un horror básico a la mujer*". Allí donde la cabeza de Medusa, se presenta como símbolo mitológico del horror, de lo que se trata es de un vacío. Podríamos decir a partir de Lacan, que hay un agujero esencial en la feminidad, en la medida en que no hay significante que pueda nombrar a La Mujer. Pensamos entonces, que es la emergencia de esa alteridad radical, dada por la confrontación de la niña durante la pubertad con la transformación de su propio cuerpo, lo que la convierte en Otro para sí misma. Extrañeza frente a la cual encuentra en la anorexia un modo de defensa.

Por otra parte, cabe señalar que no se trata aquí del horror ante la Cosa, no es ese goce imposible, e inaccesible que implica una transgresión como Lacan lo presenta en su Seminario VII; allí donde la Cosa no es más que un vacío. El horror que transporta la imagen, en cambio, ya es de algún modo un tratamiento de ese vacío. En este sentido es que pensamos al horror como un semblante, dado que se trataría de una articulación simbólico - imaginaria en oposición a lo real. Por supuesto no se dispone ni como barrera del bien ni de lo bello y es esto lo que le imprime una particularidad. Se diferencia de la mascarada femenina, ya que no es el velo que aporta cierta cuota de histeria al juego de la seducción, sino que es un velo que más

bien rechaza al deseo y convoca a la satisfacción de la pulsión. Satisfacción que no encuentra barreras, donde no hay movimiento del deseo sino petrificación del goce. Si bien podemos indicar que *la Cosa* está perdida, es decir que ha operado una renuncia al goce como absoluto, habría la recuperación de un resto, bajo la forma de *plus de goce*. La característica de nuestra época, está dada en el hecho de que en el discurso capitalista este *plus de gozar* desconoce barrera alguna.



A partir de ese pequeño cambio en el orden de las letras, donde se produce la perversión del discurso del amo, el agente del discurso es el sujeto, amo del consumo de objetos técnicos a la medida de su fantasma. Estos objetos en tanto mercancía, vienen a obturar la castración y se sustituyen uno a otro indefinidamente. Es de este modo que pensamos que la reduplicación infinita de la imagen, presente en las pantallas permanentemente, encierra un plus de goce donde la mirada logra eludir la castración. Allí se ubica la anoréxica, dando a ver como semblante la imagen de un cuerpo que remite a la encarnación de la muerte, lo que en el marco del fantasma, promueve la satisfacción de la pulsión escópica. En este sentido, hay un aspecto interesante en el mito de Medusa, que es el uso que daba Atenea a este símbolo mitológico. Freud lo indica en su texto póstumo: "*Atenea, la diosa virgen, lleva en su vestido este símbolo del horror. Y con justicia, pues eso la hace una mujer inabordable, que rechaza toda concupiscencia sexual*".⁶ Se podría plantear que el horror en Atenea, funciona como semblante, allí donde torna sus misterios, inabordables. La diferencia con la mascarada femenina, radica en que no es un velo que invita a ser descubierto, sino que petrifica de horror. Este mito, que como ficción encierra un valor de verdad, esconde un esbozo de respuesta a la paradoja planteada en la anoréxica. Podríamos preguntarnos entonces, si como Atenea, cada anoréxica exhibe su propia cabeza de Medusa, para advertir al hombre que no debe examinar los misterios divinos ocultos tras ella.

Consideramos que con relación a la práctica clínica en la institución hospitalaria, donde generalmente estas pacientes, son "traídas" a la consulta por sus familiares, se plantean algunas dificultades.

En principio, que el analista no se encuentra exento de los efectos del discurso capitalista - cabría mencionar aquí que más que de un discurso se trata en este caso de lo que podríamos denominar un "pseudodiscurso" dado que no hace lazo social-, aunque no obstante para poder sostener una clínica de la escucha deberá sustraerse de la fascinación de la imagen, como única vía posible de no quedar petrificado ante el caso.

Por otra parte, allí donde la anorexia constituye una respuesta ante la confrontación con el despertar sexual y se presenta además, como un recurso que se ajusta al espectáculo de la época, el analista quedará enfrentado ante el desafío de conmover dicho recurso, asumiendo los riesgos que de ello resulten.

Notas

1 Sigmund Freud. *Lo ominoso*. Tomo XVII. Obras completas. Amorrortu editores. 1919. Pág. 220.

2 *Ob. cit.* Pág. 244.

3 *Ob. cit.* Pág. 244.

4 Sigmund Freud. *La cabeza de Medusa*. Tomo XVIII. Obras completas. Amorrortu editores. 1922. Pág. 270.

5 Jorge Aleman. *Dos preguntas: Psicoanálisis y postmodernidad*. Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan. Atuel. 1993. Pág. 45.

6 Sigmund Freud. *La cabeza de Medusa*. Tomo XVIII. Obras completas. Amorrortu editores. 1922. Pág. 270.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleman, J. *Benetton, el horror*. Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan.. Atuel 1993.

Aleman, J. *Dos preguntas: Psicoanálisis y postmodernidad*. Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan. Atuel 1993.

Aleman, J. - Larriera, S. *Los discursos*. Lacan: Heidegger. Ediciones del Cifrado. 1996

Baudrillard, J. *Crítica de la economía política del signo*. Siglo XXI Editores. 1986.

Freud, S. *Lo ominoso*. Tomo XVII. Obras completas. Amorrortu editores. 1919.

Freud, S. *La cabeza de Medusa*. Tomo XVIII. Escritos breves. Obras Completas. Amorrortu editores. 1922.

Gonzalez Requena, J. *El discurso Televisivo: Espectáculo de la postmodernidad*. Ediciones Cátedra. 1995.

Graves, R. *Los mitos griegos*. Alianza editorial. 1997.

Jameson, F. *Las transformaciones de la imagen*. El giro Cultural. Manantial. 1999.

Lacan, J. *La ética del psicoanálisis*. El Seminario. Libro VII. Ediciones Paidós. 1959 - 1960.

Lacan, J. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. El Seminario. Libro XI. Ediciones Paidós. 1964.

Lacan, J. *Aún*. El Seminario. Libro XX. Inédito. 1972 - 1973.

Lacan, J. *La psicoanalisi nella sua riferenza*. Lacan in Italia. Edición La Salamandra, s.f. 1972.

Lacan, J. *La angustia*. El Seminario. Libro X. Inédito. 1962 –1963.

Miller, J. *Los seis paradigmas del goce*. El lenguaje, aparato del goce. Colección Diva. 2000.

Mal-estar na atualidade uma visão através da anorexia e bulimia

Suzana Assis Brasil de Moraes

O objetivo deste trabalho é traçar algumas considerações que nos permitam discutir as relações entre a cultura e as patologias: anorexia e bulimia. Acreditamos ser possível fazer entrelaçamentos entre o significado que estas possuem socialmente e sua disseminação no passado e na atualidade.

Primeiramente trazemos algumas contribuições sobre a questão do alimento inserido na cultura, com o objetivo de entendermos o quanto este é carregado de significados, conscientes e inconscientes, sendo que estes são passados e modificados ao longo das gerações.

Na Grécia Antiga, segundo ORNELLAS (1978) o alimento era extremamente apreciado e valorizado, o mel, por exemplo, era considerado pelos filósofos "orvalho destilado das estrelas e do arco-íris". Platão comparava a culinária à oratória. E é desta época histórica que herdamos o respeito pelo bem comer e bem viver hábitos exaltados por Epicuro, filósofo grego que cantava o conforto da vida e os prazeres da mesa. Interessante também é notar que, como nos diz CORDÁS (1993), os gregos que nos ensinaram a comer bem são também os que ofereceram à Igreja as bases para condenação do alimento. Os pitagóricos, Eurípedes e, posteriormente, Platão, defendiam a ideia da libertação da alma através do abandono do corpo e da não alimentação deste.

Em Roma, ainda de acordo com ORNELLAS (1978), inicialmente os hábitos alimentares eram frugais e estimulava-se socialmente que se comesse pouco e alimentos leves. Entretanto com o enriquecimento desta através de suas conquistas, e conseqüentemente os hábitos forma mudando. Os banquetes passaram a contar com pratos mais complexos e, finalmente, as orgias faziam parte da cultura de Roma. Estas festas consistiam em dias consecutivos onde aqueles que pertenciam a alta sociedade da época praticavam todo tipo de excesso, comendo, bebendo e fazendo sexo. É interessante notar que este foi um dos motivos de enfraquecimento desta potência da Antigüidade que acabou em decadência invadida pelos bárbaros. Pode-se pensar que através deste dado histórico tenha se fortalecido a idéia de que excessos relacionados à alimentação sejam algo condenável, que implica em castigos e retaliações. A Igreja que se fortaleceu após este período histórico teve assim mais um argumento para condenar os excessos alimentares e exaltar a moderação como uma virtude a ser buscada por todos.

E em relação à Idade Contemporânea, mais próxima de nossa realidade, a autora (pg. 92) diz que:

"A era dos descobrimentos propicia a expansão comercial por toda a Europa e favorece o intercâmbio com o Novo Mundo, o que repercute nos hábitos alimentares de uns e outros. (...) A Itália teve contribuição marcada no surgimento da renascença, de certo modo irreconciliável com outro movimento contemporâneo, a Reforma (...). A Reforma que se constituía em uma renovação moral atingia, também, os hábitos alimentares, pregando a moderação".

Após este breve recorrido da história da alimentação propomos que se pense no quanto os hábitos alimentares tem relação com a organização social de um contexto histórico assim como através deles podemos entender muito do funcionamento de um povo. Acreditamos que estas noções podem nos ajudar a entender melhor a proposta deste trabalho que discute as relações entre a cultura e os transtornos alimentares.

Consideramos um ponto importante tentarmos entender agora a representação da comida a partir do ideal cristão, já que fazemos parte de uma cultura baseada nestes princípios e valores, o que chamamos de cultura ocidental.

De acordo com o momento histórico os valores católicos tem maior ou menor influência na população em geral, mas sabemos que estando inseridos na moral cristã, não temos como "escapar" totalmente dela enquanto moderadora dos mesmos.

Sabe-se que a gula é considerada um dos sete pecados capitais e, portanto, comer por prazer ou em excesso é ir contra os mandamentos da Igreja Católica. O jejum sempre foi cultuado como forma de aproximação com a divindade e era um hábito apregoado pela Igreja Católica em vários momentos da história.

Através do Dicionário de teologia bíblica (1973, pg.548) podemos ter uma pequena mostra do significado religioso do jejum :

"O jejum no Antigo Testamento, não é praticado em razão de si mesmo. Exigindo uma atitude exterior de extrema seriedade, era ele parte extraordinária e sensacional da atitude cültica e religiosa de um indivíduo ou de todo o povo, quando se voltavam a Deus em meio a grande necessidade. (...) estão ainda ligados ao jejum : (...) renúncia sexual e ao cuidado com o corpo. " Ainda neste Dicionário se afirma que o jejum é a expressão no exterior de um pecado consciente contra o poder de Deus e finaliza dizendo que : "Jejum é a oração de quem tudo espera de Deus para si."

Podemos através desta citação nos aproximar do significado de jejum para os católicos, é uma prova de devoção irrefutável. Sem esquecer também, como diz BIDAUD (1998) que tanto na mitologia como na Bíblia, as relações entre os deuses e o homem sempre estão perpassadas pela questão da alimentação. Esta regula um sistema de interditos e exclusões, por exemplo, entre os povos antigos a fartura era entendida como um presente divino assim como as más colheitas eram interpretadas como um castigo vindo dos mesmos.

Se pensarmos nas anoréxicas dentro deste âmbito podemos, talvez, disser que elas estão "esperando tudo de Deus", ou seja, tentam viver como se não necessitassem de nada, nem de alimento, é uma forma de sentirem-se próximas de ser uma santidade. Em relação a bulimia podemos pensar que elas realizam o gozo do pecado acreditando controla-lo, quer dizer, empanturram-se de comida e purgam o pecado/alimento através da conduta compensatória, vômitos ou laxantes. Acreditamos ser pertinente entender o ritual anoréxico, pensar que este sujeito está orando, mas para quem ora a anoréxica? Bem, podemos pensar que sua oração é em nome do gozo do Outro, já que estaria impossibilitada de viver o gozo fálico. A anoréxica capturada em sua doença, goza atraindo olhar do outro para si, a admiração narcísica por alguém que consegue abrir mão do que é necessidade comum a todos, a comida.

Neste sentido BIDAUD (1998, pg. 25) : " A anoréxica se afirma, assim, contra qualquer troca : ela não quer vencer. Como os deuses (aqueles do Olimpo e as criaturas do Paraíso cristão ignoram a fome) , ela se apresenta como não se tendo originado da necessidade comum, nem sujeito nem objeto de demanda alguma. Tentando estabelecer seu domínio do objeto da necessidade, ela se desfaz de uma relação com o outro, percebida como alienante e despedaçadora".

Neste ponto achamos interessante trazer para a discussão dois casos públicos de transtornos alimentares, um de anorexia e outro de bulimia. Um representando o caráter santo da anoréxica dos tempos antigos e outro da pecadora da modernidade que pôde ser assistido na televisão, Catarina de Siena e Leca. Lembrando ainda o que nos diz CORDÁS (1998, p. 7) : "Desde que Eva teve o primeiro acesso bulímico da História e comeu a maçã proibida, a mulher, a comida e o pecado parecem caminhar juntos."

Entendendo mais profundamente as patologias anorexia e bulimia pode-se perceber que, enquanto a anoréxica é uma militante ferrenha da sua própria causa, não comer, a bulímica é aquela que cede às tentações da carne e depois paga seu pecado, purgando o que ingeriu. Podemos observar ainda neste ponto a questão do gozo da anoréxica e seu caráter enigmático, como diz BIDAUD (1998 , p. 27) o espaço de gozo se dá na vacilação entre comer e não comer, é um laço de fascinação da anoréxica com o alimento. E diz ainda que "não é por falta de interesse pela própria conservação, mas, ao contrário, porque ela só faz ocupar-se

disso e se vê na impossibilidade de interessar-se por outra coisa." É fundamental para entendermos anorexia e bulimia que não há um registro de morte, sim uma preocupação ferrenha consigo mesma, elas não estão em busca de morrer, mas sim do gozo de impor seus próprios limites entre vida e morte. Brincar de serem suas próprias deusas!

BRUSSET (in: Anorexia e Bulimia, 1999, pg. 92) nos lembra o quanto o excesso alimentar, culturalmente, está associado à excesso sexual, da orgia e desta forma se associa a certos aspectos da sexualidade feminina como insaciável e devoradora. O autor também cita que a bulimia ironiza a cozinha e o bom gosto é uma ruptura violenta com a adaptação às necessidades biológicas, com a ética e a estética, é como uma revanche selvagem da natureza sobre a cultura e do primitivo sobre o civilizado.

Mais uma vez podemos ver o quanto bulimia e anorexia apontam e mexem com imagens e valores sociais, elas parecem ter uma aura de afronta ao que está instituído talvez porque vivam às voltas com um gozo impossível, aquele que é mortal para o psiquismo, o gozo total.

A cultura influenciando anorexia e bulimia

Agora propomos que se reflita sobre a relação que estamos estabelecendo ao longo deste trabalho, anorexia e bulimia com a cultura. Por que estas patologias se prestam a esta discussão? O que os estudiosos do assunto tem a nos dizer?

Tentaremos responder estas questões tanto usando a bibliografia pesquisada como tentando problematizar ideias sobre o que é considerado uma patologia.

No âmbito das patologias mentais há uma gama enorme de classificações psiquiátricas, nomeando transtornos dos mais variados tipos. A anorexia e a bulimia, por exemplo, são os Transtornos Alimentares mais conhecidos junto com a obesidade. Nem sempre foi assim como veremos logo.

De acordo com os DSMs, a bulimia só passa a figurar entre os transtornos mentais a partir de 1980 e a anorexia vem passando por mudanças conceituais até hoje.

Neste momento consideramos pertinente lembrar de outros comportamentos que já foram considerados transtornos mentais e não o são atualmente, como o homossexualismo, e o tabagismo que não era e agora o é. Com certeza, estes não são os únicos, comportamentos mudam ao longo da história assim como o conceito que a sociedade tem dos mesmos também. Diante deste quadro podemos ter a dimensão do quanto o contexto cultural pode definir se algo é patológico ou não.

Talvez devêssemos nos perguntar quando ou porque algo passa a ser considerado um transtorno mental, seria a frequência do comportamento ou o tempo de duração dos sintomas?

Entendemos que o mais importante é avaliarmos o sofrimento e os prejuízos (sociais, familiares, etc.) do sujeito diante da situação em que se encontra. No caso da anorexia e bulimia com certeza existe sofrimento e prejuízo, o que aliás dificilmente é admitido pelas pacientes, ambas causam sérias conseqüências, inclusive, para o organismo.

Estes transtornos tem sido cada vez mais estudados e discutidos, inclusive na mídia, isto porque são consideradas patologias da modernidade. Historicamente, entretanto, este dado não se confirma. Mas podemos nos perguntar porque estas patologias passaram a freqüentar de forma assustadoramente crescente os consultórios médicos e psicológicos nas últimas décadas.

Vejamos o que os autores tem a nos dizer.

Segundo MORGAN e AZEVEDO (1998, pg. 86) a extrema valorização da magreza nas sociedades ocidentais desenvolvidas estaria fortemente associada à ocorrência de anorexia nervosa e bulimia nervosa. O que tem sido comprovado por vários estudos epidemiológicos que demonstram o aumento da incidência destes transtornos concomitante à evolução do padrão de beleza cada vez mais magro.

Outro aspecto interessante ressaltado pelas autoras (pg. 88) é que ao mesmo tempo se ofertam abundantemente alimentos de alto valor calórico e rápido consumo, a vida se torna mais sedentária e os modelos de beleza são cada vez mais magros, muitas vezes apresentando um corpo pré-adolescente sem formas definidas.

Em estudo feito por Garner e Garfinkel (1980) foram analisados grupos ocupacionais de modelos, bailarinas, atletas, nutricionistas onde se verificou que estas estão mais vulneráveis aos transtornos alimentares do que mulheres comuns da mesma idade e nível social. A conclusão dos autores é de que estes achados corroboram a hipótese de que a pressão para emagrecer, incrementada pela expectativa de bom desempenho, são o meio social ideal para a expressão da anorexia.

A beleza e o corpo, principalmente o feminino, sempre ocuparam um lugar importante no imaginário social, são sinônimos de sedução, de poder, enfim sempre foi assunto e preocupação de homens e mulheres. O que talvez tenha mudado é que hoje temos um padrão bastante rígido de beleza, não há lugar para imperfeições.

Podemos pensar sobre o que nos diz ROSSO (1993, pg. 120) : "Nada é mais virtual que o conceito de beleza.". A autora lembra ainda Giulio Carlo Aragan que escreveu em A Arte moderna: " Dizer que uma coisa é bela é um juízo; a coisa não é bela em si, mas no juízo que a define como tal." Estes conceitos nos fazem pensar no quanto estamos perdendo esta noção ao passo que a beleza vem sendo, cada vez mais, padronizada. Não se tem o direito de envelhecer, engordar minimamente ou simplesmente ser diferente do que a mídia dita como belo. Nos arriscamos a afirmar que a grande maioria das mulheres, independente de idade e classe social, se questionadas, responderiam que não estão satisfeitas com o seu peso e que estão fazendo ou planejando uma dieta. Isto sem relação direta com o fato de ter ou não um peso adequado ao seu tamanho e idade, este é um dado que pode nos fazer refletir sobre porque não podemos estar satisfeitas com nosso corpo. Aliás tamanho e idade são aspectos ignorados tanto pela mídia da moda como pela maioria das pessoas que deseja um corpo igual ao das modelos que desfilam esta moda, e quem nunca desejou isto que atire a primeira pedra!

Neste sentido CORDÁS (1998, pg.25) alerta para o fato de que a mídia insufla e aproveita a associação de magreza com saúde e sucesso para alimentar a enorme indústria de consumo voltada para esta área e desta forma tem levado a maioria dos indivíduos da nossa cultura à busca do corpo ideal. Este ideal de corpo que está presente na mídia o tempo todo bombardeando nossos olhos prega, em geral, corpos esculturais, magros e malhados o que não condiz com a realidade da maioria dos mortais.

No entanto mesmo admitindo que se não todos, a maioria de nós já desejou este tal corpo perfeito é importante pensarmos no sentido que isto tem hoje e nas proporções que este valor tomou em nossa sociedade.

A "geração saúde" que iniciou na década de 80 com o boom das academias de ginástica, tem pago um preço alto, muitas vezes com a própria saúde, para atingir o ideal estabelecido por nós mesmos do que é ser belo. As revistas e meios de comunicação em geral estão repletos de casos onde jovens prejudicaram sua saúde com anabolizantes, anfetaminas, cirurgias, enfim inúmeras armas que compõe o arsenal para combater as gordurinhas indesejadas e que servem para encurtar o caminho para se chegar a um corpo perfeito. A pergunta que me faço é que sentido tem para estas pessoas, que muitas vezes já tem um corpo esbelto, se submeterem a riscos tais riscos ?

Acreditamos que cada um teria vários argumentos para responder esta pergunta, mas o que me parece claro é que ser magro, ser atlético hoje tem um significado muito maior do que a

vaidade em si, ser belo é ser vencedor, é enfim garantir um lugar de destaque em uma sociedade onde não há espaço para perdedores.

Pode-se dizer em relação ao conceito de beleza em nossa cultura atual:

"O prazer estético é necessariamente um prazer "à distância". O objeto esteticamente belo oferece apenas uma promessa de satisfação do desejo. (...) A beleza só pode ser apreciada como tal se não houver proximidade. A proximidade elimina o caráter enigmático e "projetivo" da beleza. O belo só pode ser admirado, não pode ser vivido. É vazio em si mesmo." ROSSO, Mireia C. (1993, pg. 124)

A cultura atual: cultura do narcisismo

Neste momento descrevemos e discutimos o que animou a realização deste trabalho, ou seja, pensar sobre aspectos da cultura atual que me parecem ter importante um papel como detonadores de patologias, inclusive destas que estamos estudando até aqui.

Sabemos que a cultura na qual o indivíduo está inserido tem importante influência sobre sua estruturação psíquica. O meio que nos cerca imprime valores e idéias que passam a fazer parte da constituição da subjetividade e da razão do sujeito. Além disto, o ser humano é um ser social por natureza. É claro que cada país, cidade ou região tem sua cultura própria que lhe é característica, entretanto hoje, mais do que nunca, podemos falar de uma cultura ocidental, onde os valores são partilhados em larga escala. É o mundo globalizado.

Um mundo conectado pela internet através da qual circulam informações instantaneamente, é um fenômeno que aproxima as sociedades de uma maneira que até pouco tempo não poderíamos imaginar. Não tenho aqui o objetivo de discutir o porquê disto, nem os fatores positivos e negativos desta configuração social.

Pretendo sim analisar alguns aspectos que me parecem pertinentes a discussão da anorexia e bulimia como manifestações que hoje tem um sentido que não tinham antes. Se por um lado são patologias que tem a ver com a história de cada um que sofre das mesmas, ao meu ver, também podem ser entendidas como doenças que vão de encontro à um ideal social de magreza e perfeição. Sendo assim porque não entendê-las também como um sintoma social?

Para entendermos melhor esta proposta exponho aqui o que seria o ideal de eu que segundo a teoria psicanalítica, é através deste que introjetamos as leis sociais e também que importância tem este nos casos de anorexia e bulimia.

NASIO (1995, pg. 61) define o ideal de eu da seguinte forma:

"O ideal de eu corresponde, (...) a um conjunto de traços simbólicos implicados pela linguagem, pela sociedade e pelas leis. Esses traços são introjetados e fazem a mediação na relação dual imaginária: o sujeito encontra um lugar para si num ponto - o ideal do eu - de onde se vê como passível de ser amado, na medida em que satisfaça a certas exigências. O simbólico passa a prevalecer sobre o imaginário, o ideal do eu sobre o eu."

O ideal de eu é uma aquisição do indivíduo a partir do momento em que este consegue abrir mão de seu narcisismo infantil para introjetar a lei paterna e o social, para tanto é necessário a separação efetiva da mãe no inconsciente para que se possa desejar através do próprio ideal. No caso das pacientes com anorexia e bulimia sabe-se que esta separação não ocorreu suficientemente e por isso mesmo a capacidade de simbolização de que nos fala Nasio está prejudicada.

Podemos pensar que o Ideal comum da sociedade de hoje está bastante narcisista e muito associado a aquisições concretas, o corpo exaltado é um exemplo disto, ele tem sido grande representante de nossos ideais atuais. Freud em 1923 já dizia que "o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal", sendo assim é compreensível que em uma sociedade autocentrada o corpo seja enaltecido desta forma exacerbada.

LIPPE (1999, pg. 87) nos alerta para o fato de que, a busca do ideal preserva o sujeito de engajar-se na verdadeira escolha de objeto e evita a confrontação com a separação/individuação, pois, atingir o Ideal é perder sua identidade e conseqüentemente o objeto de desejo que a ele se liga e ainda renunciar ao Ideal é arriscar a depleção narcísica.

Em última instância ficar "as voltas" com o Ideal é manter-se afastado da vivência e constatação de sermos sujeitos castrados e desamparados diante da morte, o que alias não deixa de ser a dificuldade de todos nós, humanos, entretanto o nível em que isto se dá na anorexia, principalmente, e bulimia é digno de nos fazer pensar. Neste esforço enorme para não sofrer esta condição do sujeito de faltoso as anoréxicas e bulímicas tentam viver em seu mundo interno como se não precisassem de nada (nem de comer) nem de ninguém.

"Esta busca do ideal se objetiva, quase se materializa, no próprio corpo da paciente, na busca de um corpo Ideal que se institui, ao mesmo tempo, suporte do Ideal do ego e objeto de completude, parte integral do ego Ideal. Atingir o corpo Ideal tenderia, para a paciente, a corresponder *in fine* a um estereótipo que, ao mesmo tempo, a designa e no qual ela perde, concomitantemente, sua identidade própria, um tipo de uniforme (ao qual tendem particularmente as anoréxicas cuja descrição física é notável e terrivelmente estereotipada).

O corpo uni-forme remete igualmente à forma única, à ausência de formas, ou seja, à confusão das diferenças, da diferença dos sexos principalmente, como manutenção, aqui, da bissexualidade psíquica. " DANIEL LIPPE (pg. 87)

Esta citação de LIPPE nos fala do que é em última instância o conflito da anoréxica e na qual podemos identificar os entrecruzamentos com nosso entendimento de cultura do narcisismo.

A questão da bissexualidade, por exemplo é algo que pode ser entendido como expressão deste social, pois, na medida em que não se quer perceber a castração ou ainda não assumir que para obtermos uma identidade sexual precisamos abrir mão da bissexualidade psíquica estamos agindo em parte como a anoréxica.

Através destas citações, que condensam em parte todo o conflito das anoréxicas, podemos perceber tanto o caráter social influenciando as patologias como a psicodinâmica adjacente às mesmas.

Em tempos de clone, onde não é estranho imaginar que daqui a algum tempo possa-se escolher as características de nossos filhos previamente, porque não escolhermos somente Giseles Bündchen ou Feiticeiras? Parece que realmente o narcisismo do ser humano não tem limites, principalmente, quando este brinca de ser o Deus que ele mesmo criou a sua imagem e semelhança! Neste contexto convoco a todos para pensarmos qual o ideal que vem nos tomando na atualidade e a serviço de que ele está assim configurado.

Talvez através de alguns exemplos que podemos observar empiricamente esclareçam melhor o que estou tentando falar. Um exemplo que pode ser observado em revistas, na TV ou jornais, é o das exigências feitas para modelos, estas são "obrigadas" a de certa forma serem anoréxicas para se manter no padrão de mercado. Sendo assim pode-se dizer que há a imposição de um ideal de beleza que exige que uma pessoa consuma muito menos alimento do que ela necessita para manter sua saúde, e isto deve ser feito a qualquer preço. Podemos ler em revistas de moda ou jornais depoimentos de meninas que estão iniciando como modelos contando de agências que "ensinam" a vomitar como forma de alcançarem o peso ideal. Desta forma podemos pensar que algo não está bem em uma sociedade onde ser modelo significa

tantos sacrifícios e ao mesmo tempo 9 entre 10 meninas (estes são dados de revistas para adolescentes) sonham em ocupar este lugar e estariam dispostas a pagar qualquer preço por isto.

De acordo com BIRMAN (2000) autores, de diferentes áreas, tem considerado a cultura atual como Cultura do Narcisismo, Sociedade do Espetáculo, etc. enfim não nos importa o nome, mas sim o que estes pensadores tem a nos dizer sobre o momento social que estamos atravessando e que justamente por fazermos parte dele, muitas vezes, deixamos passar despercebidos fenômenos importantes.

As principais características desta sociedade, ainda segundo BIRMAN seriam a exterioridade e o autocentramento, o autor define (pg. 84) que "há uma exigência do espetáculo que é catalisadora dos laços sociais, pois esta mise-en-scène é reguladora fundamental do espaço social". BIRMAN ainda nos chama atenção para à psicopatologia da pós-modernidade que, segundo ele, é caracterizada pelo fracasso do indivíduo em realizar a glorificação do eu e a estetização da existência, já que ao estar doente o sujeito se encontra incapaz de exercer a performance que lhe é exigida socialmente. O autor chega a afirmar que a alienação se transforma em significado e valor social, isto porque, o sujeito autocentrado é efetivamente fora-de-si, pois, vive de acordo com a exterioridade. Como diz o autor, (pg. 171) antes o fora-de-si era totalmente identificado com a psicose, agora, pelo contrário isto passa a ser algo valorizado já que é desta forma que o sujeito consegue viver em função do "polimento de sua existência, dedicando-se a sedução e fascínio do outro, pela mediação capturante das imagens exibidas na cena social." (pg. 190)

Talvez possamos nos perguntar o que tem isto a ver com anorexia e bulimia, acredito que para entendermos esta relação devemos aprofundar nossa capacidade de análise e em primeiro lugar convidar os a pensar em que implicações práticas podemos relacionar com estes fenômenos descritos como autocentramento e exterioridade.

Este funcionamento tem a ver com o que estávamos expondo até então, em uma sociedade do espetáculo é coerente que se considere normal comportamentos exagerados de preocupação com o peso, ou com o desejo geral de ser modelo ou ser famoso, enfim é dentro desta lógica que há um sentido em tudo isto. Dentro desta lógica muito da nossa subjetividade vem se construindo, os ideais e valores se constituindo e sendo assim podemos pensar porque anorexia e bulimia tem ocorrido com maior frequência na população.

Através deste modo de ser autocentrado e exteriorizado o sofrimento não tem um espaço reconhecido socialmente como legítimo, não temos tempo a perder com isto! O desamparo como característica inerente do ser humano tem sido negado socialmente e assim certas patologias surgem como a única forma de lidar e expressar este sofrimento.

FREUD (1930) no ensaio Mal-estar da civilização já nos falava das dificuldades que são inerentes a nossa condição de seres humanos, indica que nosso sofrimento provém de três fontes : o poder superior da natureza, a fragilidade do nossos próprios corpos e a inadequação das regras que ajustam os relacionamentos humanos. Aponta ainda para o fato de que a própria civilização, ainda que necessária para nossa organização, é causadora de sofrimento.

Pensemos nesta ideia no contexto atual, em relação ao domínio da natureza o homem tem alcançado tecnologias extremamente eficazes e avançadas para realizar tal tarefa, mas com certeza não dominou e dificilmente a dominará totalmente um dia. Quanto a fragilidade de nossos corpos podemos pensar que também houveram grandes avanços da medicina, mas também surgiram novos desafios, a aids por exemplo, e continuamos sendo frágeis. Por fim no que diz respeito aos relacionamentos humanos não poderei discutir assunto tão complexo, mas lanço uma pequena ideia de que com tantos avanços e tanto crescimento da civilização com certeza estes estão ainda mais complexos que na época de Freud.

Pretendo com esta exposição dizer que acredito que o homem justamente por suas inúmeras e rápidas conquistas tecnológicas, por um lado evolui, mas penso que o outro lado da moeda aponta um despreparo para lidar psicologicamente com tais conquistas. Talvez em função desta

rapidez em que as coisas tem ocorrido não tenhamos tempo (psíquico) de elaborar e entender efetivamente o que nos cerca. Neste ponto articulo o que discutimos até aqui sobre nossa cultura com a questão da anorexia e da bulimia. São necessárias grandes doses de narcisismo, para recusar comer, como o faz a anoréxica. Isto reflete toda a sua fragilidade já que, para usar desta forma sua libido narcísica é porque não consegue realizar movimentos básicos de separação e diferenciação do outro. Esta não diferenciação é apontada por BIRMAN como reflexo deste modo de ser atual, a anorexia seria mais uma forma de expressão do mesmo, na medida em que busca um borramento das diferenças sexuais.

É a partir desta visão pensamos ser possível entender a anorexia e a bulimia como fenômenos patológicos do social, na medida em que o corpo é superinvestido e que há uma imagem ideal a ser alcançada custe o que custar.

São regimes, cremes, remédios, malhação, cirurgias de todas as formas imagináveis que são vendidas como solução milagrosa para nossos corpos com gorduras localizadas, estrias e rugas, enfim há uma indústria que movimenta milhões todo ano baseada na vaidade humana cada vez mais incrementada. É esta a sociedade que acaba por dar um sentido para anorexia e bulimia não como expressões de sofrimento do sujeito, mas quase como mais uma das formas de chegar-se ao tão almejado ideal de magreza.

Finalizando considero importante ressaltar que acredito que a cultura não determina o surgimento destas patologias, mas sim participa disto na medida em que ajuda a construir uma lógica dentro da qual ser anoréxico ou bulímico passam a ter algum sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIDAUD, Éric. Anorexia mental, ascese, mística. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1998.

BIRMAN, Joel. Mal-estar na Atualidade - A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2000.

CORDÁS, Táki A. Fome de cão. São Paulo, Maltese, 1993.

Dicionário de Teologia Bíblica v. 1, São Paulo, Loyola, 1973.

DSM IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

FREUD, Sigmund. Mal-estar na civilização (1930). Rio de Janeiro, Edição Eletrônica Imago, 1969.

NASIO, Juan D. Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

ORNELLAS, Liselotte H. A alimentação através dos tempos. Rio de Janeiro, Série cadernos Didáticos, FENAME, 1978.

URRIBARRI, R. organizador. Anorexia e Bulimia. São Paulo, Escuta, 1999.

Anorexia Nerviosa

Concepción y estrategias de intervención desde la perspectiva psicoanalítica

Marietta A. Perez Ossa - Karina E. Zapata Suarez

Memoria para optar al grado de Licenciada en Psicología
Universidad de Tarapaca (Arica - Chile)

AGRADECIMIENTOS

Mi especial reconocimiento al profesor Oscar Ochoa de la Maza por la atención brindada en mi formación como estudiante y, en forma especial, por la orientación en la discusión de esta memoria.

Mis sinceros agradecimientos al Dr. Roland Bargsted por facilitar sus contactos para el conocimiento de pacientes y acceso a información pertinente a esta memoria.

Y finalmente, agradezco a mis padres, por su constante apoyo, especialmente en el trayecto de mi formación profesional.

Marietta Pérez Ossa

Agradezco a mi madre Elodia Suárez por brindarme su apoyo en este camino a ser una mujer profesional, por su inmensa comprensión y apoyo en los tiempos difíciles.

Agradezco también a mi profesor Oscar Ochoa por guiarme en el camino de la Psicología, especialmente en el Psicoanálisis, con sus conocimientos y experiencia lo que me permite tener hoy una visión especial sobre mi trabajo como psicóloga.

Finalmente agradezco a todos aquellos que con su ayuda permiten hoy ser todo aquello que me he propuesto ser en la vida, a los profesores, amigos y especialmente a Mauricio.

Karina Zapata Suárez

INDICE

Prólogo

Introducción

Metodología

Marco Teórico

Capítulo 1: El concepto de síntoma

- El síntoma
- Características del síntoma
- Cara signo y significante del síntoma
- Síntoma y saber inconsciente
- Síntoma y goce
- Goce y placer

Capítulo 2: Principios del psicoanálisis

- Primer principio del psicoanálisis: El inconsciente como un saber estructurado
- Segundo principio del psicoanálisis: No hay relación sexual

Capítulo 3: Psicoanálisis y Anorexia

- Anorexia como síntoma
- Anorexia en la neurosis
- Anorexia en la psicosis
- El don: la no respuesta a la promesa de amor
- Comer Nada: Nada como deseo

Capítulo 4: La dinámica anoréxica

- Relación madre e hija
- Dinámica familiar
- Metamorfosis de la pubertad
- El perfil de la joven que padece el síntoma anoréxico

Capítulo 5: Estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa

- Tipos de tratamientos
- Tratamiento individual
- Tratamiento grupal
- Tratamiento familiar
- Criterios de alta
- Discusión
- Conclusiones y Sugerencias

Referencias Bibliográficas

Resumen

La investigación, está destinada a resolver la problemática actual respecto a la inexistencia de una metodología definida de tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno. Frente a esto, el objetivo general que se plantea es establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción, interpretación y tratamiento.

Los resultados principales de la investigación hacen referencia a la concepción de la anorexia nerviosa como un síntoma que se superpone a distintos mecanismos psicopatológicos. Así, se abre paso a la comprensión y explicación de la génesis de este síntoma. Finalmente y una vez comprendida la dinámica de la anorexia nerviosa, se expone una sistematización de la información existente con respecto al abordaje de este fenómeno, con el fin de orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, considerando ciertos aspectos y las fases que comprende cada uno de éstos, además de criterios claves para el alta del tratamiento.

Con la investigación se puede concluir que éste es un modelo innovador en nuestro país en la concepción de la anorexia nerviosa, que permite descartar una globalización respecto al seguimiento de ideales estéticos de moda como causa única de esta afección, respetando y enfocando su tratamiento a la individualidad de la persona. Este modelo de intervención psicoanalítico nos propone frente a un escenario catastrófico que se tiene de esta afección, un panorama más alentador que beneficia y garantiza una estabilidad holística en la joven y además un tratamiento de bajo costo monetario.

*Mientras el niño ciego bebía la leche,
Su madre exclamó:*

*"¡Pobre, nunca sabrá que es blanca!"
Al oírla, el pequeño se puso a llorar
y desde entonces la leche cesó de alimentarlo.
Mamá sin cesar, pero murió de hambre
(Piedad indiscreta, Alejandro Jodorowsky)*

Prólogo

La anorexia y la moda: El poder del mito

Las razones por las cuales un mito ocupa un lugar en la superestructura social: cómo ha surgido, qué función cumple, qué factores han confluído para construirlo son muchas y complejas. Por más y mejor fundado que esté el análisis de un mito, siempre deja una impresión de insuficiencia, un residuo irreductible al que es necesario atribuir una importancia decisiva en la creación del mito. Este residuo toma la forma, la mayoría de las veces, de una relación causal inapelable que una vez que ha sido adoptada no admite ninguna explicación: el mito no quiere ser explicado. Es posible esbozar las razones psicológicas o sociales a las que responde, pero imposible o inútil reducir la fuerza de su argumento y las explicaciones no contrarrestan la fuerza de su papel, tranquilizante o atemorizador.

La relación entre la anorexia y la moda de la ultra delgadez, es del orden del mito. No se puede pensar la moda sin la anorexia y la anorexia sin la moda. También ha establecido de un modo inapelable que se trata de un mal del fin de milenio. Inútil es recurrir a los casos – la gran mayoría – en que son múltiples las causas que convergen para que las adolescentes dejen de comer, sin que la culpa la tenga la moda. Igualmente inútil es recurrir a la historia que demuestra que la anorexia tiene más de ocho siglos en Occidente.

A diferencia de los animales nuestro comportamiento no está guiado por los instintos, que son pautas establecidas e innatas que rigen la conducta de una especie para preservarla. El mito parece cumplir en los humanos la misma función del instinto: si Ud. tiene una hija que influida por la moda está haciendo dieta, es una futura anoréxica y corre un serio riesgo de muerte. El mito se aplica a todas por igual, sin variaciones posibles, al igual que el programa instintivo en el mundo animal. En el mito de la anorexia este resto irreductible, que no admite argumentos contrarios es el riesgo de muerte. Todos los seres vivos, necesitan comer para poder vivir.

El mito de la anorexia contiene este "resto irreductible", que no admite réplica alguna. Parece ignorar o haber olvidado los múltiples recursos que los organismos humanos tienen para desafiar las leyes de la naturaleza. No sólo psicológicos, filosóficos, religiosos, ideológicos, también "físicos". Por eso, junto al valor de la vida continuamente exaltado, el mito de la anorexia propone una serie de medidas al modo de un cinturón de seguridad destinado a protegerla. Cumple la función de garantizar un poder, social, ideológico, económico, en manos de quienes las propagan. Por eso se impone de manera sobrecogedora e imperativa ofreciendo programas de tratamiento preestablecidos a los múltiples y variados conflictos psicológicos individuales, familiares, sociales, que afectan a la adolescencia, y combate la distinción entre una verdadera anorexia nerviosa de un deseo pasajero por hacer dietas estrictas. Como todo mito, el de la anorexia instigada por la moda no se apoya en una idea fuerte, fundamentada, sino en imágenes, a las que se recurre para fortalecerse e infundir temor. Las imágenes de adolescentes esqueléticas, - no importa si gozan de buena salud - son utilizadas para sembrar terror en sus familias, en sus amigos, en la sociedad toda. Ya casi no existen adolescentes que hagan una dieta, sin que el mito de la anorexia aceche como un lúgubre convidado de piedra a la mesa familiar. Y sin que se las amenace con un castigo ejemplar.

¡Si no comes, - una de las clásicas formas del portarse mal en otras épocas -, vendrá el hombre del saco a llevarte!... Hoy en día, existen instituciones "del saco" consagradas para las jovencitas que portan el mal y cuyos padres no pueden o no saben ponerles límites. Nadie ignora, que allí se las pesa de espaldas a la balanza, se las acompaña al baño para que no vomiten, y que se cierran con candados las puertas de las heladeras para que "piensen en otra cosa" que no sea la comida.

Durante el transcurso de la presente investigación, se irán esclareciendo algunos mitos anclados a la anorexia nerviosa que nos invitan a reflexionar sobre el panorama que se tiene actualmente de esta afección.

Como dice Silvia Fendrik en su artículo "*la dirección de la cura en la anorexia nerviosa*" en 1998, para el psicoanálisis la anorexia no constituye una patología en sí misma, sino que es un síntoma, que nos revela un conflicto psíquico y que nos muestra una cara visible, que corresponde a la no ingesta de alimento, lo que conlleva a un adelgazamiento extremo. Y por otra parte tenemos una cara que esta mas oculta y que refiere a la significación particular que hace la joven respecto a su relación con la comida.

Se ha dicho, que es un fenómeno que apareció en las últimas décadas del siglo XX. Sin embargo, existen testimonios fehacientes de su existencia desde el siglo XIII de nuestra era. Incluso se tiene información desde la época de Platón, en donde se considera este síntoma como patrimonio de las mujeres, cuyo origen radica en el útero que en la pubertad despierta y, hambriento se desplazaba por el cuerpo obstruyendo la respiración dificultando el pasaje de los alimentos, tomando posesión de todo el cuerpo y sus órganos.

Frente al tema que la delgadez ideal es un invento moderno, podemos decir que como ideal existió en diversas culturas, y en diversas épocas. Existieron en la Edad Media, como lo muestra la pintura medieval, en el siglo XIX, como lo muestra la literatura romántica (Jóvenes lánguidas, etéreas, "sílfiles") y a comienzos del XX, como lo muestran las revistas de moda de los "años locos".

Sobre la base de lo anterior, se ha dicho que la causa de la anorexia nerviosa, son los ideales estéticos de extrema delgadez. Por sobre todo debemos recalcar y no perder de vista que sus causas son múltiples y deben buscarse en la psiquis individual. Volviendo al tema de los ideales estéticos, las jóvenes que se presentan a la consulta, carecen de habilidades estéticas, se presentan con sus caras deslavadas, ropas holgadas que ocultan sus caracteres sexuales secundarios, los cuales son promovidos por estos ideales de la moda.

La alarma que se promueve a través de los medios de comunicación es que la obsesión por las dietas conduce inexorablemente a la enfermedad. Luego, existe una alarma constante frente a todo tipo de dieta, etiquetando inmediatamente de anoréxica a cualquier joven que desee llevar una dieta pasajera.

El enorme porcentaje de riesgo de muerte, es una amenaza basada en la distorsión de las estadísticas. En nuestro país se copian registros de otros países, los que más convienen al marketing de la anorexia, sin tener en cuenta el contexto y el momento en que se realizaron. No se consultan las fuentes más confiables – hechas en los campus de las universidades americanas - porque éstas suelen cuestionar o relativizar sus resultados: reconocen que los diagnósticos abarcan personas que no están enfermas, y que han sido influidas por la moda que confunde la anorexia con la hiperdelgadez, o una "huelga de hambre" adolescente con una enfermedad grave o mortal.

Un miedo que se infunde es que la falta de menstruación por más de tres ciclos seguidos, conduce a la esterilidad. Sin embargo, es de saber que cuando se normaliza el ciclo menstrual se recuperan todas las funciones. Una paciente con anorexia es infértil mientras no menstrúa, porque no está ovulando. Pero esto no se puede extrapolar al futuro. Cuando recupere su peso y lo mantenga, y se regularice su nivel hormonal, entonces va a menstruar normalmente y va a poder quedar embarazada.

La mayoría de las propuestas de tratamiento médico, indican que las pacientes deben ser alimentadas contra su voluntad. La puesta en marcha de este tipo de tratamiento autoritario, menosprecia el riesgo psíquico de este forzamiento ya que con esta actitud estamos poniendo en riesgo la vida de la constituyéndose en una violación de su persona. Consideramos que debemos preocuparnos más en que nos quiere decir con su rechazo al alimento, en vez de obligarla a comer.

Recordemos pues, que el comer no es solo una necesidad orgánica y mecánica. La alimentación además tiene un valor simbólico: psíquico, familiar, social y cultural. Comer es mucho más que alimentarse. Nuestro cuerpo no es una máquina que insume calorías como si fueran kilowatts. Para el ser humano es también una forma de relacionarse: consigo mismo, con quienes lo rodean, y con el mundo en que vive. También es una importante fuente de placer.

Si comer es mucho más que una necesidad orgánica y mecánica, esto nos hace pensar que dejar de comer es mucho más que un rechazo a dicha necesidad, que una adaptación a una moda, que un signo de inmadurez o de insensatez. Es en el abordaje del conflicto - entre deseos y prohibiciones, entre el placer y el deber - que subyace a los síntomas, en donde está la respuesta al malestar con la comida y no sólo en los signos exteriores que clasifican con una misma etiqueta a problemas psíquicos y/o existenciales de origen muy diverso.

Los signos exteriores permiten etiquetar rápidamente los trastornos alimenticios. No hay una joven con anorexia igual a otra. Son procesos psíquicos individuales y debe respetarse la subjetividad de la paciente. La fábrica de anoréxicas seriadas parece ignorar que todo aquel que posee un rótulo en nuestra cultura está expuesto a ser discriminado y atacado. Es suficiente con tener en nuestra sociedad gente etiquetada como: drogadictos, homosexuales, negros, mujeres, judíos, obesos, etc. como para agregar uno más a esta lista llena de prejuicios.

Introducción

El tema de la anorexia nerviosa, emerge en el presente año como un tema relevante para la sociedad chilena y éste se encuentra actualmente indicado en diferentes medios de comunicación, con recurrentes noticias y artículos referidos a nuestro país.

Según investigaciones del Centro Neuropsiquiátrico de Santiago, el número de personas que padecen anorexia nerviosa ha aumentado, ascendiendo a 70.000 mujeres en Chile (según lo citado en Muñoz, 2001). La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal (Urrejola, 2001). El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia en Europa, EEUU y Canadá se ha podido observar en los últimos treinta años a merced de estudios de seguimiento. Antes de los años sesenta, se consideraba que la incidencia de anorexia nerviosa era del 0.24 al 0.45 por 100.000 habitantes al año, después de los sesenta esta cifra ha aumentado hasta el 1.6 por 100.000 (Santos & Cols., 2001).

La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años. En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1 (Urrejola, 2001).

En cuanto al pronóstico, se aprecia que la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se recuperan completamente, un 30 % lo hacen en forma parcial, y un 20 % no muestran ninguna mejoría en sus síntomas. La mortalidad precoz alcanza a un 5 % y se debe principalmente a complicaciones cardíacas y suicidio (Urrejola, 2001).

El tema ha revestido tal gravedad que se ha expuesto que el Ministerio de Salud debiera incluir estas patologías dentro de sus planes de atención mental y psiquiátrica, creando programas específicos que consideren el trabajo de equipos multidisciplinarios de médicos, psiquiatras y nutricionistas. En el mismo sentido, se ha precisado que las isapres debieran incluir estas enfermedades dentro de aquellas consideradas catastróficas (según lo citado en Pereira, 2000).

Sobre la base de esta situación alarmante de la anorexia nerviosa, surge un interés de investigación acerca del tema desde el punto de vista psicológico, específicamente desde el

psicoanálisis, donde se puede visualizar una concepción distinta de la anorexia, que muestra un panorama más alentador respecto a su abordaje, y además derriba algunos mitos que se tienen en cuanto al tema.

Es así como se encuentra que desde la perspectiva psicoanalítica, la anorexia no es una patología en sí misma, sino una constelación de síntomas y signos que se superponen a distintos mecanismos psicopatológicos (Gorali, 2000). Se instala en diferentes tipos de patologías mentales, acompañado de estructuras psicóticas y neuróticas. Es un fenómeno, que padecen principalmente sujetos de género femenino, ocurre en niñas adolescentes y púberes y ocasionalmente en varones (Baravalle, 1998).

Así mismo, desde la perspectiva psicoanalítica, la causa de este fenómeno es intrínseco a la persona que lo padece, ya que es ella quien hace una significación personal frente a lo que es la comida y sus relaciones frente a ella (Benjamín, & Fendrik, & Sauval, 2001). Es decir, la joven anoréxica tiende a hacer una dieta estricta, no exclusivamente por querer ser delgada, sino porque no quiere que se manifiesten sus caracteres sexuales secundarios, que actualizan fantasías incestuosas (Soria, 2000). Otros enfoques, como el sistémico, explican el síntoma de la anorexia, como una falsa rebelión y mayor independencia al sistema familiar (Fosch, 1994), esta postura es compartida por la teoría psicoanalítica, subrayando en la necesidad de enfrentarse con el mito familiar, entendido éste como, una armonía ideal de unidad y bienestar familiar (Baravalle, 1998). Es importante recalcar el funcionamiento familiar de las jóvenes anoréxicas; son familias aglutinadas, que mantienen dicho mito, existiendo una lealtad al grupo y negación de los conflictos, cerrando así, espacios para la queja y el intercambio afectivo, requisito o tierra fértil para generar somatizaciones (Losinno, 2000).

El tratamiento psicológico, destinado para estas jóvenes, se vincula a que la paciente realice un insight y surjan desde ella críticas a la relación familiar, rompiendo así el mito familiar. La paciente anoréxica se cura cuando toma conciencia de los conflictos, que remiten a la actualización de las fantasías incestuosas y que impedían su acceso a la adolescencia. (Benjamín, & Fendrik, & Sauval, 2001).

La intervención psicoanalítica para esta afección, se refleja implícitamente en el relato de numerosos casos clínicos, que se puede encontrar en la bibliografía existente. Sin embargo, y éste es el problema que se desea abordar, no existe una metodología definida de tratamiento que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno.

En el marco de la definición del problema, la propuesta de investigación a realizar, se basa en una revisión bibliográfica referente a; la definición, descripción, interpretación y tratamiento de la anorexia nerviosa, a través de diferentes textos comprendidos desde el psicoanálisis, con el fin, de realizar una sistematización de la información existente que pueda orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, para la anorexia nerviosa. Así mismo, considerar criterios de alta desde esta perspectiva.

Por lo tanto, el objetivo general que se plantea es: establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. Siendo los objetivos específicos: describir fundamentos de la teoría psicoanalítica, caracterizar y describir la anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica y determinar estrategias psicológicas terapéuticas desde la perspectiva psicoanalítica para la anorexia nerviosa.

La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción, interpretación y tratamiento. La línea psicoanalítica a la que se remite la investigación a realizar, se basa en el pensamiento de Freud y de su continuidad con la escuela francesa de psicoanálisis, cuyo representante principal es Jacques Lacan. Los criterios para elegir este autor, se fundamentan en que éste realiza una lectura ortodoxa de Freud, por lo que es considerado un psicoanalista ortodoxo, aspecto fundamental para esta investigación, que permite remitirse respecto al tema de la anorexia nerviosa desde un psicoanálisis puro. A sí mismo, los autores escogidos como

fuentes de información, corresponden a autores que se adscriben al pensamiento de Jacques Lacan.

Para llevar a cabo el objetivo general planteado, se sistematizó la información de modo tal que en el primer capítulo se define y describe el concepto de síntoma desde el psicoanálisis, el cual para esta investigación constituye un concepto importante que permitirá entender la concepción de anorexia nerviosa, además, este concepto es el eje central para el abordaje de esta afección desde el psicoanálisis.

Siguiendo en la definición de aspectos que faciliten la comprensión de la investigación, el capítulo dos, se remite a la explicación de los principios del psicoanálisis que son fundamentales en su relación con el concepto de síntoma.

Ya en el tercer capítulo se comienza, entonces, con la definición de la anorexia como un síntoma, ya que es así como se concibe esta afección desde el psicoanálisis. Y en el marco de esta definición, se sigue un orden en su descripción como síntoma, apoyándose en lo descrito en los capítulos anteriores. Además, se describe la posición de este síntoma en estructuras tales como la neurosis y la psicosis, para finalizar con la comprensión y explicación de la génesis de este síntoma.

En el cuarto capítulo, se abordará la dinámica anoréxica, haciendo una descripción fenomenológica de las características propias de la familia y su relación con la joven que padece el síntoma, así como también se presentará el perfil de la joven, el que servirá de orientación para el abordaje de esta afección.

Finalmente, en el quinto capítulo se presenta la sistematización de las estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, realizando una descripción de tratamiento a nivel individual, grupal y familiar. También se presentará los criterios claves para el alta del tratamiento desde esta perspectiva psicológica.

Metodología

Planteamiento del problema

La anorexia nerviosa emerge en el presente año como un tema relevante para la sociedad chilena y este se encuentra actualmente indicado en diferentes medios de comunicación, con recurrentes noticias y artículos referidos a nuestro país.

Una forma de tratamiento de esta afección, consiste en la intervención psicológica desde la clínica psicoanalítica. Esta intervención se refleja implícitamente en el relato de numerosos casos clínicos, que se pueden encontrar en la bibliografía existente. Sin embargo, y éste es el problema que se desea abordar, no existe una metodología definida de tratamiento que describa explícitamente la estrategia de intervención que englobe el abordaje del fenómeno.

En el marco de la definición del problema, la propuesta de investigación a realizar consiste en una revisión bibliográfica referente a; la definición, descripción, interpretación y tratamiento de la anorexia nerviosa, a través de diferentes textos comprendidos desde el psicoanálisis, con el fin, de realizar una sistematización de la información existente que pueda orientar estrategias de tratamiento individual, grupal y familiar, para la anorexia nerviosa. Así mismo, considerar criterios de alta desde esta perspectiva.

Objetivos

General

Establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica.

Específicos

- Describir fundamentos de la teoría psicoanalítica.
- Caracterizar y describir la anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica
- Determinar estrategias psicológicas terapéuticas desde la perspectiva psicoanalítica para la anorexia nerviosa.

Procedimientos

La metodología a emplear, será la revisión bibliográfica, acerca de la concepción de anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica, abarcando su definición, descripción e interpretación por medio de la revisión y profundización de los conceptos, principios y praxis psicoanalítica con el fin de obtener las claves para la sistematización y abordaje de su tratamiento.

Para efectos de justificar los criterios metodológicos que se utilizaron en la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica, es que se refiere al fundamento psicoanalítico: "la praxis precede a la teoría" con esto se hace referencia a que existen fenómenos que son observables en la clínica y que son innegables. A estos fenómenos se les caracteriza, y es a partir de esto que se instaura u origina la teoría. Es por esto, que es fundamental para el psicoanálisis, cuando se refiere al fundamento ya mencionado, recalcar la inseparabilidad de la teoría y la práctica clínica, ya que una no es sin la otra.

Específicamente existe un marco teórico, producto de la praxis, que se constituye como columna vertebral del psicoanálisis, el cual se mantiene desde sus comienzos con Freud hasta el día de hoy. De esta columna vertebral se desprenden dos escuelas, la inglesa y la norteamericana, éstas se fundan y mantienen los conceptos provenientes de la columna psicoanalítica ortodoxa; sin embargo adquieren su identidad de escuela debido a que centran su atención en conceptos específicos del psicoanálisis. Existe también la escuela francesa de psicoanálisis que siguió desarrollando los conceptos de Freud, y que se mantiene en la línea desarrollada por éste, por lo que es considerada una escuela ortodoxa del psicoanálisis. Frente a esto y para efectos de nuestra investigación se opta por la escuela Francesa de psicoanálisis, la cual se mantiene dentro de esta columna vertebral desarrollada por Freud, manteniendo la posición ortodoxa del psicoanálisis. El criterio considerado para optar por una postura ortodoxa se fundamenta en el hecho que es una posición que asegura un lenguaje común dentro del psicoanálisis, lenguaje que viene de esta columna vertebral teórica y que es compartido por las otras escuelas, asegurando así una mejor comprensión teórica y práctica dentro del psicoanálisis.

Por lo tanto la línea psicoanalítica a la que se remite la investigación a realizar, se basa en el pensamiento de Freud y de su continuidad con la escuela francesa de psicoanálisis, cuyo representante principal es Jacques Lacan. La elección de este autor, se fundamenta en que éste realiza una lectura ortodoxa de Freud, por lo que es considerado un psicoanalista ortodoxo, aspecto fundamental para esta investigación, que permite remitirse respecto al tema de la anorexia nerviosa desde un psicoanálisis puro. A sí mismo, los autores escogidos como fuente de información, corresponden a autores que se adjuntan al pensamiento de Jacques Lacan.

La selección y organización de la información se realizó sobre la base de las siguientes etapas: en primera instancia, se reunió el material existente respecto a anorexia nerviosa dentro del psicoanálisis, luego de la lectura realizada se diferencian los planteamientos de las distintas escuelas psicoanalíticas, para luego clasificar la información relacionada con el psicoanálisis lacaniano, tanto en el tema de la anorexia como en los temas del síntoma y los principios fundamentales del psicoanálisis. Posteriormente se procedió a la búsqueda de autores lacanianos que hayan desarrollado el tema de la anorexia nerviosa para continuar con la lectura de la información. Para esto la búsqueda de los autores se basó en las citas más recurrentes que aparecían en las distintas publicaciones, llegando así a consultar autores como Schütze, Fendrik y Lacan, que se constituyen fuente y base de información de la anorexia nerviosa. Finalmente se sintetizó la información que se encontró entre los autores,

correspondientes a la génesis, concepción y abordaje de la anorexia nerviosa, determinando las fases, criterios y principios correspondientes a cada tipo de tratamiento (individual, grupal y familiar), logrando con esto establecer el método en forma explícita de las estrategias de tratamiento.

