

Topía

TABLOIDE

NUEVOS DISPOSITIVOS EN LA CLINICA PSICOANALITICA

\$3

INVIERNO
1998

SUPLEMENTO 8° ANIVERSARIO

La clínica ha cambiado. Debemos agregar que, los psicoanalistas también han cambiado. Las transformaciones que se han producido en la subjetividad implican no sólo nuevas manifestaciones sintomáticas sino también un escuchar diferente del sujeto en análisis. En este sentido nos podemos pre-

La Clínica Psicoanalítica y el Paciente Actual

Clínica de la Heterogeneidad
Mario Buchbinder

Cristales Rotos: La subjetividad atomizada
Alfredo Grande

La Neurosis También Existe
Carlos Brück

Psicosomática y Formas de Abordaje Alternativos
Carlos Caruso

**Edipo Juega al Ta-Te-Tí: Tratamiento
de una familia monoparental**
César Hazaki

**Atención del Paciente Límite: El dispositivo
topicoanalítico**
Enrique Carpintero



guntar ¿Cuál sería el diagnóstico que realizaría un psicoanalista en la actualidad si atiende a una paciente con las características de Dora o Anna O?

Es evidente que nuestra mirada clínica se encuentra con una subjetividad cuyo padecimiento da cuenta de las manifestaciones de la actualidad de nuestra cultura. Pero también con la posibilidad de realizar abordajes terapéuticos que



NOTA DE LOS EDITORES

(de tapa)

han llevado a implementar nuevos dispositivos psicoanalíticos.

Por ello el título de este suplemento: "La clínica psicoanalítica y el paciente actual". Con el término actual queremos señalar que nuestro posicionamiento está determinado por los cambios de paradigmas que se han producido. Es así como los pacientes que atendemos actualizan interrogantes que nos llevan a crear dispositivos que hacen inadecuado seguir sosteniendo la oposición entre análisis versus psicoterapia ya que, nos encontramos con algunas formaciones clínicas en la que la utilización del diván-sillón obturan el deseo inconsciente. Dar a conocer las características que tienen va a permitir acortar la distancia que existe entre lo que hacemos y lo que decimos que hacemos. No va a ser fácil. Es que cuando se escribe acerca de la práctica analítica, muchas veces, se pierde la riqueza de la misma al hacerla pasar por el tamiz de una teoría que funciona como un superyó que responde a diferentes intereses. Su resultado son las fórmulas repetitivas que encierran al psicoanálisis en el "narcisismo de las pequeñas diferencias" que no han permitido realizar el debate que requieren los tiempos actuales. En este sentido se suele decir -entre otras cosas- que un análisis permite la comprensión de los problemas pero no los resuelve con la eficacia que puede tener el actual neopositivismo psicofarmacológico u otras propuestas terapéuticas. Para nosotros un tratamiento psicoanalítico cura. El psicoanálisis no lo entendemos como una cosmovisión del mundo que lo sitúa en un más allá de poder resolver el padecimiento humano y dar cuenta de los importantes desarrollos científicos y tecnológicos que se han producido. Reconocer sus límites implica destacar la especificidad y, por lo tanto, la importancia de escuchar en un tratamiento la dimensión de lo inconsciente constitutivo del ser humano. Este es el debate que queremos comenzar con este suplemento dedicado, exclusivamente, a los problemas que plantea la práctica clínica.

Topía Revista surgió ya hace ocho años para dar cuenta del entrecruzamiento entre psicoanálisis, sociedad y cultura desde una perspectiva pluralista que no confundimos con un pragmatismo en el que vale todo. Esta línea editorial es la que vamos a seguir sosteniendo. De esta forma vamos a encontrar un lugar donde poder reflexionar desde el trabajo clínico la especificidad de nuestra tarea. Un lugar donde diferentes perspectivas teóricas psicoanalíticas puedan debatir acerca de la actualidad de nuestros pacientes. Un lugar donde el psicoanálisis se

encuentre con otros abordajes clínicos y pueda cuestionarse su propia práctica. En definitiva un lugar donde podamos escribir acerca de lo que hacemos para poder intercambiar experiencias. Este es nuestro objetivo con este suplemento cuya periodicidad iremos anunciando en Topía Revista. Comenzar a publicarlo luego de estos ocho años es un nue-

vo desafío producto de nuestro desarrollo. Pero también de la necesidad de nuestros lectores. Sin ellos esta publicación no sería posible y mucho menos el haber logrado el reconocimiento alcanzado.

Enrique Carpintero
César Hazaki
Alejandro Vainer

INDICE

Nota de los Editores	2
Atención del paciente límite: el dispositivo topicoanalítico	3
Edipo juega al Ta-te-tí: tratamiento de una familia monoparental	7
La Neurosis también existe	6
Racionalismo "ma non troppo"	9
Cristales rotos: la subjetividad atomizada	12
Clínica de la heterogeneidad	14

DIRECTOR
Enrique Carpintero
COORD. GENERAL
Alejandro Vainer
COORD. INSTITUCIONAL
César Hazaki
ASES. AREA CORPORAL
Alicia Lipovetzky
ARTE Y DIAGRAMACION
Víctor Macri
CONSEJO DE REDACCION
Gabriela Beker
Sandra Borakievich
Héctor Freire
Alfredo Caeiro
CONSEJO DE ASESORES
Fernando Ulloa
Miguel Vayo
Gilou García Reynoso
Juan Carlos Volnovich
Ricardo Estacolchic
Horacio González
Monika Arredondo
Alfredo Grande
Angel Rodríguez Kauth
(San Luis)
Miguel Angel de Boer
(C. Rivadavia)
DISTRIBUCION
MOTORPSICO
EDITOR RESPONSABLE
TOPIA REVISTA:
Enrique Carpintero
César Hazaki
Alejandro Vainer

Año I Nro. I - Invierno 1998

INFORMACION Y SUSCRIPCIONES
TEL: 802-5434 / 326-4611
Correo electrónico:
topia@psico.net
INTERNET
http://www.psiconet.com/topia
CORRESPONDENCIA
Juan María Gutiérrez 3809 3º A
(1425) Capital Federal

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
Nº 221.999. Las opiniones expresadas en los artículos firmados son responsabilidad de sus autores y no necesariamente coinciden con la de los miembros de la redacción.
Se permite la reproducción total o parcial con la autorización correspondiente.

http://www.psiconet.com/topia

TOPIA EN INTERNET

CONSULTE NUESTRA PAGINA
SUSCRIBASE CON TARJETA DE CREDITO



INSTITUTO DE LA MASCARA

Directores:

Dr. Mario Buchbinder

Lic. Elina Matoso

Uriarte 2322 (1425)

Capital Federal

Buenos Aires

Argentina

TEL/FAX:

775-3135 / 775-5424

E-Mail:

buma@ebar.com

FORMACION 1998

Formación en Temáticas Clínicas

Seminario teórico clínico: fundamentos de la práctica psicoterapéutica desde el psicoanálisis y la poética del desenmascaramiento.

Lecturas y comentarios de textos. Análisis, recursos y miradas: el psicodrama, el trabajo corporal, lo grupal, las prácticas expresivas, creativas y el trabajo de máscaras.

Coordinador: Dr. Mario J. Buchbinder

Formación en Coordinación de Recursos Expresivos

Título: **Coordinador de Recursos Expresivos.** Duración 2 años

Formación en Cuerpo, Grupo, Creatividad, Psicodrama y Máscaras.

Teórico-vivencial. Prácticas Clínicas de Coordinación.

Clases semanales de 3 horas de duración.

Coordinación: Elina Matoso, Lucrecia Riopedre y profesores invitados.

Formación Intensiva para Profesionales

Seminarios mensuales para profesionales del interior y exterior con más de 5 años de experiencia.

Identidad profesional. Máscaras de la profesión. Cuerpo del coordinador. Análisis del proceso grupal.

Teórico-vivencial. 2º viernes de cada mes.

Coordinación: Dr. Mario Buchbinder y Lic. Elina Matoso

Formación Especializada en Psicodrama

Formación básica y especializada, curso teórico-técnico con distintos niveles. Textos de diferentes autores y aportes de la poética del desenmascaramiento, el psicoanálisis y distintas escuelas.

Coordinación: Dr. Mario Buchbinder

CARRERA TERCARIA OFICIAL: COORDINADOR DE TRABAJO CORPORAL

Títulos oficiales de validez nacional R.S.E. 547/97. Duración: 3 años. Título intermedio: Operador de Trabajo Corporal (2 años).

Dirección: Lic. Elina Matoso

CURSOS UNIVERSITARIOS DE ESPECIALIZACION

En convenio con la Universidad Abierta Interamericana; certificados oficiales de especialización en:

Psicodrama

Trabajo corporal

•AREA ASISTENCIAL Psicoterapias - Individual, Grupal, Familiar, Institucional

•AREA CORPORAL Trabajo corporal dramático con máscaras

•SUPERVISIONES individuales / Grupales

•TALLERES Construcción de máscaras / Improvisación / Escritura / Talleres gratuitos

Atención del paciente límite: El dispositivo topicoanalítico

Enrique Carpintero
Psicoanalista

En la actualidad, quienes ejercemos la práctica del psicoanálisis encontramos numerosos problemas que no se presentaban en el pasado. La clínica ha cambiado y los casos son ahora más difíciles. Debido a esto muchos analistas se ven obligados a realizar dispositivos con encuadres novedosos. Establecen reglas necesarias (encuadre) en las que instauran condiciones propicias (dispositivo) para el trabajo de escuchar el inconsciente. De esta manera pueden poner en evidencia modos de funcionamiento de la psique, que difícilmente se movilizarían en un análisis clásico. Es una situación que reabre el debate -siempre presente- sobre la antinomia o complementariedad entre psicoterapia y psicoanálisis.

Es que la práctica del psicoanálisis comenzó a desarrollarse hasta alcanzar una notable expansión -en especial en nuestro país-, a partir de la segunda mitad de este siglo. En esa época las personas acudían al terapeuta para hablar de inquietudes, miedos y padecimientos vinculados con situaciones muy diferentes de las actuales, con lo que el psicoanálisis fue construyendo una identidad cuya imagen estaba representada por un di-

El presente artículo está basado en un capítulo del libro que próximamente editará Topía editorial, REGISTROS DE LO NEGATIVO. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y el dispositivo topicoanalítico.

terapeutas deben atender demandas que no son aquellas a las cuales Freud, al descubrir el lugar que la sexualidad ocupa en la constitución del sujeto, creó el psicoanálisis. Por el contrario, la sexualidad aparece hoy abatida por los efectos de lo negativo. En este sentido, como afirma Pierre Férida, "Lo que en general se denomina psicoterapia en razón de una necesidad de tratamiento a la vez especializado y adaptado no es otra cosa que una cura psicoanalítica complicada ya por el hecho de que el analista debe integrar íparámetros que el paradigma de la neurosis no implica. La cura analítica denominada "clásica" descansa, en efecto, en ese paradigma". De esta manera, denominarse psicoanalista implica modalidades de trabajo muy diferentes, tanto en prácticas como en teorías que las sustentan. Por ello el psicoanálisis se ha fragmentado en varias identida-

plantea la complejidad de atender pacientes límite. Las características de tales pacientes me permite evocar la noción de límites críticos, o sea, los de aquellas situaciones que provocan dilemas y conflictos. Los mismos, aunque sean impuestos a la propia persona, llevan también al terapeuta a preguntarse por el instrumento teórico y clínico con el cual da cuenta de la situación. Entender el límite como frontera y separación conduce a los límites de las conceptualizaciones y de la propia práctica. En este sentido los nuevos dispositivos psicoanalíticos tienen la potencialidad de hacer aparecer esos problemas teóricos y técnicos que necesitan ser trabajados en el campo de la clínica. Lo que voy a desarrollar a continuación tiene como eje la dimensión de la pulsión de muerte y está sustentado en la práctica con pacientes en situaciones de crisis y psicosis. Pensar la pulsión de muerte en psicoanálisis está determinado, en parte, por los cambios en las formas de patología que se presentan en la práctica. A partir de ciertas formaciones del aparato psíquico, la individuación de algunos sujetos se ha podido establecer de manera parcial: un trabajo de constitución primera de lo que denomino espacio-soporte no ha sido posible, o bien ha sido insuficiente. De manera general, puede decirse que lo que no está, lo que falta, lo no dicho, es lo que se trasmite. Para ello deben implementarse nuevos dispositivos psicoanalíticos al trabajar con lo silenciado, lo reprimido y lo negativo. Es así como para aquellos casos que generalmente demandan en una situación de crisis, fue necesario crear un dispositivo tóxico analítico. A continuación describiré algunas de sus características.

Acerca del concepto de crisis
Una definición

des, a consecuencia de lo cual ninguna puede pretender un lugar hegemónico. Respetar estas diferencias va a permitir un debate que lleve a delimitar su especificidad, teniendo en cuenta el paradigma que

ción operativa y, si se quiere, descriptiva de crisis lleva a decir que la misma está presente cuando un individuo o grupo se encuentran en un momento dado en una situación que supera su capacidad de funcionamiento (ésta puede estar referida a instancias psíquicas y/o a integrantes del grupo familiar y/o grupo de trabajo, etc.). Implica un grado de desorganización que dificulta la capacidad de funcionamiento armónico con uno mismo y con los demás. Esto lleva a entender que en un sentido amplio la crisis, si bien incluye sus manifestaciones denominadas agudas, también implica otras modalidades sintomáticas y todas aquellas situaciones que tengan que ver con el sujeto y/o con su grupo de pertenencia.

Me parece interesante enunciar la perspectiva que desarrolla Edgar Morin (1976) cuando esboza una "crisología", poniendo en crisis el concepto de crisis. Aunque el campo de aplicación al que se refiere Morin es el de la sociedad, es posible extender éste a un sujeto capaz de producir una crisis. En este sentido dice: "En efecto, si para concebir la crisis se quiere ir más allá de la idea de perturbación, de prueba, de ruptura de equilibrio es necesario concebir la sociedad como sistema capaz de tener crisis, es decir, plantear tres órdenes de principios, el primero sistémico, el segundo cibernético, el tercero neguentrópico, sin el cual la teoría de la sociedad es insuficiente y la noción de crisis inconcebible".

El concepto de "sistema" lleva a la idea de antagonismo. La interrelación entre los elementos constitutivos de un sistema presupone la existencia de atracciones y fuerzas de repulsión. Así es como la unidad compleja de un sistema genera y reprime simultáneamente un antagonismo. Por ello, las complementariedades sistemáticas son indisolubles de los antagonismos.

El principio "cibernético" enuncia que las retroacciones reguladoras mantienen la estabilidad y la constancia de un sistema. Todo sistema está destinado a perecer; la única posibilidad de luchar contra la desintegración debido al incremento de entropía es utilizar a los antagonistas para mantener la organización. De esta manera el sistema puede automultiplicarse para que la tasa de reproducción supere la de degradación. En el caso de los sistemas vivos, la vida ha integrado de tal manera su propio antagonismo que siempre lleva en sí misma, necesariamente, la muerte.

Con el principio "neguentrópico", Morin plantea que cuanto más rico es el desarrollo de la complejidad de lo vivo más inestable se hace la relación antagonismo y complementariedad, y tanto más genera fenómenos de crisis. Estas crisis llevan a la desorganización, al transformar las diferencias en oposición y las complementariedades en antagonismos.

Desde estos tres principios, Morin establece que "El concepto de crisis es, pues, extremadamente rico; más rico que la idea de perturbación; lleva en sí perturbaciones, desórdenes, desviaciones, antagonismos, pero no solamente esto; estimula en sí las fuerzas de vida y las fuerzas de muerte que se convierten, en ella todavía más que en otro lado, en las dos caras del mismo fenómeno. En la crisis son simultáneamente estimulados los procesos casi "neuróticos" (mágicos,

ván y un profesional. Este último, a través de inteligentes interpretaciones, permitía levantar las represiones. Para algunos esto significaba la defensa de la extraterritorialidad del psicoanálisis, al servicio de una neutralidad que garantizaba su objetividad, mientras que otros realizaban prácticas distintas al modelo clásico. Se decía que éstas eran psicoterapias y, para diferenciarlas de la "pureza" del psicoanálisis, se citaba la famosa frase sobre "el oro y el cobre". Es difícil seguir sosteniendo aún esta posición, ya que los

rituales, mitológicos) y los procesos inventivos y creadores. Todo eso se confunde, se entrecruza, se "entre-combate", se "entre-combina"... Y el desarrollo y el resultado de la crisis, son aleatorios no solamente porque no hay progresión del desorden, sino porque todas estas fuerzas, estos pro-



Atención del paciente límite: El dispositivo topicoanalítico...

cesos, estos fenómenos extremadamente ricos se influyen y destruyen entre sí en el desorden".

En este sentido, Morin entiende la crisis como riesgo y oportunidad: riesgo de regresión y oportunidad de progresión. Para ello la crisis emplea desorganización y reorganización. Toda desorganización acrecentada lleva el riesgo de muerte, pero también la oportunidad de una nueva reorganización. La crisis no necesariamente es evolutiva, ya que puede reabsorberse en un retorno a lo anterior, pero sí lo es potencialmente. Por ello Morin finaliza afirmando en el artículo que aquí se comenta: "En efecto, podemos comprender mejor la intuición marxiana y la intuición freudiana según las cuales la crisis es a la vez un revelador y un operador. Se ve mejor, en efecto, cómo la crisis revela lo que estaba oculto, latente, virtual en el seno de la sociedad (o del individuo). Los antagonismos fundamentales, las rupturas sísmicas subterráneas, el encarrilamiento oculto de las nuevas realidades; y al mismo tiempo la crisis nos ilumina teóricamente sobre la parte sumergida de la organización social, sobre sus capacidades de supervivencia y de transformación.

"Y es en este punto donde la crisis tiene algo de operador. La crisis pone en marcha, aunque no sea más que por un momento, aunque no sea más que en el estado naciente todo lo que puede aportar cambio, transformación, evolución".

Otra perspectiva que creo interesante enunciar es la de René Thom (1976), quien describe la crisis como una perturbación de los mecanismos de regulación de un individuo. Su definición propone que "se halla en crisis todo sujeto cuyo estado, que se manifiesta en un debilitamiento aparentemente inmotivado de sus mecanismos de regulación, es percibido por el propio sujeto como una amenaza a su existencia". Así, toda crisis es vivida subjetivamente como una catástrofe que amenaza la integridad del sujeto. Esta es una amenaza de muerte.

En este sentido -a partir de lo planteado por estos autores- si la subjetividad se constituye en la intersubjetividad, el psicoanálisis, al pensar la crisis en un sujeto, refiere a la ruptura del permanente proceso de estructuración-desestructuración pulsional que constituye la vida. Esta ruptura determina una estasis del interjuego pulsional, cuyo efecto es la emergencia muda de la muerte como pulsión.

Es así como aparece una desorganización del aparato psíquico debida a la efracción de su sistema regulatorio, tomando como modelo la metáfora de la "vesícula protoplasmática".

