

Conversatorios 2022

Contenido

Palabras introductorias

Mariana Trocca

Presentación

Comité organizador

Ezequiel Alsúa, Rubén Bustamante
y Juan Pawlow

Conversatorio I

Lo que urge en la clínica.

Lógica de una intervención

Viviana Di Filippo, María Lo Prete,
Marina De Rose, Helga Rey,
Araceli García, Mariela Parlattore

Conversatorio II

Transferencia y discursos en el campo de la infancia

Florencia Rabinovich, Mariana Romero,
Natalia Schaposnik

Conversatorio III

Tratamiento posible de la psicosis

Carolina Neme, Dra. Giselle Judith Koziol,
Yanina Fernandes

Conversatorio IV

Esa encrucijada llamada inhibición

Daniel Katz, Javier García, Patricia Pozzi

Conversatorio V

Lecturas del síntoma

María Laura Atencio, Darío Leicach

Conversatorio VI

Lecturas clínicas

Juan Carlos Mosca, Gabriela Cuomo,
Mariana Trocca

Conversatorios 2022

Encrucijadas clínicas. La dificultad y sus lecturas

Conversatorios 2022

Encrucijadas clínicas. La dificultad y sus lecturas

EDITA **Fundación
Medifé**

COLECCIÓN
LECTURAS ÉXTIMAS
Dirigida por Mariana Trocca

Conversatorios 2022
Distribución gratuita

©2024, Fundación Medifé Edita
Fundación Medifé Edita
Lima 87, piso 8
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1002)

www.fundacionmedife.com.ar
info@fundacionmedife.com.ar

Dirección editorial
Fundación Medifé

Editora
Daniela Gutierrez

Directora de Colección
Lecturas éxtimas
Lic. Mariana Trocca

Equipo editorial
Lorena Tenuta
Catalina Pawlow
Carolina Marqux

Diseño colección
Estudio ZkySky

**Diseño interior y
diagramación**
Silvina Simondet

Hecho el depósito que establece la ley 11.723. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros métodos, sin el permiso previo del editor.

Acerca de la colección

El nombre de esta colección incluye un neologismo inventado por Lacan (extimidad) que conlleva una paradoja: algo que sin dejar de ser exterior nombra aquello que está más próximo, lo más interior. Lo éxtimo es lo íntimo, lo más íntimo que no deja de ser extraño. Esta colección será oportunidad para lecturas que vienen de otros campos que, sin ser del psicoanálisis, guardan con él una relación de extimidad.

Apostamos a lo inédito, letras de otros sin publicar. Invitamos a que otras disciplinas nos muestren sus obstáculos, sus preguntas, dejarnos llevar por el decir de otros y en su lectura adentrarnos en lo lejano para luego, al modo de la banda de Moebius, zambullirnos en lo más cercano de nuestra praxis. Es nuestro deseo volvernos un poco extranjeros a nosotros mismos y jugar con las letras de un nuevo decir para volvernos otro, por un rato. Y así, en ese juego reordenar lo propio de otra manera para finalmente recuperar el gusto de lo conocido.

En la serie *Papeles de trabajo* se publican distinto tipo de textos producidos por integrantes de los equipos de salud mental de Medifé. Se trata tanto de trabajos presentados en jornadas y coloquios, como también de textos producidos en el interior de nuestros debates y como producto de reflexiones surgidas en reuniones de equipo. Consideramos importante poner en circulación la lectura sobre nuestro quehacer y dialogar a través de la palabra escrita, como una salida exogámica que nos confronta con otras escuchas y nos obliga a ser estrictos en la transmisión de nuestras lecturas.

Mariana Trocca

Índice

Palabras introductorias
Mariana Trocca _____ 11

Presentación
Comité organizador: Ezequiel Alsúa, Rubén Bustamante y Juan Pawlow ____ 13

Conversatorio I

Lo que urge en la clínica. Lógica de una intervención

Enredos y desenredos en la urgencia
Viviana Di Filippo, María Lo Prete, Marina De Rose y Helga Rey _____ 19

De locura y de muerte
Araceli García _____ 25

Estar en blanco / Tener un blanco
Mariela Parlattore _____ 33

Conversatorio II

Transferencia y discursos en el campo de la infancia

Transferencia y discursos en el campo de la infancia.
Una apuesta a la subjetividad... ¿de quién?
Florencia Rabinovich _____ 41

Transferencia y discursos en el campo de la infancia
Mariana Romero _____ 47

Transferencia y discursos en el campo de la infancia
Natalia Schaposnik _____ 53

Conversatorio III

Tratamiento posible de la psicosis

Cosas paranormales
Carolina Neme _____ 63

Intervenciones en la clínica psiquiátrica. Acerca de un caso de psicosis
Preguntas y estrategias, la posición del psiquiatra
Dra. Giselle Judith Koziol _____ 69

Del cuidado al entre dos
Yanina Fernandes _____ 75

Conversatorio IV

Esa encrucijada llamada inhibición

Chiste, inhibición y acto analítico
Daniel Katz _____ 81

N.
Una aclaración necesaria
Javier García _____ 85

El movimiento también se demuestra en la detención
y la dificultad también en los logros
Patricia Pozzi _____ 91

Conversatorio V

Lecturas del síntoma

Cura de sueño
María Laura Atencio _____ 99

Los tiempos del síntoma
Darío Leicach _____ 103

Conversatorio VI

Lecturas clínicas

Dejar advenir...
Juan Carlos Mosca _____ 113

Lecturas clínicas
Gabriela Cuomo _____ 117

Lecturas clínicas
Mariana Trocca _____ 123

Palabras introductorias

Mariana Trocca

Coordinadora nacional de la red de salud mental de Medifé

Comienzo por agradecer en esta serie de los *Conversatorios 2022* al comité organizador y, por supuesto, a los colegas que aceptaron la invitación a hablar –en primera instancia–, y a ser publicados, ahora, en este texto de compilación.