Cabe mencionar que otro criterio de importancia en la metodología corresponde a que la sistematización de las estrategias de abordaje para el tratamiento de la anorexia nerviosa, tema central del capítulo cinco, se realizó sobre la base del pensamiento y experiencia de los autores citados en los capítulos anteriores, dándole continuidad y coherencia a los resultados obtenidos.

Marco Teórico

Capítulo 1 "El concepto de síntoma"

Para comprender el tema de la anorexia desde la perspectiva psicoanalítica, es necesario guiarse por un concepto: el síntoma, porque a través del concepto de síntoma se van a abrir dos avenidas, dos constelaciones que llevan a establecer los dos principios fundamentales para el psicoanálisis. Uno es el síntoma relacionado con el concepto de saber inconsciente, otro es el síntoma relacionado con el concepto de goce. Considérese un triángulo, una tríada, síntoma, saber y goce (Nasio, 1994).

1 El síntoma

Un síntoma psíquico, o sufrimiento mental, refiere una absoluta implicación del individuo, y estos síntomas o sufrimiento cumplen una función de ocultación y muchas veces de evitación de un sufrimiento mayor. El dolor del síntoma, por ejemplo, cumple la función de evitar el reconocimiento de un deseo inaceptable. "De acuerdo con su etimología, síntoma en griego, remite a «coincidencia»: lo que ocurre simultáneamente, pero también lo que cae simultáneamente" (Plon & Roudinesco, 1998). Siguiendo con su etimología, lo que ocurre simultáneamente es un conflicto que el sujeto no puede dominar por su voluntad consciente, este conflicto provoca un determinado sufrimiento para el sujeto, implica un significado que él no comprende. Este síntoma es el resultado de una transacción en respuesta e intento de solución de un conflicto intrapsíquico, entre un deseo¹ y la fuerza opuesta a ese deseo. Por lo tanto, la lectura de un síntoma es una escucha de la significación que tiene, de aquel conflicto que se quiere comunicar, que remite a algo que el sujeto ha querido negar y que al encontrar su significación, éste desaparecerá. Un síntoma no tiene sentido; cuando adquiere sentido, el síntoma deja de tener sentido (Abadi, 1999).

Freud asimila la formación de síntoma al retorno de lo reprimido (Plon & Roudinesco, 1998). El síntoma funciona como recuerdo encubridor de escenas infantiles, escenas que el niño olvidó y que se olvidó que las había olvidado (Abadi, 1999).

Lacan, destaca que el síntoma no es el signo de un disfuncionamiento orgánico, como lo es normalmente para el médico y su saber médico: «viene de lo Real, es lo Real» (Lacan, 1994). Frente a este discurso, propone y explica que el síntoma es el efecto de lo simbólico en lo real. (Plon & Roudinesco, 1998).

En 1975 agrega que el síntoma es lo que la gente tiene de más real. Y si es, «la naturaleza propia de la realidad humana», la cura no puede en ningún caso consistir en erradicar al síntoma en tanto efecto de estructura del sujeto (Plon & Roudinesco, 1998).

1.1.1 Características del síntoma

Según Nasio (1994) un síntoma tiene cuatro características:

Cómo el paciente dice lo que le pasa, cómo dice lo que sufre.

En ese como lo dice, el punto en que el individuo balbucea, en que no sabe decir bien lo que le está pasando, es donde también encontramos al síntoma.

Un síntoma en análisis necesita siempre la teoría que uno se hace de su síntoma; no hay síntoma en análisis sin que el paciente se diga porqué sufre. De la misma manera que Freud decía que los niños tienen una teoría sexual infantil, todo paciente tiene una teoría de bolsillo acerca de porqué sufre. Un síntoma en análisis es un síntoma acompañado de una interpretación del propio paciente, de porqué sufre, y esto es fundamental. Cuanta más teoría se hace la persona de porqué sufre, tanto más aquel a quien le propone esta teoría, va a convertirse en el Otro del síntoma.

El síntoma conlleva la presencia del analista, un síntoma en psicoanálisis no sólo necesita una teoría que lo explique, propia del paciente, sino además la presencia del analista. Pueden invertirse los términos y decir: la característica fundamental del síntoma en análisis es que el analista forma parte de él. Esto es algo específico de la relación analítica, es lo que abre las puertas a lo que se llama la transferencia. "Si usted se preguntara qué es la transferencia analítica, una de las respuestas inmediatas que podría dar es: la transferencia analítica es aquel momento en que el analista forma parte del síntoma del paciente" (Nasio, 1994, p. 15). Y eso es lo que Lacan llama el Sujeto-Supuesto-Saber. Esto significa que el analista ocupa el lugar primero, de ser destinatario del síntoma e inclusive, de ser hasta la causa del síntoma. (Nasio, 1994).

1.1.2 Cara signo y significante del síntoma

Siguiendo con la descripción del síntoma, esta manera de pensarlo como aquello que el propio sujeto que sufre interpreta, define al síntoma como un signo. También el síntoma es una construcción significativa, que tiene una dimensión simbólica y opera por sustitución. Es aquí donde se visualiza las dos caras del síntoma: una cara signo y una cara significante.

La cara signo es esto: el sujeto sufre, algo le pasa, algo nuevo ocurre, lo interpreta y coloca al analista en el lugar del Otro de síntoma. Esa es la definición de un signo: es la definición que Lacan da a un signo, él dice, que es aquello que representa algo para alguien. Tal síntoma, representa algo para aquel que sufre (Nasio, 1994). Esa es la cara signo del síntoma, es la cara interpretada por el propio sujeto, aquello que se «hace ver». Es lo que se expone mudo a la mirada del otro (Baravalle, 1998)

Después está la cara significante del síntoma. La cara significante significa esto: si ocurre una vez va a ocurrir una segunda vez; lo que acaba de ocurrir anuncia una segunda ocurrencia significativa. La cara significante del síntoma es, primero, el de ser un acontecimiento y, segundo, aparece como algo que anuncia su repetición. Lacan lo escribe con la letra

S_1

El 1 quiere decir que es un acontecimiento único, un síntoma, por ejemplo, es un acontecimiento que siempre es del orden de lo uno, y S quiere decir significante. "Cuando digo que el síntoma tiene una cara significante quiere decir, primero, que es Uno; segundo, que se repite, es decir, que va a haber un 1, otro 1, otro 1, etc.; y tercero, que un síntoma es significativo, porque el sujeto lo dice sin saber lo que dice; y es a partir de esto, de que uno sufre un síntoma, de donde se desprende que un síntoma es algo que uno dice sin saber lo que dice; o sea, yo puedo sufrir un síntoma, me puede ocurrir un acontecimiento, interpretarlo, pensarlo, darle un significado y, sin embargo, toda la interpretación que haga no va a impedir que dentro de tres días, dentro de un año, se vuelva a repetir tal cual; y que uno se diga: ¿Cómo puede ser, qué hay en mí para que el síntoma se repita implacablemente?" (Nasio, 1994, p.?)

Decir que el síntoma es un significante, quiere decir, que se dice en un momento justo, en un momento preciso como para que el síntoma lo cuestione; no es algo que surge y no cuestiona; es algo que surge, sorprende y asusta, o bien, hace reír.

1.1.3 Síntoma y saber inconsciente

Para el psicoanálisis, aquello que sabía que esa palabra tenía que aparecer en ese momento, es el saber inconsciente. El inconsciente es el saber, un saber que el sujeto ignora. El inconsciente no sólo es un saber qué hace que el sujeto diga la palabra justo en ese momento, sino que él sepa que la está diciendo, sino que el inconsciente es un saber porque hace que esa misma palabra se repita más tarde en boca de otra persona y en otro lugar. El inconsciente no sólo es un saber porque ubica esa palabra en ese momento, sino que el inconsciente es lo propio de la repetición; el inconsciente es el saber de la repetición. Decir que el inconsciente es el saber de la repetición, significa que el psicoanálisis supone que la repetición de un significante, por ejemplo la repetición de un síntoma, es algo que está perfectamente estructurado; que tal elemento sabrá relacionarse adecuadamente con tal otro elemento en la repetición, en esta suerte de cadena virtual que lo produce - el psicoanálisis lo traduce como cadena reprimida - la cual incluye todos los síntomas que como significantes han pasado, y todos los síntomas que van a venir. Estos dichos o significantes pueden estar puestos en boca de cualquiera, en la medida en que cualquiera esté en una relación de transferencia.

1.1.4 Síntoma y goce

Otro punto importante es el concepto de goce; para entender que es, se hace necesario remitir de nuevo al síntoma. Decía Freud: "un síntoma es dolor, es pena, es sufrimiento; pero también es una satisfacción, porque el síntoma nos evita un dolor más grande. Uno sufre con poco para no sufrir de algo mayor, de un dolor mayor" (Nasio, 1994).

El goce es una moneda que tiene dos caras: la cara del dolor y la cara de la satisfacción; el goce es tanto satisfacción como dolor. La palabra goce hace pensar en goce sexual, punto de referencia fundamental para la teoría analítica. Pero no es eso, el concepto de goce va más allá de la idea de goce sexual (Nasio, 1994). El goce es esa mezcla de dolor y satisfacción y por lo tanto el síntoma conlleva un goce parcial sustitutivo, goce sustitutivo de otro goce mayor que el sujeto evita con el síntoma. Por lo tanto un síntoma es un goce parcial para evitar otro goce mayor.

1.1.4.1 Goce y placer

Existe una barrera para el goce, y este es el placer. Para Freud, el placer es la disminución de la tensión. Es atemperar la tensión, y justamente, aquello que atempera la tensión es lo que pone una barrera al goce. "Si tuviera que ser esquemático, diría: el placer es bajar la tensión; el goce es la máxima tensión" (Nasio, 1994). El goce es el punto máximo en que el cuerpo es puesto a prueba. Quizás el ejemplo más sensible en que el cuerpo es puesto a prueba es el dolor; el dolor es un ejemplo de lo que es un goce, un cierto tipo de goce que se opone al placer. La relación entre el placer y el goce es que el placer es una barrera de goce.

Lacan, traza una distinción esencial entre placer y goce; el goce reside en el intento permanente de exceder los límites del principio de placer. Este movimiento, ligado a la búsqueda de la cosa perdida, que falta en el lugar del Otro, es causa de sufrimiento, pero el sufrimiento no erradica nunca por completo la búsqueda del goce. El goce se opone entonces al placer, que disminuiría las tensiones del aparato psíquico al nivel mínimo (Plon & Roudinesco, 1998).

De ahí los síntomas como compromiso entre el goce imposible y la satisfacción exigida. De ahí las formaciones del inconsciente como modo sustitutivo de realización del deseo. Y de ahí también, el juego de la lengua en tanto que posibilidad de reencontrar las fuentes del placer interdicho, de remontar la represión y de acceder al libre empleo de las palabras y los pensamientos. Queda por decir, que el placer no carece de límites, y que el goce que los

excede es rechazado, en tanto, que es extraño al sujeto. Lacan insiste también, en el modo en que la regulación del placer refrena el goce corporal; no obstante, la falta de este último deja lugar a lo que causa el deseo en el inconsciente (Plon & Roudinesco, 1998).

Capítulo 2 **"Principios del psicoanálisis"**

Primer principio del psicoanálisis: El inconsciente como un saber estructurado

Lacan rescata que el inconsciente, está estructurado como un lenguaje. Con esto, lo que él estaba pensando era que la relación de esos dichos virtuales, de esa cadena virtual de dichos, podía ser pensada en los términos de la lingüística, y más que de la lingüística, de la retórica, particularmente en términos de metonimia 2 y de metáfora 3 (Nasio, 1994).

La metáfora y la metonimia, son definidas clásicamente como «figuras de retórica» que modifican el sentido de las palabras: ellas «animan», «adornan el discurso», como si por otra parte existiera la palabra justa.

A la idea que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, le sigue otra fórmula: "El lenguaje es la condición del inconsciente". La idea lacaniana de una primacía del lenguaje - y por lo tanto del significante - se basa en el dato primero que no se trata de que el individuo aprenda a hablar, sino que el lenguaje lo instituye (o construye) como sujeto. Dicho esto y puesto que está tomado en un universo significante, el niño comienza a hablar mucho antes de saber conscientemente lo que dice su palabra: "El lenguaje - escribe Joel Dor - aparece entonces como la actividad subjetiva por la cual se dice algo totalmente distinto de lo que uno cree decir en lo que dice" (Plon & Roudinesco, 1998).

Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje, no puede sino desbordar ampliamente la entidad individuo. El inconsciente no puede ser individual - ni colectivo por otra parte - se encuentra entre dos, las partes común que une a los dos protagonistas analíticos (Nasio, 2001). Luego, la interpretación del analista es la repetición en boca del analista de un síntoma (significante) dicho por el paciente.

El inconsciente ata, el inconsciente liga, el inconsciente abraza a la gente; y ésta es la idea fundamental lacaniana. El inconsciente en Lacan es un inconsciente que liga; para Lacan el lenguaje es algo que liga, que ata. El inconsciente es algo que se juega en el orden del dos; el inconsciente es algo que pasa por encima de las cabezas de esos dos partenaires analíticos: el analista y el analizando, y que puede manifestarse en boca del uno o en boca del otro. Esto es el inconsciente como saber (Nasio, 1994)

El sujeto habla sin saber lo que dice. Más allá de la trivialidad del «molino de palabras», Lacan sostiene, que un discurso dice más que lo que el sujeto cree. Sin saberlo, a veces deja escapar una «palabra plena», verdadero corte significante, efecto de sentido, o incluso reducción a través de la cual, el sujeto se conjuga con su deseo inconsciente (Plon & Roudinesco, 1998).

Desde este punto de vista, la interpretación sería el retorno en el analista de lo reprimido del analizante, dicho de otra manera, el analista expresa lo que el paciente reprime (Nasio, 2001).

Así se llega al primer principio: el inconsciente como un saber estructurado.

Segundo principio del psicoanálisis: No hay relación sexual

El psicoanálisis plantea que el ser hablante no quiere gozar, no puede gozar. El ser hablante es alguien que rechaza el goce; y que lo rechaza como instancia mayor, es decir, como el goce-Otro 4. Esto es muy importante. "Es una diferencia ética fundamental porque finalmente, si ustedes me preguntan qué es un neurótico, yo diría: un neurótico es aquel que hace todo para no gozar; todo lo necesario para no gozar, y por supuesto, una manera de no gozar es gozar

con poco" (Nasio, 1994). Para darse cuenta que la satisfacción absoluta no llega jamás, lo mejor que se puede hacer es seguir deseando y contentándose con sustituciones, cosas parciales, con pantallas que satisfagan parcialmente el deseo. Hay dos cosas con las cuales el neurótico goza para no gozar de algo más allá: una es el síntoma y otra la fantasía. La fantasía y el síntoma son los dos medios a disposición del ser hablante, en particular, el neurótico, para evitar, para recusar, para refrenar el goce.

Este goce mayor o goce Otro, "este lugar que uno evita, que nosotros los seres hablantes evitamos, este lugar al que no podemos y no queremos entrar, es el lugar del sexo como innombrable; no es el lugar de lo genital; es el lugar, el punto en el que el psicoanálisis no puede decir: "Esto es un hombre, esto es una mujer"; el sexo, para el psicoanálisis, es un lugar que carece de nombre" (Nasio, 1994). No es que no se reconozca la diferencia entre un hombre y una mujer, anatómica o socialmente. El psicoanálisis dice: desde el punto de vista del goce, no se puede saber si éste es un hombre que goza o ésta es una mujer que goza. El goce no tiene sexo definido. Decir que el goce no tiene sexo definido, se puede expresar a través de una fórmula más rigurosa: el goce no tiene ningún significante que lo signifique, es decir, que no hay nombre, no hay significante para "éste es el goce del hombre" "éste es el goce de la mujer". De allí que Lacan haya propuesto una fórmula que en su época hizo escándalo y que corresponde al segundo principio: *no hay relación sexual*. Lo que quiere decir, es que no hay relación simbólica entre un significante del goce masculino y un significante del goce femenino, porque no hay significante, de los goces de uno y de otro; porque el goce es un lugar que no tiene significantes, es decir, que no existe marca que lo defina (Nasio, 1994).

Puesto que el goce sexual está marcado por la imposibilidad de establecer en lo enunciable el Uno de la relación sexual, puesto que no hay significante del goce sexual, se deduce que el goce es fálico, es decir, que no se relaciona con el Otro5 como tal. Es goce de lo que ocupa ese lugar, de lo que suple; es goce de la palabra, fuera del cuerpo. "No hay relación sexual porque el goce del Otro tomado como cuerpo es siempre inadecuado, perverso de un lado y yo diría loco, enigmático, del otro" (Lacan, 1994, p?). Su fórmula ritornelo «no hay relación sexual», desde 1969 funcionará como un verdadero recordatorio permanente de esta ausencia de significante sexual. "No hay relación sexual, relación, entiendo, que pueda ponerse en escritura" (Lacan, 1994, p.). Por el hecho de que habla, por el hecho de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, como lo demuestra Lacan, el goce no puede ser concebido como una satisfacción de una necesidad aportada por un objeto que la colmaría. Únicamente cabe allí el término goce y como goce prohibido, no en el sentido fácil de que estaría tachado por censores, sino porque está inter-dicto [entre-dicho], es decir, está hecho de la materia misma del lenguaje donde el deseo encuentra su impacto y sus reglas (Plon & Roudinesco, 1998). Lacan pretende demostrar que el goce se sostiene en la obediencia del sujeto a un mandato, sean cuales fueren su forma y su contenido, lo que lo lleva, al abandonar lo que hay allí de su deseo, a destruirse en la sumisión al Otro (gran otro). Decir que no hay significante sexual es una de las maneras de situar al Otro como lugar de la represión originaria. A consecuencia de esta repetición tendencial, el goce es en adelante distinto de la ley; gozar de la madre está prohibido (Plon & Roudinesco, 1998).

Capítulo 3 "Psicoanálisis y anorexia"

Anorexia como síntoma

Etimológicamente, la palabra "Anorexia", es de origen griego y quiere decir: sin hambre, sin apetito, sin deseo (Fendrik, 2001).

La anorexia ha llegado a considerarse como un cuadro más dentro de la psicopatología. Es decir, que se toma una parte por el todo, y así el síntoma se utiliza incluso para dar nombre al sujeto, que ya no es alguien que tiene problemas que se manifiestan también en su relación con los alimentos, sino que es "anoréxico" (Baravalle, 1998).

Para el psicoanálisis, la anorexia es un síntoma, que tiene como todo síntoma, una cara signo y otra significativa. La cara signo se remite a este rechazo del objeto alimentario y al adelgazamiento como consecuencia de éste. La cara significativa, se refiere al significado inconsciente que permite que emerja como signo.

Esta concepción de anorexia como síntoma, se basa a partir de dos supuestos fundamentales. En primer lugar y volviendo a la noción de síntoma mencionado el capítulo anterior, cumple la función de asegurar el no cumplimiento del goce Otro. Y en segundo lugar, como síntoma, se manifiesta en distintas estructuras de personalidad.

Silvia Fendrik (1998) dice: "Les propongo pensar la anorexia así, en plural, como un síntoma, es decir, una sustitución significativa en la que el sujeto está implicado; síntoma que se puede insertar en diferentes estructuras y que tendrá las diferencias y variedad que corresponde a la especificidad de cada caso."

En algunos casos tal vez ni siquiera pueda ser estatuto de síntoma, sino consistir en un intento de restitución que solo puede ser signo (en el caso de la psicosis por ejemplo). Incluso en las neurosis a veces se necesitara un cierto tiempo para que la anorexia pueda devenir síntoma como tal (Fosch, 1994).

Según Silvia Fendrik (1998), este breve panorama "diagnóstico", anorexia como cuadro, es sólo para advertirnos que lo que llamamos "nuevas patologías" no son sino un desconocimiento o un olvido sintomático por parte de muchos analistas, que tal vez desconfían de las herramientas clínicas y conceptuales del "viejo" psicoanálisis para conquistar nuevos "mercados".

Es así como se pierde de vista que este síntoma puede aparecer en diferentes estructuras: neurosis o psicosis. Por lo que se dice que, aunque se presente con cierta frecuencia a una determinada edad y curse con una serie de fenómenos conocidos, esto no basta para establecerlo como una estructura más (Baravalle, 1998).

Es necesario reconocer ante todo, que cuando se habla de anorexia, se oscila implícita o explícitamente entre neurosis y psicosis. Se reconoce la fantasía de embarazo, el temor al envenenamiento que subyace a algunos delirios, o más comúnmente las depresiones con síntomas de abulia y desinterés e inhibición generalizada, entre los cuales está la pérdida de apetito, asimilados fácilmente al rubro "trastornos de la alimentación" (Gorali, 2000).

Se dirá con J. Lacan que a los problemas - y la anorexia lo es sin duda -, no pretendemos cerrarlos, ni dejarlos abiertos. De lo que se trata es de situarlos y asir las referencias desde donde pueden ser tratados. Es el propósito de este trabajo. La anorexia lejos está de ser un trastorno de la alimentación. Para el psicoanálisis no hay un objeto alimento, no se trata ni de cosas ni de seres, no es un mundo de objetos en el sentido común del término, sí de objeto como obstáculo. Sin embargo, casi siempre existe la tendencia a deslizarse hacia una noción armónica del objeto (Gorali, 2000).

Se puede decir entonces que: la anorexia es una constelación de síntomas y signos que se superponen a distintos mecanismos psicopatológicos. Se instala en diferentes tipos de patologías mentales, acompañado de estructuras psicóticas y neuróticas (Fendrik, 1998).

De acuerdo a esto, se puede mencionar que según la estructura, es el significado que la persona que padece anorexia le da a la comida (Fendrik, 1998).

Anorexia en la neurosis

En la neurosis, el síntoma tiene como objetivo sostener la función paterna. Esta función se encuentra siempre debilitada en la neurosis y no actúa con la suficiente intensidad como para separar al sujeto del goce incestuoso inconsciente con la madre. Esto se ve claramente en la anorexia. El sujeto no come, porque en la relación con su madre – o con quien cumpla ese rol -

su deseo queda reducido a la necesidad, ya que se le atiborra de comida cada vez que efectúa una demanda de amor (Baravalle, 1998).

En una estructura neurótica, la ingesta de comida, será relacionada con la aparición de cambios corporales con redondeces y esto reactivará fantasías sexuales inconscientes de embarazo, por lo que se abandona la ingesta de alimentos. La reactivación de fantasías se hace presente en el ámbito de fantasías incestuosas en relación con el padre (Baravalle, 1998).

Meyer (en Schütze, 1983) dice que el ideal de la persona que padece el síntoma anoréxico no es la muerte, sino una existencia espiritual, una vida sin cuerpo y sin necesidad de nutrición. Con el ayuno se agota el desarrollo sexual somático, desaparición de senos y menstruación y con ello se sale al paso de las connotaciones sexuales que conlleva.

La desaparición o la detención de los caracteres sexuales secundarios sólo son posibles hasta cierto punto, ya que, por ejemplo, la formación de los senos, en contraste con el desmoronamiento físico general, se conserva incluso en estadios avanzados de esta afección. Como consecuencia, la percepción del propio cuerpo se modifica cada vez más, tanto a través de experiencias reales como de deformaciones condicionadas por la angustia. Aun cuando las pacientes, objetivamente, han experimentado un espectacular adelgazamiento en el vientre, nalgas, muslos, etc., subjetivamente todavía se encuentran demasiado gruesas (Schütze, 1983).

Sours, Blitzer y otros autores (1969/1961 en Schütze, 1983) señalan también, que junto a la significación de la ingesta alimenticia para el natural desarrollo de los caracteres sexuales somáticos, la vivencia de la concepción y del embarazo como algo semejante o equivalente a la ingesta alimenticia (vientre voluminoso). Así, el rechazo de la ingesta sería equiparable al rechazo de las relaciones sexuales íntimas, cuyo motivo también se comprendería a través de este planteamiento.

Este punto demuestra que la predominancia de este síntoma en el sexo femenino, está dado por la existencia de fantasías de gravidez y embarazo, que son propias de las mujeres. En el caso de los hombres, el síntoma anoréxico indica que existe este tipo de fantasías, encontrándose a la base de este síntoma un trastorno de identidad sexual. De ahí que la proporción que se encuentra en términos de sexo sea 1 hombre cada 10 mujeres (Centro Neuropsiquiátrico de Santiago de Chile, 2001).

Anorexia en la psicosis

En la psicosis la cuestión es diferente. La función paterna no está debilitada, sino ausente. En el momento en que se constituye el sujeto, cuando es necesaria la función paterna para separar al hijo de la madre, no hay ningún padre que cumpla esa función. Ningún padre cumple esa función aunque muchas veces haya un padre de carne y hueso presente. Lo importante no es la presencia del padre como realidad sino que pueda cumplir con esa función. Al no producirse esa operación que denominamos metáfora paterna, al no haber padre, el psicótico se fabrica uno. Frente al despedazamiento y estallido psicótico, el delirio cumple una función de estabilización. Cuando aparece el delirio se produce cierta calma en el sujeto, debido a que la metáfora delirante viene a sustituir la función paterna que falta (Baravalle, 1998).

En la estructura psicótica existe una connotación más paranoide, temor al envenenamiento o incorporación terrorífica por comida contaminada, puesto que toda comida sin afecto es vista como veneno (Baravalle, 1998).

Tanto en la neurosis como en la psicosis, la connotación y los distintos significados que se le asignan a la comida, llevan a la realización de una dieta estricta que la joven cumple fielmente (Baravalle, 1998). Esta es la cara signo del síntoma anoréxico, la no ingesta de alimento, signo común que está a la base de las diferentes estructuras en la que se instala el síntoma. Esto, junto con el hecho que el neurótico sostiene al padre con el síntoma y el psicótico lo crea con el delirio, dará ciertas particularidades a la cura (Baravalle, 1998).

El don: La no respuesta a la promesa de amor

El objeto que la joven que presenta síntomas anoréxicos rechaza es el alimento, la anorexia es una defensa de la insatisfacción de la necesidad para preservar el deseo. Ella, muestra con su síntoma que no se trata de comida, que demanda siempre otra cosa. No se trata entonces de la comida, porque no hay ningún alimento que satisfaga el deseo, aunque la boca esté llena (Fosch, 1994).

Este rechazo al alimento como indica Lacan, tiene su origen en la primera etapa de vida del sujeto.

La madre es para el niño tanto como para la niña: el ser del cual dependen. El primero con el que se vinculan, omnipotente y poderoso, ya que es ella, la madre la que interpreta las necesidades del niño. Frente al llanto del niño, ella dice: tiene hambre, tiene frío, le duele aquí o allá, etc. Es ella la que pone nombre a sus demandas. Ella trata de saber qué es lo que ese niño demanda en su indefensión; es así como para ella él también es un enigma. Se ponen en juego dos demandas y dos interrogantes. Por un lado cada uno demanda que se le satisfaga en aquello que desea y, por otro, cada uno se pregunta: ¿qué quiere de mí? (Baravalle, 1998).

Cuando el niño tiene hambre siente displacer, llora y grita. La madre responde a esta petición amamantándolo. Así satisface esta necesidad. Con gran sorpresa la madre comprueba que, aunque satisfecha esa necesidad, el niño quiere algo más. Agotadas todas las necesidades se puede inferir que él le pide amor (Baravalle, 1998). Para el psicoanálisis el don, es símbolo de amor (Gorali, 2000). Para el niño el seno no sólo es nutricio; para él ese seno es un objeto erótico, un objeto de goce, y es este el nivel en el que queda insatisfecho, ya que el Otro materno frustra esta petición de amor, no respondiendo a la promesa de amor hecha, el don, sino a la necesidad de comida (Gorali, 2000), "*atiborrándolo con la papilla asfixiante de lo que tiene*" (Soria, 2000). Aquí se aprecia el objeto de amor reducido al objeto de la necesidad (Soria, 2000). Aquello que parece encontrar en cada mamada lo pierde en el acto, ya que su deseo no queda satisfecho (Baravalle, 1998).

Esto puede explicar la verdadera función del síntoma anoréxico. Se trata de la satisfacción sustitutiva de la saturación simbólica. Es la satisfacción como objeto. Un Otro que, nos recuerda Lacan, "confunde sus cuida-dos con el don de su amor". Ese otro impositivo que frente a la demanda de amor que abre a lo que no puede darse, al infinito, a lo que no puede saciarse ni colmarse, responde con un objeto, con algo que ofrece, con algo que tiene para dar. Así "confunde sus cuidados con el don de su amor" y "esta ignorancia es lo que el sujeto anoréxico no perdona" (Gorali, 2000, p.53).

Comer Nada: Nada como deseo

La anorexia no es un no comer, es un no comer nada que se traduce: comer nada (Gorali, 2000).

El deseo remite a un momento mítico, el objeto de deseo es un objeto perdido faltante, que se constituye como ausencia, una nada. No se trata entonces de que la anoréxica no come, sino de que como dice Lacan, come nada (Fosch, 1994). Porque la nada es el objeto que interponen frente a la demanda del Otro.

Nada, también tiene una formulación más precisa, es la incorporación del significante como tal, es el acceso del sujeto a lo simbólico, es lo que permite al sujeto un más allá de la demanda materna. Es la manifestación del sujeto de su pertenencia al mundo del significante. Nada, es el significante de la falta en ser del sujeto, de su humanización, de su entrada en el registro simbólico. Es la marca de la importancia del símbolo, de la palabra, del significante, en contra de la prefiguración o la complementariedad del objeto, es por lo tanto una apuesta al significante. Nada, sigue concerniendo por lo tanto al significante, no al objeto (Fendrik, 1998).

Nada, es la posibilidad de desear, es la positivización del deseo. Nada, sería entonces el paradigma de la entrada del sujeto en el deseo, del desafiar la necesidad que establece que es necesario comer para vivir. De ahí saldrá el comer, la necesidad más básica como deseo (Fendrik, 1998).

Para entender esto es necesario volver al concepto de deseo. El deseo es una aspiración jamás realizada, porque el fin buscado es un fin imposible, el del incesto. Es un impulso hacia el incesto. Ahora bien, la insatisfacción del deseo incestuoso se traduce mentalmente, no por un vacío o por una carencia en el pensamiento, sino, por una producción suplementaria, la de una alucinación mental. No la del cuerpo total de la madre, objeto siempre imposible, sino de una parte de ese cuerpo, como veremos en este caso, el seno. De este modo, la alucinación del seno es el sustituto de la posesión incestuosa del cuerpo materno. Para el niño el seno no sólo es nutricio; para él ese seno es un objeto erótico, un objeto de goce, y es éste el nivel en el que queda insatisfecho. (Baravalle, 1998).

La joven que padece anorexia, rechaza ese estado dúplice que reconocemos en el niño de pecho, satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. Quiere que la insatisfacción reine por todas partes, que sólo haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. La anorexia consiste en decir: "No, no quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto" (Baravalle, 1998, p.11).

Por eso el sujeto que padece este síntoma anoréxico cada vez come menos, se fija un límite cada vez menor y se siente culpable si lo traspasa. Estas jóvenes hacen causa de la renuncia, del rechazo, al alimento. Comen nada, nos indica Lacan, porque la nada es el objeto que interponen frente a la demanda del Otro. Esto supone la principal dificultad para el tratamiento ya que la joven no tiene problema por no comer, sino por hacerlo (Gorali, 2000).

Por esto se niega a satisfacer la demanda de que coma, que la dejaría reducida a ser tratada en el plano de la necesidad. "Juega con su rechazo como un deseo", nos dice Lacan en "La dirección de la cura", confunde así, de-seo con rechazo. Pero, sobre todo, se instala en su causa. Causa que supone negar la necesidad. Sólo se siente culpable si traiciona su causa (Gorali, 2000).

Sin embargo, rechazo no es deseo, y es allí donde el sujeto implementa una estrategia de negativización del goce alimentario, a través de su huelga de hambre, se produce una positivización: la boca como lugar vaciado del objeto alimentario pasa a ser ocupada por el objeto nada, produciéndose una transformación del goce: el goce alimentario rechazado es recuperado como goce oral de la boca vacía. Por eso este rechazo no alcanza el estatuto de deseo, deteniéndose en una voluntad de repetición de un «no» reiterado sin fin, cuyo límite es el fantasma.

El sujeto se identifica aquí con la demanda, que pasa a funcionar como recuperador de goce. Es este plus, es la satisfacción que obtiene el sujeto en esta posición, la que plantea al analista el desafío que implica la puesta en forma del síntoma (Soria, 2000).

La anorexia es ese grito contra toda satisfacción y es un mantenimiento obstinado de la insatisfacción. Por eso es que no hay peor actitud hacia una persona con este síntoma, que querer alimentarlo. Esto sólo reforzaría su protesta y su insistencia en conservar el deseo a cualquier precio, es decir, defender cueste lo que cueste el hecho de no estar satisfecho y querer así preservar su ser. De esta manera, el mantener su deseo le permite a esta joven asegurarse de no concretar el goce. Ya que a los ojos de quien padece este síntoma, lo que va en contra el deseo, es la satisfacción referente a la necesidad de alimentarse, pues cuanto más se sacie su hambre, menos podrá mantener despierto su deseo (Baravalle, 1998)

El rechazo de la alimentación es un modo de no tragar cualquier cosa, un modo de sostener el deseo aún a costa de su propia vida. El deseo no puede ser colmado, puede ser evocado a través de la demanda, pero nunca satisfecho. Es así que la noción freudiana del deseo lo plantea como heterogéneo respecto del orden natural, indestructible, sustentado en una permanente insatisfacción (Fosch, 1994).

Capítulo 4 "La dinámica anoréxica"

4.1 Relación madre e hija

Existen distorsiones importantes en el vínculo madre – hija. Las madres son la figura dominante en esta familia y el padre es periférico. Éstas demuestran fuerte tendencia al sacrificio, con gran dificultad para hacer algo agradable para sí mismas (Losinno, 2000).

Es una relación simbiótica, la cual se instala de manera muda y, por lo tanto, de difícil observación clínica (Fendrik, 1997).

La madre sobreprotege sin afecto y utiliza al hijo para autosatisfacerse. Por lo tanto, la niña se instaure como proveedora de gratificaciones narcisísticas hacia la madre. Es complaciente, perfecta, sometida. Por todo esto, la joven anoréxica crece con un yo falso, el cual está en conformidad con las necesidades de la madre (Losinno, 2000).

La madre no puede reconocer angustias o deseos en la niña y éstos son siempre reenviados al cuerpo. Existe una gran preocupación de la madre, pero que se expresa siempre en forma específica, concreta, logrando apreciar solamente lo biológico. Es por eso, que generalmente se consulta, sólo cuando ha tenido lugar la desaparición de la menstruación, amenorrea (Schütze, 1983).

4.2 Dinámica familiar

La familia de la persona con síntomas anoréxicos, es rígida y se adapta a los cambios con mucha dificultad, puesto que son miembros muy cohesionados, existiendo límites débiles entre las personas, parecen casi inseparables, aún cuando haya conflictos que no han sido resueltos, ni explicitados, ni reconocidos. Por esta misma razón existe una disociación entre "ser" y "aparecer", que es típico en este tipo de familia. No existe una preocupación real por ser felices, sirve sólo con aparentarlo. Esto le da la connotación social de ser familias perfectas, con hijos perfectos, utilizándolos como un hijo ideal, cargado de omnipotencia (Losinno, 2000).

Como las emociones no circulan libremente, es difícil poder expresar algún tipo de agresión o desacuerdo que vaya en contra de esta cohesión como familia. La agresión no tiene cabida. Cualquier tipo de rechazo o queja es vista como una traición y esto es terreno fértil para respuestas somáticas. Es por eso que la persona que padece este síntoma, busca en la conducta de no comer, poder expresar su sentimiento de independencia y control de sí misma. Al no tener espacios para sentimientos agresivos y de rechazo, estos son trasladados hacia el cuerpo (Schütze, 1983).

La relación de pareja está asentada sobre modelos pregenitales infantiles. Esto lleva al establecimiento de relaciones narcisísticas, no se reconocen uno al otro como dos seres discriminados y distintos, sino cada uno funciona según las aspiraciones del otro (Losinno, 2000).

En la joven con anorexia, hasta la pubertad no parecen tener conflictos, pero cuando estalla el síntoma aparecen estos, dramatizados en la conducta, debiéndose principalmente al surgimiento de fantasías incestuosas con el padre. Esto provoca el síntoma de la anorexia, como una falsa rebelión y mayor independencia del mito familiar (Laserna, & Moizeszowicz, 1994).

El mito familiar se refiere al mantenimiento de la armonía familiar ideal de unidad y bienestar. Existe una lealtad al grupo y una negación de los conflictos. Las características más relevantes de este mito familiar son:

- Es fundamental la lealtad, la entrega y el bienestar del grupo.

- Tendencia a ascender en todos los niveles de la vida social (económico, intelectual y cultural).
- Sobrevaloración del rendimiento escolar.
- Rechazo a cualquier forma de sexualidad.
- Sobrevaloración por todo lo artístico y espiritual (religioso).
- Extremo espíritu de sacrificio.
- Importancia exagerada del alimento como vehículo de expresión de sentimientos (la comida como recompensa o castigo) (Morales, 1988).

Estos elementos le otorgan un valor económico al mito familiar al afirmar que, por el hecho de ser "compartido sin discusión por todos los miembros, promueven rituales y proveen áreas pacíficas de acuerdo automático, son verdaderos programas de acción que ahorran cualquier pensamiento o elaboración posterior" (Ferreira, 1966 en Plon & Roudinesco, 1998).

A. Eiguer (2000), también se refiere al mito familiar. Según este autor, el mito familiar viene a resolver contradicciones y antinomias atinentes a lo vivido, a las ideas y a las dificultades de la familia, ayuda a mantener el equilibrio homeostático, y le atribuye al mito familiar el carácter de "una convicción compartida", lo que daría estabilidad y eficacia.

Frente a esta escena de equilibrio y supuesto ambiente perfecto que se vive en la familia, es que la joven se revela, y lo hace a través de sus síntomas, dando una señal de alerta que indica que no todo está bien.

4.3 Metamorfosis de la pubertad

Existe una discontinuidad significativa en el comienzo de la pubertad y las transformaciones que trae aparejadas. Se trata de cambios reales en el cuerpo que demandan una reorganización de la relación del sujeto en lo simbólico y lo imaginario. Esta reorganización es difícil de llevar a cabo por las pacientes, que se esfuerzan por mantenerse "como antes" en un reconocimiento de los cambios que se traducen exclusivamente en términos de un exceso que perturba la imagen y en algunas la misma experiencia del cuerpo (Baravalle, 1998).

Debido a las características de cambio de esta etapa de desarrollo, es que se evidencia la problemática anoréxica en la niña, precisando que la presentación de este síntoma anoréxico, el no ingerir alimento, es la última señal de alerta, la última etapa que hace visible el proceso psíquico de la joven (Soria, 2000).

Las jóvenes con síntomas anoréxicos, rechazan ingerir comida más allá de un límite, subjetivamente fijado y cada vez más escaso. La necesidad de control, en relación con ese límite, las convierte en auténticas expertas en dietética. Controlan, obsesivamente, el contenido en proteínas, calorías, etc. de los alimentos. Exigen saber lo que se va a cocinar ese día y el siguiente, para hacer su propia planificación. Pueden cocinar con esmero, para los demás, mientras ellas no comen o lo hacen en cantidades mínimas (Gorali, 2000).

Este tipo de sujetos suelen ser obedientes y disciplinadas, excepto si se le pide que coman, y suelen ser estudiantes o trabajadoras excepcionales mientras se mantienen en la posición anoréxica (Gorali, 2000).

De manera recurrente se repite en la historia familiar que la joven con anorexia fue "hija modelo", respondiendo a los ideales del Otro materno, sostenidas en una identificación narcisística que los signos de la pubertad hacen vacilar. Por lo tanto la conducta anoréxica nos permite situarla como intento de solución frente a la conmoción de las identificaciones en las que hasta entonces el sujeto se sostenía en una relación de aparente normalidad y armonía con los ideales familiares. El esfuerzo de estas jóvenes se dirige en forma obstinada a la búsqueda de lograr una imagen abstracta, nunca encontrada, que se erige más allá de la diferencia de sus sexos. Cabe recordar que la metamorfosis de la pubertad exige al sujeto una reorganización de su posición sexual, con el abandono de posiciones pretéritas (Losinno, 1999).

Cabe destacar que la aparición de la menstruación, regla y desregla a la vez, ya que las pone en conflicto ante la posibilidad de ser madre o acceder a un desenfreno sexual (Fendrik, 1997). El borramiento de todo signo de carácter sexual secundario y la ausencia de menstruación las resguarda de enfrentarse a la relación con el otro sexo; intentan hacer como si este problema no existiera y todo el resto de su vida sigue igual, en una acción no exentas de logros valorados socialmente (Baravalle, 1998).

4.4 El perfil de la joven que padece el síntoma anoréxico

Desde un punto de vista psicológico, es posible distinguir ciertas características individuales de las personas que padecen anorexia.

Estas jóvenes, responden generalmente con las pautas esperadas por las personas significativas que la rodean, que por lo general es la madre. Esto las lleva a negar sus propias necesidades, con tal de satisfacer a sus padres, quienes la manipulan narcisísticamente. Estas menores, se comportan muy de acuerdo a las convencionalidades sociales, por lo que una de las características que resalta es que son sobreadaptadas. Teniendo a su vez, una dificultad sistemática en el reconocimiento de sus emociones (Schütze, 1983).

La joven con anorexia, todo lo entrega a la sublimación. El placer corporal, todo placer corporal, es negado y se entrega a la sublimación. Por eso son buenas estudiantes (Gorali, 2000).

También esto permite la articulación entre el rechazo a la comida y a los estudios. Rechazo a la demanda de instrucción utilitarista ahogadora del deseo de saber, en ese alimentarse, engordar de conocimientos, para ignorar lo fundamental. Cuando al deseo de saber se superpone la demanda de instrucción puede aparecer la "anorexia mental". El no aprender nada, vomitarlo, el aprovechamiento nulo, cero, nada. Nada que se interpone frente a la demanda del Otro. Quizás esto explique que cuando una anoréxica abandona su posición su rendimiento empeora (Gorali, 2000)

Son muy perfeccionistas y autoexigentes, por lo que al realizar regímenes alimentarios son muy estrictos, preocupándose por las calorías, comiendo solas, y haciendo dietas monótonas (Schütze, 1983).

No son hábiles en el mantenimiento estético personal, ya que se nota ausencia de preocupación por el maquillaje y vestuario, se presentan por lo general con sus caras deslavadas y visten con ropas holgadas, las cuales le permiten ocultar aun más sus caracteres sexuales secundarios tales como caderas y senos (Schütze, 1983). Esto invita a reflexionar sobre la posible influencia del modelaje en este tipo de síntoma.

Respecto a la posibilidad, que el síntoma anoréxico vaya en búsqueda de la imitación de una imagen de belleza sobrevalorada culturalmente, y que se encuentra representada por las top model, es cuestionable desde la perspectiva psicoanalítica. Ya que si hacemos referencia al sentido común y fenomenológico de la apariencia de la joven con anorexia, se percibe una diferencia radical en cuanto al modelo supuestamente a seguir. Estas jóvenes no persiguen la belleza de las top model, puesto que si fuese así, se podría apreciar en la consulta, a una joven arreglada, maquillada y con la seducción propia de este tipo de patrón de belleza. Sin embargo; se aprecia un desinterés en su aspecto físico, que se traduce en vestimentas que ocultan sus caracteres secundarios y alguna posibilidad de seducción. Si es que hubiese alguna relación con el seguimiento de este patrón de mujer, podría referirse a las características de las top model que se relacionarían con las jóvenes con síntomas anoréxicos, ya que éstas, las top model, son sobreadaptadas, y están bajo la tutela de un diseñador y maquillador que las moldean de acuerdo a sus necesidades y así, a través de ellas, logran reconocimiento por su trabajo. Esta dinámica es muy similar a la que se produce en la relación madre e hija en la familia de una joven que padece el síntoma anoréxico (Fendrik, 1997).

Capítulo 5

"Estrategias de abordaje para el tratamiento de la Anorexia Nerviosa"

Si bien existe un marco teórico que rige la práctica, el caso en particular y sus singularidades constituyen la base del fundamento psicoanalítico. Esto, porque en psicoanálisis se trabaja con lo que el paciente trae, o sea, con el re-conocimiento único y propio de cada individuo de sus significantes, los cuales constituyen su propia cadena virtual, que le da la singularidad al sujeto y por ende al tratamiento.

Una vez establecida la relación entre el rechazo de alimentos y la estructura psicopatológica que subtiende al síntoma, el psicoanálisis resulta vía para el abordaje de la anorexia nerviosa.

Como introducción al tema del tratamiento, se considerarán algunas cuestiones preliminares, retomando brevemente algunas de las ideas más generalizadas acerca de la anorexia y de su tratamiento analítico en el terreno de la alarma que atraviesa al llamado psicoanálisis del fin de milenio (Fendrik, 1998).

En primer lugar, frente a la frase "Hace falta comer para vivir" el psicoanálisis encontraría un obvio límite al tiempo de comprender necesario, para escuchar la verdad del sujeto atrincherada en el síntoma. Puesto que la obligatoriedad y alarma ante la no ingesta de alimento pone énfasis en que se debe comer y no da el espacio necesario para que la joven en análisis pueda significar y dar sentido a su síntoma. Sin embargo, y remitiéndose a la frase "comer nada", frase elemental en el caso de la anorexia, se encuentra que la joven no es que no coma nada, sino que come nada (Fendrik, 1998).

Recuérdese que gracias al shibboleth "deseo de nada", que se trata del rechazo a una demanda materna devoradora que redujo (y sigue haciéndolo) el deseo a la necesidad. Los síntomas anoréxicos serían la solución (defensiva) del sujeto para recuperar o alcanzar la vía del deseo (de nada) (Fendrik, 1998).

Nos encontramos con el hecho de que la fórmula "deseo de nada" se ha transformado en embolsante de la anorexia, y de allí la imposibilidad de situar la diferencia conceptual y por lo tanto clínica entre las anorexias donde predomina el goce y los síntomas en donde tenemos que extraer la veta del deseo, donde hay una verdad del sujeto acorralada, arrinconada, que se expresa a través del síntoma como llamado al Otro en tanto sujeto supuesto saber.

Recordemos también que este comer nada le permite a la joven resguardar su deseo y con esto se asegura el no gozar, es por eso que la incorporación de la comida iría en contra de este recurso de la joven, constituyéndose en una violación. Al estar más cerca del cumplimiento de goce, ante lo prohibido e innombrable, la joven experimenta desesperación, angustia existencial que la puede llevar a la muerte o la locura. Es por eso que se recalca de sobremanera, que la lógica del médico no es compatible con esta afección y es por esto también, que asociarse con ellos es tan descabellado, ya que se pone en riesgo la vida de la joven (Fendrik, 1999).

Efectivamente, y como segunda idea, el trabajo en equipo para que el paciente coma, dividiendo funciones, y poniendo en acto la antigua dicotomía mente-cuerpo es inconciliable con una dirección de la cura basada en la idea de que el sujeto en tanto significativo es una unidad. No es el individuo al que se lo puede fragmentar y abordar desde distintas especialidades médicas o desde distintos ángulos, físico, psicológico, social, económico, cultural, etc. Piénsese si no, en la joven que llega a un analista como complemento o descarte, con múltiples diagnósticos y presiones, donde justamente los analistas cuentan con una experiencia que indica los impasses a los que conduce el trabajo en equipo (Fendrik, 1998).

Si se responde con el típico desdoblamiento analista/nutricionista, lo único que se logra es nutrir, alimentar, duplicar el síntoma, haciendo obstáculo para que el deseo atrincherado pueda reconocerse en los significantes que le abrirán el acceso a otros posibles objetos. Luego, se debe sancionar la alianza con el nutricionista, o los que nos llevan a asociar libremente alimento con objeto materno y no con significantes y buscar la causa en la Madre real.

Luego de la revisión de estas dos ideas, se abordará el tratamiento de la anorexia desde sus tres formas de intervención para el psicoanálisis, las cuales son: tratamiento de tipo individual, tratamiento de tipo familiar y tratamiento de tipo grupal. Estos tipos de tratamiento no son excluyentes entre sí, y pueden realizarse en forma paralela.

Tipos de tratamiento

Tratamiento Individual

Se visualizan ciertos criterios y fases que se viven en la sesión terapéutica. Hablemos primero de los criterios que se deben tener en cuenta, sobre todo el terapeuta.

El terapeuta debe dirigirse a la paciente explicarle que sólo se comenzará el tratamiento si ellas vienen por su propia voluntad, por su deseo, si ellas desean vivir y vivir mejor; se le aclara que no puede tomar un tratamiento sólo porque sus padres la envían a la consulta. Debe aclararse que si concierta la entrevista, el hecho de comer o no comer va a correr por cuenta suya, que ella está en condiciones de decidir por sus alimentos y de sentarse a la mesa como uno más de la casa. Se indica que debe normalizar sus actividades diarias. Se procede así como una forma de invitar al paciente a ingresar a un proceso de reorganización donde tiene que ser un participante activo, debe estar convencido que emprende un trabajo. Si no es así, es muy difícil entre otras cosas llevar a cabo el proceso de historización que implica intentar resignificar lo que está inscripto para realizar una nueva inscripción (Torres, 1994).

La experiencia extraída de la bibliografía psicoanalítica ha demostrado la fundamental importancia de la ampliación del universo simbólico del paciente (y también del nuestro) mediante un diálogo que incluya historias, testimonios, relatos, cuentos (Fendrik, 1998). Con ellos y a través de ellos le ofrecemos un lugar, un albergue, más o menos transitorio para alojarse. Sería erróneo que el terapeuta impusiera con insistencia a las pacientes la interpretación del material de las narraciones (Schütze, 1983).

La actitud del terapeuta es básicamente de una escucha que permita la contención de la paciente, una comprensión empática que facilite que ella se exprese libremente. En lugar de un silencio o de un activismo por las dudas, a través de lecturas compartidas se trabajan las dudas junto con el paciente (Fendrik, 1998).

En la toma de contacto con la paciente en primera instancia, se suele estimular el hablar de sus emociones, como es la relación interpersonal, con su familia, procurando no mencionar el tema de la comida a no ser que ella lo mencione. Hay que hacer una contención de sus emociones y que es lo que ella piensa y cree de su vida. Hay que recordar en la joven anoréxica, que una de sus características principales es el no reconocimiento de sus emociones, ya que se comportan y sienten de acuerdo a lo que los otros significativos esperan de ella. Entonces el promover la expresión de las emociones, provocará un redescubrimiento de sí misma como una persona con emociones propias e independientes de la dinámica cohesionada del grupo familiar (Torres, 1994).

Finalmente, se deja en claro que la alianza se crea con ella, no con la familia, o sea, no con las creencias de la familia o con lo que ellos esperan. La joven, busca con su síntoma, establecer una falsa rebelión que le permite expresar autonomía con el no comer, sin embargo esta estrategia no funciona, ya que al dejar de ingerir alimentos concentra aún más la atención y con ello el control familiar del que pretendía huir. Esto es importante a la hora de establecer la alianza terapéutica, puesto que si ésta se hace con la familia, se estaría en contra de esta rebelión adoptada por la joven, convirtiéndose en una figura más de control, lo que produciría en la joven impotencia ante el fracaso de esta rebelión, desencadenando un posible suicidio. Cabe resaltar el cuidado que debe de tenerse con este tipo de paciente, ya que corresponde a una de las pocas veces que el terapeuta puede hacer que el paciente se suicide.

Se ha observado en la lectura de los casos clínicos, que el proceso terapéutico pasa por tres fases que permiten determinar el proceso psicológico por el que está pasando la persona con síntomas anoréxicos. Estas son:

Sobreadaptación: De acuerdo a la característica que resalta su adaptación a las diferentes situaciones en que se encuentra, en la sesión, la paciente habla mucho, sus diálogos hacen alusión a un bienestar tanto en su entorno familiar como en sus relaciones interpersonales. En cuanto al afán de mantener el control, resulta que las primeras entrevistas las pacientes se muestran inquietantes por todo lo que hay de impredecible y por ende incontrolable en ellas. De ahí que puedan observarse dos reacciones características de las pacientes, o bien que el terapeuta es tratado de manera tal que pareciera indicar un profundo conocimiento preexistente, a los efectos de producir una sensación tranquilizante en la joven que facilite la expresión de su hablar, o bien en la paciente se encierra en un profundo mutismo del que sólo sale para proferir un discurso nutricional inconsciente. La interpretación de este afán de control que subyace al fenómeno de la pobreza asociativa o del discurso catártico, hace innecesarias técnicas extra analíticas como modelado en arcilla o actividades plásticas que sólo desvían la atención de lo central a analizar (Losinno, 1994).

Rebeldía: la paciente trata al terapeuta de manera agresiva y manifiesta rebeldía ante el proceso terapéutico, como por ejemplo, no asiste a la sesión, no quiere hablar, no sabe de qué hablar. Las jóvenes ven representado el conflicto que viven en su hogar relacionado con el tema de la dependencia y con su rebeldía intentan ir en contra de esta situación.

Si el tratamiento va en avance, se da el fenómeno de la transferencia, en el que de por sí existe el elemento de la dependencia, frente a esta situación es que la joven se presenta ambivalente, puesto que es en el tema de la dependencia donde está su conflicto (Bó de Besozzi, 2000).

La importancia de conocer esta fase, está dada en que se puede pensar, que esta actitud de rebeldía está basada en pérdida de rapport; sin embargo, constituye un signo de buen avance del tratamiento.

Insight: al final la paciente realiza un insight y surgen las críticas a ciertos aspectos de la relación familiar. La paciente comienza a actuar como grande, más independiente y con sus propias ideas.

El tratamiento avanza y comienza avanzar tímidamente una pregunta, que la coloca por primera vez en un cuestionamiento de sí misma ¿Por qué? ¿Para qué todo esto?. La técnica implica un abordaje desde la pregunta y desde la construcción. Pregunta que hace el analista y que culminará, en el mejor de los casos, con la pregunta que la joven pueda hacerse a ella misma. Hasta que esta no surja, ella se habrá ubicado en el lugar de la respuesta: la única forma de ser es flaca. Si la pregunta aparece se ha avanzado en un camino. Camino en la instalación del análisis y condición básica para que éste pueda desarrollarse. De ahí en más, se tratará de abrochar las escuetas significaciones que aparezcan para constituir un discurso que permitirá ligaduras que neutralicen el síntoma anoréxico (Laserna & Moizeszowicz, 1994).

Tratamiento Grupal

En cuanto a la segunda manera de tratamiento, se relatará el caso específico de la comunidad terapéutica "La Vela" (Colombo, 1999 en Goralí 2000), esta comunidad se basa en el tratamiento analítico, orientada por los principios del psicoanálisis. Desde esta perspectiva, permite la definición de la sesión analítica como lugar específico de producción de efectos analíticos, con el fin de poder pensar de este modo, el funcionamiento del trabajo institucional y sus procedimientos orientados por la lógica del discurso analítico. Se ha escogido este modelo de intervención, puesto que comparte los mismos principios y fases de una intervención grupal, no institucional, o sea, dirigida en forma particular por un terapeuta.

Esta institución situada en un pequeño pueblo de la provincia de Vercelli, entre Turín y Milán, aloja a un número reducido de pacientes, entre 5 y 9, pacientes afectadas por la anorexia

grave, aquellos que no han sido posible tratarlos dentro de terapia individual o grupal, y con frecuencias provienen de otras internaciones hospitalarias con servicios de psiquiatría y nutrición clínica.

La comunidad se ha hecho cargo de una pionera apuesta teórico-clínica, tal apuesta, se funda en que la base de la anorexia constituye una respuesta a una relación alterada del sujeto con el Otro simbólico. A partir de esto, sus desórdenes (alimentarios, perceptivos, relacionales) constituyen los nexos fenomenológicos, para alcanzar a descongelar la singularidad del sujeto que se ha hecho portador y que en aquella, ha quedado bloqueada. Es así como trabaja la institución, en el transcurso del tratamiento, se focaliza en la lógica inconsciente que preside la construcción de la posición anoréxica.

Los pacientes permanecen en la comunidad por un periodo de tratamiento que oscila según los casos, entre ocho meses y un año. Es un lugar de transición, de pasaje y no un lugar de cronificación segregante que los protege de la dureza del mundo.

De la posición subjetiva, hasta la producción de la demanda de tratamiento, constituye el recorrido del trabajo del sujeto anoréxico en la comunidad. Tal trabajo se configura entonces como preliminar, en tanto que apunta a crear en el sujeto las condiciones de posibilidad de un tratamiento adecuado a la particularidad, a menudo de un verdadero análisis, cuando el sujeto salga de la comunidad (Recalcati, 1998 en Goralí 2000).

La institución tiene tres principios fundamentales a cerca del funcionamiento dentro de la comunidad, y estos son:

Equipo sujeto tratante: este punto responde la pregunta ¿quién dirige la cura en la comunidad?. Se postula que es el equipo tratante el responsable de la dirección de la cura, cuya producción está todavía en las manos del sujeto con anorexia. Operacionalmente esto consiste en hacer subsistir el equipo de la comunidad como sujeto supuesto saber, como lugar del Otro simbólico que orienta el trabajo de cada operador con los pacientes, y que deviene de los pacientes mismos, o sea, el objeto primario de transferencia a la institución.

Reglamentación incompleta: articula la relación entre la ley y el goce en la institución. Sólo una regulación que se sabe incompleta 7 por estructura, según el matema del Otro simbólico barrado, que deja al sujeto su margen ineludible de movimiento para adherir o no a lo predispuesto para el Otro institucional, hace posible elaborar el acto de la transgresión como un tema de trabajo, un enigma que reenvía al remitente de parte de equipos de operadores (que funcionan como destinatarios), similar al acuse de recibo de las cartas certificadas.

Elaboración simbólica + interferencia sobre el goce: articula el trabajo institucional en comunidad como una acción conjunta sobre el sentido inconsciente y el goce, como la unión convergente de momentos de elaboración simbólica (los grupos, los atelier, los coloquios individuales, las reuniones) y de prácticas de interferencia respecto al ejercicio del goce, (las reglas que ponen límites y organizan el funcionamiento real del dispositivo comunitario), donde los primeros sin los segundos se revelan vacíos, y los segundos sin los primeros, se muestran ciegos.