Esta concepción de la crisis es tributaria de la teoría traumática que Freud elaboró en *Más allá del principio de placer* (1920), de la segunda teoría de la angustia que se encuentra en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), y del relato acerca de la cultura que desarrolla en *El malestar en la cultura* (1930). Es que el recién nacido vive en una situación de desamparo, por lo cual necesita de un otro significativo. Para el adulto el desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia. Es decir en una situación de crisis se vive una situación de desamparo que remite a esas primeras vivencias infantiles en las que se carece de un espacio-soporte de la pulsión de muerte, ya que el mismo depende de un otro significativo.

En toda situación de crisis es posible encontrar una falla del espacio-soporte, soporte en tanto implica soportar la emergencia de lo pulsional, que se va a re-crear a través del dispositivo topicoanalítico. De esta manera, el analista realiza el necesario trabajo de contención al ejercer la función de corte. Lo importante no es que el paciente finalice su crisis a partir de la urgencia del terapeuta y/o de la institución donde trabaja, sino acompañarlo en este proceso para que él mismo encuentre sus propias respuestas.

En esta perspectiva, el trabajo con la transferencia-contratransferencia adquiere nuevos sentidos, ya señalados por Freud. El texto sobre *La negación* (1925) es revelador de lo afirmado anteriormente, pero es en el tercer capítulo de *Más allá del principio de placer* donde es desarrollada esta problemática. Allí se dice que la transferencia está motivada por la compulsión de repetición, y que el Yo la reprime al servicio del placer. De esta forma la transferencia está al servicio de la pulsión de muerte, la cual no crea vínculos ni nuevas relaciones, ya que lleva a un estado de estancamiento. Es decir la transferencia que, por definición, es un vínculo, está al servicio de la pulsión de muerte, que por definición no crea vínculos sino que los destruye.

La transferencia pasa a ser entonces lo resistido y no la resistencia, y el Yo, que se opone a la repetición, reprime la transferencia porque la repetición es para el Yo lo aniquilante y lo destructivo.

En síntesis si la transferencia implica una tendencia a repetir, ya que se encuentra bajo la égida de la pulsión de muerte, lo único que puede hacer el sujeto es oponerse a través de una resistencia a la transferencia, que estaría movilizada por el principio de placer. Sin duda esta concepción implica una nueva perspectiva

en la teoría de la transferencia ya que, clásicamente, una forma de trabajar la cura es hacer consciente lo inconsciente. El analista trabaja con las resistencias, aunque muchas veces el paciente repite lo reprimido. Esta repetición se da dentro de la transferencia, la cual constituye una resistencia. Para Freud, sin embargo lo reprimido no representa resistencia alguna a la cura, ya que tiende a abrirse paso hacia la conciencia. La resistencia del paciente parte del Yo, y la compulsión de repetición debe atribuirse a lo reprimido inconsciente. La resistencia del Yo resulta de evitar el displacer que sería causado si lo reprimido apareciera. El conflicto psíquico se da en tanto lo que es placer en una instancia es displacer en la otra; lo reprimido debe salir por recuerdo o repetición, y esto es resistido por las mismas fuerzas que antes lo reprimieron. Para Freud, sin embargo, existe un hecho nuevo y asombroso que es: "...que la compulsión de repetición devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces".

¿Cuáles son esas vivencias que no dan placer y que nunca dieron satisfacciones? Si se sigue el desarrollo que plantea el texto, puede decirse que, si en todo síntoma neurótico aparece un placer que no pue-

de ser sentido como tal por el Yo, en esta nueva perspectiva se encuentra la repetición de un displacer más radical. Un displacer producto de nuestra condición de seres finitos, un displacer que proviene de esa primera muerte de la cual nacemos y aparece en toda situación de crisis en tanto el Yo-soporte de la pulsión de muerte es atravesado por sus efectos.

De esta manera, van a hallarse dos tipos de repeticiones. En la primera de ellas: A) repite lo reprimido. B) repite en vez de recordar. C) lo reprimido es placer inconsciente. En la segunda: A) repite algo que nunca fue reprimido. B) repite y no puede olvidar. C) repite lo que nunca fue placentero. Si en la primera situación la transferencia es una resistencia, en la segunda es lo resistido. Si en la primera hay un placer que el sujeto no puede vivir como tal, en la segunda se encuentra lo siniestro de la muerte como pulsión.

Es en los sueños traumáticos donde Freud analiza las características de esta última repetición. Estos sueños no sirven a la realización de deseos; obedecen a la necesidad de repetición; se ponen a disposición de un trabajo que se llevó a cabo antes que el impuesto por el principio de placer, trabajo que es más primitivo y que es condición necesaria para instaurar el principio de placer: consiste en ligar psíquicamente el trauma. Así, Freud construye el modelo del aparato

psíquico como una segunda metáfora del cuerpo: la "vesícula protoplasmática".

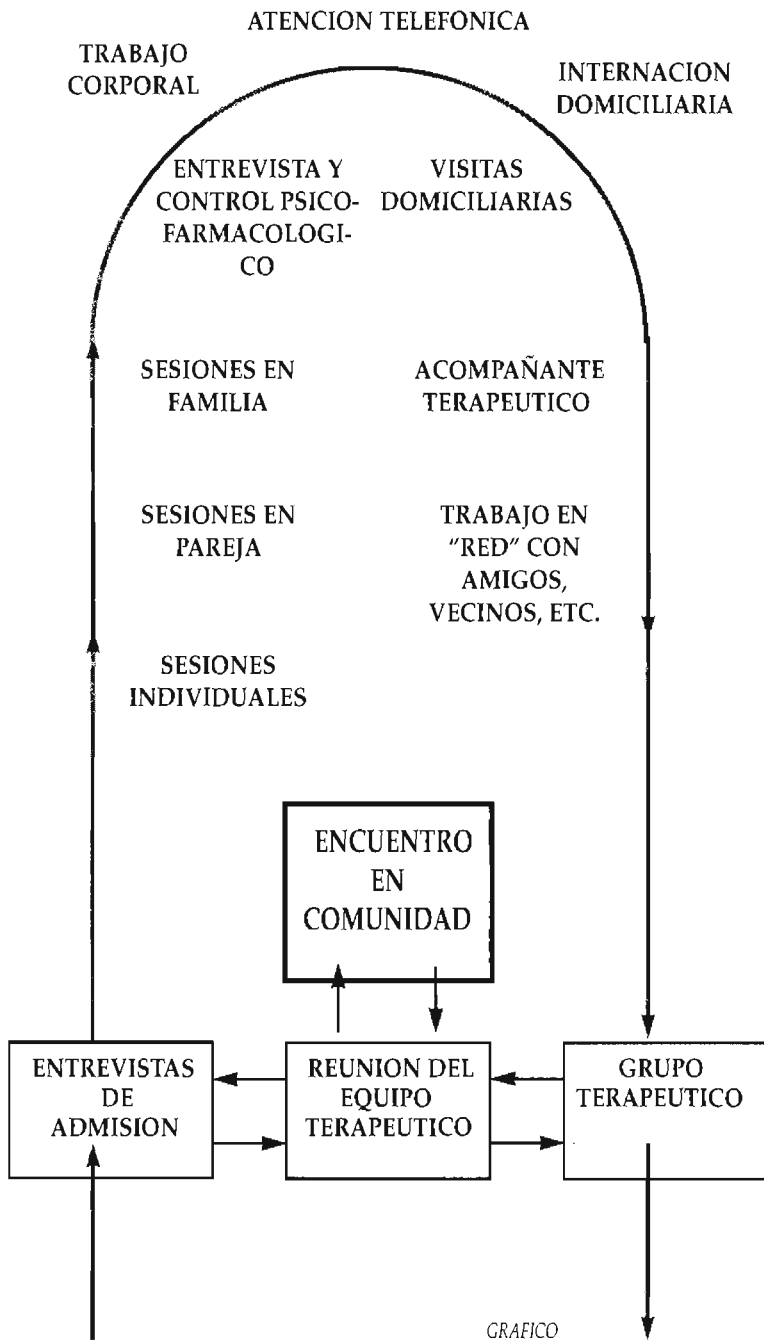
Por ello, la repetición en los sueños de las neurosis traumáticas está al servicio de ligar psíquicamente una excitación destructora del aparato psíquico. Ante la irrupción masiva de excitación, el sistema deberá poner como dique grandes cantidades de energía psíquica que ha acumulado, y de este empobrecimiento de los sistemas resulta una parálisis o una disminución del resto de las funciones animicas. De esta manera, en una situación de crisis no es suficiente la interpretación de lo reprimido, ni trabajar la resistencia. Lo resistido en acto requiere que el terapeuta re-cree un espacio-soporte de la emergencia de lo pulsional para permitir la necesaria ligazón psíquica, ya que en estas situaciones no hay realización de deseos reprimidos. Por más que se interprete, no hay nada reprimido que liberar. Las repeticiones no son actos sintomáticos, es decir, realización simbólica de deseos reprimidos, sino repetición del mismo suceso casi inalterado; sólo se encuentra repetición del mismo material. No existe resistencia del Yo, pues si existiera éste podría realizar una ligazón psíquica. Más que angustia neurótica, aparece angustia automática. El principio de placer no funciona, ya que hay displacer en todas las instancias. **En este sentido, ciertas características de este tipo de pacientes hacen que se sitúen "más allá" de la representación de palabra.** El funcionamiento narcisista aparece aquí como un desprendimiento libidinal, en el cual se encuentra la fuerza de la pulsión de muerte como desligamiento cuya consecuencia es la tendencia a aislarse y la violencia destructiva y autodestructiva.

En estas condiciones, un tratamiento dirigido exclusivamente a la interpretación no tiene eficacia alguna. La palabra es acción, y ésta es una acción terapéutica. No es importante sólo lo que el terapeuta dice, sino también cómo dice lo que dice. La interpretación se construye en acto, y éste puede permitir que el sujeto se encuentre con su deseo para así reconstruir su trama simbólica.

Para pensar un topoanálisis

Las características del dispositivo que describo remiten a la experiencia realizada en el Plan Piloto de Salud Mental y Social (La Boca - Barracas) durante los años 1985-1989 y que luego se continua en el Servicio de Atención para la Salud (SAS).

Este dispositivo que denomino tópicamente analítico está constituido por diferentes espacios por los cuales circula el paciente (Gráfico). El mismo puede tener las modificaciones necesarias según las diferentes intervenciones en crisis (individual, familiar, grupal, institucional, etc.) así como las po-



sil
de
tra
Er
re
tu
de
te
ec
gi
re
m
ci
la
ri
lia
pe
an
D
vi
co
m
la
ra
qu
ec
ce
pe
qu
na
pa
la
ge
ta
pr
te
pa
te
ci
La
le
se
la
te
to
m
bl
to
lia
un
li
ac
te
ci
tra
En
si
ob
1º
cr
du
de
vo
al
jo
fa
2º
bi
Pa
lo
gr
3º
si
ci
ta
U
ta
cc
m
co
m
na
m
un
fe
pa
cu
bl
re
la
qu
D
di
te
lo

sibilidades institucionales o del profesional que realice el tratamiento.

En las **primeras entrevistas** se realiza un diagnóstico estructural, sintomal y situacional del paciente y/o grupo de pertenencia. En la reunión de equipo se elabora una estrategia de trabajo que incluye la relación del sujeto con sí mismo y con su familia, y sus relaciones con la comunidad. En la medida en que sea necesario, se realizan **visitas domiciliarias, acompañamiento terapéutico y trabajo en "red" con amigos, vecinos, etc.**

Durante estas primeras entrevistas se establece un contrato con el paciente y/o grupo familiar, en el que se explicitan las condiciones del trabajo terapéutico. Entre ellas se aclara que se trata de un trabajo de equipo, cuyos miembros conocen la problemática planteada, permitiendo de esta manera que cualquiera de los profesionales que lo integran esté capacitado para intervenir ante la eventualidad de una emergencia en el transcurso del tratamiento. Esto determina un primer acercamiento, por parte del paciente, donde lo grupal aparece como un continente de lo disruptivo de la situación de crisis.

Las circunstancias por las cuales se realiza una internación se dan cuando está en peligro la vida del paciente o de un tercero, y cuando el tratamiento ambulatorio puede determinar un deterioro irreversible de su enfermedad. En estos casos, si la situación familiar lo hace posible, se realiza una internación en el domicilio. En caso contrario, se acuerda con la familia una internación en alguna institución en la que se continúa el tratamiento.

En términos generales, en una situación de crisis se pueden observar tres momentos:

1º) El momento agudo de la crisis, generalmente de breve duración. Aquí se utilizan todos los recursos del dispositivo, donde la medicación está al servicio de permitir el trabajo en las sesiones individuales, familiares y/o en pareja.

2º) Cuando el paciente se estabiliza en la situación de crisis. Para transitar este momento se lo incorpora a un grupo de **trabajo corporal y a sesiones en grupo.**

3º) Alta de la situación de crisis. Luego de la misma, el paciente puede continuar un tratamiento individual.

Uno de los espacios de importancia en el dispositivo lo constituye el **encuentro en comunidad.** Allí se reúnen el conjunto de pacientes y/o familiares, así como los profesionales de la institución. El mismo tiene la característica de un encuentro con los otros-diferentes, que posibilitan compartir experiencias de vida, y cuyos efectos permiten establecer anudamientos transferenciales, luego trabajados en las distintas sesiones por las que circula el paciente.

De esta manera es imprescindible la **reunión del equipo terapéutico** donde se trabajan los nudos transferenciales en

los que se despliega la fantasmática del paciente y las resonancias contrasubtransferenciales que aparecen en los profesionales. Es que el concepto de crisis se constituye en una metáfora de situaciones que ponen al límite las condiciones de analizabilidad de un paciente. Un psicoanálisis de la crisis requiere implementar un dispositivo que permita el encuentro con lo resistido, efecto de la compulsión a la repetición. De esta manera el terapeuta debe tener en cuenta el cuerpo, el movimiento y la relación con el otro, para desde allí realizar interpretaciones en acto e ir elaborando una estrategia terapéutica adecuada a cada momento del tratamiento. Es aquí donde el trabajo de la contrasubtransferencia se hace imprescindible, y la reunión del equipo terapéutico para analizar la misma es uno de los ejes del tratamiento.

La complejidad y cantidad de fenómenos que aparecen hace necesario profundizar -como plantea Pierre Fédida- la comprensión psicológica de las modalidades de acción del analista en la cura. Por ello, Fedida afirma que "Es comprensible, por otro lado, que el interés dedicado por los analistas desde hace más o menos medio siglo a las patologías que antes parecían sustraerse de las indicaciones de analizabilidad haya demandado un cuidado mayor de vigilancia contra-transferencial (por razones de ortodoxia técnica y de responsabilidad ética) así como la esperanza en que la contra-transferencia sirviera de auxilio para extender el psicoanálisis y renovarlo. Desde cierto punto de vista, no sería desacertado pensar que la radicalización que Freud introdujo en la teoría hacia 1924 (refuerzo teórico de la función de lo negativo) no dejó a sus discípulos y continuadores otra opción que poner a prueba el psicoanálisis en una clínica psicopatológica particularmente difícil y buscar en un "dominio" acrecentado sobre el instrumento contra-transferencial la profundización del análisis.

A partir del trabajo en las sesiones individuales -las cuales se constituyen en la dirección del tratamiento- se plantea la necesidad de realizar sesiones en pareja y/o familia, control psicofarmacológico y todos los recursos necesarios con que cuenta el dispositivo. El abordaje pluridisciplinario implica la posibilidad de reflexionar desde diferentes perspectivas. Esto determina que la supervisión de la tarea la realice grupalmente un miembro de la institución. En caso de ser necesario se hacen supervisiones individuales para dar cuenta de determinadas problemáticas específicas, lo que permitirá que el equipo terapéutico constituya su propio espacio-soporte ante la intensidad de una tarea que provoca reacciones contrasubtransferenciales.

De esta manera es importante señalar que no se puede pensar la cura de pacientes sin

analizar el dispositivo en el cual ella se lleva a cabo y, recíprocamente, se debe revisar permanentemente la dinámica del dispositivo en relación a la cura de los pacientes.

Para describir las características del trabajo en el dispositivo utilizaré dos metáforas. La primera refiere al arte del tiro con arco. Esta es una práctica basada en el zen y que se cultiva en el Japón. No entra ninguna utilidad y tampoco está destinada a brindar ningún goce estético; ante todo, trata de armonizar lo consciente con lo inconsciente. Para ser un maestro en el tiro de arco no basta el dominio técnico: se necesita rebasar este aspecto de manera que el dominio se convierta en arte y artificio emanado del inconsciente. El objetivo central no es solamente que el arquero pueda tirar y tomar conciencia de ese tirar perdiendo su propio yo, sino, además lograr que la flecha vaya sola, sin tomar ningún tipo de conciencia. Lo importante es adquirir la conciencia cotidiana, y ésta no consiste en otra cosa que en dormir cuando se tiene sueño, en comer cuando se tiene hambre. Al razonar y formular conceptos, el inconsciente primario se pierde y surge un pensamiento: ya no comemos cuando comemos, ya no dormimos cuando dormimos. Se disparó la flecha, pero no vuela en línea recta hacia el blanco y éste no está en donde debería estar. En este sentido, el dispositivo es un artificio donde paciente y terapeuta se encuentran sin dar cuenta de Ello. Pero Ello actúa y el terapeuta, al realizar el necesario trabajo de sus resonancias contrasubtransferenciales, va a permitir que, quizás, la flecha pueda dar en el blanco. Para ello no hay técnica que lo resuelva.

La segunda metáfora es la holográfica. La holografía es un método de fotografía sin lente en donde el campo de onda de luz esparcido por un objeto se recoge en una placa como patrón de interferencia. Cuando el registro fotográfico -el holograma- se coloca en un haz de luz coherente, como el láser, se regenera el patrón de onda original. Como no hay ninguna lente de enfoque, la placa aparece con un patrón absurdo de remolinos. Cualquier punto del holograma reconstruirá toda la imagen.

El dispositivo funciona a la manera de un holograma, donde cada espacio por el que circula el paciente reproduce la totalidad de su problemática. Por ello se habla de sesiones dentro del dispositivo, ya que el mismo no es una sumatoria de diferentes tratamientos sino que los distintos espacios donde circula el paciente constituyen el tratamiento. En él aparecen los remolinos del imaginario en que está atrapado el paciente, para así adquirir una nueva dimensión al ser atravesados por lo simbólico.

En este sentido se habla de un dispositivo tópico, en tanto

éste define un lugar donde se juega la situación de crisis, pensando este espacio, al decir de Freud, como una proyección del carácter extenso del aparato psíquico. Recuérdese que hablar de espacio-soporte es referirse no sólo a un cuerpo moviéndose en un espacio, sino a un espacio en un cuerpo. Este es el espacio que se fragmenta en una situación de crisis, dejando al yo atrapado por los efectos de la pulsión de muerte. La creación de un dispositivo donde aparecen espacios de lenguaje para tratar una crisis, permite pensar también en lo que denominaré un topoanálisis desde el cual se han podido desarrollar algunos conceptos específicos para conceptualizarlo. Quisiera recordar, finalmente, un antiguo aforismo de Hipócrates: "El tratamiento es en definitiva lo que revela la naturaleza de la enfermedad".