La propuesta que desde la coordinación nacional transmití al comité organizador en este ciclo fue poner de relieve la *función de lector* que cada uno de nosotros tiene en nuestra práctica cotidiana. La lectura no es una técnica, es sorpresiva siempre, cada vez. Leer es como un acto performático porque la lectura produce un cuerpo que no estaba. Poner a jugar la lectura con otros para que no sea una repetición mántrica de ningún saber referencial previo. Leer lo imposible de decir, lo que está callado, silenciado, amordazado en las diversas manifestaciones de la inhibición, el síntoma, la angustia. También, como parte de esa responsabilidad que implica leer, vamos a intentar transmitir y subrayar en cada encuentro la lógica de nuestra praxis, la lectura que cada uno realiza ante lo que se presenta en la clínica como un obstáculo y que nos interroga.

¿Cómo leemos los acontecimientos que suceden en el día a día de nuestra praxis? ¿Cómo esa lectura interviene en el acto? ¿Qué sucede cuando algo urge en la clínica? ¿Qué tratamiento se da en esos casos? ¿Cómo cada vez lo que se lee en lo que sucede posibilita una intervención? Estas son algunas de las preguntas que, como una brújula, fueron orientando y dando forma a cada encuentro.

“Tomando la posta que nos han dejado nuestros compañeros el año pasado cuando lanzaron la convocatoria a la primera serie de Conversatorios, quisiéramos este año retomar el espíritu con que aquella vez nos convocaron. Queremos volver a conversar, a ‘vivir, dar vueltas en compañía’”. Así inician la invitación a los Conversatorios 2022 nuestros compañeros Juan Carlos Pawlow, Rubén Bustamante y Ezequiel Alsúa, integrantes del comité que este año tiene a su cargo la organización de cada encuentro y que arrancan *tomando la posta*.

Buen comienzo, pienso, porque algo de lo que nos ocurrió en 2021 en los diversos encuentros nos dejó permeables a que el diálogo siguiera... Ahora tomamos la posta para que resuene algo de aquello que nos dejó sensibles y se haga eco en cada uno, en esta nueva vuelta de otros decires que se irán desplegando.

Presentación
Comité organizador
Ezequiel Alsúa
Rubén Bustamante
Juan Pawlow

*Invitar a la paciente a yugular sus instintos,
a la renuncia y a la sublimación,
en cuanto nos ha confesado su transferencia amorosa,
sería un solemne desatino. Equivaldría a conjurar
a un espíritu del Averno, haciéndole surgir ante nosotros,
y despedirle luego sin interrogarle...*

Sigmund Freud¹

Tomando la posta que nos han dejado nuestros compañeros el año pasado cuando lanzaron la convocatoria a la primera serie de Conversatorios, quisiéramos este año retomar el espíritu con que aquella vez nos convocaron. Queremos volver a conversar, a “vivir, dar vueltas en compañía”.

Deseamos que la conversación sea una oportunidad para que los analistas y los profesionales de las distintas prácticas y disciplinas que forman los equipos de la red nacional de salud mental de Medifé puedan mostrar la lógica de cada praxis. La lectura se juega en cada uno de los casos presentados.

Partimos en el epígrafe de una conocida frase freudiana, que nos interpela desde siempre, y que, sin forzarla, proponemos ampliar su alcance: no solo apela a la responsabilidad del analista en cuanto a las manifestaciones del amor de transferencia sino en general a aquello que nuestra posición convoca. Amores sí, pero también broncas y

¹Freud, S. (1998). Observaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas. Lecciones introductorias al psicoanálisis. Lección XXVII. La terapia analítica*. Amorrotu Editores.

odios, y todo aquello que el tratamiento actualiza; para decirlo sucintamente: inhibición, síntoma y angustia.

¿Cómo lee el analista los acontecimientos que suceden en el día a día de su praxis? ¿Cómo su lectura interviene en el acto? ¿Qué sucede cuando algo urge en la clínica? ¿Qué tratamiento se da en esos casos?

En ocasiones puede suceder que se conjure ese espíritu del averno y eso que urge se transforme entonces en una urgencia psiquiátrica (cambio brusco de discurso que tendrá sin dudas consecuencias en el tratamiento). Claro que a veces la situación amerita –no solo ante la irrupción de una crisis psicótica, sino también ante una angustia desbordada, por ejemplo–la interconsulta psiquiátrica. El asunto es cómo cada vez lo que se lee en lo que sucede posibilita una intervención.

Esa intervención, que no es generalizable y es casi artesanal, diferencia al psicoanálisis de otros discursos.

De igual modo –aun cuando es aparentemente menos inquietante– el analista se enfrenta en ocasiones a un estancamiento del tratamiento que parece volverse infinito. ¿El analista es tomado él también por la inhibición? ¿Cómo se sale de allí?

El 10 de enero de 1978 Lacan afirma: “Se aprende a hablar y eso deja trazas. Eso deja trazas y, debido a eso, deja consecuencias que no son ninguna otra cosa que el síntoma y el análisis consiste en darse cuenta de por qué se tienen esos síntomas...”.