El recorrido terapéutico está a la base de tres fases que permiten leer la lógica de los pasajes cumplidos del sujeto en el curso del tratamiento comunitario. Estas fases son:

Resubjetivación: o sea, la reemergencia a un funcionamiento del sujeto capaz de investir libidinalmente su objeto, objeto que, en tanto marcados en un modo indeleble por la acción del Otro simbólico, colocan al sujeto en un lazo discursivo que implica la pérdida del goce por la acción de la cadena de significantes. Esto implica la salida del aislamiento, la re-erotización del cuerpo, reanudación del ciclo menstrual, la constitución de relaciones amistosas y amorosas, relanzar un proyecto particular para el porvenir ligado al propio deseo.

Precisión de la demanda de tratamiento: construcción de una verdadera demanda de tratamiento adecuada al sujeto, que es preciso que surja del sujeto mismo, de modo que fuera de la comunidad prosiga su tratamiento con otros medios distintos a los ofrecidos. Sobre la base de la experiencia del centro, se observa y pretende que frente a sujetos de estructura neurótica logren una demanda de análisis individual. Frente a los de estructura psicótica el realizar la cura se presenta como la posibilidad de un anclaje del sujeto a otra identidad diferente respecto a aquella puramente anoréxica, identidad menos destructiva, dentro del contexto social semi protegido que favorece el mantenimiento y la consolidación, dando pronta acogida a los momentos de fragmentación.

Organización del síntoma: está orientado a la organización y la reducción del síntoma alimentario, no de una manera frontal, o sea, como objetivo principal del centro comunitario. La reducción del síntoma se configura esencialmente como un efecto de la Resubjetivación (Cosenza, 1999 en Goralí, 2000).

Tratamiento Familiar

En una primera instancia se realiza una entrevista inicial con todos los miembros de la familia en que se visualiza la dinámica familiar en cuanto a:

- El papel de cada uno de los integrantes, en tanto pasivo o activo.
- Cuál es la forma de relacionarse entre los miembros de la familia, tomando especial interés en la relación dada entre la madre y la hija (o) que padece anorexia.
- Cuál es el mito o las creencias que dominan el funcionamiento de la familia.
- Determinar las normas morales y/o religiosas (Torres, 1994).
- Luego de la primera sesión, se establece un horario determinado para las sesiones familiares, por lo general son una vez a la semana (Losinno, 2000).

Como se ha visto, las características y la dinámica de la familia de la persona que padece anorexia es bastante complicada, son generalmente rígidos en cuanto a las creencias e ideas absolutas ausentes de duda y cuestionamiento, por lo que el trabajo con estas familias se hace más difícil. Por lo tanto frente a la sintomatología de la joven se oponen generalmente a un tratamiento terapéutico que revelaría un conflicto familiar oculto (Schütze, 1983). Es por eso que la familia trae consigo muchas resistencias frente al tratamiento psicológico.

Frente a esta situación de tratamiento, se puede visualizar ciertas etapas o fases que se dan en el manejo de éste.

Seducción: La primera estrategia de abordaje de la familia consiste en una seducción, seducción que se realizara con la familia de la joven basada en la contención de lo que ellos tengan que decir. Una escucha atenta que permita al otro sentir que lo están escuchando de verdad y seriamente atendiendo entonces a su angustia.

Intento de sacar a luz: Esto permitirá sacar a luz el lugar de la complicidad de cada integrante de la familia en este juego o mito que se mantiene en el hogar. Esto es un disparador que moviliza al resto de la familia.

Cuestionamiento: Una vez que se ha movilizado la familia, comienza el cuestionamiento de cada uno de los miembros en cuanto a su lugar y responsabilidad en el juego o mito.

Insight: Esta situación de cuestionamiento llevara poco a poco a que la familia pueda preguntarse sobre esta "verdad" que hasta el momento era única e incuestionable. De esta manera comienzan a reestructurarse una dinámica familiar más flexible, reconociendo la responsabilidad e individualidad de cada miembro dentro del hogar (Laserna & Moizeszowicz, 1994).

Luego de realizada la sistematización de los tipos de tratamiento para la anorexia nerviosa, cabe mencionar la forma en que estos se integran dentro del modelo de intervención propuesto.

Recuérdese que el tratamiento para esta afección puede darse en tres ámbitos (individual, grupal y familiar), los cuales pueden otorgarse en forma paralela y de acuerdo a lo señalado por varios de los autores citados en este capítulo, (Fendrik, 1998; Goralí, 2000; Laserna & Moizeszowicz, 1994; Losinno, 1994; Torres, 1994;) se pudo sistematizar el proceso de integración de estos tratamientos lo cual se procede a especificar a continuación.

El tratamiento individual es base para la intervención psicoanalítica y tiene como objeto la resignificación del síntoma y con ello su desaparición.

El tratamiento grupal tiene como fin, que de la joven surja la demanda de tratamiento, lo que da la posibilidad de un mayor involucramiento en el trabajo terapéutico individual en los casos en que no existe el compromiso para participar de éste, estimulando así la resubjetivación del síntoma por parte de la joven y junto con esto su acceso a la adolescencia. Por esto, como parte de los talleres, se fomentan actividades relacionadas con la enseñanza de habilidades que permitan resaltar su belleza y femineidad.

El trabajo con la familia está orientado a que exista un soporte familiar que permita reconocer la dinámica que existe en el interior de la familia, sacando a luz el mito familiar y la toma de conciencia de una disfuncionalidad en sus relaciones.

Como se mencionó anteriormente, estos tipos de tratamiento pueden otorgarse en forma paralela, es decir, se pueden dar al mismo tiempo, gozando de independencia entre sí, siendo el de vital importancia el de tipo individual, o sea, el tratamiento con la joven que padece el síntoma anoréxico. El trabajo con la familia se realiza a partir de la entrevista inicial, ya que generalmente es ésta la que lleva a la joven a la consulta. Por lo tanto, en esta aproximación inicial se establece el encuadre del tratamiento, definiendo que en las primeras sesiones se atenderá sólo a la joven y que luego se requerirá de su presencia como parte del tratamiento psicológico.

El criterio para integrar el tratamiento familiar se establece cuando la joven comienza con el reconocimiento y cuestionamiento del mito familiar. Siendo de suma importancia la presencia de la joven en las entrevistas realizadas con la familia, con el fin de no excluirla y reconocerla como sujeto dentro del grupo familiar. El hecho de excluir a la joven de la entrevista familiar podría evidenciar la alianza del terapeuta con la familia y como se explicó anteriormente, esto puede contribuir al sentimiento de impotencia ante el fracaso de su rebelión desencadenando un posible suicidio.

Con respecto al tratamiento grupal, éste adquiere un carácter opcional, donde si se cuenta con las condiciones de espacio físico y el número de integrantes que es entre cinco y nueve jóvenes, se le propone como invitación a la paciente a formar parte de este grupo, siendo ella quien elige la incorporación o no a éste.

Estas consideraciones acerca de la integración de los tipos de tratamiento, son importantes de resaltar, ya que en el caso que el tratamiento familiar no pudiese realizarse, debido a reticencia de la familia para participar, o en el caso del tratamiento grupal por no contar con las condiciones físicas y número de integrantes. El tratamiento individual adquiere una mayor dedicación para cubrir aquellos objetivos que entregarían los tratamientos familiar y grupal.

Criterios de alta

Cuando las jóvenes aceptan de buen agrado el comienzo de su tratamiento y realizan el contrato de trabajo, es observable un cierto estado de asombro, se re-encuentran, pueden darse un sentido así mismos el que habían extraviado sin darse cuenta. Progresivamente la experiencia analítica va produciendo cierto sentido de alivio, de alegría, de esperanza, la idea

de que se puede producir un nuevo orden que el proceso terapéutico que viene no tiene que ver estrictamente con comer, sino con facilitar su acceso a la adolescencia.

Varios autores (Gorali, 2000; Laserna & Moizeszowicz, 1994; Losinno, 1994; Torres, 1994), concuerdan que en el proceso de tratamiento de la joven que padece anorexia nerviosa, pueden determinarse ciertos criterios que serán considerados clave para el alta en el tratamiento. Estos son:

Mantención del peso: Durante primer mes se espera que la joven no baje de peso, que no siga la curva de descenso. Y luego, en el segundo mes que éste se estabilice. Es de imaginar que en el proceso posterior a la terapia va a lograr niveles de peso aceptable.

Normalización de la ingesta: Si bien, durante el tratamiento no se ataca el síntoma de la no ingesta directamente, el hecho que la joven mantenga y estabilice su peso significa que ha vuelto a comer y por lo tanto ha reparado el vínculo y la significación que tiene con la comida. Esta normalización de la ingesta es proporcional a la necesidad y capacidad que tiene la joven de ingerir alimento, por lo tanto debe recomendarse el evitar exigir la incorporación de alimento en forma abundante. Luego de esto, puede ser derivada a nutricionista, a fin de orientarla en la obtención de niveles de peso aceptable de acuerdo al caso particular de la joven.

Cambios estructurales en el funcionamiento familiar: Una vez que se ha producido el insight familiar, tomando conciencia del disfuncionamiento que existe en el interior de ella, proporcionará la intención de un cambio que permita la flexibilidad como grupo familiar y el reconocimiento individual de cada miembro de la familia, lo que servirá de soporte a la joven en el transcurso de su proceso individual.

Toma de conciencia de los conflictos que impedían el acceso a la adolescencia: El hecho de estar sin miedos, sin críticas, sin balanzas, con una familia más flexible y aceptadora, le da la oportunidad de permitirse creer que hay algo bueno externo con quien se puede relacionar, en quien se puede confiar. Esto ayuda a la paciente que sufre, a producir una integración de sus aspectos internos desmoronados o no integrados, y hacer el duelo por aquello que le ha faltado: ya sea la madre tierna o amorosa o mujer eróticamente feliz o un padre libre de desear a su manera o padres que recibirán con alegría el hecho de su crecimiento. Con esto se da una resignificación de la cadena virtual inconsciente de la joven, que le permite un fluir en su proceso psicológico individual, con posibilidades de re-encontrarse consigo mismo y el mundo que las rodea.

Finalmente, de acuerdo a la experiencia de los distintos autores mencionados en esta investigación bibliográfica, se puede determinar que el tiempo aproximado en el que se lleva a cabo este tratamiento, y cuando están las condiciones o criterios para dar el alta, es de ocho a diez sesiones lo que corresponde a dos meses de tratamiento psicológico.

Discusión

Los objetivos planteados en esta investigación fueron alcanzados satisfactoriamente, logrando establecer mediante la sistematización de la información estrategias de intervención que orientan el abordaje del tratamiento de la anorexia nerviosa en su forma individual, grupal y familiar desde la perspectiva psicoanalítica, así mismo se logra especificar los criterios para el alta del tratamiento.

La discusión teórica de esta investigación se enfoca en relación con los criterios de alta de tratamiento mencionados en el capítulo cinco. Discusión que se centrará en el sentido que tienen estos criterios, las dudas que pudiesen originar en torno a estos y que a continuación se pretenden examinar.

Comenzaremos pues, con los dos primeros criterios de alta del tratamiento psicoanalítico de la anorexia nerviosa, que refieren a la mantención del peso y normalización de la ingesta. Al leer

estos, el lector podría preguntarse, acerca del porqué se consideran criterios que se centran en la cara signo del síntoma anoréxico para determinar el alta del tratamiento psicoanalítico.

Si bien la posición básica del tratamiento psicoanalítico es no atacar el síntoma en lo real - la cara signo del síntoma - se puede observar por medio del discurso de los padres y de la joven que se ha producido la resignificación de la joven con relación a la comida, y por lo tanto es aquí donde tiene base los primeros dos criterios de alta, se ha mantenido el peso y la joven ha vuelto a comer, todo esto producto de la elaboración simbólica que la joven hace de su síntoma. Vale la pena recordar que: Un síntoma no tiene sentido; cuando adquiere sentido, el síntoma deja de tener sentido (Abadi, 1999).

Siguiendo con la discusión con relación a los criterios de alta se observa que el tercero - cambios estructurales en el funcionamiento familiar - se basa en la relación del sujeto que padece el síntoma con los otros sujetos que conforman su grupo familiar. Se menciona esto porque se podría pensar que el psicoanálisis pondría énfasis sólo en el individuo, sin embargo, el psicoanálisis representa a la persona como una entidad organizada topográficamente en diferentes niveles de profundidad, los cuales están interconectados de modo tal que los niveles más profundos determinan los niveles más superficiales, tales como las conductas manifiestas en relación con otras personas (Colapinto, 1987). Luego, para que exista un cambio en la dinámica familiar cada sujeto de la familia debe reconocerse como individuo y como protagonista de un disfuncionamiento familiar que mantiene el síntoma en la joven. Con esto se pretende aclarar que la dinámica familiar no se constituye como causa, sino que es un campo o soporte para el mantenimiento del síntoma, es por eso que en el momento de sacar a luz el mito familiar da la oportunidad para relacionarse con los otros de manera distinta, en un ambiente donde existen individuos que se relacionan con sus propias emociones y de manera más independiente, dando espacio en una dinámica familiar donde antes no existía.

Finalmente en el cuarto criterio de alta - toma de conciencia de los conflictos que impedían el acceso a la adolescencia - se hace alusión a que si bien, para el psicoanálisis la desaparición de un síntoma no es el fin último de la terapia, se considera como un criterio para ésta, debido a que la desaparición del síntoma significa el encuentro del significante en la cadena virtual inconsciente, y una vez producido esto, se está en condición de comenzar el análisis profundo y personal, cuyo fin es el encuentro de la felicidad, lo que implica invitación por parte del analista y un acceso por parte del analizando a la aventura del reconocimiento.

Luego de examinar cada uno de los criterios de alta para el tratamiento de la anorexia nerviosa, cabe destacar que la definición de estos, están destinados a una reestructuración en forma holística en referencia al sujeto que sufre el síntoma de anorexia nerviosa.

El aporte de las autoras en esta investigación, corresponde a la organización y sistematización de la información existente respecto al tratamiento de la anorexia nerviosa de acuerdo al psicoanálisis. Existe la teoría, existe la experiencia de los autores en los textos, información que las autoras organizan, estableciendo estrategias que orienten el abordaje del tratamiento para la anorexia nerviosa. Ahora bien, cabe destacar que la propuesta que se establece en relación con las estrategias de intervención en el tratamiento de la anorexia nerviosa desde el psicoanálisis, tiene como limitación, que estas pueden ser llevadas a cabo solamente por psicólogos con formación psicoanalítica, ya que los fundamentos teóricos para llegar a establecer estas estrategias se basan en una concepción teórica específica que es el psicoanálisis. Con estos se esclarece que esta postura obedece a sólo una visión de la psicología acerca de la concepción del tratamiento de esta afección. Por lo tanto, resultarían interesantes nuevas investigaciones desde las distintas perspectivas psicológicas con el fin de reconocer posturas teóricas que refuercen el sentido psicológico de este síntoma.

Luego de haber realizado una discusión teórica sobre el tratamiento de la anorexia nerviosa, se procede a la revisión de las ventajas y desventajas encontradas durante el transcurso de la misma.

Dentro de las ventajas de nuestra investigación se encuentra la uniformidad en cuanto a la concepción de la anorexia nerviosa de los autores consultados. Existe una homogeneidad

respecto a los conceptos utilizados, las temáticas que guían las intervenciones y los criterios de altas que guían el transcurso del tratamiento. Además existe un evidente apego de los autores al pensamiento de Jacques Lacan, por lo que la exposición de sus relatos evidencia un lenguaje común entre los autores que facilitó la elaboración de esta investigación.

Dentro de nuestra consulta bibliográfica se encuentra la especialista en el tema, la psicoanalista Silvia Fendrik con quien tuvimos la oportunidad de tener contacto vía email, y a quien se le informó respecto a nuestra elaboración de tesis, teniendo la posibilidad de realizarle algunas preguntas respecto al tema, esto facilitó la investigación ya que despejó dudas que se tenían en el momento, dando la oportunidad de recibir retroalimentación por nuestro trabajo.

Dentro de las desventajas, se encuentra que la información difundida en Chile y que resulta de fácil acceso, corresponde a la descripción según el modelo médico de la anorexia nerviosa por lo que, al consultar por una visión psicológica respecto al tema fue de gran dificultad en su adquisición. Junto con esto, se encuentra la dificultad para acceder a la literatura sobre anorexia nerviosa desde el psicoanálisis en Chile, por lo que la adquisición de los libros fundamentales para la elaboración de la investigación tuvo que realizarse a través de la compra de éstos en el extranjero.

Conclusiones y Sugerencias

El objetivo general de la investigación era establecer una metodología de intervención psicoanalítica de la anorexia nerviosa, a través de la revisión y profundización de la bibliografía correspondiente a la praxis psicoanalítica. Este objetivo, fue llevado a cabo por medio de la sistematización de la información recaudada, la cual nos arrojó datos importantes y reveladores que contrastan con el panorama actual que se ha difundido respecto a la anorexia nerviosa. Así, nos hemos sumergido en la visión psicoanalítica de esta afección, que nos permitió contrastar y despejar el panorama oscuro que envolvía a este tema.

De esta sistematización, se pudo concretar la propuesta de tratamiento para la anorexia nerviosa en sus tipos individual, grupal y familiar, los cuales consideran principios y fases que orientan el curso del tratamiento y, que permite establecer sobre la base de lo anterior criterios de alta.

De la misma manera los resultados de nuestra investigación proponen una visión en la cual encontramos ciertas consideraciones importantes para el tratamiento, como:

Es un modelo innovador en nuestro país en la concepción de la anorexia nerviosa, puesto que, al considerarse ésta como un síntoma que guarda una significación particular en cada joven que lo padece, permite descartar una globalización respecto al seguimiento de ideales estéticos de moda como causa única de la anorexia nerviosa, respetando y enfocando su tratamiento a la individualidad de la persona.

Debido a la concepción holística que se tiene de esta afección, es posible visualizar en los distintos tipos de tratamientos fases que nos esclarecen la posición en el proceso psíquico de la joven. Esto trae como beneficios determinar criterios de alta, los cuales, basándose en la experiencia terapéutica, se da a las pocas sesiones de comenzar el tratamiento. Por lo tanto, el modelo de intervención psicoanalítico nos propone frente a un escenario catastrófico que se tiene de esta afección, un panorama más alentador que beneficia y garantiza una estabilidad holística en la joven y además un tratamiento de bajo costo monetario.

A medida que fuimos consultando y presentando nuestro tema, se nos fueron abriendo puertas que evidenciaron un gran interés por la propuesta que entregamos sobre la concepción y abordaje de la anorexia nerviosa, lo que nos llevo a tener la oportunidad de exponer una parte del tema en el Rotary Club de Arica y posteriormente publicar un artículo en el semanario del mismo. Además está en pie la oferta de publicación de la investigación, y la difusión de ésta, a través del Ministerio de Salud de Chile. Por lo que, la buena recepción manifestada hacia

nuestra investigación, evidenció el interés de la comunidad hacia un planteamiento psicológico de la anorexia nerviosa camino fértil para futuras investigaciones.

Siguiendo a continuación en la línea de las observaciones realizadas, se sugiere:

La difusión de la información en Chile acerca del abordaje de tratamiento del psicoanálisis para la anorexia nerviosa, a fin de presentar una visión innovadora contrastante con los actuales tratamientos en el país.

Realizar investigaciones desde distintos marcos teóricos de la psicología respecto a la concepción y tratamiento de la anorexia nerviosa, como una manera de resaltar la importancia de los aspectos psicológicos de esta afección.

Referencias Bibliográficas

1. Abadi, J. & Abadi, M. (1999); Invitación al psicoanálisis, una propuesta para todos. Bs. Aires. Ed. Sudamericana. American Psychological (1994); Manual of publication of Asocciation American Psychological Asocciation. Forth Edition. Washington, D.C. Author
2. Benjamín, A. & Fendrik, S. (2001); Seminario: Psicoanálisis & Sauval, M. del hambre. Disponible: <http://www.edupsi.com.anorexia>
3. Baravalle, G., & Jorge, C., (1998); Anorexia, Teoría y clínica & Vacarezza L. psicoanalítica. Argentina. Ed. Paidós.
4. Bó de Besozzi, A. (2000); Dolor corporal y sufrimiento adolescente, Actualidad Psicológica, año XXIV - n° 279. Argentina.
5. Centro Neuropsiquiátrico (2001); Disponible de Santiago <http://www.anorexia.cl>.
6. Colapinto, J. (1987); Cebollas y pizzas.
7. Ponencia en Congreso de Terapia Familiar, Buenos Aires.
8. Eigner, A. (2000); Representaciones sociales y los mitos familiares en la actualidad, Actualidad Psicológica, año XXIV – n° 279. Argentina.
9. Fendrik, S. (1997). Anorexia mal de brujas y santas. Revista La naciOnline. Disponible <http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/971102/r-133.htm>.
10. Fendrik, S. (1997); Santa Anorexia "Viaje al país del Nunca comer" Bs. Aires. Ed. Corregidor.
11. Fendrik, S. (1998); La dirección de la cura en la anorexia. Revista de Psicoanálisis y Cultura, n° 8. Argentina.
12. Fendrik, S. (1999); Viaje al peligroso país del nunca comer. Disponible <http://www.rionegro.com.ar/salud/5-990218.html>.
13. Foch, M. (1994); Comer nada (Las anorexias). Montevideo. Ed. Roca Viva.
14. Goralí, V. (2000); Estudios de anorexia y bulimia. Bs. Aires. Ed. ATUEL.
15. Lacan, J. (1998); Seminario V, " Las formaciones del inconsciente". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
16. Lacan, J. (1998); Seminario XVI, "De un otro al otro". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
17. Lacan, J. (1998); Seminario XVII, " El reverso del psicoanálisis". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
18. Lacan, J. (1998); Seminario XXIII, " Le Sinthome". [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
19. Laserna, M. & (1994); Adriana o el lugar de la Moizeszowicz, M. respuesta, Actualidad Psicológica, año XIX – n° 216. Argentina.
20. Losinno, H. (1994); Anorexia Nerviosa. Control del cuerpo y el contexto. Actualidad Psicológica, año XIX – n° 216. Argentina.

21. Losinno, H. (1999); El cuerpo en anorexia nerviosa y bulimia. Actualidad Psicológica, año XXIV - n° 264. Argentina.
22. Losinno, H. (2000); De la familia real a la representación de los padres, Actualidad Psicológica, año XXIV – n° 279. Argentina.
23. Morales, E. (1988); El rol de las familias en la patogénesis de la Anorexia Nerviosa. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Vol 34 - n°1. Bs. Aires.
24. Muñoz, C. (2001); Cuando comer es un problema. Artículo de la revista Crónicas del Domingo del diario la Estrella de Arica, 22 de abril Chile.
25. Nasio, J. (1994); El magnífico niño del psicoanálisis. Barcelona. Ed. Gedisa.
26. Nasio, J. (2001); Un psicoanalista en el diván. Bs. Aires. Ed. Paidós.
27. Pereira, J. (2000); Piden que Fonasa e isapres cubran la anorexia y bulimia. Artículo del diario la tercera, 10 de noviembre. Chile.
28. Plon, M. & Roudinesco, E. (1998); Diccionario de conceptos, términos y personalidades en psicoanálisis. [CD-ROOM]. Infobase 4.1.
29. Santos, E. & Cols. (2001); Psicoterapia Online. Disponible <http://www.psicoterapiaonline.net/anorexia.html>
30. Schütze, G. (1983); Biblioteca de Psicología 117. Anorexia mental. Barcelona. Ed. Herder.
31. Soria, N. (2000); Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia. Buenos Aires. Ed. Tres Haches.
32. Torres, M. (1994); Del síntoma al nombre. Actualidad Psicológica, año XIX – n° 216. Argentina
33. Urrejola, P. (2001); Anorexia Nerviosa: Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>.

Anorexia nerviosa: una aproximación a sus orígenes

María Teresa Cena

La Anorexia Nerviosa, así como los trastornos de alimentación (bulimia, cuadros mixtos, ingesta compulsiva) se presentan en forma "sorpresa" en el comienzo de la pubertad. Aparentemente, todo comienza con la irrupción del cuadro clínico, salvo alguna que otra referencia aislada a los antecedentes en la infancia. Así también, la mayoría de nuestras investigaciones comienzan en este momento, y queda esta patología incluida en el tema general de la adolescencia y sus peculiaridades a saber: que es predominantemente femenina, y que está indisolublemente unida a las características del vínculo con la madre. En nuestra actualidad y relacionada con las nuevas condiciones y requerimientos socio-culturales, han sufrido un incremento considerable, aunque son trastornos conocidos desde antiguo.

La pregnancia de la IMAGEN, corporal, en este caso, etérea, des-sexualizada, inalcanzable, inmaterial, representan para las adolescentes un polo de atracción ya que ven en ella, un ideal.

En largas jornadas de trabajo, reflexión, contacto con colegas, lecturas, etc. no he encontrado referencias suficientes, que nos pongan en contacto con los antecedentes de dichas patologías.

Es mi propósito, en este trabajo tratar de abordar metapsicológicamente lo que podríamos situar bajo el nombre genérico de LO ORIGINARIO en la entelequia de esta enigmática enfermedad, que puede terminar con la muerte de la paciente.

Para ello tomaré ideas y conceptos de Piera Aulagnier y Donald Winnicott, y los haré "trabajar" en este tema

En el pictograma que Piera Aulagnier nos dibuja de las primeras marcas, encontramos una trama tanto de la experiencia de satisfacción, como de la del sufrimiento.

Objeto - zona complementaria: imagen única, indistinta de un placer o displacer del cual soy sujeto y objeto a la vez. Si la experiencia es placentera el objeto (pecho) se irá constituyendo en "objeto fuente de deseo", de estímulo, de atracción, y la zona complementaria se irá constituyendo también en "zona erógena."

El ENCUENTRO, con todas las letras, irá formando la BASE de una subjetivación gozosa.

Creemos pertinente recordar a Winnicott que nos habla de esa zona o experiencia de "ilusión", donde "el yo cree que ha sido el creador del objeto de su satisfacción", ilusión que será también la base del sentimiento de seguridad y confianza que puede acompañar a una persona el resto de su vida, aún en los momentos de mayor conflicto o dolor.

Sabemos también que, si esta posición ilusoria no cae, puede ser la base de una posición maníaca en el futuro, con "delirios de certezas". En otros casos, encontramos certezas que se transforman en principios y saberes que forman la columna vertebral de un yo creador - constructor.

La creatividad, tema tan actual, tendría su fundamento en estas primeras vivencias, primeras creencias, primeros saberes (corporales). ¿qué acto más mágico puede tener un sujeto que el de haber creado el objeto de su satisfacción allí en sus orígenes, el objeto de su placer? Acto mágico constitutivo de un yo de placer, que pone el deicismo narcisista en acto. Su majestad e I bebé en toda su potencia. Acto creativo, donde intervienen una madre amante y un hijo amado.

En estos primeros momentos de la constitución subjetiva, todo lo que sucede es tan originario como original. Primeros tiempos señalados por Melanie Klein que llegó a decir que la internalización del objeto bueno (pecho) forma el núcleo del yo. Así como la internalización del

objeto malo es el núcleo del Superyó sádico temprano, Superyó que también encontramos en los trastornos de alimentación, especialmente en la Anorexia Nerviosa.

Siguiendo con estos autores, y pido licencia, metabolizando una y otra vez sus ideas, entramos en el área de sufrimiento. En vez de zona erógena encontramos una zona devastada y el objeto (pecho) en vez de ser causa de...placer y de deseo, aparecerá como causa de... sufrimiento, de terror. Sólo que uno y otro están en lo originario tan indisolublemente unidos que pecho y boca, son sólo uno. Si lo que se produce es displacer y sufrimiento se tenderá a decatectizar la experiencia y su representación o en los términos de lo originario *"se tenderá a rechazar fuera de sí esta escena, pero en la medida que están indisolublemente unidos, el rechazo del objeto y su decatectización irán acompañados del deseo de aniquilar también la zona complementaria, es decir, la boca y la actividad que la caracteriza. Hay una puesta en escena de una imposible separación, de un desgarramiento violento y recíproco que se perpetúa entre zona y objeto. Es un lugar del doble deseo de destrucción, lugar en que se desarrolla un conflicto mortal e interminable."* (1)

Recortando las ideas de Winnicott en este punto, creemos pertinente citar las consideraciones que hace respecto a lo que denomina depresión psicótica, diferenciándolo de la depresión reactiva, que configura la reacción consciente frente a la pérdida de un ser amado. En relación a la depresión psicótica dice Winnicott *"la pérdida puede ser de ciertos aspectos de la boca que desaparecerán desde el punto de vista infantil, junto con la madre y el pecho, cuando se produce una separación anterior al momento en que el bebé ha llegado a una etapa de su desarrollo emocional que pueda equiparlo de manera adecuada para encarar esa pérdida. La misma pérdida de la madre pocos meses después entrañaría una simple pérdida del objeto, sin ese elemento adicional de pérdida de parte del sujeto"* (2)

CASO JUAN (3)

13 años - 1,40 de talla - 18 kg

Juan se interna con un cuadro clínico de anorexia y vómitos, con marcado descenso de peso. Los vómitos eran permanentes, ya sean espontáneos o provocados por distintos tipos de maniobras, incluidas presiones que él mismo se hacía con sus manos. Se queja también de dolor abdominal. Proviene Juan de una pequeña ciudad del interior del país. Y de un medio social muy pobre. Es hijo de madre soltera que lo abandona poco tiempo después de nacer., dejándolo en manos de una tía que lo somete a maltratos. A los dos años, los abuelos se hacen cargo de él. El niño se cría desobediente, desafiante, y no acepta límites. Vagabundea por las calles y desaparece todo el día. Los vecinos y maestros se quejan de él, y la abuela y sus hijas tienen una conducta ambivalente: lo consienten y lo rechazan y castigan. El abuelo, en cambio, lo defiende y es el único vínculo de ternura incondicional que Juan conoce. Lo considera su hijo nieto preferido. El niño lo llama "papi" y duerme ocasionalmente en su cama. En realidad, Juan no tiene cama propia y duerme cada noche en una cama distinta, pero en los últimos meses el abuelo duerme mucho con él. Esta relación mutuamente idealizada se interrumpe bruscamente cuando el abuelo fallece. El niño no muestra signos de dolor o tristeza, pero al año comienzan los trastornos de alimentación. Sólo que Juan soñaba con el abuelo, pero al contárselo a su abuela ésta le dice, siguiendo la cultura popular de esta zona del norte del país "no hay que soñar con los muertos, para no molestarlos y hay que dejarlos ir". Impide así la poca capacidad y posibilidad que tenía este niño de elaborar el duelo y poder metabolizar esta enorme pérdida. Frente a l no comer de Juan consultan a un curandero quien les dice que Juan padece de un "padrejón". Esto significa en la cultura popular, un daño hecho en el estómago a los hijos varones que no tienen padres.

Este niño fue tratado por el equipo de internación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Estuvo internado en terapia intensiva y luego en la sala durante 6 meses. Hizo un vínculo terapéutico con el médico administrador del caso y la psicóloga que lo tuvo en tratamiento individual. Funcionaron metafóricamente, como la pareja de padres que no tuvo primero y que perdió después. Se le dio también un sostén terapéutico a la abuela. Cuando llegó al hospital, después de un interminable y alucinante viaje en tren, donde no dejó de vomitar, al encontrarse con el administrador que se hizo cargo de él le dijo "¿por qué Ud. quiere hacerse cargo de

mí?". Es decir inconscientemente, no quería ni podía aceptar una segunda oportunidad. Durante su estadía de mayor gravedad recibió medicación y sólo soportó la lectura de cuentos. Ya en la sala comenzó a jugar y al ver un autito dijo " con esto jugaba con mi abuelo" y allí por primera vez, recordando a su abuelo, recuperó su memoria y junto con ella comenzó un largo trabajo de duelo con su terapeuta.

Juan fue diagnosticado por nosotros como una depresión psicótica, cuya manifestación clínica se presentó como una anorexia nerviosa. Tal como lo entiende Winnicott no es una psicosis estructural, sino una reacción a un duelo temprano, donde objeto y boca se pierden a la vez (al modo de una psicosis).

Las depresiones tempranas así como los duelos sin elaborar, tanto del niño como de su madre, están en la base de muchas reacciones anoréxicas o anorexias nerviosas veras. La peculiaridad de este caso, el hecho de ser varón y que su objeto maternante haya sido su abuelo, así como su muy buena evolución posterior me indujeron a incluirlo nuevamente en este trabajo (3)

Volviendo a nuestro tema decimos que, estos puntos tempranos de no simbolización, quedan latentes y potencialmente activos, prestos a ponerse en evidencia frente a un duelo. Estos puntos de no simbolización, también los podemos pensar como puntos de ecuación simbólica donde quedan amarrados madre = leche, o como en el caso Juan abuelo en función materna = alimento Ambos se pierden a la vez.

El grado de patología depende a mi juicio del grado de representabilidad logrado. Si la representabilidad, como dice Piera Aulagnier, es producto de la catectización, depende del placer logrado aún en malas condiciones el grado de devastación producido en la zona. Lo tanático, producto de la decatectización lo pensamos al estilo de Piera Aulagnier como "el deseo de no desear". En ese sentido hay una lucha en las anorexias nerviosas por matar el hambre y todo tipo de necesidad y de deseo.

Tenemos entonces un modelo para pensar el tema del "no comer hasta morir de las Anorexias Nerviosas" : en lo ORIGINARIO se presentan dos modelos que a su vez corresponden también a dos modos de caracterización de esta patología, a saber:

1) ZONA DEVASTADA, AGUJERO NEGRO, DEPRESION PSICÓTICA, TRAUMA NEGATIVO.

Lo que debió ser no fue, lo que debió presentarse estuvo ausente, y en estos tiempos tempranos, el punto de fragilidad no va a ser sólo la boca, sino también vamos a encontrar un punto de fragilidad yoica.

Pensamos en un tipo de Anorexia que podríamos llamar "anorexígena", rebelde a la acción terapéutica, de base depresiva, donde luego el cuadro clínico se complejiza con elementos superyoicos tanáticos, que actúan como órdenes de muerte, frente a los también complejos avatares de la pubertad, entre los cuales debemos mencionar el segundo proceso de separación individuación. Proceso q estos pacientes vivencian como una "traición " al objeto moribundo que deben sostener. Según Joyce McDougal "*hay una ley materna que prima en las pacientes psicósomáticas, que cuestionan la autonomía de la hija*".

Para que la hija pueda procesar esta segunda configuración emocional y corporal que significa el proceso de individuación en la adolescencia, se necesita una madre, como sostén simbólico de estas vivencias.

Así como, según Winnicott, la posición depresiva es un logro mamá -bebé, podemos pensar que la individuación también es un logro padres - hijos y que ésta es una de las funciones parentales que están en la base de vivencias tanto de falta de sostén como de devoración. Madres infantiles, melancólicas han tomado a esta hija como una parte y no como sujeto propio. Así como en las primeras vivencias hay ausencia materna, luego, vemos con frecuencia

una inversión de posiciones donde la hija asume el rol protector, y de sostén. Esta posición estalla en la pubertad y en el síntoma "no comer" vemos su contrapartida "no dejarse comer". Sólo que, ésta es una rebelión fallida que, como todo síntoma, termina atrapando a todos en su red. El punto de fijación en la niña es el punto de la propia voracidad que termina configurando un complejo punto de angustia alrededor del alimento. El pecho es devorador - devorado. Madre e hija son también devorantes y devoradas en esa relación simbiotizada. Pero como síndrome en sí, expresa el rechazo profundo a ser devorada e intenta ser, ser sujeto.

CASO MARIELA.

A veces encontramos en la clínica, datos tempranos, de los trastornos de alimentación. Dice una paciente internada "": cuando tenía 3 años, mis padres se separaron y según mi abuela yo dejé de comer. Ella me hacía postres para que comiera pero yo cerraba la boca y rechazaba todos sus esfuerzos. Cuando mis padres, por un período se volvieron a unir, empecé a comer. En el tiempo en que estuvieron juntos, yo era una gordita feliz ". Durante la internación se pudo visualizar otros aspectos de la relación madre - hija, que iluminaron la comprensión de este caso. MARIELA, cuya madre era una persona depresiva grave, se había hecho cargo de la crianza de sus hermanos menores, asumiendo las exigencias maternas como propias. En el momento de la pubertad y frente al dilema de su deseo de autonomía, hace el síntoma, es decir ya no puede ni quiere (inconscientemente) quedar ligada para siempre en ESTE LUGAR ser cuidadora de su madre, pero tampoco puede irse, ya que éste abandono sumiría a su madre en otro acceso melancólico. Ante la imposibilidad de resolver este conflicto, la anorexia aparece y se instala con su mudo decir. Una anécdota de esta internación. Mariela come lo que la pediatra le indica, y la enfermera trae la ración medida y pesada. En este caso, la madre estaba presente en las comidas porque no había personal de enfermería o familiar que pudiera reemplazarla. Aparentemente Mariela comía todo lo que se le servía, pero no aumentaba su peso crítico, por el contrario, seguía bajando algunos gramos más. De modo que la situación se hacía desesperada. Estaba el equipo frente a un enigma, hasta que un día una enfermera ve que, Mariela comía un poco y "la madre se comía el resto"....

Metafóricamente también, Mariela no era un sujeto entero para esta madre, sino un resto que ella, también inconscientemente se devoraba.

Volviendo a LO ORIGINARIO tenemos otra posibilidad o modelo, para pensar los orígenes y así veremos lo que llamamos con Piera Aulagnier

2) ZONA SINIESTRADA, TRAUMA POSITIVO

Zona objeto de un siniestro, de algo que no debió haber sucedido, pero ocurrió. Se trata de situaciones de maltrato, violencia (materna o paterna), donde el infans, sufre la presión, imposible de comprender y/o metabolizar de un encuentro traumático. Anorexias de tipo "buliniforme", o cuadros mixtos

CASO DE LA VACA LOCA

Se trata del relato que hace una madre, de los primeros momentos de amamantamiento. Dice "mi médico insistía que la amamantara, pero no nos entendíamos, cada vez era un suplicio para mí, además se me había agrietado el pecho y darle de mamar era algo totalmente doloroso para mí y seguramente displacentero para ella, era un desencuentro permanente, una lucha campal. Un día le dí un golpe en la cabeza y otro una palmada en la cola. Ahora me siento muy culpable porque era un bebé de meses, pero en ese momento no podía con mi furia. Estábamos en Inglaterra y residimos allí hasta los 12 años de ella. Fue la época del temor a esa enfermedad que tenían las vacas y que decían que se volvían locas, que se les reblandecía el cerebro y también a las personas que comieran esa carne. Mi hija estaba aterrada y empezó una dieta vegetariana, diciendo que la "comida estaba loca". Fue el comienzo de su anorexia.

Esta madre sufriente y caótica dio origen a una vivencia (reforzada luego por otras situaciones) de enloquecimiento ligado a la comida o al comer.

Es como si se hubiera vuelto loco el mecanismo de introyección - proyección y así lo "loco" que introyectó debo expulsarlo o proyectarlo fuera de mí.

Esta niña comenzó con vómitos reiterados y luego laxantes, etc. a continuación de una ingesta compulsiva.

Piera Aulagnier, dice (4) que el vómito es la única defensa temprana que tiene el infans para intentar deshacerse de la escena intolerable. Prosigue diciendo que el infans no puede taparse la nariz ni tampoco puede dejar de oír, pero puede vomitar la leche.

También es interesante pensar el oído como cavidad inerme, sin defensas, frente a las voces. Ya que el Superyó está constituido por voces y como decíamos en la Anorexia Nerviosa, puede ser un imperativo categóricamente tanático. Interrogadas algunas pacientes por el no comer dicen " comer me da culpa, me da vergüenza" . "es como si estuviera haciendo algo malo". Después de un atracón me vestía de negro...estaba de luto...tenía fantasías suicidas". Otra paciente grave decía que veía una cabeza sin cuerpo que le decía que no tenía que comer".

Evidentemente el mandato tanático era, "debes ser inteligente, buena alumna, buena hija, debes cumplir con mamá enferma...pero no debes comer... " ya que comer es en ese momento puberal, es sexualizarse, tener cuerpo tener deseos incestuosos .En el momento del comienzo de la adolescencia es entrar en otras zonas que debieran ser libidinales, pero que arrastran tras de sí lo devastado o lo siniestrado. Entrada puberal que termina pronto en una claudicación tanática.

Lo que comienza siendo una dieta, en estos casos se complejiza y deviene una profunda patología.

Volviendo a nuestro planteo inicial, es decir, la falta de datos tempranos de los trastornos de alimentación y especialmente de las anorexias veras, y por consiguiente la falta de parámetros para poder tomar medidas preventivas, pensamos que se debe justamente a las características señaladas en este trabajo.

La negación simple y/o la desmentida en casos más graves, es una constante en la paciente y su familia.

En la paciente, ya que hay fallas tempranas en puntos de simbolización que quedan además aislados, disociados, recubiertos en la mayoría de los casos por una aparente sobre adaptación exitosa., que le permite " mantenerse sana hasta la pubertad".

En la madre encontramos fallas graves en la capacidad maternante, que luego dan cabida a la re-negación que se manifiesta como un largo período clínico silencioso sin síntomas aparentes, hasta que "estalla" el conflicto.

Los duelos congelados, sellan este cómplice silencio madre - hija con un padre, que, generalmente no interviene en esta dupla simbiotizada que logra así su precaria homeostasis.

Las dificultades de incluir alimentos nuevos, así como los vómitos en edades tardías como la latencia, pueden ser indicadores tempranos de estas patologías.

Las reacciones somáticas se deben fundamentalmente a las características familiares donde lo emocional no se despliega y así se coarta la posibilidad de metabolizar y simbolizar aquello que en lugar de ser enviado al cuerpo, debiera ser enviado al orden del decir, y del sentir .

Pero, ¿puede ser dicho o sentido aquello que fue objeto de un siniestro, de un trauma, de una vivencia devastadora? Creemos que sólo un profundo y prolongado trabajo terapéutico puede acercarnos a aquellos oscuros orígenes

DRA MARIA TERESA CENA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) AULAGNIER, PIERA LA VIOLENCIA DE LA INTERPRETACION AMORRORTU ED. CAP.EL PROCESO ORIGINARIO Y EL PICTOGRAMA

2) WINNICOTT, DONALD COLLECTED PAPERS (TAVISTOCK LONDRES)

3) ANOREXIA NERVIOSA MASCULINA REVISTA DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE BUENOS AIRES VOLUMEN XXXIV NUMERO 152 MARZO 1993 AUTORES PARRAL, CENA, CONTRERAS, HAAS Y OTROS.

4) AULAGNIER, PIERA LA VIOLENCIA...IDEM

Lo traumático. Su relación con la anorexia

Silvina Bruno - Analía Vázquez

En un primer momento contextualizamos nuestro trabajo definiendo lo que entendemos por trauma, para comprender por qué el psiquismo se constituye de manera traumática.

Daremos cuenta de los efectos acontecidos, una vez constituido el aparato psíquico, cuando ingresa bruscamente una cantidad de excitación que no puede ser adecuadamente metabolizada.

Además realizaremos una articulación teórica- práctica, teniendo en cuenta uno de los objetivos generales de éste seminario, que es el de realizar una reflexión clínica desde dónde abordar las demandas actuales. Eje que nos permitirá relacionar los demás contenidos del programa.

CONCEPTUALIZACION

*"La noción de **trauma** reconoce su procedencia del conocimiento médico y recibe una herencia semántica del griego. Su significación alude a herida, de gran cualidad perforante, o sea, una herida por perforación. Ello implica que toda herida supone una efracción. Por lo tanto, se trataría de una ruptura de una cierta superficie defensiva" 1.*

*"**Traumatismo**: designa las consecuencias de una lesión resultante de una violencia externa" 2.*

Desde la teoría psicoanalítica se define al trauma psíquico como "el efecto que el ingreso masivo de montos de excitación produce en el psiquismo cuando la cantidad del estímulo es de tal orden que rompe las barreras protectoras de las cuales el aparato psíquico está provisto y/o cuando, debido al desvalimiento e inermidad psíquica, dichos montos de excitación no pueden ser adecuadamente derivados o metabolizados" 3.

DESARROLLO

"Al nacer el humano, adviene con un cuerpo que funciona de acuerdo a ciertas legalidades. Antes de que se constituya el aparato psíquico existen legalidades neurológicas: se perciben determinados estímulos y otros no, de inicio hay cerebro que recibe y procesa con modos del orden autoconservativo, los instintos organizan en un primer momento la relación con el mundo. Cuando un niño llega al mundo éste lo impacta con una serie de estímulos que lo invaden. Su bagaje biológico trae las condiciones necesarias, no suficientes para que se instale, a partir del semejante, el proceso de humanización" 4

La madre, al alimentar al bebé brinda algo más que el alimento (la mirada, las palabras, las caricias) y produce algo de la erogeneidad, que no estaba inscripta antes de que se lo alimente. *"La vivencia de satisfacción no se constituye por la mera aportación de elementos nutricios, sino por el hecho de que ese elemento nutricional es introducido por el otro humano" 5*

Se produce entonces un plus que no estaba previamente. El otro introduce ese plus de excitación que obliga a lo neurológico a funcionar, a procesar con leyes que no están en el cerebro, que son el efecto de un tipo de relación con el otro. *"El bebé es arrancado del estado natural" 6* y con el alivio de la tensión de necesidad, se introduce algo que no estaba esperado biológicamente, obligando a procesar de un modo diferente lo que ingresa. El aparato se pone en marcha para tramitar la cantidad recibida. *"Sin este modo de intervención no hay crecimiento psíquico" 7.* *"Si no hubiera implantación pulsional, el organismo biológico recibiría sustancias necesarias para la conservación de la vida, sin ser obligado a un trabajo psíquico extra, de resolución del remanente excitatorio que implica el plus de placer" 8.*

En el momento en que se calma el bebé se genera algo que no es evacuable, que es del orden del placer, y que se produce por el exceso de la sexualidad del adulto.

Este exceso se inscribe en el psiquismo permitiendo que el mismo se constituya a partir de la imposibilidad de resolución. El sujeto buscará de ahí en más aquello de lo que ha tenido registro: *"El deseo es un movimiento que va de la tensión de necesidad al investimento de la huella de la experiencia de satisfacción"* 9.

Amanda Cueto explica que el infans debe hacer algo con la excitación inevacuable producida por el plus, ese algo es retenerla en un espacio que la contiene y que origina al aparato psíquico. Este se constituye frente al apremio de la vida, y es allí donde se inscribe esta primera experiencia de satisfacción, experiencia que se activa cuando surge nuevamente la necesidad y produce la representación en ausencia de esa primera vivencia. Es la alucinación primitiva, primer germen de simbolización en el infante. Dicha alucinación primitiva está destinada a caer cuando el hambre insiste y el infante busca nuevamente el pecho, pero ese primer objeto está perdido para siempre, ya nada es igual a la primera vez. Estas primeras experiencias de placer o displacer quedarán impresas en su ser y aunque después de la represión originaria serán inconscientes, marcarán su búsqueda de experiencias durante toda su vida. Se dispara la búsqueda de un encuentro posible, que será buscado por siempre. Esa búsqueda motoriza y funda el deseo.

El yo es el organismo ligador y defensivo que no existe desde los orígenes. Como dice S. Bleichmar, es una estructura segunda. Dicha autora se pregunta entonces como se puede hablar de traumatismo no habiendo un yo, cuando todo el organismo puede ser traumatizado. En este caso se puede pensar en términos de traumatismo porque *"algo viene de afuera, irrumpe, y obliga a un trabajo psíquico, a un esfuerzo, y eso que irrumpe es del orden de una cantidad no metabolizable"* 10.

Antes a la represión originaria, antes que el yo cumpla sus funciones (inhibición, ligazón) la intrusión de lo sexual obliga al sujeto a resolver el remanente excitatorio buscando conexiones y derivaciones que constituirán modos de defensa precoces.

Los elementos que el aparato recibe se inscriben y forman su entramado de base. Una vez constituido, procesará lo que le llega en función a ciertas reglas. Si lo que llega excede la posibilidad de procesamiento, se constituyen formas de traumatismo. Existe entonces una *estrecha relación entre lo ya constituido y lo nuevo que llega*.

El funcionamiento psíquico está constantemente sometido al ingreso de cantidades que debe procesar. Para Silvia Bleichmar, el traumatismo es aquello del acontecimiento capaz de producir efectos que obliguen a una rearticulación del funcionamiento psíquico, a partir de que las defensas habituales ya no son operativas. El traumatismo es una fractura en el yo, el cual ya no puede cumplir con una de sus funciones: Tramitar cantidades de estímulos y excitaciones, internas y externas. Lo traumático se produce cuando esas cantidades exceden la capacidad de tramitación que el yo posee y lo desbordan. De ahí que lo traumático es singular en cada yo.

Para dicha autora, el traumatismo no es lo que viene a incidir en una serie preformada. La génesis no es del orden de lo que se puede anticipar, es algo que se constituye en su devenir, es el sistema de recorridos, es historia. La génesis del aparato psíquico constituido no está fijada desde el nacimiento y tienen que darse ciertos recorridos para que el aparato pueda funcionar bajo ciertas formas. La génesis no es del orden de lo endógeno sino de lo exógeno traumático, procesado por metabolización. El concepto de metabola permite tener claro que lo traumático no es el acontecimiento sino la forma en que lo acontecimiento se inscribe en el psiquismo. El traumatismo es una *ecuación*, es decir, es la relación existente entre lo que proviene del exterior y la capacidad metabólica o simbolizante del psiquismo respecto a aquello que le llega.

El concepto de trauma psíquico sufre una evolución considerable a medida que Freud va elaborando y modificando el edificio teórico del psicoanálisis: una ampliación progresiva de la

connotación del concepto, un alejamiento cada vez mayor del concepto médico de trauma, una diversidad y complejidad creciente de las situaciones traumáticas y una metapsicología más completa.

"En un primer momento, a partir de 1985, Freud se ocupa del trauma en relación con la etiología de las neurosis de transferencia y establece una descripción metapsicológica de forma predominantemente económica" 11. El trauma psíquico estaba equiparado al trauma psíquico sexual infantil. El abandono de la teoría de seducción (seducción en dos tiempos: vivencia infantil sexual, posteriormente se produce un hecho minio, ínfimo, que actúa sobre la vivencia traumática y la hace actuar por retroactividad) llevó a un predominio creciente de la vida fantasmática en la producción de los traumas.

Para Freud, en ésta época, la capacidad de respuesta del psiquismo al trauma implicaba una descarga emocional a través de enlace asociativo en palabras, es decir, implicaba catarsis o abreacción de la energía estrangulada. Lo traumático era un problema de *exceso de cantidad*.

Freud en sus Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1916-1917), reubica a la teoría del trauma dentro de la teoría de las series complementarias (constitución sexual, experiencias prehistóricas + experiencia infantil + experiencia adulta accidental = Neurosis). El trauma se encuentra en dos puntos distintos de la serie: en las experiencias prehistóricas (el gran trauma del asesinato del padre y de la castración) y el nivel de la experiencia accidental adulta que produce el trauma por retroactividad.

En *Mas Allá del Principio del Placer (1920)*, Freud describe al organismo como vesícula viva que mantiene vinculación con su medio al abrigo de una capa protectora (barrera antiestímulo) que opera como filtro de las excitaciones a que se halla expuesto. Cuando esta capa sufre una *efracción* da lugar al trauma. Dicha efracción *"anula la eficacia del principio del placer y de constancia, promoviendo una tarea psíquica que opera más allá del placer, oponiendo al proceso disruptivo una labor de ligadura. Se afecta toda la economía libidinal y fundamentalmente, aquella ligada a la imagen de sí, a la integridad narcisística"* 12.

El estudio de las neurosis traumáticas y de las neurosis de guerra, llevó a Freud a introducir un concepto nuevo que modificó el edificio teórico del psicoanálisis, y en particular, la teoría del trauma: El de pulsión de muerte.

Baranger y Mom explican que el trauma se sitúa en tres ejes: la pulsión de muerte, la etiología y el a posteriori; la repetición y la temporalidad. Desde la pulsión de muerte se la puede describir como una invasión tanática; desde el a posteriori del proceso analítico, nos aparece como una construcción; desde la repetición y la temporalidad, lo vemos como un intento de superación de la primera y apertura de la segunda. La situación traumática, al alterar el equilibrio dinámico de las pulsiones, contribuye a desligar lo que ha ligado la libido, liberando un cierto monto de pulsión de muerte. Casi nunca hay mociones pulsionales puras, sino mezclas de ambas pulsiones en diversas proporciones. El trauma incide sobre estas mezclas provocando una desmezcla, que viene a activar a la compulsión a la repetición (intento de ligar la pulsión de muerte) y exige nuevas investiduras libidinales y nuevas medidas defensivas del Yo (inhibiciones, fobias, etc.).

En *Inhibición, síntoma y Angustia (1926)*, Freud realiza la última reestructuración del concepto de trauma, en donde lo relaciona con la angustia y lo sustituye por el concepto de situación traumática, es decir, *"una situación siempre compleja, que pone en juego tanto el mundo interno como el mundo externo, que activa toda una fantasmática, tanto en sus aspectos universales como en las formas que ha adoptado en la historia individual, que altera los equilibrios alcanzados en la lucha de la libido con la pulsión de muerte"* 13.

Freud postulaba la existencia de dos clases de angustia: *"la angustia automática, que se caracterizaba por la inundación del aparato psíquico por magnitudes de excitación inmanejables y provoca un estado de desorganización psíquica, y la angustia señal, manejada por el yo con la finalidad de impedir la irrupción de la primera y de edificar síntomas defensivos"*

más o menos adecuados en los cuales la angustia tiene su lugar, pero limitada, domesticada, integrada a la vida del sujeto" 14.

"El trauma le hace imposible al yo desarrollar una señal de angustia y mecanismo defensivos eficaces. Las defensas han sido tomadas por sorpresa, condición que ha dado lugar a la pérdida de seguridad y a un estado de impotencia. El yo se ha visto confrontado con una experiencia que esta fuera del marco de las experiencias anteriores y a la que por lo tanto no puede adaptarse" 15.

Para Serrone y Cheluja, tanto las neurosis actuales como las traumáticas se caracterizan por el desarrollo de angustia automática. El origen de las neurosis actuales no debe buscarse en los conflictos infantiles, sino en el presente y sus síntomas resultan de alteraciones en la descarga de la tensión sexual somática. Estas alteraciones, que implican una falta o inadecuación por defecto o por exceso, inciden en la satisfacción sexual teniendo como efecto la acumulación de tensión sexual somática que deviene en angustia (Neurastenia, Neurosis de Angustia e hipocondría). Las neurosis traumáticas son aquellas que sobrevienen a consecuencia de un choque emotivo ligado a conmociones mecánicas, choques y otros accidentes que conllevan riesgo de muerte, quedando el yo inerte e impedido de ligar (desvalimiento).

Para las mencionadas autoras las neurosis traumáticas y las actuales son homologables en tres sentidos:

- Por su causación actual.
- Por la alteración económica que se produce.
- Por el desarrollo de angustia automática, que al no haber ligadura o romperse las mismas no hay significación, quedando la angustia en el terreno de lo corporal.

En la cultura pos moderna podemos hablar de la "**actualidad de la neurosis actuales**, ya que los problemas clínicos parecen encuadrarse en aquellas categorías, en tanto comparten con las mismas la actualidad de la causa, sea en función de ingresos masivos de excitación, traumáticos, que mientras no pueden ser ligados a representaciones insisten en la repetición y son siempre actuales; sea que la incapacidad para tramitar satisfactoriamente la cantidad a través de acciones cualificadas, produzca estancamientos pulsionales que se vuelven tóxicos y en este sentido también actuales" 16.

El común denominador observable en la clínica actual es el **trastorno** (de la alimentación, psicósomáticos, hipocondríacos, de la afectividad, adicciones de todo tipo, accidentes reiterados) que aparece en lugar del **conflicto**.

Para los trastornos no es aplicable la técnica clásica del levantamiento de la represión porque *"no tienen el carácter de transacción entre sistemas, no entran en formaciones de compromiso, no permiten la formación de síntomas. Metapsicológicamente son de orden distinto, no están atravesados por el juego entre el deseo y la defensa ni remiten a fantasías inconscientes accesibles a la asociación libre" 17.*

El trastorno implica que hay elementos en el aparato psíquico que no han podido entramarse, por lo que permanecen como montantes de excitación sin ligadura. La compulsión a la repetición es una búsqueda de la ligadura ausente. Cuando los montantes de excitación exceden un determinado umbral, surge la ansiedad que se calma o cesa mediante la actuación, por ejemplo, el acto bulímico.

No podemos pensar que ha operado la represión debido a que no hay conflicto entre instancias psíquicas. El síntoma representa una transacción entre sistemas, es histórico, remite a la sexualidad infantil y es simbólico. Esto no se evidencia en el trastorno, y si bien no podemos decir que no ha habido represión, algunos aspectos no cayeron bajo la represión originaria. No podemos hablar entonces de retorno de lo reprimido.

ARTICULACIÓN TEORICA CON UN CASO DE ANOREXIA
PRESENTADO POR B. ROVIRA Y SUPERVISADO POR B. BRUSSET

CASO MARIA

María tiene 20 años en el momento de la consulta, es soltera y estudiante universitaria de ciencias Políticas. Llega a la consulta por consejo de una tía psicóloga y luego de haber consultado a dos colegas en tres meses con quienes no se sintió ni identificada ni comprendida.

Su familia está constituida por su madre, por un padre fallecido cuando María tenía 9 años, un hermano dos años mayor y una hermana tres años menor.

Con respecto a la relación primaria de María con su madre, ésta ocupó mucho de su tiempo al cuidado de su marido y no tanto al de sus hijos. Como dice Brusset, ella no pudo investir libidinalmente a María (retracción de la libido por elaboración de duelo), sino que se ocupó de una manera operatoria, con una gran distancia afectiva, quedando el placer de lado. Ello nos habla de una madre instrumental, que si bien calmó las necesidades biológicas, no introdujo el plus (mirada, caricias, palabras, etc.), es decir, la sexualidad, que posibilita el surgimiento de lo psíquico. La madre al no pulsar, no efraccionó el cuerpo biológico constituyendo las zonas erógenas. Se evidencia, a su vez, una falla en el narcisismo trasvasante de la madre que unifica lo previamente efraccionado.

Amanda Cueto, en su artículo "El inconsciente, su heterogeneidad", explica que una madre en duelo y con culpas genera fallas en la barrera de protección antiestímulo por su incapacidad de ensoñación (continencia y simbolización), produciéndose una labilidad en los límites del yo y apareciendo cápsulas de vacío en la constitución psíquica. Cuando esto sucede nos encontramos ante el *traumatismo primario*, fallas que se interponen en la formación del yo, dejando algunas representaciones sueltas de enlace, agrupándose en cápsulas de vacío. El yo para intentar mitigarlos incorpora trozos ajenos (bulimia y anorexia). María, para sobre compensar el vacío, recurre no sólo al alimento, sino al apego desesperado a objetos como el estudio, los deportes, el trabajo, las dietas.