Bibliografía

Carpintero, Enrique "Intervención en crisis: una alternativa participativa". Revista **Psyché**, Buenos Aires, número 20, mayo de 1988.
Carpintero, Enrique; Boyé, Claudio; Grande Alfredo y Volnovich, Juan Carlos "Nuevos Dispositivos Psicoanalíticos". Trabajo preparatorio de las primeras jornadas sobre NDP. **Topía** revista, número 11, Buenos Aires, agosto-octubre de 1994.
Fedida, Pierre "Crisis y contra-transferencia". Amorrortu editores, Buenos Aires, 1995.
Fenoglio, Hector, "Borrador con algunos comentarios sobre la compulsión a la repetición y el Fort-Da" **La pelota**, boletín interno del Servicio de

Atención para la Salud (SAS), número 6, Buenos Aires, julio de 1992.

Freud, Sigmund, Amorrortu editores, obras completas, Buenos Aires, 1979.

Sobre la dinámica de la transferencia, tomo XII.

Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del Psicoanálisis II), tomo XII.

Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica, tomo XVII.

Más allá del principio de placer, tomo XVIII.

El yo y el Ello, tomo XIX.

La negación, tomo XIX.

El malestar en la cultura, tomo XXI.

Freud, Sigmund, *Lo siniestro*. Editorial Homo Sapiens, Buenos Aires, 1982.

Freud, Sigmund y Weiss, Edoard *Correspondencia. Problemas de la práctica psicoanalítica*. Editorial Gedisa, Barcelona, 1979.

Herrigel, Eugen *Zen y el arte de los arqueros japoneses*. Editorial La Madrugada, Buenos Aires, 1959.

Missenard, A; Rosolato, G; Guillaumin, J y otros *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979.

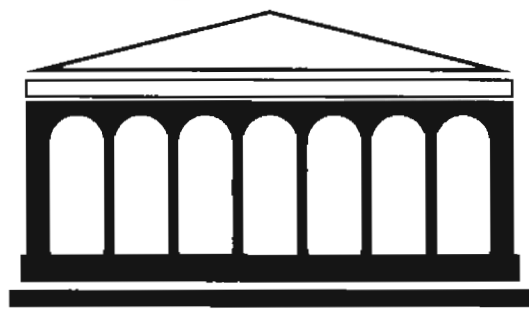
Morin, Edgard, "Para una Crisología" en *El concepto de crisis*. Ediciones Megalópolis, Buenos Aires, 1979.

Neyraut, Michel *La transferencia*. Editorial Corregidor, Buenos Aires, 1976.

Thom, René "Crisis y catástrofe" en *El concepto de crisis*. Ediciones Megalópolis, Buenos Aires, 1979.

Wilker, K; Bohm, D; Pribram, K y otros *El paradigma holográfico. Una exploración en las fronteras de la ciencia*. Editado por Ken Wilbur, editorial Kairos, Barcelona, 1987.

ESBA



GRUPO EDUCATIVO

TOPIA EDITORIAL

COLECCION PSICOANALISIS, SOCIEDAD Y CULTURA
SILBANDO EN LA OSCURIDAD
MUSICA Y PSICOSOMATICA / CARLOS E. CARUSO

PROXIMA APARICION:

REGISTROS DE LO NEGATIVO

EL CUERPO COMO LUGAR DEL INCONSCIENTE,
EL PACIENTE LIMITE Y EL DISPOSITIVO
TOPICOANALITICO / ENRIQUE CARPINTERO

EN DISTRIBUCION:

ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD INFANTIL
ENRIQUE CARPINTERO / CESAR HAZAKI - EDIT. BOOKMAN
LA POETICA DEL TIEMPO
HECTOR FREIRE / EDIT. GRAFFITI

INFORMES Y PEDIDOS: 802-5434 / 551-2250

La Neurosis también Existe

Toda interrogación sobre las condiciones de existencia de la neurosis en nuestra época, hace pasar necesariamente al psicoanálisis por la historia.

Carlos Brück
Psicoanalista

Este entrecruzamiento alude tanto a la historia para la historiografía, que implica la suposición de una cierta ruptura entre el pasado y el presente, como a la historia para el psicoanálisis, en donde la relación se planteará bajo el modo de la repetición, la imbricación, el equívoco y de la equivocación.

Por otra parte, cuando sostenemos este cruce, no lo hacemos para hablar de una sustancia llamada neurosis, sino de una lógica que articula condiciones que determinan entonces una noción; un término nominado como neurosis.

Esto significa -retomando el hilo histórico- tomar en cuenta que lo que Freud trae como descubrimiento no es el inconsciente en sí mismo, sino una cierta lectura de aquél, distinta a la que suponían los románticos que lo consideraban una sustancia profunda. Eso que precisamente llevaría luego a Lacan a formular que en todo caso el inconsciente es menos profundo que inaccesible.

Pero si el descubrimiento freudiano está fundándose, es también porque allí se abre paso una consecuencia, ni anticipable ni prevista, pero sí ubicable en términos de un acto, de una invención: El dispositivo analítico, que al **no todo** (no toda la verdad puede decirse) le agrega el **no siempre**: no siempre se dice lo que se quiere decir. Estableciendo las condiciones que hacen a un sistema de relaciones intrínseco, en donde **eso** habla.

Como en aquella ocasión en que una adolescente planteaba a propósito de una dieta que comenzaba e interrumpía regularmente: "la verdad es que me falta consistencia. No, quiero decir que me falta consistencia..."

Si lo inconsciente no alude a oposiciones binarias tales como superficial/profundo; claro/oscuro; verdadero/falso es porque lo suyo se encuentra a la vista, pero en condiciones particulares de ciframiento que pueden ser redefinidas en términos de **estructura** (está estructurado como un lenguaje) y de estructuras (como la neurosis).

Recorrer estas puntuaciones no nos somete a ninguna pretensión didáctica, sino que pretenden ubicar una cierta disyunción entre la noción de neurosis y lo que podríamos llamar una fenoménica del presente. Lo contrario llevaría a una errónea dependencia y a suponer también que las estructuras clínicas y el psicoanálisis son producto y consecuencia de una cierta moralidad histórica (ignorando de

paso, que pocas épocas han sido tan obscenas y feroces como la victoriana), y que entonces sólo queda su superación, haciéndolo progresar hasta desconocerlo.

Palabra más, sentencia menos es como procedieron -dixit Lacan- los posfreudianos, aquellos que en su afán de mejorar las cosas llevaron la práctica a las condiciones de producción previas al descubrimiento freudiano.

De hablar, ni hablar

Pero no sólo cabe señalar estos modos de "superación", sino como a través de ellos, nuevamente se pone en juego cierto sueño de justicia, propio de un orden que necesita catalogar a ciertos discursos. De manera que puedan ser rápidamente ubicables -y por lo tanto discernibles- en lo que supuestamente demandan: diagnóstico eficaz, intervención rápida, resolución eficiente.

Acompañados por Borges, cabe suponer que nos encontramos ante lo que podríamos llamar un Manual de Nosografía Fantástica, en el que a medida que pasa el tiempo se incluyen nuevos recortes o pegamentos, proponiendo un lenguaje de acción que reúna operativamente lo que pasa y lo que hay que hacer.

Así es como puede anunciarse tanto al TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) como al SAP (Síndrome de Angustia y Pánico).

En cada caso se describe un repertorio de manifestaciones que son tomadas literalmente en su vertiente psicologista y también literalmente son tomadas, agarradas de las solapas hasta reducirlas mediante una cierta inflación del goce imperativo.

No viene mal otra acotación histórica: a tal punto este supuesto Manual, en su pretendido avance se ubicaría en términos retrógrados, que podría asemejarse al que en el Siglo XVIII publicó en Inglaterra Boissier de Sauvages, que refiriéndose a los "Enfermos del amor" establecía distintos agrupamientos psicopatológicos tales como "las anti-patías, nostalgias, ninfomanía, el tarantismo o supuesta picadura de tarántula..."

Sauvages fue contemporáneo

de Cullen, quien acuña el término neurosis que entonces (como el otro término, inconsciente) tampoco es contemporáneo de Freud, que -como anticipáramos- establecería una noción de ruptura con estos modos tradicionales a la vez que posmodernos.

Porque si la noción de neurosis de Freud plantea la cuestión de una estructura en la que se pone en juego una pregunta (sobre el propio sexo en la histeria y sobre la propia existencia en la neurosis obsesiva); podríamos suponer también que en nuestra contemporaneidad, por vía de los repertorios fenoménicos se está produciendo un verdadero desguazamiento de lo que esta noción pone en juego. Y que fundamentalmente alude al sujeto, a lo real que lo causa, a los distintos modos de goce que se producen siendo efectuado y a los malestares en la cultura.

Si anotamos al malestar en plural es porque se hace necesario enfatizar las condiciones actuales del mismo, tomando en cuenta que la repetición no se basa en un principio de identidad.

Así es que aunque el lugar para el malestar no varíe, serán cambiantes las manifestaciones que

en él se ubican.

Manifestaciones novedosas que se presentan -como dirían Roberto Arlt o Jacques Lacan- por prepotencia de trabajo o de goce.

Ubicamos este término **novedoso** en el sentido de noticia, de relato sobre el presente, en el que se imbrica lo que hace a la condición fundante del sujeto humano. Aquello que es, en tanto que por vía del lenguaje asume el exilio de un goce al que no quiere renunciar.

"El hombre no es una criatura tierna y necesitada de amor que sólo osaría defenderse si se le atacara, sino por el contrario, un ser entre cuyas disposiciones, instintivas también debe incluirse una buena porción de agresividad.

Por consiguiente el prójimo no le representa únicamente un posible colaborador y objeto sexual, sino también un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explotar en él su capacidad de trabajo sin retribuirla, para aprovecharlo sexualmente sin su consentimiento, para apoderarse de sus bienes, para humillarlo, para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo. Homo, Hominis, Lupus (...). A mi juicio, el destino de la especie será decidido por la circunstancia de si -y hasta qué punto- el desarrollo cultural logrará hacer frente a las perturbaciones de la vida cotidiana emanadas del instinto de agresión y de autodestrucción..." dice Freud

en El Malestar en la Cultura. Y es aquí donde el maestro con una admirable economía de energías, afirma: "En este sentido, **la época actual**, quizás merezca nuestro particular interés".

Precisamente, retornando al malestar y a su lectura, es que Lacan define a la época actual, a su estatuto contemporáneo, en términos de **aletosfera**, una palabra nueva que reúne a la atmósfera con la verdad (aletheia). Y si la primera hace a la ciencia (la atmósfera está saturada de ondas y frecuen-

cias), la segunda hace al sufrimiento: "la verdad debe decir el sufrimiento que la ciencia no dice".

En nuestra época actual (la aletósfera), el malestar parecería haber dado una vuelta de tuerca de manera que no consiste en la renuncia al goce, sino **en gozar del renunciamiento a este goce**. Por supuesto que esos modos de goce de acuerdo a cómo se tramiten, implican poner en juego lo que el descubrimiento freudiano define en su letra: estructuras clínicas.

La neurosis también existe

En la época actual en la que el problema de la condición humana se repite a través de ciertas novedades, cabe suponer que hay distintas soluciones o recursos desde la Astrología a por ejemplo "en una noche invernal, sacar los pies bajo una manta para sentir mucho frío y procurarse luego otra vez el placer de la tibieza".

Manta, cobija: podríamos pensar a la neurosis como un cobijarse del desamparo propio de la condición humana en tanto que se define desde la falta en ser.

En ese sentido la neurosis **también existe** en el malestar actual como solución, como trama, como tejido que el sujeto intenta ponerse ante el encuentro traumático con aquello del orden pulsional que no puede reducirse ni armonizarse.

Esta paciente que en su fallido, habla de que le falta consistencia, dice alguna noticia acerca de la pasión de la estructura por rellenar el desgarramiento, la inconsistencia.

Si la pasión no siendo en sí, ni buena ni mala, conduce al sujeto, en este caso (y tomo el término "este caso" para decir "nuestra clínica"), el sujeto queda arrastrado hacia un goce que desborda sufrimiento.

Y último pero no único: la neurosis **también existe** en tanto y en cuanto su discurso se produce en el dispositivo analítico. Es allí en donde su existencia insiste en decir lo que puede presentarse con algún semblante de saber: "soy adicto" o quizás "mis padres dicen que me estoy volviendo anoréxica" o también "en la primera consulta que hice me diagnosticaron claustrofobia, agorafobia y depresión".

Es allí, en el dispositivo en donde cada analista podrá retornar a des/cubrir en estos "tiempos que corren" la condición del sujeto de inconsciente y escuchar las voces actuales del padecimiento.



Tratamiento de una Familia Monoparental

En la clínica de lo que denominamos "el paciente actual", las familias monoparentales y las ensambladas son dos modos que se presentan habitualmente hoy.

Las mismas muestran particularidades específicas. La que veremos a continuación se trata de una familia monoparental madre-hijo y las dificultades para discriminarse que ambos padecen.

La situación clínica que voy a relatar pretende transmitir, en primera instancia, un encuentro entre tres personas (niño, madre, terapeuta) donde se despliega la dramática situación que atraviesa esta familia monoparental, compuesta por: Lady (la madre de cuarenta y nueve años) y Héctor (el hijo de diez). Asimismo, mostrar un dispositivo analítico creado para esta situación.

Recibo a Lady, en una tarde particularmente lluviosa y fría, quien se presenta elegante. Pese al temporal, parece venir directamente desde su vestidor. Es muy seria y formal.

Comienza hablar diciendo que el motivo de consulta: "es mi hijo, Héctor de diez años, quien tiene reacciones muy violentas". Para mostrar la gravedad de la situación da el siguiente ejemplo: "días atrás discutí con el niño. Ella se encerró en su habitación y él se enojó muchísimo. A patadas rompió un espejo de la puerta de su dormitorio, mientras tanto la insultaba". "Pienso que si ahora es así, más adelante puede ser mucho peor". "Hago todo lo posible para mejorar la situación", "no sé qué más hacer". Viven solos desde que el padre de Héctor, Marcelo, se fue hace casi ocho años. No sabe, aún hoy, el motivo de la separación. Recuerda, no sin asombro, que Marcelo un día entró a la casa y sin que hubiera ninguna discusión, dijo: "Esto no va más, me separo", y no habló nunca más. Héctor tenía, por entonces, seis meses. Vivieron dos años más juntos porque no podían vender la casa.

"Después aparecía y desaparecía, solían pasar dos, tres meses sin noticias de Marcelo". "Cuando volvía traía grandes regalos para el niño". "Nunca aportó dinero". "Un día le dije que quería que fuese un padre como la gente o que sino desapareciera... no vino nunca más".

Lady sabe que Marcelo se volvió a casar, que tiene un hijo. Marcelo y Lady estuvieron seis meses de novios. Al poco tiempo de irse a vivir juntos quedó embarazada, "tenía muchas ganas de tener un hijo". No se casaron porque Marcelo no había hecho los trámites de divorcio de su casamiento anterior.

Vínculos: Los padres de Lady murieron hace mucho tiempo. Hija única "muy querida y mimada por los dos". No tienen familiares directos, tíos, primos; sí amigos en el club.

Antes de conocerlo a Marcelo, tuvo un novio (Rodolfo) durante ocho años, juntaron todo lo necesario para casarse, durante ese lapso, departamento, vajilla, etc., pero la madre del novio le "hacía la contra" y logró que Rodolfo la dejara.

Lady, actualmente, está en pareja con Alberto. Es una relación que ya cumple cinco años. Alberto vive con su mujer y sus hijos, no tiene relaciones sexuales con su esposa. Alberto "no puede dejar a sus hijos, sobre todo a su hija mujer de quince años".

La mujer de Alberto y sus hijos saben de la relación que mantienen Alberto y Lady.

"Lo ayudé mucho a Alberto... antes era muy obsesivo, rígido. Ahora juega al tenis, hacen vida de club juntos". Los amigos comentan lo bien que está Alberto desde que está con ella.

"Me quiero casar, pero él siempre posterga, no se separa, estoy cansada".

Alberto nunca se quedó a dormir en casa de Lady. Es, para Héctor, un amigo de su madre.

Tratamientos anteriores: hizo seis meses de terapia el año pasado. "Dejé por que no me ayudaba. El problema no soy yo, sino los demás".

"Nunca estuve tan preocupada por la relación con mi hijo como ahora. Es muy violento, me dice cosas que nunca me dijeron y que, por educación, no voy a repetir."

Héctor se pasa todas las noches a su cama. "Tiene miedo. Durante un tiempo me levantaba y lo acompañaba hasta su cama y esperaba que se durmiera". Después no pudo hacerlo más, se agotaba, no rendía en el trabajo al día siguiente.

"Cada noche le explico que necesito dormir, que no tiene que entrar; Héctor igual se pasa. No puedo cerrar la puerta de mi habitación porque se enfurece".

La escuela:

Héctor cursa quinto grado.

Aprendizaje: Héctor tuvo problemas de aprendizaje en el área de matemáticas en tercero y cuarto grado. Con una maestra particular los fue resolviendo. Actualmente anda bien. Lady refuerza los logros escolares con premios en dinero.

Conducta: Desde el comienzo de la escuela primaria se pelea con sus compañeros. Se enoja y se agarra a trompadas. Sobre todo cuando pierde en algún deporte o juego. No puede debatir, pelea.

Socialización: No tiene amigos

César Hazaki
Psicoterapeuta



la manera de entrar sin romper nada.

Propongo hacer una o dos entrevistas con el niño y luego una conjunta, quedaba dentro de mí esa frase de Lady: "El problema no soy yo, son los demás".

Cuando Lady se fue, la lluvia había cesado, el viento frío parecía informar de un crudo invierno por delante.

Entrevista con Héctor: Preparo el encuentro en un espacio diferente, dentro del mismo ámbito, la idea es que después de hablar con Héctor, realice una hora de juego o gráficos.

(1)

Llega con su madre en horario, la primera impresión es la cautela con que

establece el primer contacto, todo lo pide pidiendo permiso, lo pequeño que parece, el poco espacio que necesita para moverse.

Convenimos que le pida dibujos y él los realiza. Por lo tanto iniciamos la entrevista con un test HTP. (Dibujo 1).

Cuando le pido que cuente una historia sobre cada uno de los dibujos la que más me sorprende es la que acompaña el dibujo de la persona. Tímida me pregunta "¿Puedo hablar de mí?" Y comenta mirando atentamente el dibujo: "se trata de un chico que tenía miedo a la noche y se pasaba a la cama de la mamá. Un día fue a la iglesia a contárselo al padre, y el padre le dijo: "te quedarás profundamente dormido hoy, en tu cama. Cuando llegó la noche se acostó y se quedó profundamente dormido y nunca más se pudo despertar".

