



INTERSECCIONES PSI
REVISTA ELECTRÓNICA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UBA

INTERSECCIONES

Colaboran en este número

Año 8 - Número 27
Junio de 2018

**Secretaría de Extensión,
Cultura y Bienestar
Universitario**
Pablo Muñoz

Director general
Jorge A. Biglieri

Director editorial
Gabriel E. Guralnik

Jefe de Redacción
Alejandro Polledo

Diseño
Agustina Espector

Diagramación
Alejandro Zeitlin
Sergio Scotto

Sabina Cabariti
Oswaldo Delgado
Aridnaj De Oliveira Lima
Juan David Nasio
Romina Kosovsky
Eric Laurent
Gabriela Perrotta
Lucía Rossi



PERSPECTIVAS

El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia	3
El cuerpo y la neurosis obsesiva	7
Osvaldo Delgado	
Historia de las drogas y sus usos	9
Lucía Rossi	
El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias	9
Romina Kosovsky	
Conferencia dictada en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - Noviembre 2012	12
Juan David Nasio	
Embarazo y maternidad en la adolescencia	14
Gabriela Perrotta	

ABORDAJES

Colgado de la vida: Análisis de un caso de psicosis	20
Aridnáj De Oliveira Lima	

ACTUALIDAD

Asistencia con perros para el tratamiento del autismo: una novedosa clase en el marco de la materia neurofisiología	23
--	----

PERSPECTIVAS

El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia



El prestigioso psicoanalista francés Eric Laurent participó del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. Allí pronunció una conferencia en la cual trató el tema del fracaso del control de la infancia en la sociedad actual y el lugar que le cabe al Psicoanálisis en esta crisis. Se refirió al debate en torno al DSM-V y su creación de etiquetas, así como al autismo como una de las tres epidemias del siglo.

Oswaldo Delgado: Buenas tardes, vamos a comenzar con esta conferencia. En este IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación y VIII Encuentro de Psicología del Mercosur, que tiene por título “Desarrollo Humano. Problemáticas de la Subjetividad en Salud Mental. Desafíos de la Psicología Contemporánea”.

Tengo el gran honor y el placer de presentar la conferencia de Eric Laurent titulada “El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia”. Eric Laurent ha venido a Buenos Aires para participar como invitado especial en las Jornadas Anuales de la Escuela de Orientación Lacaniana, que se realizarán los días 1 y 2 de diciembre en el Hotel Panamericano. Dichas jornadas tienen por título “La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones”. Nuestro invitado, Eric Laurent, ha sido analizante y discípulo destacado del Dr. Jacques Lacan; es AME de la Escuela de Orientación Lacaniana, de la Escuela Causa Freudiana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, de la cual fue su presidente. Es autor de un sinnúmero de libros y artículos y dictante, junto con Jacques Alain Miller, del curso “De otro que no existe y su comité de ética”. Las enseñanzas de Laurent se reflejan cotidianamente en nuestra Facultad en la enseñanza de muchos docentes y en programas como bibliografía obligatoria de distintas asignaturas, además, constan sus trabajos en muchas de las investigaciones psicoanalíticas de UBACyT. Le doy la palabra a nuestro invitado Eric Laurent.

Eric Laurent: Quiero agradecer las palabras de Oswaldo Delgado presentándome ante esta audiencia tan numerosa. Quisiera agradecer también a los organizadores del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, especialmente a la decana Néli

Cervone y a la vicedecana, la señora Lucía Rossi.

He elegido como título “El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia” debido al subtítulo del Congreso mismo, que es “Desarrollo Humano. Problemáticas de la Subjetividad y Salud Mental. Desafíos de la Psicología Contemporánea.” Creo que, sin duda, uno de los desafíos del siglo es cómo enfrentar con el Psicoanálisis este novel movimiento del control de la infancia y de la crisis del control de la infancia, del cual vamos a examinar las paradojas para ubicar más precisamente el papel del psicoanálisis con los niños. Primero quisiera subrayar que la experiencia de la infancia en nuestra época es más solitaria que en el siglo XX. Esta infancia está contaminada de manera particular por el individualismo de masa de la época. Es una de las consecuencias de las reconfiguraciones de las familias en las cuales se ven los efectos de las dificultades particulares que tienen los padres para insertarse en el mundo del trabajo tal como es en esta post crisis, dificultad de insertarse en estos contratos que rigen el mundo laboral. Las mujeres madres son solicitadas a un nivel desconocido en la época precedente, con un estatuto mismo tiempo más precario, pero también con una llamada a trabajo de las mujeres que tiene una importancia como nunca se vio en el mercado del trabajo. Esta movilización de los padres hace que los niños sean más solitarios; también lo son porque tienen menos hermanos, las familias numerosas son cada vez más escasas; los abuelos, que viven mucho más que en la época precedente, viven más lejos. Las familias recompuestas, al mismo tiempo, resuelven algunos problemas. Es gracias a los divorcios que, finalmente, el nivel de reproducción de un país se mantiene; los más divorcios, los más niños después. Pero esas familias recompuestas por sí mismas producen problemas. Estos niños más solitarios pasan más tiempo en chats, por Internet, en juegos en red, o solos en frente de la tele, que descuidada, fundamentalmente. Todas esas pantallas miran a esta infancia, la cuidan, instalan una dependencia que el niño reencontrará cuando sea más grande en las ofertas del mercado de las drogas adaptadas a la adolescencia.

Esta oferta esconde algo, se esconde que el objeto es el niño mismo, que es objeto de goce. La experiencia del niño como objeto de goce va en contra de la posición del niño como ideal en el deseo de los padres. El niño como ideal de los padres lleva a un modo de enloquecimiento propio de las familias con sus ideales, pero el niño como objeto de goce es otra consideración. Y siempre entran en tensión el ideal y el deseo del niño y el niño como goce. Lacan lo decía de una manera fuerte, cuando decía: “un niño es el aborto espontáneo del deseo que lo llevó al mundo”. Todo niño es un salvador de la familia finalmente mal hecho. Esta dimensión de objeto de goce, producido como objeto, es una experiencia de nuestra época, más clara que antes gracias a lo que permite la biología: ruptura entre filiación y producción del niño. Si hay un campo en el cual lo real está tocado es dentro de la producción del niño.

PERSPECTIVAS

En el siglo XX se podía hablar de reproducción o fecundación asistida; en el siglo XXI, hablamos de procreación reinventada por la biología, articulada de manera central. Estamos, gracias a los avances de la biología, al inicio de una experimentación en el humano. Con las células madres se podrán producir al mismo tiempo óvulos y espermatozoides con las mismas células, es decir, dos hombres podrán tener hijos con la fecundación de un embrión que puede ser introducido después en el cuerpo de una mujer que se puede alquilar para la gestación, pero producido como tal con el código de ADN de estos hombres. Esto no es reproducción asistida, es creación de un nuevo modo de introducir líneas reproductivas. Vemos un abanico de múltiples técnicas nuevas, que van desde la estimulación ovárica hasta la gestación para otros, etc.; se ha producido un campo en el cual surge una verdadera industria de producción de niños high tech, que implica un constante control de calidad en todos los niveles. Es decir, en este sentido, es una infancia bajo control desde el momento de la procreación. Débora Spar, que es la directora, la decana, de la Barnard School en New York City, en la que Obama eligió dirigirse a las jóvenes mujeres americanas durante su campaña presidencial, en la cual las mujeres desempeñaron un papel muy importante. ... Débora Spar, antes de ser decana era profesora de Economía en Harvard, en la Harvard Business School, y escribió un libro decisivo que se llama *Baby Business, How Money, Science, and Politics Drive the Commerce of Conception* (Baby Business y Cómo el Dinero, la Ciencia y la Política Conducen el Negocio de la Concepción). Ella, como buena profesora de economía, ha cifrado de manera precisa cómo se puede definir esta industria; la cifra es de 3 billones de dólares. Dentro de este mercado, si se lo considera como un mercado, se puede definir el precio preciso de una gestación: entre 10 mil y 75 mil dólares. El precio de un óvulo es de 3 mil a 100 mil dólares, dependiendo de la calidad del genoma que se pueda descifrar. Ahora que el precio de tener el propio genoma completamente traducido bajada año más, las estudiantes pagan sus estudios dando óvulos y pueden garantizar el físico con una foto y, como son estudiantes precisamente de Barnard o Harvard, entonces, sus óvulos valen mucho más. La creación de un embrión cuesta de 6 mil a 20 mil dólares. Los diagnósticos preimplantatorios permiten definir el sexo del niño y ahora el 80% de los mismos, que son voluntarios, son hechos para determinar el sexo del niño. En este mercado los hombres no pueden competir: la donación de esperma, 275 miserables dólares. Lo que es seguro es que este control del niño desde su producción, desde la concepción, implica normas de regulación y va a surgir el tema de cómo regular. Los métodos de regulación, dice Spar, se pueden repartir en cuatro tipos de modelos: el primero, considera que el niño es un producto de lujo, en tanto que producto de lujo no hay que regular; el segundo, considera al niño como una droga, como una cocaína, entonces, hay que prohibir y/o regular; o se lo considera como un órgano sustituido que implica sacarlo del mercado, del negocio, para mantenerlo en nivel del don, como hay dones de órganos en general; o se lo considera como una prótesis, entonces, se puede subvencionar y regular. En Europa se considera al niño como prótesis y es pagado por la seguridad social.

Lo que se escucha dentro de esta industria, que se va a regular con normas, leyes, mercado articulado a zonas no comerciales, es que el deseo -por ejemplo, el deseo de producción de un niño sin ningún defecto, el cero defecto, como en los coches- es el fantasma que rodea y que está por todas partes dentro de este mercado y es un punto de infinitización, porque cada vez que se apunta a algo sobre 0, cada vez que se apunta al 0, hay un

proceso efectivamente de infinitización. Esta voluntad del cero defecto implica una multiplicación, de manera enloquecedora, de los controles y normas para la infancia en gestación. Este proceso de infinitización es crucial para los síntomas de la crisis del control. Fuera de las sociedades que no tienen mercado y una sociedad democrática, vemos como los sistemas autoritarios quieren controlar también la producción de niños. Vemos en China como la política del niño único produce catástrofes, no solamente por la generalización de la corrupción, que se instala inmediatamente generando un mercado paralelo y negro, sino también porque produce depresión en las mujeres, produce el exilio voluntario para tener hijos en países fuera de China (este es uno de los factores que rige la dinámica de la inmigración china en el mundo). Vemos también las consecuencias en Turquía, donde hace poco el presidente recordó que era un deber para la mujer turca tener al menos tres niños, cuando en allí, por el desarrollo económico, el promedio de los niños se acercaba más a estos países europeos en general, que es cerca de 1.9 o 2, en el mejor de los casos.

Entonces, el control en Estados Unidos es el mercado. En Francia y España hay una serie de regulaciones múltiples que asombrana los americanos. Pero lo que hay es el surgimiento de un fenómeno nuevo que hace que, por ejemplo, un tercio de las mujeres alemanas ahora no quieren hijos. En este sentido sí se ha vuelto objeto de lujo para algunas. Un economista de Singapur resume de una manera brutal cómo es la vida allí, dice simplemente esto: "el costo de un niño supera claramente su utilidad". En este sentido sí se vuelve objeto de lujo. Es compatible con esos esfuerzos enormes que pasan por la movilización de la procreación médicamente asistida o producida. A medida en que se vuelve un objeto inútil, se vuelve cada vez objeto de pasión. Cuales sean estas distribuciones nuevas en la figura del deseo del niño, se mantiene el imperativo de controlar, de vigilar a la familia y al niño.

Ahora que las familias están descompuestas y recompuestas, lo que hace a una familia es el niño como tal. Todo el derecho de los países europeos está reconfigurándose para definir las obligaciones de los padres; cual sea la manera con la que sean definidos, el problema con los casamientos del mismo sexo, por supuesto, complica un poco el asunto, pero se hace producir nuevas ficciones legales, para estar seguros que el niño pueda contar con los compromisos y obligaciones del padre y la madre frente a él y con el lazo biológico determinado con certeza, eso permite al Estado imponer estas ficciones legales a partir de la certeza científica del lazo.

El niño mismo, que está controlado, se vuelve un órgano de control. Con el niño se vigila a las familias en las escuelas; hubo un proyecto en Francia, por ejemplo, para asegurar la escolarización obligatoria del niño antes de los tres años y así asegurarse el control del niño y de las buenas prácticas parentales, como se dice ahora. El mismo niño se vuelve una cámara de vigilancia; no solamente cada día más temprano tiene su celular con la foto, sino que él mismo se vuelve un aparato de control de sus familias en las sociedades democráticas. El niño objeto de vigilancia es al mismo tiempo un objeto de pasión. Lo vemos en la escuela, que se vuelve teatro de las pasiones. Al nivel del niño como ideal vemos todo lo que se espera de la educación en nuestros países con una economía deprimida, se espera que los niños inventen los objetos que van a permitir renovar nuestra industria y nuestros países cansados, especialmente en Europa. En esa perspectiva

PERSPECTIVAS

hay que ver que se pone sobre los hombros de los niños ideales terribles. Ya pasó por esta experiencia, antes que Europa, Asia. El desarrollo económico de finales del siglo XX en los países asiáticos fue con el peso de toda una juventud introducida al saber. La consecuencia de este enorme esfuerzo en Japón, China y Corea fue el peso de los suicidios de esos niños. En aquellos países es difícil establecer estadísticas étnicas, pero se pueden hacer en lo que funciona como segundo sistema de educación para Japón, China y Corea, que son las universidades americanas; en ellas, si se reparten los suicidios de estudiantes según el origen étnico, los de estudiantes asiáticos son tres veces más. El peso del ideal tiene su precio.

También pudimos ver, justo al final del siglo pasado y al inicio de este, cómo el adolescente fue objeto de pasión. Todo lo que fue escandaloso en las seducciones dentro de la Iglesia Católica, todo lo que apareció en la Tierra entera, el número de víctimas de seducciones por parte de sus enseñantes fue un recordatorio de que no sólo está el niño como ideal, sino como objeto de pasión, y que sigue siéndolo y que las escuelas y universidades son lugares en los que, a pesar de las cámaras de vigilancia y de los contratos que ahora hay que firmar entre doctorantes y profesores para asegurarse que no hay acoso sexual dentro de esta relación, no podremos impedir lo pasional que está en juego. Esto también es un síntoma de la crisis del control.

Se podría decir, a pesar de esto, que sí hay un lugar en el cual hay un enloquecimiento especial con los niños en la civilización; si la intuición de Foucault sobre la gestión de poblaciones por las etiquetas médico legales tiene un campo en el cual se verifica, es con la infancia.