¿Cómo el analista da cuenta de la lógica de ese proceso en cada análisis? Tampoco podemos dejar de referirnos a otro asunto candente de la clínica: las dificultades en el tratamiento de niños, en el entrecruzamiento de las transferencias con el niño, los padres y otros profesionales que intervienen en una consulta en el campo de la infancia.

Y un último tema, que nos devuelve en ocasiones a –o nos aleja de– la “urgencia”: las maniobras posibles en el tratamiento de las psicosis. Convocamos entonces a esta nueva serie de Conversatorios para que dé oportunidad a pensar el problema de la lectura de la

“realidad” de un caso, la dirección del tratamiento que allí se juega, en las coordenadas actuales del malestar en la civilización.

Conversatorio I

Lo que urge en la clínica.
Lógica de una intervención

Enredos y desenredos en la urgencia

Viviana Di Filippo

María Lo Prete

Marina De Rose

Helga Rey

(equipo Bariloche)

*Señalo que siempre las cosas de urgencia
me enredaban mientras escribía esto.*

Jacques Lacan²

La urgencia merece una lectura; la lectura, una orientación; la orientación, una dirección; la dirección, una lógica. Podemos servirnos de la medicina para despejar el estatuto de la palabra urgencia. La medicina diferencia urgencia de emergencia de la siguiente manera.

Urgencia: que urge, que apremia o requiere de pronta atención. No necesariamente pone en riesgo la vida.

Emergencia: deben tomarse acciones y decisiones de manera inmediata, ya que son situaciones en la que está puesta en juego la vida del paciente.

Podemos despejar bajo estos dos conceptos el estatuto del “llamado”, si es que lo hay; o bien operar si es un “grito” para que se transforme en un “llamado” al Otro, en una demanda.

En ambos hay un apremio que merece una respuesta. No “enredarnos” cuando hablamos de urgencia abre esa lógica de respuesta, de intervención calculada; estando atentos a que esta no quede del lado del analista.

Así podemos leer la “urgencia” teniendo en cuenta una pregunta: ¿qué del Otro en ella? Esta pregunta indefectiblemente nos lleva a poder diferenciar si es un acto dirigido a Otro o no. ¿Grito o llamado?

² Lacan, J. (2003). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

Siguiendo el hilo de este pensamiento, una primera intervención en la situación de emergencia sería poder convertir ese grito en llamado, o sea, esa emergencia en una urgencia. Es así como esa primera intervención, donde hay Uno solo, caído de la escena, abre el lugar del Otro. Si hay dos, hay posibilidad de respuesta, hay posibilidad de un relanzar y destrabar la fijeza.

Entonces, la apuesta sería: de la emergencia a la urgencia, de la urgencia a la lectura, de la lectura a la rectificación subjetiva.

Caso A.

A. tiene 26 años, es derivada de urgencia por presentar crisis de angustia con manifestaciones corporales importantes, imposibilidad de salir de su casa, estados de desesperación en los que se lastimaba.

A. se presenta diciendo: “Sufrí violencia laboral, siento que voy cayendo y no hay fondo, trabajé en una empresa 8 años y actualmente estoy en juicio porque no quieren extenderla. Siempre fui de superar las cosas sola, siento que esta vez no puedo”.

Dice que tiene ideas suicidas, piensa en ahorcarse de una viga, que sabe cómo hacer los nudos con sábanas para colgarse... “Pero no me animo a matarme, porque tengo una mascota y nadie la cuida como yo”.

A. no sale de su casa, está acostada casi todo el tiempo, vive sola, no recurre a sus hermanos porque siente que no la entienden, ni acude a una tía materna con la que tiene buena relación. Ella es la menor de cuatro hermanos, sus padres estaban separados y fallecieron ambos, su mamá, con quien ella se crió, falleció cuando A. tenía 15 años y su papá, cuando A. tenía 13 años. A. dice que siempre esperó que su papá se ocupara de ella y que él nunca lo hizo, porque era alcohólico.

A. enviaba audios frecuentemente, en los que decía que no podía salirse del estado de desesperación, que se iba a suicidar. Se daba lugar al llamado, respondiendo los audios, para pautar un horario para otra entrevista y A. desaparecía, no atendía el celular, se olvidaba del horario de la sesión, se quedaba dormida. Asistía a dos sesiones semanales y muchas veces tres, si lo pedía.

Las intervenciones apuntaron a responsabilizar al sujeto, a alojar aquello que de su subjetividad posibilitara otra salida que quedarse ensimismada en un goce agotador para ella y para quienes estaban a su lado. A. no quiso saber, el “ocupate de mí” fue una urgencia para ella en que proponía hacer trabajar al Otro, rechazando ser alojada.

Me interesa transmitir la importancia del trabajo en equipo. Armar un dispositivo, el lazo y la transferencia de trabajo fue lo que posibilitó saber de qué se trataba la urgencia e intervenir clínicamente escuchando la singularidad de A. Sostuvimos una escucha atenta con intervenciones claras y precisas que acotaban el desborde: no podía estar sola en su casa, debió aceptar tratamiento con atención telefónica, también darnos un celular de contacto de un familiar suyo. Además, se le transmitió que era su decisión no querer saber nada para salirse de su urgencia.

Se fue armando un dispositivo durante la urgencia y fuimos interviniendo desde diferentes lugares, psiquiatra, coordinadora salud mental y analista, apuntando a dar lugar al sujeto y a la responsabilidad subjetiva.