De la charla posterior Héctor reconoce como un problema el pasarse a la cama de su madre. No sabe por qué lo hace, le parece que es por miedo a que "algo aparezca".

No le contó a nadie su problema, le da vergüenza. Se da cuenta que la trata mal a su madre, pero lo justifica diciendo que "ella lo hace rabiar".

Entrevista conjunta: Se sientan uno al lado del otro, muy próximos. Héctor pone una mano sobre la de su madre, ésta la toma y la coloca entre las suyas.

Lady comienza la entrevista hablando de lo incomoda que se siente cada vez que Héctor se pasa a su cama, mientras habla el niño parece más y más pequeño, en una actitud tímida, se lo observa asustado. La tormenta se desata cuando Lady comenta el episodio donde Héctor agarró la puerta

a patadas. Héctor se enfurece, su cara se pone roja, cambia el tono de voz, se aleja de la madre y repite, una y otra vez, que "sos una mentirosa"... "vos tenés la culpa"... "Te pasás el día diciendo mentiras". No la deja que termine las frases. (Para Héctor su madre ha traicionado, roto el encaje vincular entre ambos, lo puso en evidencia, su rabia por la ruptura del secreto no tiene límite ni consuelo, lo verdadero y lo falso como antiquísima expresión de las ansiedades paranoides).

Lady trata de calmarlo, casi pidiéndole por favor, y contestando una y otra vez que dice la verdad, que no miente.

De la entrevista se desprenden algunas cuestiones: Héctor no se viste solo. Lady sale a las 16 horas del trabajo en Flores y, apresuradamente, toma un taxi para pasar a buscar al niño por la escuela a las 16.30, en Belgrano. La misma queda a cinco cuadras de la casa de ambos. No deja que el niño se dé baños de inmersión por que la pediatra, cuando Héctor tenía dos años, le dijo que estaba contraindicado para "los más pequeños". Lady en sus cuarenta y nueve años nunca pasó una noche sola. Héctor no deja que su madre salga para hacer mandados. El niño no sabe hacer mandados. "Nunca se me ocurrió" dirá la madre. Tampoco sabe ni hacerse una leche fría. Todo se lo sirven.

Permanentemente le reclama cosas a Lady. Si ésta no hace la compra, amenaza con no venir a sesión, o ir a la escuela, a cualquier otro lugar.

Caracterización de la situación: La relación madre - hijo se presenta marcada por contenidos simbióticos; Héctor parece tratar o desea tratar a su madre como una parte de sí. Diría que parece querer fusionarse con ésta. Situación que encuentra apoyo en la madre, por ejemplo, cuando toma la mano del niño entre las suyas.

Lady hace esfuerzos denodados para mantener la dependencia del niño. Ciertos razonamientos y comportamientos de Lady la muestran, por momentos, muy infantil y omnipotente. Siempre acompañada, tal vez niña mimada, es la que no entiende qué sucede al final de los vínculos. Parece no darse cuenta cuáles son los conflictos que las relaciones con los hombres le plantean. Llena esos vacíos con razonamientos proyectivos y simples. "Esto no va más y no habló más". "La madre de mi novio me hizo la contra y no nos casamos".

El padre de Héctor: De los encuentros saco algunas conclusiones sobre el padre ausente. Primero: aunque parezca redundante, su ausencia. En el proceso de divorcio con su mujer abandonó a su hijo. Es decir perdió o no tuvo deseos de ser el padre de este bebé. El retiro de todo tipo de suministros emocionales y alimen-

ticios para Héctor indica la hostilidad con que Marcelo cerró este vínculo matrimonial, sin diferenciar el divorcio vincular con Lady de su propia paternidad. Es decir hizo de la madre y el niño un único "paquete".

El no pelear por Héctor significó más un agravio para la madre, pero lo dejó al niño cargado de angustia por ese rechazo absoluto. No solo no suministró sino dejó un campo minado para el crecimiento del niño, al no poder atravesar las distintas etapas de su desarrollo a su lado, quedó a merced de los deseos regresivos tanto de su madre como propios.

Las descripciones de Lady únicas, por el momento, a pesar de las posibles distorsiones muestran ciertos aspectos adolescentes de Marcelo: "venía con grandes regalos cada dos o tres meses".

Al mismo tiempo la ausencia del padre, afirma la situación especular en que Lady y Héctor se encuentran. Para Héctor un enigma que deberá develar y al mismo tiempo un refuerzo de su temor: ser abandonado también por su madre.

Para Lady la reafirmación de sus dificultades para estar con un hombre.

En este vínculo madre - hijo está centrado tanto el amor como el odio, la vida y la muerte. Una invitación al encierro, a disolver otros intereses e inquietudes. El niño no tiene amigos, la madre corre a buscarlo cada día a la salida del trabajo como si éste estuviera en peligro. Miedos de estar separados. Sentimientos peligrosos, hostiles, por estar de-

masiado cerca. Ansiedades persecutorias que se despliegan una y otra vez (¿qué pasa si llego tarde para retirar a Héctor de la escuela?, Lady). (¿Mamá, estás ahí?, Héctor). Tiempo detenido y congelado. Donde las dificultades con los hombres, de Lady, permiten al niño la ilusión regresiva, al mismo tiempo que reaseguran narcisísticamente a la madre al ser "necesitada imperiosamente" por su hijo varón.

Tratamiento: A los efectos de este artículo, por razones de espacio, muestro los aspectos salientes del tratamiento con el niño.

Decido hacer una entrevista semanal alternando una a solas con el niño, la siguiente con Héctor y Lady.

Objetivo entrevista vincular: apuntar a diferenciar sentimientos, lugares, tiempos y necesidades del niño y de su madre. Parece necesario ubicar la evolución del niño acorde con sus diez años. Salir de ese tiempo detenido y traumático de cuando el niño tenía dos años, por ejemplo la pediatra prohibiendo los baños de inmersión.

Tener presente que la madre, de ninguna manera, aceptará una intervención terapéutica que proponga revisar aspectos propios de la situación familiar. Reconocer y valorar, al mismo tiempo, el intento para salir de la situación. Un interrogante qué pasará con Lady si se remueven duelos y secretos. Otro ¿este acercamiento para romper la situación simbiótica, hasta dónde será permitido?

Estimular las actitudes de la madre que busquen romper



(3)



(2)

con los aspectos simbióticos de la relación. Colaborar, con ambos, en la búsqueda de contextos sociales más amplios: en la escuela, amigos, club, etc.

Intentar otras significaciones conjuntas al abandono paterno. Las figuras masculinas aparecen siempre fragmentadas. Reiteran distintos modos de fracturas, varones que van hacia otro lugar amoroso, ausentes.

Riesgos del terapeuta: ser llevado a ocupar el vacío de autoridad que hay en el sistema. Si esto ocurre el mensaje implícito del terapeuta hablará de la ineficacia de la madre para cumplir su función parental. Buscar la manera de incluir una tercer versión de los hechos que se planteen en las entrevistas.

Objetivo entrevista con Héctor: Un encuentro que le permita al niño realizar en forma simbólica aquello que necesitó y no tuvo. Intentar establecer una elaboración que le permita salir del odio paterno: "se durmió y no despertó nunca más", que facilite un despliegue progresivo a su crecimiento. Alejarse del dormitorio de la madre, del deseo regresivo, simbiótico.

Si el afuera, para Héctor, está lleno de enemigos que le desean lo peor, el adentro se torna terrorífico por la envolvente presencia de la madre y su cama.

Primeros encuentros con Héctor:

Si bien ambas entrevistas se

realizan en el mismo espacio físico (el mismo consultorio), establezco que las mismas se realicen en sitios bien diferenciados y discriminados. La geografía que propongo podemos sintetizarla así: a) en este lugar estamos: mamá, Héctor y César y b) en este otro estamos vos y yo (Héctor y César). El sorprendente material que Héctor realiza en sus dibujos, me deciden en primera instancia a ser "su compañero de juego", es decir: jugar, estimular lo que va realizando, responder sus preguntas. Claro que en principio debería decir que "compañero de juego" es acompañarlo a que despliegue sus fantasías más omnipotentes y violentas. (Dibujos 2/3/4). Sus dibujos de toda la hoja, llenos de puntas filosas, armamento, la cruz esvástica, guerras, violencias, bocas abiertas con enormes dientes, van mostrando, desplegando un mundo lleno de defensas paranoicas, la imposibilidad de inclusión de otro (en este caso yo), los terribles miedos que subyacen a la guerra, me sugieren una y otra vez que lo más importante en esta fase es intentar "entrar en este mundo".

Para ello lo más contra indicado era el apuro transferencial, es decir devolver este material en forma de interpretación fuera de tiempo y forma, con lo cual solo lograría aumentar las defensas y el aislamiento. Es decir que una actitud invasora (o sentida como invasora), puede desmoronar el in-

tento de tratamiento que Héctor lleva adelante. Durante este tiempo cada dibujo le lleva prácticamente toda la sesión. El trazo va acompañado de onomatopeyas de bombas que caen del cielo, el avión que dibuja va acompañado del ruido de sus motores, si el mismo cae alcanzado por una metralla el sonido correspondiente sale de su boca. En suma, dibuja con todo el cuerpo, mejor, se expande todo él en la hoja. Llama la atención verlo tan pequeño y tímido en la silla, tan explosivo y expandido en sus dibujos. Al finalizar me pide que los vaya guardando, lo que entiendo y no le digo como un pedido de contención a sus fantasías más siniestras.

Dos meses después de iniciado el tratamiento: al terminar un dibujo me lo presenta, cosa que anteriormente no sucedía, allí me permito hacer sugerencias sobre el mismo, por ejemplo: "que solo está", "cuanto espacio que ocupa", "no hay lugar para nadie más", "por qué se aisló tan alto", "este lugar parece ser lejos".

A los cuatro meses: Héctor va proponiendo juegos a los que me invita a participar. En una hoja arma laberintos de los que yo debía encontrar la salida. Posteriormente me pide a que le prepare laberintos para que él salga. Luego agrega el tiempo que cada uno tarda en llegar a la salida; el juego me remitía, una y otra vez, a la necesidad del niño para "salir de su laberinto", de encontrar có-



(4)

mo puede producir un movimiento inverso al terror nocturno y de su invariable camino hacia la cama de su madre. Mario Benedetti tal vez diría que ahora "somos mucho más que dos".

Razones masculinas que por la carencia de puntos de referencia paterna Héctor no encuentra. Esa ausencia, cargada de mensajes terroríficos: "te dormirás profundamente... no despertarás nunca más". Otros caminos que los laberintos expresan tan bien, al equivocarse hay que retomar el camino perdido. No asustarse, pero no dejar de buscar la salida.

No puedo dejar de resaltar la energía que ambos poníamos para concluir primero. Jugábamos. En ello incluyo: aprender el juego, emular las mejores estrategias del otro, competir para ganar, disfrutar las invenciones que enriquecían la acción. El perder y ganar como momentos alternados de cualquier juego, es decir, el otro con acciones puede frustrarme, hacer postergar mi deseo. Se gana y se pierde, "el toma todo" que Héctor intenta con su madre es canjeado por el placer del juego y la competencia.

En este momento evalúo que las defensas paranoides han cedido, que el terapeuta ha dejado de ser escudriñado y rígidamente controlado.

A los ocho meses: la hoja es un espacio que se divide ordenadamente para transformarse en un ta-te-ti, que establece las variables del número tres, acomodarse dentro de un triángulo, salir de la relación diádica. Un orden que incluya "las tres fichas" de la problemática edípica. Fichas para alejarse de los terrores nocturnos y de sus deseos regresivos. Es interesante destacar que las fichas de cada equipo son pedazos de papel pintados, producidos por él. Como si Héctor mostrara que el orden lo puede ir construyendo con pocos elementos.

Los juegos reglados hacen su aparición como reafirmando un momento evolutivo. No creemos equivocarnos al ver, en esta secuencia de juego, una reafirmación de la salida de la dualidad vincular y la incorporación de un tercero que permita acompañar en los caminos edípicos.

A los diez meses: Héctor tiene dos amigos en la escuela, los invita a su casa. Vuelve con ellos de la escuela o solo. Entra a su casa con su propia llave, sabe hacerse la leche, prender el gas. Acepta que la madre cierre la puerta de su habitación. Solo cuando está muy angustiado le pide entrar o tiene rabietas.

Tiene curiosidad por saber quién es su padre. Desea verlo, pero no sabe cómo.

Lady se encuentra sumida en un conflicto de pareja que la deprime. Puede quedarse a la salida del trabajo tomando un café con sus compañeras. No accede a comprar todo tan fácil y urgente como Héctor le reclama.

Crónica de un final (¿anunciado?): El salir de la relación dual le permitió a Héctor realizar estas modificaciones. Al mismo tiempo Lady se encontró con resistencias internas tan intensas que impidió continuar el tratamiento. Sin mucha posibilidad para elaborar la situación, el tratamiento fue cortado abruptamente pese al trabajo que en las entrevistas vinculares se realizaba sobre las resistencias de la madre. Resistencias que eran negadas de manera sistemática. Ahora su problema era su relación de pareja, Alberto no tomaba la decisión de separarse.

Los logros de Héctor parecen consistentes pero son parte de un proceso de mayor alcance que su propia madre no puede realizar.

Queda por ver si con los pasos dados durante el año de tratamiento el niño puede seguir "haciendo fichas para resolver el ta-te-ti edípico".

Racionalismo... "ma non troppo"

Psicosomática y formas de abordaje alternativas.

La vieja pulseada entre la razón y la emoción

Desde Descartes hacia aquí, hace más de trescientos años, la cultura occidental ha hecho una apología cada vez mayor de la razón y lo racional, con un alarde que declama sus orígenes en la Grecia clásica, veinticinco siglos atrás.

Las necesidades crecientes de orden y organización social, resultado de la aplicación de los desarrollos de la tecnología en la producción industrial dentro del sistema económico capitalista, así lo exigían. El símbolo está dado por el reloj, que todos los que habitamos esta cultura (y con la "globalización", ya todo el planeta) llevamos ajustado a la muñeca. Todos debemos "sincronizar" nuestras vidas según las necesidades de la producción. Como contrapartida, la actitud de occidente hacia lo emocional ha sido de restricción cada vez más marcada, desconfianza y hasta desprecio. La "flema" inglesa ha sido el paradigma de dicha actitud. El acento está puesto en que cada uno "cumpla con su deber", sobrio y responsable, lo más eficientemente posible. Si luego quiere pasar el fin de semana borracho, o su matrimonio es un desastre, o es muy infeliz, o se enferma, a nadie le importa, siempre y cuando el lunes por la mañana se presente nuevamente a horario, limpio, sobrio, etc. O sea, mientras no interfiera con la producción. O sea, que la vida privada de cada uno es de cada uno mientras la producción no se interrumpa. En caso contrario, ya comienza a tener consecuencias públicas y da lugar a que se tomen medidas que tendrán consecuencias en nuestras vidas privadas (prescindir de nuestros servicios y quedar desempleados, por ejemplo).

En la cultura occidental las emociones deben ser ocultadas, pertenecen a la esfera privada. Mostrarlas es de mal gusto. Lo público es "racional". La basura no se debe ver. Aunque todos sepan que está debajo de la alfombra, arriba debe estar todo ordenado y "limpito". La actitud de nuestra cultura hacia lo irracional es irracional.

El término "sobreadaptación", creado por Liberman, se refiere a eso, a una adaptación sobreexagerada a estas condiciones de vida, ignorando y renunciando a las propias.

Sin embargo, a poco de mirar alrededor, uno se da cuenta enseguida que algo falla. Ha-

"Hay razones que la razón no comprende, son las razones del corazón".

B. Pascal

blar de la racionalidad y su falta en nuestro propio país está vinculado al "mundo del revés", en sus dos acepciones: por todos los contratiempos cotidianos que debemos sortear (reveses) y porque está todo "patas para arriba".

El terrorismo lo usó el Estado, que debía combatirlo. Pagan impuestos más altos los que menos ganan. Los que delinquen son policías. La "revolución productiva" produjo el número más alto de desocupación de toda la historia. El "salariazó" resultó ser el nivel salarial promedio más bajo del siglo. El aumento del PBI va de la mano del aumento de la pobreza y la marginalidad. La deuda externa se duplicó en los últimos ocho años, pese a haber ingresado en el plan Brady y pagado puntualmente: cuanto más se paga más se debe... ¿Y el racionalismo occidental donde está?

Si la mirada se dirige un poco hacia atrás, sobre lo que ocurrió durante este siglo en el mundo, no puede menos que pensarse que occidente es "racional ma non troppo". Dos guerras mundiales (con las atrocidades nazis), el estalinismo, las guerras de liberación anticolonialistas, (con Argelia y Vietnam). Ultimamente la guerra en la ex Yugoslavia. Los actos de terrorismo masivo en Francia (metro de París) y EEUU (atentado a las torres Gemelas en New York y al edificio estatal en Arkansas). Este ligero inventario no incluye al conflicto árabe/israelí, a Japón (gas sarín) y a los países africanos (Somalia, Biafra, Etiopía, etc.) porque no están en Occidente ni pertenecen a su cultura, aunque es casi imposible no involucrar a Occidente en todos esos hechos, ya que ha tenido participación directa o indirecta.

Lo que vemos es que a medida que el desarrollo de la ciencia y la técnica (racionales) fue haciendo posible que cada vez más problemas puedan solucionarse y que la existencia humana sea más plena y agradable, aumentaron, paralelamente, el esfuerzo por vivir, el nivel de crueldad, de violencia, de frustración, y de sufri-

Carlos E. Caruso

Docente de la Facultades de Medicina y Psicología, UBA.

Presidente del Capítulo "Arte y Psiquiatría", de la Asociación de Psiquiatras Argentinos. Miembro de la Asociación Argentina de Musicoterapia. Coordinador docente de la Escuela Argentina de Musicoterapia

mientos.

La utilización de la tan racional ciencia se hizo de una manera tan irracional que se destruyó en forma irreversible parte del planeta, y aún se sigue causando cotidianamente daño ecológico de la manera más irresponsable...¿Y el racionalismo?...

El pretendido racionalismo solo condenó a las emociones humanas a manifestarse de manera aberrante o patológica.

¿Qué tiene que ver todo esto con la psicopatología? Tiene que ver de varias maneras.

Cambia, todo cambia... 2

A lo largo de este siglo que termina "a toda orquesta", la observación clínica y las estadísticas coinciden en que la incidencia del número de casos de neurosis en la población ha descendido en forma simultánea al aumento de los trastornos de la personalidad y, entre ellos, los trastornos psicopatológicos. La relación es directamente proporcional al nivel de inestabilidad e incertidumbre social.

Los trastornos de la personalidad se generan en un estadio del desarrollo psicosexual humano, anterior al período donde se estructuran las neurosis, caracterizado por un mayor grado de inmadurez, y por consiguiente de dependencia, de quienes deben cuidar al infante, fundamentalmente la madre.