Podría pensarse que dicha sobrecompensación ya no le es tan efectiva, ya que María dice que está perdiendo el control; que después de la llegada a Buenos Aires comienza su crisis de ansiedad. El hecho de que este preocupada y ansiosa es, como dice Brusset, un índice de buen pronóstico, lo peor es cuando la paciente no tiene ningún afecto, ni siquiera afectos negativos.

Otro hecho significativo es el mensaje que el padre les dejó: "Prosigan como si yo siguiera vivo". Brusset dice al respecto: " que el hecho de no haber podido ir al funeral de su padre no ha hecho más que reforzar esta situación de renegación cuando la paciente tenía nueve años". Con su sobreadaptación (por ejemplo al tratar de ser abanderada), María busca cierta percepción del padre, es una búsqueda *casi alucinatoria* al no haber representación, rememoración, espacio fantasmático en relación con el padre ni simbolización. André Green habla de alucinación negativa, entendida ésta como la imaginación de un deseo; es negativa por la ausencia del objeto real, en este caso del padre. Hay un no-reconocimiento de dicha ausencia.

Teniendo en cuenta el trauma en dos tiempos de Freud, ubicamos el desencadenante de su trastorno a los quince años. En este momento María rechaza a un compañero debido a su dificultad para encontrarse con su sexualidad, con sus sentimientos. Reacciona entonces sobre invistiendo a los comportamientos anteriores, regresando a la latencia. Acude a desmentir su sexualidad y la muerte de su padre (teniendo en cuenta lo que significa a nivel cultural los 15 años de una adolescente), ya que son encuentros con lo real.

Pensamos que en María se desencadena dicho trastorno debido a las fallas en su constitución psíquica. Los montantes de excitación que permanecen en su psiquismo sin ligadura, y que se

generaron debido a que sobre ellos no actuó la represión originaria, son reactivados por acontecimientos actuales, que operan retroactivamente.

María no pudo elaborar el duelo por la muerte de su padre, no hubo simbolización. Posteriormente, un hecho significativo, como fue el desarraigo, el tener que salir de su provincia para ir a vivir a Buenos Aires, lugar donde había fallecido su padre, activó lo previamente no elaborado.

Al presentarse a lo largo de su vida micro-duelos, considerados como naturales y frente a los cuales muchas personas se repondrían elaborando lo sucedido, ella no los puede simbolizar, elaborar, metabolizar, y su única salida es la regresión a mecanismos primarios como los descriptos con anterioridad.

Notas

- 1 Fernández Roberto: " Heridas abiertas". Actualidad Psicológica N° 211, julio 1994, página 15.
- 2 Serrone, Amelia: "Supuestos teóricos freudianos". Página 1.
- 3 Serrone, Angelina Amelia: "De terrores y de sombras".
- 4 Cueto, Amanda: "Breves notas introductorias de los conceptos a trabajar en la cátedra". Año 2001.
- 5 Bleichmar, Silvia: "La fundación de lo inconsciente", página 37.
- 6 Bleichmar, Silvia: Curso de postgrado: "Traumatismo y simbolización". Año 2001. Clase n° 2, página 3.
- 7 Bleichmar, Silvia: Curso de postgrado: "Traumatismo y simbolización". Año 2001. Clase n° 2, página 3.
- 8 Bleichmar, Silvia: Curso de postgrado: "Traumatismo y simbolización". Año 2001. Clase n° 4, página 2.
- 9 Bleichmar, Silvia: Curso de postgrado: "Traumatismo y simbolización". Año 2001. Clase n° 1, página 20.
- 10 Bleichmar, Silvia: Curso de postgrado: "Traumatismo y simbolización". Año 2001. Clase n° 4, página 5.
- 11 Baranger, Madeleine y otros: "El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud". Revista APA, 1987. N° 4. Páginas 746, 747.
- 12 Fernández, Roberto: "Heridas abiertas". Actualidad Psicológica N°211, julio 1994. Página 15.
- 13 Baranger, Madeleine y otros: "El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud". Revista APA, 1987. N° 4. Página 760.
- 14 Baranger, Madeleine y otros: "El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud". Revista APA, 1987. N° 4. Página 765.
- 15 Lopez Lallana, Susana: "El trauma psíquico, su articulación con la intervención en crisis".
- 16 Cheluja, E- Serrone, A: "Actualidad de las neurosis actuales". Página 4.
- 17 Cueto, Amanda: "El inconsciente, su heterogeneidad" Página 2.

Darse tiempo

Norma Pingaro

"La primera cosa que hace el casoar es mirarlo a uno con altanería y desconfianza. Se limita a mirar sin moverse, a mirar de una manera tan dura y continua que es casi como si nos estuviera inventando, como si gracias a un terrible esfuerzo nos sacara de la nada y nos pusiera delante de él, en el acto inexplicable de estarlo contemplando. De esta doble contemplación, que acaso sólo es una y quizá en el fondo ninguna, nacemos el casoar y yo, nos situamos, aprendemos a desconocernos"

Julio Cortázar

Los padres de D. llegan a la consulta derivados por el médico pediatra de su hija. Es la del medio de 3 hermanos, tiene 5 años. Consultan porque: "Viene comiendo poco desde hace dos años, el pediatra la encontró por debajo de su peso y le indicó una dieta estricta donde eliminé las golosinas y el pan. Así aumentó, pero luego volvió a bajar". Su mamá, Ana, una profesora de matemáticas exigente y disciplinada, afirma que no logra que tenga amigas, que D. abandonó el jardín a mitad del año pasado, que tiene miedo a estar sola y necesita verlos para poder dormirse.

De acuerdo a lo planteado por Hekier y Miller en su libro: "Deseo de nada", se trabajó en interconsulta, donde siempre le correspondió al médico el manejo de datos clínicos y a la analista, el escuchar. La premura prevaleció como sensación, el pediatra diagnosticó una desnutrición severa, con riesgo de internación, había que actuar rápidamente, significativo que se repetirá a lo largo de este trabajo ¿Cómo darse tiempo para la comprensión?

Llegan a la consulta con D., a pesar de que se les consignó que vengan sin ella. Mientras los padres hablan, se le ofrece un juego con fichas, el juego de la memoria. Tirada en la alfombra ordena las fichas en rigurosas hileras de dos en dos. El padre dice que la dificultad mayor es levantarla para ir a jardín, pero que es la que más se conforma de los tres hijos, no pide nada ni



hace caprichos. Él es empleado de mantenimiento en una compañía telefónica, D. lo espera hasta la una de la mañana para verlo. Sus padres, dados sus horarios de trabajo, hacen una verdadera carrera de postas para cuidar a los hijos, cuando uno llega el otro se va. Dice el padre: "Uno no hace a tiempo con las cosas". Llama la atención el tono jocosos en el que hablan de las dificultades de D., sobre todo cuando dicen que se golpea y no reacciona al dolor.

Este joven matrimonio vive solo con sus hijos desde hace dos años cuando la abuela materna falleció. Los abuelos paternos siempre vivieron lejos.

Ana dirá: "Mi mamá murió en una semana, fue muy rápido, en marzo nació mi hijo menor y en junio falleció mi mamá, ella me cuidaba los chicos y D. fue la que más desprotegida quedó. Mi mamá era una mujer muy fuerte que siempre se valió por sí misma, se murió en 12 días y se me derrumbó todo". ¿Contra qué es esta carrera horaria, este no

hacer a tiempo, sino contra el dolor que ocasiona la muerte de un ser querido?

En otra entrevista, se le ofrece a D. fibras de varios colores y papel. Elige el color negro y dibuja a su mamá con el control remoto mirando la televisión. Dice: "Ana (a quien no llama mamá) está mirando la tele". Le dibuja el corazón a su madre. * Ver Figura 1

Cuando falleció su abuela le dijo a su hermano mayor, sin ninguna demostración emotiva: "Sí, la nona se murió", aquí también no reaccionó al dolor, pero no físico, sino psíquico. La mamá de D. estaba en duelo, había quedado taciturna, mirando la nada, al decir de su marido. Con el corazón a la vista, mirando el televisor, según el dibujo. Una madre que no la mira, que no la libidiniza, que queda atrapada en este duelo sin poder vehiculizar el de D.

El padre dirá de su suegra: "Era mi segunda mamá". Su madre, enferma cuando él nace y desmejora cuando él se casa, la internan de depresión, tiene un intento de suicidio y le aplican electroshock. Este muchacho de melena y barba tupida, en actitud renegatoria, todo lo relata con una sonrisa, incluso cuando habla de su casa: "Todo es un solo territorio, los chicos entran en todos lados".

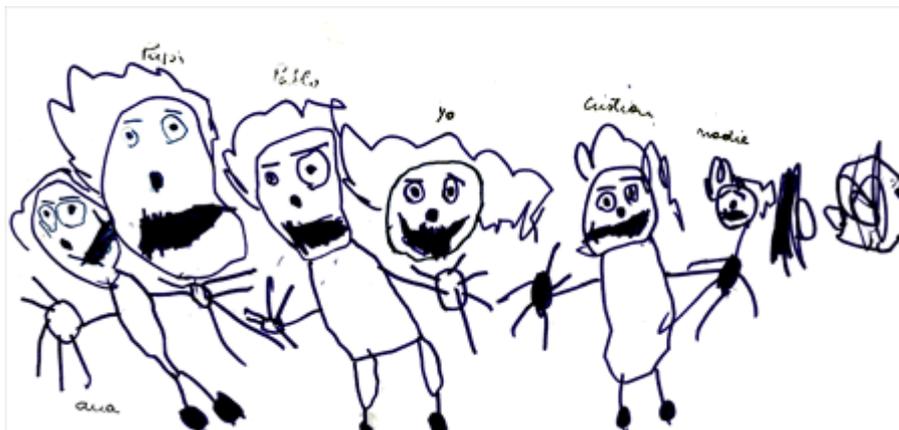
No existe relación entre la preocupación del pediatra y la terapeuta y la actitud de los padres.

En las primeras entrevistas con D., su mamá la trae, llega a upa, se resiste a quedarse. Menudita y despeinada, una vez que su madre se va, se recuesta en el sillón en posición fetal chupándose el dedo.

La espera de algún atisbo de juego se hace difícil, la posibilidad de una internación, presiona. Veo a los padres en entrevistas separadas y a D. en forma individual.

D. dice: "Ana me llevaba rápido y no me caí". Hace referencia a una madre apurada que corre de colegio en colegio y que lleva a su hija, en el coche, a velocidad y sin sostenerla. Su mamá la obliga a comer apurada porque tiene que atender al bebé. Arrasada por la situación, D. enarbola su única rebeldía: no comer, entonces lo logra: la miran y se preocupan. Cito a Hekier y Miller: "El sujeto amortaja su propio funeral: ser en nada. Ser en la muerte. Trágica respuesta del sujeto a la ignorancia del otro acerca de su ser, hecho de deseos y no de necesidades". Es bueno recordar también a Lacan en el seminario 4: " El único poder a disposición del sujeto contra la omnipotencia es decir no en el plano de la acción, introduciendo el negativismo. No obstante la resistencia se elabora en el objeto que se nos ha revelado bajo el signo de la nada. Con este objeto anulado el niño pone trabas a su dependencia precisamente alimentándose de nada".

D. quiere dibujar. Hace a su familia, pero se da cuenta, luego de dibujarles rostros con bocas remarcadas, que no tiene espacio para dibujar los cuerpos de ella y su papá. Cuando se le pregunta por alguien más que dibujó dice que es nadie. * Ver figura 2



¿Ella y su padre no tienen lugar? ¿Será su abuela esa otra figura que dibujó?

Juega con la súper masa haciendo huevos, los divide: de jirafa, los amarillos y de dinosaurios, los verdes. Hace un huevo más grande: "Es el papá porque sino los hijos se mueren de hambre". Le pregunto por la mamá, "no está", dice. "El papá los cuida porque sino los come un águila". Se le pregunta si ella también nació de un huevo, dice: "No, yo nací de la panza de la nona".

D. pide venir con su papá, quiere que él se quede mirando sus juegos con los huevos. "Que caprichosa", dice la madre, a quien esto le entorpece los horarios. Finalmente la trae él. Esto produce un cambio, juega como una déspota que dirige en forma autoritaria. Por primera vez toma los juguetes de cocina y hace de una madre apurada que me sirve la comida. "Es muy poquita", me quejo, dice: "Dale apurate, comé". Aquí el juego se despliega mucho más ¿Es la mirada del padre quién la protege de ser devorada por el águila? ¿La muerte? ¿De un padre que, a pesar de cargar el peso de que sus actos desaten catástrofes en su propia madre, comienza a mirar a su hija? Al decir de Lacan, en el seminario 1, clase 17: " No sólo yo veo al otro, sino que lo veo verme".

D. se preocupa por mi mirada. De pronto toma un papel, hace que escribe, lo coloca debajo del sillón, le pregunto qué hace, me dice: "Escribo secretos como vos". Dejo de escribir.

Abocadas al juego en donde soy definitivamente su partenaire, accede a darme más comida y hace que come ella. Aquí coloca a la analista en el lugar de semejante, posibilitando que se inicie el movimiento del andamiaje del deseo, del juego.

Cito a Liliana Donzis en su libro: "Escribir, jugar y dibujar": "La función del juego es interponer una mediación, una frontera al goce del Otro"

En las entrevistas, la madre se muestra en duelo. Le aclara a su hija que ella es su mamá. Comenta: "Mi mamá no está, pero ahora soy yo la mamá de la casa" y agrega: "Mi mamá era de ocuparse mucho de D., ahora ella quiere jugar conmigo, es más cariñosa y yo con ella".

Comienzan a respetar los horarios de D., esto permite que ella vaya al jardín con las horas de descanso necesaria. En su casa pide más atención, ya no se conforma y hace caprichos. Sale sola con la madre a pasear y le pide que le compre una hebillitas. En sesión trae su ropa nueva y su peinado y espera que la halaguen por ello. Pide un CD de Natalia Oreiro. Le preparan la habitación para ella sola. Ya no se resigna en función del Otro, comienza a tener un lugar como sujeto con deseos propios. Ya no necesita de su comer nada como baluarte de rebelión.

En el consultorio elige un juego en la computadora, el personaje tiene que sortear obstáculos y va perdiendo vidas. Cuando termina dice, refiriéndose al juego: "Que suerte: me queda una vida".

A fin de año participa de un acto en el jardín y en el verano va a natación con su mamá y sus hermanos, motivo por el cual no quiere venir a terapia. Estoy de acuerdo. Su apetito sigue en aumento. Se van de vacaciones. Se le harán estudios en marzo. Pacto con los padres que me llamen en Abril. Mes en el que los veo. Cuentan que D. ha sido dada de alta por el pediatra y se integró muy bien en el jardín, la mamá dice que en algún momento le gustaría a ella empezar un tratamiento, quizá esto le posibilite tramitar el duelo y poder permitir el de D., dándose tiempo para el dolor. Mientras tanto, como los protagonistas del cuento de Cortázar, madre e hija comienzan a contemplarse de otra forma, refundándose.

Cierto es que a lo largo de este trabajo tuve más interrogantes que certezas.

Para las conclusiones, habrá que darse tiempo, también.

Lic. Norma Píngaro

Bibliografía citada

- Deseo de nada. Hekier y Miller
- Escribir, jugar y dibujar. Liliana Donzis
- Seminario 4, clase 9. Lacan
- Seminario 1, clase 17 Lacan

Bibliografía consultada

- Deseo de nada. Hekier y Miller
- Escribir, jugar y dibujar: Liliana Donzis
- Seminario 4, clase 9. Lacan
- Seminario *Psicoanálisis del hambre*. Michel Sauval
- Seminario 4, clase 11. Lacan
- Seminario 1, clase 17. Lacan

Un caso de anorexia nerviosa: abordaje interdisciplinario

Ana Silvia Cheli

María llegó a la consulta estrenando sus 14 años (agosto de 1998).

La traía su mamá: Susy de 43 años, profesional de la salud; divorciada del padre de María, cuando María tenía 3 años.

Sin tratamiento especializado previo, con un marcado descenso de peso, había vencido a su pediatra y desconcertado a su familia.

Padre de 43 años, también profesional de la salud, vive en otra provincia, al norte del país. Hermanos: 2 varones, de 16 y 11 años respectivamente; María es la única mujer e hija del medio.

Alta, pálida, delgada. Sostenía férreamente su postura, sumergida en un inmovible silencio, el cuál era interrumpido solamente para defenderse agriamente de las indicaciones del médico y la nutricionista. Todo se podía esperar de Ella, bolsillos llenos de cualquier cosa para engañar solo a la balanza, recriminaciones y peleas con su madre al bajar la escalera de nuestra Institución. Silencio y más silencio. Enojo y más enojo. Sufrimiento y más sufrimiento...

EDI (Evaluación Diagnóstica Integral)

Evaluación nutricional:

- Peso: 44,500 Kgrs.
- Talla: 164 cms.
- IMC: 16,6
- Peso Mx. 51 Kgrs. (12/97)

Paciente que pierde 6-7 Kgrs. En un período de 6 meses, disminuyendo las porciones y llegando a comer un 50 % de lo que comía habitualmente. (Información obtenida de la madre).

Se observa en María una alimentación restrictiva y selectiva, eliminando alimentos en forma gradual. Lácteos enteros, carnes rojas, carnes en gral, grasas, preparaciones con salsas, continúa ingiriendo alimentos con azúcar.

Durante la semana del EDI, María no responde positivamente al plan alimentario ni a las indicaciones dadas, continúa realizando actividad física y disminuyendo raciones. (Distorsión de las porciones de alimentos).

Evaluación Médica:

- Menarca: 11 años.
- Dispepsia manifestada como náuseas post-prandiales y distensión abdominal.
- Antecedentes de asma bronquial.
- Irregularidad en sus ciclos menstruales.
- Se solicitan análisis de rutina.
- Laboratorio: s/p.

María se presenta muy irritable. No se alimenta adecuadamente. Presentó mareos en dos oportunidades con hipotensión arterial. Muy constipada. Atraso menstrual.

Continúa descendiendo de peso. PA: 43,700 Kgrs.

Evaluación Psicológica:

María comienza en diciembre de 1997 con restricción alimentaria, pérdida marcada de peso, incremento de la actividad física.

- Cambios bruscos de humor.
- Aislamiento.
- Gran temor a aumentar de peso.
- Distorsión de su imagen corporal. (Se ve la panza).

Manifiesta disconformidad con su cuerpo y expresa su deseo de tener un control absoluto sobre sus necesidades corporales, referidas específicamente al hambre.

Sólo come lo que le dan, demostrando reticencia y frente a esta situación dice: "**...las personas no entienden mis verdaderos problemas...**".

Evaluamos a María en equipo: inquietud, temor, urgencia?

Esto nos provoca la posición desde la cual María " consulta". Omnipotencia-acting out: María nos genera angustia...

Pensar, tratar de entender y descifrar el mundo casi infantil de María. El presente de una vida y de un padecer y ese "momento pasado" siempre actuante. Repetición sin fin de las mismas experiencias desafortunadas.

Contenido secreto, pensamiento secreto. ¿Es cuestión de vida o muerte mantenerlos ocultos?

Estrategias, tácticas, metas a corto plazo...**Crear una demanda, descubrir la paciente.**

María hacia alarde de una fuerza que se defendía por todos los medios de una posible curación. La impresión era que a toda costa se aferraba a su enfermedad. Condenada a la reminiscencia o a la repetición. Entonces: ¿Cómo privilegiar el recuerdo y la reelaboración? ¿Cómo dirigir la cura y animarla a emprender el tan temido viaje hacia su interior?

Recordar, llenar oscuros espacios vacíos, desandar el camino, armar el rompecabezas con piezas de un pasado olvidado.

Esta era nuestra tarea.

Si bien María no cubría todos los **criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa según el DSM IV**, su evolución hacia este trastorno era evidente. Rápidamente su peso descendía y la restricción alimentaria se agudizaba. La distorsión de su imagen corporal cada vez más marcada y el temor a ganar peso, junto a la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal se hacían cada vez más evidentes. La menstruación desapareció ese mes. Parecía una carrera desenfrenada hacia lo más profundo de la enfermedad.

Tratamiento Indicado

- *2 sesiones de psicoterapia individual por semana.
- *Control nutricional semanal.
- *Control médico quincenal.
- *Entrevistas familiares quincenales.
- *Grupos de padres mensuales.
- *Inclusión a grupos de reflexión terapéutica semanal.
- *Talleres nutricionales.

- *Régimen de Hospital de Día tres veces por semana. (Debido a la distancia que existe entre el lugar de residencia de la paciente y nuestra Institución se determina esta frecuencia)
- *Se intentará respetar escolaridad de María, ya que la asistencia al colegio es muy importante para Ella.

María continúa con el colegio y comienza su tratamiento.

Tratamiento

María realiza sus almuerzos en la Institución 3 veces por semana. Difícil tarea para la nutricionista, acomodar sus gustos al requerimiento nutricional. Se agregan suplementos nutricionales. Se observa gran dificultad para cumplir las pautas. Los registros no concuerdan con la balanza. Continúa la disminución del peso. (Baja de 40 Kgrs. a 38 Kgrs.)

Los talleres? No le gustan...

María se incluye en grupos de Reflexión terapéutica, su postura continúa inconmovible frente a sus compañeras de derrotero. Se presenta diciendo: "...Vine porque me trajo mi mamá, no comía...". Entre muecas y bostezos pasa la hora del encuentro, respondiendo sólo cuando se le pregunta algo y con monosílabos.

Coordinadora: "...Poder decir las cosas por su nombre, es un paso importante... "

Silencio....Todas miran para abajo.

Romina: "...Yo te quería preguntar María, ¿Hablás cuando te sentís mal?"

María: "...no, con nadie..."

Sofía: "...Con tu terapeuta no lo hablás?..."

María: "...no sé qué decir..."

Romina: "...si te sentís mal., si te preocupa algo..."

María: "...No, me lo guardo yo."

Su familia comienza entrevistas con la terapeuta del área correspondiente. La mamá, sus hermanos, el padre viaja. "...María se enfermó como reproche a su padre ausente..." Se comienza a escribir su novela familiar y sus interpretaciones de los hechos.

El estado crítico de María llama desesperadamente a su progenitor, quién se acerca, se interesa, participa. Repetición de los llamados desesperados del cuerpo de María durante su infancia (alergias, bronco-espasmos, fiebre...). Pareciera que la relación yo-cuerpo ha sustituido la relación yo-otro, y toma su cargo el mismo conflicto.

Se entrecruzan percepción y fantasía, historia y repetición, cuerpo y lenguaje intentando construir la realidad. Encrucijada que puede ser lugar de encuentro o de confusión. Lugar de fronteras.

Nuestro médico clínico se erige en principal protagonista en este momento del proceso terapéutico. María desafía el saber médico, lo incomoda, lo irrita, lo conmueve, lo insta a instrumentar medidas terapéuticas que la saquen rápidamente de su condición de enferma.

Se indica sonda nasogástrica por un período de 1 mes y medio. (38 Kgrs.)

María concurre a la Institución solo para sus controles en consultorio y terapia individual.

Luego de este tiempo se reintegra al Régimen de Hospital de día con la modalidad anterior. (40,500 Kgrs.)

Aparece en la evolución del proceso terapéutico un período de estancamiento en el peso de 38 kgrs. a 39 kgrs., pero con leves cambios de actitud hacia las indicaciones médicas y nutricionales. Incorporación de galletas dulces, caramelos en colaciones. Mínima ingesta de líquidos. (6 meses). Sin incorporar o aumentar alimentos en almuerzo y cena. Come sola, no le gusta que su familia la vea comer.

María dice. "...No sé por qué no aumento si yo como...".

Se observa la discrepancia entre lo que la paciente refiere ingerir y el estancamiento en su peso, ocasionando dificultades en este espacio.

La nutricionista es rechazada vehementemente, creando más preocupación e incertidumbre, casi impotencia. Como terapeuta me convierto en su confidente, interlocutora entre ambos espacios?

Los integrantes del equipo hacemos nuestro habitual recorrido de los pacientes, María es nuestra pregunta y preocupación, es poco su progreso. Difícil sumergirse en su mundo. Inaccesible en apariencia.

En trabajo grupal:

Coordinadora: "¿En qué se quedaron pensando? (caras de María).

SILENCIO PROLONGADO.

Coordinadora: "¿No tienen nada para decir? Yo creo que hay mucho para decir, lo que no tengo claro es por qué no pueden hablar. (María bosteza). ¿No hubo nada que las preocupara, que las angustiara, todo fue bárbaro?."

SILENCIO

Coordinadora: "¿Qué lugar le dan a lo grupal dentro de Uds.? ¿Qué significa venir al grupo, que se puede lograr o no?"

María: "...no sé... (caras)...me da igual venir o no."

En el trabajo grupal María funciona como líder saboteador, como la representante grupal de la resistencia al cambio. Dueña de gestos y bromas utilizadas para desautorizar y ridiculizar cualquier señalamiento o intervención del coordinador.

Conseguía del resto de las integrantes una fidelidad que terminaba irritando, molestando al coordinador, inclusive a la observadora no participante, el comentario obligado al finalizar cada sesión era: "...¿Qué hacemos?"

Desorientadas y con dificultad para encontrar estrategias, solo teníamos claro que para todas las participantes, romper el silencio era vivenciado como peligroso; el peligro de caer en el vacío.

Requirió un trabajo técnicamente muy activo, desde proponer temas y/o técnicas de dinámica grupal, hasta el silencio, pero siempre dispuestas a "poner la oreja", y porque no "enseñar a hablar". Escuchar sus silencios, sus bostezos, sus posiciones, algún comentario, atender su

lenguaje verbal y preverbal, reconociéndoles su capacidad de ser sujetos capaces de deseos, sentimientos, emociones que las hacen únicas y semejantes a la vez.

En terapia familiar solo se escucha el silencio. La quietud de María y su familia parece estancamiento. Un laberinto sin salida. Arduo trabajo para la terapeuta.

Comentarios de la terapeuta familiar:

El funcionamiento de la familia de María, corresponde a lo que en terapia familiar sistémica denominamos familias desligadas. Encontramos que la comunicación entre sus miembros es muy escasa, pobre, no hay diálogos ni mucho menos confidencias. Se observa cierto temor ante los hermanos de María a preguntarle directamente que le pasa, o que siente.

Sin embargo, con el tiempo me doy cuenta que María escucha, piensa en soledad, se angustia, llora, no duerme, tiene miedo.

No entiende lo que le sucede ni le puede poner nombre. Lo que siente es excesivo, la vida es demasiado "pesada". María hace suyas partes de un libro que está leyendo: Verónica quiere morir, y trae algunas frases marcadas: "...la incapacidad de cambiar la vida...", "...la táctica era fingir estar siempre de acuerdo con el oponente..." ¿Quién es este poderoso oponente que hace temer hasta la incapacidad a María, llegando a "suspender" su propia vida, silenciar su deseo, mantenerse en este oscuro sosiego, con tal de no enfrentarlo?

En terapia familiar se intenta descifrar el malestar que circula. Los que asisten ese día formulan una inquietud sin palabras, sin pensamiento.

"...No sabemos cómo tratar a María..., ¿Cómo sacarle algo?.."

Pura acción y desconcierto. Aparecen expresiones actuadas para dispersar rápidamente el afecto.

Comentarios de la terapeuta familiar:

Las primeras entrevistas familiares tienen por finalidad enterar al resto de los miembros, en particular a los hermanos de María, de la enfermedad y alentarlos a cooperar con el tratamiento. La intención más profunda es tratar de entender la configuración de sus vínculos, la historia familiar y la significación que la enfermedad tiene en esta particular familia. Es en el espacio de la terapia familiar donde se ofrece el contexto para desplegar un proceso que llevará a descubrir e interpretar los significados circulantes propios de cada familia.

Alarma en sus padres, María está deprimida. El dolor es grande.

En el grupo de reflexión.

En general, estancadas en su crecimiento físico y emocional, monosilábicas, todos los jueves asistían puntuales a la reunión grupal. ¿Para qué?, nos preguntábamos.

Conscientes de la dificultad que tenían para participar dentro del grupo apostamos a su surgimiento. Paciencia y disposición a recibir todo lo que proyectaban, desconfianza, miedo, por momentos parecían abroqueladas defendiéndose de un enemigo común del que huían a través del silencio compartido.

Tímidamente una y luego otra de las participantes empiezan a hablar de lo que sentían dentro y fuera del grupo. María desde su actitud de aparente rechazo, poco a poco comienza a participar siguiendo el hilo asociativo propuesto.

María: "...No sé, no sé cómo estoy, el fin de semana estuve bien, el lunes a la noche lloraba, el martes no quería ir al cole y me fui a lo de mi abuela. No quería estar sola, pero no tenía ganas de hacer nada..."

Su angustia nos invade.

Los miércoles a la mañana emprendemos nuestra tarea de "Pensar". Surge un nuevo interrogante. ¿Es necesaria la medicación? ¿Qué decisión tomar? Luego de una valoración exhaustiva, decidimos indicarla. (La angustia no puede ser tramitada por la palabra). Con precaución el antidepresivo entra a formar parte del tratamiento de María. Sus padres acuerdan aliviados.

Se indica sertralina 50 mgrs diarios y alprazolam 0,50 mgrs a la noche. Se evalúa quincenalmente. Esta medicación se mantiene por 6 meses, retirando primero el alprazolam y luego el antidepresivo.

Pasan los meses...

Lentamente el sufrimiento de María dio paso a la demanda: "**... Ya basta,...me cansé...quiero hacer todo bien para subir de peso y estar bien...Quiero ser feliz. ¿Por qué me enfermé?...**"

Entre angustiada y perpleja aparece un reconocimiento de sus síntomas y un significado que no puede descubrir.

Un enigma que se convierte en pregunta. Una historia significada por los recuerdos que se asoman.

Llega el calor de enero, María no está en condiciones de hacer un paréntesis en su tratamiento en pos del verano. Sus compañeras de Hospital de Día y grupos de reflexión, llenan los espacios con planes de sol y playa. María anuncia a sus compañeras de grupo que en febrero Ella también se tomará vacaciones.

Durante nuestra reunión de equipo el comentario es unánime, María se va? Está en condiciones de irse 15 días? Esto era algo nuevo y totalmente desconocido para todos nosotros.

¿Qué significó ese anuncio de María? Un intento por no diferenciarse de las demás chicas? Un desafío para nosotros? Para Ella misma? Un... ¡Con mi mamá yo hago lo que quiero! ¿Yo la controlo como controlo mi peso!...

En **terapia familiar** se habla del tema... María se irá varios días a la playa con amigos. Ya está todo hecho, aparentemente no hay posibilidad alguna de retroceso, María sonríe, su triunfo es más que evidente.

Comentarios:

El trabajo familiar hasta los momentos previos a la decisión de María de vacacionar, había puesto al descubierto ciertas actitudes de María hacia los demás integrantes del grupo familiar, consistentes en manejos o manipulaciones con el fin de provocar desconcierto y desestructuración para lograr un determinado fin. La madre relata que en una ocasión paseando por el centro, Ella había manifestado su gusto por unos zapatos y su deseo de poseerlos, pero no podía adquirirlos pues no contaba con ese dinero. A la semana siguiente María la sorprende con los zapatos que le había comprado como regalo. La madre comenta en esa sesión: "**...Mi hija hace de madre, me los hace poner y me reta si no los uso...**".

Es apreciable destacar esta conducta, el manejo certero que hace para obtener aquello que desea, subvirtiendo el orden familiar. Esta actitud, como otras similares, fueron señaladas en el trabajo terapéutico, provocando enojo en María al saberse descubierta.

Reuniones de equipo. Entrevista con los padres de María. Se llama especialmente al papá de nuestra paciente, para informarle de esta situación. Conversaciones y más conversaciones, explicaciones y condiciones. María enojada, desconcertada, pierde seguridad y escudriña el entorno. Dice: "...Yo me voy lo mismo...". Está a punto de perder lo que tan hábilmente pudo conseguir. Solo le queda un camino, demostrar que Ella puede cumplir con las condiciones impuestas. El costo: "saberse descubierta". Ya no se trata de fingir estar de acuerdo con el oponente, se trata de estar de acuerdo con su deseo de saber: "¿Por qué me enfermé?"

Se intercambia acción por pensamiento. Asoma el verdadero anhelo de curación? Toma fuerza "el quiero ser feliz".

María comienza a aumentar la ingesta ante la proximidad de su viaje a Brasil. Continúa con el aumento gradual de peso que sí concuerda con su registro de alimentos ingeridos diariamente.

Se evidencian cambios en su actitud, disfrutando más de la comida, pero se mantiene la distorsión de su imagen corporal.

María logra el peso pautado para poder viajar.

Nos preparamos para su regreso. Nuevos lineamientos en su tratamiento. Nuevas indicaciones nutricionales. Cambio en la frecuencia de los encuentros familiares y sesiones de psicoterapia individual.

Al regresar, María se comunica telefónicamente conmigo, me cuenta que está muy contenta, y confirma nuestro encuentro para la fecha prevista.

Llega alegre, sonriente, por fin pudo disfrutar! Se sintió feliz, comió de todo, eso ya no es un problema, no interesa, puede vivir mejor.

En el grupo María dice: "...lo pasé re-bien, disfruté hasta los días de lluvia...".

María descubre, asombrada, que su problemática no está referida a la comida, ni a su cuerpo. El aumento de peso paulatino y constante da cuenta de sus 16 años. Reaparece su menstruación, nos sorprende a todos menos a Ella. (45 Kgrs.)

En el grupo dice:

"...el folículo se rompió..."

Se rompió el silencio, la inhibición, el secreto, el candado de su memoria. Se podía ya empezar a recordar, a historizar, a significar?

Parecía que la nada de tantas sesiones empezaba a elaborarse.

Comunicativa, cuenta sus recuerdos y le pone nombre a sus sentimientos. Sonriente expresa: "...la comida es algo más...ahora peleo con mis hermanos por otras cosas...Ahora estoy viviendo..."

En terapia grupal...

María: "Yo estoy re-bien, me siento re-bien con mi persona. Desde hace varios fines de semana estoy haciendo lo que quiero. Este fin de semana hablé con mi papá, re-bien. Hablé mucho."

Coordinadora: "Que notaste diferente desde vos en el diálogo?"

María: "Todo, yo hablaba suelta, lo interrumpía."

Coordinadora: "¿Vos pudiste hablar más espontáneamente?"

María: "Sí, hablaba como ahora".

Coordinadora. "¿Cómo hablabas antes?"

María: "Con más cuidado. El domingo tuve una discusión con mi mamá, discutimos y después hablamos, eso fue bueno, no quedó en discusión".

María comparte con sus amigas sin temores ni prejuicios. Comienza a relacionarse socialmente, se pone de novia.

En terapia grupal reaparece el ¿Por qué me enfermé? Esta vez María responde a una compañera haciendo referencia a un sentimiento. Puede explicar algo que ya tiene interiorizado, lo que enferma no es lo de afuera, sino lo de adentro. Lo que se siente y se sufre.

Comentarios de la terapeuta grupal:

El cambio de posición de María dentro y fuera del grupo es notable, habla espontáneamente, desaparecen los bostezos y los monosílabos, su sentido del humor sirve para dinamizar y ya no para boicotear.

Algunos ejemplos de éstos cambios aparecen en sus relatos, mucho más reflexivos, más pensados y más sentidos, pone a consideración del grupo sus interpretaciones y comienza a hacerse cargo de la ambivalencia de sus sentimientos.

"Estoy bien, aunque me pasaron cosas feas". Enunciados de esta categoría marcan la diferencia. Ahora puede tolerar el conflicto, el dolor y también el placer, las alegrías.

Puede ponerse en el lugar del otro, tiene que cuidar a una tía enferma que no quiere comer y relaciona su impotencia y rabia con lo que debían sentir cuando era Ella la que no quería comer.

Busca un espacio propio, esto se manifiesta, por ej. en la incomodidad que le produce la invasión por parte de sus hermanos de su habitación para ver TV.

Intenta discriminarse de su mamá y de sus amigas a través de discusiones que ya no la asustan tanto.

Reclama a la madre que la reconozca como una persona capaz de entender por ej., la enfermedad de su abuelo.

Como estos, hay infinitudes de ejemplos que muestran como María pasó de líder sabotadora a líder positiva, que participa en el grupo con lo propio y con lo ajeno, haciendo referencia a la necesidad de buscar respuestas, más allá de la apariencia. *"Por fin nos damos cuenta que la cosa pasa por otro lado"*:

Comentarios terapia familiar:

Actualmente esta familia ha descentrado a María y su enfermedad como eje regulador y productor de bienestar-malestar. Han emergido problemáticas de otros integrantes de su familia.

Comentarios área nutricional:

En estos momentos María mantiene un peso estable de 50 Kgrs., menstrúa regularmente con menos distorsión de su imagen corporal. Disfruta de los alimentos y las situaciones relacionadas con los mismos. (Encuentros con amigas, asados de fin de semana, sale a bailar sin problemas).

Comentarios de nuestro médico clínico:

"María está hermosa", ¡Cómo cambió su carácter!"

Comentarios de su terapeuta:

Surge en María su deseo de acceder a una mayor lucidez. De entender situaciones difíciles de vivir. Esta capacidad de cambio, le permite enfrentar situaciones de conflicto largamente ignoradas, recuperar a su padre real, elaborar duelos postergados o negados. Su deseo de saber le permite aceptar el hecho de que a fin de cuentas las causas de estos síntomas psicológicos residen en el fondo de uno mismo.

María se anima a revolver su canasto de juguetes hasta encontrar su muñeca preferida. Siempre estaba al fondo. Lo que en un momento fue un recuerdo de juego infantil, ahora se transforma en una búsqueda íntima, en un trabajo creativo.

"Por fin sé lo que es ser feliz" Dice contenta en una sesión, y se refiere a su libertad para programar las vacaciones.

Profesionales de AIPA a cargo del tratamiento de María:

- Dra. Ana Silvia Cheli: terapeuta individual
- Dr. Alejandro Manes. Médico Clínico.
- Nutricionista Viviana Díaz
- Lic. María Clara Meléndez: Terapeuta grupal. (Pacientes y padres).
- Lic. Ivon Blau.: Terapeuta familiar.

Presentaciones clínicas

Presentación de la sección "Presentaciones clínicas"

En **Presentación clínica: "Caso Lucas"**, **Pablo Peusner** presenta del caso de un niño de 8 años que, al decir del padre, *"ya no se porta como nuestro hijo se portaba. Como si fuera otro..."* y con el que uno de los juegos será un juego informático, con un final sorprendente.

Una mujer-que se arregla-sola, es la presentación de **Paola Gutkowsky** de un caso en una de las reuniones clínicas de Apertura (Sociedad Psicoanalítica), que va acompañada de los comentarios de otras dos personas: la Dra. **Irene Eizicovich** y el Lic. **Pablo Peusner**. Como lo sugiere el título, se trata de una mujer a la que un día le empezó a molestar estar "sola".

En **No son los únicos restos, Rosy Goldman** presenta el caso de una mujer de 43 años, viuda desde hace 3, con problemas con sus hijos, en particular con su hija, que se orinó, como ella, hasta los 8 años. La hipótesis de Rosy Goldman es que la paciente *"está identificada con su hija. En ella le retorna su neurosis infantil y no sabe qué hacer con esto"*. El recorrido incluye el duelo por la muerte del esposo que remite a otras muertes.

Tomasa San Miguel nos ofrece las primeras entrevistas de un caso presentado en un **Ateneo clínico** de un chica de 18 años derivada al hospital por la Unidad Sanitaria de su barrio, por tener ideaciones suicidas y con sospechas de violencia familiar.

En **¿Quién goza de ese cuerpo?**, **Javier Scarella** comenta algunas entrevistas con una mujer de 51 años, lo que le permite desarrollar algunas reflexiones sobre el cuerpo y el goce en psicoanálisis, y en particular en relación al fenómeno psicósomático. El autor se pregunta *"¿Cómo trabajar en la clínica con una paciente en donde en el punto del fenómeno psicósomático, no hay espacio para la interrogación, no hay enigma que lleve a la formulación de la demanda?"*. Una de sus respuestas es: *"Las intervenciones del analista tendrían que ir destinadas a acotar el goce que le impone esa posición sacrificial de objeto de la demanda del Otro"*

Presentación clínica: "Caso Lucas"

Pablo Peusner

"...me causa singular impresión el comprobar que mis historiales clínicos carecen, por decirlo así, del severo sello científico, y presentan más bien un aspecto literario. Pero me consuelo pensando que este resultado depende por completo de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales"

S. Freud – Estudios sobre la Histeria (Epicrisis a Isabel de R.)¹

"El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad."

¿Qué quiere decir estudiarlo en su singularidad? Quiere decir que esencialmente, para él, el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales"

Jacques Lacan – Seminario I²

I.

Cuando Susana, la mamá de Lucas, me llamó por primera vez, el sentido de su llamado era mucho más que el de pedirme un horario para concretar una entrevista. Quería contarme "todo" por teléfono. Y "todo" estaba compuesto por la desidia de su esposo (el papá de Lucas), su exigente trabajo (dueña y directora de un Jardín de Infantes), los problemas de conducta de Lucas en casa y en la escuela, la psicopedagoga.... los problemas del sueño.... los abuelos... Ese discurso vertiginoso me confundió, entre nombres de personajes que desconocía y alusiones a hechos de los que nunca había oído.

Le propuse que habláramos personalmente y que concurriera acompañada del padre de Lucas. A tal fin buscamos un horario en el que él pudiera hacerse presente.

El día de la primera entrevista a la hora consignada llegaron junto a sus dos hijos: Lucas -mi futuro paciente, de 8 años- y Luciana, su hermana de 5. La posibilidad de que los niños se quedaran en la sala de espera, fue desechada por inverosímil. La mamá traía una Coca Cola de dos litros y medio en mano, y los chicos una bolsa de papas fritas grande cada uno. Supongo que ante mi asombro, me explicaron que no tenían con quien dejar a los chicos y, para poder cumplir con la consulta, los trajeron.. *No escuché en estas palabras una disculpa, sino más bien lo que para ellos era una argumentación absolutamente racional.*

Mientras intentábamos encontrar un nuevo horario para nuestra entrevista, pude observar cómo Lucas revisaba cada objeto del consultorio que llamara su atención -destacando que dicha conducta no estaba dirigida sólo a los materiales de juego, sino también a objetos que en otras ocasiones, de haber sido tomados por mis jóvenes pacientes, los padres hubieran sancionado con alguna frase del estilo "*no toques eso*". Por ejemplo, encendió la computadora, abrió cajones e intentó investigar mi teléfono celular –esto último sin éxito, puesto que fui más rápido que él.

Se me presentó una lectura: *Lucas estaba autorizado por sus padres a llevar adelante lo que estaba haciendo.*

Vale aclarar que mientras Lucas desarrollaba estas actividades, su madre intentaba mantener conmigo una entrevista exponiendo sus puntos de vista, su padre contemplaba la agenda y su hermana destrozaba papas fritas sobre la alfombra del consultorio.

II.

Dos días después se realizó la primera entrevista con Susana y Daniel, los padres de Lucas. Fue ella quien explicitó los motivos de la consulta: en primer lugar refirió ciertas particularidades de la actividad lúdica *"Lucas juega un ratito a cada cosa, en realidad no juega a nada. Pasa horas ante la computadora. Los chiches no le interesan"*.

En lo referente al quehacer escolar, Lucas presentaba problemas serios en el área de lecto-escritura que hacían peligrar su pasaje a tercer grado. Respecto de su conducta, la psicopedagoga de la escuela la había calificado de "hiperactividad" y había sugerido con frecuencia la necesidad de una consulta neurológica a los fines de que el cuadro fuera medicado.

La mamá también me contó que Lucas tenía problemas para dormir. Se despertaba en medio de la noche pidiendo gaseosa a los gritos desde su cama. Era el padre quien se levantaba a satisfacer esos pedidos, en ocasiones, más de una vez por noche. Durante el día, si Lucas se enojaba por algún motivo, lo manifestaba encerrándose en el baño presa de lo que su mamá llamaba *"una crisis de angustia"* (a pesar de que no lloraba) o se arrojaba en un sillón en posición fetal, guardando silencio durante largo rato, ignorando la presencia del otro y sin responder a las palabras. Sus padres describieron esta situación diciendo *"es como si él no estuviera allí. Se va. No nos contesta. Nos ignora"*

Lucas fue el primer hijo de este matrimonio. Su madre estuvo embarazada seis veces antes, pero perdió todos los embarazos (en dos casos, ni siquiera supo que estaba embarazada antes de las hemorragias que dijo haber padecido). Aparentemente, no podía retener los embriones. Por este motivo guardó cama durante casi todo el período de gestación de Lucas. Recuerda aquella época con tristeza, aclarando que lo pasó muy mal: *"no podía contar con nadie. Nadie me ayudaba. Daniel se iba a trabajar temprano, yo pasaba todo el día sola"*. El mismo caso se dio durante el embarazo de Luciana, con una dificultad extra: la presencia de Lucas: *"él estaba todo el tiempo encima mío. Me pedía que jugara con él, yo no podía. Ese embarazo era muy riesgoso y apenas podía levantarme de la cama. No sé qué era más problemático, si el embarazo o Lucas"*.

Ante la descripción de una situación en la que esta mamá embarazada se presentaba como tan poco contenida, decidí preguntar por los abuelos de los chicos.

Los padres de Daniel vivían en una provincia del interior del país. Con ellos se veían una vez por año, para Navidad. No habían venido a Buenos Aires nunca, de hecho, ni siquiera estaban interesados en conocer la ciudad, por lo que en las navidades eran Daniel y su familia los que viajaban. Los describió como *"gente de campo que odian la ciudad."* Su padre era chacarero, dueño de muchas hectáreas. Hombre rudo y de pocas palabras, sin instrucción ni tiempo para dedicarle a sus hijos. Su madre lo había parido en el campo, sin ayuda médica alguna –incluso él había sido testigo del nacimiento de su hermana tres años menor. Daniel se había trasladado a Buenos Aires a los dieciocho años a estudiar en la universidad a pesar del deseo de sus padres –los que querían que permaneciera en el campo– y había vivido en un residencia universitaria hasta recibirse, pagando sus gastos con trabajos de ocasión. Al momento de la consulta se desempeñaba como técnico químico en una fábrica de productos de PVC.

El papá de Susana era un militar retirado. Ella lo presentó diciendo que *"...no soporta a los chicos. Si los chicos van a su casa él se va al cine o al café de la esquina. Pero no soporta el desorden"*. Su mamá había fracasado en los intentos de flexibilizar a este hombre. Aparentemente, ella quería mucho a sus nietos pero *"...no le gusta venir a mi casa. Dice que es muy lejos. Ella vive en Barrio Norte y yo en Saavedra. Prefiere que le lleve a los chicos allá. El problema es que mi papá no quiere saber nada de llevar los chicos para allá."*

El noviazgo de Susana y Daniel se había prolongado por siete años y había sido penoso, puesto que los tiempos estaban siempre ordenados a partir de los estudios universitarios de Daniel. Pasaban mucho tiempo juntos y les gustaba salir. Esto se había modificado totalmente

desde el embarazo de Susana. Fue ella quien, a modo de chiste (?), contó que la última película que había visto con su marido en el cine había sido "Tootsie". Ella era profesora de inglés y hacía tres años junto a una amiga de la infancia, habían instalado un jardín de infantes.

El organigrama familiar suponía que los chicos estuvieran en la Escuela o con sus padres. Al momento de la consulta, trabajaba para la familia una señora que permanecía con los chicos dos horas diarias, entre la salida de la Escuela, y la llegada de Susana al hogar. Esta señora tenía un hijo con síndrome de Down de catorce años que la acompañaba durante esas dos horas. Sin embargo, eran frecuentes los inconvenientes –por lo general, relacionados con este hijo- que la obligaban a no poder cumplir con su trabajo. Se originaban de esta forma desajustes del tipo de los ocurridos en nuestra primera consulta.

Mientras realizaba una anamnesis de los desarrollos madurativos de Lucas, noté mucha confusión para diferenciar los hitos madurativos de uno y otro hijo. Esto no ocurrió al preguntar acerca del devenir escolar de Lucas. Este eje parecía ser uno de los preferidos de su madre, la que se explayó a gusto en su respuesta:

El niño había concurrido tempranamente al Jardín Maternal. Ahora bien, en sala de cuatro años había sido "*discriminado*". Según su madre, el Jardín era de un nivel social alto y, si bien ellos económicamente participaban del nivel supuesto, el estilo de vida que llevaban no. El prescolar lo había realizado en otro Jardín, pero allí el problema se había planteado con la maestra, quien "*discriminaba*" a Lucas por ser algo más lento en el desarrollo de las actividades. Susana había realizado múltiples gestiones destinadas a sancionar a la maestra, con infructuosos resultados. Finalmente, Lucas había iniciado el primer grado en una tercer escuela. Aquí el niño no se integraba al grupo de sus compañeros. No recibía invitaciones para jugar en sus casas, ni para asistir a los cumpleaños (salvo que se tratara de invitaciones generales). Este hecho fue observado dentro del gabinete escolar a la vez que Lucas comenzaba con sus problemas de conducta y sus fallos en la lecto-escritura. Se habían iniciado las entrevistas de Lucas con la psicopedagoga de la escuela y de allí la sugerencia de la consulta con el neurólogo a los fines de "*medicar el trastorno*" (sic). De todas maneras, Lucas había pasado a segundo grado con el apoyo de la maestra de primero y el compromiso de reforzar el área problemática.

III.

A pesar del espacio dedicado a esta primera entrevista, no tenía aún claro cómo se había decidido consultarme. Lo pregunté indirectamente durante el encuentro, pero no obtuve respuesta. Antes de despedirlos, volví a intentarlo. Esta vez en forma directa. Transcribo la conversación:

-Tengo entendido que Lucas asiste al gabinete psicopedagógico de la escuela y que también les han indicado consultar un neurólogo. ¿Cómo es que decidieron venir aquí?

- *Yo decidí venir –dijo Susana- Él no quería. Él piensa que son cosas de chicos, que ya se le va a pasar todo a Lucas. Que tiene que crecer...*

Mientras ella decía esto, Daniel mantenía la mirada baja, sin decir nada.

- *... a mí me parece que esto no es normal. Quisiera que alguien nos dijera quién tiene razón.*

- Usted qué opina, Daniel?

- *Yo opino diferente. Pero colaboro. No quiero que nadie diga que no me interesa lo que le pasa a mi hijo. Ella ha llegado a decir que nuestro hijo no es lo que era. Que ya no se porta como nuestro hijo se portaba. Como si fuera otro...*

Al acordar el horario para integrar a Lucas, les comenté el encuadre y allí hice constar que mantengo entrevistas con frecuencia fija con los papás de mis pacientes. Ambos se comprometieron a concurrir.

En la última frase de Daniel, confundido en la polifonía que la misma portaba, escuché un testimonio de lo que se les presentaba como *"unheimlich"*.

IV.

El día de la primera entrevista con Lucas, fue difícil hacerlo ingresar al consultorio. Había llegado con su mamá y su hermana; y su padre estaba buscando lugar para estacionar el auto en la calle. Si bien él ya conocía el consultorio, mostraba su reticencia tomándose de las piernas de su madre y haciendo "pucheros". Fue ella quien le asignó un significado a dicha actitud, diciendo *"lo que pasa es que está cansado..."*. Logró hacerlo entrar prometiéndole comprarle "algo" cuando saliera.

Una vez dentro del consultorio, se desarrolló con normalidad. En aquella ocasión, la segunda pero la primera, se dirigió a los canastos con juguetes. Propuso jugar a "la guerra". Curiosamente le llevó mucho tiempo a Lucas establecer un orden entre los elementos de juego y tal vez por eso el juego nunca se inició. Lo observé concentrado en la distribución equitativa de tales elementos -lo que era fácilmente realizable cuando el número de éstos era par, y un gran problema cuando se trataba de números impares. Allí echaba mano a diversas reglas de equivalencia, las que en ocasiones eran complejas y novedosas. Por ejemplo, decía: *"a vos te doy esta granada que está sola y yo voy a tener un campo de fuerza que acá no está, pero que sirve para que vos no puedas usar tu granada"*. Cuando no podía realizar la equivalencia mediante los objetos tridimensionales de juego, lo hacía con palabras. En aquel encuentro no le dio a ellas otro uso, se rehusaba a narrar hechos de la vida cotidiana o a responder preguntas que estuvieran relacionadas con ella.

Si yo intentaba comenzar a jugar, él, con mucha ansiedad, trataba de deshacer mis movimientos. Vale decir: yo movía un muñequito en dirección a su posición, él lo retrasaba nuevamente para hacerlo quedar en el lugar inicial. En aquél, nuestro primer encuentro, al que él ingresó proponiendo una consigna de juego, no pudimos jugar. Cuando el nivel de ansiedad lo superó, abrió la puerta y salió del consultorio: había advertido que la tarea se tornaba interminable.

El problema del ingreso al consultorio se repitió en la segunda entrevista. La mamá le sugirió que entrara para contarme qué había hecho el fin de semana, y su papá le dijo que si no entraba, no lo llevaría luego a McDonald's. Mientras entrábamos al consultorio construí una hipótesis: existía, tanto por parte de la mamá como del papá de Lucas, la tendencia a interpretar la ansiedad del niño en términos de "presencia-ausencia" de objetos; lo que los llevaba a ofrecerlos o a retirarlos a los fines de compensar el estado afectivo de Lucas. En este sentido, sus padres funcionaban como "Uno".

En la segunda entrevista le propuse jugar a las cartas. Aceptó. Propuso jugar a "La guerra" (un juego que consiste en descubrir las cartas por pares, ganando la de mayor valor. Obviamente, quien gana se queda con la carta del adversario). No terminamos el mazo, su atención se desvió hacia la caja del Memo test. Se dirigió hacia él y me propuso jugar. Lo hicimos, también a medias. De esta manera fue probando con diversos juegos: damas y ludo. Si bien conocía las reglas de estos juegos, se producían frecuentes desajustes en su estructura operatoria. Al señalarle un error en el movimiento de una pieza, intentó abrir la puerta del consultorio. Le dije:

-Si abrís la puerta, ya está. Se termina el juego, y no podés volver hasta la semana que viene.

Lucas se detuvo, tomó un castillito de cerámica de un canasto y me preguntó.

-Me lo regalás?

-Te lo presto hasta la semana que viene –respondí y di por finalizada la entrevista.

En la tercera entrevista, Lucas entró directamente al consultorio. Sobre la mesa lo esperaban una cantidad de hojas y lápices. Le propuse que me hiciera un dibujo. Aceptó la consigna sin problemas, pero no se sentó a la mesa.

Dibujó cuatro siluetas humanas exactamente iguales, sin rasgos diferenciales de sexo o edad, en un auto visto desde arriba. "*Es mi familia...yendo a comprar un pollo*". A pedido mío incluyó los nombres de los cuatro miembros de la familia. Sólo borró en la silueta que luego sería atribuida al papá.

La familia que va a comprar un pollo es "Uno", como la que lo trae a la consulta –porque, cabe aclarar que hasta el momento venían todos.

V.

Al final de esta entrevista comencé a advertir que el caso tomaba dimensión espacial y que se me presentaba como un bucle.

Al jugar a la guerra, Lucas intentaba borrar las diferencias entre las posiciones iniciales de ambos jugadores... ¿esas mismas diferencias eran las que su madre intentaba hacer desaparecer en el ámbito escolar con sus constantes intervenciones para denunciar la "discriminación"?

El movimiento "en bloque" de la familia para concurrir a las consultas, aquél que se dio a leer en la primera entrevista y que era el formato habitual con el que se movían en la vida cotidiana... ¿coincidía con el dibujo de la familia en el que no había rasgos que permitieran diferenciar o discriminar quién era quién en esa escena? –escena que, por otra parte mostraba un movimiento de todos para realizar un objetivo que no lo requería.

Estas repeticiones podrían nombrarse como "*los modos de sostener el Uno*".

Anteriormente ya había propuesto una hipótesis que, apuntando en la misma dirección, sostenía el funcionamiento del "Uno" vía la interpretación de las ansiedades de Lucas en término de objetos.

Ahora bien... se repetía este formato en los dichos referentes al estado de Lucas?

La mamá estaba preocupada y hasta desbordada por el carácter que había tomado para ella la presencia de este hijo. Para el papá, lo único grave... eran los términos de la mamá. "*Que se diga...*" autoriza a abrir la hipótesis de la existencia de "*El sufrimiento de los niños*" en su matiz objetivo: sufren -los padres- de este niño. ¿Por qué motivo había sido capturado este matiz del sufrimiento bajo el carácter de lo que se me presentaba como "*unheimlich*"?

VI.

A la segunda entrevista que debía mantener con los padres de Lucas, concurrió sólo la mamá. Interrogada por la ausencia de su esposo, me contó que no había podido venir debido a una complicación de último momento en su trabajo.

El eje central de aquel encuentro consistió en hacer una larga defensa de su sacrificada posición en tanto que "*...estoy llevando adelante todo esto sola, porque a Daniel nada le interesa. Yo no sé si lo hace a propósito, o si él está enfermo... Allí donde para mí hay un problema, él va y lo arregla consintiendo a Lucas con lo que pida*".

Según Susana, Daniel era una especie de hombre sin carácter, incapaz de pelear con su hijo cuando éste hacía macanas. Contó un episodio ocurrido dos días antes:

"Lucas jugaba al fútbol en la cocina de casa. Yo lo reté y nada. Llegó el padre y al rato, de un pelotazo rompió unas botellas de vino que estaban en una bodeguita a ras del piso. Sabés qué hizo el padre? Juntó los vidrios, y con un trapo de piso limpió el desastre. Creo que ni dijo tres palabras sobre lo que había pasado. Se puede ser así?"

Le pregunté a Susana si acaso ella no hubiera podido detener el juego de Lucas en la cocina, o al menos, reconducirlo a un lugar de la casa más adecuado.

-Nooooooo! Yo no lo dejo solo.... trato de tenerlo a la vista... te imaginás el desastre que "podría hacer/podría ser" si estuviera solo?

"Podría hacer" o "podría ser"?

"Solo" -último término de la frase- inscribe el mismo valor que "discriminado"?

VII.

En la cuarta entrevista, nuevamente Lucas se negó a ingresar al consultorio. Se tomó de las piernas de su mamá, gritó y lloró. Finalmente comenzó a hablar como si fuera un bebé. Con ese lenguaje... exigía de su mamá un CD. Todo el problema se había suscitado porque su madre se había negado a dejarlo entrar en el consultorio con un CD de juego para computadoras.

Al entrar me propuso jugar con la computadora al juego del CD 3.