Si uno toma el índice de la calificación por ayuda económica en los Estados Unidos o el índice de seguridad social, Social Security Disability Insurance... Si se toman estos dos índices, en los 20 años entre el 87 y 2007, se ve que el número de americanos de todas las edades que entran en esta ayuda ligada a un diagnóstico psiquiátrico, se ha multiplicado por dos y medio. En el mismo tiempo, para los niños este número se ha multiplicado por 35 veces. Hay algo que se sale de las manos. Ahora el trastorno mental de los niños es la causa principal de su discapacidad, mucho más que las minusvalías que eran antes reconocidas como retraso psicomotor o síndrome de Down, que fueron el origen de estos programas de ayuda en EEUU. Se puede decir que si hay un síntoma de la crisis del control de la infancia, es esta inflación, que invade todo el sistema DSM, que prefiero llamar la "zona DSM", igual que la zona Euro o Dólar, porque esta moneda epidemiológica se fabrica sin ningún control suficiente. En el último congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría, en junio 2012, se habló de manera central de la crisis que atraviesa todo el proceso de elaboración del DSM. No hay que pensar que porque el DSM está en su auge no está, por lo tanto, en una crisis profunda y durable. Allen Frances, que fue uno de los protagonistas de la creación del DSM IV (fue promotor en el III y director en el IV), ahora es el principal exponente de una crítica feroz al DSM V. Denuncia con una energía notable el proceso de elaboración del DSM. Tiene una crónica bisemanal en el Huffington Post que es devastadora. Primero, él considera que es demasiado dulce criticar el DSM V diciendo que trabajan por la industria farmacéutica, es demasiado dulce porque él piensa que es mucho más profundo, que es un conflicto de intereses más intelectuales, es una lucha entre expertos que sobrevaloran su campo de pertenencia y

quieren extender sus dominios transformando todos los problemas de la vida cotidiana en trastornos mentales. Frances, como fue director del DSM IV, piensa que el problema surge a partir del DSM V, pero que al inicio éste era un excelente sistema. Recuerda que antes del DSM III los diagnósticos eran muy influenciados por el psicoanálisis y que los psiquiatras no estaban de acuerdo entre sí y que al final el diagnóstico no le importaba un pepino a nadie. Ahora sí el DSM despierta un gran interés de los profesionales y del público, con todos estos criterios especificados, pero el interés es tan grande que ahora todo el mundo se fascina con esto, con los diagnósticos, y olvida un poco el porqué todo el sistema es hecho. Inmediatamente, centrarse en la producción de etiquetas produce inflación. La cuarta edición del 94 produjo inmediatamente una inflación, lo que se llama epidemias. Hay tres epidemias en los niños que no se pueden controlar (que no se ha querido) y que hacen que las cifras sean 35 veces más altas: autismo, trastorno de déficit de atención y trastornos bipolares. ¿De dónde vienen estas mutaciones extrañas en la especie humana que hacen que en 20 años se multipliquen por 30 veces? Frances, responsable del DSM IV, denuncia un sobrediagnóstico de moda en todo este campo y quiere tomar medidas autoritarias de control estadístico. Dice que lo que hay que hacer para bajar el nivel de aumentación de los autismos es sacar el Asperger de la categoría, que con esto se baja, introducir criterios matemáticamente, que con criterios de inclusión más exigentes se reduce el número de las que pueden caer bajo la categoría. Pero eso es control estadístico; la cosa fundamental es el sistema mismo, que produjo el desmantelamiento de las grandes categorías, pocas, que constituían la psicopatología, reducidas a ítems sencillos, empíricos, claramente observables sin equívoco. Esto en sí es inflacionista. El empirismo, liberado de toda hipótesis teórica, con fundamentos biológicos teóricamente supuestos y a descubrir en el futuro, produce unas etiquetas que no tienen ningún principio de limitación sobre su producción, cada vez un departamento de investigación universitario puede pensar una etiqueta nueva o mejor.

Así que el nivel de crítica es tan fuerte que hay un lobby que ahora quiere sacar el DSM de las manos de la Asociación Americana de Psiquiatría para darlo a una agencia supuestamente autónoma o independiente, vinculada al Ministerio de la Salud o la OMS. Es formidable como los responsables de las burocracias sanitarias piensan que las agencias independientes producen milagros de regulación, cuando en el caso en que existen estas agencias ellas mismas son parte del problema que se supone tienen que regular. Esto lo vemos en la zona Euro, en la cual tenemos un montón de instancias de regulación que no sirven sino para añadirse al problema, que hay que reformarlas permanentemente y entonces inventar el regulador del regulador, en una cadena infinita. Esta esperanza en la experiencia de una agencia autónoma es un trastorno a añadir en el catálogo de los trastornos, es una obnubilación de los responsables, como decía Lacan. La zona DSM necesitaría medidas más radicales para constituir un gobierno fiable y responsable que pueda tomar en cuenta los efectos perversos de las clasificaciones y los efectos nocivos sobre la población que trata de controlar. Estos efectos nocivos son especialmente notables en la intersección con los campos jurídicos, porque el DSM no es sólo un sistema clasificatorio epidemiológico, es lo que otorga la obligación a las compañías de seguros privados a pagar por un tratamiento. También es a partir de esta guía que se producen las internaciones obligatorias. Frente a esta inflación se revela que la zona DSM piensa que gestiona el campo de

PERSPECTIVAS

la salud mental según un sistema clasificatorio y bajo la forma de hipótesis científicas reconocidas por consenso en un momento dado. Es un error. La zona DSM es un instrumento de gestión de las poblaciones que no puede ignorar su autoritarismo clasificatorio. No son hipótesis científicas que verifica el sistema. En una ideología científicista lo que verifica el sistema son los efectos de masificación segregativos producidos en su nombre y la tolerancia social que hay de estos efectos perversos y negativos.

La crisis en la zona DSM será duradera y profunda. La confianza no podrá ser restablecida sin discusiones teóricas sobre los desgastes producidos por la confusión de nivel entre usos y funciones de la lengua clasificatoria que hace habla en esta zona. La crisis del control de la infancia, de la cual hemos visto algunos síntomas, permite al sujeto, a la voz de este sujeto niño, poder escucharse en los intersticios de los discursos establecidos, da una posibilidad al psicoanalista de responder a lo que se puede escuchar en las hiancias y cuando se trata de silenciar a la voz del sujeto. El psicoanalista tiene a la vez que dirigirse hacia estas voces., por ejemplo, dentro del campo del autismo, que tiene ahora una vigencia particular, debido a que se conciben leyes en serie para responder a esta demanda que surge de un problema de salud pública extraordinario (si uno piensa que, según las últimas cifras que tenemos, un niño de cada 80 puede ser diagnosticado como autista y si se añade la discrepancia entre los sexos, que ahora está en cuestión, en varones sería un niño en 60). Por supuesto, el discurso de las burocracias sanitarias se apura a responder esta urgencia y esto podría silenciar la voz de los autistas, especialmente los de alto nivel, y el psicoanalista tiene también que dar la voz a los que no se pueden escuchar, como los autistas. El analista también tiene que mirar y tomar en cuenta la angustia de los controlantes enfrentados a su impotencia y ayudarles a rechazar el fetichismo de la cifra para considerar el despertar del deseo. A medida que se produce lo que Lacan llamó los impasses de la civilización, especialmente en el campo del control de la infancia, las armas que da el psicoanálisis como pensamiento crítico permiten restaurar los márgenes de la singularidad no conforme en esta época, de un solitario que trata de reducirla a un solitario individualismo de masa controlados por dispositivos de conformidad cada vez más insoportables y, propiamente dicho, enloquecedores.

PERSPECTIVAS

El cuerpo y la neurosis obsesiva

Por Osvaldo Delgado



Impulsos, actos, ideas

Tomar el síntoma obsesivo como eje para hablar del acontecimiento de cuerpo parece ir un poco en contra de lo que nos llama habitualmente a hacer, que es -con respecto al cuerpo- tratar el síntoma histérico. Demanda de uno que sufre de su cuerpo o de su pensamiento. Es esa cercanía que la histeria tiene con su no sé: no sé qué me pasa en el cuerpo, y en general no sé que pasa. Es la parte seria de lo que llamamos la belle indifférence, el síntoma histérico, que es un hablar con su cuerpo, que se reconoce al hablar con su cuerpo. Se podría decir también que el sujeto supuesto saber pasa en el cuerpo. De tal manera que siempre anima la curiosidad de ir a ver detrás, la o lo anima eso, y por excelencia detrás de los sujetos que pretenden saber o que pretenden poder.

Ya sabemos que hay el hecho clínico de la mostración de su falta, la propia en el semblante de pobreza, de tontería, de víctima, que en definitiva alcanza a la demostración de la falta del Otro, solo que para ello se toman mucho trabajo y, en algunas ocasiones, muchos sacrificios. Se sacrifican al Otro, al hombre que aman, a la madre que detestan, al padre que idealizan. Lo que importa es que exista un deseo para que en algún momento se sepa qué buen objeto, a veces qué complicado, puede ser ella para él.

Es un tema convocante, pero en la ocasión nos hemos propuesto ir a buscar el tema de hablar con el cuerpo en la obsesión. El cuerpo está muy presente en un análisis lacaniano y no sólo en los casos de histeria. En la comparación que venimos haciendo podemos decir que a diferencia del síntoma histérico, que suele manifestarse de los modos más expresivos, el síntoma obsesivo tiene la característica de ser mucho más discreto. Se concentra por lo general en el dominio psíquico y fundamentalmente permanece como asunto privado del sujeto. No se trata del deseo, sino de su objeto, del objeto del deseo. Suele decirse, y con razón, que en la obsesión no se produce el salto a lo corporal, típico del síntoma conversivo, y nosotros trataremos de ver esa otra dimensión más callada, más escondida, más discreta del síntoma obsesivo y cómo sí se produce el salto al cuerpo. ¿Cuáles son sus formas más típicas en la obsesión? Impulsos extraños al razonamiento habitual del sujeto, actos cuya

ejecución no le proporcionan ningún placer pero de los que no puede sustraerse, de no hacerlos sobreviene la angustia. También tiene ideas fijas ajenas a su interés normal. Impulsos, actos e ideas fijas tienen en común los fenómenos de coacción, de forzamiento (Zwang).

Veamos en principio cómo las ideas obsesivas insensatas, absurdas, implican una actividad intelectual intensa que agota al sujeto, el que se siente obligado a cavilar alrededor de esas ideas como si fueran las cosas más importantes del mundo. El agotamiento subjetivo alcanza también al cuerpo, por supuesto. Lo mismo en la fuerza y el tiempo que debe contar, retirando el interés de otras cosas, para sostener las prohibiciones, renunciaciones y limitaciones de su libertad que se impone para luchar contra los crímenes a los que está incitado o las tentaciones que lo atormentan. Es la lucha contra los impulsos.

Finalmente, los actos obsesivos son inocentes e insignificantes y consisten en repeticiones y floreos ceremoniosos sobre las actividades más corrientes de la vida cotidiana, quizás los más necesarios como acostarse, levantarse, dormir, lavarse, caminar, los que terminan transformándose en problemas complicadísimos.

Es para nosotros del máximo interés captar cómo el significante que irrumpe en el cuerpo, que lo penetra, es el que lo mueve o lo paraliza.

Si bien decimos que lo esencial de la neurosis obsesiva pasa por sus pensamientos, veremos que eso es ciertamente limitado, ya que es acá que se nos permite captar, en su esencia, cómo el lenguaje -o para decirlo mejor la lengua- incide en el cuerpo, ya no diremos del sujeto sino del ser hablante o parlêtre. Y de allí es donde obtenemos también la cuestión de hablar con el cuerpo el tema del próximo ENAPOL.

Un goce escondido

El modelo obsesivo del síntoma es lo que Lacan privilegia en su última enseñanza, o sea que el síntoma es fundamentalmente real en la medida que resiste al decir. Y también por su duración. De allí lo que se relaciona con lo que Freud inventó como reacción terapéutica negativa. El síntoma se repite y se repite.

Cuando señala que el sujeto siempre es feliz, Lacan trata de pensar en una clínica sin conflicto, sustraer esa dimensión a pesar del sufrimiento, que por supuesto existe y que no obviamos. No lo obviamos pero privilegiamos lo real de la satisfacción. Cuando decimos una modalidad de goce, planteamos un retorno, un hecho de repetición. Lo mismo que al plantear la fijación de la libido, se trata siempre de un goce escondido o escamoteado y repetido. Siempre nos encontramos con el problema de que el síntoma es una satisfacción fuera de sentido, paradójica. ¿Cómo se cura alguien de una satisfacción?

PERSPECTIVAS

La satisfacción y el cuerpo

El obsesivo es siervo del pensamiento.

Lo esencial que ubicamos con respecto al obsesivo es lo que Freud descubre cuando capta que su síntoma alcanza el triunfo cuando une la prohibición con la satisfacción, de modo tal que lo que fue originariamente un mandamiento defensivo o una prohibición adquieren la dimensión de satisfacción. La satisfacción sustitutiva es tan buena como la original, si pudiera llamarse así. Lo que es evidente es que para la satisfacción libidinal no importa cuál objeto, se obtiene igualmente. Freud hace cierta distinción entre la fenomenología del síntoma y su verdad, ya que la primera impone la presencia del sufrimiento, mientras que en la otra se verifica la satisfacción libidinal que el síntoma da al sujeto. Habrá que captar la relación de la satisfacción libidinal y el cuerpo.

Conocemos la cuestión de la ambivalencia típica de los obsesivos, lo que se nota en los actos en dos tiempos cuya primera parte es anulada por la segunda, es la representación de dos impulsos antitéticos de igualdad magnitud, la antítesis del amor y el odio. Es la presencia del odio la que Freud descubrió en la base de cada síntoma obsesivo, como respuesta siempre a mano para enfrentarse a los signos del deseo del Otro que no es un desierto de goce.

La unión entre la ambivalencia y el erotismo anal tiene su origen en la experiencia particular que el sujeto hace en su relación con el objeto anal. Es allí donde por primera vez puede hacer el tanteo de reconocerse en algo, en un objeto alrededor del cual gira aquello que marca su constitución, la demanda del Otro, encarnada por la madre. Es en la experiencia con ese objeto (el a no es el puro objeto sino el demandado), y es en la experiencia realizada con ese objeto en donde ha recibido una aprobación y la admiración de quien encarna al Otro, quien simultáneamente le enseña a alejarse de eso, del producto de su satisfacción. Lacan señala que allí se puede ubicar el origen de la ambivalencia obsesiva, en tanto ese objeto a es la causa de esa ambivalencia del sí y del no. También se puede ver cómo el síntoma es de mí y sin embargo no es de mí.

En el síntoma obsesivo es en donde la causa es percibida como angustiada o sea que en él se trata del retorno de lo reprimido del deseo del Otro, de esa falta que no puede tolerarse. El obsesivo lo vela con el recurso a la demanda, que se manifiesta en su permanente necesidad de pedir autorización para sus tentativas de pasaje con el deseo. Es preciso que el Otro le demande eso. Su fantasma le permite acentuar lo imposible del desvanecimiento del sujeto de ahí su estado siempre controlante, negando el deseo del Otro. La persona experimenta que pierde el dominio de sus ideas y que está molesta por la insistencia de pensamientos bizarros, raros, extraños, e incluso de mal gusto, advierte su insistencia. Con el síntoma obsesivo el sujeto se asegura de sostener el desierto de goce en el Otro, que el goce pase a nivel del significante. O sea a más presentificación de goce, y lo sabemos, el goce se siente en el cuerpo, más proliferación de significantes.

El síntoma obsesivo demuestra de esta manera la eficacia del inconsciente que puebla al sujeto con saberes tan fatigosos como inútiles.