Otra característica fundamental de este período es que el lenguaje aún no se constituyó como el medio predominante de comunicación, sino que la misma se realiza en forma corporal, emocional e intuitiva. Cuando, por el motivo que sea, la madre tiene una carencia en esta forma de comunicarse con su bebé, no lo entiende ni se hace entender por él y le exige que responda en un código que aún no está en condiciones de usar.

Lo que ocurrió en la historia de la humanidad se repite en la historia individual de cada ser humano. Lo que termina siendo mental comienza siendo corporal. Se llega al campo de las abstracciones a partir de acciones concretas.

Las representaciones artísticas precedieron casi en treinta mil años al primer mensaje grabado sobre arcilla. Mucho antes de poder hablar se puede sentir, se llora, se ríe, se baila, se canta. Antes de poder escribir se dibuja.

Me detendré en este punto porque es esencial en la com-

preensión de los trastornos psicósomáticos y la posibilidad de abordajes terapéuticos más específicos.

La comunicación humana se fue conformando progresivamente de una manera cada vez más compleja y, como ha sucedido en todos los sistemas que evolucionaron históricamente, las formas precedentes de comunicación no desaparecieron sino que se integraron y se subordinaron a las posteriores.

En los mamíferos, la emoción aparece evolutivamente con la memoria, y no por casualidad ya que ambas tienen que ver con recordar y cuidar a crías que necesitan un tiempo cada vez más largo para alcanzar la madurez e independencia.

En los seres humanos adultos, el lenguaje, **qué** se dice, lo denotativo, las palabras que transmiten conceptos, va acompañado de **cómo** se lo dice, de lo que suele llamarse connotativo y se refiere a los gestos, el énfasis, el tono y volumen de voz, la actitud corporal del que habla. Lo racional incluye y va acompañado de lo emocional. Muchas veces, el sentido de una frase está otorgado por la forma en que se la enuncia. Las palabras son las mismas, solo cambia la forma de decir las, y eso les da el significado.

Una de las características clínicas más llamativas de los pacientes psicósomáticos es, precisamente, esa forma de hablar tan inexpresiva y monótona, donde lo connotativo no existe. No es nada más que la manifestación, en el campo mismo del lenguaje, de la alexitimia, esa dificultad que éstos pacientes tienen para reconocer, expresar y hablar de las emociones.

Desde Hipócrates, los buenos médicos clínicos observaron y supieron que las emociones podían enfermar, pero no tenían manera de explicarlo.

En 1672, Harvey afirmaba que la melancolía y la cólera (hoy las denominaríamos depresión e ira) eran las únicas causas de la tuberculosis.³ El historiador Keith Thomas refiere que para esa época, fin del siglo XVI y durante todo el XVII, en la Inglaterra asolada por la peste se creía que "al hombre feliz la peste no lo toca". En 1845 el cirujano inglés Sir Astley Cooper aseguraba que "la aflicción y el ansia están entre las causas más frecuentes" de cáncer de mama (hoy diríamos la depresión y la ansiedad).

Pero no solo los médicos "desde la ciencia" supieron esto, también "desde el arte" se sabía. En 1920, Franz Kafka le escribía a Milena: "Estoy mentalmente enfermo, la enfermedad de mis pulmones no es más que el desbordamiento de mi enfermedad mental".

Además de la incidencia poblacional de ciertos cuadros patológicos, también han cambiado nuestros conocimientos y lo que antes era inexplicable hoy ya no lo es.

Hoy sabemos que para que aparezca un síntoma en el cuerpo determinado por un factor emocional, el psiquismo

debe recibir un estímulo que sobrepase su capacidad de procesamiento, ya sea porque aún no tiene el grado de madurez y desarrollo necesario (psicosis generadas en la infancia) o porque habiéndolo ya alcanzado no es suficiente para la magnitud de ese estímulo (patologías somáticas que se desarrollan luego de un estrés postraumático).

Sabemos, también, que las emociones actúan sobre el sistema inmunitario, a través del hipotálamo, por medio de estímulos hormonales y nerviosos, influyendo en la capacidad de defensa de nuestro organismo ante las infecciones o el desarrollo de tumores.⁴

El hipotálamo es el nexo entre psique y soma, entre lo racional y lo emocional. Forma parte de la estructura del sistema límbico, que integra y procesa las respuestas emocionales y recibe toda la información proveniente desde la corteza cerebral, vinculada al campo de lo significativo.

Con lo desarrollado hasta aquí ya podemos formularnos la siguiente pregunta...

¿Se puede curar con lo mismo que enferma?

Esta pregunta bien puede hacerse en forma bidireccional: si en los trastornos psicósomáticos la adaptación excesiva de la vida al "racionalismo" y la dificultad en expresar las emociones enferman, ¿los métodos basados fundamentalmente en la forma más racional de comunicación, como el lenguaje, son los más adecuados y efectivos para la cura?

Cualquier terapeuta con experiencia clínica puede responderla, porque ya se ha topado con las dificultades de estos pacientes para poder verbalizar emociones, fantasías o ensueños, para hablar de sí mismos. Ya sabe de esos silencios tensos y prolongados, rotos a menudo con comentarios sobre banalidades, como para "llenar sin decir". Sabe de esos pormenorizados y extensos relatos de todo lo hecho durante el día, que nos provocan un: "¿y?". También sabe de los "abandonos prematuros" y los fracasos.

Pero, si la enfermedad está determinada por un trastorno en el reconocimiento y la expresión de las emociones vinculados a la esencia de sí mismo, ¿no sería más accesible la cura por modos de comunicación no verbal, que los posibiliten de una manera más directa y adecuada? ¿No es esa acaso la función que cumple el arte en nuestra cultura? ¿Es necesario forzar a estos pacientes a que se expresen solo conceptualmente, mediante palabras y considerar que de lo contrario no es posible la cura?

No planteo una posición excluyente, mi intención es encontrar métodos terapéuticos que en lo posible solucionen el problema de estos pacientes y disminuyan su sufrimiento. Por lo tanto, y de manera muy práctica, creo que lo mejor es hablar cuando se pueda, y cuando eso no sea posible



usar formas de comunicación no verbal.

Ya hace un buen tiempo que esta actitud fue adoptada por unos pocos especialistas, algunos de ellos prestigiosos como Peter Kutter, quien afirmó: "Podemos decir ya, ahora, que cualquier forma de expresión de estas emociones, que de lo contrario quedarían ligadas al conflicto básico de la psicosis, es siempre saludable. La tarea consiste, entonces, en encontrar canales socialmente aceptables para estas expresiones".⁵

El arte como forma de conocimiento y expresión

Hay una manera de conocer que no pasa por la conciencia, que no se adquiere siguiendo los pasos de la lógica ni usando los métodos racionales, y que no se comunica por medio de palabras que expresan conceptos. Eso es el arte. Pero ¿qué mejor que los mismos artistas para explicarlo?

Marcelo Piñeyro, el cineasta argentino, explica: "... hay algo que es difícil de explicar: la enorme cuota de irracionalidad y de misterio que tiene, hasta para su propio creador, toda película...uno entiende por qué hizo ciertas cosas y no otras mucho tiempo después de haberlas filmado. Hay mucho de improvisación... (Hay) muchas cosas que uno hace instintivamente en su búsqueda... La creación es mucho más irracional de lo que, co-

múnmente, se supone".⁶

Salman Rushdie, el escritor hindú, opina sobre Italo Calvino como escritor: "...Calvino tiene el poder de ver en los pliegues más profundos de la mente humana y hacer realidad sus sueños. Leyéndolo, uno es constantemente asaltado por la sensación de que Calvino está escribiendo lo que uno siempre supo, sólo que nunca antes lo había pensado".⁷

Por último, la cantante costarricense Chavela Vargas opina así del músico José Alfredo Jiménez: "...era un psicólogo, un filósofo; compuso una canción sin darse cuenta de lo que había hecho".⁸

Esta aprehensión global e inmediata de la realidad es expresada y comunicada a través de imágenes, poemas y sonidos, y lo más sorprendente es que los demás la entienden perfectamente. Eso es el arte. ¿Por qué derrochar semejante posibilidad terapéutica de expresión y comunicación? Creo que haberlo hecho ha sido una más de las "irracionalidades occidentales".

Despreciar un método porque no se ajusta a los requerimientos "científicos" del momento es un lujo que no nos podemos dar cuando está de por medio el sufrimiento humano. Nunca debemos olvidar que los conocimientos científicos son provisorios y se van perfeccionando con el devenir. Recién hoy podemos explicar

de manera científica cosas que ya se "sabían" desde hace siglos. Ya vimos algunos pocos ejemplos.

La música puede curar

La música ha sido utilizada en procedimientos de cura desde los orígenes de la humanidad y en casi todas las culturas que se conocen. En nuestra cultura hay referencias de su aplicación en documentos de los antiguos egipcios y griegos, en la Biblia, etc. Testimonios escritos de distintos períodos medievales también lo atestiguan. Luego de la Revolución Francesa, Pinel funda la psiquiatría moderna: libera de las cadenas a los locos, que dejan de ser considerados seres poseídos por el demonio, de los cuales se encargaban los curas, para pasar a ser enfermos tratados por los médicos. Para su tratamiento Pinel preconiza el trabajo, la pintura y la música. Es el nacimiento simultáneo de la laborterapia, el arteterapia y la musicoterapia. Del otro lado del Atlántico, en EEUU, en un artículo publicado en el *Columbian Magazine* para esa misma época de 1789, se habla de los beneficios que la música produce sobre los estados de ánimo y la salud física de las personas, con un criterio que podemos considerar absolutamente actual.

Sin embargo, es recién en este siglo, y como consecuencia de buscar métodos que pudieran aliviar a los ex soldados luego

de las guerras mundiales, especialmente la segunda, que comienza a difundirse la musicoterapia en Occidente.

En nuestro país, ya a comienzos de siglo, en el Hospicio de la Merced, había bandas musicales formadas con los pacientes con fines terapéuticos.

Pero con un enfoque más actual, se implementó por primera vez en Buenos Aires, con niños y jóvenes víctimas de la última epidemia de poliomielitis en 1956, que quedaron con graves secuelas motoras. Esta tarea la llevó adelante Vida Brenner, una profesora de música que convocó a otros colegas para su realización. El mejoramiento en la rehabilitación y la autoestima de estos pacientes bien valió el esfuerzo.

La primera conferencia que sobre este tema se dio en el aula magna de la Facultad de Medicina en la Universidad de Buenos Aires fue en 1965 y estuvo a cargo del Dr. Rolando Benenzon, creador al año siguiente de la carrera de musicoterapia en la Universidad del Salvador y persistente en su labor de investigador y docente hasta hoy.

En 1994 se abrió la carrera de musicoterapia en la Universidad de Buenos Aires.

La utilización de música con fines terapéuticos de una manera ya más sistemática, fue hecha, en primer lugar, con pacientes que presentaban una dificultad muy grande en su posibilidad de comunicación: autistas, psicóticos, discapacitados motores graves, ciegos, sordomudos. Es comprensible que así haya sido, por la necesidad acuciante de encontrar modos de expresión y comunicación donde éstos estaban muy perturbados o casi no existían.

Quizás una de las mayores dificultades que se presentaron en el tratamiento de los pacientes con trastornos psicósomáticos haya sido su "engañosa" capacidad de comunicarse con la palabra. Estos pacientes hablan perfectamente, pero no pueden hacerlo, o solo con mucha dificultad, de su mundo de fantasía, sus impresiones personales, sus emociones y sentimientos, sus sueños, es decir de todo aquello vinculado a su esencia como personas, a lo que es el sentido íntimo de sus vidas. Eso es lo que está alterado y se manifiesta clínicamente por la alexitimia.

La música, que a través del sonido expresa y comunica emociones, que está presente en la vida de todas las personas con sus variados géneros y estilos, que cualquiera puede "hacer" en cualquier tiempo y lugar, sin ningún otro instrumento que su propio cuerpo, su voz y sus manos, y que todos asociamos a momentos particulares y significativos de nuestras vidas, está ahí, a nuestro alcance como un medio privilegiado de abordaje en los trastornos psicósomáticos.

Es, además, un "canal socialmente aceptable" para la expresión de emociones, que es "siempre saludable", como dijo P. Kutter. Y en esto coincide

con la definición que de la musicoterapia da Benenzon: "La musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano, para la utilización del movimiento, el sonido y la música en la apertura de canales de comunicación en busca de efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el ser humano y la sociedad". Agrega, además que "la musicoterapia es un proceso relacional e histórico, en un contexto no-verbal, que ocurre entre el terapeuta y su paciente, grupo de pacientes o de personas".⁹

La música es una vía regia hacia las emociones y sentimientos, de la misma manera que Freud consideraba a los sueños para acceder al inconsciente. Pero la música no es terapéutica en sí misma, la música se transforma en terapéutica en medio de un contexto terapéutico y utilizada con técnicas adecuadas. Aquí juega la relación transferencial como en cualquier tipo de terapia, y no se puede dejar de tomar en cuenta.

De lo que antecede podría deducirse que con la música, entonces, ya podríamos resolver todo el problema y de una manera maravillosa además, pero varios son los motivos para que no sea así.

La musicoterapia en los trastornos psicósomáticos

Diversos inconvenientes limitan, según mi apreciación, la aplicación de la musicoterapia en los trastornos psicósomáticos. No es casual que no haya antecedentes y que una comunicación mía sobre el tema al VIII Congreso Mundial de Musicoterapia, en 1996, hubiera sido la única entre 293 presentaciones, y despertara mucho interés.

El primer inconveniente es que no todos los terapeutas conocen y manejan las técnicas idóneas de utilización de la música. Pero esto sería fácilmente solucionable, dado que nuestro país es pionero en Latinoamérica en la formación de musicoterapeutas, algunos de los cuales ya tienen muchos años de experiencia, aunque no sea en este campo particular de aplicación. Habría que asociarse y trabajar en equipo. Pero eso ya no es tan sencillo. En nuestro medio profesional es mucho más común y más fácil hablar y escribir sobre interdisciplina que practicarla.

Hay otro hecho práctico que conspira contra esto y es que los musicoterapeutas aún no tienen un rol profesional plenamente reconocido en las instituciones dedicadas a la atención de la salud, que son los lugares donde naturalmente se forman los equipos interdisciplinarios. No obstante, también es verdad que cada vez más, y en los campos más variados, los musicoterapeutas van logrando mayor presencia y están siendo admitidos a partir de los logros obtenidos por su labor en el campo de la salud.

Otro inconveniente es que los

pacientes psicósomáticos, al tener síntomas corporales, muy comúnmente deben ser tratados, medicados y controlados por un especialista clínico (dermatólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, etc.), además de por un psicoterapeuta. Si ya vimos lo difícil que es que se junten dos, rápidamente se puede deducir cuánto más difícil es que se junten tres.

Pero no es eso lo más complicado de los síntomas corporales, sino la posibilidad de su descompensación por una inadecuada utilización de la musicoterapia, que aquí significa una crisis de hipertensión arterial, el sangrado de una úlcera duodenal, un espasmo bronquial sostenido, una crisis de prurito generalizada, etc.

Lo mismo que hace de la música un recurso único para acceder a la afectividad de los pacientes y la expresión de sus emociones, la convierte en peligrosa, dado que al no necesitar ser procesada por la conciencia, impide que el paciente ponga en marcha recursos defensivos para preservar su integridad psíquica. Recuerdo aquí, una vez más, lo que afirmaba Winnicott respecto del guión que en la palabra psico-somático separa a la psique del soma: por algo están separados y hay que ser muy respetuoso de ello ya que de esa manera el paciente se preserva de sufrir un daño mayor. McDougall coincide cuando, al referirse a la escisión del Yo de estos pacientes, advierte sobre el temor a la

aniquilación y la muerte como la causa que lleva a instaurarlo en un momento temprano del curso del desarrollo psíquico.

Si con todos los pacientes hay que ser cauto e ir adecuando en forma artesanal las posibilidades técnicas a cada caso particular, con este tipo de pacientes hay que serlo mucho más. Es innegable que estas dificultades existen, pero la solución es la misma que con otros métodos que presentan variados grados de riesgo: Una preparación intensa por parte de quienes emprendan la tarea, el trabajo responsable y cuidadoso y el respeto por los tiempos terapéuticos del paciente. El "furor curandis" nunca fue bueno. Por último, es necesario sortear todos los obstáculos para formar y trabajar en equipos interdisciplinarios.

Los trastornos psicósomáticos, al poner en juego a los seres humanos en su integridad, al conjunto compuesto de psique y soma, están denunciando, en el campo de la patología humana, la artificial y falsa oposición instaurada en nuestra cultura entre mente y cuerpo (y sus "representantes académicos", la psicología y la medicina), entre razón y emoción (y sus "representantes académicos", la ciencia y el arte).

Si la división y la oposición enferman, no se puede curar desde ellas. El campo de la psicósomática es el mejor ejemplo: los médicos no pudieron curar desde un enfoque biológico ni los psicólogos

desde la palabra. Debieron comenzar a juntarse.

La musicoterapia junta la música (arte) y la terapia (ciencia) y ofrece una posibilidad reparadora original al permitir expresar los sentimientos y comunicarse por otro medio que la palabra.

Recupera para la terapéutica un medio tan viejo como la humanidad y tan "desconocido", desvalorizado y negado en nuestra cultura como es la posibilidad de expresar y comunicar las emociones.

¹ *Ma non troppo*, indicador de expresión en las partituras musicales, que en idioma italiano significa *pero no tanto*. Ej. "Lento, ma non troppo".

² De una conocida canción interpretada por Mercedes Sosa

³ Sontag, Susan *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik editores. Barcelona

⁴ Caruso, Carlos *Silbando en la oscuridad. Música y psicósomática*. Topía editorial, Buenos Aires, 1997.

⁵ Kutter, Peter "El conflicto básico de la psicósomatosi y sus implicancias terapéuticas", en *Lecturas de lo psicósomático*. Lugar editorial, Buenos Aires, 1991.

⁶ Diario Página 12, febrero 7 de 1998, página 23.

⁷ *Radar libros*, año 2 N° 12, página 1.

⁸ *Radar*, año 2, N° 77, pág. 20.

⁹ Benenzon, Rolando, *Música therapy. Theory and manual*. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1997

**LEER A LOS
FILOSOFOS**
JAIME EPSTEIN
961-4572

MASAJE

Lic. Alejandra Lieberman
Psicóloga UBA - Especialista en
Shiatzu y Masaje Energético Profundo
* Atención Individual * Cursos de
Formación (Regulares e Intensivos)
802-8735 / (15) 939-1611

MUSEO NACIONAL DE BELLAS ARTES
Y FUNDACION PROYECTO AL SUR
PSICOANALISIS - CULTURA
CICLO "LA PASION DE LA MIRADA"
JUEVES 18 DE JUNIO
FEDERICO ABERASTURY, ANA AMADO,
JORGE AULICINO Y ENRIQUE CARPINTERO
ENCUENTROS ABIERTOS Y GRATUITOS LOS 3er.
JUEVES DE CADA MES A LAS 19 Hs. EN LA SEDE DEL M.N.B.A.
AV. LIBERTADOR 1473. INFORMES 833-3213 DE 14 A 17 HS.