El juego (cuyo nombre traducido sería algo así como "el hombre bomba-atómica") tenía una temática puntual: colocar bombas en el terreno del otro participante, cercándole el paso hasta que éste explotara y muriera. El otro participante, podía ser un segundo jugador o la misma computadora. Puesto que Lucas no sabía cómo hacer para que yo fuera el segundo jugador –y yo mucho menos aún- acordamos jugar por turnos; y ya que el juego le otorgaba a cada participante "tres vidas", al producirse la "tercera muerte" cambiábamos de lugar.

Las siguientes tres sesiones transcurrieron jugando de este modo. Gradualmente, Lucas pasaba más tiempo al comando del juego. Ya sea porque me "explicaba" las mejores estrategias, o porque directamente jugaba en mi lugar, debido a que "...vos sos medio tonto para jugar a esto"

Nuevamente, Lucas se sentía autorizado a manipular los objetos del consultorio, ahora representados por la computadora. Señalarle esta actitud era producir un enojo y retraimiento por su parte (el mismo que se había producido al señalarle una "regulación" mientras nos enfrentábamos en algún "juego de mesa").

Se producía un desplazamiento de los lugares que ordenaban el juego.

Conviene recordar que las reglas del juego virtual coinciden con el programa que lo regula. De allí, la imposibilidad de poder modificarlas más allá de los cambios que el programa autorice (dificultad, cantidad de jugadores, diseño en pantalla del juego, etc.). Sin embargo, nada impide que los jugadores agreguen reglas no escritas en el programa pero sí en el lugar simbólico que garantiza la igualdad en las posiciones de los participantes del juego.

Ahora bien, la existencia de este lugar simbólico donde se inscriben las "reglas del juego" no impide el despliegue de las diferencias entre los jugadores

Cuando comenzamos a jugar, la única regla que agregamos fue nuestra alternancia en los comandos. Pero Lucas no obedeció durante mucho tiempo dicha regla. Se las arregló para desplazarme del juego y quedar él jugando solo (los chicos llaman a esta práctica "jugar contra la máquina", teniendo en cuenta que "máquina" condensa los valores de "programa de juego"-software- más "hardware"). Por lo tanto los lugares del "adversario" y de "la regla del juego", quedaban unificados. Y en este caso, resultaba imposible agregar nuevas reglas puesto que no había con quién negociarlas: la intransigencia del programa no permitía ningún pacto4...

Desde entonces entraba al consultorio sin problemas y no hacía berrinches. Su mamá me contó que durante este tiempo Lucas tenía ganas de concurrir a las sesiones y que incluso durante la semana preguntaba cuándo nos encontraríamos.

También en este período Lucas cumplió años y el papá le regaló una computadora.

VIII.

Puesto que la actividad de las sesiones se había tornado una repetición incesante de la misma escena, decidí ponerme a estudiar el juego. Fue así que logré aprender cómo preparar la computadora para que jugáramos los dos juntos, en carácter de rivales. En principio, a Lucas esto le gustó. El problema fue que en más de una ocasión, le tocó perder. Él atribuía mis triunfos al hecho de poder leer las pequeñas letras y números que iban apareciendo en las pantallas de juego (que sólo llevan el conteo del tiempo y el puntaje, pero no aportan al jugador información relevante como para mejorar su *performance*) –recordemos que a él le resultaba todo un problema la lectoescritura lo que, sumado a la velocidad con que tales signos aparecían en el monitor, aumentaba el grado de dificultad en su reconocimiento. Aquí comenzó a enojarse. Hasta que en cierta ocasión decidió retomar la práctica de agregar nuevas reglas.

La primera fue que yo debía manejar mis controles con una sola mano. La segunda, que no podía tener puestos mis anteojos durante el juego. Más tarde me decía: *"... si la bomba que vos ponés es roja, a mí no me mata, aunque en el juego me muera. Pero a vos te matan todas"*

Cada vez yo quedaba más restringido en el juego y eran cada vez más desiguales nuestras posiciones. Lucas "discriminaba" en su favor, anulando las diferencias subjetivas mediante la inscripción de reglas cuyo campo de aplicación no coincidía con lo que habitualmente se considera "el espíritu de la regla".

Por aquellos días, recibí un informe de la Escuela en el que hacían constar el notable cambio que Lucas había producido en su conducta: estaba más tranquilo, prestaba más atención y hacía esfuerzos por aprender a leer y escribir. También me informaron que su inclusión en el grupo era la adecuada y que ahora era él quien elegía entre sus compañeros a los que formaban parte "de su banda" y descartaba a los otros.

En la entrevista con los padres, alrededor del quinto mes de tratamiento, me contaron que habían pedido turno con un neurólogo. Señalé la coincidencia de este acontecimiento con la mejoría que Lucas manifestaba en su posición, pero más que nunca invocaron los argumentos que cinco meses atrás había propuesto la psicopedagoga de la Escuela.

IX.

La última vez que vi a Lucas volvimos a jugar con la computadora. La lista de reglas a las que yo estaba sometido era tal, que no podía recordarlas todas: una mano, sin anteojos, tales bombas producían tales efectos pero tales no, mi silla estaba más lejos de la computadora que la de él, él empezaba a jugar primero y yo tenía que esperar un minuto para empezar...

En determinado momento del juego, apagué la computadora -desde el interruptor- al grito de *"Corte de luz!"*

Habíamos quedado igualmente afectados –ante quien fuera que administrara la electricidad.

Lucas dijo en voz alta: "...la reputa madre que me parió!"

Por la interrupción habíamos empatado el juego, pero la "reputa madre" lo había parido a él.

Se había discriminado?

Una semana después, por teléfono, Susana me avisaba que en el EEG que les había indicado el neurólogo se había detectado una irregularidad y que debido a ello Lucas sería medicado con Ácido Valproico. Por indicación del neurólogo no debía concurrir más a las sesiones.

Le pedí que me permitiera despedirme de Lucas en un último encuentro.

Me dijo que era un "hijo de puta" que les había hecho perder cinco meses en el tratamiento del problema de Lucas y que me iba a demandar (?).

X.

Aún espero la demanda, pero no llega.

Mientras tanto, a veces, juego con la computadora.

Notas

1 En S. Freud "*Obras completas*" – BN (1948) Tomo I – pág. 92.

2 En Jacques Lacan "*El Seminario: Los escritos técnicos de Freud*" Libro 1 – Clase 1 ("Introducción a los comentarios sobre los escritos técnicos de Freud") – pag.26 – Ed. Paidós.

3 Quisiera en este momento del texto, compartir con vosotros mi posición sobre los problemas que este incidente clínico aportó a mi quehacer de psicoanalista. Porque en aquella ocasión, cuando este niño me propuso "jugar con la computadora", vacilé.

Muchos años antes, había decidido no retroceder ante la psicosis. Hacía algunos menos, no retroceder ante los niños. Pero nunca me había planteado si debía o no retroceder ante una propuesta de incluir el juego virtual en una sesión de psicoanálisis con un niño. Había estudiado muy bien el desarrollo del concepto de "juego" en la teoría de Piaget (de hecho, al momento de la consulta ejercía la docencia universitaria de la materia "Psicología Evolutiva"), pero nunca había leído nada en relación a jugar con las computadoras; y considerando que el modelo del uso del juego en psicoanálisis con el que me había formado provenía netamente de la escuela inglesa, articulado con el habitual pasaje por el brevísimo capítulo 2 del "Más allá del principio del placer" de Freud, me encontraba ante una situación inédita a la que, respondí con una fórmula producto de mi análisis personal: "huir para adelante". Acepté.

Desde entonces, intento convertir esta pequeña anécdota de trabajo en un problema original para quienes ejercemos esta práctica. Desde "Fort-Da" hasta "tren Dick, tren papá" hay un primer movimiento que todos hemos revisado y del cual hemos obtenido saber para leer los materiales de nuestros pacientes. Pero resulta que hoy existe la posibilidad de que un niño nos proponga algo nuevo. Y sin duda, el concepto de "juego" con el que se nutre el psicoanálisis debe ser revisado, criticado y actualizado para producir un efecto en la clínica psicoanalítica. Considero esta necesidad, no de tipo teórica, sino ética -en tanto consiste en decidir qué valor puede tener en el devenir del tratamiento de un paciente.

4 Tal vez convenga aquí aclarar que más allá de la supuesta igualdad de condiciones en las que la existencia de la regla coloca a los adversarios, éstos de igual modo son diferentes. A modo de ejemplo, podría decirse que el reglamento del fútbol permite delimitar que ambos equipos formen con la misma cantidad de jugadores (los equipos serían iguales), pero esto no inhibe la posibilidad de que en el terreno se enfrenten once virtuosos de la pelota contra once pataduras (¿y los juegos o deportes que admiten

"hándicap" acaso no refuerzan la idea de que los que se enfrentan son diferentes?). Vale decir que más allá de la garantía de equivalencia que un juego supone, la condición particular adviene para cada jugador –aunque se considere "un jugador" a un equipo, como en nuestro ejemplo. Este rasgo es tal vez más visible en nuestros juegos típicos de naipes como "el truco" –en el que el jugador puede incluir en sus estrategias la mentira- o el "tute" donde además de ganar ("ir a más") también, para ganar, se puede perder ("ir a menos").

Dando un paso más, podríamos intentar producir aquí una articulación con la propuesta que Alfredo Eidelsztein desarrollara en su reciente libro "*Las estructuras clínicas a partir de Lacan*" (Vol.1) de distinguir en la enseñanza de Lacan al "Otro" de "A" (op. cit. págs.143/9). De esta manera, los lugares "en juego" serían necesariamente tres: un Sujeto (que podría reducirse a una perspectiva del asunto y que en nuestro caso podría estar indicado por la posición de Lucas), un Otro (aunque el adversario sea más de uno) y "A" (como la representación del lugar simbólico donde se inscribe la regla de "igualdad de condiciones").

Dejo constancia aquí que, a pesar de justificar en el libro citado esta propuesta teórica con citas de Lacan, considero el aporte de Alfredo como original y le atribuyo a él la autoría del mismo.-

Una mujer - que se arregla sola

Paola Gutkowski

En "Apertura" 1 dedicamos un espacio central a pensar la clínica, y de nuestras reuniones han surgido diversos puntos de partida para revisar conceptos, nociones y, por sobre todo, la dirección de la cura. En dicho espacio, un analista es convocado a leer un texto que se produce entre-dos. Ejemplo de la diversidad en las modalidades de conceptualización, serán los comentarios incluidos a continuación del material clínico. Los mismos fueron realizados por la Dra. Irene Eizicovich y el Lic. Pablo Peusner.

"Hola ¿Paola? Quería avisarte que no voy a poder ir hasta más o menos el mes de Abril. Me avisaron en el trabajo que tengo una capacitación y entonces me voy a tener que quedar entre las ocho y las diez de la noche. Yo te llamo más adelante. Un beso."

Este mensaje me fue dejado por M. los primeros días de Marzo de 2001. Había empezado a atenderla en Julio de 1999. Había transcurrido cierto tiempo desde que los síntomas que motivaron su consulta inicial habían desaparecido. Según su decir su vida había cambiado notablemente. Sin embargo, en el transcurso de las sesiones se había establecido un nuevo tema y M. había manifestado su interés por resolverlo.

En la última sesión que concurre, antes del mensaje telefónico, relata que durante sus vacaciones tuvo pánico de subirse a un avión. Subió igual pero para regresar cambió su pasaje y volvió en barco. Dice: *"No es miedo a morirme. Es miedo a morirme porque todavía no hice lo que tenía que hacer. Desaparecieron los miedos nocturnos pero es como si se hubieran trasladado ahí."* En otras ocasiones había tenido miedo pero no había sido "patético": En un viaje al interior tuvo miedo en el micro, pero *"... ahí tuve miedo de no volver a ver a mi mamá porque no me había despedido de ella"*. Últimamente siente miedo de quedarse sola. *"Ahora es porque no me enamoré y tengo cuentas pendientes"*.

Octubre de 2001: *"Hola ¿Paola? Habla M. quería saber si me podías aceptar de nuevo como paciente. Porque yo querría que vos me volvieras a atender."*

¿Por qué vuelve? Porque no pudo subirse a un avión. Tuvo que sacar otros pasajes en micro perdiendo 24 horas de su excursión. M. había decidido tomarse sus vacaciones, sola. Una vez en la ciudad de veraneo se vio rodeada de familias y parejas. *"Es la primera vez que reconozco que me molestó estar sola"*.

¿Por qué dejó de venir? Porque creía que el motivo que la había hecho venir estaba solucionado y que ya podía arreglarse sola.

Le señalo que el motivo por el que vuelve es el mismo que por el que se va.

Julio de 1999_(Primera entrevista)

M. (de mediana edad) dice estar angustiada. Se fue a vivir sola hace pocos años. Está angustiada hace seis meses. Una noche se despertó con miedo de haberse quedado ciega. Tiene miedo de quedarse paralítica. Tiene dolores fuertes en la cintura. Los médicos le dicen que no tiene nada más que contracturas. M. quiere saber de dónde salen sus miedos y qué son.

Cuando era chica y de adolescente no podía dormir a oscuras y tenía terror a quedarse sola si sus hermanos y la madre salían.

Le pregunto cómo es que decide irse a vivir sola. "No sé", responde. ". No me fui por tener discusiones con mi mamá y tampoco estaba incómoda".

M. consulta ahora porque tiene miedo de no poder caminar y a no poder salir sola. En determinado momento estos dolores y temores habían cedido y hace un tiempo se desencadenaron con más fuerza. Se queda dura en la calle sin poder dar un paso más, debe sentarse y llamar a alguien para que la vengana a buscar.

De sus padres:

Tenían una relación violenta. "Yo me quedé con mi mamá. A mi papá no le hablo". M. culpa a su padre por lo que tuvieron que vivir. Este era un hombre violento, "enfermo de celos". Tanto M. como sus hermanos tenían que soportar gritos, insultos y golpes de su padre a su madre. "Tenía un pánico atroz cuando se enfurecía. No nos dejaba salir. Cerraba la puerta con llave y no nos dejaba ir a la Escuela. En mi casa yo estaba en situación de vigilancia permanente. Esperábamos a ver cuándo se armaba la hecatombe. Estaba atenta con todos mis sentidos. Nunca pude vivir en paz estando mi papá".

En una ocasión pensó que el padre los iba a matar a todos. Tenía 13 o 14 años. M. saltó por la ventana y fue a buscar un patrullero. Cuando llegó la policía, la madre hizo ir a sus hijos, pero no denunció a su marido.

El padre tenía celos de todo. "Era un tráfugo. Nos buscaban por todos lados. Siempre debía plata. Era jugador compulsivo. Él no trabajaba. Trabajaba mi mamá".

De la separación de los padres:

"Ellos como pareja eran muy distantes. Mi papá no se quería ir. A su manera, la quería. La quería pero la lastimaba. La acusaba de estar con otro hombre. En la última pelea, mi papá llorando me dijo que se iba a separar. Yo casi me pongo a saltar en una pata de alegría pero mis hermanos lloraron." "Mis hermanos vivieron con uno y con otro. Yo siento un rechazo absoluto por mi papá. Creo que jamás le di un beso. Yo vi cómo le pegaba a mi mamá. Gritaba yo, gritaban mis hermanos. Alguna vez me tiré encima para sacarlo. Era extremadamente impulsivo".

De la madre:

"Es extremadamente inteligente. No me entra en la cabeza cómo pudo elegir a alguien así". Para M. su madre es una persona brillante. Todo lo que hizo lo hizo para obtener lo mejor de ella y por eso le está agradecida. "Tiene altura para decir las cosas. No es para nada impulsiva. Ataca los problemas desde la calma. Tiene la paciencia que yo no tengo. Es una persona muy templada. Es sumamente respetada profesionalmente"

De ella:

Las piernas se le aflojan. Se le endurecen "Se me van a parar". Consulta varios traumatólogos que no encuentran nada. Tiene miedo a no poder caminar más. Está en la calle, le agarra ese temor y no puede dar un paso más. Está todo el tiempo pendiente si le va a suceder o no.

Le pregunto por el tema de la ceguera a lo que dice no poder entenderlo. Un día se cortó la luz, estaba durmiendo y al despertar en medio de la noche, no ve nada. No imaginó que se podría haber cortado la luz. También efectuó un control ocular que dio bien.

M. trabaja en computadoras en una empresa. El inicio de los dolores coincide temporalmente con un cambio de piso en el trabajo y el distanciamiento en una relación con un compañero de trabajo con el que no se hablan. Tenían una relación "obsesiva y enfermiza". S es casado."Era lindo lo que pasaba pero me causaba celos que me angustiaban muchísimo si hablaba con otra

persona. Lo fui sacando de a poco de mi vida. Fue doloroso. Hoy su presencia me es intrascendente. Hoy no le hablo más". Hasta ese momento la pasaba bárbaro.

- Vos decís que entre esa vigilancia frente a la violencia de tu papá y esta vigilancia por tu cuerpo estuviste bien.

"Ahora que vos me lo decís, es la misma vigilancia"

A la siguiente sesión trae un sueño (Sueño I) que tiene la noche anterior: *"Me levanté sobresaltada. Tiene que ver con la relación de mi mamá y mis hermanos. Les hace las cosas más fáciles que a mí.*

Estábamos todos... me desperté muy asustada. Estaba contracturada de la cintura al dedo gordo. Estábamos cenando en mi departamento. Empezamos a discutir porque no les exige a mis hermanos lo que me exigía a mí. Era mucha presión. Le dije que si las cosas eran así, que se fueran de mi casa. Los eché. Apareció un señor de bigotes y barba en el pasillo y le revoleé una copa. Ahí me desperté".

El señor del sueño apareció en el medio de la penumbra. *"A mi papá no se parece. Era un señor de edad similar a la de mi papá." M. le tiró la copa de susto y cuando se despertó tuvo "ese miedo de dormir sola".*

Las diferencias que hace la mamá de M. entre sus hijos, M. las explica diciendo que sus hermanos extrañaban por épocas a su padre y se iban con él. M. siempre se quedó al lado de su madre. No tuvo dudas. Le exigió tanto porque le deseó a M. lo mejor. M. no podía fallar.

Más adelante vuelve a hablar sobre S. *"Me llama la atención que a pesar de que no me interesaba para mí, pensar que alguien me lo podía quitar me tenía vigilándolo las ocho horas de trabajo. No podía tolerar que dejara de compartir algo para compartirlo con otra."*

De su imagen:

No puede salir a la calle si no está de punta en blanco. Se tiene que combinar la ropa interior con la exterior. *"La pasaría muy mal si variase mi peso o si físicamente no fuera como soy. Me quiero muchísimo. Me acepto absolutamente. Aunque a veces salir de punta en blanco me demanda mucha energía. No podría salir si no tuviera el pelo planchado. Es compulsivo."* Si no está todo en su lugar se enoja con ella misma. Le produce mucha ansiedad y el modo de calmarse es salir de compras y gastar plata.

Más adelante aparece la verdadera razón por la cual M. se fue a vivir sola. M. se enamora de un conocido y como sabía la zona por la que él vivía, para ubicarlo decide irse a vivir a ese barrio ya que de un modo u otro terminaría cruzándose con él. Terminó viviendo, casualmente, a la vuelta. Dice estar enamorada hace años. Una vez estuvo *"por pasar algo"* porque él había ido a su casa. M. fue al baño y cuando salió, él había apagado todas las luces y encendido todas las velas (que M. colecciona). Al encontrarse con esta escena, M. empieza a sentirse mal y no puede parar de vomitar. *"Yo a él le demuestro que nada que ver. Yo tapo lo que siento. Te cacheteo cuando te quiero dar un beso"*.

M. es celosa de su cuerpo, celosa de S., celosa de lo que ocurría en su casa. Pero M. es celosa por identificación a un rasgo del padre: También ella revolea una copa o da una cachetada en lugar de un beso, al igual que su padre a su madre. Ella vive con las antenas paradas. ¿No es ésta la imagen de alguien con dos cuernos? Pienso que plantear esta cuestión apunta a introducir algo de la dimensión de Otra escena. Sí es ella, pero no del todo, es también el padre y si no se percata de ello, es en tanto que inconsciente. M. se adora, se acepta absolutamente, se presenta a sí misma investida de modo narcisista. Intento con la siguiente intervención que se produzca algún quiebre de tal unidad imaginaria que permita formularse alguna pregunta que lleve a un comienzo de análisis.

Dice: " Soy celosa de todo."

- Sos celosa por identificación a tu papá

"Yo pensaba... al final estoy actuando igual que mi papá que es lo último que querría".

A la sesión siguiente llega al consultorio muy nerviosa. Dice que se le oprime el pecho, que no puede respirar. "¡Justo ahora me agarra, viniendo para acá, cuando me dijiste que me identifico con mi papá! No quiero parecerme a mi papá. Lo odian. Está solo. Yo no quiero quedarme sola. Yo soy muy agresiva. Si te estoy lastimando te tengo que lastimar más. Disfruto. Con mi conducta prepotente creía que tendría a todos al lado mío. Ahora me doy cuenta que es al revés."

M. Empieza a preguntarse por qué agrede cuando no quiere hacerlo, también reconoce lo desgastante que le resultan los celos. "Puedo reconocer que me parezco mucho a mi papá. ¿Cómo hago para sacarme ese traje que me puse?". También comienza a llamarle la atención que no pueda encontrarle un solo defecto a su madre.

M. llama por teléfono a su enamorado. Él se invita para el fin de semana. Al día siguiente le agarra una reacción alérgica. Le sale una erupción en todo el cuerpo. "Es una manera de evitar un encuentro sexual con él"- sugiere M. Posterga el encuentro y se le va la alergia.

Se suceden episodios en los que de madrugada, M. se ahoga, no puede tragar, se le oprime el pecho. M. llama a su madre por teléfono y ésta va a acompañarla. También llama al médico quien dice que es todo óseo-muscular y que el cierre de la garganta es una "sensación subjetiva". M. había pensado que era algo cardíaco. "Esto que no puedo manejar me desarma. Cuando ya no puedo más sola, la llamo a mi mamá".

-¿Por qué?

"Porque la quiero al lado mío. Es la única que me va a entender bien lo que me pasa."

-¿Siempre puede ir?

"Sí"

-¿Qué entiende tu mamá?

"Entiende que no tengo nada en el corazón. Ella me sugirió que las parálisis eran otra cosa."

En otras ocasiones no puede dormir sola de noche. Tiene miedo que aparezcan personas más allá de la muerte. Escucha pasos que se arrastran y en cualquier momento van a entrar. Lo único que puede hacer es quedarse quieta bajo la colcha mirando la puerta. Queda presa de desesperación. Los personajes son distintos monstruos de películas.

M. no cree en la existencia de esos monstruos. "¿Cómo puede ser que siendo una persona grande le tengo miedo a un personaje ficticio?. ¿Cómo pierdo el contacto con la realidad?"

Recuerda una escena de cuando estaba en 5to grado. Dice que es la primera vez que lo cuenta. Un profesor la había manoseado. Él estaba muy pendiente del desarrollo físico de las alumnas. M. había ganado un concurso y la felicitó pasándole las manos por todo el cuerpo.

DEL MIEDO A LA POSTRACIÓN A QUEDARSE QUIETA POR EL PÁNICO A LOS ESPECTROS.

Deja de paralizarse en la calle y deviene en miedo a la postración. Teme tener que quedarse quieta en una cama y que tengan que hacer todo por ella. Tiene deudas que debe saldar por

sus compras compulsivas. Para tapar que estaba sola- dice- salía a comprar. "Estaba sola como los viejos".

¿Qué, tu mamá también está sola?

"Mi mamá no necesita a los hombres, no le interesa el sexo. Prácticamente no tuvo ninguna pareja desde la separación. Cuando mis padres vivían juntos pensaba: por compensación a lo que vos sufrís con este hijo de puta yo te voy a hacer feliz con lo que vos querés. Darte cariño y demostrarte que valés, cosa que él no hacía. Mi mamá fue a quien tuve que proteger, se transformó en una persona a la que no podía mandar a la mierda cuando algo no me gustaba. Yo me hice cargo. Yo me la pasé todo el tiempo jugando el papel de lo que le faltaba. Si mi mamá estaba sola, yo la acompañaba, si mi hermano hacía mal las cosas, yo las hacía bárbaro. ¿Por qué se me ocurrió completarla? ¿Qué me pasa con mi mamá?. Siempre creí que las cuentas estaban saldadas y evidentemente no. Debo creer que me deben algo mis padres. Mi mamá fue una mamá atenta pero no te abrazaba ni te besaba."

A M. siempre se le ocurre llamar a la madre cuando se siente mal. Cuando le dice que está en camino, se le pasan todos los dolores.

M. fue dando distintas versiones de por qué su madre se quedó a recibir los golpes tanto tiempo: su madre se habría casado para irse de su casa y "reventar" a su abuela, nunca lo quiso al padre. Entonces por la culpa se habría quedado a recibir los golpes. La abuela materna se fue de su casa de la misma manera. La versión que M. nunca cambia es que su padre había querido mucho a su madre.

"Me impresionaba como mi papá le reclamaba sexo, así, conmigo adelante. Es de padre perverso. A mí me impresionó tanto el reclamo porque pensé: Va a venir a buscar en mí lo que no tiene con mi mamá. Después de escuchar el reclamo, no dejaba ni que se me acerque. Siempre le encuentro algo de perverso ver a un padre acariciando a su hija. Yo quería que mi papá desapareciera. No sabía cuándo se le iba a cruzar encerrarnos. Eso es terrorismo hogareño. Me extraña que nunca lamenté que él desapareciera. Eso quiero desentrañar. ¿Cómo puede ser que no me dolió que se fuera y cuando quiso volver casi me muero?"

Le pregunto acerca de la escena con el profesor.

M. no sabe si fue el padre, si fue en la escuela. El profesor era un señor bastante grande, gordo, pelado y de bigotes. "Aparentemente cariñoso, pero un viejo cariñoso".

La madre de M. le señala los defectos que tienen que ver con el padre: celosa, gastadora, contestadora, impulsiva.

M. le pregunta, un día, a su madre por qué el padre nunca la había buscado a M. Recibe como respuesta que M. era la única persona que le mostraba su realidad y a la única a la que no podía someter. Ella, M., se moría de miedo pero nunca se lo demostró. Esta explicación le es insuficiente. Dice: "Entendí por qué tomé esos defectos tan feos de mi papá. Fue tal el dolor de ver lo que hacía, que no es que me sea indiferente como pretendo, sino que lo tengo puesto". M. se describe como habiendo sido un censor de las situaciones de violencia en su casa, las presentía. Estaba con los ojos bien abiertos todo el tiempo. Ella no se paralizaba frente al padre pero no puede dejar de hacerlo ante los espectros.

M. relata que durante mis vacaciones fue a ver "Sexto sentido". Esa noche, tuvo miedo aterrador por lo que estuvo despierta toda la noche. A la noche siguiente, a la 1 de la madrugada, frente a la misma sensación llama a la mamá para que vaya a su casa. M. no recuerda una peor sensación que la de esa noche.

"Me extraña que a mi mamá no le extrañe que yo tenga miedo a los fantasmas. Ella debe tener la sospecha de que me pasó algo. Lo toma con total naturalidad". "Eso me convence que no es miedo a los muertos sino que algo pasó. ¿Por qué la naturalidad de mi mamá?. Ella entiende

mi miedo. Los pasos que siento los relaciono con mi papá. Pienso que el miedo es por algo que mi papá me hizo o me dijo. ¿Por qué lo culpo a mi papá por lo del profesor?"

En marzo de 2000 dice que se siente mucho mejor que cuando empezó, que está más abierta con la gente. Aceptó salir con otras personas y lo pasa bien. Está de mejor humor y siente que los demás están mejor con ella.

Comienza a vislumbrarse el enigma del deseo de la madre como su tema. El padre, con sus celos, le da una versión normal: no tiene sexo con él porque lo tiene con otro. De la mujer brillante y perfecta, a esta altura, M. describe a su madre como una mujer que no disfruta de la vida y que no ha gozado. Se pregunta reiteradamente qué hace que una mujer, su madre, se quede con alguien que le da miedo. *"No tuvo ni siquiera temor por nosotros. Ni siquiera ver que los hijos la pasaban como el culo la hizo moverse".*

Continúa: *"Yo soy la tercera generación sin sexo. Para mi abuela era virtud no tener sexo, por lo que pensaban las viejas de antes. Hubiera querido quedarse soltera pero no era bien visto. A mi bisabuela no le venía bien ninguno. Agarró uno y se casó. Mi mamá pensaba lo mismo del sexo hasta que algo (una operación en la que casi pierde la vida) la hizo cambiar de opinión. Antes no me dejaba estar sola en mi casa con mi novio 2."*

"¿Por qué éstas mujeres se quedan al lado de personas que no soportan?. Mi abuela se separó de mi abuelo pero siguió viviendo bajo el mismo techo hasta que falleció, cada uno en partes diferentes de la casa. Ella abandonó a mi tío y a mi mamá porque tenía gran devoción por estar con su madre, mi bisabuela. La adoraba a ella y odiaba a su hermano."

M. siempre quiso que sus hermanos 3 se fueran con el padre para poder quedarse sola con la madre. Relata que lo maltrataba hasta el cansancio y que, entonces, no puede entender el afecto que le manifiesta él a ella. *"Yo siempre estaba compitiendo para que me diera pelota. Yo salía corriendo a buscar a la policía y ella elegía a mi papá. Me sacaba buenas notas y seguía eligiendo a mis hermanos. La única manera de quedarme con ella era que se borren todos".*

M. cree que su madre sabe por qué le pasa lo que le pasa. Conoce su grado de responsabilidad y por eso corre detrás de ella cada vez que la llama.

"Encontrarla tan culpable como a mi papá modificó mis sentimientos. Yo prefiero esta situación, A) porque odio la dependencia y B) porque los ataques de pánico me volvían loca. Desaparecieron los gastos compulsivos. Sin saber cómo, el otro día tenía la casa llena de amigas. Ahora les gusta estar conmigo. Cambiaron los motivos: no es que no podía caminar o respirar, me sentía sola. Para mí, mi mamá era perfecta y se hace difícil aguantar que no lo sea. Yo puse a mi papá donde está partiendo de la base que mi mamá era perfecta. Y si no es perfecta tengo que revisar dónde puse a mi papá. Los motivos por los cuales era una mierda eran de mi mamá y no míos. Quizá me privé de la compañía de mi papá pero no por mis propios motivos. A mí, nunca me hizo nada, nunca me tocó un pelo. Mi mayor odio contra mi papá empezó a surgir cuando apareció el reclamo sexual lo tengo que sacar de ahí y se me vienen 30 años de mi vida encima."

A la empleada de la madre de M y también de M. la golpea su pareja. La madre de M. le da consejos para que haga la denuncia y lo eche de su casa, la alecciona y sugiere cómo resolver la situación. Esto a M. la sorprende. Cree que para la madre es fácil aconsejar a otros pero para ella se quedó paralizada. *"No puedo entender cómo alguien se paraliza. ¿Cómo te vas a quedar ahí si te fisuró dos costillas?. Yo sentí la misma impotencia que cuando le aportaba la solución a mi mamá y ella se quedaba. Antes de ir a dormir me vino mi empleada a la cabeza y ahí apareció el espectro. ¿Qué las paraliza tanto? Se quedan a recibir los golpes porque están en falta y es como si se los merecieran por no acostarse con ellos. Paralizarse por no tener sexo. Es como un autocastigo. Para mí estas cosas son para decir algo. Mi cuerpo dice que hasta acá llegó, porque así, sin sexo 4, no quiero seguir. Yo entendí que el tema de la reacción de paralizarme o quedarme parálitica tiene que ver con que mi mamá no tenía sexo con mi papá. Terror que paralizaba a mi mamá y terror que me paraliza a mí. A mí, los dolores no me dan más. Yo lo entiendo como un te estás empezando a curar. Me siento más aliviada. Lo que*

me trajo fue el tema de los dolores y porque no quería tener sexo con nadie. Yo ya encontré la respuesta."

(Dibuja la representación gráfica de X³) Lo explica: El 3 somos mi papá, mi mamá y yo. El amado fue un punto de inflexión cuando lo vomité 5 (lo ubica en la intersección de las coordenadas). Él sirvió para que yo me fuera como loca de mi casa, como mi mamá, que se fue locamente de la suya.

Nuevas situaciones de monstruos a la noche.

"¿Por qué la presencia de mi mamá hace que los demonios desaparezcan?. Tiene que ver con no poder compartir la cama con un tipo. Me da vergüenza decirle a mi mamá que estoy triste, derrotada, frustrada, fracasada, con un costado débil. Mostrar debilidad es reconocer que no soy tan perfecta como me ven. ¿Por qué relego mi vida para sostener la imagen de mi mamá? ¿Por qué siempre culpé a mi papá de lo que le pasaba a mi mamá?. Pensar que ella es responsable de lo que le pasó es cuestionarme. Pero ¿por qué toma con naturalidad mis llamados a cualquier hora?"

Le digo: Quizá los toma con naturalidad porque cumplen alguna función para ella, quizá le viene bien porque le resuelven el problema de la noche.

"Tenés razón. Me hace muy mal verla tan sola. Envejece más rápido. Sí, es así porque cuando me peleo con ella, aunque me muera de miedo no la llamo. La privo de llenarle la noche."

DE QUEDARSE QUIETA POR EL PÁNICO A LOS ESPECTROS AL PÁNICO A VIAJAR EN AVIÓN.

Ya no la asustan los espectros. No intenta ignorarlos pero ya no le quitan el sueño. *"Me parece increíble poder dormir porque hace 30 años que no puedo dormir y de repente puedo hablar con mis espectros".*

M. manifiesta que tiene parte del problema resuelto, que la angustia que tenía cuando vino, desapareció y que siente una sensación de alivio. *"Me pregunto si me podría tomar unas vacaciones".* Dice ya no tener nada más para decir y que se incomoda mucho por el silencio. *"Me persigue incomodarte. ¿Y vos, qué?. Esta mujer se debe estar embolando. Me empiezo a preguntar para qué vengo".*

Te hace sentir incómoda no llenar de palabras el tiempo y el espacio del otro.

"¿Por qué siento que las cosas tienen sentido si yo le lleno el espacio a alguien?."

En tanto M. ya no llama de noche a su madre, empieza a vislumbrar que es su madre la que busca excusas para quedarse a dormir en su casa. M. se fastidia por eso. No entiende por qué siente tanto rechazo. Se siente invadida. Dice: *"¡Ella no sale nunca! No quiero que venga a mi casa".*

Su incomodidad frente al silencio en sesión cada vez la inquieta más. *"No quiero que pienses que te engaño cuando digo que no tengo nada para decir".*

Se va de viaje al exterior. A su regreso dice que no va a ir al diván. Se siente incómoda en el diván y prefiere verme la cara cuando habla. Está súper contenta porque la ascendieron a un proyecto importantísimo en su trabajo. Un año atrás, dice, no lo hubiera podido manejar porque se trata de un trabajo en equipo.

"Si el terror desapareció, ¿cuál es el motivo ahora?. Ahora me siento bien, más segura. Me relaciono de otra manera con la gente. Me pasan cosas que me hacen bien. Puedo vivir reconociendo que no soy perfecta y eso me permite tolerar a los demás".

M. dice que desde que llegó a las conclusiones a las que llegó en análisis ve a la madre como que se está por enfermar. La ve cansada, deprimida. Pero quien es internada en terapia intensiva es la abuela de M. Tuvo un cuadro cerebro vascular. Cuando M. va a visitarla, ya de regreso en el geriátrico, le dice: "Vos me tenés que ayudar a salir de acá porque tengo que ir a tomar mate con X (un hombre)". ¡La abuela de M. está interesada en un hombre!. *"Esto deja más al descubierto la situación de mi mamá. Para mi abuela los hombres eran diablos, monstruos de los que había que alejarse. Pero esta vez se peleó con otras señoras para ver quién se quedaba con X. Me mató hablar con mi abuela. Inmediatamente la miré a mi mamá. Pensé que era una lástima que mi abuela no hubiera buscado un hombre antes. De mi mamá pensé que ojalá que a ella también le pase."*

A la abuela tienen que internarla de nuevo. Se descompensó luego de que su enamorado dijera que no quería tomar mate con ella. *"Me puse a llorar sin parar ante la cara de sufrimiento de mi abuela o quizá porque la había dejado. Si mi abuela se muere, se va a morir sufriendo. Es mejor sentir que no sentir, me preocupa ser una piedra."*

- Pero vos no sos una piedra, en todo caso estás identificada a alguien que parece que sí es una piedra. No es propiedad de las mujeres ser una piedra. Por ejemplo , tu abuela no lo es.

"No me gusta que los demás vean que no soy una piedra. Yo intento hacer creer que soy una piedra. Mi abuela adelante mío llora y me parte el alma. Evidentemente ella debe darse cuenta que yo no soy una piedra. Mi mamá tuvo la imagen de arreglarse sola de su mamá."

Un sueño (Sueño II):

"Iba caminando con mi mamá por una calle que lindaba con el cementerio. Había muchos puestitos que vendían flores. Un muchacho tiró un ramo de rosas muy lindo para atrás. Yo lo levanto. El muchacho me mira. Mi mamá me dijo: "¡Tíralo!". "¿Por qué, si es muy lindo?", contesté. "Sí, pero es para los muertos", dice mi mamá."

El chico del sueño le había gustado y ella a él. Él tiró las flores como las tiran las novias. "Implica que tengo que elegir".

A la semana siguiente un compañero de trabajo la invita a tomar un café y acepta.

En Navidad se reúnen en su casa con su madre y sus hermanos. A la hora de partir, la madre dice "¿Cómo vamos a dejar a M. sola?"

M: "Yo vivo sola."

Madre: "Bueno, yo quiero quedarme a dormir."

M: "Eso es diferente."

"Mi mamá se quiere quedar conmigo y me da rechazo. Ella tenía su vida completa si me tenía que curar la parálisis a mí. Ahora la estoy descompletando yo. El problema es que esa culpa es terrible"

Cuando M. vuelve a su próxima sesión, es después de sus vacaciones en las que tiene que cambiar su pasaje de regreso en avión porque no pudo subirse (aunque de ida pudo hacerlo no sin miedo). Es la última sesión antes del llamado telefónico anunciando ¿sus vacaciones?.

El sueño del regreso (Sueño III):

A la segunda sesión luego de retomar, trae un sueño que M. está segura que tiene que ver con su tema de análisis:

"Estábamos mis hermanos, otra persona - un hombre- y yo en una terraza. Uno de mis hermanos le dice a la otra persona ' Mirá como salto, me agarro y no me caigo'. Lo desafía. Salta. Le pido al hombre que por favor me diga que no se murió (porque ya no lo veo más a mi hermano). 'Seamos realistas - dice- se murió'. Bajé por el ascensor. Estaba en bata, con una toalla en la cabeza, colorada del llanto, comiendo una manzana roja. Me miré en el espejo del ascensor.

Abajo estaba mi mamá, llorando abrazada a mi hermano. Estaba vivo, me miraba. Yo le decía: Por favor no me dejes. Mi hermano se transforma en plano. Mi mamá lo dobla a mi hermano y lo mete en una cubetera con esqueleto (de las viejas) y le pone el hielo arriba."

Algunas asociaciones de M.: *"Me llamó la atención mi mamá, cuando lo mete en la cubetera como que acá no pasó nada, está todo solucionado. Estando uno de mis hermanos como protagonista es más extraño. Me parece que está relacionado con empezar a descifrar el tema por el que vine: Mi papá.*

Me desperté cuando mi mamá lo metió a mi hermano en el freezer. No ante la caída o la muerte. Lo asocio con la actitud de mi mamá, mandar a los hombres al freezer. En el congelador porque era una cubetera de las que podía tener mi abuela. El hombre, me podría imaginar que es mi papá pero era desconocido."

¿Cuál es el trabajo de análisis que aún resta desplegar? ¿Qué debe ser rectificado en relación a la transferencia, en función de los motivos de su partida ahora que decidió retomar?

Afrontar el estrago **Comentario realizado por Irene Eizykovicz**

Para que una hija se convierta en madre, es decir, teja filiación, es necesario el estrago con su madre.

Voy a proponer en el texto de Paola Gutkowski, un trabajo de lectura que comienza por recortar la relación madre-hija, vínculo que por repetición enlaza tres generaciones, y se actualiza en transferencia constituyendo la Otra escena.

Estas madres detenidas en la tramitación de su posición femenina como culminación simbólica del destino sexuado de una mujer, repudian su no tener en la imposibilidad de renunciar al hijo: fue parte suya y ya no lo es. Por algo propio del análisis – la transferencia- se le acorta a M. la distancia entre la analista y la madre.

Soportar la transferencia es para el analista soportar algo material: la constitución del sujeto. En el trayecto del análisis se lee un movimiento que va de la versión materna del padre con síntomas conversivos (se queda dura en la calle sin poder dar un paso más), a la construcción de la fobia (erección de un peligro- miedo al avión) que transforma el espacio materno amenazante del goce.

Es siempre una capa secundaria la relación de una mujer al padre. Para una mujer, el hombre –aún el padre-, es la forma de separarse de la madre. Estas mujeres no soportan hombres, no dejan de ser hijas para convertirse en madres:

Abuela: los hombres eran monstruos, diablos de los que había que alejarse. (M. tiene miedo de monstruos nocturnos). Tenía gran devoción por su madre - la bisabuela de M.-, abandonó a sus hijos y se separó–bajo el mismo techo- de su marido.

Madre: "se casó para irse de su casa y reventar a su madre. Es una persona muy templada – no entra en celo, mete a los hombres en el freezer".

M.: la inminencia de un encuentro sexual le provoca síntomas somáticos.

El goce incestuoso siempre es con la madre. La operación de Castración en el seno del Edipo - sin el obstáculo de la amenaza- plantea: ¿qué puede **perder** una mujer?: El amor. Porque ya entra en el Edipo castrada. Si M. ve realmente a la madre ("estaba con los ojos bien abiertos todo el tiempo"), le infringe una herida narcisista y se expone a que ella no la quiera, "para mí mi mamá era perfecta".

Si la incompletud del orden simbólico por operancia de la Metáfora Paterna inscribe la falta como **pérdida**, entonces se connota mediante la extracción del objeto a y da estructura neurótica.

Pero ese conjunto –la estructura neurótica en las mujeres- queda abierto, no queda establecido de una vez y para siempre. No hay valla, es poroso, permeable –la mujer entra y sale-. Es por eso que locura y psicosis quedan relacionadas a lo femenino en el sujeto.

Se trata de la extracción del cuerpo de la madre, del goce de la madre. Sobre esa extracción se construye el sujeto –término secundario al objeto a-.

Se hace necesario entonces articular las dos dimensiones histórica –edípica- ,y estructural a fin de precisar que los términos Padre y Madre no sólo aluden a los personajes de la historia edípica "mamá y papá" sino a sus funciones. En la estructura el significante Padre nombra al representante original de la autoridad de la ley, mientras que Madre nombra al sujeto real que encarna al A. No sólo se trata de la castración en la "mamá" de la contingencia histórica, es la inscripción simbólica de la falta y su anudamiento a la función de la ley, al significante del Nombre del Padre (el que representa la autoridad de la ley en el A). La estructura se manifiesta en la historia y a través de ella.

M. se fue locamente de la casa materna, como la madre se fue locamente de la suya. Si se fueron locamente no salieron, permanecen ahí. (Locura entendida desde la doctrina de la locura de Lacan: estasis del ser en una identificación ideal, sin la mediación del vínculo de la palabra, es lo opuesto a la articulación con el Otro).

Freud insiste mucho para decir que el lazo de la hija con la madre está marcado de un reproche imposible de calmar y dirigido a aquélla por haber sido mal hecha (castrada), reproche que sería el impulso de su entrada en el complejo de Edipo, es decir de su llamado al padre. Estrago significa destrozo o daño muy grande. En Lacan el término estrago califica lo que hay de específico entre madre e hija. Debe de haber estrago de ese lazo desbordado de incesto con la hija. "El extrañamiento respecto de la madre se produce bajo el signo de la hostilidad, la ligazón-madre acaba en odio. Por lo común una parte de él se supera y otra permanece".
Freud.: Conferencia 33.

Duelo es dolor y también combate –hay que incluir la hostilidad-. La madre debe poder perder al niño, así como el niño debe poder perder las heces. Hay que poder satisfacer ese duelo, su imposibilidad, su rechazo instalan el terror. El pasaje a la fantasía es transformación de lo más amenazante del goce. De un A compacto, por desprendimiento, a un A agujereado.

La exclusión del odio del lazo materno, hace que no exista relación de filiación. Retorno de un goce anhelado y amenazante ("quedarse sola con la madre"), incestuoso y criminal, que desata la reaparición de lo unheimlich de un objeto sin identidad sexual en toda su ambigüedad.

Una maternidad sin sentimientos de rechazo es un reino de los niños y las mujeres. Si no se produce ese arrancamiento sin sustitución, el riesgo para la hija es la captura. La madre de M. es una celadora, vigila y controla: " todo lo que hizo –exigencia y presión- lo hizo para obtener lo mejor de ella". No hay ternura como contraccatexia : "mi mamá fue una mamá atenta pero no

te abrazaba ni te besaba". El peligro del goce de la madre es la crueldad de la sexualización de la relación maternal, por la no disimulación del goce femenino por un padre, la no sustracción del goce.

Comentario realizado por el Lic. Pablo Peusner

El caso presentado en "Apertura" por la Lic. Paola Gutkowski generó un acalorado debate en el seno de nuestra Sociedad de trabajo. Aquella noche realicé un breve comentario que, a causa de una falla en nuestro grabador, se ha perdido. Sin embargo, intentaré reconstruir sus puntos salientes a partir de las notas que había preparado para la ocasión. Los mismos, se agrupan alrededor de dos cuestiones:

I.

En primer lugar realicé una breve descripción de las manifestaciones clínicas de la paciente – tal vez, porque en uno de los comentarios previos se había hecho referencia al problema diagnóstico. Señalé que encontraba cierta coincidencia entre la proliferación de las manifestaciones clínicas que la paciente presentaba, con los indicadores que en el DSM-IV se utilizan para diagnosticar el cuadro denominado "panic attack". Según el manual, si un paciente manifiesta "aparición temporal y aislada de miedo o malestar intenso", acompañado de cuatro o más síntomas de una lista de trece que se proponen, el diagnóstico es indudable. Ahora bien, de la lista de trece síntomas la paciente en cuestión manifestaba ocho. A saber: sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; desrealización; miedo a morir y parestesias.

Un psicoanalista advertido y formado en el espíritu del "retorno a Freud" propuesto por Jacques Lacan, no podrá dejar de advertir la coincidencia que estas manifestaciones presentan respecto de los síntomas propuestos por Freud en 1894 con ocasión de escribir sobre el síndrome de la "neurosis de angustia". Según dicha lista, la paciente presentaba nueve de los diez síntomas establecidos por Freud. A saber: expectativa angustiada; ataques de angustia; ataques de angustia rudimentarios y equivalentes del ataque de angustia (descritos como perturbaciones de la respiración, ataques de vértigo, parestesias); terror nocturno; mareos; fobias típicas (amenazas fisiológicas comunes y agorafobia); trastornos digestivos; parestesias y cronicidad en la sintomatología.

Considerando semejante coincidencia, en primer lugar reflexioné acerca de lo "novedoso" del "panic attack", considerando que es uno de los cuadros más extendidos y más autodiagnosticados por los pacientes que llegan a nuestra consulta. Propuse que su creación está más cerca de una maniobra tendiente a facilitar la comercialización de un psicofármaco como el "Rivotril", que de un afán por mejorar y actualizar la semiología psiquiátrica.

En segundo lugar, situé cierta apuesta de la analista dirigida a escuchar en ese texto un trastorno susceptible de ser abordado mediante el dispositivo freudiano –a condición de considerar que los cuadros de "neurosis actuales", suponen un tratamiento previo al inicio de un análisis propiamente dicho. Gran parte del material narra los avatares de este tratamiento previo, y sólo en el final del mismo se verifican las condiciones necesarias para iniciar un trabajo analítico (hipótesis que se demostrará oportunamente).

II.

La segunda cuestión que abordé, fue la lectura crítica de una intervención que la analista señalara a su paciente. En ella, le confirmó que "*el motivo por el que vuelve es el mismo por el que se va*". Dicho motivo giraba alrededor del significante "sola". Propuse otra visión del problema.

Antes de detallar dicho problema, quisiera realizar una aclaración al lector –aclaración que no realicé en la noche de la presentación, puesto que me parecía una "perogrullada". Sin embargo, quisiera destacar que mi intervención se apoyó en las frases del material, tal como fueron presentadas en el escrito que me fuera enviado para su comentario; y enarbolando la bandera del "*¿qué importa quién habla?*" (con la que Foucault inicia su célebre conferencia acerca de "*¿Qué es un autor?*"). Haberlas trabajado en este sentido no significa que fueron consideradas "a la letra", sino que se incluyó la tarea de "interpretador" propia a todo psicoanalista. En ningún momento presté atención a si el texto respondía a lo que "fielmente" dijera el paciente o si, más bien, era un recorte de la analista. En todo momento, me apoyé solamente en el texto. Valga la aclaración en lo que sigue.

Propuse, inicialmente, una frase para situar la posición de la paciente al momento de abandonar por primera vez las entrevistas: "*todavía no hice lo que tenía que hacer*" –y por éso se fue.

Al retornar afirma: "*es la primera vez que reconozco que me molestó estar sola*". En esta frase se afirma un carácter inaugural, algo ocurre "por primera vez". Por fin, hizo lo que tenía que hacer (motivo por el que se fue): incluir "lo nuevo" en su discurso.

El sueño del regreso nos ofrece a la madre colocando a su hermano en una cubetera, luego en el hielo. De las asociaciones se desprende otra frase: "*... la actitud de mi mamá, mandar a los hombres al frizer [freezer]*" (ruego al lector que acepte esta escritura, argentinizada, para un significante de otra lengua). Las asociaciones continúan: "*El hombre [el que estaba en el frizer, se entiende], me podría imaginar que era mi papá pero era desconocido*".

También en las asociaciones del sueño se despliega algo "novedoso", algo que decide "empezar" (es decir, que nunca había sido realizado): "*me parece que está relacionado con empezar a descifrar el tema por el que vine: mi papá*".

En el retorno de la paciente a la consulta con su analista, insiste el carácter de novedad en lo que respecta a su posición discursiva. Plantea cosas "nuevas". Quiere "empezar" algo nunca iniciado.

Apenas situadas estas frases, advino una lectura vía el anagrama:

Allí donde se leía "D - E - S - C - I - F -R -A -R al padre", propuse "D -E -S -F -R -I -Z/S/C -A -R al padre" (¿no creen acaso que el inconsciente -estructurado como un lenguaje- pudiera utilizar en su favor la semejanza fonética que el español rioplatense acentúa entre Z, S y C?).

Le propuse a la analista que la dirección del tratamiento en ciernes, suponía ofertarle a la paciente "desfrizar" la figura de su padre. Y también que por esa vía había un inicio posible, sostenido por la única materialidad que ofrece una estructura para darle su status al inconsciente:

"juego combinatorio que opera espontáneamente, de manera presubjetiva (...) Ella nos asegura que el término inconsciente encierra algo calificable, accesible y objetivable" (Jacques Lacan - Seminario XI: "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis – pag.28 – Ed.Paidós.)

Notas

1 Apertura es una Sociedad Psicoanalítica con sede en Buenos Aires.

2 M. tuvo dos noviazgos consecutivos mientras vivía en casa de su madre. Con los dos había tenido relaciones sexuales. Al principio disfrutaba de ellas y de la relación pero al poco tiempo ya no le interesaba su compañero y no sabía cómo dejar de estar con él. Continuó ambas relaciones bastante tiempo aunque ya no sentía nada por uno ni por el otro.

3 Menores que ella. Hasta que nació el primero no había habido situaciones de violencia entre sus padres.

4 ¿O sin el Otro sexo? Porque cómo dar cuenta de qué desea una mujer si no es en relación a un hombre?

5 A partir de ese episodio comienzan las parálisis en la calle.

No son los únicos restos

Rosy Goldman

La paciente, a quien llamaré Laura, de 43 años, es viuda hace 3. Vive con su tío y 3 hijos (Gabriela de 21, Marta de 20 y Oscar de 17). Se presenta diciendo: *"Quedé sin marido, tuve que salir a trabajar. Quedé fuera de mis hijos. No me cuentan, no está todo bien. La mamá soy yo, ¿qué es lo que pasa que yo no sé? ¿Cómo hago para ver en qué estoy fallando o en qué les fallé? Sé que no lo aguantan al tío pero más no puedo hacer"*.

Siente que no puede hablar con sus hijos. Esta es una preocupación que se repite durante todo el tratamiento, expresando diversos motivos: falta de espacio, falta de tiempo, etc. Desde su enunciado éste parece ser su motivo de consulta. En varias entrevistas manifiesta que trata de acercarse a ellos pero no obtiene respuesta. Aparenta estar regida por un sentimiento ambivalente: por un lado quiere estar con ellos y por otro siente como una pesada carga el ser madre. En su discurso aparece una demanda de ser demandada. Les supone, sobre todo a su hija más grande, un reproche dirigido a ella; posterga indefinidamente una conversación con los tres en la *"que se dirían todo"*. Dice sentirse culpable de haberlos abandonado cuando tuvo que salir a ganarse el sustento.

El marido trabajaba con el hermano, éste fallece y cierra la fábrica. Pierden la casa por una hipoteca que no pueden pagar. Alquilan, el marido se enferma y al año y medio muere. Laura y sus hijos se quedan en la casa alquilada durante un año pero dadas las dificultades para solventarla se van a vivir con los tíos que criaron a Laura. Al mes fallece la tía.

Duermen los cuatro en una misma habitación. Manifiesta reiteradas veces "estar en el medio" entre sus hijos y el tío. *"Haga lo que haga no alcanza"*. La posibilidad de mudarse le resulta irrealizable. Comenta que fue a vivir allí *"porque no le quedaba otra"*. Sin embargo, hubo una oportunidad en que sí quedó otra y fue cuando su esposo la rescató de la casa de sus tíos cuando tenía 20 años. Después de un período de conquista, Jorge (el marido) la conminó: *"O te quedás con tu familia o te venís conmigo"*. Y Laura decidió apostar a este lugar que le ofrecía.

Del malestar generalizado provocado por la relación con sus hijos, se va despejando que es con su hija mayor con quien tiene más dificultades. Gabriela no le cuenta sus cosas, le contesta cortante, no le pregunta, se siente cuestionada pero no sabe por qué. Ante el proyecto de Gabriela de irse a España, afirma *"me parece algo que nunca me hubiese atrevido a hacer"*. Comenta que la primera vez que consultó a un psicólogo fue cuando su hija se orinaba a los seis años. Laura dice que en dicha ocasión Gabriela manifestó en la entrevista que se hacía pis porque la mamá era dominante y el papá era su refugio. La paciente relata: *"Yo, en vez de acompañarla, la retaba, me ponía reloca"*. La terapeuta le aconsejó que hiciera tratamiento, ella salió llorando, no le gustó la psicóloga, y no asistió más.

Pasado un tiempo relata que está saliendo con una persona. Este hombre la invita a pasar un fin de semana a Mar del Plata y dice no saber qué hacer, *"no sé si les parece bien"*, refiriéndose a sus hijos. A continuación expresa que siente la falta de su marido, a quien podía consultar sobre lo que tenía que hacer. Al finalizar el encuentro le pregunta directamente si viaja o no el fin de semana.

Laura llora todas las sesiones.

Su madre falleció cuando ella tenía 10 años. Dice que pasado un tiempo fue a ver la tumba y ya no estaba. *"No tengo buenos recuerdos de ella, siempre fueron momentos desagradables. Me criaban mis tíos, ella trabajaba en casa de familia. No me podía tener... Tengo tres hermanos que están desperdigados. Cuando venía recibía un reto. Siempre mal. Le pedía que me acompañe al baño y siempre tenía fastidio... Una vez me llevó a vivir con ella."* Sabiendo que corría riesgo su vida, la madre queda embarazada nuevamente y en el parto fallece.

Recuerda una escena en la que sus tíos discuten con su madre, porque se la quería llevar a la fuerza. Según su relato la tía era responsable legalmente por ella. **"Me daba un lugar"**. Sin embargo, aclara que nunca lo sintió como propio. *"Siempre sentí el vacío, viviendo de prestado. Nunca tuve un lugar. Siempre viví con una tía, en el hotel. Me siento como que estoy molestando."* En cambio la casa que compartió con su marido **fue suya pero la perdió**. Ante esto interviene diciendo: *"Los lugares uno se los apropia, nadie los regala."*

Del marido dice *"para mí era todo... era depresivo y fuerte... era el sostén de la familia."* Relata diversas situaciones en que el esposo la consultaba, le preguntaba qué hacer ante diferentes situaciones problemáticas. Después de un tiempo, Laura puede comenzar a hablar de su bronca: *"Si tanto nos quería se hubiese cuidado"*. Sin embargo, esta bronca está permanentemente reprimida por un escrito, de los tantos que él dejó, en el que declara: **"Si equivoqué el camino, no habrá reproches"**.

En una ocasión, cuenta que estuvo en una reunión familiar y que se angustió mucho. *"Extraño la ausencia de él..."* Subrayo esta frase y ella continúa: *"Todo sigue a pesar de que él no está. Quizás eso sea lo doloroso. Todo sigue igual"*. Antes de morir su marido le dijo: *"Sos una morocha fuerte". Me dejó una obligación. Él sabía que yo lo iba a hacer bien. No sé si sentirlo como un halago o como una obligación."*

Este **"morocha fuerte"** adquirió equivocidad en el dispositivo analítico, a partir de una intervención en la que puntúo el significante. Dio lugar a dos cadenas significantes que disparaban significaciones diferentes.

La vertiente superyoica que implicaba la obligación de ser una madre que se las bancara todas, que saliera a trabajar para sostener una familia que sentía que se le había desmembrado, una familia que había logrado construir a partir de un lugar otorgado por un hombre. Pero la "morocha fuerte" también la remitía a su sexualidad.

En su historia infantil, Laura siente que no tiene un lugar propio que la aloje. El encuentro con su marido le permitió obturar su malestar encontrando en el bálsamo del amor alguien a quien hacerle falta. Con su muerte ha perdido este lugar. El significante "morocha fuerte", significante que la representaba para el otro, le alcanzó por un tiempo pero se le impuso como el mandato de un superyó exigente al que no puede satisfacer, frente al cual *"nada de lo que haga alcanza"*.

La otra vertiente del oráculo propuesto por el esposo, que se vehiculiza a partir de la intervención de la analista, es la que le hace enigma y la confronta nuevamente con el interrogante sobre la femineidad.