Fragmento de la conferencia expuesta durante las jornadas El Psicoanálisis hoy (12, 13 y 14 de junio, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires).

PERSPECTIVAS

Historia de las drogas y sus usos

Por Lucía Rossi



A primera vista, pareciera ser que el uso de drogas es tan antiguo como la humanidad. Es necesario indagar cómo fue variando la utilización de sustancias, qué significación se les atribuía y qué actores y prácticas sociales involucraban. De esta manera, podemos distinguir tres períodos que conviven, pero en los cuales la ingesta de drogas adquiere una significación peculiar: un momento de uso religioso, otro de índole medicinal, y otro de utilización social y cotidiana.

Línea de uso religioso y chamánico

El escritor británico Robert Graves señala que las antiguas culturas de Europa y América solían consumir hongos alucinógenos para provocarse estados excepcionales, con fines adivinatorios. Menciona las drogas inhalantes, las hierbas como el cannabis (que aparece tempranamente citado en textos antiguos de la Biblia, por ejemplo en la tumba del rey Salomón), el tabaco y el peyote como drogas presentes en las culturas americanas. También en la secta árabe de los hashashins –los asesinos– utilizaban el hashish de manera ritual, para provocarse estados especiales de éxtasis religioso y bélico.

En cuanto a las culturas europeas clásicas, como la griega, se puede mencionar la aspiración de sulfuros –presente por ejemplo en el oráculo de Delfos–, con la que las sibilas y sacerdotisas buscaban provocarse alucinaciones para interpretar el material onírico y proveer anticipaciones de futuro. Se trataba de un saber de los dioses sobre el futuro, sobre el destino. Las sibilas aspiraban para tener alucinaciones e interpretar los sueños que los consultantes les llevaban. Estos “oniroi” eran mensajes que los dioses dejaban a los humanos anticipando el futuro, eran imágenes anticipatorias del sueño, desancladas del cuerpo y la percepción. Las “hipnias”, en cambio, refieren al cuerpo y son materia de interpretación médica. Así lo trabajó Artemidoro en su “Interpretación de los sueños” del siglo IV. Los augures romanos siguieron en esta línea.

El trance casi bordea la muerte. El modelo es el sueño, la creencia de que cuando el alma se independiza del cuerpo, viaja. En esta línea, los egipcios consideraban la muerte como viaje o transmigración de las almas, como reaparece en los mitos de Orfeo.

Es interesante reparar además en la sensorialidad involucrada. Originariamente, se apelaba a los sentidos primitivos: el olfato y el gusto. A través del olfato, la aspiración de humos, y sulfuros; con el gusto, la ingestión de hongos. El fumar combina

ambos. Vista y oído, generalmente sentidos centrales, quedaban desplazados en su importancia. El tacto (tatuajes) tiene una importancia intermedia, aunque la carpathognosia (conocimiento a través del tacto) de los griegos muestra que parece tan primitiva como el olfato.

Uso medicinal

Antigua y originariamente imbricada a la línea religiosa, aparece el uso medicinal. De la medicina babilónica (5000 A.C.) datan tempranas referencias al uso anestésico del láudano y el opio, prescripto en tablillas de arcilla para soportar intervenciones quirúrgicas. Se conectan religión, astrología, alquimia y medicina: los mapas astrológicos del cielo, los supralunares, con los cinco elementos alquímicos y sus sustancias, imprimen simultáneamente los grabados médicos del cuerpo, vigentes hasta la Edad Media tardía.

En Egipto, medicina y teología también formaban un saber único, organizadas ambas en torno a la preocupación por la muerte, la que concebida como viaje, obligaba a la momificación del cuerpo para el regreso. Vencer la muerte en el cuerpo, invitaba a provocarla. La cultura egipcia es famosa por su especialización en venenos. Producía sofisticados destilados de sustancias puras: venenos, medicamentos, pócimas y elixires. La producción de sustancias-drogas generó una industria-pharmacoepa basada en los herbolarios, que sistematizan las especies vegetales según sus usos y efectos. El más famoso, el Pharmaton del griego Dioscórides, tiene 3000 años y clasificó 500 especies vegetales claves para la medicina griega, como el eléboro, la belladona, la mandrágora.

Si bien Hipócrates inicia la tradición de la medicina drásticamente naturalista y definitivamente separada de lo sobrenatural, también se caracterizó por la prescripción de medicinas. En sus dietas destacó a la nutrición y al aire que se respira como aspectos decisivos. El vino era la medicina griega por excelencia: graduado, medido, combinado. Como hallazgos dietarios se recomendaba la sopa-agua hervida y una receta aún vigente: la tisana de hidromiel y vino caliente para combatir la ptisis o resfrío.

Hipócrates, al ser naturalista, no distinguía entre lo psíquico y lo físico. La manía, melancolía, frenitis y delirio eran para él formas de exaltación de la sensibilidad, cuyas causas naturales eran los humores (bilis amarilla, bilis negra, flema) y sus características (frío-cálido / húmedo-seco, agrega Galeno). Los estados psicopatológicos básicos concebidos según la teoría humoral, se trataban con recursos “farmacológicos” provistos por la pharmacoepa. Para tratar la locura, médicos como Herófilo utilizaban el eléboro blanco o negro, un temible vomitivo violento, que a veces curaba y otras, mataba. Su uso estaba fundamentado en la idea de “expeler” lo “tóxico”, a través de la provocación de vómitos y purgas.

El uso y abuso de drogas llegó a ser considerado peligroso y la medicina griega

PERSPECTIVAS

debatió la cuestión entre dos extremos: la dieta de Hipócrates y el abuso de Herófilo. Hay quienes como Asclepio consideraron a los fármacos verdaderos venenos, en reacción al uso agresivo y abusivo que hacían médicos como Celso, quien al referirse al tratamiento de la manía menciona el uso de fármacos para “domar, debilitar o traumatizar al paciente”, así como el recurso de la oscuridad y ayuno para suavizar, dulcificar “hasta la bestia más salvaje”. Provocaba vómitos con eléboro negro para evacuar la bilis negra y eléboro blanco para evacuar la bilis amarilla, inducía el sueño profundo, o causaba estupores con la mandrágora. Trató la melancolía embriagando al paciente para provocar deliberadamente manía o folia furiosa.

En Roma, Galeno cuantificó el uso de “drogas”. Andrómaco –médico de Nerón– fundió la tradición egipcia y la griega en complejas recetas de hasta 600 ingredientes que aún figuran en libros de Pharmacopea del siglo XIX. Los saberes druidas de los celtas, expertos en pócimas y ungüentos de vegetales, convivieron con la medicina galena durante la Edad Media.

Los jardines antiguos y medievales tenían rincones ocupados con hierbas que se usaban para cocinar, para preparar infusiones o para curar. Funcionaban como proveedurías o almacenes vivientes, no demasiado diferenciados de la huerta y los frutales, como aún hoy muestran los Jardines del Cluny, en París.

La línea alquímica de origen egipcio y la tradición galénica de la medicina latina siguieron decursos separados de la medicina árabe, hasta que se fusionaron al reentrar en Occidente, a partir de 1300 con Arnaud de Villanova, quien en sus frecuentes viajes de Valencia, Barcelona y Montpellier, introdujo el alcohol como desinfectante y la interpretación de los sueños para los diagnósticos médicos.

Los usos sociales

Al puntuar las costumbres de la vida cotidiana con respecto al uso de drogas, no se registran casos como los actuales, pero sí las recomendaciones médicas griegas para eludir la melancolía. La eutimia se lograba festejando con amigos, la receta era vida social y vino. El vino, adjudicado a Dionisio –de origen Fenicio, o hindú según otros–, y la máquina de cerveza en la tumba de Tutankamen que inspira la actual Tooth, revelan que ambas bebidas celebratorias son tan antiguas como la humanidad.

El vino era el centro de las fiestas dionisiacas, donde festejar significaba tomar en exceso (dosificado y mezclado tenía uso medicinal). En las reuniones de hombres, los grupos de guerreros se organizaban alrededor del vino. Este ayudaba a vencer el miedo, a desafiar al rival, con él aparecían iniciativas y actos heroicos impensables. Nuevos espacios sociales, las Tabernas, dieron sede a reuniones para comer alrededor de una mesa latina, costumbre que se prolongó en la Edad Media.

El Renacimiento muestra una serie de usos sociales cotidianos que se van abriendo paso en la cultura. Según cuenta Shakespeare en sus obras, en las tabernas renacentistas se servía cerveza tibia con mandrágora rayada. De esa época data la novela de N. Macchiavello, “La Mandrágora”, una comedia de enredos y de engaños, donde esta hierba muestra su popularidad pero también sus efectos. La Julietade Shakespeare acude al monje franciscano –quien parece manejar el pharmon– y de su huerta extrae las especias para preparar una pócima capaz de producir una catalepsia controlada; el ingrediente principal es la mandrágora, o droga de la muerte simulada, peligrosísima por la cantidad de atropina que contiene. La belladona, su droga próxima, se vende hoy como té.

En la Edad Media, pueblos enteros quedaban afectados por el cornezuelo de centeno, un hongo alucinógeno que provocaba fenómenos masivos. Elixires, pócimas, brebajes y filtros “de amor” como el de Tristán e Isolda mostraban las prácticas druidas; las tradiciones populares se diferenciaban de las médicas –galénica clásica y alquímica árabe.

En el siglo XVII, los jesuitas retomaron en los hospitales el tratamiento de las enfermedades según las patologías griegas (manía, melancolía, histeria) y su pharmon –enriquecido con la herboristería americana–. En el siglo XVIII, la ciencia médica, en psicopatología, incorporó y profundizó esta perspectiva.

A fines del siglo XIX, en París, se perfiló una nueva escena que focalizaba el estudio y exploración de estados subliminales-infraconscientes: “hipnias” o “hipnosis”, sueños, angustias extremas, histeria. Propiciaban estos estados como posibilidad de búsqueda, esbozando nuevos hábitos sociales, que reflejaban estas inquietudes. El Café parisino reunía esas tendencias exóticas y ofrecía en sus mesas café, hashish, canela, chocolate y cocaína, como parte social cultural.

Repensando el material desde sus posibilidades de uso, se puede caracterizar a las drogas como sustancias capaces de provocar deliberadamente estados psíquicos excepcionales respecto de fenómenos psicológicos “normales” como el sueño. Un grupo provoca distorsión de imágenes, visualizaciones, cenestesias y alucinaciones. Otro grupo provoca efectos atenuantes, de adormecimiento de actos o sensaciones y anestesia del dolor: Orfeo y Morfeo, respectivamente. Otro grupo provoca un efecto opuesto euforizante.

Estos estados pasajeros, deliberadamente buscados y provocados en forma controlada se muestran casi indiferenciables de los estados psicopatológicos instalados, no controlables e irreversibles que la psicopatología describe: alucinaciones, depresión, manía.

Según la droga elegida y el efecto buscado, se deduce la posición subjetiva del que busca y el estado a neutralizar. Estimulantes, para un sujeto que busca desdibujar cansancio y depresión, y atenuantes para la manía. El deseo de amplificar estos efectos atenuantes y estimulantes, ha llevado a la potenciación de las drogas naturales.

El marco que se esboza, va desde el uso de sustancias para provocar estados excepcionales (antiguo como la humanidad, referido a experiencias religiosas extraordinarias y de uso limitado a los intermediarios, sacerdotes y chamanes); al uso médico natural griego en psicopatología, que medica, trata e interviene con drogas. El Pharmacon es quien provee las drogas naturales que se utilizan para las enfermedades mentales.

La popularización de las drogas generó nuevos usos culturales: para el amor, para resolver conflictos, para exploraciones subjetivas, como búsqueda deliberada de nuevos espacios sensoriales, alucinaciones, la avidéz de provocar estados especiales. Se abren nuevas necesidades y espacios sociales: según el efecto buscado, la sustancia elegida. La cocaína energiza y prolonga la actividad laboral; la marihuana y alucinógenos sirven para evadir. El fenómeno de la drogadicción actual es un fenómeno tardío del siglo XIX, masivo a partir de la Guerra del Opio, que pasiviza y pone a dormir poblaciones enteras, como preanuncio del uso político de las drogas.

PERSPECTIVAS

Lo expuesto parece indicar una tendencia propia del sujeto a buscar y propiciar ciertos estados excepcionales de goce orgánico o psicológico-psicopatológico: la somnolencia o atenuamiento como el sueño del opio, hipersensorialidad o alucinaciones, exaltación en la manía y la melancolía. Se recurre espontánea o intuitivamente a sustancias psicoactivas; a veces para provocar estados, otras, para neutralizarlos. En la adicción el deseo se compulsiviza. Hay una repetición que tiende a ligar pero que es fallida y perentoria en la conminación de realización. ¿Cuántas veces el nieto de Freud arrojó el carretel fuera de la cuna en lo que formalizó como el fort-da o primera máquina de simbolizar? Muchísimas. Compulsión a la repetición.

El artículo anterior fue presentado en las Jornadas de Prácticas Políticas e Instituciones, en el Honorable Senado de la Nación (julio 2011), Secretaría de Extensión, Facultad de Psicología, UBA.

PERSPECTIVAS

El abordaje de las terapias cognitivas en niños, adolescentes y familias

Por Romina Kosovsky



Desde comienzos de los años sesenta hasta la actualidad, la Terapia Cognitiva Conductual ha tenido un fructífero desarrollo. Podríamos hablar de una primera generación de terapia cognitiva impregnada de consideraciones basadas en el desarrollo de la conducta y en una extensa base de conocimientos e investigaciones sobre el aprendizaje. Dentro de este movimiento encontramos las teorías del aprendizaje social que ponen el énfasis en la influencia social y la capacidad autorregulatoria de las personas. En este sentido, los aportes de A. Bandura (1969) han sido fundamentales para los tratamientos cognitivos conductuales en la población de niños, adolescentes y familias. Su marco conceptual, la teoría del aprendizaje social, nos ha permitido pensar cómo contribuyen los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y conducta humanas. Asimismo, dicha teoría sugiere que una combinación de factores del entorno (sociales) y factores psicológicos influyen sobre la conducta (Bandura, 1977).

La Terapia Cognitiva Conductual sostiene que existen cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas. Estos elementos incluyen el contexto interpersonal y la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo (Beck, 1985). De esta manera, el modelo cognitivo conductual va a incorporar y enfatizar la importancia de las variables contextuales, sistémicas, interpersonales y culturales en el marco general y en particular con la población infantojuvenil.

Como terapeutas cognitivos conductuales vamos a trabajar con los patrones de pensamiento (cogniciones), conductas, emociones, teniendo en cuenta el contexto y las relaciones interpersonales que impactan sobre estas mismas variables.

Existen similitudes y a su vez grandes diferencias entre la terapia cognitiva conductual con adultos y con niños y familias. Una cuestión a tener en cuenta es que generalmente los niños y niñas no acuden a terapia por propia voluntad; la mayoría de las veces son llevados por los adultos (padres, familiares, cuidadores) o suelen ser derivados por el sistema escolar o el sistema de salud. En consecuencia, el foco de la terapia cognitiva conductual para dicha población debe tomar en consideración

la característica del trabajo con el sistema familiar, escolar y, por supuesto, con el grupo de pares.