ALQUILO CONSULTORIO
ESTILO, POR HORA, LUMINOSO
A ESTRENAR.
SCALABRINI ORTIZ Y CHARCAS
UNA CUADRA Y MEDIA DEL SUBTE. SECRETARIA
SERVICIO FAX - TELEFAX
832-6384 / 832-8048

WOBER y Asoc. S.R.L.

Ingeniería Informática
Especialistas en Computación
Soporte técnico
Tel. 371-9099
E-mail: wober@internet.siscotel.com
PERON 1457 6° 48 - CAPITAL

**SUPLEMENTO
LLUVIA NEGRA**
CONVOCA A JOVENES
PARA PARTICIPAR EN LA
REDACCION DE SU SUPLEMENTO
COMUNICARSE CON CESAR HAZAKI
CESPEDES 3488 CAPITAL (1420)
TEL. 551-2250

PROXIMO NUMERO DE **TopiA** REVISTA
AGOSTO 1998 / EL MIEDO A LA LIBERTAD
PSICOANALISIS Y SOCIEDAD / EL CASO LOBO: ACERCA DE LA ETICA EN PSICOANALISIS / LA INTELIGENCIA DE LA PERVERSION / EL AMOR EN LOS TIEMPOS DE HANNIBAL LECTER

CRISTALES ROTOS: LA SUBJETIVIDAD ATOMIZADA

Poder discurrir por la propuesta de Topía Revista, me exige construir un "espacio soporte categorial" para que podamos construir un dispositivo de intercambio conceptual con los eventuales lectores del trabajo

1. La clínica psicoanalítica: la entiendo como un espacio y un tiempo institucional compartido, donde el eje de sentido es la polaridad "salud - enfermedad". Este eje puede estar organizado en un individuo, un vínculo, un establecimiento, o en una multiplicidad de equipamientos sociales, políticos, jurídicos, económicos. La clínica psicoanalítica puede "estar en todo" pero, desde ya, no todo es "clínica psicoanalítica". El psicoanálisis construye distintos campos de intervención en los cuales verifica primero y reformula después sus conceptos fundamentales. Si adherimos a la formulación de León Rozitchner cuando señala que "el sujeto es núcleo de verdad histórica", podemos abstenernos de hacer diferencia fundante entre las distintas modalidades de la clínica (individual, pareja, familia, organizacional). El psicoanálisis en su extremo límite es siempre institucional y los estudios sobre la histeria pueden ser considerados tan "sociales" como El Malestar en la Cultura o El Porvenir de una Ilusión. De lo que se desentiende la clínica psicoanalítica, tal como yo la entiendo, es de otorgar valor explicativo causal a la modalidad convencional en que las distintas formas del padecer humano se organizan. En este sentido, para el psicoanálisis los efectos anteceden a las causas, y aquello que aparece como condición necesaria y suficiente ante la conciencia oficial, apenas es contingente, con la misma importancia que puede tener un resto diario. Si es cierto que desde la vida cotidiana "todos somos ptolomeicos", según señala acertadamente Cecilia Sinay ("vamos a mirar como se pone el sol") también para nuestro yo coherente "todos somos charcotianos". Por ejemplo: cuando queremos reforzar la diferencia entre dispositivos terapéuticos y no terapéuticos, entre lo que es y lo que no es psicoanálisis, entre la producción, la circulación y el consumo de los fenómenos transferenceles...Cada vez que hacemos del psicoanálisis una religión que adora a un dios inconsciente, lo territorializamos y lo degradamos a un estatuto de consumo de una mercancía más, y por lo tanto estamos "conscientizando el psicoanálisis". La clínica psicoanalítica no tiene limitaciones, aunque desde ya tiene límites. Ahora bien: hay un reduccionismo psicoanalítico que desde ya

tiene limitaciones: es el que hace más de veinte años Roberto Castel definió como *psicoanálisis*. Pero creo que hay suficientes evidencias de que no todo psicoanálisis es psicoanálisis, aunque una parte sustancial de éste, organizado en corporaciones hegemónicas, naturalmente lo seguirá siendo. Está inscripto en la naturaleza cultural de cualquier multinacional, incluso las científicas. Por lo tanto, cuando se discute sobre la clínica psicoanalítica y el paciente actual, la primer discriminación es si "esto es o no es psicoanálisis". Y el password adecuado es el concepto de neutralidad, y su derivación técnica denominada abstinencia. Digo que el psicoanálisis que se pretende neutral o abstinentemente es una recuperación charcotiana del psicoanálisis freudiano. Creo que la neutralidad es una forma falaz de enfrentar el riesgo de posicionarse en el discurso del amo. Justamente porque en su afán de combatirlo, lo termina haciendo invisible. Este "amo invisible" retorna desde lo real como silencios exasperantes, pretendida ausencia de recetas que terminan siendo ausencia de respuestas, ante las cuales los pacientes no encuentran mas camino que la deserción y la incredulidad. Termina siendo objeto virtual del paciente y un objeto real el psicoanalista, expuesto a múltiples formas de denigración. (laboral, científica, económica, de prestigio). La clínica psicoanalítica puede soportar un coeficiente amplio de transversalidad que aunque la aleje de la cosmovisión, más la aleje de los pantanosos terrenos de las especialidades. Justamente pienso que eso es una de las trampas de la denominada interdisciplina. Muchas veces esa aspiración termina siendo un shopping multiprofesional, donde hay una disciplina "amo" que también busca hacerse invisible. Por ejemplo, proponiendo sutilmente que se discuta desde sus categorías conceptuales y su lenguaje. Si bien un discurso anti-interdisciplina podría sospecharse de megalomanía decadente, debo reconocer que los "caballeros interdisciplinarios" no me conmueven. (Las "damas interdisciplinarias" me conmueven un poco más, pero tampoco demasiado). Voy a hacer una pregunta, aunque acepto que es un golpe bajo, y por cierto esa es la mejor razón para hacerla. ¿Freud era interdisciplinario? Por cierto que sí, pero dentro de su cabeza. Una clínica psicoanalítica que sea "res cogitans" (teoría siempre tensada hasta el punto límite de su insalvable contradicción) y también "res extensa" (campos de intervención am-

plificados) es suficiente reaseguro contra los baluartes teorizantes de los mandarines de turno. ¡Incluso la interdisciplina puede organizar un discurso neutral! La clínica psicoanalítica, tal como yo la entiendo, no necesita esperar que "la realidad golpee" (crisis político-económicas que hacen impensable no hablar de lo que todos hablan). La clínica psicoanalítica, tal como yo la entiendo, está alerta para no expulsar a la realidad por mecanismos de disociación y escisión. Los inconscientes deben ser develados desde su inscripción libidinal, política e histórica. Esta clínica psicoanalítica, para cuando le llegue el turno de callarse, es porque ya ha tenido muchas cosas para decir. A todo esto que la clínica psicoanalítica tiene para decir a través de los discursos teóricos que intentan conceptualizarla, lo denomino "psicoanálisis implicado".¹ Esto incluye un trípode: análisis de la implicación del psicoanalista (mas allá de la contratransferencia); concepto de sexualidad represora (mas allá de la sexualidad reprimida) y concepto de Ideal del Superyó (hacia una subjetividad sin amos ni patrones). Por lo tanto concluyo que la clínica psicoanalítica es anarquista, en tanto promueve el máximo despliegue del pensamiento libre. Porque si hacemos camino al andar (y los caminos no son otra cosa que los senderos de la clínica real) nuestra subjetividad de caminantes se modifica mientras avanzamos. Psicoanalizar es psicoanalizar-se todo el tiempo. Lo que si bien no anula la asimetría vincular, tampoco la sostiene desde un estereotipo "hombre sano - hombre enfermo". Entonces la clínica psicoanalítica deviene un territorio de verdades siempre eficaces y siempre renovadas.

2. El paciente actual: no podemos referirnos a este apartado, sin tomar una cuestión que me parece esencial. ¿Por qué Topía Revista propone "paciente actual" y no, mas simplemente, "paciente"? ¿Podría haber algún paciente que no sea actual, exceptuando a los que "volvieron al futuro"? Pienso que una interpretación del porqué de este título puede llevarnos a enunciar de que forma pensamos a los pacientes desde una clínica actual, es decir, que no sufra de reminiscencias. Una clínica real, no histórica.² También podría interpretar que se refiere a una forma actual de pensar los pacientes, incluyendo una crítica a la concepción globalizadora de la psicopatología que algunos llaman DSM IV. Incluso podríamos ir hasta el carozo del título y señalar que mas pertinente a la

Alfredo Grande
Médico Psiquiatra.
Psicoanalista.
Analista Institucional.
Cooperativista.

valuta liberal sería la denominación de *usuario o cliente actual*. O si estamos en la órbita de la seguridad social, el ambiguo significativo "beneficiario". La condición actual de casi todo *paciente* lo instituye como perteneciente a algún sistema de cobertura social, del cual el psicoanalista puede o no ser prestador. El paciente "privado - privado" (también denominado *koala*, porque es una especie en vía de extinción) pertenece a estamentos económicos de muy alto nivel, o por el contrario de bajísimo nivel. Demasiado rico o demasiado pobre. Si de algo se curó el psicoanálisis, fué del exceso de clase media. Espero que el remedio no sea peor que la enfermedad. Porque este paciente globalizado, mercado-dependiente, sobreadaptado, actuador, es el que supuestamente no sería analizable, o para el cual el psicoanálisis no estaría indicado. Es posible que el único que esté realmente contraindicado sea el ya mencionado psicoanálisis. Éste era sintónico con la clase media y la patología neurótica. Justamente porque en ambos la dimensión político-social está neutralizada. La clase media porque en realidad era una media clase, que oscilaba entre la Escila del horror a los feos, sucios y malos y la Caribdis de la fascinación por los ricos y famosos. El conocimiento de los mecanismos de producción, circulación y consumo del poder político quedaba cristalizado por la imperiosa necesidad del ascenso económico y social. *El neurótico está cristalizado en su novela familiar, y por lo tanto la dramática social solo provoca su "belle indifférence"*. En el paciente actual esa cristalización estalló en miles de añicos. Y cada uno de los pedazos del cristal es rotulado como "disorder". Panik, eat, work, sexual, aggression, drink, adiction, todos ejemplos de disorder... Incluso podríamos pensar en un *psicoanalitic disorder* para referirnos a lo que antiguamente se conocía como psicoanálisis silvestre. Hasta la legislatura tucumana rotuló el ocultamiento de una cuenta numerada y rellena con depósitos provenientes de crímenes de lesa humanidad como "desórdenes de conducta" (Aparentemente el general gobernador represor Bussi padece un *politic disorder*). El psicoanalista que tiene la exigencia de la evaluación y tratamiento de tanto disorder no puede ni debe retroceder. Primero, porque no creo que nadie tuviera tanto *disorder* junto como el hombre de los lobos. Dicho sea de paso, Dora era bastante disorder también. Ni hablar de Ana O., que de pura disorder terminó como asistente social. Pero es

seguro que no podemos acceder al paciente actual desde el horizonte político y epistemológico del psicoanálisis. Ni siquiera con sus variantes mas sofisticadas, algunas de ellas de envidiable crecimiento, apareamiento y procreación. Cuando al psicoanalista le importan mas las instituciones psicoanalíticas que los pacientes (o al menos le importan lo mismo) algo podrido huele en Villa Freud. La actualidad del paciente se diluye. O se la precipita con invocaciones rápidas y oportunistas a ciertas consignas inteligentes que nos delimitan lo "psicoanalíticamente correcto". Pero el paciente actual es un melancólico sobreadaptado en el cual el cultivo de pulsión de muerte se realiza de manera impura. Esta impureza es Eros. Pero un Eros light y descremado, que apenas puede con su alma de voyeurista mediático.³ Por eso al paciente actual, a diferencia de la realidad que siempre llama y mas de dos veces, hay que salir a buscarlo. Una política activa de "anti-marketing" y que implica asumir un nomadismo profesional. Para atender la demanda del paciente actual, lo que pasa a ser virtual es el consultorio del psicoanalista. De la misma forma que se habla de "oficinas virtuales", el consultorio deja de ser solamente una referencia espacial. Recupera su dimensión instituyente y se configura preferentemente como un dispositivo que propicia y no tan solo como un equipamiento que encuadra. En todo caso, calibra los encuadres denominados clásicos para dar paso a *nuevos dispositivos psicoanalíticos* que son teóricos y técnicos. Parfraseando al genio inolvidable de Luis XIV, podría decir que "el consultorio soy yo". Es mi actitud en relación a la clínica y al paciente actual lo que transmuta lo que podría devenir en pura charla de café en una consulta psicoanalítica. Por eso me agrada decir que la clínica psicoanalítica actual con los pacientes está desterritorializada. Villa Freud no es lo que era y desde que por razones de seguridad se abolieron los porteros eléctricos, subir en el ascensor con el paciente y un simpático vecino que nos recuerda entre risas alguna intervención penosa en una reunión de consorcio, puede ser un material mucho mas rico que largos minutos de asociación libre y atención flotante. En tanto la clínica psicoanalítica se nutre de obstáculos, y el paciente actual no hace mas que traerlos, puedo afirmar que no ha habido **mejor momento** para la práctica del psicoanálisis que **este momento**. Y seguramente dentro de cinco o diez años podré decir lo mismo.

3. La última cruzada: la clínica psicoanalítica actual y el paciente actual suponen un desafío. El más importante a través del escepticismo contemporáneo. Recuperar la misma causa de Bastian, el niño de La Historia sin Fin: salvar la tierra de Fantasía. Gmork, el asesino con forma de lobo que la

Nada envió para cumplir sus designios, dice: "el hombre sin esperanza es un hombre que se puede dominar. Por eso la Nada hace desaparecer toda fantasía".⁴ El fantasear no es solamente la recuperación de la novela familiar y la escenografía edípica infantil. Fantasear es anticipar, proyectar, reparar, reponer, es con palabras del Quijote, "ver al mundo no como es sino como debería ser". Y creo que todos tenemos en nuestro inconsciente no reprimido la representación de lo que es justo, de lo que es bueno, de lo que es bello, de lo que es necesario. Y que esas representaciones son atacadas y muchas veces destruidas por los efectos en la subjetividad de la pulsión de muerte. Los amos del universo proponen la paradoja mas cruel: ser idealistas y creer lo imposible (mercado y religión). Habrá que fantasear con que lo imposible no está para ser creído, sino que muy especialmente está para ser pedido y construido. Para esta tarea los indicadores de la realidad tal como se presenta, no pueden ser desestimados. La caída de la ecuación simbólica entre "psicoanálisis - atención en salud mental" no es reversible. Solamente es posible huir para adelante, que es políticamente diferente a retroceder. Y la vía regia que propongo para que desde la clínica psicoanalítica podamos dar cuenta del paciente actual es el concepto de "psicoanálisis competente".⁵ La "competencia" es una apropiación de lo que el discurso del marketing empresarial corporativo describe como "excelencia". Ésta es un recurso para maximizar las ventas, disminuir los costos, aumentar la tasa de explotación del trabajo profesional, incrementar el padrón de afiliados, elevar las ganancias. El discurso antimanicomial ya no es patrimonio de la recordada Red de Alternativas a la Psiquiatría, que en 1986 realizó su último Encuentro en Buenos Aires. También lo hace propio la Red de Prestadores en Salud Mental, patrocinada por FACAP (Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas).⁶ La conclusión es simple: dormimos con el enemigo o nos enfrentamos a él. Entiendo que en este momento enfrentarlo es posible. El psicoanalista competente podrá validar su título a nivel universitario, de acuerdo a la nueva Ley. Centros Universitarios otorgarán el preciado título de psicoanalista. Si agregamos la idoneidad, que tiene que ver con la trayectoria profesional efectivamente realizada, el sueño de varias generaciones podría empezar a realizarse. Pienso firmemente que la profesionalización del psicoanalista es necesaria. No es suficiente, como casi nada en esta vida. Pero la vocación por lo precario debe ser abandonada. Hoy una colega me decía que ejercía en un municipio de la provincia pero que no estaba matriculada. Sentí un revival de la época en que los psicólogos, por lo que yo considero una política errónea, no se matriculaban en Sa-

lud Pública. Una cosa es el análisis profano, otra cosa es la práctica profesional clandestina. Enfrentar al enemigo supone poder pelear en su mismo territorio. O si se prefiere una versión mas light, jugar en su misma cancha. Debemos romper el dualismo (no confundir con duhaldismo que parece que se rompe solo) entre corporaciones de prestadores o intermediarias y profesionales aislados sobreexplotados. Ese dualismo se rompe apostando a colectivos autogestionarios de profesionales que puedan levantar las dos banderas que me parecen insoslayables: la facultad legal en el ejercicio de la praxis psicoanalítica y la idoneidad necesaria que se garantiza desde las diferentes tierras trabajadas. La actualidad de los pacientes nos habla de una subjetividad atomizada, como los añicos de cristales rotos, donde los modos de producción superyoica de la subjetividad son hegemónicos. La culpa inconsciente y la desocupación consciente como reguladora del orden social.⁷ Esta situación donde se internaliza el "por algo será" (no tener trabajo, tenerlo pero con bajo sueldo, tenerlo con buen sueldo pero en condiciones humillantes, tenerlo con buen sueldo y en condiciones satisfactorias, pero sujeto a discontinuidades súbitas) es el cultivo puro de los "cronic disorders". Los denominados "jóvenes crónicos" que no solamente es la descripción de una adolescencia gris, sino que por el contrario describe el triunfo de lo "ya dado", donde el horizonte en vez de alejarse, se acerca con cada paso. El denominado fin de la historia puede ser pensado como la llegada a la cronicidad de las democracias representativas liberales. Incluso el sida puede ser medicado para convertirlo en una enfermedad crónica. Por lo tanto, se lo naturaliza. La prevención sigue siendo el hada que nunca es invitada. La máxima aspiración frente a la barbarie laboral, que algunos llaman flexibilización, es conseguir una relación de dependencia. lo mas permanente posible. En lugar de eso, las empresas ofrecen el gato por liebre de las *contrataciones crónicas* (automáticamente renovadas, salvo que el diablo meta la cola) que son una forma bizarra, restitutiva de la dependencia perdida. Hay una nueva clase media que intenta mantener el estatuto del consumo mediante un *endeudamiento crónico*, apostando a una eterna re-re-financiación. El dispositivo privilegiado es la tarjeta de crédito, lámpara de Aladino posmoderna que, frotada adecuadamente, cumple todos los deseos. El genio de la lámpara se hace llamar, por pura modestia, "pago mínimo". El paciente actual aspira a construir como tabla de salvación de sus condiciones de vivencia, estamentos que siendo precarios, puedan tener cierta estabilidad. Se cumple a rajatabla que "no hay nada mas permanente que un arreglo transitorio". La otrora denigrada rela-