En una oportunidad, le planteo que, como habíamos acordado, el tratamiento en el hospital tenía un plazo y éste se había cumplido. Ante la posibilidad de un corte me dice: ***"Quizás no haya dicho todo... A veces cuando no tenés una infancia muy buena. Lo que han hecho los padres es un error. Tengo que demostrar. Yo escuchaba que decían: 'Filia de putana' refiriéndose a mi mamá. Creían que yo no entendía. Yo me oriné hasta los 8 años, como Gabriela. Tengo recuerdos de que mi abuela me dejaba parada en la mitad de la pieza toda orinada... Había que cuidar a Laura que no siguiera los pasos de mamá."***

Había algo más. El corte permitió que aparezca algo de lo no dicho. Dos orientaciones para tener en cuenta en la dirección de la cura. Una escena fantasmática, donde podría suponerse que está localizado su goce: Todos siguen haciendo su vida mientras ella quedó parada, orinada. Esta hipótesis deberá verificarse ya que por el momento nada autoriza a situar un goce efectivo en esta escena.

Un significante *"filia de putana"* del que se tiene que cuidar, un goce femenino que se le emparenta con la prostitución.

En la entrevista siguiente fue necesaria la intervención de la analista para que continuara con la temática abierta. Laura relata: "*Siempre quise estar con mi mamá y no pude. Es horrible levantar a una criatura toda orinada*". Intervengo: "*¿Horrible para quién?*". Laura: "*Para el otro. Ahí está!! Cuando estaba con mi mamá no me orinaba. Yo quería que viniera y no vino*".

Se puede pensar aquí una primera puesta en forma de esta escena como un llamado al Otro que se verifica con el efecto de verdad que se produce en el decir de la paciente: "*¡Ahí está! Cuando estaba con mi mamá no me orinaba.*"

Empieza a comentar las peripecias de conseguir departamento para mudarse. Aparece una "*mirada vigilante*", que por momentos localiza en el tío que la controla.

Finalmente consigue un departamento para irse a vivir con sus hijos. Surge un "*vacío*" que la remite a su ser mujer. Aparecen lo que ella denomina "*cosas pendientes*", referidas a lo que le sucede con los hombres. Dice: "*Yo en mi casa y esa persona en su casa... No va a entrar hasta que mis hijos se vayan. No me arriesgo a que mis hijos me digan ¿con este salís? Siempre va a estar la comparación con el padre*".

Cuenta que fue al cementerio para homenajear a Jorge. "*Por más que vaya no me puedo hacer a la idea de que esté ahí*". Intervengo: "*Fuiste a ver si estaba*". Para mi sorpresa responde: "*Vos lo decís por los restos de mi mamá*".

Ante la proximidad de la fecha en que deben retirar los restos de Jorge del cementerio, comenta que los hijos le contestaron que ella debía decidir qué hacer. Intervengo diciendo: "**No son los únicos restos**".

Laura relata que está saliendo con Luis (otro hombre). Lo invitó a pasar por su casa. En la nueva morada hay colgado un cuadro que pintó su marido, en el cual está ella acostada junto a una ventana. Dice que la casa está llena de fotos de su esposo; según ella las pusieron sus hijos. "*Me sentí incómoda. ¿Qué me pasa a mí entrando otra persona? ¿Cómo me siento? Ponerme a prueba a ver si me entrego*". Intervengo: "*Dejarte mirar*". Con la intervención se marca lo más propio del sujeto en lo más extraño para él. Se produce un malentendido en el cual es difícil localizar quién es el que mira, quién es el mirado. Laura afirma: "*No tenía que mirar nada... Siempre tengo la palabra de Jorge, la mirada de Jorge*".

La sesión posterior viene muy angustiada. Lloro. "*Me encontré con cosas de él. Papeles. Tengo la manía de guardar todo. Me sentí **avergonzada** por mis hijos. Me puse a tomar. No quiero ir al cementerio, él sabe que no me gusta ir. No soporto este vacío. Es como si lo viera. Todo lo que hacía no alcanzaba. No lo rompí al cuadro. Intenté pero no lo rompí. Me sentí muy avergonzada*".

Intervengo puntuando el significante vergüenza.

Laura: "*Quizás no quería que me mirara. No sé qué hacer con todo esto. 'Si equivoqué el camino sé que no va a haber reproches'. Todas las cosas que escribió de mí. ¿Cómo hacés con todo eso encima? ¿Vos creés que tiran do todo eso lo voy a recordar igual?*".

Freud plantea en "*Duelo y Melancolía*" (1917) que en el trabajo del duelo, el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más y que es necesario quitar la libido del mismo. Pero existe una renuencia comprensible a abandonar dicha posición libidinal. Por lo cual, el retiro de la libido del objeto perdido se realiza pieza por pieza, con un gran gasto de tiempo y de energía. Por lo tanto, no se trata de "tirar todo", sino de hacer un duelo, esta vez a través de un trabajo simbólico minucioso. Laura ha comenzado a realizarlo. Es necesario desprenderse de los oráculos de Jorge que le dieron consistencia y sin los cuales se siente perdida.

Continúa. "*Siempre me escribió. Cuando nos conocimos siempre me miraba. Me mandó una carta. Pensé: 'No voy a tener escrito lo que me escribió. Para no perderlo lo escribí en un*

libro... Hablaba de cómo era mi cuerpo, de cuánto me deseaba. El día de la primavera a mi me regaló 3 rosas rojas, a las demás chicas 2 claveles. Me incineró. ¿Por qué a mí? Me dio mucha vergüenza porque todos se dieron cuenta que quería salir conmigo."

Intervengo: *"Dos veces tuviste vergüenza"*.

Laura: *"Era un lugar de privilegio. Es difícil dejar ese lugar"*.

La sesión posterior cuenta que ha tirado las boletas que le recordaban el trabajo que compartió con Jorge. Dice: *"Para qué guardar todo eso. Las fotos no las rompí"*. Le subrayo que ha empezado a discriminar. Relata entonces que esos papeles la remitían a cuando su marido no podía afrontar la situación económica y sólo tomaba pastillas que le hacían mal. Él no la escuchaba. Entonces admite: *"Me daba mucha bronca esa actitud que tenía de superhombre, no era tan así"*.

La relación con su hija mayor es un tema que retorna una y otra vez. Es un obstáculo difícil de sortear en la dirección de la cura. Mi hipótesis es que Laura está identificada con su hija. En ella le retorna su neurosis infantil y no sabe qué hacer con esto. En la redacción de este caso, noté lo complicado que resultaba diferenciarlas en el relato. Ambas tuvieron episodios que implicaron una irrupción de la pulsión uretral. Laura se colocaba frente a Gabriela en la misma posición que había adoptado su madre cuando ella se orinaba. A su vez su hija no le cuenta y no la cuenta, tal como su madre no la tenía en cuenta.

En su momento, la paciente no contó con los significantes suficientes que le permitieran hacer frente al agujero creado en su existencia por la muerte de su madre. *"La tumba ya no estaba"*. No pudo realizar los ritos que le posibilitaran simbolizar esta pérdida. La madre, sabiendo que corría riesgo su vida, quedó embarazada y falleció. Algo similar le pasó con el marido que, según el decir de la sujeto, "decidió morir" y la abandonó.

Laura está sostenida de la mirada del Otro. Este Otro para el cual fue causa de deseo. Ha comenzado a hacer el duelo por el lugar que perdió. Ella lo nombra como "lugar de privilegio". Lugar de privilegio que la rescató de esa falta de lugar en la madre, frente a la cual se tenía que orinar para convocar su mirada.

Extraña la ausencia del marido. El vacío la interroga sobre qué fue como objeto de deseo del Otro.

La dirección de la cura estará orientada a aislar los significantes amos, oráculos de Jorge que la nombran, que la atan a una mirada que la sostuvo alguna vez y de la cual, pieza por pieza, ha comenzado a desprenderse.

En un momento posterior, se podrá trabajar sobre la escena fantasmática infantil en la que ella hace un llamado al Otro y se podrá discernir entonces cuáles fueron sus elementos constitutivos.

Lic. Rosy Goldman

Ateneo Clínico

Tomasa San Miguel

La derivación

P. acude al Hospital pidiendo tratamiento para su hija. Aclara que "la mandaron" de la Unidad Sanitaria de su zona. La nota de derivación dice: "V. paciente de 18 años, presenta ideación suicida, abandona la escuela, mala relación con la madre, sospechas de violencia familiar".

Llama la atención su aspecto: desalineada, sucia, sin signo alguno de feminidad. Sorprende cuando dice que tiene 39 años.

Nos cuenta que V. hace una semana que "se tiró en la cama, después se levantó para ir al colegio. Yo ya no quería, tenía miedo..., decía que no quería vivir, que se quería ir con los hermanitos".

"El día anterior salió corriendo, dijo que se iba a tirar debajo de un colectivo...No sabe cómo se pone...".

Intentamos tomar algunos datos de la historia de su hija, P. dice:

"Esto no es de ahora es de siempre. De chica jugaba al elefante y si no se iba a dormir..."

- ¿Cómo que esto es desde siempre?

"Sí...cuando falleció el hermanito tenía tres años, hizo un retroceso volvió al chupete, la mamadera, los pañales..."

Nos cuenta, sin manifestaciones de angustia, como una crónica, que dos de sus hijos murieron de muerte súbita. La mayor, N., a los cinco meses. "La acosté en el moisés y a la mañana la encontré muerta, creo que era un 8 de julio..."

Lo mismo ocurrió con el tercero, C. de dos meses. "Habíamos festejado el cumpleaños de V., a la noche estaba bien, a la mañana lo encontré muerto en el moisés. Esto creo que fue el 28, no, el 29 de julio, no me acuerdo. Ya lo conté tantas veces".

V., es la segunda, "la del medio", nació el 25 de julio. Se queda embarazada tres meses después de la muerte de su hija mayor. Su hipótesis es que V. vivió porque no la acostó en el moisés.

Le preguntamos que le preocupa a ella de V.

"Me preocupa todo..., quiero que cambie, que sea como los de su edad".

En este punto se angustia, "es que conmigo no se lleva muy bien, le grito, parece que no entiende, por ahí yo tengo la culpa...".

Le propongo tener algunas entrevistas con ella en función del tratamiento que comenzaría V.

Su tratamiento: de locura y de muerte. Contando un cuento.

En las primeras entrevistas está muy angustiada porque V. realiza varios intentos de suicidio. Lloro sobre el escritorio diciendo "yo ya no sé qué hacer..., hasta el año pasado le teníamos que dar la comida en la boca, el nene es igual no come si yo no estoy...".

P. tiene un hijo de dos años y medio, M, "es adoptado". Luego me confiesa que se lo compra a una señora del barrio. Dice: "sos la primera que lo sabe, fui a la casa el día que nació, los papeles están a mi nombre... con él cambió todo, nos devolvió la alegría". "Mi marido no quería, yo fui sola..."

"Después de la muerte del tercero, mi mamá dijo que me aten las trompas, ahora me arrepiento. Yo antes le hacía mucho caso a mi mamá. Me vaciaron, no sé porque..."

"V. duerme con nosotros en la pieza y el nene conmigo en la cama, hace frío, llora, hay que ponerle el chupete..."

Intervengo señalando la necesidad de mantener espacios privados para la pareja.

"Mi marido antes era más cariñoso, ahora le digo, salí, no me molestes, él cambió mucho. Yo lo quiero, pero no quiero que se dé cuenta". (¿?). Me da vergüenza..., todo eso del sexo, a mí nunca me explicaron nada de eso..."

Cuando dice esto se levanta y dice: "mañana vuelvo, chau!". Me sorprende porque en el encuentro anterior habíamos acordado hacer algunas entrevistas puntuales. De todas formas, le digo "la espero mañana". Me saluda y me agradece, lo cual es algo nuevo porque hasta ese momento se mostraba indiferente, un poco desconfiada.

"V. está así por lo del novio, tuvo relaciones con él si yo me lo encuentro lo cago a trompadas, ese hijo de puta la envolvió...Yo le digo que si ella quiere tener un hijo lo tenga, aunque no tenga marido, ni novio, ni nada."

- Para tener un hijo se necesita un hombre.

"¿Te parece?"

- ¿Encuentra alguna otra manera?

Se ríe, "no, claro...mi marido quería, no sabía si yo estaba preparada, yo tenía miedo..."

"Chau!, vuelvo el miércoles", me dice ante mi asombro.

A esta altura del material quisiera subrayar varias cuestiones: su particular manera de ir tomando el lugar que yo le ofrecía, su aspecto de loca, deteriorada, su presentación manicomial. Pero, al mismo tiempo, me había confiado esto de la vergüenza, en relación a la sexualidad (reprimida?), como un indicio para pensar otro cuerpo, libidinizado, vestido por el pudor.

Por otro lado, el tema de "los chicos" como ella los llamaba en ese momento, la aparente falta de angustia del inicio y la culpa que manifestaba por la situación de V. Me preguntaba qué relación habría entre ellas.

"Cuando era chica me escapaba, a veces me iban a buscar, a veces no...Viví en la calle mucho tiempo, en la estación de Lanús...estuve internada en el Tobar y después en Hospital de Día, me daban bastante medicación, Nozinan, Halopidol, Tegretol".

Le pregunto por qué estuvo internada, "no sé era mala, le pegué una trompada a una maestra, me iba del colegio, una vez la empujé a mi abuelita, era mala, o me hacía la mala, de hacer quilombos...". Le digo que me sorprende porque me parece una persona muy querible.

Me mira largamente y dice "vos sos loca..., sos loca pero no boluda, vuelvo el viernes".

Me río y le digo: " me parece que usted no es loca ni boluda, la espero".

Estas intervenciones, "es querible", "no es loca", no son calculadas. Tiempo después encuentro que Lacan compara a la interpretación con un relámpago, resaltando el valor de lo incalculable y el matiz de "invención" que ellas portan. Ahora pienso que operaron nombrándola de otra manera, quizás inédita para ella.

Se abre una nueva vía, comienza a aparecer el significativo "loca", y su historia de locura.

"En el Tobar hacíamos cosas lindas espejitos, adornos, me gustaba ir, fui hasta que lo conocí a mi marido...Estuvimos diez meses de novios y después nos casamos...Yo a él lo quiero, pero no soy de demostrar, no sé, siempre fui así..."

Tuvo dos intentos de suicidio con medicación: "en el primero tomé unas pastillas, y me subí a un colectivo, el chofer era amigo de mi papá, me dormí, la terminal quedaba al lado de donde trabajaba mi papá, él me acompañó a la salita".

- Qué suerte que estaba su papá! ...¿Qué había pasado?

"No me acuerdo, no sé hay muchas cosas que no me acuerdo...El otro fue cuando yo ya estaba casada, vomité y dormí como dos días". Inmediatamente empieza a hablar de V., se queja de que grita, que se pelea con el hermanito, que le saca plata del kiosco donde trabajan. Esto se repite en varias entrevistas, ante determinados puntos de su historia aparece V., como taponando su angustia.

"Yo ya no puedo más, no sé qué hacer, me vuelve loca... No me importa nada de mí... a ella la ayudan, después vuelve a casa y se convierte, la tenés que ver. A mí quién me ayuda?"

- Yo.

"Gracias, vengo el miércoles".

Paralelamente, V. acude con frecuencia a las guardias, refiere estar alucinada, dice querer matarse, se le cambia la medicación varias veces. Su terapeuta indica tratamiento en Hospital de Día, como un modo de ampliar el dispositivo, ya que la atención ambulatoria se hacía insuficiente.

Una tarde (antes del miércoles) se escuchan gritos, insultos, llantos. P. comienza a llamarme a los gritos desde el pasillo del Servicio, dice que no aguanta más a su hija, "quizás yo tengo la culpa".

"De qué?". Lloro "no sé, no sé".

Diferencio el tratamiento de su hija del de ella, proponiéndole pensar esta cuestión de la culpa.

Concorre en su horario trayendo una planta de regalo: "te la manda V., para que no se enojen con ella".

"Me agota, no puedo con ella, me saca de quicio, estoy todos los días en el hospital, no hace caso. El padre dice que son caprichos, yo creo que está mal en serio, por ahí yo tengo la culpa...por los chicos, no sé, por quererlos... (llora)".

- Culpa por quererlos...

"Yo la quiero, pero me pone loca, no puedo, yo estaba bien, me va a volver loca de nuevo. Me da miedo, me dice que se va a matar, yo ya tengo demasiados muertos".

Le digo que se pone muy triste y que le da miedo que pase como con los bebés, por qué la culpa?.

"Fue diferente con la nena que con el varón, yo a la nena la cuidé, al varón...no sé...estaba frío cuando lo busqué a la mañana, dejé de mirarlo..., a V. la miraba todo el tiempo".

Sin desculpabilizarla, intervengo señalando la cuestión legal, y comienzo a nombrar este episodio como "fatalidad", "desgracia". Hablo de la tristeza, el dolor que esto será para ella.

Le pido que me cuente un poco más para poder ayudarla, "aunque le duela mucho".

P. se tira (literalmente) sobre el escritorio y llora con desesperación, "lo trajimos al hospital, tardaron en darnos el cuerpecito, vino la policía...estábamos acá en la morgue, a veces cuando vengo me vienen imágenes..., los médicos dijeron que se murió de muerte súbita, así escribieron en el certificado...".

Intento tejer una trama simbólica que despegue al cuerpo (lo imaginario) de la muerte (lo real, el sin sentido). Además, incluir la ley, re-ubica la cuestión de la culpa, en tanto ella "encubre su causa".

-Y la culpa? "Quizás es que yo no me sentía capacitada, cuando la tuve a V. vino mi mamá se quedó como tres meses..., aunque ella siempre corría por mi hermano, no por mí, pero como mi hermano no la deja meterse con sus hijos... Mi mamá lo quería más a mi hermano..., me daba bronca, un día lo corrí para pegarle, justo me cerró la puerta y me lastimé con el vidrio (muestra una cicatriz), si lo agarraba lo mataba, yo era medio machona".

En relación a esta asociación le digo que parece que la culpa viene desde que era chica, por la bronca y los celos con su hermano.

La culpa aparece referida al hermano varón, por el odio infantil hacia él, en serie con el hijo varón del que se siente culpable, no de la nena. Al mismo tiempo dice que era muy machona, quizás como único modo de intentar tener un lugar en la madre.

En otra entrevista, me cuenta que se murió un "chanchito de la India" que le habían regalado a V. y que ella lo tiró a la basura. Dice: "V. se va a enojar cuando se entere, no lo enterré porque el perro hace un pozo y desparrama los pedazos por todo el jardín". Intervengo aludiendo a la necesidad de realizar determinados rituales cuando muere un animal doméstico.

A la sesión siguiente dice "fui al cementerio, nunca había ido, V. quería ir a ver a los chicos, a mí me hizo pelota, es como una cruz clavada en la espalda, un peso demasiado grande, veo las fotos y me desespero N., la nena, está en un frasquito de mermelada y el nene en una bolsita..., voy ahí y no me puedo despegar, hay que subir una escalera para verlos, lloré tanto..."

Nuevamente apelo a lo simbólico para "despegarla". Hablo de los rituales que implica la muerte de un ser querido nombrándolos como pasos necesarios. Intento reconstruir (o construir?) en su historia los tiempos de los rituales humanos para sepultar a los muertos, eminentemente simbólicos. Pregunto puntualmente en este sentido

"Primero estaban cada uno por separado, en tierra, (llora),..., mi papá los levantó porque yo no quería ir, es el único corajudo de la familia, les puso sus juguetes preferidos, veo las fotos y me desespero, la nena está en un frasquito y el nene en una bolsita".

Me cuenta con detalle cómo es la tapa, en qué lugar están, donde se ponen las flores, qué juguetitos les puso su papá. Le digo que además de corajudo me parece que lo hizo para cuidarla, porque la quiere.

"Mi papá es un gran tipo, es del mismo día que yo, pero no somos iguales, él es bueno y además se traga todo como mi marido, yo me enojo y digo..."

- Las cosas lindas le cuesta más decirlas....

"Me da vergüenza, me gusta pero me da vergüenza"

Cuando el cuerpo queda mínimamente distanciado de la muerte (esa cruz que lleva encima), aparece la vergüenza, modo de nombrar al cuerpo libidinal, vestimentas imaginarias de ese cuerpo.

En este mismo sentido, como un modo de nombrarse, se puede pensar su posición como machona, varonera, en relación a una salida fallida del Edipo.

Quizás el rechazo materno apunta a lo femenino, rechazo que no se juega con el hijo varón. Freud plantea una ligazón previa con la madre, preedípica, de la cual la niña deberá hacer un pasaje al padre, buscando allí lo que la madre no le ha dado, inscribiendo la castración como premisa. La madre de P. la inhabilita en aquello que podría dialectizar la ausencia de falo: los hijos. Redobla el vacío abierto por la muerte de sus hijos, indica que la vacíen. Pareciera que tener o no hijos es una decisión materna, lo mismo que ella repite con V. ¿Cómo cavar un hueco en la madre, facilitando su relación al padre?

En otra sesión irrumpe V. y mientras que le pido que espere afuera, deja unas fotos sobre el escritorio y sale. En ese momento, P. se para y empieza a dar vueltas por el consultorio, tapándose la cara y diciendo: "no, no...".

Miro las fotos: una beba en una sillita, P. con un bebe en los brazos, un bebe en una palangana con agua, P. dándole la mamadera a un bebe. Exclamo: "qué bien que está acá, se acuerda, era la época de las camisas de bambula, está más flaca, qué linda...". P. se detiene, se acerca y mira las fotos, se mira, dice "esa blusa me la había regalado mi marido cuando nació N., no quería que las traiga..." "Son muy lindas". La despido, citándola para dentro de dos días.

Concorre muy enojada porque V. ha decidido pasar unos días con su abuela, dice "... la va a volver loca a la abuela, mi vieja dice que ahora la van a tener que internar a ella, yo le dije jodete, ya vas a ver...".

"...es mi hija, no la voy a dejar porque sea grande. Me sacrificué toda la vida por ella, nunca me importó nada de mí, siempre me dediqué a ella, la extraño horrores, mi marido dice que estoy loca, siempre estuve detrás de ella por miedo a que le pasara algo, quisiera estar en su lugar para que no le pasara esto de querer matarse". "V. es todo, siempre fue todo para mí... Ella es la loca, yo no".

En este momento del tratamiento, V. es internada en la clínica a la que concurre al Hospital de Día, esto funciona como corte, separación entre ambas. P. dice: "no tengo apuro para que salga, quiero que esté bien". En ese lapso, decide pasar a su hijo menor a otra habitación.

En sus entrevistas P. comienza a hablar sobre la relación con su marido, "èl cambió el doscientos por ciento, antes era cariñoso, salíamos, íbamos a caminar, a él le gusta, ... a mí también, me gusta y me molesta a la vez, no sé, me gusta y me da vergüenza, eso del sexo, en mi casa no se hablaba de eso con mis amigas tampoco".

"A mi marido lo conocí en un baile, habíamos quedado en salir un día después de su trabajo, mi vieja no me dejó ir, me encerró. Estuvo como cuatro horas esperándome, después yo lo fui a buscar, yo estaba en falta".

"No me dejó salir porque yo me había escapado del colegio, hice primer año como mil veces, después lo terminé de grande, en el 84. Por eso quiero que V. vaya al colegio, que no lo defraude al padre...".

A los pocos días del alta de V. llega muy enojada porque ella no quiere ir a Hospital de Día "Yo no la veo mejor, lo único es que ya no se quiere matar, pero se pone insoportable, no se si me

lo hace a propósito, ya me tiene podrida, quiere quedarse en casa para pelearse conmigo. Vamos a terminar todos en el manicomio por culpa de ella, me corre para todos lados. Me putea y me dice que me la quiero sacar de encima. No quiere a nadie, sólo a ella, lo hace para molestarme a mí. Yo quiero estar bien, a veces siento que no me importa nada de ella, que ya no la quiero, me da lo mismo."

En la siguiente sesión dice que está deprimida desde hace cuatro días, "no tengo ganas de nada, lloro todo el día, no sé porque mierda no me muero de una vez...Estoy preocupada por V., yo quiero que se cure, quiero que esté mejor conmigo, ya sufrí mucho, pagué tantas cosas, no sé qué hice, Dios se la agarró conmigo, no hay caso...ahora está mejor ella y peor yo..."

- Hace cuatro días fue la última vez que vino y estuvo hablando de su enojo con V.

"Me siento culpable, qué hice para pagar tanto, me pasan todas cosas malas, no aguanto más, por ahí ella está mejor si yo no estoy, la que está en el medio soy yo".

-En el medio?

"Me siento que estoy de más, que sobro, me quiero escapar..."

-Cómo cuando era chica...

"Pero ahora morirme, yo molesto, en vez de haberse muerto los chicos me tendría que haber muerto yo, así hay canje dos por uno. Pero Dios no quiso...Nunca sentí tanto dolor como ahora, qué hice mal, yo los cuidé, así como cuidé a V. y a M. De qué soy culpable, de quererlos, de querer tenerlos conmigo..."

-Le digo que esto me hace acordar a lo que ella contaba de cuando era chica que se sentía mala, como si su cariño fuera nocivo...

Al final de esta sesión le doy mi teléfono, diciéndole que me puede llamar cuando quiera. A lo cual, como siempre, me dice "no te quiero molestar", soy particularmente afectuosa al despedirla.

Continúa muy triste y angustiada durante dos sesiones más que mantenemos en esa semana.

"Hoy a la mañana soñé que salía a pasear con mi marido, ojalá, me siento tan mal...Me quiero morir no doy más me duele mucho esto. Por qué Dios me sacó los chicos?. V. dice que yo soy una basura, mi mamá la defiende. Ayer tuve que llamar una doctora porque empezó a romper todo, así me dijeron que haga en la clínica..."

Lo sanciono como positivo, ya que pienso que este tipo de indicaciones dadas por la institución a ella la ordenan y posibilitan la intervención de un tercero.

"Mi mamá dice que yo la vuelvo más loca, que para que los llamé, que yo la quiero internar, le llena la cabeza a V...justo ella que está más loca que yo, toma pastillas para dormir, a mi papá lo tiene hartado, se mete en todo. Me habían regalado unas alhajas de oro cuando cumplí quince años y como mi hermano necesitaba plata me las vendió, ni siquiera me preguntó."

-Y usted que dijo (con tono de sorpresa y enojo).

"Nada, ya estaba, que iba a hacer...el otro día dijo si la de tu sangre no te quiere...(llora), dice que es culpa mía esto de V., dice que soy una basura..."

-Le señalo que lo mismo dijo que decía V. A veces me parece que cuando se enoja con V. se enoja con su mamá...

"Igual es mi vieja, yo la quiero..."

-A veces las madres no saben lo que dicen.

Me pregunta si puede venir mañana, le cuento que no voy a estar que me llame a la noche por teléfono, que la veo el viernes.

Por la tarde me llama contándome que se tomó cuatro Meleril de V., que se quiere matar, que sabe que con eso no se muere. Le digo que venga a verme.

"Llegué a casa más tranquila y la llamé a mi mamá para avisarle que había llegado bien..."

- Pero usted neutraliza todo mi trabajo!

(Se ríe) "Me dijo que yo soy mala, que tengo la culpa, que la quiero internar, que yo a V. no la quiero...dice acordáte que es de tu sangre...yo no la quiero internar, yo la quiero mucho, aunque no se lo sepa demostrar. Me duele mucho lo que me dice..."

-Le cree demasiado, si hoy a la mañana me dijo que su mamá estaba loca...Parece que le duele y le da bronca

"Mucha bronca, y dolor...me tira con tierra..."

-Como a un muerto, usted pensó en matarse...

"No sé si me quiere, nunca sentí que me quiere"

-A veces las madres no saben lo que dicen

"Es mucho lo que la quiere a V. , se quedaba tres o cuatro días con ella. Mucho tiempo hizo eso, a V. le encanta ir a dormir a la casa de la madre, digo de la abuela"

-La madre de V es usted

"No seguí tomando porque pensé que V. no iba a tener para la noche y que M. Era muy chiquito, enseguida te llamé.

-Pensó en sus hijos

"Y también pensé que mi mamá es injusta, yo no quiero que a V. le pase nada malo...Cuando murió N. ella gritaba, me culpaba, una vecina escuchó y le contó a otra y así..., decían que yo la había matado.... Empecé a sacar y a sacar pastillas, y pensé con esto tengo que hacer algo..."

"Ella nunca me pidió perdón... pensé otra cosa, cuando busqué las pastillas que ella se iba a sentir culpable de que yo me muera. Tengo unas ganas de que no se las agarre siempre conmigo. Mi hermano le contesta..."

Me quedo pensando en el costo que tiene para P. hacerle falta a este Otro que se presenta tan aplastante, sin que esto implique que ella quede como resto.

Cuando se va, le comento que la veo mucho más flaca, que la verdad que se podría vestir de otra manera, más femenina, ahora que ha recuperado la figura. "Para qué?" –Para usted, para su marido, soñó que salía a pasear con él, no?

A la sesión siguiente viene vestida como una mujer, incluso causa sorpresa entre mis compañeros que la conocen. Se ha pintado las uñas, trajo cartera, no sólo está vestida diferente, sino que se ha adornado, cuidado, embellecido.

Me cuenta que anotó a M. en el jardín de infantes, que ella lo va a extrañar, pero le va a hacer bien, que V. está mucho más tranquila, que ella con su mamá no habló, pero que se enteró que su papá "le paró el carro"...

¿Será el esbozo de una posición distinta, de lograr que la falta no sea un vacío espantoso?.

Final abierto

El tratamiento de P. continúa. Me interesa poder discutir las intervenciones y las hipótesis que han guiado estas entrevistas, y compartir con ustedes este caso, frente al cual, muchas veces sentía que estaba todo terriblemente dicho. Por suerte y por deseo, la sorpresa llega en nuestro auxilio.

Lic. Tomasa San Miguel

Quien goza de ese cuerpo?

Javier Grotiuz Scarella

Las historias que nos cuentan

*Los cuentacuentos, los cantacuentos solo pueden contar mientras la nieve cae.
Así manda la tradición. Los indios del norte de América tienen mucho cuidado
con este asunto de los cuentos. Dicen que cuando los cuentos suenan,
las plantas no se ocupan de crecer y los pájaros olvidan la comida de sus hijos.*
(1)

Generalmente los cuentos escritos para niños comienzan con: "*había una vez...*"

En la expresión "había" está implicado un doble movimiento, porque la historia se va a ir desarrollando desde el presente en dirección al futuro de los protagonistas además de quien la escucha. No es la misma expresión decir "hubo" una vez, pasado lejano, que decir había. La historia que comienza en pasado se va produciendo como si efectivamente estuviera aconteciendo en este momento, y ahí radica el señuelo seductor que adormece nuestra razón, al introducirnos en mundos lejanos en donde todo puede suceder.

Además de los cuentos infantiles, todos sabemos mucho sobre historias, de aquellas que Freud llamaba novelas neuróticas, historias infantiles, con nuestros mitos referidos a esas historias.

Los psicoanalistas desde Freud hasta hoy, hemos optado por escuchar historias, sostenida esta actividad por una necesidad y metodología clínica. ¿Por qué?

Porque la historia en tanto letra bordea lo que deja afuera, y es inevitable que esto sea así.

La paciente a la cual me voy a referir, una mujer de 51 años, contando eso que le pasa, sin querer se pone en contacto con una dimensión que ella ignora de sí misma. Un lugar donde sentía que no era ella.

En la primera entrevista me comenta como se sintió cuando le realizaron una fibroscopia (en búsqueda de pólipos), en la cual le tuvieron que dar un diazepam porque estaba muy ansiosa, pero después dice: "*quede muy serena muy calma, parecía que no era yo, fui pasmosamente calma*".

El tema principal de las entrevistas preliminares fue su madre y la relación con ella, siendo su principal causa de angustia y motivo de consulta.

La paciente es casada y divorciada dos veces, teniendo un hijo de cada matrimonio. Las relaciones con sus maridos no fueron muy buenas. Repitiendo la mala relación con su madre en sus matrimonios. Paradojalmente se casó: "*para salir de mi casa, con el primero que se me cruzara*", como dice en la segunda entrevista.

De lo que habla de sus hijos, sabemos que el mayor está casado, vive en el exterior y recientemente tuvo un hijo varón. Con él se comunica básicamente a través de cartas, adquiriendo esta forma de comunicación especial relevancia como veremos más adelante.

Vive con su hijo menor adolescente, quien a veces tiene que reubicarla en su rol de madre, y al mismo tiempo ubicarse como hijo. Las veces que habla de él, lo hace en relación a los reclamos que éste le hace sobre las cosas que tiene que hacer, como por ej.: limpiar la casa y

tirar los objetos (generalmente rotos e inservibles) que viene acumulando hace mucho tiempo, al punto que no hay lugar en la casa donde no marquen su presencia.

La paciente se presenta, por momentos, depresiva, no solo por lo que vimos, sino que ella se refiere a sí misma como una persona depresiva, pese a que la psiquiatra que la trata le dice que no lo es. Ese estado de ánimo lo podemos asociar a las pérdidas sufridas (padre, hermano, extracción del útero) con una consecuente dificultad para elaborar correctamente los duelos. Pérdidas que adquieren relevancia por una situación que se le presenta en las fantasías, al mismo tiempo deseada pero temida: la muerte de su madre de 86 años.

Durante el corto proceso (2) no fue posible que reconociera esta preocupación, por más que se veía que la afectaba en gran medida.

Por momentos se le hacía imposible unir la palabra con la cosa, para así poder integrar ese sentimiento, a la ficción que produce el lenguaje cuando nombra y dice.

Generalmente las historias que cuentan los pacientes integran los afectos en una trama donde el sujeto a la vez que se reconoce en lo que dice, busca reconocimiento en la escucha del otro. Esto por momentos con la paciente no sucedió. La relación transferencial se basó más en una búsqueda de reconocimiento especular, que del orden de la palabra.

Las historias también bordean lo que ellas radicalmente no pueden abordar ni nombrar, dejándolo afuera. En ese intento de ordenamiento por lo simbólico, por la palabra sobre lo que la estructura deja por fuera, que le ex-iste a la estructura pero que hace a la misma.

Solo se historiza aquello que podemos integrar en el Edipo, aquello que tiene que ver con la represión, con la castración. Y por consecuencia no se integra lo demás de la estructura. O sea hay elementos de la estructura del sujeto que al no pasar por la represión (si por la forclusión), no tienen historia. Esto es lo real, y esa es su condición: estar por fuera de la historia del sujeto. Como veremos este "*fuera del sujeto*" aparece en la clínica en el "*campo del Otro*": en la Psicosis en forma de alucinaciones, en la neurosis en el objeto fóbico e incluso en el propio cuerpo en el llamado fenómeno psicósomático. Hacia este último iremos en un momento para tratar de ver esos fenómenos que hacen al registro del cuerpo en la clínica psicoanalítica, y los goces que quedan inscriptos en él.

El cuerpo en psicoanálisis

Se necesita un cuerpo para gozar...
(3)

El Psicoanálisis trajo junto al siglo XX, una nueva manera de mirar el cuerpo. Mirada que efectúa un quiebre con el saber médico en relación a su determinismo orgánico. Porque el cuerpo que le interesa al Psicoanálisis, no es el cuerpo físico, biológico, es el cuerpo erógeno.

Cuestión esta que nos abre la primera interrogante: ¿cómo considerar entonces, lo real del cuerpo en la clínica psicoanalítica cuando aparece afectado?

Las afecciones del cuerpo, en tanto cuerpo erógeno, inconmensurable, son imposibles de medir, pero desde la clínica nos podemos aproximar a él a través de la palabra, del significante, de la letra, para ver en qué medida esta grabado esos bordes que la pulsión rodea, aunque siempre queda un resto imposible de abordar.

A sabiendas de que el terreno en que iremos adentrando, tiene zonas inexploradas y todavía quedan muchas otras por recorrer, es que vamos a ir ingresando poco a poco y con cautela, para luego si intentar una articulación dialéctica entre la teoría y el caso que nos convoca.

Freud planteaba en el "Proyecto de Psicología": "*El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica. Esta sobreviene mediante auxilio ajeno: por la descarga*

sobre el camino de la alteración interior (por ej. por el berreo del niño), un individuo experimentado atiende el estado del niño. Esta vía de descarga cobra así la función secundaria, importante en extremo, del entendimiento, y el inicial desvalimiento del ser humano....”(4)

Lacan retomando a Freud y a otros autores, también afirmaba que el bebe humano cuando nace es un prematuro. En el entendido de que no podría sobrevivir solo, sin la asistencia de cuidados externos. De ese otro fundamental: das ding primordial.

Y es en estas condiciones que el cuerpo originalmente se produce en la "otra escena" (decía Freud siguiendo una frase de Fechner), en el Otro. Es ahí en donde surge el primer significante, entendiendo por este lo que representa a un sujeto para otro significante. ¿De qué sujeto estamos hablando? De aquel que es efecto del discurso, y es sujeto de deseo: el inconsciente.

Pero antes de poder hablar de sujeto de deseo, siguiendo a Freud, diremos que el yo en principio es "Yo corpora" (Körper-ich). Es en el estadio del espejo de Lacan o con el nacimiento del narcisismo de Freud, que se puede argumentar a favor de la frase precedente, aunque sabemos que uno y otro hacen a diferentes teorizaciones.

En esos momentos que se ubica entre los posteriores 6 meses de vida hasta aproximadamente el año, es que el bebe cuando se ve en el espejo goza, consiguiendo una completud de su forma que se anticipa respecto al logro real, ya que está muy lejos de la pretensión de dominio de su cuerpo, limitándose a aquellas zonas que dependen de los cuidados maternos. O sea esa imagen que ve es la suya, pero al mismo tiempo es de otro ya que la completud de la imagen especular le hace ver que el aún está en déficit respecto a ella.

En una primera instancia Lacan habla de dos momentos fundantes de la división subjetiva: el primero es la alienación a la imagen en el estadio del espejo, o la mirada de amor del Otro. Mirada que luego será desplazada a los objetos del mundo. El segundo tiempo es el de la alienación al significante por lo cual el objeto estará definitivamente perdido. El goce que deviene de la pérdida de objeto (primordial) y su desasimiento del cuerpo posibilitaran la recuperación del goce a través de la palabra.

Luego en 1974 Lacan agrega un tiempo intermedio a los dos de la fase del espejo quedando de la siguiente manera:

El niño se desconoce en la imagen del espejo y queda fascinado

El niño se mira en el espejo con una mirada furtiva que al modificar el ángulo cambia la perspectiva, o el punto de vista instalando la tridimensión, en un intento de verse desde donde es mirado. Marcando un punto importante, y un imposible, ya que nunca será mirado desde donde el es visto ni el vera los puntos desde donde mira.

El niño se da vuelta hacia el adulto desde donde es reconocido por el testigo que representa la terceridad simbólica ante el espejo.

Por esto es que Lacan hablara de que la alienación imaginaria: identificarse a la imagen de otro, es constitutiva del Yo (Moi) en el Hombre.

Para la clínica es importante entonces, ver que el análisis de la relación madre – hijo consiste en dar a luz un fantasma que habita el lugar desde donde el sujeto con su cuerpo "in-mundo" se contempla y significa "al mundo" sin saberlo.

Y es detrás de este fantasma que deberá aparecer, (si la posición del analista así lo permite), la dimensión de verdad que mueve al sujeto: el deseo. En esto Lacan siguiendo a Spinoza nos dice que "el deseo es la esencia del hombre".

Y si el objetivo de la cura es llevar al analizante a reconocer la verdad sobre su deseo, se enfrenta a la dificultad de que solo es posible nombrar el propio deseo cuando se lo articula en la palabra, aunque siempre queda un resto inarticulable.

Partir del estadio del espejo para la construcción del yo, nos lleva inevitablemente a considerar los fenómenos con una óptica. Tomar esta postura epistemológica no está exenta de riesgos, pero creo que hacerlo vale la pena, estableciendo una de las vías que estaría más acorde para sostener y permitir vehiculizar este trabajo.

Aquí intentamos seguir una línea en donde lo interior y lo exterior pendulan, en donde el cuerpo erógeno excede ampliamente las dicotomías psíquico-físico. El cuerpo es pensado más bien como un borde, una superficie en donde se produce continuamente un deslizamiento entre el adentro y el afuera, al estilo de la banda de Moebius. Esto necesariamente nos va a referir a la constitución de un tipo de sujeto, en donde la dicotomía objeto-sujeto no tendría cabida.

Atendiendo a la teoría del conocimiento que nos ofrece la filosofía, podemos ver como aparece articulada históricamente la relación sujeto-objeto: esto es partiendo de la presuposición de que estos están dados, con ciertas características intrínsecas a cada uno. El sujeto quiere conocer, el objeto quiere ser conocido. O sea que el sujeto solo es sujeto para el objeto y viceversa, encontrando su explicación porque la relación sujeto-objeto le preexiste.

El sujeto conoce al objeto y lo que queda de este interiorizado en aquel es la representación. Y hay representación porque hay lenguaje, elemento este fundamental para diferenciarnos de los animales.

Ahora pasemos a la relación de sujeto y objeto para el psicoanálisis. Esta no está dada a priori sino que es construida. Pero así como es construida, la relación sujeto objeto esta mediada por la estructura del lenguaje.

Y aquí ejemplificaremos para abreviar: supongamos un sujeto mítico que parte de la necesidad de relacionarse con el objeto de su necesidad, y ese otro primordial (la madre) que ocupa el lugar del Otro del lenguaje es quien va a interpretar el llanto o la agitación motriz del bebe como una demanda, como nos decía Freud.

Se nos impone realizar una aclaración entre necesidad, demanda y deseo. La necesidad se dirige a un objeto específico, con el cual se satisface. La demanda es formulada y atravesada por el molino de viento que es el lenguaje, dirigida a otro, aunque el objeto no importe ya que en el fondo toda demanda articulada es demanda de amor. El deseo nace de la separación entre necesidad y demanda. Es irreductible a la necesidad, puesto que en su origen no es relación con un objeto real, y es irreductible a la demanda por cuanto intenta imponerse sin importarle el otro, aunque exija ser reconocido por él.

Cuerpo y goce

Lacan siempre se ha preguntado por la relación entre sentido y goce. Dándose cuenta de que el goce no entraba por completo en el significante. El goce aparece aquí del lado de lo imaginario en la pareja del yo con el otro. Entonces es a la satisfacción imaginaria a la que Lacan llamara propiamente goce.

El goce imaginario no procede del sujeto sino del yo y como vimos Lacan piensa el yo (moi) a partir del narcisismo y este a partir del estadio del espejo.

A la altura del seminario 4 (Las relaciones de objeto. 1956-57) aparece de otro modo la relación entre goce y sentido. Dirá que la posición del sujeto simbólico determina las relaciones entre lo imaginario y lo real, o sea que el ideal del yo comanda y dirige al yo ideal. Un goce imaginario aparece allí donde la elaboración simbólica falla. Habría que decir que la elaboración simbólica siempre falla porque el saber no puede recubrir todo el goce.

A la altura del seminario 11 (Los cuatro conceptos fundamentales. 1964), propone la oposición entre significativo y goce articulándola mediante los movimientos de alienación y separación.

La separación es la recuperación parcial del objeto perdido libidinal y responde a una falta significativa que resulta de la alienación.

Más adelante dice: *"El goce es poder usar hasta abusar de un objeto"*, (Encore 1973-74). Abuso que la ley tiene la ambición de limitar, pero si esta falla, el goce se hace hasta abusar.

La idea de Lacan es que el goce sexual es por si mismo una limitación del goce general. Y hace de limite porque depende del significativo, es el efecto del significativo que introduce la dimensión social en el ser humano.

"El superyó es el imperativo del goce. ¡Goza!(5), y en esta paciente como veremos más adelante hay un goce que trae aparejado displacer que viene de la mano del imperativo superyoico, siéndole imposible zafar a ese hostigamiento que representa esa madre demandante interiorizada.

"El yo, acosado por el empuje superyoico, llega a veces a cometer acciones de una rara violencia contra sí mismo o contra el mundo"(6). Violencia que en la paciente lo podemos apreciar en ese *"abandonarse a sí misma"*. En ese cuerpo de 93 kilos, deslibidinizado, desprovisto de sus galas narcisistas, que cae como objeto en la psicósomática. Como objeto, resto, desecho, causa de deseo. Siendo una forma de goce del Otro, del superyó ideal.

Pasemos entonces a ver brevemente la relación entre goce y cuerpo en las distintas estructuras, para enseguida ir a lo que más nos interesa.

En el caso del cuerpo del psicótico, aquel no le pertenece, es gozado por el Otro. Los significantes van y vienen errantes vagando por el cuerpo sin lograr hacer cadena simbólica.

El perverso utiliza su cuerpo para provocar la señal de angustia en el otro y notificarle su incompletud. El exhibicionista goza haciendo sentir la incompletud, cuando confronta con la castración.

El neurótico idealiza el goce del perverso, fantaseando serlo pero no lo es. El cuerpo del neurótico es fragmentado, heterogéneo. No hay una pulsión total que albergue a todo el cuerpo, aunque tenga la posibilidad de unificar imaginariamente el cuerpo, en lo que se llama la imagen corporal con la que tenemos que vernos todos los días frente al espejo.

Pero además de ver el lugar que ocupa la relación entre cuerpo y goce en las tres grandes estructuras, podemos considerar al cuerpo en tres expresiones clínicas con distinto grado de compromiso en su evolución, ellas son: la histeria, el fenómeno psicósomático y la hipocondría.

La histérica o el histérico le enseñaron a Freud y al Psicoanálisis, desde un principio que hay una perturbación del cuerpo imaginario por alguna palabra (significante) que trava la relación entre el deseo y el goce al que convoca. Así lo simbólico se instala sobre el cuerpo, ocupando el espacio imaginario. Así en la histeria hay una dificultad en reconocerse como causa del deseo, al mismo tiempo que se ofrece en sacrificio al goce del Otro. Quedando alguna parte de su cuerpo insensibilizado, anestesiado o dormido, para sostener al Otro: el padre.

En la hipocondría el paciente no puede dejar de hablar de ese órgano enfermo, contrariando al médico quien dice que no tiene nada.

En el hipocondríaco según Freud, habría una equivalencia a la enfermedad real, en el sentido de la retracción de la libido de los objetos externos y concentrado en el órgano interno. Cierta inhibición que le impediría desenvolverse con normalidad.

Luego de este brevísimo recorrido de las relaciones que existen entre el sujeto y su cuerpo en las distintas patologías, en un intento de ilustrar las diferencias con la temática que nos convoca, pasemos a profundizar en el fenómeno psicósomático.

Cuerpo y goce en el fenómeno psicósomático

*La esfinge griega tiene cabeza y pechos de mujer, alas de pájaro, y cuerpo y pies de león.
Otros le atribuyen cuerpo de perro y cola de serpiente.*

Se refiere que asolaba el país de Tebas, proponiendo enigmas a los hombres (pues tenía voz humana) y devorando a quienes no sabían resolverlos. A Edipo, hijo de Yocasta, le pregunto:

"¿Qué ser tiene cuatro pies, dos pies o tres pies, y cuantos más tiene es más débil?"

Edipo contesto que era el hombre, que de niño se arrastra en cuatro pies, cuando es mayor anda en dos y a la vejez se apoya en un báculo. La Esfinge, descifrado el enigma, se precipita desde lo alto de su montaña.
(7)

Lamentablemente en el fenómeno psicósomático lo que no hay es justamente un enigma a descifrar, y aunque esté ligado a efectos del lenguaje, no está subjetivado. Esto se observa claramente en la paciente, ya que su saberse enferma no la hace cuestionarse ni sentirse implicada en relación a esa enfermedad.

Si tiene preguntas, estas nada tienen que ver con su enfermedad, tampoco sobre su identidad femenina, sino que apuntan a su ser.

"Siempre he estado en busca....de encontrar la forma de estar mejor.."

Interroga, interroga, pero no encuentra respuestas:

"pienso desde la última vez que estuve acá".

Aunque después dice:

"No le encuentro respuesta a mi vida"

En este tipo de pacientes hay un lugar silenciado, sileo, que no asocia, que no dice. No es el mismo silencio que en la histérica, que habla mucho para guardar su secreto, pero no puede evitar que este discurra en su discurso.

En el fenómeno psicósomático no se puede hablar de estructura, sino de manifestación o fenómeno, ya no se trata como decía Freud de una frase reprimida que por su insistencia puede producir un síntoma. En este caso es un significante holofraseado, congelado, que se encarna en un cuerpo que goza. Hay como un cortocircuito que hace que de esa lesión la paciente no pueda hablar, no pueda subjetivarla. Esta lesión no es un significante, es como un tatuaje inscripto en la piel, que suple al significante que falta, pasando a representar el sujeto ante los demás, a modo de tarjeta de identidad.

La paciente se presenta mostrando los papeles de los médicos y de la psiquiatra diciendo que viene *"derivada por la psiquiatra por gastritis"*. Enseguida cuenta de la operación en que le quitaron el útero, y más adelante dice que es asmática. Todo esto en los primeros 20 minutos de la primera entrevista. De estas problemáticas no hablo más, hasta la 3era entrevista, en que dice:

"estoy muy sensible, pienso que es por la edad y que me han quitado el útero".

A continuación dice *"hay todo un tema con mi madre"*: frase que se repetirá numerosas veces en sucesivos encuentros. Vemos que hay relación entre sus lesiones y su madre, pero ella no le puede encontrar conexión, ni tampoco salida.

"Estoy sumida en un pozo que no le encuentro salida, no sé si tengo deseo de salir de ahí".

El deseo está ahí, pero *"congelado en letra"*, dirá Lacan. No hay metáfora, no hay metonimia, ni suplencia, ni desplazamiento; porque no es del orden del significante.

Y de aquí radica la particular relación transferencial que se dio con esta paciente. La lesión no es un significante-síntoma, por lo que nada dice de ella. El *Vorstellungsrepräsentanz* (representante de la representación) limitaría el despliegue de la interpretación. Incluso en algunos momentos que se le hicieron señalamientos en un intento de insight, estos no fueron correctamente escuchados.

Veamos un ejemplo. Luego del saludo estas fueron las primeras palabras en la última entrevista:

"Empecé a hacer dieta, empecé el jueves pasado. Le hice caso, entonces me fui a Gordos anónimos".

--¿Cómo que me hizo caso?

"Si porque Ud. me había dicho que era bueno buscar ayuda."

--Yo le aclaro que lo que le dije fue en referencia a la psicoterapia, y que era bueno que se diera cuenta que necesitaba ayuda de un tercero para poder pensar cosas que le estaban pasando, pero que no lo dije en relación a ir a gordos anónimos.

"Yo lo tome por el lado de adelgazar, eso le entendí a Ud." .

Esta situación es muy ilustrativa, teórica y clínicamente, ya que por un lado muestra que los pacientes interpretan las palabras del terapeuta de acuerdo a sus intereses, tiempos y posibilidades particulares. En los dominios del lenguaje nadamos en el mal entendido por lo que no hay que esforzarse en comprender demasiado, el sentido es siempre esquivo.

Por otro lado esta situación también nos habla de cierta imposibilidad o impedimento (que actúa como interferencia) de escuchar algunos comentarios que no provengan de su madre, hacia quien si está dirigida toda su atención. Por momentos tiene demasiado presente a su madre en su interior, angustiándola notoriamente.

"No puedo en la parte interior, todavía sigue ejerciendo presión adentro mío, por momentos no me deja ser"

Y en la última entrevista dice: *"voy a morir a ella"*. Refiriéndose a que todo lo que hace pasa inevitablemente por la madre, además de que lo podemos leer como todo lo que se murió en ella, como la extracción del útero.

¿Seguirá siendo todavía esta madre el molino de viento por el cual la demanda que se articula en el discurso de la paciente va a morir a ella?

Creo que sí, y más adelante me extenderé en relación a lo que se está jugando en esta paciente con este *"morir"* con respecto a su madre.

Este goce del otro, (eso que "*sigue ejerciendo presión adentro mío*") es como un goce sacrificial del sujeto, un goce peligroso, porque el Otro toma al cuerpo del sujeto como objeto. En la parte del cuerpo en que la paciente padece un fenómeno psicossomático, ahí completa a su madre como objeto a, en lo real, haciendo de tapón al acceso a su propio inconsciente. Una parte del cuerpo es entregada a la madre, y tomada por el goce del otro, gracias a la cual no adviene psicótica.

Allí parecería que no hubiera nombre del padre que en su función de nominación de su goce, de lo que se puede, de lo que no, interrogue sobre el deseo de la madre primordial (Das ding)

¿Quién goza entonces en ese lugar del cuerpo lesionado?

Goza cualquier cosa menos la paciente. Por el contrario ahí la paciente es gozada por el goce de otro. Es posible considerar ese lugar de goce real como una actividad unificadora del sujeto dividido, actividad que sería antecesora al yo, por lo que no podemos hablar de subjetividad constituida en ese punto. Es un goce que Lacan llama goce específico, y que trasciende los propios límites del fantasma.

Limites que si la ley, como ley de prohibición del incesto, que permite el Deseo como castración simbólica hubiera entrado en juego, se hubiera producido una limitación del goce. Limitación de goce que en esta paciente fallo, no produciéndose la metáfora paterna a nivel de esos puntos del cuerpo, quedando a expensas del goce materno.

Ese Otro (madre) no está castrado, no aparece como deseante, permaneciendo el ser de la paciente entonces sujetado al discurso del Otro.

La paciente se presenta fundamentalmente a través del discurso materno, incluso imitando su acento español. "*Así paso la vida en el que dirán*", así como ella paso varias entrevistas hablando a través del discurso de su madre, lo que llevo a preguntarle ¿y Ud. qué dice?. A lo que responde con un silencio, seguido de una anécdota en donde importaba mucho lo que su madre tenía para decir de esa situación. Así también ella al igual que su madre pasa la vida en el que *dirán*. En el que *dirá* su madre.

Su discurso es hablado por otro, siéndole muy difícil entrar en la dimensión del que *diré*.

Esto enmarcado en una situación analítica, con grandes montos de agresividad. Como no ser de otra manera si ahí se están jugando la instancia de alienación y separación y esta última no se puede efectuar a no ser con cierta agresividad narcisística en la prosecución de la identidad de la paciente.

Duelo, cuerpo y goce

*"el silencio marca lo que la palabra ha callado
o lo que nunca empezó a registrarse en un discurso posible..."*
(8)

Como se relacionan duelo, cuerpo y goce?

Veamos como interactúan en el fenómeno psicossomático.

Se podrían considerar tres momentos cruciales para que se dé el fenómeno psicossomático, ellos son:

Existe una primera separación de un ser al que se está fuertemente unido en relación a la satisfacción de la necesidad.

Un significativo holofraseado de esa separación, reaparece en el imaginario de una nueva separación.

La lesión psicósomática aparece.

En relación a esa separación la podemos también pensar desde el duelo.

El duelo decía Freud es una reacción de defensa, una pérdida que atañe a la existencia, un agujero en lo real, una falta en lo real completara Lacan.

Comúnmente ante las pérdidas los sujetos elaboran una respuesta: síntomas conversivos. Pero cuando no se dispone de recursos simbólicos para responder, reaccionan con lo real orgánico. He aquí una relación fundamental entre pérdida, su duelo correspondiente y el fenómeno psicósomático.

¿Frente a que pérdida reacciona con lo real orgánico esta paciente?

¿Y cuál es el objeto que está en peligro?,

¿Qué fantasías se tejen frente a la escena (deseada-temida?) de la muerte de la madre?

Creo que en gran medida tiene que ver con la pérdida de la madre, con las implicaciones que esto tiene en la identidad y el deseo de la paciente. Es justamente frente a este imaginario de la pérdida de la madre que se produciría el fenómeno psicósomático.

Y en relación a la pérdida del útero, fenómeno que vinculo a las palabras de su madre que "**no sea niña**": frase que podemos leer que *no sea*, apuntando a la dimensión del ser o incluso que *no-sea-niña*, apuntando más a su ser femenino.

¿De qué forma se resignificó, si alguna vez lo hizo, esa pérdida (útero) que atañe a su ser mujer, a su identidad femenina, con esa pérdida que se ve venir, que se anticipa, y que la angustia por confrontarla con la soledad de su deseo?

¿Podemos decir que el cuerpo de esta paciente alguna vez se introdujo a la dimensión de la sexualidad, que es un cuerpo sexuado?

Todas interrogantes que aquí solo podemos bordear, e intentar esbozar alguna respuesta, que seguramente ira tomando forma en un futuro, proceso terapéutico mediante.

Al desaparecer físicamente su madre quién ha actuado con su presencia como brújula, guía de su deseo, la paciente quedaría seguramente anulada, entonces la invade la angustia por no saber qué hacer. Se vislumbra un inminente quiebre que la puede dejar afuera del circuito del deseo.

En cierta forma está viviendo un duelo por anticipado: la pérdida de ese objeto-madre se le presenta en las fantasías.

Sigamos en la línea de ver qué rol juega ese objeto (madre) en el deseo, ya que en todo duelo es fundamental el rol que ocupa el objeto perdido.

No hay sujeto deseante por fuera de la relación, donde el objeto (a) está perdido, de acceso imposible, definido como real.

Siguiendo la postura de Lacan quien radicaliza la función del duelo, ya que no habría relación de objeto sin duelo, no solo del objeto, sino de esa libra de carne fálica que el sujeto no puede sino sacrificar para tener acceso al objeto. Sin que ese objeto ocupe su lugar en a, no se

sostiene el montaje imaginario del fantasma, y sin la función imaginaria que el fantasma sostiene: no hay sujeto deseante.

*"No encontraba de que organizarme para valerme de eso, ahora con lo de las **torres gemelas**...la humanidad perdió tanto aparte de sus vidas".*

Trae esto en relación a las pérdidas personales y la revaloración de las cosas que le implico este acontecimiento "trágico". Esto tiene que ver con lo trágico que sería para ella la pérdida de su madre: la "torre gemela". Con la caída-muerte de esa madre, habría peligro de que ella también se derrumbara.

*"Hay todo un tema con mi madre", "No sabía dar un paso si no me lo decía mi madre".
"Voy a morir a ella"*

Me pregunto ahora si su madre no está, ella ¿podrá seguir adelante, podrá dar un paso hacia adelante?.

La presencia fantaseada de una muerte inminente de la madre, la confronta con un agujero, con un vacío, dejándola en la impotencia, ante la desaparición física de esa madre que se le presenta como omnipotente.

¿Se romperá ese fantasma especularizado en su madre quien está a punto de derrumbarse?

No es nada sencillo las relaciones entre madre e hija, más en estos casos en que la relación es tan particular. Veamos lo que dice Freud al respecto:

"En suma llegamos al convencimiento de que no se puede comprender a la mujer si no se pondera esta fase de la ligazón-madre preedípica". (9)

Las palabras de Freud nos advierten de lo complejo que puede ser ahondar en la estructura de una mujer sin tener en cuenta la relación primaria que sostuvo con su madre.

Más complejo es cuando se ve que hay en la estructura de una mujer elementos que no se concatenan a lo simbólico, que marcan el límite y que han sido producidos a partir de la relación primaria.