Otra característica a considerar es que los tratamientos cognitivos conductuales suelen basarse en un enfoque experiencial, centrado en el aquí y ahora (Knell, 1993). A su vez, los tratamientos están orientados a la acción, ya que los niños suelen aprender haciendo. Y, si bien cada tratamiento tendrá un objetivo específico y particular según las necesidades de cada caso, como terapeutas cognitivos conductuales vamos a trabajar ampliando recursos, fortalezas y habilidades de afrontamiento, intentando aumentar la motivación y construyendo una fuerte alianza terapéutica, factor pilar de los tratamientos infantojuveniles, sin el cual ninguna de las técnicas o herramientas que utilizemos llegarían a buen puerto.

Según Phillip Kendall (2000), el terapeuta de niños asume diferentes roles según los requerimientos del caso. Puede desarrollarse como diagnosticador o evaluador, lo que implica recoger e integrar datos provenientes de distintas fuentes (escuela, familia, médicos, paciente) para poder realizar una síntesis de dicha información y arribar a un diagnóstico y conceptualización del caso que guiarán el plan de tratamiento. También puede ser un consultor y ayudar al niño a identificar un problema, a hallar opciones posibles y a elegir alguna de éstas. O un educador o entrenador, que ayudará al niño a descubrir y maximizar sus fortalezas, enseñando nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales para enriquecer su desarrollo.

Debemos tener en cuenta que los tratamientos cognitivos conductuales son tratamientos de tiempo limitado, estructurados y manualizados. Esto ha permitido que dichas psicoterapias hayan sido validadas empíricamente, es decir, hayan sido sometidas al veredicto de la ciencia en cuanto a su eficacia, efectividad y eficiencia. Pero más allá de la manualización, se espera que el terapeuta los aplique con flexibilidad y juicio clínico, teniendo en cuenta las variables particulares de cada caso, y para esto es fundamental realizar un buen diagnóstico y una conceptualización del caso que nos permita comprender cuáles serán los focos de tratamiento.

Los tratamientos cognitivos-conductuales para niños, adolescentes y familias deben incluir: entrevistas a padres, entrevistas familiares o vinculares, terapia para el niño, individual o grupal, orientación a padres, trabajo con la escuela y, en algunos casos, el trabajo conjunto con psicopedagogos, pediatras y/o psiquiatras.

Elegir un modelo que se ajuste a las necesidades de cada paciente y su familia

Podemos definir la conceptualización del caso como una serie de hipótesis que planteamos en función de establecer una relación entre los distintos problemas que aquejan a un paciente y su entorno. También debe sugerir mecanismos que podrían haber intervenido en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de dichos problemas, pensando el comportamiento como multideterminado, interviniendo de esta manera componentes cognitivos, comportamentales,

PERSPECTIVAS

emocionales y aspectos interpersonales.

Según Kendall (2000), los trastornos infantiles pueden agruparse en dos grandes grupos: los trastornos externalizadores y los trastornos internalizadores. Dentro de los trastornos externalizadores predominan las problemáticas basadas en la agresividad y el comportamiento disruptivo. Son cuadros en los que prepondera el déficit cognitivo entendido como la falta de un registro y procesamiento cognitivo efectivo que permita pensar alternativas para detener el impulso antes de actuar.

En dichas problemáticas, que muchas veces incluyen los llamados trastornos de conducta e impulsividad, las estrategias que utilizamos para trabajar están orientadas a proveer al niño y a su familia de herramientas destinadas a ejercitar las funciones de control ejecutivo poco desarrolladas. Dichos tratamientos incluyen: psicoeducación, estrategias de orientación a padres, estrategias de autocontrol y entrenamiento en resolución de problemas.

En esa línea, las propuestas de tratamientos de Orientación o Entrenamiento a Padres (Patterson, 1974; Barkley, 1997; Greene, 2001) van a poner el énfasis en la psicoeducación, en el refuerzo positivo de las conductas deseadas, la atención selectiva en función de aumentar las conductas valoradas del niño y la adquisición de nuevas habilidades, incrementar la tolerancia a la frustración y la flexibilidad.

En el caso de los llamados trastornos internalizadores, van a predominar la sintomatología ansiosa, depresiva y el comportamiento inhibido. Suele tratarse de cuadros en los que preponderan las distorsiones cognitivas, creencias sostenidas por una lógica rígida, repetitiva y distorsionada, como podrían ser la subestimación de los propios recursos de afrontamiento y la sobreestimación del peligro o la amenaza en los trastornos de ansiedad. Las psicoterapias destinadas a niños y familias con trastornos internalizadores deberán incluir módulos de psicoeducación y herramientas destinadas a ejercitar la exposición a las situaciones evitadas.

El tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños, propuesto por Phillip Kendall, y su versión en idioma español *El Gato valiente* (2010), propone un trabajo dividido en dos módulos. El primer módulo es de adquisición estrategias y el segundo, de exposición y práctica. El objetivo principal es enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de ansiedad y a utilizarlos como puntos de partida para el uso de estrategias de manejo de la ansiedad. Así es como el terapeuta funcionará como un modelo de afrontamiento a medida que las nuevas técnicas sean introducidas, no sólo demostrando al niño cómo es la técnica sino también las dificultades que pueden aparecer y las estrategias para superarlas.

Existen factores genéricos que van a estar incluidos en ambas modalidades de tratamiento. Así es como la alianza terapéutica y el empirismo colaborativo estarán presentes en todo tratamiento cognitivo conductual infantojuvenil. El empirismo colaborativo debe ser entendido como una modalidad de trabajo simétrico donde el terapeuta, el paciente y su familia serán socios o colaboradores en la tarea de testear creencias y estrategias, exponiéndolas a la realidad en función de evaluar su eficacia. El terapeuta estimula al niño o niña y a la familia para que ellos decidan cuál es la mejor solución.

Volviendo a los factores genéricos de las psicoterapias, debemos tener en cuenta que existen factores llamados protectores que se relacionan con aspectos interpersonales. Estos factores han sido estudiados y es importante considerarlos a la hora de trabajar

sobre las fortalezas y la prevención.

Se ha estudiado que la presencia de recursos y habilidades de aprendizaje, una elevada frecuencia de sucesos placenteros y la disponibilidad de un confidente íntimo y cercano (red social) son factores que actúan como protectores a la hora de desarrollarse un trastorno psicopatológico.

Para concluir, debemos saber que tanto en cuadros externalizadores como en trastornos internalizadores se trabajará con estrategias que permitan aprender a tolerar la frustración, sobreponerse a los fracasos, desarrollando la empatía, evaluando y haciendo atribuciones más flexibles y pudiendo pensar diferentes opciones antes de actuar.

Como terapeutas infantojuveniles enfatizamos la necesidad de atender al momento evolutivo que atraviesa el niño. La planificación de los tratamientos, así como los objetivos, las estrategias y la evaluación de los logros, deben ser acordes a la edad y al nivel madurativo de cada niño/a.

Referencias bibliográficas

- BARKLEY, R. (1999) Niños hiperactivos. Guía completa del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Barcelona: Paidós.
- BECK, J. (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización* (Cap. 1 y 2). Barcelona: Gedisa.
- BERTOLINO, B. (2006) *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes*. Barcelona: Ed. Paidós.
- FRIEDBERG, R. y MC CLURE, J. (2005) *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- KEEGAN, E. (2007) *Escritos de Psicoterapia Cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- KENDALL, P. (2000) *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. Nueva York: The Guilford Press.
- KENDALL, P. y KOSOVSKY, R. (2009). *El gato valiente. Manual para el terapeuta y cuaderno de actividades*. Buenos Aires: Akadia.

PERSPECTIVAS

Conferencia dictada en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - Noviembre 2012.

Por Juan David Nasio



Esta tarde quisiera mostrarles cómo mi experiencia de psicoanalista me ha llevado a la conclusión de que el inconsciente es la repetición. Habitualmente, solemos decir que el inconsciente se manifiesta a través de los lapsus, los actos fallidos o los sueños. Es verdad. Pero el inconsciente nos es mucho más vital e íntimo.

¿Qué es el inconsciente? Sin negar que está estructurado como un lenguaje, que es una estructura del lenguaje, prefiero considerarlo esta tarde como una pulsión, como una fuerza. El inconsciente es la fuerza soberana que nos empuja a elegir la mujer o el hombre con el que compartimos nuestra vida. Sí, es el inconsciente, no es una decisión razonada. Nos empuja a elegir la profesión que ejercemos e incluso nos empuja a elegir, en mi caso yo lo siento así, la ciudad o la casa en la que vivimos. Todas estas elecciones se nos imponen sin saber verdaderamente por qué. Sin embargo, la experiencia clínica me ha enseñado que existe otro poder del inconsciente, más irresistible todavía y al que quisiera consagrar esta conferencia: es el poder de empujarnos a repetir; nuestra vida late al ritmo de la repetición que el inconsciente impulsa. Por encima de todo, el inconsciente es la fuerza que nos empuja a reproducir activamente las mismas conductas felices (en este caso, la repetición es una repetición sana y el inconsciente una pulsión de vida) o la fuerza que nos empuja a repetir compulsivamente —me van a escuchar hablar mucho de “compulsivo” esta tarde— los mismos comportamientos enfermos (en este caso, la repetición es una repetición patológica y el inconsciente una pulsión de muerte).

Pero ¿qué es la repetición? Quisiera introducir el concepto de repetición mostrándoselos en acción, en acto, en el marco de una instantánea clínica en la que verán sobre todo cómo un psicoanalista trabaja pensando en la repetición. Luego, les propondré una definición general de la repetición y, a continuación, distinguiré dos categorías de la repetición: la repetición sana y la repetición patológica, sobre la que voy a detenerme especialmente.

Vayamos, entonces a la instantánea clínica:

Hace un tiempo, recibí por primera vez a una joven abogada llamada Raquel. Raquel vive sola y sufre periódicamente, inexplicables accesos de una tristeza inconsolable. Ella no sabe lo que la pone triste. Poco a poco, a lo largo de la entrevista, habla de

sus crisis de lágrimas, su impotencia para superarlas y del miedo a que su malestar se instale definitivamente. Mientras Raquel me habla, tengo dos ideas en mi mente. Aquí debo decirles que, en mi opinión, contrariamente a una idea que uno se hace de la posición de Freud, cuando un analista escucha a su paciente tiene que tener ideas en su mente, no estoy de acuerdo con la afirmación de que el analista debe escuchar desprovisto de toda idea a priori. Es necesario que en la entrevista el terapeuta esté mentalmente desdoblado; mientras escucha lo que el paciente le dice, al mismo tiempo, simultáneamente, el terapeuta tiene interrogantes, hipótesis y suposiciones, es decir, tiene en mente un conjunto de preconcepciones útiles (yo las llamo fecundas), surgidas de su formación y de su práctica.

Así, al escuchar a Raquel, tengo dos ideas que orientan mi atención y que conciernen la repetición. La primera idea es conocer el momento y el contexto en el que apareció la primerísima manifestación de tristeza, incluso si para ello debo remontar hasta la infancia. Hay siempre una primera vez en la que el síntoma aparece y esta aparición inicial es decisiva para comprender la causa del sufrimiento. La segunda idea que orienta mi escucha es la de pedirle a Raquel todos los detalles de las circunstancias que acompañan a esos accesos de tristeza: en qué momento del día, en el trabajo o en la casa, en qué lugar, si está sola, en presencia de alguien o pensando en alguien, en qué postura corporal se encuentra cuando se siente triste y muchas otras particularidades cuyo conocimiento me permitirá proyectarme mentalmente, imaginariamente, en el mundo interior de Raquel cuando se siente invadida por la tristeza. Es muy importante que yo me haga entender sobre este punto; el conocimiento de los detalles del síntoma de la paciente no es para informarme, es, más que nada, para permitirme sentir en mí lo que ella siente, primero, conscientemente y, si ello es posible, ya sea en las primeras entrevistas, ya sea más adelante en la cura —aunque les parezca incomprensible a quienes no han tenido la práctica—, para permitirme sentir en mí no sólo la vivencia consciente de la paciente, sino lo que ella siente inconscientemente. Es decir, que ella lo siente y no sabe que lo siente.

Esta posibilidad de sentir en mí la vivencia consciente de la paciente cuando sufre su síntoma y luego su vivencia inconsciente, de la que no se da cuenta, implica un cambio de piso: de la planta baja del síntoma descendiendo mentalmente al sótano del inconsciente donde se juega una escena de teatro que nosotros los psicoanalistas llamamos un fantasma inconsciente.

De sentir la emoción del síntoma, por ejemplo la tristeza, yo bajo entonces a sentir, si es posible, la emoción del fantasma. Un fantasma que la paciente no ve, dominado por una emoción que la paciente no siente. Es justamente esta emoción del fantasma inconsciente la que yo terapeuta quisiera sentir en mí. Al final de la conferencia vamos a volver sobre la noción del fantasma, pero digamos ahora ¿qué es un fantasma? Un fantasma es una escena difusa, como borrada, imprecisa, que quedó estampada en el inconsciente del niño en el momento de un traumatismo, eso es un fantasma. El fantasma es el recuerdo inconsciente de un psicotraumatismo infantil. Pero no es una memoria pasiva, es una herida, el fantasma es una herida abierta y sangrienta que

PERSPECTIVAS

no llega a cicatrizar y que opera como un viejo foco infeccioso que contamina todo el ser desde la infancia. Esto es el fantasma inconsciente. Por eso, considero que el fantasma es la causa inconsciente de la depresión actual de Raquel.

Insisto en decirles que cuando escucho a Raquel yo quisiera sentir en mí. Es una pretensión enorme, yo lo sé, pero pienso que ahí se define el psicoanálisis, que el psicoanálisis no se define porque hay un diván en el cual se recuesta el paciente y un analista que lo escucha. El psicoanálisis no se define por el marco de los muebles, el psicoanálisis no se define, tampoco, porque yo instituí la regla fundamental al principio de la cura, el psicoanálisis se define por el tipo de relación intensa, fuerte, entre el terapeuta y el analizado, y esa relación es esto que estoy diciendo, es decir, la capacidad, la posibilidad del terapeuta de percibir en su inconsciente el fantasma inconsciente del paciente. Por supuesto, que no podemos decir que esto sea todo el tiempo, con todos los pacientes, todas las sesiones. No, estos son momentos fuertes, no frecuentes, valiosos, y que definen la relación del terapeuta con el paciente como psicoanálisis.

Ahora bien, cuando hablamos de síntoma consciente y de fantasma inconsciente, ¿dónde situamos la repetición? Pues bien, la repetición se halla al nivel de la emoción, la emoción vivida conscientemente por la paciente cuando sufre su síntoma, repite la emoción dominante del fantasma del que la paciente no tiene consciencia. La emoción actual consciente repite una emoción infantil inconsciente. En el caso de Raquel la emoción infantil inconsciente me apareció claramente cuando la analista me confió que, por haber nacido prematuramente, la mantuvieron en incubadora durante un largo mes sin que su madre en cama hubiera podido venir a visitarla, tocarla y tomarla en sus brazos. Pensando en esa separación desgarradora comprendí que la inexplicable tristeza de la mujer de hoy era, de hecho, la repetición patológica del desamparo del bebé de ayer. Así, es ese desamparo de abandono no sentido por el bebé Raquel —un bebé no puede sentir, tener consciencia de ese desamparo, ya que es muy violento para ser registrado por su pequeña consciencia inmadura— y no sentido tampoco por la Raquel de hoy. Es precisamente ese desamparo primordial, inconsciente, lo que yo analista intento experimentar en mí. Evidentemente, estas identificaciones emocionales del terapeuta no se efectúan de golpe en el tiempo de una única entrevista, sino a lo largo de numerosas sesiones. En una palabra, focalizándome en los detalles del síntoma he podido identificarme por Raquel, abrumada por su desesperanza, y a partir de ahí me he identificado con una hipotética Raquel bebé que ha sufrido un traumatismo de abandono. Digo “hipotética” porque yo no sé lo que vivió realmente ese bebé, nadie sabe, ni siquiera la misma Raquel.