En la calle

Se trata de un joven de 29 años, cuyo padre fallece unos meses atrás, lo que motiva la consulta. Refiere dedicarse a hacer murales callejeros, grafitis. Hace unos años dejó definitivamente la cocaína, consume marihuana regularmente. Su madre (hace 15 años separada del padre) vive en Bariloche con una nueva pareja. Cuatro hermanos. Muy solos, refiere. Dejados muchas veces al cuidado de los abuelos maternos.

Del padre dice que, durante su adolescencia, luego de la separación, ha estado bastante ausente. Pero en el último tiempo habían logrado acercarse un poco. Su padre valoraba mucho su actividad artística. De él dice que siempre tuvo una vida nómada, poco estable, de excesos. Se angustia cuando habla de él.

Trabaja actualmente en un depósito de mercadería. Maneja el auto elevador. Es eficiente. Pero a veces se queda dormido. El jefe, que lo

valora mucho, lo motiva a que progrese. Su vida ha transcurrido en la calle. De la calle, dice, aprendió todo. Es como su hogar. Entiende los códigos.

Actualmente vive en la casa de una amiga, Luciana, que, comenta, es una gran compañera. A Luciana le pasan cosas con él. Él dice: “Solo amigos”.

Luego de un par de ausencias, porque se quedaba dormido, o había fumado bastante, le remarco que este es su espacio y que, si no lo toma, lo pierde. En otra sesión, es notable su dificultad para hablar. Le señalo también que es importante que no concurra habiendo fumado. Dice que hablar le hace bien. Y que le cuesta encontrar con quién. La angustia se intensifica luego de una discusión con Luciana, lo echa de la casa.

Duerme algunas noches en la calle. Un amigo lo aloja un par de veces, otras lo pasan en su cabaña, a medio terminar, sin calefacción, ni luz. Con sus perros. Se ausenta a sesión, le dejo un mensaje, que no contesta. Pasan algunas semanas. No tengo noticias de él.

Repentinamente, recibo un llamado de su parte, muy angustiado. No quiere vivir, dice que si se mata podría irse con su papá, que era el único que lo entendía. Quiero irme de acá, dice.

Al evaluar su situación, con escasa red de contención y alto grado de vulnerabilidad (sus hermanos viven en otras provincias, con su madre no cuenta), le ofrezco un horario de sesión ese mismo día. Acepta. Evaluó también la posibilidad de una interconsulta psiquiátrica, pero no llega a concretarse.

De a poco va apareciendo en él la necesidad de instalarse en un lugar. Vuelve a ocuparse de su cabaña, de a poco la va construyendo. Logra ponerle una estufa para el invierno, cerrarla y conectar la luz. Me manda fotos de él y sus perros en el terreno.

Algo del orden de una estructura se va armando. Se queda algunas noches en lo de sus abuelos. En las sesiones, se intercalan ausencias. A veces, cuando se acuerda tarde de la sesión, en medio de esta organización que va conformándose, me llama y me cuenta algo de lo que estuvo haciendo en la semana. De alguna manera, es el contacto que se permite tener. Lo acepto, por un tiempo. Voy teniendo la sensación de que algo pudo enlazar, en esta concurrencia intercalada.

Empieza a estudiar ilustración y saca registro de maquinaria para el trabajo.

Como las ausencias se hacen cada vez más frecuentes, decido interrumpir el tratamiento. Le digo que quedo disponible para cuando pueda hacerse un lugar. Con la sensación de que algo se pudo anudar, y que quizás, prescindiendo de este espacio, sea a su vez también la forma que él encuentre de apropiárselo.

Entonces....

Dijimos que en la urgencia hay presión e insistencia, lo cual se manifiesta como un estrechamiento que produce desborde. El sujeto está desbordado y el analista puede quedar enredado en eso que excede. E inclusive experimentarlo como temblor, desconcierto, ansiedad o dificultades para dormir.

En las viñetas presentadas intentamos focalizar en las intervenciones que realizaron las analistas a partir de las herramientas que disponen como tales. Y cómo esto les permitió desenredarse, o sea, operar; más allá del resultado conseguido. A esto nos referimos cuando decimos “que la urgencia no quede del lado del analista”: poder ser tocados por lo que desborda sin quedar inmovilizados por ello. Sabiendo que la intervención es una apuesta y que solo *a posteriori* se sabrán sus efectos.

En el caso del joven artista vemos cómo gran parte de las intervenciones que resultan efectivas son por fuera de las sesiones, pero dentro del tratamiento. Es decir, son maniobras del borde: marcar que si se ausenta o concurre fumado pierde su espacio de palabra, atender su llamado y dar un horario de sesión “urgente”, escucharlo a veces por teléfono cuando se ausentaba a sesión, recibir sus fotos y finalmente interrumpir el tratamiento quedando disponible para cuando él lo esté también. En definitiva, decir “no” a su goce para habilitar la vía del deseo.

En el tratamiento de A., la analista recurrió al armado de un equipo de trabajo para compartir tanto la preocupación por la situación de

la paciente como la lectura clínica. Esto le permitió actuar, sostener pautas precisas para limitar el desborde y apuntar a la responsabilidad subjetiva.

La urgencia nos convoca a estar disponibles y dispuestos a estirar los bordes de nuestro dispositivo.