"Muchas mujeres que han escogido a su marido según el modelo del padre o lo han puesto en el lugar de este, repiten con él, sin embargo, en el matrimonio su mala relación con la madre".(10)

En esta paciente no sabemos claramente el tipo de relación que estableció con sus dos maridos, pero si sabemos algunas cosas:

"A mi padre lo tenía de pelele. Todas esas cosas que yo veía que ella hacía con mi papa, las quería hacer en mi matrimonio, pero no resultaron"

Esto nos habla un intento de repetir lo mismo que su madre hace, presentándose como doble especular de ella como veremos enseguida.

La relación que mantiene con la madre es un vínculo donde la alteridad (o sea ella) queda desmentida o parcialmente desmentida con el objeto de garantizar la omnipotencia de la madre.

Es la falta de ese otro discriminado lo que deniega el enfrentamiento, ya que nadie puede confrontarse con el otro en su ausencia o in efigie, como decía Freud.

Tomo ahora el aporte de Luis Kancyper, quien hace una distinción entre odio y resentimiento en relación a la dependencia-independencia de esa madre.

La presencia de odio, nos hablaría de una relación con el objeto más antiguo, que induce al sujeto a enfrentarse al objeto, y desligarse de él. En cambio el odio se vuelve resentimiento cuando hay una regresión del amor a la etapa sádica, perpetuándose un vínculo sadomasoquista en una construcción fantasmática que la sostiene.

Vínculo que se sostuvo incluso con el envío durante 20 años (hasta tres años antes de la consulta) de cartas de la madre hacia ella.

"cartas horribles tratándome de mala mujer, cosas que no se le dicen ni a una prostituta"

"No puede haber ser humano que le diga esas cosas a su hijo".

No sabemos exactamente el contenido de esas cartas, aunque queda claro que le causaban mucho dolor, por los insultos referidos, sintiéndolas como una injuria permanente.

Dice Kancyper: *"El resentimiento promueve un movimiento circular y repetitivo. Resentimiento es volver a sentir ciertas injurias narcisistas que no se pueden o no se quieren olvidar ni amnistiar"*(11)

Resentimiento que a la paciente todavía le hace celar a su hermano muerto hace 9 años.

"Hay todo un tema con mi madre, falta de cariño, sobre todo hacia mí, a mi hermano le dio todo; "Lo consintieron por no ser normal, y después del accidente (que tuvo cuando tenía 9 años y la paciente 4) se acentuaron las diferencias"

"Esta un resentimiento que no me deja elaborar nada".

En esta paciente el resentimiento justamente no le permite elaborar el vínculo con su madre, separarse de ella a través de la confrontación. Movimiento que es casi impensable de hacer para ella, pese a que en varias ocasiones justifica la agresión de la madre hacia ella como forma de espiar las culpas por haberse revelado.

"Me empecé a revelar a los 30 años" (1ra ent)

"El haberme revelado es lo que hice mal. Ahí están mis pecados vistos desde su punto de vista. No hay otros. En cambio los de ella, se equivocó en muchas cosas". (2da ent.)

Es un discurso infantilizado, o al menos adolescentizado (y vaya si adolece) al punto en que marca las cosas pueriles en las que se reveló:

"...en algunas cosas me revele, en la pollera larga, en el pelo. Ella me dice que te pones esa pollera larga que pareces una monja. Pero yo me la pongo igual"(4ta ent.)

También podemos pensar el efecto de re-velar como volver a velar, al igual que un rollo de fotos con su respectivo negativo, en un intento de reproducirse como copia de su madre. ¿Un intento de dar a luz una imagen especular soportada en su madre?. Movimiento circular de resentimiento, *"sentir dos veces"* (como dice ella) que en definitiva no le permite efectuar una discriminación de su madre, impidiéndole ingresar en la dimensión de la confrontación y del odio, al decir de Kancyper:

"El odio puede promover un movimiento centrífugo de la libido y oponerse a la circularidad regresiva y sádica del rencor y permitir entonces la discriminación del objeto y su recambio ulterior".(12)

La paciente se presenta como doble espejo de la madre, identificada desde el deseo del Otro para regular su narcisismo. Al punto que esa comunicación que la madre tuvo con ella a través de cartas, la repite con su hijo mayor que está en el exterior.

Según Kancyper hay dos tipos de identificaciones para evitar la confrontación: la espejo y la simbólica. La identificación espejo que es la que vemos acá, tiene como característica la alienación.

Esta paciente tiene resentida su autoestima porque su madre le frustraba sus necesidades, sus demandas y sus deseos. No solo de ser mirada, sino también correlativo a esta mirada ser confirmada como sujeto deseante por su madre, quien no reconoce las diferencias. Diferencias que esta paciente intenta marcar durante todos los encuentros, para no quedar más pegada de lo que está.

En este sentido es que la búsqueda de esta paciente de poder ser mirada y confirmada por los otros hasta ahora ha sido fallida.

"Yo hace muchos años he estado en esto, (se refiere a buscar ayuda) pero he tenido malas experiencias. Un psiquiatra aprovecho la situación de congoja" (luego de divorciarse de su segundo marido)

Se escucha en sus palabras esa búsqueda desde hace mucho de un espacio para ella. Ese rincón de re-conocimiento, al hacerse conocer ante el terapeuta.

Y siguiendo en la misma línea de identificación espejo con la madre tomamos la diferenciación que hace Piera Aulagnier entre el deseo de tener un hijo al deseo de maternidad. Este último sería repetir en forma espejo su relación con la madre.

Para esta mujer sería imposible aceptar lo nuevo que le significa esa criatura, causándole un *"traumatismo del encuentro"*, lo que implica no poder entablar una relación entre la representación psíquica del niño que esperaba y del niño real que está ante ella. ¿Cómo pudo haber influido entonces el hecho de haber sido una hija no deseada, no querida?

"Mi madre detesta las hijas mujeres", "la palabra niña para ella es algo desagradable, "te aseguro yo que va a ser un chico" (le dijo su madre al segundo marido cuando ella estaba embarazada de su segundo hijo). "si llega a ser niña la ahogamos en la pileta entre los dos"

"La palabra mujer para ella."

Son todos elementos que nos ayudan a pensar en que quizás la dimensión de la sexualidad en cuanto a su identidad femenina, en esta paciente no hayan podido desarrollarse. Se ve como el ser mujer se le presenta con aspectos muy disociados entre sí: reiteradas veces habla de la prostituta, en relación a su madre y a ella como hija. Y por otro lado estaría la función materna, de cuidar a los hijos en donde no entraría la dimensión sexual de la prostitución.

Para su madre pareciera que no le fue posible investir una representación de esa "niña" (la paciente), ya que rompería con su propia historia, impidiéndole insertarse en ella.

P. Aulagnier si bien entiende que hay una violencia abusiva y necesaria que hace que la madre interprete al hijo y sus expresiones corporales, y que el sujeto entre al campo del discurso, esta violencia deja de ser positiva si se extiende en el tiempo. En este sentido diferencia dos tipos de violencia, una primaria y una secundaria. La violencia primaria sería aquella aplicada en su justa medida, siendo adecuada y posibilitando al niño formarse como sujeto independiente. La violencia secundaria sería aquella que anula al niño, alienándolo definitivamente al discurso materno. Vemos claramente que en esta paciente está presente la violencia secundaria: *"era una déspota y anulaba a todos"*

Hay un deseo en la madre que se convierte en nefasto para el hijo: *"que nada cambie"*.

Comprobamos en esta paciente las palabras de Aulagnier, en tanto esa violencia abusiva al seguir ejerciéndose hasta el momento en que la paciente ya es adulta, se ha convertido en altamente negativa para su economía psíquica.

Fragmento de la última entrevista:

"Hoy le digo que apúrate que voy al psi, y ella me dice no veo que no te haga nada ir al psi, esas puñaladas. Porque son molestas, yo las tomo, no puedo lograr que me resbalen."

Es lógico que le afecten los comentarios de su madre, pero tiene que ubicar sus dichos y comentarios en una justa dimensión.

Lo más importante es lo que piensa Ud.

Pero porque me dice que voy para atrás?, eso me fastidia. Yo veo que estoy mejorando, que estoy progresando.

Como que hay una diferencia entre lo que Ud. piensa y hace y ella.

Si claro como que veo la diferencia, en este caso (refiriéndose al proceso) es un caso clarito. Esa es una de las cosas que puedo diferenciarme, como ese mandato que ella me dejó y yo veo que no es así.

También dice: *"entre las quejas y echándole las culpas a los demás y así se me ha ido la vida. El pasado no me deja ir para adelante."*

- El pasado forma parte de su historia, y le permitió llegar hasta hoy, al presente. No es solo cuestión de echar las culpas, sino ver que Ud. tiene un rol activo en todo eso.

Es importante los proyectos que tiene, pero para eso también tiene que resignificar algunas cosas de su pasado, ese resentimiento que tiene hacia su madre la hace ir en círculos y no le permite ir hacia delante.

-"Como quejas, mi madre me abandono a mi. Yo lo hice con mi persona, me abandone a mi misma, y ahora estoy saliendo de esa sensación de abandono."

He tratado de razonar, de salir de ese abandono."

Antes de ser hijo como sujeto, se es el hijo de alguien. Ser es designarse como yo, (a) de otro. Ese momento en que la vida de un sujeto se hace posible por el establecimiento de una articulación con el deseo de otro. En este caso el sujeto aparece bajo el Deseo de la Madre, en tanto ser el objeto de un acto de apropiación.

En este sentido las actividades que realiza la paciente como acumular objetos, papeles, frascos vacíos, configuran una actividad repetitiva que podría ser un intento de suplir ese acto de apropiación esencial, y cuya consecuencia es hacer caer a esa sujeto como objeto bajo el Deseo de la madre.

Hacia donde seguir

No esperen encontrar en este libro mis verdades más atroces; únicamente las encontrarán en mis ficciones, en esos bailes siniestros de enmascarados, que por eso dicen o revelan verdades que no se animarían a confesar a cara descubierta.

(13)

La historia del sujeto **es**, en la medida que se hace presente en el discurso, "*dis-toria*"(14) que se va haciendo historia a medida que la va contando. Cuando contamos nuestra historia, nos contamos a nosotros mismos aquello que no sabíamos. Incluso en las ficciones como dice Sábato.

¿Por qué ficciones?, "*Porque toda verdad tiene una estructura de ficción*"(15). Porque al igual que una tragedia griega, el Psicoanálisis se resuelve entre los mitos -el padre de la horda primitiva de Freud, el de la Laminilla de Lacan etc., etc. Y qué mejor que la tragedia -Antígona, Edipo, etc.- para situar la relación entre acción, verdad y deseo.

Me pregunto entonces: ¿cómo trabajar con esas ficciones que los pacientes nos cuentan, pero que son sus verdades?

¿Cómo trabajar en la clínica con una paciente en donde en el punto del fenómeno psicossomático, no hay espacio para la interrogación, no hay enigma que lleve a la formulación de la demanda?

En este caso como generalmente pasa en este tipo de pacientes, viene derivada por la psiquiatra, y con un pedido específico: realizar un psicoanálisis o una psicoterapia. De quien es esta demanda?, creo que en relación al fenómeno psicossomático es de la psiquiatra.

Así como la historia bordea lo que va dejando afuera, en las consultas también se pudo bordear eso que quedo afuera: el fenómeno psicossomático. En este sentido hay que estar muy atentos en la escucha, a la espera que algo de lo indecible empuje a hablar. No se puede insistir y forzar una interrogación ahí donde no la hay, hay que esperar a que surja.

Igualmente y pese a las dificultades mencionadas se estableció un vínculo en las entrevistas preliminares que vislumbra un posible tratamiento que avance más allá de estos primeros movimientos de apertura, que nos dice Aulagnier son en función de lo que el analista prevé y anticipa sobre la relación transferencial futura.

Y de la mano de la transferencia, y en cuanto a la dirección de la cura, ahora me pregunto: ¿es posible que esa lesión se histerice?, o sea ¿es posible que estas enfermedades que aparecen en lo real en la clínica, puedan entrar en la transferencia como síntoma?. ¿Permitirá avanzar que esto suceda?

Si existe una posibilidad de rescatar ese significante holofraseado para la transferencia, para el discurso y por lo tanto para el deseo, esta tendría que ser buscada con una intervención, un acto en lo real del analista que haga cadena con el fenómeno psicossomático.

El acto de intervención del analista tendría que ir en la dirección de poder ser agente de un acto de apropiación en el punto donde casi no puede sostener su vida como sujeto deseante en tanto su madre no se apropió de ella. Un acto que implica un hacer mío, en tanto acto de deseo que sostenga y funde a esa hija como objeto a de la madre, causa del deseo. Objeto que más que designar lo que la paciente tiene, alude a lo que dicha paciente es.

Y en relación a como se trabajó, creo que en un primer momento la transferencia giro en cierta forma en torno a una restitución desde el eje imaginario, en esas entrevistas preliminares, en el sentido de entre-dos-vistas. Y al decir entre dos vistas me refiero al eje imaginario entre dos, y entre lo que se da a ver. Sobre lo que entre-dos-vistas se pudo ver, pero que apenas se pudo poner en palabras, ya que ella nada sabía sobre su goce.

Afortunadamente la aproximación analítica comenzara a hacerse efectiva après-coup de una intervención sobre el límite del proceso, en la última entrevista:

Es más cómodo ir a ella y decir "bueno no lo hago porque ella no me deja", es una posición cómoda. Bueno eso es algo que me acabo de dar cuenta, que voy a ella, y

que puedo hacer otro camino, como ir a vender ropa, puedo hacer otras cosas. Una forma de buscar la salida por otro lado.

Las intervenciones del analista tendrían que ir destinadas a acotar el goce que le impone esa posición sacrificial de objeto de la demanda del otro (madre).

Y si al comienzo saber y goce se excluyen, es en el transcurso y hacia el final del análisis que esta paciente podrá ir adquiriendo cierto saber sobre su goce, y sobre las marcas de goce que la han determinado.

Se impone la necesidad de que esta paciente pueda simbolizar aquello que le está pasando para así separarse del discurso materno. La separación sería la recuperación parcial del objeto perdido libidinal, para poder pasar del discurso del *"que dirá"* al *"que diré"*, en un acto de apropiación de su propio discurso.

Que pueda producir un corrimiento del eje imaginario especular que mantiene con su madre, para poder pasar a la instalación del eje simbólico, el del entre-dicho y por ende el del deseo, que se deja entre-ver poco a poco entre palabra y palabra. Para así por lo menos liberarse de esas ataduras que no la dejan ser. Que pueda llegar a conseguir esto no sería poca cosa dadas las características de esta mujer.

NOTAS

- (1) Eduardo Galeano: Las palabras andantes. Ventana sobre la palabra. (1)
- (2) Jacques Lacan
- (3) Sigmund Freud. Obras completas. Amorrortu Ed. Tomo 1, pág. 362
- (4) Fausto. Goethe
- (5) Jacques Lacan. El seminario 20. Encore. Ed. Paidós. Barcelona. 1981, pág. 11
- (6) J. D. Nasio. Enseñanza de 7 conceptos cruciales. Ed. Gedisa. Bs. As. 1989. Pag.184
- (7) J. L. Borges: El libro de los Seres Imaginarios. La esfinge
- (8) Alcira Alizade. Clínica con la Muerte, 1995,pag 131
- (9) Sigmund Freud. La femineidad. O.C. T. XXII. pag.111
- (10) Sigmund Freud. La sexualidad femenina. O.C. T XXI. p232
- (11) L. Kancyper. La confrontación generacional. Ed. Paidós. Bs. As. 1997
- (12) Idem anterior
- (13) Ernesto Sábato. Antes del fin. Memorias. Pag.13
- (14) Ricardo Landeira. Seminario: Historias de amor de locura y de muerte
- (15) Jacques Lacan. El Seminario. Libro VII. La ética del Psicoanálisis. Editorial Paidos. Bs As. 1984. Pág. 22

BIBLIOGRAFIA

- Aulagnier, P. La violencia de la interpretación. Ed Amorrortu. Bs. As.
- Aulagnier, P. El aprendiz de historiador y el maestro-brujo. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1984.
- Autores varios. "El cuerpo en la clínica psicoanalítica". Seminario.
www.psyconet.com/seminarios/cuerpo/
- Bekerman, J. Sobre la cleptomanía y el deseo de la madre. En Acheronta. Revista electrónica:
www.acheronta.org
- Billiet, L. E. Psicósomática: ¿Qué más me pasa? En Tatuajes. Revista electrónica:
www.psyconet.com/tatuajes
- Freud, S. "Introducción al narcisismo"; "Duelo y Melancolía". En O.C. T. XIV. Ed. Amorrortu. Bs. As.
- Freud, S. "La experiencia de satisfacción", en Proyecto de una psicología para neurólogos. O. C. T III. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 1967.
- Freud, S. "La sexualidad femenina". En O.C. T. XXI. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. "La femineidad". En O.C. T. XXII. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. "Psicología de las masas y análisis del yo". En O.C. T.I. Ed. Biblioteca nueva, Madrid, 1967.
- Frigeiro, S. Psicósomática: una cuestión de límites. En Tatuajes. Revista electrónica:
www.psyconet.com/tatuajes
- Foulkes, E. "El cuerpo sufriente del significante". En Erresei. Publicación periódica de la Escuela Freudiana de Montevideo. Nº 1.
- Kancyper, L. La confrontación generacional. Ed. Paidós. Bs. As. 1997.
- Lacan, J. Los escritos técnicos de Freud. Seminario 1. Ed. Paidós. 1953-54.
- Lacan, J. El deseo y su interpretación. Seminario 6. Versión Inédita. 1958-59.
- Lacan, J. Escritos I. S. XXI. México. 1971.
- Lacan, J. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Seminario 11. Ed. Barral, Barcelona. 1977.
- Lacan, J. De un otro al Otro. Seminario. Versión Inédita. 1968-69.
- Lacan, J. Encore. Seminario XX. Ed. Paidós. Barcelona, 1981.
- Landeira, R. "Historias de amor de locura y de muerte". Seminario. 1998.
- Méndez, H. R. "Con un duelo en el cuerpo" (o el mirar del analista). En Erresei. Publicación periódica de la Escuela Freudiana de Montevideo. Nº 1. Montevideo, 1999.

Nasio, D. Enseñanza de 7 conceptos cruciales. Ed. Gedisa. Bs.As. 1989.

Ojeda, A. "Duelo a muerte". En Erresei. Publicación periódica de la Escuela Freudiana de Montevideo. Nº 1.

Quijano, L. "Goce en los fenómenos psicósomáticos". En Erresei. Publicación periódica de la Escuela Freudiana de Montevideo. Nº 1.

Reflexiones conceptuales

Presentación de la sección "Reflexiones conceptuales"

Con esta frase de Winnicott como inspiración, "**Muchas cosas que no son psicoanálisis que solo un analista puede hacer**", **Andrés Pereyra** aborda, con gracia e ironía, algunos problemas que se presentan en la admisión en hospitales e instituciones de salud mental.

En **Donde el malestar anticipa un límite que no es contingente**, **Adriana Bayonés** aborda algunos aspectos de la relación cruzada entre psicoanálisis y el orden jurídico a partir del recorte de un texto ("El loquito", una de las prosas de Juan L. Ortiz) que le permite transitar un borde de "lo traumático".

En **Las influencias sintomáticas del discurso social imperante**, **Marta Beisim** analiza el efecto de huida hacia la realidad al que empuja el discurso social ("*Los pasajes al acto, ataques de pánico, parálisis de la acción por depresiones del ánimo propias de las consultas de la época no se nos plantean como manifestaciones que estén soportadas simbólicamente por la singularidad del síntoma*") y los problemas que esto plantea en cuanto a la posición del analista

En **Perguntando a Lacan: tem inconsciente nas psicoses?**, **Sonia Coelho** retoma la clásica pregunta sobre el estatuto del inconsciente en la psicosis, recorriendo una serie de referencias en Lacan así como comentarios de otros autores.

"Muchas cosas que no son psicoanálisis que solo un analista puede hacer"(*)

Andrés A. Pereyra

Hace unos años leí en un Suplemento Literario una entrevista al escritor Héctor Tizón (1). Dicho autor comentaba entre otras cuestiones, sobre su concurrencia a un psicólogo que realizaba psicoanálisis. Me pareció al comenzar a leer la entrevista, una oportunidad válida para tener de un buen registro, una definición de lo que era, y aún hoy me parece así, (dado que la persona a la que se lo interpeleaba decía entre otras palabras aún no haber comprendido en qué consistía) dicho dispositivo de atención para alguien que no había tenido un acercamiento a o desde la teoría psicoanalítica. Durante los años de la dictadura, Tizón se encontraba exiliado en un pueblo al Norte de Italia. Ya hacía varios años que se desempeñaba como escritor pero pasaba por una época en la que (casualmente también le permitían hacer poco en su patria) no le salía ninguna línea. No estaba escribiendo, dice él. Le dan la dirección de este psicólogo. Que vivía justamente en una ciudad cercana, por lo que comienza a concurrir vía el tren. Un día, después de algunos meses de ir y de no encontrar cambios según él, el mismo psicólogo antes de que se retirara de la entrevista, le pregunta sobre qué era lo que llevaba en una pequeña carpeta, bajo su brazo. "*Son cosas que yo estuve escribiendo mientras viajo hacia acá en el tren*". Luego de su respuesta el psicólogo le extiende la mano para despedirlo y le pregunta "- ¿Ud. está curado? ". Agrega finalmente Tuñón: "- *no sé por qué recién cuando él lo dijo, supe que ya había estado escribiendo. No tuve por qué seguir yendo* - ". Al parecer estaba en tren de escribir.

Las coordenadas de esta situación pueden escapárse nos pero sí se podría deducir que Tizón no iba a cuestionarse si quería realmente escribir, sino al parecer cuándo comenzaría a hacerlo. Aunque creo que no se pasó al registro del por qué no podía...

¿Era "necesario" hacerlo?. No digo más hay pocos datos. Sí a partir de esta viñeta, me pregunto si se constituyó algo de un análisis. Me asombró la "supuesta" calidad de la intervención y los efectos que tuvo. "*No tuve por qué seguir yendo*". Ya iba para otro lado tal vez. Me parece una buena oportunidad para interrogar algo que cuestiona, que está en el título de esta Jornada de Residencias con versito... y no es un verso "*dispositivos en cuestión*". Parece que hay algo de ese "*cuestionar*" a los dispositivos que es bueno que se presente en ellos, quiero decir, ese carácter de no saber en qué consisten finalmente pero sí poder dar cuenta mínimamente de sus efectos "también" en la clínica.

Un residente en este caso, se puede sentir "*cuestionado*" por dichos dispositivos. Enhorabuena, si hay algo sobre los mismos que finalmente no alcanza, falla o lleva a querer preguntarse más, ¿vaya uno a saber por qué?. Para mantenerlos, modificarlos, para no sufrir - no gozar tanto en ellos, ¿de ellos? No lo sé. Pero creo que no es por el lado del saber. Saber de qué se trata, de que se trató el dispositivo en cuestión, por donde tuvo su mayor efecto en la experiencia del escritor mencionado. ¿Qué tal los residentes actuando sobre los dispositivos, decidiendo ya con el aval de Otro que no exilie por ser... escritor, analista en un hospital? ¿Es un Otro del cuál es necesario un aval? ¿Por qué? Creo que pensando muchas veces en ese Otro (algo oscuro también) nos olvidamos del dispositivo, desde el cual nos aplicamos.

En un texto que a mí me gusta mucho de Miller dice acerca del "*procedimiento*" (aunque Freud lo llamaba "dispositivo" también) "*para permitir que el propio deseo se desenvuelva es necesario un lugar oscuro y, también, que se piense que hay algo que el otro que escucha no puede percibir. Tenemos que permitir al sujeto algunos engaños*" (2). El tema podríamos plantearlo así, es cuando somos nosotros mismos los engañados sin poder producir un saber sobre ello, y nuestros dispositivos se nos transforman en lugares demasiado oscuros, comunes, en los cuales somos los que no percibimos qué podemos hacer. (Generalmente los lugares comunes suelen devenir como los más oscuros). Y no básicamente por poner el hincapié por ahora en un no saber, no estar preparados, etc. sino porque algo de lo que hemos puesto en marcha ha devenido en el mejor de los casos, en un obstáculo para los propios procesos subjetivos. Esta es la línea de dificultad que deseo abordar.

Dispositivo y urgencia subjetiva

He hablado de dispositivo pero no lo definí; si lo tomamos desde un punto de vista psicoanalítico, desde Freud: el mismo se instaura a partir de dos reglas: la de la asociación libre – atención flotante con otros dos preceptos déjenme llamarlos así, una regla de abstinencia y el cuidado al *furor curandis*. (El tema sobre todo con este último es despejar cómo debería articularse). Formalizado posteriormente por Lacan con los llamados cuatro discursos. De los cuales afirma en "*El Reverso del psicoanálisis*" "*No son nada más que la articulación signifiante, el dispositivo, cuya sola presencia (creo que es importante esto), el hecho de que exista, domina y gobierna todas las palabras que eventualmente puedan surgir. Son - entonces - discursos sin palabra...*". Por lo que se lee, esta definición trasciende aunque no necesariamente, a diferencia de la freudiana obviamente, el ámbito del análisis y es un aporte que se toma para el otro ámbito en juego en la práctica de los residentes, que suele darse a partir del "*surgimiento de los – modernos - dominios de saber*", como detalla Foucault en el "*Nacimiento de la clínica*", o sea las Instituciones, como el Hospital actual, por ejemplo, con sus prácticas sociales – disciplinarias propias, más aún "*con nuevos sujetos y sujetos de conocimiento*" (*idem*) como los residentes ¿por qué no?. Este dispositivo, afirma en "*El discurso del poder*", "*opera sin sujeto, estrategia sin estrategia*". "*Es un conjunto heterogéneo- prosigue - , que implica discursos, instituciones, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, proposiciones morales, (...) tanto lo dicho como lo no dicho...*". - también – "*es la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos*" – y – "*es una especie de formación que en un momento histórico dado, ha tenido como función principal la de RESPONDER a una urgencia*". Esto no quiere decir que despejo mi lugar y me abstraigo de formar parte del mismo a partir de no firmarle los libros de entrada al jefe de personal o al director del Hospital. Para Foucault la verdad del sujeto también es un producto del mismo.

De la cita anterior subrayo el verbo RESPONDER con la intensión de ubicar algo del registro de la demanda, y a su vez una demanda ante una URGENCIA. "Pequeño" trastabilleo subjetivo que se carga con ella o suele poner a prueba, a cualquier dispositivo hospitalario usual. Léase: rápida admisión o desde el vocabulario hospitalario: trámite de ingreso (podemos verlo después), reiteración de supervisiones, extenso ateneo posterior en el mejor de los casos, medicación, internación... entre otros procesos que desencadena.

Tales dispositivos crean como se dijo, vínculos, lazos sociales, transferencia, "comunidad hospitalaria"....

En este punto me aparto por un momento y me sitúo ahora, ya dentro de la institución, en un dispositivo más de la misma que se mantiene "tradicionalmente" (que bien pueden ser las Jornadas de residentes). Pero no. Uno de ellos que suscita a mi parecer gran parte de las incógnitas sobre cómo dar cuenta de lo que allí se hace, es la Admisión o se lo podría llamar El Ingreso.

El Ingreso a la comunidad

Entrar a tratamiento, ¿qué tratamiento? buena pregunta, ¿bajo qué coordenadas?. ¿Por qué se admite una persona a tratamiento? Si es admisión quiere decir que se puede no admitir. ¿A quiénes?. En los años en que yo estuve participando de ese dispositivo, no se dejó de admitir una admisión. Como corresponde a ese término. Bien, ahora. Si es que nosotros podemos despejar el lugar que ocupan necesariamente los Ideales de bienestar, de salud pública en el Hospital. Nosotros, advertidos por tanta literatura sobre el tema, no vamos a responder a ellos no accediendo a todo *pedido de institucionalización*. Recuerden el *furor curandis*, etc.

Sin embargo mi parecer es que los mismos, por los Ideales, etc... realmente no suelen constituirse en el mayor obstáculo para el accionar del residente orientado hacia el psicoanálisis, desde dicho dispositivo. Cuantos psicoanalistas trabajan ya en toda clase de instituciones sin tener que admitir todo pedido. Salvo el que creyó que el bagaje de la experiencia clínica es proporcional al número de pacientes que toma, por ejemplo. El tiempo, su mente y su cuerpo dicen lo contrario... pero eso es otra cuestión. El tema creo que es cómo me posiciono en algún momento para despejar una "*demanda del enfermo*" como una

demanda de saber. Desde qué lugar realmente lo estoy haciendo, qué admito, que admito no admitir, y en función de qué.

Un joven de unos 22 años concurre a una entrevista de admisión, primera vez, nunca había acudido antes, como quieran llamarlo, diciendo que ya era el tercer psicólogo que consultaba en poco tiempo. Que ya no sabía qué hacer, que no daba con la tecla, que le decían pavadas, etc... Que además finalmente le costaba mucho engancharse.

El psicólogo en cuestión muy amablemente luego de que el joven hiciera un silencio, le dice que tiene razón, que está bien y que cuando decida engancharse lo vuelva a consultar porque eso va a ser muy importante.

Un señor de unos 50 años consulta con una queja de que: por qué no puede estar solo, que él querría hacerlo pero no puede, no puede, de vez en cuando sale.... y vive solo, no está casado, no tiene hijos, pocos amigos.... y ha acudido durante cuatro años a una psicóloga y a un psicólogo posteriormente por cinco años más, dos veces por semana (ya sabemos quienes le hicieron compañía) con los cuales logró deducir que está enamorado de su madre, por eso le pasa, lo que le pasa.

¿Así?. ¿Cómo relaciona eso?. Porque a mí me pasa lo mismo – le dice el psicólogo...

En muchos, muchos casos el tema no es el tiempo en los tratamientos, si no desde qué coordenadas tomamos el tiempo con el cual trabajamos. Podemos observar tratamientos muy prolongados que grafican una usual presentación de la reducción de una existencia a la modalidad de la demanda de amor inherente al ser hablante. Más el Otro se moviliza, está disponible y se toma el trabajo de escuchar, más su idealización como objeto de la transferencia. La cuestión en algunos casos donde el saber psicoanalítico ha sido utilizado en un registro que ha reforzado aún más la "*pasión de justificación de su ser*" del neurótico, no es rechazar al sujeto sino rechazar la formulación de su demanda. Pero esto en una institución hospitalaria y con la posición que pueden llegar a tomar los dichos del psicoanálisis y la manera en que se lleve adelante una práctica se complica en un primer momento, al menos doblemente. De allí la seriedad que conlleva un *pedido de institucionalización* junto al acceso rápidamente al mismo, como decíamos. Dado que la presencia de esta idealización que refería, es muy fuerte y se está más proclive a caer en ella.

"... Bien entendido, no existe el psicoanálisis en el hospital. Lo que existe son practicantes que han tenido o tienen la experiencia de diván y que ejercen en el hospital. (...) Pero ello además no seguiría existiendo si los analizantes (o las personas que están en transferencia con el psicoanálisis) en alguna medida no hubiesen formado una comunidad. (...) La evidencia está en que ellos tienen algunas cosas en común: la experiencia (...) de la transferencia y de la interpretación. Es todo el tumulto del mundo psi que se despliega allí: hijos de Freud." (3)

Los une la transferencia al psicoanálisis, como todo discurso: es lo que hace lazo. Puede formar comunidades así también sobrevive. Pero según lo enunciado por Miller ahora, eso no garantiza el estatuto de psicoanálisis para las prácticas que se desarrollan en tales instituciones. Es decir que dicho autor estaría cuestionando el lugar discursivo que como toda práctica posee el psicoanálisis desde los dispositivos hospitalarios en este caso. Respondería a otra lógica.

Otra cita con relación a lo que se admite como una posible demanda en este caso de análisis:

"No estoy para nada de acuerdo en que un pedido de análisis para estar un poco menos mal pueda ser aceptado por un psicoanalista. No creo que una demanda de análisis pueda hacerse si no hay síntomas, como lo dijeron ya Freud y Lacan. Un psicoanálisis para conocerse a sí mismo, para sentirse mejor en su piel, para estar menos mal con en el malestar en la cultura, para mí eso no va. Si no existe lo real del síntoma en un psicoanálisis no puede empezar. (...) Es el tipo que quiere cruzar la calle y se detiene en el cordón de la vereda y no puede dar un solo paso más. Y esto es absolutamente real, no puede. (...) Y agrega: " los que se suelen arreglar para dar un paso más, no necesitan ir al psicoanalista, para qué, si uno puede arreglarse solo. (...)

El análisis tiene que ver con el carácter enigmático del síntoma, no con el estar mal por problemas en el trabajo o en la pareja. Más allá de que consulte no habría por qué plantearse que esa persona está desarrollando una demanda de análisis o analizándose" (4).

Jean Allouch que es del que tomo estos dichos finaliza afirmando: "Por mi parte no estoy seguro de que si no hubiera más psiquiatras ni psicoanalistas las cosas para la gente andarían peor con respecto a lo que se llama "enfermedad mental". En el país con mayor número de psi en el mundo por cantidad de habitantes algo se debería pensar con más detenimiento con relación a estos enunciados.

Y entonces?

Bien,... encima de tener que despejar cuando una demanda no sólo es de curación, disponerse a modularla, descartar que se haga análisis en un hospital, no tener por qué apresurarse a considerarla analítica, ahora en algunos casos nos dicen: ¿para qué un analista? O para qué no. Bien ¿por qué entonces se da esta presencia tan abundante en los dichos, de las concepciones teóricas del psicoanálisis?, hablar de análisis en un hospital, preguntarnos sobre él mismo, etc. ¿a qué se debe si se pueden despejar tantos preceptos que nos dicen que vayamos con más cuidado?

Por las épocas en que transita nuestro país las presentaciones clínicas en la práctica desde hace varios años no suelen ser las de otras épocas. Para comenzar a situarlas algunas de ellas podrían ubicarse en el piso inferior del grafo del deseo, aquellas instancias de la subjetividad que hacen a las identificaciones / imagen del cuerpo pero sobre el presupuesto de su importancia sobre todo cuando se necesita por estos tiempos, de una vestimenta. La clínica con adolescentes es paradigmática en cierto sentido con este punto. "Antes de introducir a alguien en la experiencia analítica, con todo su rigor, tenemos que ver, eventualmente si no hay otros medios" enuncia Miller también en su artículo sobre el discurso del método psicoanalítico. Entonces ahora, a su vez con el análisis, mayor cuidado. Esto no significa dejar de ser analistas, sino más bien que el apresuramiento en esa dirección sería "el espanto que se apodera del hombre al descubrir la figura de su poder" refiriéndose Lacan a la dimensión de la palabra en "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis". De allí la "urgencia" en algunos casos de la abundante presencia, por refugiarse en concepciones preestablecidas de la teoría, con lo que nos enfrentamos a la paradójica situación de que lleguemos a constituir un obstáculo con algo que no fue concebido como tal. Que ENTRE ¿a dónde?, Sin entrar a un tiempo, en ese movimiento con relación al caso, en que nos interroga: "¿por qué consulta ahora y de esta manera?". O en palabras de Elida Fernández: "¿qué recursos subjetivos posee y por qué no los utiliza?".

Anteriormente transcribía algunas intervenciones que apuntaban a producir rectificaciones subjetivas, el cuestionar la posición que toma el que habla con relación a sus propios dichos. Pero reducirnos a una utilización de los diferentes sentidos del lenguaje, situar las contradicciones de lo dicho no es exclusividad del psicoanálisis. Al parecer como se enunció no parece constituirlo como tal y no implica una ENTRADA en análisis. Tampoco somos los únicos que ofrecemos una escucha.

Aún más, cuando abordamos una demanda no sólo en una comunidad hospitalaria, hasta no tenemos un lugar muy original. Estamos en una comunidad de posiciones con el médico como la de "aquel que tiene que responder a una demanda de saber", luego de seguir el camino de la diferenciación entre la demanda del enfermo y una demanda de curación. Podemos evaluar, sí **el modo** en que respondemos. ¿Pero bueno por qué se debería recurrir a esa teoría entonces? Hay modos y algunos que hacen borde con el dispositivo sin hacer uso de él. Ese es el principal aporte del psicoanálisis "también" para los propios analistas: no hay una respuesta Toda. ¿Por qué tomar al dispositivo como el de la admisión como psicoanalítico, a la manera de una entrada en análisis, como agentes de su dominio si este no ha operado y cuando tampoco es necesario que nos pongamos doctrinarios para que opere?. Aunque sí, al parecer, como dijo Allouch, hay un punto en que al mismo psicoanálisis le compete abocarse sino se desea que termine absorbido dentro de una práctica social más de la salud mental, que bien

puede ser la de la atención hospitalaria. "La clave está en el cuestionamiento de lo que se refiere al goce" (Lacan, del Seminario "El reverso del psicoanálisis") (¿) más allá de la dimensión de la extensión en que nos encontremos (?).

Por lo tanto implica un cuestionamiento ético, podemos decidir que sí o que no y no por eso perder el carácter de extraterritorialidad. Y a partir de ahí vemos como seguimos. Aunque a su vez debemos despejar desde que lugar nos ubicamos en un discurso y no significa que por citar a Lacan o a Freud (o a otros) uno esté contribuyendo a la transmisión del psicoanálisis de acuerdo a su lógica, o a que no sea una práctica más, o a aclarar dispositivos. "Hay muchas cosas que no son psicoanálisis que solo un analista puede hacer"(*), decidir no hacer también es hacer.

Pero ¿en qué los residentes están enganchados "en cuestión" como para que se escuche tanto concepto psicoanalítico sin mencionarse las especificidades de los dispositivos en que se encuentran insertados? Como escribía anteriormente. Importante para ellos podemos decir el estar "enganchados", no les queda otra, o ¿no saben si les queda otra? ¿es un engaño al no planteársenos las coordenadas lógicas de entrar adónde?. Si no lo saben están enganchados. Bien desde dónde se cuestionan, ¿por qué ahora?. Tal vez solo sea para preguntar y quejarse, para que hablen los otros mientras ellos presentan casos sobre tal paciente, sobre algunas intervenciones... ¿Estoy hablando en plural no?. ¿Hay una comunidad allí que se sostendría por su transferencia con el psicoanálisis, con tal institución psicoanalítica, con tal grupo...? ¿O tendría que ser con la clínica?. No, ¿en primer lugar? son residentes de psicología, los nombra el hospital allí. Si bien pude haber estado hablando de la posición que cada uno puede tomar en la clínica sin adjetivos, no sé si se pueden despejar tantos lugares en un entrecruzamiento tan complejo como posibilitador, me refiero al hospitalario. Pero si posee como se dice, especificidades...

Existen a su vez instituciones como las psicoanalíticas que más allá de haber transitado por los distintos momentos lógicos de una cura algunos/ varios de sus integrantes, la envidia fálica circula bastante, y toda la gama de las pasiones imaginarias que cristalizan posiciones muy gozosas, más allá del dispositivo, algo que hace al carácter de lo institucional.

Lacan tomo cierto recaudo para ello y dando cuenta en diferentes párrafos de sus seminarios sobre los fenómenos de agrupamiento y lo gozosos que pueden llegar a ser, a constituirse, los fantasmas grupales, tratando de que no solo se empobrezca la producción, creo el dispositivo del cartel, el cual muchos sostienen que no ha dado los resultados esperados. Recuerden que Freud compara a su grupo con la horda primitiva, con lo cual puede ser que la hayan pasado bien. Bien, la residencia tiene todo como grupo para constituirse de esa manera, un grupo relativamente estable, con cierto punto de que fui ADMITIDO, ENTRE. Con el correlato de aplicar el psicoanálisis respetando a su modo las formas hospitalarias, que por otro lado fueron varias de ellas tomadas desde la medicina. Bien, pero ¿cómo abordan lo que queda por fuera, lo no inscripto por los significantes de una teoría? ¿Los fenómenos grupales por ejemplo con su identidad como residentes? ¿Cómo es ADMITIDA la posición de residente/ s? Ah, se puede responder... con el análisis individual, desde la teoría analítica. Pero ¿y la institución? El discurso es la institución. Un residente, cualquiera, por hablar, citar conceptos psicoanalíticos, no va a estar situado de acuerdo a las coordenadas lógicas del discurso del analista. Eso no significa ser analista ni dejar de serlo. No creo que sea allí donde tiene que serlo. Estar así en el hospital según Miller, sólo (le) "sirve" para formar comunidad de analizantes... de residentes. Con los códigos que hacen a toda comunidad. Pero no sé si le sirve al residente como posible analista, no creo que sea necesario que en el hospital tenga que nombrarse como tal. Me refiero al pretender traducir la dinámica de todo dispositivo/ s desde UN campo del saber, no sólo lo constituye como sujeto dividido, angustiado, tal vez cuestionándose una y otra vez sino que esa misma posición implica al discurso pero como saber, un discurso universitario por un discurso analítico. Este es un lugar que si no se despeja, introduce obstáculos en la clínica al no poder asumirse el sujeto más que como producto de un saber necesariamente cerrado (cuanto mejor cierra mejor) y por lo tanto degradado o bien que en el mejor de los casos, producto de este cierre falla (de ahí los síntomas que pueden darse en la histeria) y se le revela como no toda respuesta, sin dejar de producir su división y/ o sus síntomas. Que bien pueden ser grupales, sociales, institucionales. Como estas Jornadas desde dónde se preguntan, hacen cuestiones.... Sin a su vez poder tomar la riqueza que tiene esta formalización de Lacan al

acceder a emplear los cuatro discursos a partir de los recursos (valga la redundancia) institucionales, discursivos, sociales. No sólo teniendo que asumir la posición "universitaria" de analista (y no por la universidad obviamente sino por constituir el discurso como saber), en la clínica y sus dispositivos, al prolongarse este discurso en los mismos técnicos residentes.

Cuando por ejemplo, Freud en un sentido inverso, se preocupaba por tomar de los saberes de su época para el psicoanálisis. (Por ejemplo para la temática que menciono, preguntarse cómo se originó históricamente el dispositivo médico hospitalario que estemos utilizando). El mismo Lacan al parecer, advirtió acerca de esto, no quería más instituciones utilizando el discurso del analista considerado como saber, justificado por su vinculación directa con los bienes del goce, y el goce de los bienes que procura el saber. Dinero, prestigio, etc. y solo eso. Los efectos más perjudiciales se observan a nivel de la transmisión. Los alumnos (los "no iluminados") van a aprender el saber adquirido junto a los maestros. La Institución Universitaria transmite una y otra vez sólo parcialmente y sufriendo (al ser "entendida" así) la transmisión, una degradación cada vez más acentuada. Lo más evidente es que se hace sin recoger un significante nuevo salvo que ocupe su sitio en el orden de un discurso constituido. En el ámbito de la residencia puede observarse esto por ejemplo en las supervisiones (Lacan prefería llamarla súper audición (5)), en las cuales sin despejarse los entrecruzamientos, se puede escuchar al estilo de una supervisión médica (que no es que esté mal, no creo que sea ese el punto) el despliegue de una extensa historia clínica para tomar aproximaciones a la teoría para aprender un poco más, a ver que te dicen, donde el silencio suele ser el imperante al ser dejada de lado la transferencia con el supervisor, o no voy a hablar si no sé, y de la cual varias veces he salido pensando que lo dicho para un caso bien puede aplicarse al de la supervisión anterior y así, como corresponde al menos al conocimiento que se pretende científico. Sin que en muchas oportunidades o no hay una pregunta que inaugure un otro espacio al que sin embargo se alude desde los términos constantemente: ¿por qué traes este material, cuál es el punto de obstáculo para el psicólogo que lo trae?, o sin que el mismo dispositivo hospitalario se enriquezca o responda en función de las necesidades de la institución. Más allá de las muchas veces abarrotadas listas de espera (recuerdo haber leído algo de esto con respecto a lo que pasaba hace algunos años en la A.P.A. para acceder a un didáctico) hay hospitales que han implementado desde breves pre admisiones, dispositivos grupales con adolescentes, aplicación de Horas de juego... Aunque no sé si son las variaciones en los artefactos las que abundan...

La riqueza de poder despejar que uno puede interrogarse como sujeto desde una posición analítica, con esto termino, frente a los dispositivos (ahora sí) institucionales podría ponerse en juego desde el obstáculo, si no se los considera desde el saber que me puedan dar. Si es que por aquí va la respuesta, el sujeto con el que trabajan no está, no hay "rectificación subjetiva", cambio de posición ante los impasses que describí (ideales, saberes, urgencias, goce de bienes). Decía, algo de la categoría de sujeto (más del orden "analítico"), podría estar, en la relación de los residentes, agentes hospitalarios también como comunidad que reside en función no sólo de la transferencia al psicoanálisis sino al hospital (no todos tienen/ han tenido esa experiencia) con aquellos significantes de los dispositivos que los constituyan y que por suerte, los sintomatizan llevándolos a constituir tal vez un espacio de referencia más propio y sí apropiado.

Andrés A. Pereyra

Psicoanalista

Texto presentado en las III Jornadas de Residentes del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires "Supervisión, Ateneos, Admisión.... Dispositivos Institucionales en cuestión" - Mayo del 2002.

Citas bibliográficas:

(*) Frase de Donald W. Winnicott;

(1) Suplemento de Cultura – Diario "La Nación". Octubre de 1995;

(2) "El diagnóstico en psicoanálisis" en "Introducción al método psicoanalítico", (1997), Ed. Eol-Paidós, Buenos Aires, 1998, pág. 41;

(3) Cartas a la dirección. Revista Psicoanálisis y hospital N° 20, (2001). Ediciones del Seminario. Buenos Aires. 20002, pág. 249;

(4) Reportaje a Jean Allouch. Revista Agenda N° 57. (2001). Edit. Letra Viva; Buenos Aires, Marzo 2002; pág. 54;

(5) Conferencia en la Universidad de Yale, Estados Unidos, de 1975.

Donde el malestar anticipa un límite que no es contingente

Adriana Marcela Bayonés

Voy a presentar ciertos fragmentos elaborados en distintos momentos como consecuencia de algunas preguntas relacionadas con el entrecruzamiento del orden jurídico y el psicoanálisis.

Desarrollo un recorrido por textos que despliegan lo que entiendo como la cara de la ley fundante del deseo, lo traumático de la operación constitutiva y la imposibilidad de sustraerse a la marca (ley-deseo).

Por otro lado aparece la otra cara de la ley como reguladora y normativizante (deseo-ley). Una posición ética que implica sostener la dimensión trágica de entender siempre a la ley como interpretación de la Ley.

A propósito del malestar confío en una espera que no se configure en la línea del sentido que escuchamos y que siempre hace dos. Más bien confío en quien acepte el vértigo, el riesgo, la contingencia, de no dar crédito a lo que le señalan sus ojos. Órgano, en este caso de la vista, que presenta al mundo en dos dimensiones; muy a la moda en esta época de la imagen, la comunicación y el consenso.

Decidí presentar algunos fragmentos que para mí anticipan lo que considero un límite que no es contingente. Quiero decir una lógica que fundamenta la imposibilidad para el sujeto humano de una satisfacción plena y absoluta. Aclaro que no entiendo el concepto de inconsciente como reservorio de representaciones reprimidas y estoy lejos de buscar una explicación teleológica y colmada de sentidos, de esclarecimiento hermenéutico que apunte a leer el sentido del mensaje inconsciente. Descarto una lógica que conceptualice al inconsciente como substancial y pre-existente al acto mismo del hablante. Propongo ubicar dos ejes y señalar un recorrido que llamaré contingente ya que trabajar acerca de las "irrupciones violentas", de "lo traumático", en momentos donde se perfilan diferentes y singulares escenas, puede suceder o no...

¿Puede elaborarse algún trauma?

¿Si el sentido siempre está equivocado, si solo hay interpretaciones; puede aspirarse a la verdad sin que ello nos convierta en víctimas y/o victimarios?

El texto que he recortado se titula: "El loquito", es una de las prosas de Juan L. Ortiz. La infancia es desmesura anárquica. Fiel a la tradición romántica, los niños, esos "otros" de los adultos, son portadores de una "gracia". Aparecen las amenazas sobre el niño que anticipan el pasaje de una máxima disposición de libertad creadora a las constricciones del mundo adulto. Pasaje que clausuraría, junto con la infancia, las expresiones de la imaginación.

Propongo una lectura, desde una perspectiva exenta de todo patetismo sentimental, que revele en las zonas más humildes de la experiencia cotidiana, la intimidad casi imperceptible a la que se accede por una vía que no cede a la dominación de los poderes Entiendo esto último como una metáfora política, es decir, como una crítica a la dominación social.

Se trata de un niño, en principio parece que muy pequeño. Tal vez de los que recién comienzan a caminar. Su medio familiar es bastante "normal", el contexto aparentemente no ofrece estímulos que pudieran intranquilizarlo.

Se trata de una vidita anárquica que a pesar de encontrarse con límites por todos lados sigue ardiendo en el paraíso de la acción, a punto de chocar con todo. Se encuentra con obstáculo tras obstáculo y no escucha consejo alguno. No se detiene. Sus padres no dejan de preocuparse por la hostilidad del niño. Tienen cierta inquietud por las relaciones con los vecinos y las consecuencias que pueden acarrearle a la criatura.

"Era un haz de impulsos que se disparaban a la menor incitación. ¿Qué incitaciones sentía? Nada exteriormente le incitaba a la acción. La más perfecta armonía en torno. Calma traspasada de sol. ¿Calma?"... "El caso era que rara vez podía quedarse quieto."

Sin embargo no sólo presenta irrupciones violentas; no está hecho sólo de violencia. Tiene algunos emprendimientos como cortar flores para regalar a sus amiguitas o colocarlas en el florero de su papá. También recrea para sus amigos las imaginaciones con que lo encanta su mamá.

Del mundo empieza a sospechar que no puede adueñarse. Se encuentran acotadas y guardadas las vías de acceso. Todo parece ordenarse para protegerlo, para cuidarlo. Pero resulta que al multiplicarse los límites se hacen más presentes y ocasionan mayor tentación en él.

De pronto, surge una claridad, se abre una luz. Una mañana, puede haber sido cualquier mañana, se insiste en que el niño no está enfermo. La elección del "no" y la insistencia en que no había enfermedad alguna, hace sospechar. Pero esta vez la sospecha acompaña la inquietud materna que tomándole la temperatura se interroga.

"Qué le pasaba a su hijito? Le acariciaba los cabellos y le miraba a los ojos, que él bajaba con cierto pudor reciente... Del desgarramiento interior, así que su mamá se hubo alejado, brotaron lágrimas, sangre pálida del conocimiento, que no refrescaron su rostro como las que le arrancara el dolor físico, sino que lo esculpieron marcando sobre todo la frente y el entrecejo. Adiós alegría turbulenta, e ímpetu desorbitado que quisieron arrollar el mundo... Pisaba en el dominio de los hombres, descubierto de improviso, como a una claridad siniestra, en todo su erizamiento de organizaciones, de egoísmos pequeños y codiciados, sin ninguna gracia, sin ninguna imaginación."

Las imágenes hasta aquí desplegadas intentan una aproximación a un concepto. Como consecuencia de ello no puede entenderse sino dentro de la lógica que fundamenta una teoría.

Si elegí esta vez un recorte de un texto, como en otras oportunidades pude recortar "viñetas clínicas", es para transitar un borde de "lo traumático".

Partir de una primera orilla que se refiere de alguna manera a aquello que "anticipa el malestar" puede enunciarse del siguiente modo: No hay elaboración del trauma, pues si se trata de buscar el corte, éste, nunca va a ser encontrado.

En una carta a Fliess del 21-9-1897 (Carta 69) Freud plantea la convicción de que no existe en el inconsciente indicio alguno de realidad, de tal forma que es imposible distinguir la verdad frente a una ficción investida por el afecto.

La castración es un suceso en la realidad? No. No hay nada en la vida del sujeto que pueda representar la castración.

Si el psicoanálisis se ocupa de lo real no trabaja con la realidad. Toda irrupción de la realidad perturba la experiencia analítica. El mundo realidad ya supone una distancia, una imagen, una diferencia entre la imagen y lo real, una función simbólica, un lenguaje, una experiencia escópica.

Freud rompe con la tradición de la metafísica occidental que ubica el comienzo de la actividad psíquica en una experiencia perceptiva, y considera a esta última como la base de toda elaboración. La percepción es la preeminencia de la actividad visual, lo que sigue es la representación y después vendría el discurso. Así la percepción precedería al lenguaje en la constitución del sujeto.

Sin embargo no trabajamos con la memoria en el psicoanálisis. Si tomamos algo en relación a ella es porque la atención está puesta en el olvido, en la apertura del inconsciente (béance). Sin lenguaje no hay percepción. El lenguaje precede a la percepción. Entre la percepción y el sentido de la percepción hay un salto infinito. Hay una distancia gracias a la cual tenemos función imaginaria. Hay una imagen que me permite contar disparada por una fantasía. Es decir que vemos desde una imagen.

Preguntarnos acerca de la posibilidad de elaboración del "trauma", transitar por los fragmentos de un texto donde ubico un malestar que anticipa un límite que no es contingente, nos arroja a un "dejarse tentar por lo imposible" .Un dejarse tentar por lo imposible cuando no alcanza la representación.

Al partir de un lugar de falta y al argumentar que el inconsciente no tiene contenido; ¿podemos aspirar a alguna verdad?

Si no se trata de esperar que en el discurso del analizado afloren contenidos de representaciones reprimidas, los fantasmas originarios, tampoco se trata de un trabajo sobre el sentido, ni de un trabajo sobre el sin-sentido; ¿Qué se espera?

No se trata de llenar lagunas mnémicas, de conseguir más y alcanzar no se cual ideal .Una verdad es por sí misma indiferente al estado de la situación. La verdad es enteramente subjetiva. El sujeto no preexiste al acontecimiento que declara . Lo que declara no depende de su identidad. Tampoco es requisito que ese sujeto sea de tal o cual clase social, o de tal o cual sexo. Lo real se manifiesta más bien allí donde el sujeto instruye su debilidad, como desecho de todo lugar.

Las implicancias sintomáticas del discurso social imperante

Marta E. Beisim

La huida hacia la realidad

¿Cuál es la posición en que nos encontramos, nosotros los psicoanalistas para poder dar cuenta del tema que se nos propone?

El eco de la propuesta nos vuelve a hacer interrogar acerca de nuestra posición en la medida en que nos encontramos implicados en el síntoma. Sería cuestión de desglosar las consecuencias que el discurso social pudiera eventualmente tener sobre nuestro quehacer.

En el tema que nos ocupa, se desliza también el término "imperante" calificando al discurso social. Dicho término no es innecesario ni obvio, nos remite con toda precisión a la participación del imperio en el estado de cosas que nos afectan.

Deberemos decir más adelante algunas palabras con relación a las características que asume el imperio en el que estamos inmersos.

Por ahora recordemos que el síntoma en sentido psicoanalítico es un hecho de lenguaje.

Pero, podríamos objetar: como también lo es el inconsciente, como también lo es el sujeto definido como parlante... etc.

Para no perdernos en la maraña de conceptos psicoanalíticos pero conservando el rigor que este desarrollo merece diremos que: el síntoma cruza al lenguaje en lo que éste permite capturar de lo singular: el nombre propio.

A nivel del síntoma no podemos contarnos como figuras particulares, individuos pertenecientes a un grupo o una especie, somos singulares, es decir que estamos representados por el nombre que nombra la falta del individuo, del indiviso.

Por otra parte el síntoma anuda un goce que precisamente por ser singular no puede nombrarse como teniendo significación, puesto que la significación no es unívoca.

Es así como para relanzar el deseo inconsciente en nuestra práctica operamos con interpretaciones que se nutren del equívoco.

Se hace necesario mencionar a los fines de hacer consistente este desarrollo que el nombre propio cobra significación sólo cuando entra en vinculación con los ideales a los que está identificado el yo, de otro modo hay que pensarlo en el nivel de lo que es pronunciado. En el registro de la fonación.

El ejemplo típico que ilustra este tema es el de que el nombre propio no se traduce al cambiar de lengua, es decir que no hay que encontrarle otra significación.

El síntoma nos plantea la paradoja implícita en su primitiva significación, aquélla en que Freud lo consideraba como un cuerpo extraño: lo que del cuerpo goza encuentra, por así decir otra sede, otro territorio en el síntoma, se singulariza allí, pero al mismo tiempo lo que es más propio o singular aparece como extraño, deportado, desterritorializado.

Desde un punto de vista analógico podemos decir que el imperio produce en la mayoría de los habitantes del planeta un efecto desterritorializador o, quizá con más fuerza, convendría llamarlo de exclusión.

No estamos cayendo en el error de la fascinación que pueda producir la homofonía de término empleado, creemos que la potencia de dicha analogía se esclarecerá a continuación.

Para abarcar algunas de las características de la situación con la que nos vemos confrontados quienes vivimos en este mundo globalizado, tomaré prestadas algunas de las ideas que aparecen en el trabajo titulado Imperio de Michael Hardt y Antonio Negri.

El trabajo de estos autores es muy extenso y complejo, de modo que mencionaré algunos pocos ejemplos que señalan fenómenos de desterritorialización.

La forma en que se presenta el poder en el mundo de nuestros días, según los autores mencionados, presenta la paradoja de estar a la vez concentrado en una superpotencia que se propone como hegemónica pero a la vez diseminado por el globo de modo que produce un corrimiento y, a veces, una abolición de las fronteras de los Estados-Nación.

No se mantienen las formas de la soberanía que conocíamos hasta no hace mucho y aparece la necesidad de plantearse nuevas formas de legislar los fenómenos que surgen en la postmodernidad debido a que las leyes del derecho internacional ya no son suficientes.

(En este tema, los argentinos tenemos bastante experiencia)

Además, se ha entrado en un nuevo paradigma en lo que hace a la forma que toma el trabajo. Postmodernidad es equivalente a era informática, a revolución tecnológica y también a una industria que aparece subordinada al área creciente de los servicios.

Una de las consecuencias de esta nueva realidad es la del predominio de un tipo de trabajo que hay que considerar como inmaterial. La relación entre el trabajador y su trabajo se desmaterializa en la medida en que pasa a circular en forma predominante por redes de información y símbolos computarizados.

El entramado del mundo globalizado es de tal complejidad que de ninguna manera podría reproducir más que estas breves menciones, pero sus efectos socavan absolutamente lo que hasta el momento era para nosotros, nuestra vida cotidiana.

A lo que apuntan estas citas es a marcar como hilo que recorre las manifestaciones del discurso social imperante el fenómeno de desterritorialización.

Los autores transmiten que la vida de las gentes transcurre en un no-lugar, es atópica. No sólo porque se reproduce en redes de información sino también, porque al borrarse las fronteras, quedan grandes multitudes humanas en lugares que se han disgregado o migran hacia otras zonas en busca de trabajo.

Retomemos la analogía que por vía de la deportación habíamos tratado de establecer con el concepto de síntoma.