Así, he podido explicar el dolor de hoy por el desamparo de ayer y proponerle a la paciente una significación de su síntoma y esperar que se sienta aliviada. Les preciso que actualmente, al cabo de cuatro años de tratamiento, Raquel ha terminado su análisis, sus síntomas se atenuaron sensiblemente después de haber tratado con ella muchísimas veces su traumatismo infantil de abandono y de haberla conducido a revivir en sesión —también muchas veces— la soledad cruel de un recién nacido prematuro.

En resumen, la primera idea que guió mi escucha de Raquel es una idea clínica, esta idea concierne la repetición del síntoma en el tiempo, el número de veces que se ha manifestado desde su primera aparición, el número de accesos que ella ha tenido. Es lo que yo llamo la repetición temporal del síntoma, que es una repetición horizontal, porque es en la línea del tiempo. Mientras que mi segunda idea en relación con la búsqueda de los detalles del síntoma a partir de los cuales me identifico o trato de

identificarme con la emoción consciente e inconsciente de la paciente, es una idea metapsicológica. La primera repetición temporal es una idea clínica, la segunda de las identificaciones es una idea metapsicológica. Es una idea que concierne la repetición ya no temporal del síntoma, sino la repetición espacial o tópica del fantasma.

La emoción del síntoma repite verticalmente la emoción del fantasma; la tristeza de Raquel adulta repite el desamparo de Raquel bebé. Tenemos, entonces, la repetición temporal del síntoma, que es una repetición horizontal y la repetición tópica del fantasma, que es una repetición vertical. La repetición temporal del síntoma es una repetición identificable y contable, el paciente sufre, por ejemplo, Raquel sufre un acceso de tristeza y va a decir “tuve un primer episodio de depresión hace tres años, después tuve otro, después uno más reciente”, etc. El paciente las reconoce, registra, cuenta la repetición del síntoma y se lo comunica al terapeuta. La repetición tópica del fantasma, al contrario, no es reconocida por el paciente y es deducida por el psicoanalista.

Dejemos un instante el consultorio del psicoanalista y consideremos la repetición en el sentido amplio del término: ¿Qué es la repetición? La repetición signa un movimiento universal, un latido, una palpación que rige el orden biológico, psíquico, social e incluso cósmico. La Tierra torna repetitivamente alrededor del sol. La historia repite los acontecimientos. Nosotros repetimos en nuestro cuerpo las mismas cosas desde el nacimiento hasta la muerte; todos los días comemos, todos los días dormimos, todos los días evacuamos, etc. Nuestro cuerpo repite y es en la repetición que se consolida como cuerpo. Y nuestro ser, desde el punto de vista psíquico también es una repetición y es el tema del cual voy a hablarles ahora. Pero déjenme primero dar una definición general de la repetición, les propongo la siguiente: La repetición es una serie de al menos dos ocurrencias donde un objeto aparece (primera ocurrencia), desaparece y reaparece (segunda ocurrencia), cada vez ligeramente diferente, aunque reconocible como siendo siempre el mismo objeto. Esto es muy importante. Yo mismo cuando comencé a trabajar el tema de la repetición no había entendido, yo decía “repetición de lo mismo”. A este tema (que va a ser un libro, probablemente el año que viene), hace diez años que lo estoy trabajando en profundidad y cada vez mejoro, comprendo. Por ejemplo, algo que hoy me parece una evidencia, pero que en aquel momento no había entendido así: “Cada vez repite lo mismo, cada vez diferente, aunque reconocible como siendo siempre el mismo objeto”, esta frase me costó años escribirla. ¿Por qué? Porque yo decía “la repetición es repetición de lo mismo”, de lo idéntico. Y no. La repetición es siempre repetición de algo que jamás es idéntico, siempre hay algo que lo hace diferente. La Tierra da vueltas alrededor del Sol, pero no es la misma en la órbita A que en la órbita B, porque el tiempo pasa y hay una usura del tiempo, algo provoca un cambio, nunca es absolutamente lo mismo, no hay lo idéntico a sí mismo que se repite, lo que se repite es lo mismo porque lo reconozco como lo mismo, pero en sí no es absolutamente idéntico. He aquí la primera de las tres leyes que presiden todo proceso repetitivo. Hay tres leyes:

- 1) La ley de lo mismo y de lo diferente (que es lo que les estoy diciendo).
- 2) La ley de la alternancia de la presencia y de la ausencia, puesto que aparece, desaparece, reaparece, desaparece... Siempre hay ese movimiento ley de la alternancia presencia-ausencia.
- 3) Esta también me tomó mucho tiempo entenderla. Es la existencia del observador que cuenta la repetición. Es una evidencia que olvidamos a menudo; sin observador no hay repetición, porque la repetición es en realidad el resultado de una actividad racional. No hay repetición sin la cabeza contable, sin contar, si usted no cuenta “1,

PERSPECTIVAS

2, 3" no hay repetición. Para que haya repetición hace falta un agente humano, es necesaria una consciencia que primero identifique un acontecimiento. Yo digo, por ejemplo, "la Tierra en este momento de su órbita, la identifico 2, lo extraigo del flujo incesante de la vida, 3, y cuento todas las veces donde la Tierra pasa por ese punto. Es decir, que esa consciencia es una consciencia que identifica, extrae y cuenta. Es así como nosotros transformamos un simple hecho en significativo, ¿qué es un significativo? Hay un libro, que fue mi primer libro, que se llama "El inconsciente a venir, la voz y la interpretación" y ahí digo en un seminario qué es el significativo. En aquella época todo el mundo repetía la frase "un significativo es lo que representa el sujeto para otros significantes". Esta es una frase de Lacan que ha tenido una celebridad extraordinaria. Yo diría así, sin contradecir esa frase, que además voy a retomar: Un significativo es todo acontecimiento... Hay gente que cree que los significantes son los fonemas, las palabras. No. Un significativo es este diploma, esta ceremonia, esta conferencia, un significativo es lo que pasa y que para mí cuenta, y que no me voy a olvidar. No hace falta que el significativo sea una palabra. Un significativo es todo acontecimiento, todo ser o toda cosa que yo formalizo en una entidad susceptible de ser contada, cuando por ejemplo yo registro las crisis sucesivas de Raquel, transformo las crisis en significantes. Cada crisis representa a Raquel en el seno de la constelación de crisis pasadas y futuras. Lacan decía "un significativo representa al sujeto para otros significantes", parafraseándolo, yo diría esta tarde: "una crisis representa al sujeto Raquel para las otras crisis pasadas y venideras". Todo significativo está, entonces, siempre integrado en una cadena repetitiva.

Justamente hablando de Lacan, a diferencia de Kierkegaard o de Deleuze (que ha escrito un libro sobre diferencia y repetición, que es un enorme texto que hace obra), Lacan va a estar en oposición a esos autores, es una oposición que viene de un clínico. Lacan va a decir "es cierto, la repetición existe si hay una consciencia humana que la cuenta, pero hay repeticiones que nos atraviesan sin que nos demos cuenta y es otro el que se da cuenta por nosotros". Podemos decir que tenemos dos posiciones diferentes frente a la repetición: o bien nos mantenemos exteriores a la serie repetitiva que nosotros contamos (por ejemplo, este paciente que me consulta porque en tantos años ha tenido tantas rupturas amorosas, y aquí este paciente es consciente de su repetición) o bien, somos el juguete inocente de una repetición que nos atraviesa y nos constituye. Esa es la palabra de Lacan, Lacan piensa que hay una repetición que nos atraviesa sin que nos demos cuenta, pero no solamente nos atraviesa, sino que además nos constituye, somos esa repetición que nos atraviesa. Este último es el caso de otro paciente, que fracasa cada vez que pone en marcha un proyecto comercial, por ejemplo, y que no se da cuenta que su fracaso es debido a un error de ubicación, un error que repite sin darse cuenta.

En una palabra, la repetición tiene tres leyes: la ley de lo mismo y de lo diferente, la ley de la alternancia/presencia/ausencia y la ley de la importancia de un observador exterior o interior que cuente la repetición o no pueda contarla.

Antes de establecer la diferencia entre la repetición sana y la repetición patológica, quisiera detenerme un instante sobre la esencia de la repetición en tanto que ella es la palpación de toda cosa viviente. Hay un filósofo que a mi entender es quien más claramente ha revelado hasta qué punto la repetición es inmanente a la vida. En La Ética, Spinoza intenta resumir toda vida en una sola tendencia fundamental, la tendencia de todo ser a perseverar en el ser. He estado siempre maravillado por esa fórmula tan poderosa que en tres palabras dice lo que es la vida. Con esta máxima, Spinoza subraya la fuerza expansiva de la vida, el impulso que se mantiene sin desfallecer y triunfa sobre todos los obstáculos. Hay varias definiciones de la

vida, muy interesantes todas; la mayor parte, ponen el acento sobre el hecho de que la vida es lo que se consume y lo que produce restos, cuando hay restos ha habido vida. Entonces, van a definir la vida en función de la producción de restos. Spinoza no. Spinoza no habla de la parte de la vida que se pudre, "todo aquello que se pudre es vida". Spinoza no toma esa posición, toma una posición, yo diría, positiva, toma la posición de que la vida es lo que avanza, y dice así: "la vida es la fuerza que hace perseverar cada cosa en su ser". Yo agrego "todo ser, por el mero hecho de existir, tiende a continuar existiendo y se forzará, por todos los medios posibles, a perseverar en su ser, repetirse y conservarse más allá de las vicisitudes de la existencia. Al pronunciar esta conferencia, ¿qué hago yo, sino perseverar en mi ser? Nuestra existencia es un plebiscito en cada instante de nuestro deseo de vivir. Cada día al levantarnos y hacer lo que tenemos que hacer decimos implícitamente sí a la vida. Sin embargo, ignoro hasta cuándo seguiré reafirmando mi afirmación cotidiana de vivir. Es mi cuerpo quien va a decidir y tras él mi inconsciente. Por el momento, ante mis dos amos, mi cuerpo y mi inconsciente, me someto y me contento con perseverar en el ser. Hoy pronuncio esta conferencia, probablemente mañana pronunciaré otras y mientras mis dos amos me sostengan, yo perseveraré en mi ser, continuaré mi marcha, mi camino. Y lo mismo ustedes; si ustedes están aquí esta tarde es porque también perseveran en su ser: quieren aprender, saber, avanzar, ampliar su Yo. Pues bien, he aquí la repetición que se confunde con la vida; me repito, persevero en mi ser y repitiéndome consolido mi identidad en la continuidad de mi existencia y ello a pesar del tiempo que pasa. Me repito, luego soy. Soy esencialmente el mismo a los seis meses, a los dos años, a los cuarenta y a los sesenta años. Soy el mismo a pesar de los innumerables cambios que me han ido modificando; cambio, pero repitiéndome sigo siendo el mismo.

Acabamos de ver cómo un psicoanalista trabaja pensando en la repetición y después de habernos detenido en la acepción general de la repetición la hemos definido como la cadencia que a lo largo de los años consolida nuestro sentimiento íntimo de ser nosotros mismos. Ahora, quisiera responder a una pregunta: ¿cuál es el objeto de la repetición?, ¿qué es lo que en nosotros se repite? Digámoslo de entrada: lo que se repite en nosotros es lo que ya ha tenido lugar: nuestro pasado. El pasado se repite, un pasado que retorna constantemente en el presente. Hay tres modos de retorno del pasado en el presente: retorna en nuestra consciencia, en nuestros actos sanos o en nuestros actos patológicos. El retorno del pasado en la consciencia y el retorno del pasado en los actos sanos los englobamos bajo el calificativo de repetición sana; por el contrario, reservamos el término de repetición patológica al retorno compulsivo de un pasado traumático que estalla en conductas irreprimibles, repetitivas, liberadoras de tensión, a veces violentas y siempre invalidantes. Digamos una palabra sobre el primer retorno del pasado, el retorno en la consciencia, que no es otro que lo que llamamos rememoración, es el caso ordinario de un recuerdo, el pasado retorna en un recuerdo, que resulta de una interpretación afectiva del pasado; digo "reinterpretación" porque todo pasado es siempre remodelado y recreado a la luz de lo que vivimos hoy día.

El segundo modo del retorno del pasado no es en nuestra memoria, sino en actos, en los actos esenciales de nuestra vida. ¿Qué es psicológicamente lo que nosotros repetimos? Lo que repetimos se produce en los actos esenciales de nuestra vida, esos actos son fundamentalmente la repetición de amar y de sufrir la pérdida o la separación. Si ustedes me preguntan qué es lo que se repite en nuestra vida desde el punto de vista psicológico, lo que se repite es nuestra manera de amar, nuestros compromisos afectivos con un ser amado, con una cosa amada (una casa un país, un lugar) o con un ideal amado. Nosotros repetimos una manera de amar y repetimos también una manera de separarnos, de perder aquello que amamos. Lo

PERSPECTIVAS

que repetimos son siempre actos ligados al amor o actos ligados a la separación. Así, cada retorno en acto de un pasado feliz en el que hemos amado o de un pasado doloroso en el que hemos sufrido una pérdida, es indiscutible que cada acto esencial de nuestra vida es un acrecentamiento de nuestro ser; cada vez que nos separamos –supongamos que nos separamos dolorosamente por una pena de amor o, al revés, nos comprometemos en una relación feliz–, cada vez que hay algo esencial que marca un pasaje de un desafío, de una prueba, nuestro ser crece y cada acto es una nueva capa que se añade y se funde con las antiguas capas que constituyen la base de nuestra personalidad.

En efecto, ¿qué somos, qué es hoy nuestro Yo, sino la sedimentación de todos los retornos en acto de un pasado intenso, ya sea feliz o doloroso? Enteramente, nuestro pasado nos sigue en cada instante; lo que hemos sentido, pensado, querido desde nuestro primer despertar, incluso desde nuestra vida embrionaria, está aquí presente en el instante actual. Nosotros somos nuestro pasado en acto. Nosotros somos nuestro inconsciente en acto, un inconsciente que se confunde con el pasado, un inconsciente que no está detrás de nosotros sino en nosotros.

Tenemos, pues, dos retornos sanos del pasado: la rememoración y el retorno en acto de un pasado emocionalmente intenso y reprimido que asimilamos al inconsciente y a las pulsiones de vida.