ción de dependencia es ahora idealizada, y el "vivir peligrosamente" se consigue sin necesidad de apostar a ninguna épica redentora. La cotidianeidad se encarga de proveer los riesgos multiplicados que hacen de cada ciudadano, un aprendiz de guerrero. Esto se llama habitualmente "los problemas de la seguridad". Pero como a seguro lo llevaron preso, la seguridad se la entiende actualmente como la opción de cronificarse en guetos de lujo, también llamados *countries* o barrios privados. Es un paso de la concepción de clase social a la de casta social, paradigma de la cronicidad en la tierra. Cuando las autopistas estén cercadas por alambradas electrificadas, cada casta territorializará en forma crónica y definitiva su lugar en el mundo. Actualmente hay analizadores que dan cuenta que todavía hay transición entre espacios públicos y privados, incluyendo enfrentamientos tragicómicos (por ejemplo, el caso del barrio C.U.B.A.) ¡No es fácil construir la cronicidad! Sin embargo, me parece que el modelo tiende, en el mejor de los casos, a construir inmensas planicies de inmovilidad social, donde siempre se flote, pero jamás se llegue a tierra firme. Por eso el paciente actual consulta porque tiene pánico a la libertad, porque ésta ha sido reemplazada por su ción siniestro: el desamparo y la anomia. Pagaría lo que no tiene, porque lo que tiene seguramente no lo pagaría, para que algún psicoterapeuta, psiquiatra, psicólogo o, si no hay mas remedio, psicoanalista, le devuelva la belle indifference, los rituales o los objetos contrafóbicos. No en vano se glorifica la estabilidad, en realidad mera paridad cambiaria nominal, y mas en realidad, recesión crónica. Y todos desean que esto continúe. Quizá este "hombre crónico" sea una variación posmoderna del "hombre mediocre" que describiera José Ingenieros. Con lo cual, si somos coherentes con el análisis de nuestra propia implicación, tenemos que considerar hasta donde escribir trabajos (o incluso libros) no es un reaseguro inesperado de cierta "sublimación crónica". En todo caso, tengamos presente que no es lo mismo quemarse con leche y llorar ante una vaca, que pretender exterminar a todas las vacas que uno encuentre. La salida paranoica de la cronicidad es muy peligrosa. Desde ya, no es la única salida. Aunque no es descartable que frente a la insoportable pesadez de la cronicidad, el caldo de cultivo esté apto para curaciones que serán peores que la enfermedad. La otra salida es lo que he denominado en un trabajo de 1995 (confieso la tendencia a la sublimación cronificada) el "elogio de la urgencia".⁸ "Por lo tanto, una de las categorías posibles para pensar la urgencia es ésta de acontecimiento. Dicho en palabras coloquiales: si bien toda urgencia no necesariamente va a implicar ese suplemento, ese exceso lla-

mado acontecimiento, la producción de verdad y la fidelidad a la misma tomarán la forma de un compromiso con la urgencia. Entonces, a mi criterio, el primer punto para un tratamiento posible de la urgencia sería preguntarse: ¿no estaremos ante una producción de verdad en un sujeto que está en exceso en relación a si mismo? Si esto es así, entonces la ética de la urgencia es poder ayudar al paciente y a nosotros mismos a mantener el proceso real de la fidelidad a ese acontecimiento". Urgencia que abre la polaridad "crónico - agudo". Y es justamente el padecimiento agudo del paciente actual lo que me parece la vía regia para poder recuperar los procesos transformadores de la subjetividad. De la misma forma que el poeta no quiso cantar al Jesús del madero sino al que anduvo en la mar, los pacientes crucificados en los diversos tipos de madero que el mercado construye ya no son conmovidos por la profecía psicoanalítica de hacer consciente lo inconsciente. Por el contrario, intentan mantener inconsciente lo que, a pesar de todo, persiste en querer pasar a la consciencia. ("¿y si en realidad el modelo fuera apenas un mal ejemplo?") Muchos menos por aquella posterior a 1920 en la cual "donde hubo ello, yo debe advenir". Lo único que advino, con la piel del terrorismo o el democratismo de Estado, es el superyó, alquimista siniestro de los deseos en culpa. Pienso que en el paciente actual, la "roca viva" se expresa a través de "lo agudo", aquello que desborda encuadros y disloca equipamientos. Cuando en ATICO pensamos un Centro de Día, de una forma no necesariamente explícita, pero seguramente eficaz, acordamos que no deseábamos instituir un "cronario", de las tantas opciones que la mercadotecnia psiquiátrica permite. Deseábamos ser interpelados por el paciente agudo, porque de esa forma nuestra acción terapéutica encontraba un marco de transformación posible. Resolvimos trabajar en un centro de intervenciones para situaciones de crisis, incluyendo a no dudarlo, las del equipo profesional. Puedo asegurar que en el marco de una organización cooperativa las crisis "biopsicosociales" de los asociados son frecuentes. Las razones estamos aún tratando de pensarlas, doce años después de la primera fundación.⁹ Nuestra lamentación borincana por los consultorios vacíos solo puede ser enfrentado de dos maneras: soportando la envidia por aquellos que nos dicen que no tienen horas libres, y recolocando el consultorio en aquellos lugares y para aquellas demandas para los cuales tampoco habrá horas libres. Seguramente no podremos dejar de añorar algo de la vieja clase media y su oferta permanente de neuróticos asumidos. Entiendo que una renovada apuesta a la alianza fraterna, donde las categorías amigo - enemigo sean cuida-

dosamente evaluadas, nos permitirá reencontrarnos con nuestras fantasías mas queridas, aquellas que alguna vez se organizaron como vocación. Los cristales rotos de la subjetividad profesional quizá nunca puedan ser nuevamente unidos, pero tampoco necesariamente reemplazados por un vidrio esmerilado, opaco y sucio.

La sobriedad psicoanalítica no me impide hacer mía la oración de los alcohólicos anónimos, quizá el colectivo menos psicoanalizable que conozco: "señor, dame la fuerza para cambiar lo que puede ser cambiado; resignación para aceptar lo que no puede ser cambiado y sabiduría para diferenciar lo uno de lo otro". La clínica psicoanalítica y el paciente actual nos exigen, y cada vez nos exigirán más, contar con esa sabiduría.

Citas

1 Inevitable referencia a "El Edipo después de El Edipo: del psicoanálisis aplicado al psicoanálisis implicado", libro de mi autoría publicado por Topía Editorial en 1996. Especialmente "El pescador de instituciones: la ilusión en la clínica y la soberanía perdida". Capítulo 6.

2 Consultar en op.cit. el capítulo 4: "Freud y el monoteísmo: reflexiones sobre la enseñanza totémica y la asistencia tabú". Es un trabajo escrito hace diez años y que evidencia mi permanente preocupación por estos temas.

3 Como no hay mejor cuña que la del mismo palo, sugiero leer los editoriales de Enrique Carpintero en Topía Revista. Confluyen con algunos desarrollos míos en relación a una metapsicología de la pulsión de muerte.

4 La Historia sin Fin de Michel Ende. Psicoanalíticamente perfecta, aunque no sé si correcta. No se elabora el Edipo.

5 Wainfeld, Mario. "(...) la competencia, en la doble acepción que tiene la palabra: facultad legal e idoneidad" Página 12. 18 de Abril de 1998.

6 En sus II Jornadas de Reingeniería en Salud Mental hablaron el Dr. Alberto Mazza, ministro de Salud y Acción Social y el Dr. Víctor Alderete, Presidente del I.N.S.S.J.P. y Secretario de la Tercera Edad. Se realizó en el Park Hyatt Buenos Aires. El 22 y 23 de Octubre de 1997. Un psicoanalista ahí....

7 "El sistema funciona así: pese a la exclusión de una parte de la sociedad, la otra parte produce mucho más. Los excluidos se controlan con los policías y una cultura calvinista que hace que los pobres experimenten un sentimiento de culpa por su situación antes que de resentimiento". Luttwak, Edward (ex asesor del Departamento de Estado norteamericano) Diario PAGINA 12 del 2 de Julio de 1997. Página 8.

8 Elogio de la Urgencia. Capítulo 16 de "El edipo después de..." pág. 161. (op.cit)

9 ATICO, cooperativa de trabajo en salud mental está consolidando su Proyecto: "Décimo Aniversario - Segunda Fundación" que comenzó en Marzo 97 con la constitución de la organización Atico - U.T.E.

Clínica de la heterogeneidad

Introducción

En estas líneas me ocupo de aspectos que considero centrales en la clínica psicoanalítica: la actitud clínica, la relación entre la heterogeneidad y la unicidad del sujeto, la relación entre la práctica y la teoría, el entrecruzamiento entre las singularidades de la sesión, las ideas generales y lo institucional, etc. Describiré para ello algunas situaciones clínicas.

En otros de mis trabajos me he referido a la clínica en la que opero con recursos que tienen que ver con las escenas, las máscaras, lo grupal, lo corporal, los objetos, etc. A esta postura en la práctica clínica la he denominado: "Poética del desmascaramiento. Caminos de la cura".¹

En estas líneas no me referiré explícitamente a esta modalidad de trabajo, pero ella ha marcado un estilo, el tipo de escucha, el modo de ejercer la clínica; permitió afinar, escucho, el instrumental, la escucha, el encuadre del análisis.

Heterogeneidad

Heterogeneidad del sujeto, del objeto, del analista, de la temporalidad y de la espacialidad. El encuadre es un ideal y una realidad imprescindible e imposible.

La sabiduría frente a él está en el doble juego de sustentarlo, luchar, trabajar por él y, al mismo tiempo, saber resignarlo. La "pasión" por lo unitario parece renacer constantemente en el psicoanálisis.

Freud le asesta un duro golpe al definir el estatuto del inconsciente.

La escisión, la "spaltung" del sujeto, conmueve la ilusión en esa unidad. Pero no obstante parece difícil soportar esta escisión, lo polimorfo perverso. Muchas discusiones teóricas se asientan sobre esta ilusión. El paciente no es un objeto unívoco, tampoco el inconsciente: por lo contrario, son multívocos y con diversos modos de comunicación, es decir, modos diferentes de expresarse.

¿Hablará esto de una **diversidad del ser**? ¿O el ser debe ser definido como uno?

Parece haber una tentación, frente a la diversidad de lo real, a unificar. Freud se refirió al golpe que, para el narcisismo, significó el psicoanálisis, lo mismo que otras teorías que descentraron la mirada de la tierra y del universo. Pero la tendencia a lo unitario no deja de renacer.

¿Cómo combinar esa necesidad imprescindible de lo unitario y la necesidad también de la diversidad?

¿La pulsión de muerte tendrá que ver con este conflicto?

El deseo de lo uno tiene que ver con la pulsión de vida que se transforma, en su insistencia

ciega, paradójicamente, en pulsión de muerte, en destrucción, para la consecución de sus objetivos.

Las cámaras de gas tenían como objetivo el conseguir una raza única y superior. Las torturas tienen que ver con el exorcizar el mal de lo diferente.

¿Tendrá que ver esto con la **clínica**, con la patología, con los diagnósticos, con los tratamientos?

Una colega

Una colega con un gesto de rechazo expresaba su oposición a explicitar, en las instituciones del campo psicoanalítico, su práctica clínica.

¿Por qué, trabajando sobre la problemática de la subjetividad y la singularidad, ella reprimía la expresión de la singularidad de su trabajo clínico?

¿Existirá un imperativo normativizador, uniformador, por el que debe negarse, a partir de criterios generales, la diversidad creativa generada por la singularidad del encuentro con el otro?

Ese gesto de mi colega ¿no estará expresando, por un lado, la valentía en la intimidad del consultorio para dar respuesta a los interrogantes que los pacientes nos plantean y, al mismo tiempo, el temor frente a lo instituido de la (s) institución (es) del psicoanálisis, que desde sus variantes obstruye la creación y la heterodoxia?

¿Cómo establecer correlaciones entre los criterios generales del psicoanálisis y la singularidad de la práctica?

Pantallazos Clínicos

¿Qué se espera de un psicoanalista cuando escribe un trabajo clínico? : Que explicita su actitud clínica.

Actitud clínica implica: escucha, interpretación, construcción, intervención, comunicación simbólica - semiótica, encuadre.

Montarse en la teoría reciente, olvidarla, interpretar con....., recrearlo, inventar con el paciente, interpretar las resistencias, lo histórico, llenar las lagunas mnémicas, tener en cuenta lo vincular, interpretar desde la transferencia y la contratransferencia, dar indicaciones, no darlas, identificarse con el paciente, desidentificarse, resaltar el silencio o la discursividad, aclarar, interpretar desde la construcción poética.

¿Qué significan todas estas direcciones? ¿Cuál es la correcta? ¿Están ya superadas?

A veces la sesión es una sesión winnicottiana o kleiniana o lacaniana o reichiana, o.....

Aquello que está superado renace, se recrea, en el estilo de cada psicoanalista.



¿Se debe optar por una línea en particular o la diversidad de los momentos clínicos de los pacientes exige, en diferentes momentos, diferentes modalidades?

Elijo este último criterio.

Silencio

Hay sesiones en las que sostengo un silencio, y sólo una palabra o un gesto testifican mi interlocución o más bien de mi presencia. El silencio, en esos casos, da espacio para lo que no puede ser dicho. Pero a veces no quedo en silencio sino que relato un cuento, una **metáfora** o una **parábola**. La metáfora suele oficiar al modo de una interpretación. Da mayores posibilidades para salir del relato único, de la novela familiar.

Juan tiene actuaciones que lo llevan a involucrarse en situaciones de accidente o de agresión; en la sesión surgen relatos acerca de las artes marciales. Incorporo un libro que contiene esos textos. Los relatos dan espacio de contención, generan universos simbólicos para aquello que parece no estar estructurado en su aparato psíquico, y lo lleva a esas actuaciones; en varias sesiones comentamos algunos relatos donde la violencia se hace presente estructurada, resignificada.

Se genera la posibilidad de investigar aspectos de su historia familiar, de su historia. El relato incorpora otra temporalidad en la sesión, que la que se hace presente a través de la actuación.

Marta

Los límites a la palabra son puestos, a veces dramáticamente, por una paciente, Marta, que decide hacer un viaje como culminación de su tono maniaco. Me doy cuenta que no es tanto su libertad como su seguridad la que se pone en juego. ¿Cómo diferenciar lo que tiene que ver con la libertad de aquello que denominamos síntoma? El riesgo de su integridad me hace pensar que lo que está en juego es un síntoma.

En el brote maniaco, en los momentos previos a su internación, Marta se saca la ropa violentamente y queda desnuda. La urgencia me lleva a ir a su casa; vive en un piso alto,

las ventanas pueden implicar peligros; hago una marcación cuerpo a cuerpo y me desplazo junto con ella de un lado al otro de la habitación. Sin tocarla, en "escucha activa".

Paradojas en la clínica

A b s t r a c c i ó n
E s p e c i f i c i d a d
G e n e r a l i z a c i ó n
S i n g u l a r i d a d

Hay una paradoja imposible de denegar: reflexionar sobre la clínica implica, por un lado (un término de la paradoja), un determinado grado de abstracción, con posibilidad de generalización, y por el otro (segundo término), la clínica implica especificidad y singularidad.

Esta paradoja tensa la reflexión acerca de la clínica. Hay un arte, difícil de transitar: el que ejerce la clínica debe poder olvidarse de los principios generales y crear, en la singularidad de la relación con el otro, los instrumentos que sean necesarios, pero luego debe poder volver a los principios generales y encontrar sentidos en relación a la disciplina.

Esta paradoja lleva a que los textos sobre la clínica deben poder fluctuar entre estos dos polos evitando caer ya sea en una excesiva generalización o en una excesiva singularidad. Es que la soberanía, en la clínica, la tiene la relación con el paciente.

Esto lleva a que, en las vicisitudes del análisis, en una sesión pueda privilegiarse la interpretación de las fantasías o en otra las resistencias, o el psicoanalista se vea llevado a dar una determinada **indicación**, lo que aparentemente está prohibido, de su "caja de herramientas". Y esa indicación puede, jugar a manera de interpretación y producir un efecto de simbolización. En este sentido, generalizar y prohibir la indicación, o algún otro recurso, puede quitar libertad al analista, que en la privacidad de la sesión puede usarlos como medio creativo, simbolígeno en el análisis.

Silencio de creación

-¿Dónde estás?

- En las palabras

-¿Cuál es tu verdad?

La que me desgarró

-¿Y tu salvación?

-El olvido de mis palabras
Edmund Jabes, El libro de las preguntas

El encuentro con el otro en la situación clínica se da en la palabra.

La salvación, en el olvido de la palabra. Es la posibilidad de que ésta se transforme en palabra plena.

El silencio de creación desgarró el desgarró del silencio del no deseo.

Pero la palabra renace sin marcos. El encuadre da libertad al silencio y a la palabra naciente.

Clínica real e ideal

Al leer trabajos sobre clínica más de una vez uno se pregunta si expresan la clínica real o lo que el analista cree que debe decirse acerca de lo que debe hacerse en el consultorio. De tal manera que habría dos tipos de descripciones clínicas. Una, ideal, que se corresponde con "x" postulados teórico-técnicos, otra, no oficial, que toma más en cuenta la situación concreta, lo humano, tanto del paciente como del analista.

¿Qué efectos produce esta "clínica ideal" sobre la clínica y sobre las teorizaciones?

1. No se teoriza sobre la práctica real de los analistas.
2. Es difícil evaluar esa práctica real si no se la comunica.
3. Muchas veces resultan más interesantes las comunicaciones "off the record", extraoficiales, que las otras.

Globalización e inmediatez del síntoma

La llamada caída de los grandes relatos, la primacía de una determinada temporalidad relacionada con la predominancia de los medios audiovisuales, la globalización y la situación del mercado, han llevado a que los psicoanalistas debamos ocuparnos de la situación concreta del paciente y no sólo dejarnos llevar por el vuelo fantasmático o simplemente por lo que enuncia el significante.

Ha habido un oscilar entre las búsquedas de sentido por fuera de las urgencias del paciente y el quedar sometidos a éstas.

Esto nos lleva a tener que realizar una profunda reflexión acerca de las condiciones concretas en las que se desenvuelve nuestra práctica, y sus intersecciones con la interdisciplinariedad, en la búsqueda de sentidos, en este nuestro estar inmersos en la cultura del fin de siglo.

Uno de los efectos de esta cultura de fin de siglo es que, en la práctica clínica, nos vemos llevados a ocuparnos de la sintomatología concreta y sus modos más efectivos de resolución.

Estas urgencias dan por tierra con modelos omnipotentes y narcisistas que expresaban el no interés por la inmediatez del síntoma.

Nos lleva a rescatar el "Freud clínico", el que se paseaba por la montaña con Catalina, y ayudaba a la disolución de sus síntomas.

El desafío que se plantea es cómo combinar el trabajo de la

resolución del síntoma con los sobredeterminantes (transversalidad y longitudinalidad), la relación de la táctica con la estrategia, la presión por la resolución de los síntomas en lo inmediato de la cultura mediática y al mismo tiempo, lo imprescindible de otra temporalidad, en que la mora (la detención del tiempo) tenga su legitimidad.