De locura y de muerte

Araceli García (Mar del Plata)

Me oí ruidos extraños en la cabeza.
El corazón empezó a acelerarse y, de repente, no podía respirar.
Entonces me asusté mucho. Quise ponerme de pie, pero me caí al suelo.
Y noté que me dejaba de correr la sangre por las venas.
Era como si los brazos y las piernas se me volvieran de hormigón.
Pensé que llegaba la muerte, que me subía cuerpo arriba.
Y me invadió el espanto. El espanto absoluto.
Eso es, un ataque de pánico. Y este fue tremendo.

Paul Auster³

Que el árbol no nos oculte el bosque

Una súbita, inexplicable catástrofe del cuerpo, con vivencia de locura y de muerte, lleva a la guardia de urgencias. Esta es una presentación de quien será diagnosticado (tarde o temprano) con ataque de pánico. Presentación cuya frecuencia está en aumento.

En la guardia, la atención será de clínica médica, con derivaciones iniciales a cardiología, neurología, gastroenterología, psiquiatría, con sus concomitantes prescripciones de medicación.

El modelo médico hegemónico consonante con el poder de los laboratorios producen un saber en que se multiplican las descripciones y prescripciones: cómo ésta de *panic attack*: ataque, coronario, epiléptico; y pánico, terror.

Inflación de artículos que hablan de casuística, teorías y abordajes, mientras los sufrientes, aún tratados sintomáticamente, polimedica-dos, quedan en la mudez de no encontrarle relación ni explicación.

³ Auster, P. (2012). *Diario de invierno*. Anagrama.

¿Qué es esta vulnerabilidad en aumento?, ¿qué de la subjetividad de época es amenazado o atacado de un modo flagrante, qué de este mundo que nos circunda y constituye nos sostiene o nos deyecta? Freud, en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), señaló que cuando el líder pierde la cabeza, hay un desbande, un desamarre de lazos, que llamó *Panik* (en alemán).

Afortunadamente, no estamos solo configurados por los mandatos del poder, ni obligadamente presos de identificaciones con el ideal que manda. Como lo sería que fuésemos sintónicos a la lógica del mercado, la misma que nos dificulta el lazo y nos reenvía aspiraciones al éxito individual.

Pero los dispositivos de dominación, específicamente desde la medicina, consiguen a la fuerza que quien sufre, más o menos funcione, o no. Y luego, nos lo derivan.

Cuando recibimos a alguien derivado, que viene portando una etiqueta, llega aferrado al nombre impropio que le han dado para su sufrimiento, muchas veces sin esperanza. Consulta, pero paradójicamente insiste en que no cree, o que no puede ser ayudado.

Este desafío nos interpela, en la praxis y teoría del padecimiento subjetivo que atendemos, a encontrar algo diferente que podamos hacer desde la clínica psicoanalítica.

Quien viene poniendo delante la etiqueta no quiere saber nada de su vacío constitutivo. Los discursos médico, psiquiátrico y hasta cognitivo conductual hablan por él, le permiten colmarse con diagnósticos y medicación, y hasta nombrarse. Cuando llega a nuestra puerta, pide ayuda, pero sin ninguna pregunta sobre la causa de su padecimiento.

¿Cómo abordar un tratamiento posible? ¿Cómo proponerle hacer la experiencia hablada de su singularidad? Si se han repetido los episodios y viene luego de haber emprendido un periplo por atenciones diversas, puede portar desilusión, abatimiento, implicación expresada en decir que la consulta psicológica es su último recurso, cargando a nuestra cuenta el peso de su penar; hasta la máxima desimplicación al decir que viene para hacer caso al médico o a algún familiar o amigo. A veces, desafectivizado, enlentecido, cuadro ante el cual tenemos que ocuparnos en distinguir diferencialmente si es por efecto de la

medicación (ansiolíticos, sedación) o si es el estado en que puede quedar sumido quien ha vivido, a repetición, un concierto paroxístico de síntomas agotadores.

Para el actual empuje a la angustia generalizada, multiplicada y diversificada, que incluye estrés, pánico, traumas, depresión, hay inun-dación de estudios y recomendaciones médicas que confluyen en el mismo modo de solución, que no nos representa.

Colette Soler, en *Declinaciones de la angustia* (2001), nos propone actualizar nuestra teoría de la angustia, según la época y su producción por los discursos. Y nos recuerda que es un concepto antiguo sobre el cual el mismísimo Freud (1926) vaciló, al invertir la angustia no como un efecto de la represión, sino como su causa. En el medio de estas formulaciones, el silencio de la pulsión de muerte (1920).

Tenemos la distinción que establece Freud, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), entre angustia señal y angustia automática. Esta última no se liga a un objeto como en las fobias, sino que se expresa directamente como ataque, mientras que en la angustia señal, el yo se anticipa al peligro. Si relacionamos con el afecto de pánico, este se manifiesta directo como en angustia automática, y cuando se repiten los ataques, quien los sufre tiende a vivir en apronte angustioso, o angustia señal.

En nuestras formas clínicas actuales el pánico aparece como terror aparentemente inmotivado, irrumpe en el cuerpo en forma de descargas neurovegetativas. La angustia señal no se presenta, falla. En *Más allá del principio de placer* (1920), Freud diferencia angustia, miedo y terror, este último sorprende como un peligro para el cual no hubo preparación. Lacan, en *La tercera* (1974), define a la angustia como el sentimiento que surge de esa sospecha que nos embarga de que nos reducimos a nuestro cuerpo. Nos percatamos de que la angustia no es el miedo a alguna cosa con que el cuerpo pueda motivarse. Es un miedo al miedo.