Vayamos ahora al tema más importante de esta conferencia, me refiero al tema de la repetición patológica y compulsiva, que conduce a muchos pacientes a consultarnos. La repetición patológica está presente en numerosos cuadros clínicos, psicopatológicos, tales como: la repetición inexplicable de fracasos graves, la multiplicación de rupturas amorosas incomprensibles, los trastornos obsesivos compulsivos y, finalmente, toda la gama de conductas adictivas, como la toxicomanía, la perversión sexual, la dependencia al juego, la delincuencia o, también, la bulimia o la anorexia. En la repetición patológica el retorno en acto es el retorno compulsivo de un pasado, ya no manera de amar o de separarnos, sino retorno compulsivo de un pasado traumático; debería decir, de una emoción traumática, forcluída y reprimida.

Digamos, por el momento, que la repetición patológica es una serie de al menos tres ocurrencias y no dos, como en la definición general, puesto que ella es compulsiva. Es al menos tres ocurrencias en la que una emoción traumática vivida por un niño violenta, forcluída y reprimida, aparece, desaparece, reaparece, reaparece y reaparece todavía varios años más tarde en la edad adulta, bajo la forma de una manifestación psicopatológica y reprimible. Pero, ¿qué es esta emoción que yo llamo emoción traumática, forcluída y reprimida? Esta emoción es una emoción vivida en la infancia o en la pubertad, en el momento de un episodio traumático, medio real medio imaginario, un episodio que yo sistematizo diciendo que son episodios o sexuales, o agresivos o tristes, en los que el sujeto se ha sentido en el centro del acontecimiento, ya sea como víctima, agente o testigo. Una emoción así, traumática, vivida por el niño o el preadolescente no es una emoción pura, no se puede decir simplificando “este niño ha sufrido un abuso sexual”, ni siquiera “este niño ha sido maltratado”, o bien “este niño ha sido abandonado”. No. Todas estas fórmulas son correctas, pero no dicen lo que el niño ha experimentado realmente en el momento del incidente traumático. La emoción infantil traumática no es una emoción pura, es una mezcla de emociones extremas y confusas. En el caso del niño víctima de un abuso sexual, la emoción que vive es una mezcla de espanto, asco y, en algunos casos, de placer, subrayo bien la palabra placer. En el caso de un niño maltratado, la emoción que vive el niño es una mezcla de espanto, dolor, odio y, en ciertos casos, también de placer. Y, finalmente, en el caso de un niño abandonado,

como el caso de Raquel, la emoción es una mezcla de espanto, tristeza e, incluso, de odio. Así nombro cada una de estas mezclas de emociones exacerbadas, intensas y confusas, que surgen en el caso de un abuso sexual, de un maltrato, de un abandono o aun de cualquier otro psicotraumatismo. Psicotraumatismo no significa una única efracción violenta, puede ser una serie de microfrazciones violentas. Muchas veces, por no decir la mayor parte de las veces, cuando podemos trabajar con nuestro paciente descubrimos que son micropsicotraumatismos regulares que pueden durar y producirse durante un año, dos años, tres años... No hay una sola efracción violenta. Digo eso porque muchas veces el terapeuta busca un incidente traumático y puede no haber un incidente traumático; es un estado progresivo, pienso en el caso de una paciente, que vamos a llamar Isabel, que tuvo relaciones incestuosas con su hermano durante cuatro años, entre sus 9 y 13 años. Evidentemente, en el inicio era una relación muy intensa, dolorosa, traumática, pero poco a poco fue como si la paciente se hubiera acostumbrado, pero seguía siendo traumático para ella.

Entonces, les pido que piensen que no hay una única efracción violenta, sino que puede haber microfrazciones regulares. Pero, en todo caso, lo que quiero decir es que, sea un solo traumatismo o varios microtraumatismos, lo que aparece cada vez no es una emoción única, sino una mezcla de emociones confusas y excesivas, que para nombrarlas yo utilizo el término lacaniano de “goce”. ¿Qué es el goce? En el contexto de esta conferencia sobre la repetición lo definiría así: El goce es una mezcla confusa de emociones agudas y violentas que se apoderan del niño en el momento de un psicotraumatismo, emociones vividas pero no registradas por una consciencia inmadura y oscurecida por el terror. Para entender la repetición es muy importante entender esto que estoy diciendo. El goce es, pues, un magma, un magma de emociones vividas, pero no representadas. Este es el punto clave. Son emociones confusamente sentidas por el niño pero no asimiladas por el Yo infantil traumatizado.

A este fenómeno extraño de vivir una emoción desbordante sin tener consciencia de vivirla, sin darle el nombre que hace falta (porque yo no puedo, porque estoy muy desbordado, porque la emoción es tan fuerte que estoy como ciego), sin simbolizarla, lo califico con el término lacaniano de “forclusión”. O, mejor aun, con una expresión que me apareció a medida que trabajaba: ictus forclusivo. Ictus, ustedes saben, es un término de la Medicina, yo utilizo ictus súbito, forclusivo, porque el sujeto no logra nombrar o reidentificar la emoción que está viviendo. El niño, sacudido por el traumatismo, forcluye el goce, lo siente en su cuerpo pero no se lo representa en su cabeza. En el traumatismo el niño sufre de lo que podemos llamar una agnosia emocional, es decir, que no reconoce las emociones que sin embargo percibe. El niño percibe la emoción pero no puede representársela mentalmente. Así, pues, es esta exclusión del mundo de las representaciones, del mundo simbólico, lo que hace que el goce, esa mezcla emocional, sea más virulento que nunca y más decidido que nunca a resurgir tal cual una y mil veces. El goce del niño, agudo y violento, inadmisibles por el mundo simbólico, deviene, a lo largo de los años, una incoercible emoción que busca cargar con su tensión incandescente el cuerpo del adulto. Lacan definía la forclusión diciendo “lo que está excluido de lo simbólico reaparece en lo real”. Esta tarde, yo diría: el goce excluido de lo simbólico en la niñez reaparece en lo real de una acción compulsiva en la edad adulta.

Avancemos ahora sobre la misma idea pero formulada de manera diferente: el goce ha nacido goce en un cuerpo joven y quiere renacer goce en un cuerpo de adulto. Aquí debo hacer una precisión importante: el niño traumatizado que no ha podido concebir una representación simbólica del goce que experimenta consigue, sin embargo, forjar en su inconsciente una representación fantasmática; a falta de una representación preconsciente -consciente de palabra, como diría Freud- el goce

PERSPECTIVAS

se enquista en una representación escénica inconsciente que designamos con el nombre de fantasma inconsciente. Al inicio de la conferencia yo he hablado del fantasma y de la escena que lo define. Ahora, quisiera ser más preciso. El fantasma inconsciente es una escena brumosa en la que la acción se ha detenido, un flash, una escena compuesta de dos o tres personajes en acción o a veces de un fragmento de acción, en el que se ve como en un primer plano una parte del cuerpo de uno de los personajes estrechando una parte del cuerpo del otro. Por ejemplo, un niño traumatizado por la visión de una disputa trágica entre sus padres va a guardar en su inconsciente el flash de las manos crispadas del padre apretando el cuello de la madre. El niño traumatizado por esta visión quedará parasitado por un fantasma nocivo que él no ve conscientemente; ese fantasma inconsciente no se ve en la cabeza, pero, sin embargo, le va a dictar conductas compulsivas cuando ese niño sea adulto. Les he dicho hace un momento que en la repetición sana el objeto que se repite es el pasado emocionalmente intenso y reprimido; ahora, les digo que en la repetición patológica el objeto que se repite es el goce traumático, forcluido y reprimido, puesto en escena y enquistado en un fantasma errante en el inconsciente.

Quisiera, ahora, esquematizar la secuencia de las diferentes etapas de la génesis del goce compulsivo. Cada vez que ustedes se encuentren ante un paciente que presenta un comportamiento compulsivo y repetitivo, podrán guiarse por la secuencia siguiente:

1)Primera etapa: psicotraumatismo en el niño, es decir, un aflujo masivo de una excitación para un Yo infantil que no puede contenerlo. Por ejemplo, si mientras estamos acá, Dios no lo quiera, se cae el techo, eso es traumatismo, porque no tenemos la capacidad de asimilar una excitación tan potente como esa. Traumatismo es siempre una ecuación: mucha excitación para un Yo que no puede contenerla. Este psicotraumatismo puede ser una efracción única o una serie de microefracciones.

2)Irrupción violenta en el niño de un magma emocional que llamamos goce.

3)Forclusión del goce o falta de simbolización. Yo hubiera podido enunciar, y me dirijo a los colegas que conocen muy bien la teoría de Lacan, "forclusión del significante del goce" o "forclusión del significante". Efectivamente, cuando Lacan habla de forclusión es siempre forclusión del nombre del padre; forclusión del significante, no forclusión del goce. Pero, el desarrollo de este trabajo y de mi reflexión me llevó (quizás haya errores y quizás tengamos que discutirlo o pensarlo) a pensar que la definición del goce no simbolizado por el niño era lo esencial de forclusión. Entonces, llamé forclusión del goce y no forclusión del significante y aun menos forclusión del significante del nombre del padre. Debo decir, también, que es fundamental comprender que si yo estoy frente a un paciente...Por ejemplo el que vi antes de venir aquí, un joven que tiene una compañera con la que está hace más de dos años, es un hombre de unos 34 años, muy bien situado socialmente. Este hombre me dice "vengo porque tengo un problema, mi mujer descubrió que entro a Internet todo el tiempo y me masturbo con imágenes pornográficas". Cuando ustedes escuchan esto piensan que es repetición temporal del síntoma o repetición espacial del fantasma. La repetición temporal del síntoma es automática, se impone naturalmente. Le pregunto cuánto tiempo hace que se masturba así, entonces me dice que desde hace mucho tiempo, desde joven. Yo hice lo que llamo la rectificación subjetiva, que es un término de Lacan que Lacan retomó de Ida Macalpine que es una gran autora de la escuela inglesa que ha escrito un texto sobre la transferencia pero también otros muy interesantes como esta idea de la rectificación subjetiva. Cuando estoy con un paciente y empieza la primera entrevista, naturalmente corrijo; entonces, él me dice "mi mujer descubrió que voy a Internet y quiere que resuelva ese problema

porque no logro no ir a Internet", "el problema no es ir a Internet, el problema es la masturbación", le digo. Ya a los 15 minutos de entrevista le pregunto en qué otras circunstancias se masturbaba: "¿cuándo esta solo?". "No, en la relación sexual", me responde. Dice que él podía hacer el amor con la compañera pero que no podía eyacular si no se masturbaba. "¿Y esto le pasaba antes o le pasa ahora?", pregunto. "Estuve con otra mujer antes, durante 8 años, y en esos 8 años jamás pude eyacular en el interior de ella". Entonces, este problema es un problema que data desde hace ya 12 años. Le agarro la mano... Debo decir que hay un problema, que no sólo yo tengo... Que cuando enseñamos tenemos un problema, porque si enseñamos exactamente lo que hacemos inducimos a los jóvenes a hacer cosas que no tienen que hacer. Cuando yo les digo que toco la mano del paciente así, que es un señor, yo no lo hacía a los 30 años de oficio, lo estoy haciendo ahora a los 48 años de oficio, entonces por favor, no lo hagan. Entonces, le tomo la mano y le digo, a propósito: "pero, quiere decir que el sexo suyo, el pene (y le señalo el pene) está como pegado con la mano y no hay otra manera que el pene eyacule sin que su mano lo toque". Dice "nunca pensé en eso". "Lo que tenemos que hacer, trabajar usted y yo, es despegar el pene de la mano", digo.

Les puedo asegurar que el paciente, con esta primera entrevista, sufre de repetición. Decir que sufre de repetición es una manera de encarar el problema. Sufre de una perturbación sexual importante, porque si en 10 años no ha podido eyacular en una mujer y tiene 34 años. Si no logramos romper esa adicción de la mano al pene probablemente este hombre no vaya a tener nunca hijos, porque para tener hijos va a tener que hacer una procreación médicamente asistida y yo ya he tenido pacientes hombres que han sido obligados a hacer una procreación médicamente asistida por una perturbación, trastornos sexuales, como este caso. He tenido un paciente que no podía penetrar el cuerpo de una mujer porque le era imposible, el tenía la imagen que el sexo de la mujer estaba como cerrado y que era un cierre peligroso que podía hacerle daño a su pene. En este caso, con este muchacho, yo tengo muchas ganas de ayudarlo, no sé si voy a poder, no sé si lograremos sacarlo de esa adicción, pero lo que yo sé es que esta teoría de la forclusión del goce es para comprender que cuando uno está frente a un paciente que repite, que tiene como una adicción que hace que no pueda eyacular en el interior del cuerpo de la mujer... En este caso, si mi teoría es justa, yo tengo que encontrar en la juventud de este hombre alguna cosa, algún incidente o una serie de microincidentes, donde este joven ha tenido esta formación del goce y que ese goce ha quedado latente durante cierto tiempo en la vida, probablemente hasta la adolescencia, donde él comienza a masturbarse, y desde ese momento, cada vez que necesita masturbarse, cada vez que tiene ese impulso incontrolable e irreprimible es el goce que está volviendo. Esta es la hipótesis que yo les someto a ustedes y les pido a los clínicos que estén acá, o a los jóvenes que van a ser clínicos, que piensen en ello, en confirmar esta hipótesis: que el acto compulsivo de hoy se explica por la aparición de un goce que ha surgido en la época de la infancia o de la prepubertad.

4)El goce, por la falta de simbolización que codena al goce a ser una bola de fuego desenfundada en el inconsciente. Esta bola de fuego está, sin embargo, revestida de una escena que llamamos fantasma inconsciente. Luego, hay represión del fantasma inconsciente. Como ven, he puesto que la forclusión precede la represión. Cuando discutí de esta teoría en París, hubo colegas que me dijeron "¿cómo, no entiendo?"; hemos aprendido que la forclusión es una cosa diferente de la represión y que no podemos decir forclusión y luego represión o viceversa. Yo considero que la represión y la forclusión son dos mecanismos de defensa del Yo. La forclusión es el mecanismo de defensa más violento que tiene el Yo, es "yo no quiero saber nada", la represión es "yo quiero olvidarme". Sin embargo, me parece, lo propongo, que forclusión del

PERSPECTIVAS

goce precede la represión del fantasma. Una cosa es el goce, que no puede ser simbolizado porque desborda la conciencia del niño, y otra cosa es la represión de un fantasma que es, justamente, una representación, la representación fantasmática. Forclusión del goce y luego represión del fantasma que lo contiene. Relegado en el inconsciente, el goce, siempre enfundado en el fantasma, queda reprimido durante varios años, desde la infancia hasta la edad adulta; durante este período de latencia, el goce fermenta, hierve y aspira solamente a una cosa: perforar la superficie del yo y desencadenar un acto impulsivo y repetitivo.

Ha llegado el momento de concluir esta conferencia diciéndoles que la finalidad terapéutica de un análisis es la de desvitalizar el fantasma infantil nocivo. Con este paciente del cual les hablé recién yo no debo solamente despegar el pene de la mano, debo también desvitalizar el fantasma inconsciente que anima esa acción compulsiva. ¿Cómo se hace, cómo procedemos? Llevando progresivamente al paciente a sentir de manera diferente cada vez y por pequeños toques emocionales el goce traumático; sentir fragmentariamente el goce pero siendo consciente de lo que está sintiendo. Nuestra misión de analistas es conducir al analizante a disociarse entre revivir el trauma y verse revivir el trauma; es eso lo que yo llamo revivencia.