Contradicción entre deber y deseo

Por sobre la necesaria correlación práctica-teoría parece haber una insistencia de los psicoanalistas en dar cuenta del sometimiento de su práctica a la teoría, que hace que se produzca una "afanisis" del sujeto analista, del deseo del analista por sobre el "deber" de cumplimentar con una determinada teoría.

La teoría es sacada de su integración en una praxis y se la instituye en un lugar de absolutización.

Sometimiento al padre fundador.

Volver a la letra de Freud era el intento de Lacan, para superar el sometimiento al pragmatismo y el naturalismo kleiniano. Pero luego el sistema ¿? transforma lo cuestionador en objeto de culto y de religión. ¿Se encuentra a Lacan y a Freud dentro de las instituciones, o fuera de ellas? ¿En qué relación particular con las instituciones psicoanalíticas?

No es poco frecuente que un tono obsesivo campee en los trabajos sobre clínica.

La prolijidad va de la mano de la inscripción teórico - ideológico - institucional.

Es que, por sobre la invención, parece primar el acatamiento a un padre imaginario.

¿Freud? ¿Lacan? ¿XX? ¿XY? Parece perderse ese lugar de excentricidad y de cuestionamiento.

Ese lugar de borde (r).

El aburrimiento parece imperar.....

Parece olvidarse que el análisis es una terapia desde el amor. Este define la escucha y el reconocimiento de la verdad y su humanidad en la sesión.

Desde aquí el análisis es aletheia (des-cubrimiento) y también reconocimiento.

Ese encuentro con el otro incluye diferenciadamente la magia, la sugestión, el goce.

Lo profano y lo sagrado

Lo humano y los dioses

Si no.....el aburrimiento y la rutina

Lo inquietante

Lo Inquietante y original del psicoanálisis durante su siglo de vida, especialmente en los finales de éste y el comienzo del nuevo milenio, es lo artesanal del vínculo personal, analista-analizando. La escucha de lo otro frente a la desvalorización de lo particular, la valorización de la historia de cada sujeto, frente a la invasión de mensajes sin referentes en la que queda bebo el que mira la pantalla. Lugar insustituible de metaforización y de posibilidad de creación fantasmática ficcional, a partir de aquello que hace síntoma en el sujeto y la cultura.

La potencia de lo falso

Deleuze afirma: "Contrariamente a lo verdadero que es unificante y tiende a la identificación de un personaje (su descubrimiento o simplemente su coherencia), la potencia de lo falso es inseparable de una indestructible multiplicidad. Yo es otro ha reemplaza-

do a Yo". (Pag.180)

"La narración ya no es una narración verídica que se encadena con descripciones reales (sensoriomotrices). Simultáneamente la descripción pasa a ser su propio objeto y la narración deviene temporal y falsificante."² (Pag.178)

Aquí Deleuze se une con Castoriadis. (Pag. éste afirma

que la imaginación quedó devaluada en Freud. Que Freud da valor a la fantasía pero no a la imaginación. ¿Qué quiere decir? Que Freud -y Castoriadis lo explicita- bajo la influencia positivista, necesitaba dar cuenta de la relación fantasma - referente. Es la búsqueda implacable de la escena primaria, por ejemplo en

el Hombre de los Lobos. Las influencias del posestructuralismo y del posmodernismo han insistido en la caída de los grandes relatos, en la ausencia de la historia, o han relativizado el valor de ésta.

La clínica psicoanalítica, cuando no elige dicotómicamente, busca creativamente entre la búsqueda histórica y la pro-

CENTRO DE SALUD MENTAL



COOPERATIVA DE TRABAJO

FUNDADA EL 1º DE MAYO DE 1986

En ATICO nuestros profesionales asociados lo atenderán personalmente: una diferencia a su favor.

PRESTACIONES

CENTRO DE DIA: INTERVENCION EN CRISIS

SITUACIONES AGUDAS O CRONICAS DESCOMPENSADAS.

SISTEMA DE ASISTENCIA COOPERATIVA CON EL PROFESIONAL TRATANTE.

CONSULTORIOS EXTERNOS: PSICOANALISIS, PSIQUIATRIA, PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PAREJA Y FAMILIA.

LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PUEDEN SER CONTRATADOS A TRAVES DE NOMENCOOP (NOMENCLADOR COOPERATIVO)

PSICOANALISIS IMPLICADO: LA MARCA SOCIAL Y POLITICA EN LA CLINICA ACTUAL

Coordinador: **Dr. Alfredo Grande** - Viernes 14 hs. Inicio: 3 de abril.

LO INCONSCIENTE ¿EL FIN DE UN PARADIGMA? FREUD, LACAN, EINSTEIN, PICASSO.

Coordinador: **Lic. Héctor Becerra** - Viernes 10,30 hs.

SEMINARIO: LA INSTITUCION DE LA TRANSFERENCIA

Coordinador: **Lic. Alfredo Caeiro** - Miércoles 15 a 17 hs.

PROGRAMA DE INTERCAMBIO ARGENTINO - CUBANO DE CAPACITACION EN SALUD MENTAL

Directores: **Dra. Reina Rodríguez** (La Habana, Cuba) **Dr. Alfredo Grande** (Bs. As., Argentina)

Este programa de pasantías clínicas esta abierto para colegas argentinos.

CONSEJO DE ADMINISTRACION

Presidente **Dr. Alfredo Grande**

Secretario **Lic. Héctor Becerra**

Tesorerera **CPN Silvia Entín**

Vocales **Lic. Susana Gerszenzon**

Lic. Alfredo Caeiro

Síndico Titular **Lic. Fabián Actis** -

Síndico Suplente **Lic. Marta Bonavena.**

NOMINA DE ASOCIADOS

Lic. Fabián Actis - Lic. Mónica Amanto - Lic. Héctor Becerra

Lic. Clara Benseñor - Lic. Graciela Bisogno -

Lic. Marta Bonavena - Lic. Alfredo Caeiro - Lic. Azucena de

Gregori - CPN Silvia Entín - Lic. Gabriela Gamboa -

Lic. Amalia Garbulsky - Lic. Susana Gerszenzon -

Dr. Alfredo Grande - Lic. Alicia Kassulin -

Sra. Andrea Loustaunau - Lic. Alicia Mindlis -

Lic. Lelia Sarmiento - Lic. Norberta Tissoni

**TEODORO GARCIA 2574 Y CIUDAD DE LA PAZ (1426)
BUENOS AIRES**

TELEFAX 553-3800/0683 E-mail: atico@usa.net

Clínica de la heterogeneidad...

ducción fantasmática, entre el desplazamiento, (el corrimiento metonímico) y la condensación fantasmática (la metáfora), entre la rememoración y la creación fantasmática.

Cuando afirmo que la clínica bascula, oscila entre la rememoración y la creación, afirmo también que hay un "núcleo de verdad" del que es imposible sustraerse y **simultáneamente** un "relleno fantasmático" del que sería peligroso sustraerse. Este es uno de los ejes de la clínica psicoanalítica, de la escucha, del juego entre la interpretación y la construcción.

Paula

Una paciente de 25 años cuenta que en el teatro, durante una representación de la ópera Aida tuvo una pelea con su novio. Cambia de butaca y se sienta lejos de él, y de esa manera, al no poder restablecer el diálogo, se queda sin posibilidad de volver a su casa, distante de la ciudad de Buenos Aires.

Su relato tiene varios, simultáneos, sobredeterminantes:

- La ficción de Aida y cómo se juega ésta en la subjetividad de Paula.

- La transversalidad de la relación con el novio, que queda impedido de acercarse a ella, los otros espectadores, que miran el drama en el escenario y al mismo tiempo, ella siente que observan su pelea.

- La historia real de ella, en la que no puede ser rescatada por el padre de la simbiosis con la madre.

Mi escucha-diálogo, relato compartido, va recorriendo esas **instancias**.

Aida en la ficción se ve tiroteada entre la lealtad a su padre, Amonasro, rey de Etiopía, y el amor a Radamés, joven héroe de la guerra en la cual Amonasro queda apresado. Aida, después de salvar a su padre, muere junto a su amado.

La ficción jugada en la platea es que Paula queda "perdida" en el "caos" de la platea, sin poder comunicarse con su pareja, y sin poder irse.

Aida en el drama se ve tiroteada entre el padre y el amante.

Paula, entre el caos de la indiferenciación y el poder encontrar a su pareja y a su identidad femenina.

La situación de "Aida - Paula en el teatro" convoca a la rememoración.

La rememoración, a la ficción de la luna en las pirámides.

Queda en cuestión la interpretación y la construcción. ¿Hubo interpretación? Destaco la escucha, el espacio de reconstrucción de lo "verdadero de la historia" y de lo ficcional. Seguramente ahí no pudo dejar de deslizarse una interpretación enlazando los distintos planos. Posiblemente jugué el acompañamiento al cual se refería Winnicott, de ir estableciendo relaciones.....

Esta basculación, no se refiere

sólo al par rememoración - ficcionalización, sino también a otros, como lo biológico y lo cultural, la pulsión y la sublimación, lo endogámico y lo exogámico.

La atención flotante implica la oscilación no dogmática que lleva al juego entre la referencia teórica y el despojamiento (desnudez), que implica la posibilidad de creación de nueva teoría en la singularidad de la relación.

Oscilación entre transferencia y mundo externo.....Entre objeto interno y externo.

El no saber

Los momentos de no saber, de angustia de interrogarse acerca de la identidad son momentos claves del psicoanalista y del psicoanálisis. Quienes lo pueden expresar con mayor autenticidad son los terapeutas jóvenes.

Es donde Freud se une con Artaud

La angustia puede ser tan grande que lleva al anonadamiento. Difícil de soportar, pues se contraponen con una imagen de figuración y buen saber.

¿Cómo combinar, sin achatar su riqueza, el estar sumergidos en la nada y la conceptualización?

Artaud, cuando cree en el cine, le acredita, no el poder hacer, no el pensar el todo sino por el contrario, una fuerza disociadora que introduciría una "figura de nada, un agujero en las apariencias" (Deleuze, ídem)

El lector se preguntará ¿cómo soportar esas coincidencias con la nada, con lo real, con lo imaginario?

¿Cómo sobrepasar la dicotomía que se da entre el desconocimiento real frente al otro, la desesperación y por otro lado la paz imprescindible de la escucha y de la cura? Es que en ese momento el otro parece acompañarnos: los maestros, los dioses, los pares, la sabiduría. Es un posicionamiento posible tras un duro trabajo. Pero el posicionamiento no implica soberbia ni uso del poder.

El juego interminable entre la identificación con lo imposible del otro en la sesión y simultáneamente, el lugar de escucha, permite direccionar la cura, no quedarse en la identificación, poder escuchar con oído pleno, con el cuerpo, salir del lugar del desamparo. Sabiendo que hay cartografías.

Pero que el camino o los caminos deben transitarse, hacerse, para que se borren y para volver a hacerlos.

Quedan reflejos de caminante, percepción de iluminación, de claros en el bosque, (Heidegger).

La clínica del analista

El desconcierto, el adherirse a una teoría, a una escuela, a una técnica, el creer, el descreer, el pensarse como víctima, el no encontrar caminos y otros aspectos me llevaron a pensar que, si es que hay nue-

vas patologías, hay también nuevos posicionamientos en la identidad como psicoanalistas.

El más pesado de los pesos

El mal de amor nos sumerge en un mar desnudo.

Quien lo sufre revela las profundidades humanas en las que estamos implicados. Si la clínica y la terapia psicoanalítica son una cura desde y del amor, quien viene con mal de amor nos plantea un tema clave.

Matilde se enamora de alguien que no puede hacer ningún nuevo proyecto. Representante, parece ser, de una masculinidad del posmodernismo o simplemente alguien en duelo.

¿Por qué elige ser elegida Matilde por este flaco - caballero? (me viene a la mente el caballero de la triste figura, El Quijote, a quien le faltaban unos kilos pero no pasión por el mundo)

Dice ser defraudada por promesas no cumplidas.

¿Cómo no defraudarla en la terapia si ése parece ser el destino de su amor? Destino que posiblemente juegue como lo juega ahora y ya jugó en terapias anteriores. Fue defraudada por relaciones de pareja anteriores, y no sólo: en sus relaciones parentales parece haber algo de este tenor. Aquello que "sufrir" pasivamente, en realidad, es una puesta en escena de una escena en la cual su objeto de amor primigenio la defrauda..... de su ilusión. Queda prendada a esa primera escena, y la repite.

Dice Nietzsche: *Qué dirías si algún día o una noche un demonio se deslizase hasta tu más apartada soledad y te dijese: "Esta vida tal como la vives ahora y tal como la has vivido tendrás que vivirla una vez más y un infinito número de veces; nada nuevo habrá en ella, sino que cada dolor y cada placer, cada pensamiento y cada gemido, y todo lo infinitamente pequeño y grande de tu vida, tendrá que retornar a ti, y todo en el mismo orden y en la misma sucesión e igualmente esta araña y este claro de luna entre los árboles y también este instante y yo mismo. El eterno reloj de arena de la existencia no cesará de ser invertido de nuevo y tú con el corpúsculo de polvo!*

¿No te arrojarías al suelo, rechinando los dientes y maldiciendo al demonio que así te hablara? O bien has vivido ya el instante prodigioso en que podrías responderle: ¡Tú eres un Dios y jamás he oído algo más divino! Si este pensamiento ejerciera sobre ti su imperio te transformaría haciendo de ti tal como eres, otro, te aniquilaría quizás; la cuestión a propósito de todo o cada cosa ¿quieres esto aún una vez más y un número infinito de veces? Pesaría como el peso más pesado sobre tu proceder. O bien ¿cómo tendrías que estimarte a ti mismo y a la vida para no desear nada más que esta última eterna confirmación y sanción? (aforismo 341 de La gaya ciencia comentado por Bruno L. G. Piccione en Instante y Autenticidad en Nietzsche Actual e Inactual, of de public del CBC, 1996. Subrayado por M.J.B.

Piccione comenta que asoman dos enfoques: el nihilista, para quien todo es en vano o el existencial aquél de la pervivencia del instante y, por ende, de la importancia de querer lo repetible, tal como fue, para todo la eternidad. (Ídem, pag 135)

Según Nietzsche entonces, en esa repetición está también la posibilidad de la transformación. Transformación que implica resignificación, metafórica, creación poética.

El acompañar en esa repetición, sin repetir en todos los planos, a la paciente, no es tarea fácil. ¿Pero cuál es el plano de la repetición con la paciente? En su fantasmática, el analista no podrá dejar de defraudar, ante la presión en lo imaginario del deseo de la repetición, de la unión primigenia. Defraudador, buscado como para confirmar el goce de la repetición en el sufrimiento. Defraudador en lo imaginario de la paciente.

Lugar de ley en lo simbólico. Defraudador para Matilde, en un pacto ilusorio, imaginario y denegatorio de la realidad del encuadre psicoanalítico, en el cual la ley de la abstinencia reina.

Lugar de padre simbolizante, quien, desde el interjuego entre la denegación por un lado y, por el otro, la confirmación de la ley, permite que exista otra mirada, para la posibilidad de otro goce distinto al del sufrimiento con la repetición.

Luz de luna, (reflejo de la del sol, dice el pensamiento científico), posibilitante de la fuerza de las mareas, de la fuerza de los dioses, parafraseando a Nietzsche.

Posicionamiento en relación al narcisismo, en cuanto a la valoración trágica de las potencias puestas en juego en la repetición (con la posibilidad de su transformación), versus el rechazo melancólico de esas potencias, en el cual la queja es el acompañamiento de lo imposible.

El mal de amor no parece ser simplemente un déficit sino también el transportar un monto de odio.

Cuando Matilde es defraudada, consagra un defraudador, lo crea. De esta manera imposibilita la posibilidad del otro. En la transferencia, ¿cómo no ser el defraudador? ¿Cómo jugar ese lugar de creación, ese segundo aspecto que señalaba Nietzsche y remarcaba Piccione?

Ella, cubierta de deseo, se lamenta por el vacío de deseo en él. Pero el vacío, el espacio de él, es también una zona de su subjetividad proyectada en él. La proyección es un mecanismo primario por el cual es colocado en el otro aquello que no puede ser aprehendido por el sujeto.

El valor positivo del mecanismo, es la puesta en escena, la intensidad dramática, que deja huellas, marcas significantes de una doble estructura: la del sujeto, en este caso Matilde, y la de la relación intersubjetiva, la situación de pareja. Nuevamente Nietzsche.

Pero ese vacío ¿no estará ha-

ciendo presente aquello que Green denomina el trabajo de lo negativo, en el cual la pulsión de muerte y la destructividad reinan?

El analista en estas situaciones parece hacerse cargo, por un lado, del dolor y la carencia de la paciente. Al mismo tiempo no debe olvidar ni renegar del componente de destructividad jugado con el analista y en la transferencia. Debe estar prevenido que si se está jugando el pecho bueno,..... no se la debe creer totalmente.

La escena mítica de Breuer con la histérica, en la que huye espantado cuando ella (Anna O.) le echa los brazos al cuello, y la carta de Freud a Fliess donde afirma que ya no cree en su neurótica, parecen amargas constataciones de un real que se hace presente con el color de la transferencia.

Mundos espejados

Vivimos en mundos espejados.

La tradición oriental lo interpreta, por ejemplo, como reencarnación o repetición.

Nietzsche, como el eterno retorno.

Es eje temático en Borges. El espejo es símbolo de estos mundos. Funes el memorioso espeja en su memoria lo real de los acontecimientos, de tal manera que el relato que hace dura el mismo tiempo que los acontecimientos vividos.

Las palabras y la memoria son espejos de lo real.

Trouffaut en el film "La noche americana" juega con lo real de la película que está filmando y, al mismo tiempo, con los acontecimientos por fuera de la película, que se espejean el uno en el otro.

La relación analítica es un nido de espejamiento.

La escucha es simplemente poder entrar en el mundo del otro y espejar. No es evaluar sino escuchar.

Cuando los espejos concuerdan, cuando se sobrepasó el temor a la imagen del otro, ahí hay lugar de creación. Llámese técnicamente como se llame. Puede ser interpretación, construcción, etc.

Sostuve la mirada persecutoria en esa primera entrevista.

Pude no atemorizarme con su temor y sus fantasmas. Le dije que no estaba para evaluarlo sino para escucharlo. Le ofrecí el dispositivo analítico para que explayara sus temores.

No me asusté ni rompí, pero sí resoné con él. Los fantasmas se atenúan.

El eterno retorno, en esa sesión, pudo llegar a tener otro destino.

Quizás pudo "agarrarse".

¿ De mi persona?

De mi investidura para poder cambiarlo.

1 Buchbinder, Mario J. "Poética del desenmascaramiento. Caminos de la cura", Ed. Planeta, Bs. As., 1993. "Las Máscaras de las Máscaras", coautor con Matoso, Elina, Ed. Letra Viva, Bs. As., 1980, reedición E.U.D.E.B.A., 1994.

2 Deleuze, G., La imagen-tiempo. Estudio sobre cine 2, Paidós, Barcelona, 1996.