Los ataques o crisis de pánico son crisis de angustia, en que esta se ha desligado de su significante sintomático o no se ha organizado en red significativa.

Primero, abrir coordenadas de tiempo y espacio

Nuestro ABC dice primero alojar, escuchar a quien viene con el tiempo estallado de la urgencia, con las coordenadas del mundo colapsadas, podemos proponerle abrir un tiempo diferente y hacer lugar a su decir.

La paciente L. de 50 años, consulta por derivación de una fonoaudióloga, viene con diagnóstico de ataque de pánico. Dice: “Me agarró lo de la garganta. Soy muy nerviosa y sufro insomnio”. Pasó por distintas especialidades médicas, por guardias, traumatólogo, especialistas en deglución, otorrinolaringólogo, neurólogo, gastroenterólogo, fonoaudióloga. Polimedicada con psicofármacos.

Sufre porque siente un globo en la garganta, se ahoga y pierde la voz. Ella y su hermana A., muy unidas, están casadas con dos hermanos. Fueron criadas por la nona y las tías, en casa del nono, no con sus padres que sí criaron a sus hermanos menores.

Hablando de su familia, dice que tiene que mediar entre la hija y el marido, entre el hijo y la hija. Entre suegro y hermana. Es una familia en la que se grita para hacer callar al perro, a la sobrina. El hijo la hizo callar a ella. Cuenta que un amigo del hijo tuvo un brote psicótico. Cuando discuten, fantasea con que su familia tema que “a mí me agarre lo del amigo, cuando doy vueltas por toda la casa”.

Dice: “Cuando el nono falleció fue un quiebre en mi vida”. En pandemia muere de COVID un sobrino de 35 años, y de pena, fallece la nona. La nona, muy querida, era quien unía a la familia, tías, sobrinos, padres y hermanos, era la mediadora, lugar que ocupa ella ahora.

A partir de esta apertura a la novela familiar, se sorprende de lo que va encontrando: sus identificaciones y mandatos. El efecto de consignar, de dar cuenta de nuestra escucha, se revela en la apertura a su producción de relato, recuerdos y asociaciones, vividos muchas veces con asombro.

La paciente D. tiene 32 años, es madre de dos hijos, carga el peso de doble duelo, por el abuelo y la madre, fallecidos el año anterior en pandemia. La madre, depresiva, muere por paro cardiorrespiratorio, dice: “De tristeza por la muerte del abuelo”. El hermano fue operado de cáncer de riñón, también en 2021. Ella desde enero padece ataques como falta de aire, opresión en el pecho, parestesias en la cara, sensación de

que le va a pasar algo, piensa en la muerte, dice: “Mi cabeza no para”. Le cuesta arrancar a hablar, se presenta algo aletargada. Dice: “Soy más de escuchar”. Se queja de quedarse sola con los chicos todo el día, y de trabajar demasiado, “dando el cien”. Habla de sí misma conjeturando: “Me parece, creo, seguramente extraño a mi mamá”.

El hermano tiene en su casa las cenizas de la madre. Dice: “Tenemos que llevarlas al mar, como pidió”. Pero no se siente con fuerza. Entonces hablamos de rituales, despedidas y homenajes, como una forma de elaborar el duelo, que hasta ahora permanece congelado. Se animó al considerar que, con su hermano, podrían hacer un ritual de despedida llevando juntos las cenizas al mar. Últimamente comenzó a hablar sobre deseos de estudiar que quedaron en suspenso, dice: “Bajé un cambio, en casa también, que fluya”. Esta apertura dio para comenzar un taller de baile.

Esta última semana, en una consulta a la guardia, por descompostura y ahogos de pánico, le encontraron un pequeño soplo. Lo relata sin énfasis. Dice: “Quedé mameada”.

Evaluamos su estado, y continúen o no los ataques, estos pasan a segundo plano. Mientras, desarrollamos el tratamiento en transferencia, o hacia establecerla, evaluamos su estructura, sus recursos psíquicos, afectivos y vinculares.

Locura y muerte desamarrados del amor

Los afectos nos sobrevienen, en todas las dimensiones de nuestra subjetividad. Nos afectan, tocan el cuerpo y nos engañan, se desplazan metonímicamente: se trata del mundo del sujeto que habla. La angustia, en cambio, es un afecto que no engaña. Es apertura, inminencia de algo inesperado, que no se sabe qué es.

Cuando se ha presentado angustia desmesurada en su cuerpo, desamarrada, el paciente nos dice de su padecer somático, y de su vivencia de locura y de muerte. Nos corremos del relato fenomenológico del ataque, para arrancar a la angustia su certeza y hacer lugar al deseo.

En la angustia el tiempo se detiene, queda suspendido, inmóvil, congelado, petrificado. El efecto de la escucha, inicialmente, es que el tiempo empiece a transcurrir.

Sobre el epígrafe

Dice Lacan, en su *Homenaje a Marguerite Duras* sobre su novela *El arrebatado de Lol V. Stein*, que reconoce con Freud que “el artista siempre lleva la delantera y [el analista] no tiene por qué hacer de psicólogo donde el artista le desbroza el camino”.

Diario de invierno es una obra compuesta de fragmentos autobiográficos, ordenados como fuga musical. Tematiza el cuerpo. Incluye descripciones de sus intensos ataques de pánico, en relación con el fallecimiento de su madre.