Quisiera terminar esta tarde haciéndoles escuchar dos voces antiguas que vibran al unísono y nos comunican el mismo mensaje; la primera es una voz inmemorial que nos enseña que el pasado no desaparece nunca a pesar de la usura del tiempo y que renace siempre, es la voz de un viejo pensador que vivía en la Antigua Grecia en la ciudad de Tebas cinco siglos antes de nuestra era, es la voz de Píndaro, maestro inigualable de la poesía universal, escuchémoslo: "Ninguna de las cosas que han tenido lugar, sea justa, se injusta, será jamás aniquilada; el tiempo mismo, ese padre universal, no podrá impedirles haber sido". La otra voz, más cercana a nosotros resuena en eco y añade que el pasado es siempre actual, es la voz de este otro maestro, Sigmund Freud, que nos dice "Nada en la vida puede perderse, nada desaparece de lo que se ha formado, todo se conserva y puede reaparecer interminablemente". A más de dos milenios de distancia estas voces nos confían una misma verdad que yo formularía así: todo lo que para nosotros nos es vital es una repetición de lo que ya ha sido; esta verdad es la primera divisa que orienta nuestra escucha cuando estamos frente a un paciente que nos confía su malestar. Al escuchar su queja, sabemos espontáneamente que lo que él vive hoy es forzosamente la repetición de lo que vivió ayer.

PERSPECTIVAS

Embarazo y maternidad en la adolescencia

Por Gabriela Perrotta



Los embarazos en la adolescencia marcan el inicio de la conformación de una familia: ¿planificada?, ¿deseada? Este trabajo propone pensar, por un lado, en los condicionamientos de género que determinan embarazos en la adolescencia y, por otro, en el rol del psicoanalista en los equipos interdisciplinarios que trabajan con adolescentes.

Comencemos con dos preguntas: ¿Los embarazos en la adolescencia son deseados? ¿Las adolescentes que quedan embarazadas están buscando ser madres y formar una familia?

El embarazo en la adolescencia puede tomarse como indicador de acceso a la salud en tanto suele concentrarse en las poblaciones más pobres, con condiciones inadecuadas de nutrición y salud de las embarazadas. Hace años que las investigaciones sobre el tema nos muestran que los embarazos en la adolescencia están determinados por los condicionamientos de género que definen a la identidad femenina en función de la maternidad y las tareas domésticas. Este estereotipo social y cultural también determina el acceso a la salud sexual y reproductiva (SSyR).

Deseo de embarazo

Retomemos la pregunta por el deseo: Los embarazos en la adolescencia suelen no ser planificados o buscados conscientemente, pero eso no significa que no sean deseados en la mayoría de los casos. El deseo es algo complejo de definir, pero ya sea que se lo defina conceptualmente desde el psicoanálisis, se utilice la definición de diccionario o se piense en el uso cotidiano de la palabra, no se refiere a una acción voluntaria, planificada, a algo que necesariamente se busque en forma consciente. Entonces, un embarazo no buscado o no planificado no puede definirse como deseado o no deseado sólo por el hecho de no haber sido buscado conscientemente.

Los medios masivos de comunicación y muchos profesionales de la salud hablan de “embarazos no deseados” sin tener en cuenta que un embarazo que no ha sido planificado o buscado puede ser de todas maneras un embarazo deseado. Incluso un embarazo que termine en aborto provocado podría haber sido deseado, pero la mujer (adolescente o adulta) no haber podido afrontar la situación o defendido su deseo por

sobre la decisión de su familia (pareja y/o padres), que no quería que ese embarazo siguiera su curso.

Si pensamos a los embarazos en la adolescencia sólo como embarazos no deseados dejamos de lado los condicionamientos sociales y culturales, especialmente de género, que contribuyen a “construir” el deseo de embarazo. Los roles que la sociedad supone para las mujeres, como madres, esposas y amas de casa, condicionan la ocurrencia de embarazos en la adolescencia en la medida en que esa es la única manera en que muchas de estas adolescentes sienten que se realizan como mujeres y son reconocidas socialmente como tales.

Perspectiva de género

Si bien muchas veces se utiliza el término género para hablar de las mujeres y la reivindicación de sus derechos, es importante tomar esta perspectiva como aquella que se centra en las relaciones entre los sujetos, determinadas por la construcción de sus identidades de género, las que van armando acerca de su ser hombre y su ser mujer a partir de patrones culturales.

Si pensamos que el ejercicio de la sexualidad suele verse condicionado por la posición subordinada de la mujer y muchas veces por la definición de la identidad femenina asociada a la maternidad, debemos considerar las posibilidades de cada mujer para apropiarse de herramientas que le permitan reflexionar acerca de esos condicionamientos y elegir la manera de actuar frente a ellos.

Tradicionalmente, se atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad; se espera que sean madres y esposas y se remitan al ámbito de lo privado. Mientras que a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público. Estas atribuciones de mujeres y hombres, de lo que se espera de la femineidad y la masculinidad de cada uno, han sido sostenidas por hombres y mujeres a lo largo de la historia y son cuestionadas por los estudios de mujeres y luego por los estudios de género debido a las desigualdades sociales que implican, especialmente la desigualdad de las mujeres como sujetos de derecho. El cuestionamiento se refiere también a la definición de la femineidad y la masculinidad como conceptos cerrados, que responden a roles determinados, que a su vez dependerían del sexo biológico.

Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica sostener que cada cultura construye su forma de “ser mujer” y de “ser varón” y que además cada sujeto construye su manera particular de ser mujer u hombre.

Entonces, la construcción acerca de la femineidad y la masculinidad se realiza en un entrecruzamiento entre diferentes aspectos: socioculturales, históricos, políticos, económicos, familiares. Y también subjetivos, singulares de cada sujeto. Además de tener en cuenta las diferencias de género como inequidades sociales

PERSPECTIVAS

entre hombres y mujeres, es necesario pensarlas en su relación con las diferencias de clase social, edad, condiciones materiales de vida.

La construcción de las subjetividades femeninas y masculinas determina formas de vivir, de enfermar, de padecer, de buscar placer y de ejercer la sexualidad. Esas construcciones, si bien responden a modelos generales o universales, encuentran características particulares en cada población, grupo étnico y grupo social.

Tener en cuenta la perspectiva de género al abordar la temática de los embarazos en la adolescencia implica prestar atención al posicionamiento subjetivo que cada uno o cada una puede tomar con respecto a los roles de género, los condicionamientos de las relaciones entre hombres y mujeres y también los condicionamientos con respecto a la salud, especialmente la salud sexual y reproductiva.

Si tomamos como ejemplo la situación de las adolescentes de Villa 20, nos encontramos con que estas chicas piensan que ser mujer es ser madre y sienten que son mujeres si son madres. También piensan que la sociedad las reconoce como mujeres y las respeta sólo si son madres. Para ellas es “natural” que los hombres quieran tener relaciones sexuales. Ellas sólo pueden decir “sí” o “no”, en caso de que sea una propuesta; pero en general sienten que son presionadas y no pueden elegir. Para estas chicas, la iniciación sexual aparece asociada al embarazo como una consecuencia inevitable, a pesar de los cuidados anticonceptivos (Perrotta, 2007).

El psicoanalista en el equipo interdisciplinario

Al hablar del psicoanalista en el equipo de salud nos interesa particularmente evitar la oposición y la exclusión que suele plantearse en el ámbito universitario, especialmente, entre el Psicoanálisis y la Psicología de la salud o cualquier rama profesional que sostenga la posibilidad del trabajo interdisciplinario (Perrotta 2005, 2006 y 2011).

Sostenemos, por otro lado, que el modelo médico hegemónico, el saber ubicado del lado del profesional de la salud y la objetivación del paciente/sujeto no son posiciones exclusivas de los médicos dentro del sistema de salud.

La posición crítica del psicoanalista en el equipo de salud permite poner en evidencia que los sujetos hablan a través de sus cuerpos y sus síntomas y que escuchar al sujeto en su singularidad posibilita, al menos, hacer lugar a los padecimientos subjetivos en lugar de sólo ponerles rótulo con un diagnóstico.

También pensamos que la perspectiva de género y el reconocimiento de los estereotipos que determinan una regulación histórica de los cuerpos, permite abrir una puerta, en el ámbito médico, a la escucha de las mujeres y de cada mujer en su singularidad, al tener en cuenta determinaciones sociales y culturales que se imprimen en la subjetividad de cada una. Nuestra perspectiva sostiene que el psicoanalista en el equipo de salud favorece esa puerta de entrada al introducir una posición crítica al interior del equipo.

Reflexiones

La construcción social y cultural acerca de la femineidad y la maternidad tienen un peso muy importante en la construcción de la subjetividad. Esto se pondrá en juego en las adolescentes de acuerdo a sus diferencias subjetivas al tomar decisiones con

respecto a su salud sexual y reproductiva. Cuando hablamos de decisiones no nos referimos sólo a las decisiones voluntarias, conscientes, razonadas; también estamos hablando de las decisiones tomadas inconscientemente, entre ellas, la manera en la que ejercen su sexualidad, que lleva a veces a embarazos no buscados. Los discursos y mandatos familiares —sobre todo maternos—, aunque no sean siempre explícitos e incluso sean paradójales, también tienen un rol importante que determina a las hijas y sus actitudes y decisiones (Perrotta, 2010).

Los embarazos adolescentes, si bien muchas veces no son planeados ni buscados, suelen responder a los mandatos con respecto al rol de la mujer como madre, esposa y ama de casa, mandatos que hacen que las adolescentes de algunos sectores sociales no tomen precauciones (o no las tomen correcta y sistemáticamente) para evitar embarazos tempranos. Esos embarazos no buscados, en general, son de todas maneras aceptados y muchas veces bien recibidos porque se presentan como esperables frente a la conformación de una pareja, una familia y al rol de la mujer en la sociedad y la cultura.

Las condiciones de vida de estas adolescentes y los roles estereotipados que asignan a mujeres y varones, contribuyen a que su constitución subjetiva las lleve a veces a ser lo único que sienten que pueden ser: madres y esposas. Esto, sumado al conocimiento errado (o desconocimiento) con respecto a sus cuerpos y al uso de métodos anticonceptivos, provoca frecuentemente embarazos no buscados.

Prestar atención a las características de las adolescentes de sectores populares y a los condicionamientos de género para diseñar una estrategia de promoción de la SSyR para ellas, debe dejar lugar a las singularidades de cada una y a crear otros espacios donde esas singularidades sean escuchadas. En esta tarea, el psicoanalista tiene un rol fundamental en el equipo interdisciplinario.

Referencias Bibliográficas

CHECA, S. (comp.), 2003, Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia, Ed. Paidós, Bs. As.

GOGNA, M., (comp.), 2005, Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES. Bs. As.

LAMAS, M., 1996, Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”, en Lamas, M. (Comp.), El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, Porrúa, México.

PANTELIDES, E., 2004, Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina, in Notas de Población Año XXXI N° 78, Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile.

PERROTTA, G., 2005, Aportes del Psicoanálisis al trabajo interdisciplinario en salud sexual y reproductiva, en Memorias de las XII Jornadas de Investigación Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: Avances, nuevos desarrollos e integración regional. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA. Argentina.

PERROTTA, G., 2006, El Psicoanalista en el Primer Nivel de Atención de la Salud, en Trimboli et al. (comp.), Encrucijadas actuales en Salud Mental, Librería Acadia Ed., Bs. As. Argentina.

PERSPECTIVAS

PERROTTA, G., 2007, Embarazos en la Adolescencia: ¿Accidente, deseo, destino?, en Memorias de XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "La Investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza". Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. ISSN: 1667-6750. Págs. 282 a 284.

PERROTTA, G., 2008, Los profesionales de salud mental y la perspectiva de género en el acceso de adolescentes a la salud sexual y reproductiva, en Trimboli, A. et al. (comp.), Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos. Perspectivas clínicas, políticas, sociales y filosóficas, AASM, Serie Conexiones, Bs. As., Argentina, págs. 744/746.

PERROTTA, G., 2010, La perspectiva de género en salud sexual y reproductiva, en Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales". Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. ISSN: 1667-6750. Págs. 289/290.

PERROTTA, G., 2011, Concepciones de Sujeto, Cuerpo y Síntoma en Medicina y Psicoanálisis, en Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales". Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. ISSN: 1667-6750. Págs. 164/168..

ABORDAJES

Colgado de la vida: Análisis de un caso de psicosis

Por Aridnáj De Oliveira Lima



1. RESUMEN:

El dispositivo de presentación de enfermos puede ser un importante recurso utilizado por el psicoanalista cuando se presenta un obstáculo en el transcurso del tratamiento. Trataremos de abordar aquí, desde la perspectiva lacaniana, el análisis de un caso de psicosis, llevado a este dispositivo.

2. INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo trata del análisis de un caso presentado el 10 de mayo de 2018 en el dispositivo de Presentación de Enfermos del Hospital Borda en Buenos Aires. Llamaremos al caso, de Caso Darío. La presentación de este caso fue solicitada por la analista quien encontraba dificultades de establecer un diagnóstico y así trazar un camino hacia la dirección de la cura.

Una situación posible que se puede presentar cuando un analista recurre al dispositivo de presentación de enfermos, es que el paciente no quiera, por distintas razones, presentarse. Fue lo que ocurrió en el caso que será trabajado a seguir, pero igualmente el caso fue presentado por su analista y analizado junto al Profesor Gabriel Lombardi. Entonces, ¿Por qué hablar de un caso vinculado al dispositivo de presentación de enfermos, si el paciente no se presentó? La respuesta se debe a que pudimos observar que el hecho de no presentarse al dispositivo, al cual el propio paciente había anteriormente demostrado gran interés en participar, estaba nítidamente vinculado a su síntoma, a su propio padecer, lo que arroja luz a la interpretación de que, al no estar físicamente presente en el dispositivo, el enfermo de alguna forma estaba mostrándose, estaba hablando con su acto, con su ausencia.

El sujeto es un hombre de 31 años que fue internado en el Borda en 2011 por intento de suicidio. En total, 5 intentos entre 2011 y 2012, generalmente colgándose en un árbol que está en su casa y siendo rescatado por la madre. Posteriormente las internaciones se dieron por consumo de alcohol y drogas. Está medicalizado y asiste a cada 15 días al Borda, pero muchas veces no va y no logra seguir un tratamiento continuado. Su principal síntoma es que no logra sostener nada de lo que hace, según las palabras de su analista: "se cae". No hubo más intentos de suicidio pero

tampoco ha encontrado sentido en nada. A lo largo del informe serán presentadas viñetas articuladas al material teórico.

Al contar el caso, la analista habla de su dificultad para llegar a un diagnóstico. Darío fue diagnosticado en el hospital como un caso de "Trastorno límite de la personalidad con base orgánica y epilepsia, pero la analista insiste que es un caso de Psicosis, a pesar que "no sé cómo justificar", dice ella. Lombardi, en su texto Notas sobre los diagnósticos difíciles en psicoanálisis, dice que "son usuales los casos en que el diagnóstico es difícil para el analista, y en que las referencias dejadas por Freud y Lacan parecen insuficientes, o no se sabe como emplear." Lombardi toma lo enseñado de Lacan, de que "el síntoma bien situado, define la estructura subjetiva" y de ahí argumenta que "debemos someter el síntoma a la prueba del encuentro con el analista", que el analista debe preguntarse: "¿Cuál es la posición del sujeto ante la castración?"