Estábamos habituados a señalar la determinación inconsciente como proviniendo de otro lugar, de otra escena que no tenía localización orgánica –es aquella antigua polémica freudiana con las teorías organicistas -.

También dijimos anteriormente que en el síntoma el cuerpo como goce migraba, se desterritorializaba y pasaba a anudarse a un sistema con leyes propias.

Nada mejor que citar las palabras de Freud en Inhibición, Síntoma y Angustia: "*el proceso convertido en síntoma por la represión afirma su existencia fuera de la organización del yo e independientemente de ella. No sólo dicho proceso, sino todas sus ramificaciones gozan de igual privilegio - podríamos decir que del privilegio de extraterritorialidad*"

En el síntoma la extraterritorialidad es considerada también como un privilegio. En la obra citada el de permanecer firme y resistente como ajeno al yo. Reiteramos que de esa forma se sustenta un goce singular, unívoco.

¿Pero, qué ocurre si la atopía no compromete una parte del cuerpo que funciona como goce sino que se plantea como la forma de vida de multitudes que de un modo u otro o con distintos grados de gravedad han sido expulsadas de las redes del discurso social?

Algo ocurre con la idea de singularidad, un deslizamiento que al desterritorializar lo que es más propio que es el nombre en tanto singular se transforma en destierro, destierro que connota toda la intensidad que tenía en el mundo antiguo.

Los griegos le llamaban con una palabra de la que proviene el término ostracismo y tanto para griegos como para romanos era concebido como la máxima pena. En el destierro se pierde, se pierde el patrimonio, la mujer y los hijos, los clientes y los honores que eran los cargos públicos. Hay que recordar que en aquél momento no había diferencia entre las funciones públicas y la dignidad privada, de modo tal que al funcionario se le denominaba: "dignatario".

Como puede apreciarse, se trata de perder todo aquello por lo cual alguien se representa en su singularidad, más precisa y actualmente: aquello por lo cual alguien representa su falta en la singularidad de lo que lo nombra.

Se nos dice que los griegos perdían incluso sus dioses ya que estos pertenecían al hogar y perdían influencia en el destierro. Los hombres estaban condenados a habitar en un mundo sin dioses.

El mundo de la globalización es también una máquina de borrar singularidades dado que en principio el poder tiende a universalizarse y también las marcas que lo representan; se trata de borrar las diferencias entre naciones, comunidades, lenguas y el grado de subordinación de tan vastas zonas del planeta a la hegemonía de una superpotencia configuran dichas regiones como zonas de exclusión.

Pero, ¿acaso el anonimato, la pérdida de la singularidad, no era lo propio de la sociedad de masas ejemplificada en la cinta sin fin de la producción en cadena? ¿No es más atinado formular que ya se encontraba instalado en todo su esplendor en la era industrial? ¿No se ha escrito, reescrito y filmado demasiado en torno a este tema?

En parte la respuesta es afirmativa pero debemos señalar una enorme diferencia: ahora también se puede perder la vida.

No se trata de plantear que antes había menos riesgos de morir aunque quizás eso sea demostrable, se trata de pensar que hay dos formas de perder la vida: una que lleva a la muerte real y otra que lleva a la muerte de la vida singular y presentifica lo que Giorgio Agamben llama "la vida desnuda" que entendemos como la vida anónima, la vida en general.

Es realmente extraño y se hace, sin embargo tan familiar y por ello siniestro, pensar que se puede vivir una vida en general, casi tan extraño como la posibilidad de tener un clon.

Sin embargo, debemos concluir que es este concepto y la pregunta acerca de la vida general y de sus condiciones de reproducción los que, debido al discurso y poder del imperio, han desplazado a la pregunta por las condiciones del goce, es decir, por el síntoma.

Para poder llegar a dar cuenta de las junturas de un tema tan complejo y referirnos en ese plano a la posición de los psicoanalistas, se hace necesario hacer un pequeño recorrido por un trabajo de J. Lacan que apareció en una de las *Letras de la Escuela Freudiana de París*, la N° 18 cuyo tema es entre otras cosas el de la formación de carteles.

Allí Lacan nos dice algo más, algo diferente a todo lo que se ha escrito respecto al principio de realidad y el de placer, pero sobretodo con relación al principio de realidad.

El principio de realidad está identificado allí con el buen sentido y este con la posibilidad de elegir lo menos peligroso. Pero, ¿lo menos peligroso para quién? .La respuesta es: para el conjunto. Tal es así que la afirmación es muy fuerte, tanto que se considera al principio de realidad como un fantasma colectivo, quizás el único.

Por lo tanto, podremos decir que, una de las consecuencias de considerar la ubicación con respecto a elegir lo menos peligroso para el conjunto, lleva a la idea de supervivencia. Pero, ¿qué vida debería sobrevivir?: la que ha sido desterrada de la singularidad, la que podría plantearse más acá del principio del placer. Este, a su vez, está definido como aquél por el cual se obtiene el menor goce posible.

Una de las conclusiones a las que podríamos llegar con este desarrollo es la de que las implicancias del discurso social imperante se plantea, en principio, en sentido inverso al de la producción de síntomas. Si dicho discurso conlleva un peligro y quedó suficientemente demostrado que se trata del destierro de la singularidad hacia las zonas de la vida en general y no del goce singular, hay que pensar la implicación colectiva de dicho discurso en relación con el principio de realidad. En el nivel del síntoma, no hay fantasma colectivo posible.

Formulando esta reflexión de un modo más sencillo diremos que paradójicamente, con lo que nos encontramos en la clínica es con fenómenos de huida *hacia la realidad*.

En el texto anteriormente citado: *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Freud formula su segunda teoría de la angustia en la que ésta, teniendo su sede en el yo opera como señal y con un pequeño monto advierte contra la emergencia de un deseo reprimido que si llegara a la conciencia desencadenaría una verdadera crisis. En el mismo trabajo, y hablando del miedo, nos esclarece con respecto a la diferencia entre el miedo a un peligro externo y a uno interno. Con relación al primero, nos dice que el yo puede instrumentar el mecanismo de fuga para protegerse, como en el caso de huir ante la presencia de un león. Cuando este mecanismo fracasa la sensación es de parálisis o explosión de angustia.

Los pasajes al acto, ataques de pánico, parálisis de la acción por depresiones del ánimo propias de las consultas de la época no se nos plantean como manifestaciones que estén soportadas simbólicamente por la singularidad del síntoma.

Parecerían más bien tomar la forma de padecimientos en los que el miedo colectivo toma cuerpo de modo casi inabarcable. Su modo de entrada en el territorio analítico muestra al comienzo la necesidad de un pronunciamiento renovado más que la de una respuesta a la pregunta por una significación perdida.

Esta huida hacia la realidad como provisoriamente la hemos denominado, implica una huida del deseo y de su problemática.

La posición del analista, proponemos, será la de sostener por un trecho, el que sea necesario, la función de hacerse equivalente a la señal de angustia, la señal que advierte acerca de un peligro que conecta con los deseos reprimidos, dado que el peligro mayor se encuentra en mantener la desconexión que nos lleve a creer que sólo nos regula la realidad y su principio.

Quizá nosotros mismos, los analistas, no estemos lo suficientemente advertidos del peligro que el desconocimiento del inconsciente podría comportar.

Reflexionemos si no en la situación posible, como tantas otras, de un sujeto singular en el que por un deseo de autocastigo, la situación de destierro sea aceptada y gozada al modo de: ¡Hágase su voluntad, la que impera!

Perguntando a Lacan: tem inconsciente nas psicoses?

Sonia Coelho

Durante um longo tempo, acreditei que o conceito de inconsciente não cabia em se tratando de Psicose. Fiz algumas leituras do sem 3, mas falar de inconsciente parecia uma grande loucura. Entretanto, o que eu me perguntava era: se não tem inconsciente, pode-se falar em psicanálise das psicoses? A frase de Freud no estudo do caso Schreber "o inconsciente do psicótico é bom gramático e mau filólogo" ressoava entre as minhas interrogações.

Voltamos a ler o Sem das Psicoses, no Grupo das Psicoses, quando voltou a questão: psicótico tem inconsciente? Dispus-me a pesquisar embora meio desconfiada como quem ia pela contramão dos estudos. Fui e me surpreendi com as afirmações de Lacan, pois logo no início do texto, lição de 15/02/56 pode-se ler: "nosso ponto de partida é o seguinte: o inconsciente está aí nas psicoses. Os analistas o admitem com ou sem razão, e nós admitimos com eles, que em todos os casos é um ponto de partida".

Há 26 referências ao inconsciente no Sem das Psicoses, e algumas delas específicas ao inconsciente nas psicoses, são elas: "à flor da terra, a céu aberto, excluído para o sujeito, sustentado por uma linguagem de alcance reduzido, submetido a uma inércia especial, martirizador do psicótico Se Lacan insistiu que o "inconsciente é estruturado como uma linguagem", também retomou Freud - "o delírio é tentativa de reconstrução".

Na lição de 30/11/55 está escrito: "desde que o sujeito fala, há um Outro com A maiúscula, sem isso não haveria problema na psicose. Os psicóticos seriam máquinas de fala".

Observamos que estamos diante de um discurso que sabemos desarticulados da realidade, mas que tenta reconstruir de forma estranha, no registro do Real, uma parametáfora paterna. O desafio que enfrentamos no cotidiano é lidar com um Real que aparece como lugar de reconstrução.

Há outras forclusões?

Falar em forclusão é dizer que a estrutura é Psicose. É o oposto do recalque. Não teve êxito a operação da metáfora paterna. Mas há outras forclusões?

No sem O sintoma, 16/03/76 Lacan diz que lhe colocaram esta perguntasse havia outras forclusões além da que resulta da forclusão do Nome-do-Pai? Resposta: "é certo que a forclusão tem algo de mais radical, já que o nome do pai é algo, afinal de contas, de leve. Mas é certo que aí pode servir no lugar da forclusão do sentido pela orientação do Real." Tento entender essa Forclusão de sentido.

É no sem R.S.I que aparece mais claro esse conceito de sentido. Na aula de 10/12/74 é Lacan quem pergunta: que história é essa de sentido? Diz que na prática analítica é para reduzir o sentido que se opera. E o sentido é aquilo porque responde algo que é diferente do Simbólico; e esse algo que é diferente do Simbólico, não há meio de suportá-lo senão pelo Imaginário. Diz ainda que também existe um máximo admitido no desvio de sentido, ou seja, o máximo permitido da substituição de um significante por um outro. Embora não tenha ficado claro para mim, em que sentido opera essa orientação do Real, me parece uma referência às neuroses. Trazendo o conceito para a prática clínica, ainda no R.S.I. 16/11/55 Lacan diz: "o sentido não é o que se compreende. O sonho tem um sentido; algo se pode ler nele, mas jamais o sonho fala. A pergunta que cabe ao sonho é: "o que isso quer dizer, dizendo isso"? Aqui fico com mais uma pergunta: reduzir o Gozo nas psicoses. quando surge um objeto para anodá-lo, alcançaria algum sentido?

A forclusão local é tese, defendida por Nasio, em seu livro Os olhos de Laura (pág 78-79) e me pareceu também pouco clara. Transcrevo: "a realidade psíquica, a da castração, é

intolerável porque comporta uma representação particularmente intolerável, entre o conjunto geral das representações, mas todas as outras representações são intoleráveis também?" Nasio diz que os Nomes-do- Pai são múltiplos, locais e factuais como as castrações. E se o acontecimento é o da forclusão, a realidade forma-se diferente das outras, mas não incompatível com elas.

Forclusão defensiva é um termo de M. Safouan e refere-se ao caso do Homem dos Lobos quando alucina ou delira.

Pareceu-me que esses nomes dados às outras formas de forclusão guardam uma relação com a forclusão de sentido anotada por Lacan. São nomes diferentes para o mesmo conceito.

Há um recalco anteriormente... Como é isso?

Que tipo de recalco existe nas psicoses?

Lacan no sem 3 (11/01/56) diz: "no começo das psicoses quando o não simbolizado aparece no Real, há respostas do lado do recalco, mas são inadequadas" Confirma essa questão ao comentar o caso de Schreber e a relação imaginária com os raios divinos, onde Freud fala da existência de uma dupla polaridade e refere-se então ao recalco anteriormente. Gerard Pommier em seu Ensaio sobre A Transferência em Psicanálise quando particulariza as psicoses, faz o mesmo questionamento sobre o movimento do recalco secundário: o sintoma neurótico resulta de um retorno do recalco que procede da sucessão de dois traumatismos: o do recalco primordial e depois do recalco secundário. Nas psicoses só encontramos a metade do segundo traumatismo. Então a tese de Nasio parece repetir Freud e Lacan em relação ao recalco. Neste ponto surge uma grande questão: aprendemos que a estrutura não muda e que onde há recalco, não tem forclusão...Será essa uma tese a ser melhor entendida? Concordamos que nas psicoses há um recalco pela metade, que capenga diante da forclusão? A figura do banquinho de 4 pés em que um capenga citado por Lacan para dizer sobre uma função que não responde quando chamada estará nos mostrando uma certa parcialidade do recalco nas psicoses?

E sujeito, tem nas Psicoses?

Sim, tem sujeito nas psicoses. Representado pelo significante forcluído ou alucinado. Para Lacan o sujeito psicótico "está ali literalmente no discurso alucinatório". Trata-se de um sujeito mais ponto de interrogação, que reage à ausência do significante de forma enigmática, e que vive a despossessão primitiva do significante, através de uma série de identificações conformistas a personagens. Partindo do Caso Schreber, Lacan diz que há uma significação essencial que não remete a nada, mas diz respeito ao sujeito. O sujeito nas psicoses não pode fazer uma mediação simbólica entre o que é novo e ele próprio. Para Isidoro Vegh o sujeito psicótico carece do inconsciente como lógica de incompletude e disto resulta a impossibilidade de articular seu desejo, o que configura um sujeito não desejante.

Chegamos no fantasma. Psicótico tem tudo isso, até fantasma?

Embora Lacan use sempre a palavra fantasmagoria, quando se refere às psicoses no Seminário 3, literalmente define: "partamos da ideia de que um buraco, uma falha, um ponto de ruptura do mundo exterior, está preenchido pela peça agregada que é o fantasma psicótico".

Gerard Pommier, em Luís de la Nada (pág 109 n.1) diz que existe uma diferença substancial entre fantasma neurótico e seu correspondente psicótico: o primeiro corresponde a um desejo estruturado por uma proibição; sua realização o relança de imediato por toda satisfação que engendra; o segundo, ao contrário, quando se realiza, se precipita em um incesto cuja única saída é o negativismo. O delírio se desencadeia justamente ao culminar nas psicoses um "fantasma" que busca realizar-se. O delírio sucede à realização do fantasma. É uma tentativa de reconstrução.

Observa-se até aqui que na psicanálise com psicóticos todos os conceitos que fundamentam a escuta analítica conservam seus nomes, mas estão literalmente modificados. Vamos ver agora a transferência e que pressupostos adotará.

Primeira diferença: o lugar de Suposto Saber não será ocupado pelo analista. A demanda sempre vem por terceiros e o candidato à análise busca ser ouvido em sua certeza delirante, da qual não tem dúvidas. Logo esse semblante de "a" lugar do analista também não vai operar.

Lacan no texto "Uma Questão Preliminar a todo tratamento possível das Psicoses", (pag 580) diz que a relação com o outro como semelhante, e até uma relação tão elevada quanto à da Amizade, no sentido em que Aristóteles faz dela a essência do laço conjugal, são perfeitamente compatíveis com a relação fora-do-eixo com o grande Outro e com tudo que ela comporta de anomalia radical. Outra referência ao amor, agora no Sem 3: para o psicótico uma relação amorosa é possível abolindo-o como sujeito, enquanto ela admite uma heterogeneidade radical do Outro, mas esse amor é um amor morto.

.Resumindo: esse amigo que escuta, é um lugar diferente. Há quem pergunte se ser amigo não será querer o bem do outro. Se o investimento sexual, na amizade, está além do corpo, e direciona-se ao social, é a única via que pode permitir que algo surja e possa fazer nó ali, onde o Gozo reina absoluto....

Sem concluir....

Uma questão retorna agora sem conclusão: diante desses conceitos modificados, pode-se falar de uma técnica psicanalítica?

Eduardo Foulkes em seu livro "El Saber de lo Real" diz que "nossas intervenções nas psicoses jamais poderiam ser consideradas uma técnica psicanalítica, mas guardam indubitavelmente coerência com um princípio metodológico: o Real do gozo do psicótico não se interpreta, não se acede a sua simbolização com o simbólico da palavra, muito ao contrario, é o Real da palavra que o ato psicanalítico presentifica em sua recusa a ser um Outro do Gozo do psicótico. Também não é o lugar do psicanalista puro, pois opera um saber do Real desde que se opõe a ser o Outro do gozo do psicótico, o que nos diferencia também do Psicoterapeuta, embora às vezes sejamos diretivos".

Se nas psicoses há um inconsciente, mesmo que adotemos o que define Isidoro Vegh...Um inconsciente que carece da lógica de incompletude, na nossa prática clínica, esses conhecimentos teóricos, parecem ter como lugar privilegiado, além do manejo da transferência, o de tentar que algo surja para barrar o gozo absoluto que faça buraco nesse Real que comanda sem Lei. Entretanto, na maioria das vezes que enfrentamos esse desafio, não recuando diante das psicoses, temos o sentimento de estar "remando na areia".

Notas

* VII-Jornada Freud-Lacanianana de Psicanálise - Recife Novembro-Dezembro de 2001

Bibliografia

Freud, Sigmund -O caso Schreber. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago editora. Vol. XII, 1969.

Lacan, Jacques. *Escrits*. Editions du Seuil, Paris, 1966.

_____ *Seminário 3 - As Psicoses*. Ed Paidós, 1975-76

_____ *O Sinthoma*. Texto não publicado oficialmente. S/d.

_____ R.S. I. Texto não publicado oficialmente. S/d.

Vegh, Isidoro. *Uma cita com la Psicose*. Homo Sapiens Edicions, 1995

Nasio, J-David. *Os Olhos de Laura*. Artes Médicas, 1991

_____ *A alucinação*. 1997. Ed Zahar

_____ *A psicossomática*. 1993 Ed.Zahar

_____ *Cinco Lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Ed. Zahar, 1991

Pommier, Gerard. *Louis de la Nada - La melancolia de Altusser*. Argentina, Amarrortu Editores, 1998.

Zentner, Oscar. *A escuta Psicanalítica-Efeitos de uma ética*. Publicação do C.E.F-Recife

Julien, Philipe. *As Psicoses*. Companhia das letras, 1997

Experiencias de formación

Génesis de las toxicomanías

Reflexiones a partir de nuestra experiencia

Myriam Katz

"...para quitarme esta pena quiero el consuelo de los locos y ya me está pegando la ansiedad, me voy a seguir metiendo quitapenas para olvidar..."

Canción de Javier Calamaro

(CD.: "Quitapenas", Sony Music, Argentina).

¿Qué queremos decir cuando afirmamos que se puede convertir en adicto aquél que establezca con el objeto una relación adictiva?

¿Cuáles serían los principales factores sociales que inciden en ésta problemática y cómo lo hacen?

INTRODUCCION

Nuestro trabajo surge a partir de la experiencia realizada en el servicio del Hospital Maciel (Hospital Público en Montevideo, Uruguay), dentro del cual estuvimos participando en los comités de recepción del Servicio de Fármaco dependencia que allí funciona.

Si bien nuestro objetivo era el de observar y pensar acerca del rol del psicólogo clínico, nosotros nos propusimos entonces conceptualizar el fenómeno de la transferencia en la consulta psicológica, diferenciándola de la que se da en una situación analítica.

Fue a partir de entonces, en la realización de aquel trabajo que nos planteábamos distintos conceptos que consideramos hoy pertinente recordar.

¿Cómo pensamos el problema de la fármaco dependencia?

En relación a éste tema en la transferencia, sentíamos que se daba una relación adictiva, que se traducía en un vínculo dependiente. Esa dependencia era transferida a nosotros de forma tal que lo vivenciamos como un vínculo adhesivo, pegajoso, y dónde en algunos casos jugamos el "juego del consultante".

Concluíamos entonces que si imaginamos al psicólogo de alguna manera como quien recibe lo que el consultante le comunica (un padecer psíquico), vemos que ésta relación o éste vínculo se puede dar de diferentes maneras.

Quien la va a pautar por un lado va a ser el paciente. Veíamos que en fármaco dependencia, el vínculo que se establecía con el profesional es de "dependiente - suministrador".

Por otro lado, pensábamos que el psicólogo deberá poder manejar éstos vínculos, lográndose a nuestro entender a través de su propio análisis y el manejo de una teoría y una técnica que lo habiliten.

Pero también intentamos definir entonces algunos conceptos para poder pensar acerca de ésta temática.

Drogas: es toda sustancia que introducida en todo organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Nosotros nos referimos a aquellas sustancias que alteran en lo psicológico o afectivo, por lo que sería correcto hablar de drogas psicoactivas.

Uso indebido es: - el consumo que no es legal (cocaína, marihuana).

- - el uso para un propósito diferente de aquél para el que fue elaborado.
- - uso de sustancias que no fueron elaboradas para el consumo (pegamento, nafta, etc.).
- - uso de drogas que si bien son socialmente aceptadas, se hacen en situación de responsabilidad (alcohol y conducción de automóviles).

Consumidor es: aquel que usa el fármaco con la finalidad de obtener un efecto tal que va más allá de la indicación médica del producto.

Fármaco dependencia es: el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por su privación.

Entran en juego varios factores que se relacionan entre sí, como lo son las sustancias, el consumidor, su medio familiar y social y la sociedad donde se desarrolla el consumo, cuando tratamos de ver ésta problemática.

El consumo generalizado de drogas es un síntoma entre otros de la sociedad contemporánea.

Vivimos en una sociedad donde predomina el modelo neoliberal, siendo el individualismo, el éxito personal, la competencia, el consumo desenfrenado los valores que priman. El hombre pasa a ser para éste modelo un sujeto de consumo, quedando su potencialidad de ser protagonista social, negada.

Al decir de los Dres. Artigas Pouy y Juan Triaca "ser" se convierte en sinónimo de "poseer".

Ese objeto al que podemos llamar droga, aplacará las necesidades y colmará los deseos del hombre, evitando la elaboración de la angustia y de esta forma las frustraciones que se le presentan. Por ejemplo, los conflictos propios del adolescente, el desempleo, la falta de recursos económicos.

Múltiples disciplinas deben tenerse en cuenta para tratar el problema del U.I.S.P. debido a la multicausalidad del fenómeno.

Vemos que frente a ésta múltiples disciplinas plantean modelos de abordaje diferentes.

Modelo ético jurídico: el cual a través de una legislación separa drogas lícitas e ilícitas, y su finalidad es alejar a la droga de la población.

Modelo médico sanitario: el que está basado en el enfoque médico, considerando el U.I.S.P. en forma similar a una epidemia. Hace diferencia entre drogas duras y blandas y le preocupa el efecto de la droga sobre el individuo destacando el riesgo en la salud del individuo que abusa.

Modelo socio cultural: éste prioriza el contexto en cuanto a factores culturales y socioeconómicos que favorecen el consumo.

Geopolítico estructural: concibe la producción, el consumo, y el tráfico de drogas como una unidad indivisible e interactuante. Tiene en cuenta también los factores de corrupción y dependencia dándole primordial importancia al fenómeno del narcotráfico y de las economías transnacionales.

Modelo psico-social: considera al individuo como un agente activo pero minimiza el papel de la droga. Se centra en los aspectos psicológicos y afectivos, estudia los valores, actitudes y

comportamientos así como las causas personales, familiares, grupales y motivaciones para el consumo de drogas.

A partir de lo anteriormente expuesto es que consideramos la necesidad de un trabajo interdisciplinario, lo cual implicará un análisis más profundo y comprometido, en un intento conjunto por "resolver" esta problemática.

Desde un abordaje psico-social la droga, sería entonces el síntoma de un conflicto subyacente. Es así que diferentes autores, basados en su experiencia clínica, en su trabajo con adictos, plantean que se puede convertir en adicto aquel que establece con el objeto una relación adictiva.

El adicto busca a través del efecto del fármaco recuperar un vínculo con objetos primitivos (pregenitales) y perdidos que asocia con sensaciones y fantasías relativas a la piel y al aire.

"Del encuentro entre un individuo y una sustancia puede surgir un vínculo que sorprende y fascina a un sujeto el que no obstante, mantiene otros intereses, o uno caracterizado fundamentalmente por la compulsión repetitiva, un hábito y una dolorosa abstinencia que hay que evitar de cualquier modo" (1)

De ésta forma, el objetivo hoy ha variado y consiste en cuestionarnos y reflexionar acerca de los conceptos anteriormente expuestos. A partir de los cuáles nos surgirían dos grandes incógnitas:

¿Qué queremos decir cuándo afirmábamos que "se puede convertir en adicto aquél que establezca con el objeto una relación adictiva"?

En éste punto consideramos conveniente aclarar que en cuánto a las adicciones que se pueden establecer, nosotros nos vamos a referir exclusivamente a las que tienen que ver con drogas (psicoactivas).

¿Cuáles serían los principales factores sociales que inciden en ésta problemática y cómo lo hacen?.

Para esto haremos un recorrido bibliográfico desde distintos autores y desde diferentes enfoques para intentar responder nuestras interrogantes.

Joyce McDougall

Para comenzar con el planteo que ésta autora nos hace en lo que tiene que ver con las adicciones, consideramos necesario exponer lo que ella define es el comportamiento adictivo; el cual sería una solución frente a la intolerancia afectiva. A la vez que nos plantea una diferencia, a nuestro entender muy interesante entre la toxicomanía y la adicción.

Dice que mientras la primera por definición sería *el deseo imperioso de envenenarse*, la segunda o sea la adicción etimológicamente *remite a la condición de esclavo*. Aclarando que evidentemente, un dependiente no intenta volverse esclavo, sino que ese objeto es vivido como bueno (idealizado), al cual se le atribuye el poder de resolver mágicamente las angustias e incluso como ese algo que le daría sentido a la vida.

De esta forma, una vez descubierto el objeto, cada vez que surja una experiencia afectiva desbordante, se sentirá una necesidad imperiosa por recurrir a él.

Nos plantea también que si bien, todos recurrimos a éstos comportamientos, se convierte en síntoma sólo cuando es la única forma con la que contamos para soportar el sufrimiento.

Ahora bien, ¿qué podemos decir de éste objeto adictivo?.

Citando entonces a McDougall pensamos que *"la elección del objeto adictivo muy pocas veces es obra de azar. Casi siempre corresponde exactamente a los períodos particulares del desarrollo del sujeto en cuyo transcurso hubo una falla en la integración de los objetos bienhechores"*(2). Y continúa diciendo que *" la meta de la solución adictiva consiste en crear o reparar esa falla en el universo psíquico interno. Lo que es más, la sustancia, la persona o el acto elegidos adquirirán un sentido de estado ideal que el individuo espera alcanzar con ellos: plenitud, exaltación, poder, nirvana, etc."* (3).

Consideramos que es a partir de éstos conceptos que lograremos intentar contestar nuestra pregunta acerca de **¿cómo se establece un vínculo adictivo?**.

Sabido es, que las primeras relaciones madre – hijo, son decisivas para la estructuración del psiquismo. Winnicott nos habla de preocupación maternal, en estas primeras semanas donde ambos, se encuentran en situación de dependencia.

Por un lado estaría el deseo materno de fundirse con su hijo y por otro lado el niño en esa relación de dependencia total, tiende a conformarse con las expectativas que la madre proyecta sobre él.

Al mismo tiempo que comienza a ir construyéndose una identidad sexual en la estructura psíquica.

"En este encuentro sensual, cada uno es un instrumento de gratificación para el otro"(4).

De esta forma si es investido por su madre el niño logrará desarrollarse y construir una representación (en su mundo interno), una instancia materna cuidadora, protectora que le permitirá contener y manejar los estados de angustia o de desborde afectivo.

Pero también podría ocurrir que la madre, teniendo en cuenta sus angustias y sus deseos (ejemplo: el lugar que ocupa el hijo), se las transmita al niño, podrá provocar una relación adictiva a su presencia. O sea que es la madre quien se encuentra en relación de dependencia con ese bebé.

En éste caso se corre el riesgo de que el niño, no logre construir la representación interna mencionada, de una instancia materna y paterna, por tanto le faltará la capacidad para identificarse con ellas, para poder aliviar por si mismo los estados de tensión.

De ésta forma la autora nos dice que *" la sustancia adictiva son sustitutos de un objeto transicional, no obstante, este objeto representa el inicio de introyección de un ambiente que asume el quehacer materno, pero los objetos de adicción no cumplen esta función, razón por la cual a esos actos y sustancias los he denominado "objetos transitorios" y no "transicionales"* (5).

Pero McDougall nos propone pensar también que en todo comportamiento adictivo habría un intento de confrontarse con esos objetos parentales del pasado.

Para esto nos habla de tres desafíos:

- - Al objeto maternal interno (vivido como ausente o incapaz de brindarle alivio al niño que está dentro del adulto).
- - Al padre interno: cuyo desafío estaría proyectado sobre la sociedad en su conjunto (a través de normas sociales).

- Por último desafío a la muerte, que se mostraría bajo dos formas, por un lado a través de la omnipotencia (la muerte es para otros), por otro lado rendirse ante las pulsiones de muerte (sobredosis).

"El niño desamparado que se oculta en el adulto está entonces persuadido que nunca más padecerá éste sentimiento de abandono, porque la angustia indecible será enseguida yugulada por su acción adictiva.

Además el sujeto tiene la impresión de ejercer un control omnipotente sobre el objeto sustitutivo escogido y piensa que ese "objeto" nunca le faltará" (6).

Alcira Alizade

En su texto, *La Sensualidad Femenina*, nos propone en torno al problema de las toxicomanías, posibles respuestas a nuestra pregunta inicial.

Esta autora para inferir la pasión utiliza entre otras la definición de Aulagnier la cual: *"ubica a la pasión en cuatro registros: el místico, el psicopatológico, el amoroso y el del saber. El objeto de la pasión exhibe de inmediato un carácter de necesario, perentorio. Se genera una suerte de maquinaria psíquica dirigida imperativamente a establecer un contacto psicológico, constante y desmedido con el objeto de la pasión" (7).*

A partir de ésta definición, podríamos pensar que se puede sentir o padecer pasión, también pasión por un objeto inanimado, como por ejemplo un tóxico, el cual se constituirá en un objeto de necesidad.

Pero ¿cuál sería esa suerte de "maquinaria psíquica " para que este vínculo se establezca?.

Para pensar acerca de esto, citemos ahora a Alizade: *"La pasión emerge como un desborde dentro de un vínculo" (8).* Vínculo desmedido, donde podríamos decir que existe un desborde de representaciones afectivas en relación con fantasías que involucren éste vínculo sujeto - objeto.

Siguiendo en esta línea, decimos entonces que la "díada exclusiva de pasión amorosa pide la eternidad, quiere estar fuera de tiempo y del espacio". Pensemos en el efecto del fármaco, que permite el "volar" el evadirse de la realidad.

Pero continúa diciendo... *"La gratificación narcisista hallada se espeja en la fusión diádica primaria" (9).*

También nos dice además que a través de este vínculo, se intentaría elaborar y reparar traumas tempranos *"de una asimetría patológica en el vínculo madre – hijo, donde el objeto primario no respondió al anhelo amoroso del infans y le produjo sufrimiento psíquico" (10).*

Es decir, este vínculo sujeto – objeto va a intentar subsanar traumas que tuvieron su origen en las primeras relaciones madre – hijo.

¿Pero cómo pensaríamos estas desde la propuesta de Alizade?

Para ésta autora, existiría al comienzo un espacio interno, un lugar que una vez consolidado se constituirá en el centro de gravedad que sostenga el aparato psíquico. Ella lo llama: Núcleo de Piedra. El cual *"equipa al sujeto para desplegar un potencial agresivo, la sana ferocidad de una violencia trófica, que no sólo deflexiona el instinto de muerte, sino que también impulsa al sujeto hacia la penetración en los espacios exogámicos" (11).*

Este tendría que ver con la sensación de pertenecerse, de estar en sí, es decir la capacidad de ser, de seguridad interior, de valoración de lo propio. Y nos dice que *"a este se le agregan envolturas narcisistas tróficas, especularizaciones estructurantes, identificaciones" (12).*

Para esto nos plantea como una primera envoltura narcisista el **YO PIEL** (Anzieu).

¿Cómo pensamos esto?.

Debemos para eso comenzar definiendo la pulsión de apego, la cual pensamos opera como la búsqueda de contacto (social y corporal) de una protección física.

Es entonces que a través del contacto del niño con su madre durante el amamantamiento y los cuidados, que el bebé tendrá una tercera experiencia que consiste en la sensación de ser sostenido, abrazado contra el cuerpo de la madre. Estas actividades conducirán al niño a diferenciar un adentro de un afuera (interno – externo), a la vez que adquiere la percepción de la piel como superficie en el marco de una relación aseguradora de apego con ella.

A partir de ésta relación el niño comenzará a tener confianza en su funcionamiento ya que tendrá garantizada la integridad de su envoltura corporal.

"El bebé recibe estos gestos maternos en primer lugar como una excitación, y más adelante como una comunicación. El aprendizaje de la palabra requiere sobre todo el establecimiento prealable de estas comunicaciones pre verbales precoces" (13).

A través del contacto del niño con su madre este recibe envolturas sensoriales que le permitirán ir construyendo su Yo, e ir diferenciando un adentro de un afuera.

De esta forma, si pensamos que toda actividad psíquica se apuntala en una función biológica, en relación a este concepto podemos decir que tiene tres funciones:

- - La piel como holding del psiquismo, del mundo interno.
- - Superficie que marca un adentro de un afuera y lo mantiene en el exterior a la vez que lo protege de las agresiones provenientes de los otros seres u objetos.
- - Un lugar y un medio de intercambio con el otro.

"De este origen epidérmico y propioceptivo, el Yo hereda la doble posibilidad de establecer barreras (que se vuelven mecanismos de defensa psíquicos) y de filtrar los intercambios (con ello, el Superyó y el mundo exterior). La que aporta a nuestro entender, al lactante la base sobre la cual puede manifestarse lo que Luquet llama impulso integrativo del Yo" (14).

Podríamos decir entonces que la piel es la primer envoltura Yo – Piel.

Luego se van a instalar en este intercambio otras envolturas sensoriales y afectivas. Estas pueden ser normales o patológicas.

Volvamos entonces en relación a nuestra temática de las toxicomanías.

Decíamos que una de las características de la pasión era la debilidad narcisista de los sujetos ya que el estar fuera de sí, bajo el dominio del hábito lograría acallar el sufrimiento y reparar encuentros y desencuentros, envolturas y desgarros que tuvieron lugar en esos primeros vínculos. De esta forma podemos pensar que existen envolturas que intoxican, que destruyen y otras que contienen, curan, etc.

También otras veces pueden existir como cáscaras que intentan reemplazar la inexistencia de un núcleo de piedra.

Así podríamos pensar que bajo un carácter compulsivo se puede esconder un "*desamparo primordia*" (15).

A través del análisis, la autora nos muestra cómo es posible disolver éstas envolturas, para lograr la conformación de un núcleo de piedra.

En síntesis: podríamos pensar que tanto para Alizade como para McDougall la génesis de las toxicomanías o de las soluciones adictivas tendrían su origen en las primeras relaciones madre – hijo.

A nuestro entender, en esta propuesta planteada por Alizade las fallas en esos vínculos se podrían visualizar:

- - Por un déficit respecto del núcleo de piedra.
- - Por el no establecimiento de un Yo – Piel como envoltura primaria que le permita introyectar la seguridad, la confianza en sí mismo para poder enfrentarse a posteriores situaciones de angustia.

Hugo Mayer

Este autor nos propone acerca del tema de las adicciones, un planteo diferente, haciendo hincapié en los aspectos socio – culturales que intervienen en dicha patología.

De esta forma comienza planteando que las adicciones constituyen "*un fenómeno complejo, en cuya emergencia intervienen factores biológicos, psicológicos, económicos, políticos y sobre todo factores de un momento cultural muy especial: postmodernismo*" (16).

A través de éste planteo, acordamos con éste autor de que **toda patología surge también como un síntoma social, es decir de un producto cultural del cual somos sujetos.**

Pensamos que vivimos en una sociedad donde el dinero, el poder, el individualismo, el éxito personal, el consumo ilimitado, se han transformado en fines, que han desplazado a los ideales, ocupando su lugar.

Esto genera a nuestro entender una sensación de vacío, que intentará aplacarse con mas consumo.

Este autor nos propone que una de las formas de aplacar ese vacío es el consumo químico; y nos dice: "*se recurre a determinadas sustancias para requerir de manera instantánea la modificación requerida, para aumentar la lucidez, el rendimiento intelectual o sexual, para conciliar el sueño, para bajar unos kilos y en especial para ahuyentar la depresión, los miedos y alcanzar rápidamente el placer*" (17).

El riesgo entonces consistirá en anular esas sensaciones displacenteras a partir de las cuales, nos vemos muchas veces posibilitados a transformar esa realidad en forma creativa, procurando y operando un movimiento de adaptación creativa.

Basándose en Freud, Mayer nos dice en relación a esto que: el sufrimiento amenaza al hombre desde tres lados, desde el cuerpo propio, que no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior y desde los vínculos con otros seres humanos. "*Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro*" (El malestar de la cultura) (18).

Podríamos entonces pensar que las adicciones, se deben "*al incremento de las frustraciones, la angustia y el dolor que generan el último de los tres frentes – el de los vínculos – al tener que enfrentarse el hombre a relaciones desamoradas donde uno no existe para el otro como objeto de amor, sino más bien como complemento o como enemigo según contribuya o se oponga a sus anhelos narcisistas*" (19).

Sintetizando lo puesto hasta ahora, podemos decir que el vivir en esta sociedad postmoderna va a incidir en todos los aspectos de la vida del ser humano.

También sabemos que a lo largo de la vida debemos atravesar situaciones de cambios, pérdidas, de crisis. Pero todavía quedar sin respuesta el **¿por qué de las adicciones en algunos sujetos y no en otros?**.

Aquí vemos que éste autor también se remite para explicarlas a los primeros vínculos madre – hijo.

Para fundamentar esto, nos plantea que *"cuando las pérdidas de las apoyaturas solidarias es demasiado grande las mismas... alimentan una sensación de pánico intolerable frente a la emergencia de lo indiferenciado de un vacío aterrador, de una sobre excitación imposible de ligar, de procesar, recreándose un estado semejante al del desamparo original"* (20).

¿Cómo se daría entonces, para Mayer el desamparo original?

En estos primeros vínculos la madre será el sostén (holding) a la vez que deberá ir liberando al niño de su omnipotencia infantil, de sus fantasías de completud. ¿Cómo?. Introduciendo primero al padre con su propio deseo y *"luego a los educadores y demás autoridades que representan la ley de la cultura con una actitud respetuosa de los mismos"* (21).

Si no lo logra, el niño caerá en un vacío, *"rechazando el proceso de culturalización con sus códigos, normas, valores y la exogamización que el mismo supone"* (22).

Desde su experiencia clínica el autor nos plantea entonces que los trastornos de conducta que se presentan en el niño, luego en la pubertad, pueden asociarse al consumo de drogas.

Nos dice que una de las constantes en su trabajo con adictos es justamente esta falta de límites ya sea porque no los conocen o no los respetan.

"La frustración del límite en cierta medida, es esencial para el desarrollo infantil y este se apoya en las pautas y modelos que los niños toman o se les imponen desde el medio familiar y social...En tal contexto, sin límites apropiados los niños aprenderán a hablar o gesticular y a actuar para conseguir de manera inmediata lo que demandan" (23).

PIERRE ANGEL – SILVIE ANGEL

Estos autores, a nuestro entender nos muestran dos conceptos que son muy importantes también a tener en cuenta, sobre el tema de la drogodependencia.

El primero consiste en cuestionarnos por qué la literatura referida a las jóvenes toxicómanas es escasa, cuáles son las causas, a la vez que proponen mostrar desde la clínica que si existen diferencias entre el hombre y la mujer fármaco dependiente.

En este punto, nos dicen que si bien las estadísticas nos muestran que los que generalmente consultan son varones, estas consultas tienen que ver mayoritariamente con adicción a la heroína. Pero que no pasaría lo mismos por ejemplo con otros tóxicos (lícitos o ilícitos): las anfetaminas, donde aquí la proporción puede invertirse.

Ahora bien, **¿cuáles serían las causas para que no se hable de este tema en lo femenino?**.

Para estos autores, la indiferenciación sexual de los consultantes estaría de acuerdo con lo que sucede a nivel social, lo que ellos denominan *"tendencia unisex viril"* (24).

Ellos plantean de esta forma que si bien se hablaría de una **sociedad unisex**, donde los roles son intercambiables, por ejemplo el papel de padre y la madre, el único modelo es viril *"consideramos que solamente una aproximación multidimensional que integre las adquisiciones recientes de la biología (regulaciones endorfinicas) el análisis de los factores de*

la personalidad y el estudio de las disfunciones familiares, en su contexto socio – cultural, permitiría entender la complejidad de los fenómenos de la fármaco dependencia" (25).

Pero entonces, para ellos **¿cuáles serían las causas de esta patología?**

Nos dicen que estas mujeres se han quedado fijadas a modelos arcaicos del self grandioso y/o a objetos arcaicos y narcisísticamente investidos.

(No ahondaremos acerca de estos conceptos, por entender que han sido desarrollados en páginas anteriores).

Esto a su entender lo podemos comprobar si pensamos por ejemplo en los lugares donde se inyectan (sublingual, pliegue poplíteo). Es decir sería una vuelta al autoerotismo, donde el cuerpo entero puede ser objeto de estimulaciones.

Si continuamos en esta línea podemos pensar que también se daría entonces en estas jóvenes la negación de la diferenciación de sexos, manteniendo el "*fantasma de la bisexualidad*" en su discurso y en sus actos.

Al decir de éstos autores: "*la búsqueda bisexual traduce a la vez un rechazo de la escena primaria y el pánico frente a la castración narcisista. Esta confusión de géneros remite a una desmentida de la doble filiación y mantiene el mito de un genitor único*" (26).

Pero también nos propone que esta negación de la diferenciación de sexos son modos de defensa utilizados por las familias.

"El mito familiar forjado por la cadena de generaciones implica numerosas variaciones sobre este tema. Se niega toda alteridad en el seno de la descendencia, toda separación está prohibida. Cada uno existe solo en el centro del sistema o del subsistema familiar, más que en el campo de la mirada del otro" (27).

Es este el segundo punto que nos pareció interesante destacar, nos referimos a lo que estos autores nos proponen como método de abordaje frente a las toxicomanías: el familiar, brindándonos así otros elementos que nos posibiliten su comprensión.

REFLEXION

"Actividad mental en que el pensamiento se vuelve sobre sí mismo y toma sus propios actos como objeto de conocimiento para establecer nuevas relaciones o sacar conclusiones que sirven de guía para una acción futura" (28).

Podríamos pensar que nuestro trabajo consistió justamente en reflexionar acerca del fármaco dependencia. ¿Por qué? Porque nuestra propuesta fue ésta desde el inicio, es decir a partir de la experiencia que tuvimos, poder volver a cuestionarnos a pensar y profundizar acerca de ésta problemática.

Si bien en este recorrido bibliográfico nos encontramos con diferentes propuestas, también podemos encontrar fundamentalmente dos elementos en común a modo de conclusión: a) distintos autores, tales como Bergeret, McDougall, Mayer, etc. Nos muestran que tanto las toxicomanías, las neo necesidades, o la drogodependencia no se inscriben en ninguna estructura clínica autónoma, sino que serían un síntoma, o una forma de solucionar un conflicto subyacente: defensa frente a un sentimiento de vacío, de abandono, que tendría su origen en las relaciones con el objeto primario.

b) otro de los elementos comunes es la compulsión, ya que estas personas con este funcionamiento psíquico deberán recurrir una y otra vez a su objeto de adicción, cada vez que sobrevenga la angustia intolerable.

Consideramos que es pertinente aquí transcribir un texto de Bergeret, en el cual nos dice que: *" Ningún humano puede romper con su pasado contentarse con operar una negación y aún menos una desmentida: una psicogénesis lograda conlleva una liberación del pasado que solo puede realizarse por la consideración integradora, con un cierto nivel de duelo realizado de todas las antiguas relaciones mantenidas con otros humanos, en particular, por supuesto en el momento de la infancia y de la adolescencia. Si es fácil integrar las experiencias felices, sigue siendo indispensable integrar también los errores y los fracasos relacionales, tanto los que les parecen al individuo de orden subjetivos como los ambientales, o los que sean una mezcla de ambos" (29).*

En lo que respecta a nuestro trabajo, consideramos que logramos plantear y aprehender desde distintas ópticas, elementos que seguramente nos servirán de guía para una acción futura.

NOTAS

- 1 – Pouy, Artigas, Triaca, Juan, DROGAS, Ed. Vintén, Montevideo, 1995.
- 2 - Revista N/a, N° 11, Bs. As., 1998, McDougall, Joyce, Pág. 68.
- 3 - Ibid., pág. 69
- 4 - Ibid., pág. 65
- 5 - Ibid., pág. 66
- 6 – Ibid., pág. 68
- 7 - Alizade, Alcira, M., La sensualidad femenina, Ed. Amorrortu, Bs. As.,1992, pág. 181
- 8 - Ibid., pág. 182
- 9 - Ibid., pág. 183
- (10)- Ibid., pág. 184
- (11)- Ibid., pág. 44
- (12)- Ibid., pág. 42
- (13)- Revista Zona Erógena, Yo Piel de Anzieu, Art. El Cuerpo, Dic. 1995,
pág.20
- (14)- Ibid., pág. 16
- (15)- Alizade, Alcira, M., La sensualidad femenina, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1992, pág. 46
- (16)- Revista N/a, N° 11, Bs. As., 1998, Mayer Hugo, pág. 29
- (17)- Ibid., pág. 29
- (18)- Ibid., pág. 30
- (19)- Ibid., pág. 30

- (20)- Ibid., pág. 31
- (21)- Ibid., pág. 32
- (22)- Ibid., pág. 32
- (23)- Ibid., pág. 33
- (24)- Revista N/a, N° 11, Bs. As., 1998, Angel, Silvie, Angel, Pierre, Pág.123
- (25)- Ibid., pág. 123
- (26)- Ibid., pág. 127
- (27)- Ibid., pág. 127
- (28)- Diccionario Enciclopédico, Ed. Vergara, Barcelona, 1965, Tomo 5.
- (29)- Revista N/a, N° 11, Bs. As., 1998, Bergeret, pág. 41

BIBLIOGRAFIA

- Alizade, Alcira,M., La Sensualidad Femenina, Ed. Amorrortu, Bs. As., 1992.
- Artigas Pouy, Triaca, Juan, Drogas, Ed. Vintén, Montevideo, 1995.
- Diccionario Enciclopédico Vergara, Ed. Vergara, Barcelona, 1965.
- Material recomendado para estudiantes postgrados en Ps. Médica, por la docente grado 3 Dra. Irene Petit, 1998, (libro no editado aún).
- McDougall, Joyce, Teatros del cuerpo, Ed. Julian Yebenes, 1989.
- Revista Zona Erógena, YO – Piel de Anzieu, Art. El Cuerpo, Dic. 1995.
- Revista N/a, N° 11, Adicciones, Bs. As., 1998. Autores Varios.

Sombras y luces en psicoterapia: Aprender del paciente

Mauricio Montoya

"Actualmente me encuentro en la interesante situación de no saber si lo que tengo que decir es algo que se considera obvio y familiar desde hace tiempo o si, por el contrario, se trata de algo nuevo, interesante y embarazoso" 1.

Pretendo exponer algunas ideas en torno a la formación como terapeuta desde la experiencia de práctica clínica en el Consultorio Psicológico Popular (CPP) de la Universidad de San Buenaventura. Por ello es pertinente advertir que si bien el ensayo comporta elementos teóricos de referencia; el objeto fundamental estriba en otra orilla. Una orilla a la que con anhelo deseo algún día arribar. Se trata del relato de un "joven terapeuta"² en su lacónico transitar por las rutas de la psicoterapia, pretendiendo adquirir destrezas y habilidades mediante los métodos técnicos tradicionales y que en un momento histórico de su accionar se interroga lo adquirido en términos de logros y satisfacciones, lo que conlleva a rescatar en el origen de su corriente epistemológica otras formas de aprender quizás más auténticas, veraces y satisfactorias, más allá de los textos, las doctrinas y las técnicas. A parece el paciente, el otro, como unidad de significados, dotado de saberes y con una verdad que decir. Una verdad encapsulada por las estructuras literarias, por los dogmas históricos y porque no, por las sorderas contratransferenciales de algunos.

Se Tratará de suscitar una disertación en torno a dos grandes y controversiales "zonas de sombra" que han acompañado el proceso de aprendizaje como psicoterapeuta bajo las fundas de tal o cual teoría³ en tanto que se han ido develando a largo de este corto período experiencial de práctica en el campo clínico. Una primera zona tiene que ver con los movimientos frenéticos del "principiante"⁴ aferrado a un "corpus teórico" como salvación ante las amenazas "patomórficas"⁵ del consultante con el objeto de salir ileso de la situación. En segundo lugar una necesidad arrogante de parecer competente ante el paciente o ante una comunidad conceptual, afirmándose "como el que sabe la verdad de lo que realmente le sucede al otro". Finalmente se vislumbran a modo de conclusión los caminos luminosos que propongo, tomar ante semejantes sombras.

LA TEORIA COMO DEFENSA.

Aunque no parezca, la teoría además de servir como punto de referencia se sitúa, sobre todo en el principiante, como un modo de defensa contra "un decir" del paciente y más aún cuando éste decir toca el "punto ciego"⁶ del terapeuta. Por su puesto que el efecto se traduce, como es sabido, en la sordera de éste. Cuando la inexperiencia se cubre con "necesidad de hacer y de decir" lo que se logra es anular al otro como realidad externa y sumergirlo en el cauce de la técnica o en el de la teoría. Empero dicho movimiento no es del todo al azar. Para sobrevivir al advenimiento del decir del otro y si ese decir nombra lo innombrable para el terapeuta, lo que se desata es una incansable necesidad de informar al paciente y coparlo de interpretaciones hasta que la deserción aparezca como último y definitivo remedio. En ocasiones el terapeuta se ve angustiado ante la masiva deserción –muy común en el CPP- de sus pacientes, si bien es cierto que los niveles de deserción se producen por las precarias condiciones económicas y sociales de la población que asiste al CPP, también lo es, que una mayoría de ellos son el resultado de una invasión defensiva del terapeuta al consultante que desemboca en la falta de deseo de éste para asistir a sus consultas, como en alguna ocasión mencionaba una paciente "Yo para que iba a volver si es que esa muchacha ni me dejaba hablar...". A mi modo de ver la angustia del terapeuta, no se genera, en este caso, tanto por la deserción de su paciente, como por lo que éste pudo haber tocado, suyo en consulta.

La teoría cumple un papel aliado para el terapeuta, le protege de las amenazas del paciente, como decíamos anteriormente, pero ¿Qué sucede entonces con el paciente? ¿Cómo salvar al terapeuta sin que "muera" el paciente?. La observación de Bion a uno de sus alumnos supervisados quizás nos ayude a construir respuestas: "No podré ayudarlo hoy en su sesión de

mañana. Solo el paciente podrá hacerlo" 7. La teoría utilizada como defensa, atenta contra los descubrimientos dinámicos del paciente, obtura cualquier forma transferencial de vínculo y deteriora el progreso de la cura. Hay quienes opinan lo contrario. Que la técnica o la teoría son los protagonistas de un buen proceso terapéutico y que de ello depende su éxito o su fracaso, como si se tratase de un monólogo en el cual el terapeuta se convierte en productor e intérprete de la situación atenuante del paciente, desconociendo con ello que en psicoterapia se produce un encuentro que supone una relación de dos, en donde uno posee "un medio decir" y el otro posee su equivalente. Yo me pregunto ¿Será la teoría tan segura que pueda suplantar los movimientos de descubrimiento con un paciente hasta arrebatarle el entusiasmo de producir el mismo una interpretación creadora?

NECESIDAD DE PARECER COMPETENTE

En las múltiples sesiones de asesoría que he tenido con mi supervisor de prácticas he podido descubrir que existe una rara necesidad de parecer competente ante el paciente y ante él mismo, que deja de ser rara cuando se interrelaciona con la omnipotencia del terapeuta. "Yo le mostré...", "Yo lo lleve a que..." "Usted me dijo..." etc. Todas estas afirmaciones y seguramente otras más, demuestran una necesidad de parecer competente. Un absurdo deseo de que el otro descubra en mí el "supremo saber". Hay colegas que llegan más allá, al colocar tareas a sus pacientes para que luego éstas sean revisadas, filtradas y aprobadas en la próxima consulta, por ese "excelentísimo saber" sentado del otro lado del escritorio. Dicha necesidad no es más que el acto manifiesto de la imposibilidad de reconocer en el otro, otra verdad, que como mencionábamos, resultaba ser amenazante, desbordante. A un terapeuta de éste estilo - decimos con Florez Beltran-:

"...Le interesa en primer término el contenido de sus convicciones. Le importa mucho más que se le reconozca como verdad de validez universal. Por consiguiente, ha de esforzarse por difundir y reproducir sus opiniones. Cuanto mayor sea el número de los que las aceptan, más seguro y a cubierto se sentirá en ellas." 8

El costo que implica asumirse como el que sabe en consulta, será la inevitable anulación del paciente, en donde este pasará a hacer un concepto más en abstracto, objeto de análisis, depuración e interpretación. Quien por el contrario, asume una actitud expectante, o que considera que aquí no se trata tanto de informar al paciente como de saber esperar el momento oportuno; obtendrá en la interpretación un "valor de progreso" 9 que permitirá ejercer una función co-creadora con el paciente, en donde éste reordenará en su imaginario aquello que en lo real, no le era posible nombrar y que en consecuencia le correspondería a su terapeuta. M. una paciente de 42 años de edad con diagnóstico psiquiátrico de "Esquizofrenia Psico-Afectiva", afirmaba en una escuela de padres lo siguiente. "Existe la mujer más sexi del mundo y yo la conozco, existe el hombre más poderoso de la tierra y yo lo conozco, existe el niño más inteligente del planeta y yo lo conozco, pero yo no conozco que exista el hombre más feliz del universo" para la gran mayoría de los presentes se trataba, sin lugar a dudas de una intervención más de M. "La loca". Para quienes ya la conocíamos en una relación terapéutica, sabíamos que se trataba de una lección de vida. Su decir confronta, cuestiona y advierte un estado mental, diferente, en el cual quizás haya que aplazar el juicio y detenerse en ese pedazo de verdad que le pudiese devolver un elemento integral para su - por momentos - disuadido Yo. El terapeuta sumergido en tal omnipotencia, en vez de facilitar el intercambio, se convierte en una ruptura y se transforma en un agente de separación. Lo que realmente le debiera interesar no es tanto lo que sucede en la cabeza del paciente, como lo que sucede entre éste y él.

A MODO DE CONCLUSIÓN DOS CAMINOS LUMINOSOS PARA TOMAR.

Para quienes la teoría sirve cómo defensa, es necesario advertir que no habrá teoría tan consistente y suficientemente sólida, capaz de mantenerse en el tiempo y entonces no permitir que el "barco se hunda con todo y tripulantes". Será mejor admitir incertidumbres que posibiliten un encuentro más real con el otro, un acercamiento uno a uno despojado de abstracciones, de ideas preconceptuales y en un espacio transferencial adecuado. Lo contrario de optar por la teoría como defensa sería ampliar la lectura contratransferencial y permitirse la

interpretación de la misma en un proceso terapéutico alterno. La teoría sirve como instrumento regulador y de equilibrio entre las resistencias del paciente y los prejuicios del terapeuta, luego entonces adquirir una actitud expectante en donde sea pertinente aplazar el afán técnico de aplicar la teoría, el favorecer un vínculo transferencial cálido y libre de prejuicios, y finalmente el hecho de promover el "decir del otro" como un elemento fundamental para el funcionamiento adecuado del proceso psicoterapéutico; serán alternativas posibles y luces permanentes para la superación de ésta zona de sombra.

El psicoanálisis nos ha enseñado a valorar la experiencia relacional en su dimensión del "desconocimiento" 10, en donde analista y analizado se entrelazan en una situación "libre de prejuicio" que otorga sentido a tal desconocimiento y donde quien crea la interpretación (paciente) como quien la produce o trabaja (analista) tienen mutua relevancia en el camino de la cura. En psicoterapia este principio es homologable. Instalar relaciones de autoridad y supremacía anteponiendo una verdad universal y una necesidad de parecer competente, lo único que logran es bloquear cualquier posibilidad de "hablar de verdad". Encontrarse con el otro en un espacio de mutuo desconocimiento facilita que se instituya un verdadero vínculo. Permitirse con el paciente sorprendentes y alegres descubrimientos, recurrir a un "presunto saber" en vez de un saber universal supremo y posibilitar espacios creativos en consulta en donde la confluencia de saberes enriquezca los escenarios de resolución de conflictos; se me antojan como alternativas luminosas viables ante semejante sombra.

Insisto en que el afán por parecer competentes delante del paciente o de una comunidad académica específica, y el utilizar la teoría como defensa; han llevado a más de uno padecer síntomas delirantes cuyas repercusiones en lo social no favorecen para nada el que hacer de la psicología hoy y por el contrario colocan en entre dicho su misión social. Se requiere de audaces propuestas para beneficio de la psicoterapia, se requiere en la academia de formadores que faciliten a sus supervisados aprender de sus pacientes, se requieren mentes abiertas a otras realidades inscritas en otras lógicas, capaces de reconocer el error como fuente de aprendizaje y al otro como agente co-constructor de un universo de sentidos que denominamos Psicoterapia. ¿Podrá la teoría y el saber supremo suplantar el nutrido contenido de conocimiento que se produce en el contacto humano desprevenido y sencillo?

Gracias.

Este trabajo es el ensayo de acreditación en Psicología en la Universidad de San Buenaventura, Medellín Colombia

FUENTES

Bion, W.R.: Atención e Interpretación. Paidós. Buenos Aires.1979

Florez, Beltran, Hugo.; Bosquejos para el Desarrollo de una Psicología en Colombia. Prensa Creativa. Bogotá. 1985.

Freud. S. La Escisión del Yo en el Proceso de Defensa. Obras Completas. Edición Virtual

Irving H. Paul., Cartas a un Joven Terapeuta. Amorrortu Editores. Buenos Aires 1973

Lacan.J., Seminario, Libro I. Los Escritos Técnicos de Freud. Paidós. Barcelona. 1981.

Mannoni, Maud., La teoría como ficción. Critica Editores.1980.

Mannoni, Maud. De la Pasión del Ser a la Locura de Saber. Paidós. Buenos Aires.1989