Bibliografía

- Alemán, J. y Larreira, S. (2006). *Existencia y sujeto*. Grama.
- Alemán, J. (2021). *Ideología. Nosotras en la época. La época en nosotros*. Editorial La Página.
- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. En Sigmund Freud, *Obras completas. Tomo III*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 25ª conferencia: La angustia. En Sigmund Freud, *Obras completas, Tomo XVI*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En Sigmund Freud, *Obras completas, Tomo XVIII*. Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En Sigmund Freud, *Obras completas, Tomo XX*. Amorrortu Editores.
- Kierkegaard, S. (1844). *El concepto de la angustia*. Libertador.
- Soler, C. (2000-01). Declinaciones de la angustia. En *Curso*. College Clinique.
- Lacan, J. (1963). *Seminario 10. La angustia*. Paidós.
- Lacan, J. (1957). *Seminario 5. Las formaciones del inconsciente*. Paidós.
- Lacan, J. (1971). *Seminario 18. De un discurso que no fuera del semblante*. Paidós.
- Lacan, J. (1974). *La tercera: Intervenciones y textos 2*. Editorial Manantial.
- D.S.M.-V.(2013). *Criterios diagnósticos (A.P.A.)*. Editorial Médica Panamericana.

Estar en blanco / Tener un blanco

Mariela Parlattore (Lomas de Zamora)

*Podemos contentarnos con que mientras
dure un rastro de lo que hemos instaurado,
habrá psicoanalista para responder
a ciertas urgencias subjetivas.*

Lacan⁴

Una mujer, de 35 años, inicia una consulta luego de una internación por sobreingesta de fármacos. Se presenta sin palabras. Sin serie en la cadena que le permita configurar un motivo a tratar.

Con la asociación e historicidad interrumpidas, la pregunta por la causa la enfrenta a un agujero que provoca mayor desestabilización.

Extiende una epicrisis formulada en la internación. Escritura que habla por ella y que tomamos como punto de partida para hilvanar algún sentido.

La orientación se inclinó a ofrecer significantes, localizar un sentir, enlazarlo a la palabra, para aliviar la extrañeza y ajenidad respecto a lo propio. Es así como aparece a través de un tinte melancólico. Se nombra: “Desganada, abrumada, sola, vacía. No quiero estar en ningún lado. Estoy, pero no estoy. Estoy en blanco”, significante que coincide con su apellido paterno (Blanco) y que lo lleva a la literalidad de un vivir sin referencias identificatorias. Estado que coincide con lo que Miller mencionó como “ausencia de todo fundamento del ser. Cuando el S [sujeto] no puede hacer nada, con ningún tema”.

Se sitúa en un progresivo aislamiento. Declara no poder hacer sin la asistencia del *partenaire*. Nombra al marido “su rehén”. Cuando él se retira, ella le dirige una demanda urgida de malestar que lo convoca a estar presente una y otra vez.

⁴ Lacan, J. (1984). Del sujeto por fin cuestionado. En *Escritos. Vol. 1* (p. 226). Siglo XXI Editores.

Menciona haber funcionado automatizada, limpiar compulsivamente, fumar tres atados diarios de cigarrillos con un grave enfisema pulmonar. Padecía de un insomnio sostenido, solía no comer (llegó a pesar 43 kg y a no sentir el gusto). Tenía asco e impedimento de contacto con picaportes; se automedicaba para dormir y salir.

Comenzamos, con intermitencias, a bordear los fenómenos de cuerpo o descompensación psíquica con significaciones del sentido común. Reduce lo desmedido a algunos rasgos de carácter con los cuales se identifica. “Soy fanática de la limpieza, tengo baja tolerancia a la frustración, soy exigente”. Justifica su aislamiento con la indicación médica de reposo absoluto por neumonías. Atribuye que cierto estado confusional se debe en realidad a que se medicó de más. Se va gestando por esa vía cierto amarre imaginario.

Las terceridades comienzan a propagarse a través de la erotización de lazos con hombres que se manifiesten atraídos por ella. Situación que muestra al marido y ocasiona el enojo suficiente para propiciar una separación ante la alienación preexistente.

Cíclicamente repite una dinámica: parte de la melancolía, siente desolación, el anhelo a regresar a un estado anterior que no puede precisar. “Soy un peso para el otro. Se me hace profundo el no querer estar”. Vira hacia una retracción narcisista. Se recluye en el baño y se realiza cortes o se empastilla, para adormecer la sensación de vacío.

Allí, a través de una demanda masiva, clama gravedad y urgencia de atención. Pasa por el Otro, lo hace intervenir y una vez convocado, lo rechaza. Nada le resulta acertado, se declara abandonada o maltratada. Ubicada como objeto de perjuicio abre camino a un atolladero paranoide. Furor maniaco al que llama “ansiedad imperiosa”.

Si manda mensajes urgidos y se ofrecen horarios alternativos, falta, pero luego dice que el tratamiento no le sirve. Si el psiquiatra propone el fármaco, aduce que no la cura o que la quiere dopar. Si acude la ambulancia interpreta que se la quieren llevar. Si en la guardia sugieren internación, implica que la quieren encerrar. Si el marido firma consentimiento de internación, es porque se la quiere sacar de encima y, si no lo hace, es porque no registra que está realmente mal. Lo hostiga hasta que firme el alta a contraindicación

médica en varias ocasiones. Envía mensajes desmesurados al analista y al psiquiatra, carta al coordinador, etc.

Transferencialmente advierto que, al responder con presencia, desplaza la demanda hacia otros interlocutores, con los cuales goza en el grito de sentirse descuidada y eso luego se hace tema de sesión. Aparece el relato.