El caso de Darío fue interpretado por el profesor Lombardi como un caso de melancolía, y tomando como marco teórico a Jacques Lacan, quien ubica la melancolía entre las psicosis, intentaremos responder a la pregunta propuesta por Lombardi, a saber, en el caso Darío: ¿Cuál es la posición del sujeto ante la castración? Para tanto, será pertinente un recorrido por el concepto de "Nombre del Padre" en la obra de Lacan a la vez que buscamos en el relato del caso establecer el nexo que llevó a Lombardi a tal diagnóstico. Luego podremos ver el lugar del analista en la psicosis y las propuestas de dirección de la cura para este caso.

3. CASO DARÍO:

Ya desde Freud y su concepto de Complejo de Edipo, vimos que en la formación subjetiva del sujeto en un momento mítico, se arma un triángulo, compuesto por la madre, el padre y el niño. Al hablar de madre y de padre estamos hablando de significantes, de una metáfora, no del padre o madre biológicos, no se trata de una persona, de un sujeto, se trata de una función. Vimos con Freud que en el triángulo hace falta que alguien ponga la ley, que ponga un orden y eso es dado por la función paterna, que es lo que Lacan va a llamar de "el nombre del padre".

El nombre del padre puede darse incluso si el padre biológico no está presente. El nombre del padre es un significante, pero un nombre nunca es un significante como los otros. Es un significante que Lacan va a describir como "una carretera". Es un significante que abre caminos, establece un lazo y direcciona el sujeto a determinados puntos. Ordena la relación con el semejante, la relación del sujeto con el otro. La relación entre el niño y el padre está gobernada por el temor a la castración, pues la ley del padre está impuesta bajo la amenaza de la castración, la castración del falo. El falo ocupa un lugar de objeto central en la teoría freudiana. La función fundamental del falo es permitir que el sujeto se identifique imaginariamente. Es por la inscripción del significante del nombre del padre que el deseo de la madre queda tachado, porque la operación paterna separa al sujeto de un goce del cuerpo. En la psicosis no

ABORDAJES

se ha inscripto el nombre del padre, o sea, el nombre del padre fue forcluido, quedó afuera en la constitución subjetiva, por lo tanto, no hay metáfora paterna, y el goce está desregulado, en exceso.

Darío es un claro ejemplo donde no ha operado la metáfora paterna. Vimos en su historial que su padre es un hombre ausente de la familia, de la vida de Darío y de sus hermanos, un hombre dedicado en exceso al trabajo. En eso podemos destacar dos palabras: ausencia y exceso. Al no inscribirse el nombre del padre en este sujeto, dos otros significantes fueron inscriptos: la ausencia y los excesos. La analista cuenta que el padre de Darío lo ha invitado a que trabaje con él en la metalúrgica, pero a la vez le da "exceso de trabajo", lo hace hacer horas extras. "Darío no logra frenar a ese padre" nos cuenta la analista. ¿Qué hace Darío entonces? Algo le cae y Darío se lastima, algo pasa que Darío se enferma y no puede responder a los excesos que le impone el padre. También sería pertinente destacar aquí otro significante: cae. En la vida de Darío algo siempre cae. Tomaba cerveza hasta caer, trabajaba hasta que algo se le caía y lo lastimaba. Así, vemos cómo esos tres significantes: ausencia, excesos y cae, que fueron inscriptos en el sujeto hablan de la ausencia de la significación fálica, del exceso de goce y de la falta de algo que lo sostenga, propios del psicótico. Los significantes no hacen metáfora y de lo real retornan. ¿Cómo retornan? Retornan en las constantes ausencias de Darío, en los excesos de consumo, o sea, en los síntomas. ¿Y cómo Darío logra responder a su angustia? En el acting. Colgado del árbol, pone en escena su propia existencia: colgado de la vida.

Darío no logra seguir en un trabajo, no logra seguir el tratamiento psicoanalítico, no logra nada a que se propone por sus constantes ausencias, y aún actualmente donde ya hace un período de tiempo que no toma y no presenta más intentos de suicidio, hay ausencias cuanto al sentido, "como que está la nada misma", dice la analista.

Los excesos retornan en los consumos, que según Darío es una forma de tener amigos. "... los motivos de las internaciones posteriores cambiaron - dice la analista - ahora era que todo tenía que ver con el exceso de alcohol, llegó a tomar cierta vez 26 cerveza y consume desde sus 13 años." Como el nombre del padre está forcluido, el goce está en exceso y sobre el propio cuerpo. En la psicosis por no operar el nombre del padre, no hay separación entre goce y cuerpo, lo que hay es un retorno específico del goce en la palabra y en el cuerpo. Vemos eso muy claramente cuando la analista dice: "El paciente manifiesta que cuando conoce a Laura (su novia) nunca más se sintió solo... En otra sesión le muestra a la analista sus brazos..."

A – Ah... estás lastimado!

P – No, son tatuajes, que me hacía yo mismo, estando con ella, demostrándole mi amor pero cuando me peleaba, me la borraba con agua oxigenada...

Para Lacan, el lenguaje no es solamente aquello que ordena y pacifica, sino que lleva también a un goce que se impone afectando al cuerpo. El hecho de que Darío escriba en el propio cuerpo, no una escritura cualquiera al modo de agarrarse un bolígrafo e y escribir algo, pero una escritura que más allá de algo que se "escribe" quiere más bien, "inscribir" algo. ¿Qué quiere inscribir Darío en su cuerpo?

Vimos con Lacan que lo forcluido arroja a los significantes en lo real, desde donde retorna en el síntoma. Aquí el síntoma no se pone en palabras, el síntoma se inscribe y se inscribe en el propio cuerpo. Lacan hablaba del cuerpo psicótico como una "sustancia gozante", ¿Serían las marcas en Darío el intento de la producción de un cuerpo

recortado de la sustancia gozante, un cuerpo que pueda ser habitado por el sujeto?

Vimos en la viñeta que el significante "lastimadura" de la analista, se contraponen al significante "tatuajes" del sujeto. Lombardi dice que "lo que cuenta es que cada significante que interviene en un síntoma, en un sueño, en un lapsus, o en la asociación libre, cada significante representa al sujeto y no representa a nada más que a él." (1993, p.39)

¿Qué es lo que cae en Darío? El propio sujeto se cae, no logra sostener a nada, no logra sostener a su propio deseo (cuando por ejemplo, no logra presentarse al dispositivo, como era su deseo, al revés, opera otra vez la ausencia). Darío se cae todo el tiempo, está colgado, colgado de la vida.

En las palabras de su analista: "... todo que le propongo se cae... si le propongo que traiga lo que escribe (porque Darío escribe en su casa), para trabajar, él se cae, se le propongo internación se cae y dice que no puede dejar a su mamá... de hecho él fue el que pidió hacer la presentación, porque según él, quería ayuda". Ahí vemos un sujeto que está "suelto", no hay en que sostenerse, está "colgado". En las palabras de Lombardi: "Está todo el tiempo invocando a la forclusión".

Aparece entonces el acting out y vemos a Darío literalmente colgado, está colgado de un árbol en el patio de su propia casa. No una ni dos veces, varias veces y en el mismo árbol. La escena se termina cuando llega su madre y lo saca de ahí. ¿No sería un claro caso de lo que Lacan llama de acting out? La escena está dirigida a la madre y es sobre ella hablaremos ahora. La madre de Darío es la única persona que lo acompaña al Borda, a pesar de que no lo hace últimamente. Tiene una relación muy cercana a Darío, llegando a pasar todo el tiempo juntos. La angustia es lo que queda en el lugar del objeto que falta, falta el fantasma, el que marca que vela la castración en el otro. La angustia es el afecto por excelencia y siempre se presenta ante algo, se produce cuando falta la función del fantasma. En el acting out vemos que un mensaje, está presente en una escena, la palabra que no se sabe como decir está reemplazada en la acción, hay algo que está afuera de las palabras. Está también la mirada del otro. Posiblemente al colgarse en un árbol, Darío está respondiendo a su propia angustia, está dando respuesta a lo imposible de decirse, a lo real, y a la vez lo está haciendo en acto para un sujeto, su madre. ¿De qué lugar Darío quiere ser sacado? En el discurso del propio paciente encontramos una posible respuesta a esta pregunta: "... estaba solo y no me importaba nada... (ahora habla enojado) y te parece que un pibe de 12, 13 años este toda la noche solo, tomando, drogándose, y a tu mamá no le importe nada?" "Claro que no".

4. EL LUGAR DEL ANALISTA EN LA PSICOSIS:

De Freud escuchamos que no hay lugar para el tratamiento del paciente psicótico desde su método psicoanalítico, pero de Lacan también escuchamos que no hay que retroceder frente a la psicosis, y más, que hay que creer en el psicótico, pues habla desde lo real. Freud no veía forma de establecer la transferencia en la psicosis, requisito fundamental para que se dé el dispositivo psicoanalítico, y por lo tanto no habría cómo darse un tratamiento analítico. Al leer Collette Soler (1988), vemos que en su trabajo con psicóticos hay una puesta en la transferencia. Soler dice que es posible lograr una estabilización del paciente bajo transferencia. Y ahí nos preguntamos: ¿Cómo eso es posible? Soler responde: Por medio de la destitución subjetiva, propia de la posición del analista, y prestándose al lugar de objeto de goce. El analista no puede recorrer al recurso de la interpretación, como lo hace en las neurosis, pero

ABORDAJES

debe ponerse en el lugar donde puede ser gozado por el otro. Como en la psicosis no hay el otro, el analista toma ese lugar de otro, durante el dispositivo. Soler dice que el analista es "llamado a suplir con sus predicaciones, el vacío súbitamente percibido de la forclusión". Pero el analista no predica con su ser, al revés, al negarse a predicar con su ser, el analista deja espacio para la construcción del delirio. Aún no hayan delirios en Darío, podríamos decir que sí, necesita un espacio para que pueda transformar su síntoma en palabras. Ese es el lugar del analista como orientador de goce. Y por último, argumenta Soler, que el analista debe apuntar a acotar el exceso de goce.

5. CONCLUSIÓN:

Frente al caso Darío, concluimos que se trate de un ejemplo de cómo operan las consecuencias clínicas de la forclusión del nombre del padre y que como es posible trazar el camino de un tratamiento psicoanalítico, orientado de lo real a lo simbólico de suplencia, para que el paciente arme metáfora de suplencia.

6. BIBLIOGRAFIA:

Alomo, M.; Zaffore, C.; López, G. (2012). La presentación de enfermos considerada como un dispositivo analítico. En AUN. Publicación de Psicoanálisis, año 4, N° 6. Buenos Aires: Letra Viva.

Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Capítulo V. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Lombardi, G. (2009). Nota sobre los diagnósticos difíciles en psicoanálisis. En Singular, particular, singular. La función del diagnóstico en psicoanálisis. Buenos Aires: JVE.

Lombardi, G. (1993). La clínica del psicoanálisis 3: Las psicosis. Buenos Aires: Atuel.

Soler, C. (1988). ¿Qué lugar para el analista?, El trabajo de la psicosis y El sujeto psicótico en el psicoanálisis. En Estudios sobre la psicosis. Buenos Aires: Manantial

ACTUALIDAD

Asistencia con perros para el tratamiento del autismo: Una novedosa clase en el marco de la materia neurofisiología



La Facultad de Psicología invitó a la última clase teórica de la materia Neurofisiología, a cargo de la Profesora Pilar Kufa, a la Asociación Bocalán Argentina, una entidad dedicada a fomentar la inclusión e integración de personas con discapacidad, a través de la interacción con animales. El encuentro fue realizado a pedido de los alumnos, quienes se interiorizaron por el tema, especialmente por la ayuda que pueden ofrecer los perros a los chicos que padecen autismo, un tema trabajado en la materia.

Asistió la Profesora Lucía Rossi, Vicedecana de la Facultad, quien recibió a las invitadas de la Asociación: su Directora, la Psicomotricista Margarita Ziade, y Victoria Cisneros, entrenadora de perros. Además de los alumnos, entre quienes presenciaron la clase se encontraron la Profesora María de los Ángeles Izcurdia, del área de Psicología Forense con experiencia en discapacidad y autismo, y el Profesor Paul Yorston, de Psicopatología Infante Juvenil.

El inicio de la clase estuvo a cargo de la Profesora Kufa, quien sostuvo "la importancia de empezar a trabajar desde temprano en los casos de autismo para sacar lo mejor de quienes lo padecen". Y agregó: "Una persona que no tiene autismo procesa palabras. En cambio, una persona con autismo, procesa imágenes. Por eso, uno empieza a entender por qué el perro puede llegar a calmarlo y ayudarlo a conectarse

con el mundo".

Al momento de su intervención, Ziade contó: "Estos perros son ayudas técnicas, son asistencias, no mascotas, porque colaboran para mejorar la calidad de vida y la autonomía de una persona que tiene una necesidad puntual. Tratamos de cortar barreras arquitectónicas o sociales a través de la inclusión de un perro de asistencia. Están entrenados para pasar desapercibidos y ser 'invisibles', ya que tienen acceso a espacios públicos". Luego sostuvo: "Una de las mayores habilidades que tienen estos perros es el anclaje. En los casos de asistencia, el chico sale a la calle tomando al perro de un asa para sentirse seguro, pero a la vez se le pone un cinturón que va atado al chaleco del animal. Si el chico quiere salir corriendo, el perro percibe que le soltaron el asa e inmediatamente se sienta e impide que el niño se vaya. Esto desmotiva al paciente hasta que, finalmente, se logra extinguir esta conducta"

Además de la seguridad vial, estos perros tienen otras habilidades. "Por ejemplo, muchas parejas tienen que dormir con su hijo en el medio de la madre y el padre, porque el chico necesita contención. Entonces, lo que logramos es que duerma en su cama, pero espalda con espalda con el perro. Con el animal por encima de las sábanas. Y vamos aumentando el criterio. Luego el perro duerme en el piso, al lado de la cama y la idea final es que el chico pueda dormir solo".

Durante la clase se difundieron las dos modalidades en las que estos perros ayudan a chicos con autismo, al igual que a pacientes con retrasos madurativos, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, adicciones y a adultos mayores. Una es a través de intervenciones, las cuales son asistidas por profesionales de la salud. Y la otra es a través de perros de asistencia, donde se entrena a un perro para asistir a una persona en particular. Victoria Cisneros contó al respecto: "En este último caso, antes de que esa familia se lleve al perro, se necesita un mes de acoplamiento, en el que prácticamente nosotros convivimos con ellos para que el perro se acostumbre a su nuevo hogar, sus rutinas y a que va a vivir con ellos y no con nosotros. Además, hacemos un seguimiento de rutina, al principio con mayor frecuencia, hasta que llega a dos veces al año".

La clase fue una muy buena experiencia, tanto para alumnos como para profesores y autoridades, al punto tal que, al finalizar la misma, se comenzó a dar forma a la posibilidad de realizar futuras actividades conjuntas.