Leguil comparte una anécdota en que Lacan define: “La urgencia es lo imposible de soportar para un S al que ya nada divierte”, donde “divierte” debe leerse como lo diverso. Es a través de la proclamación de urgencia que esta paciente teje una pseudosolución, lábil, transitoria, pero que opera como variante entre sumirse en la opacidad de la melancolía o cortarse autoeróticamente el cuerpo.

Mediante la declaración de urgencia articula una trama, un S2, que restituye un lugar en el campo del otro, a través del cual se enlaza. Tener una urgencia es tener algo. También una forma de estar, estar urgida es formular una posición en donde otro, llamado mediante, en el mejor de los casos, tiene lugar para intervenir. A través de estas floridas actuaciones, entre denuncias y reclamos, nos permite acceder a su historia familiar.

Respecto a la versión paterna privilegia la marca de la ausencia. No tiene recuerdos. “Era una presencia ausente, no se preocupaba por mí”.

Respecto a lo materno privilegia lo mortífero: un cuerpo enfermo, su muerte y el quebranto que dejó su partida. “No lo supero. Siento que me llama”. También el estrago. En la infancia “sufría despegarse”. En la adolescencia, cuando la madre enferma, comienza a fumar compulsivamente y, cuando fallece, comienza a cortarse y empastillarse.

A sesión trae la idea de levantar el cuerpo de su madre del cementerio para enterrarlo en su casa: “Tenerla conmigo”. Hecho que no consuma, pero le implica pasar por sus hermanas, recomponiendo el distanciamiento que las desencontraba, filiación que la restablece notoriamente. Propongo ritualizar la literalidad del hacer con los restos. Deviene la idea de reducirlos a cenizas y ponerlas en su jardín para sembrar el árbol que a su madre le gustaba.

Este momento da lugar a una versión materna vivificante. La recuerda amable. Tocaba la guitarra, cantaba y era coqueta. Decía que “la música y la comida curaban”. De allí se agarra.

Junto a esta evocación la sorprende el corte entre el día y la noche, puede concluir y descansar. En la intimidad acude al karaoke. Sale sin su marido, a hacerse las uñas (insignia de coquetería), luego al consultorio. Puede afrontar la puerta del colegio “llena de madres” para acompañar a sus hijos y hacer la merienda. Reanudar su maternidad la reconforta.

Trae un pañuelo celeste, “provida”, identificación tomada de la cultura. Aparecen temas. Se engancha con un emprendimiento de comidas. Realiza la inscripción. “Imperio” es el nombre que elige, ante el cual alude “tener un blanco”.

“Urgir” es instar a una pronta ejecución. ¿Cómo el analista apuesta a producir un intervalo? ¿Cómo alojar sin acallar lo que el S dice en lo inarticulado? En una época que tiende a homogeneizar los goces a través de clasificaciones anónimas, la propuesta desde el psicoanálisis resulta inventar cada vez (con imposibilidades e impotencias) cómo dar lugar a la singularización del sufrimiento.

*Quiero agradecer a la licenciada Gisela Cid (Jefa de Trabajos Prácticos de la materia Clínica de la urgencia, cátedra Sotelo, Facultad de Psicología. UBA), por la puntuación de referencias para pensar la urgencia.

Bibliografía

Basz, S., Briole, G., Brodsky, G., García, G., Nepomiachi, R. (2021). *Cinco conferencias en Pausa*. Ed. ICBA.

Miller, J. A. y otros. (2003). *La psicosis ordinaria*. Paidós.

Laurent, E. y otros. (2014). *Cuerpos que buscan escrituras*. Paidós.

Leguil, F. (1987). Reflexiones sobre la urgencia. En *La urgencia. El psicoanálisis en la práctica hospitalaria*. Ed. Vergara.

Sotelo, I. (2015). *Datus. Dispositivo analítico para tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama.

Conversatorio II

Transferencia y discursos
en el campo de la infancia

Transferencia y discursos en el campo de la infancia. Una apuesta a la subjetividad... ¿de quién? Florencia Rabinovich (Mendoza)

Los niños y niñas son llevados a consulta cuando su respuesta conmueve al mundo adulto que los rodea y pone en cuestión el lugar que ese niño o niña ocupa en la estructura familiar. Esto generalmente origina la consulta de los adultos –madres, padres, maestros, etc.– cuya demanda puede no coincidir con la demanda del niño o niña.

Algunos llegan diagnosticados por otros profesionales, solicitando tratamiento. Otros son derivados para evaluar el motivo por el cual ese niño o niña no juega, no come, no habla, pega, etc. Es decir, no cumple con las “respuestas adaptativas” y “pautas madurativas” esperables para su edad.

Delimitar un eje en el trabajo analítico con niños y niñas, como el de la familia, los padres, escuela, u otros ámbitos que los atraviesen, es pensar en una clínica más allá de la cronología y lo esperable, y obliga a formular las preguntas: ¿qué es un niño/a para el psicoanálisis?, ¿cuál la particularidad en el dispositivo analítico con niños y niñas?, y ¿hacia dónde dirigir la escucha?

Para el psicoanálisis, ubicar a un niño/a implica una diferencia fundamental entre estructura y desarrollo. Hablar desde el punto de vista estructural nos permite ir más allá de lo cronológico, más allá de la diacronía de la edad. Y considerar un tiempo lógico, sus movimientos y consecuencias, en los cambios de posición del sujeto.

El principio ético del psicoanálisis “no hay sujeto sin Otro”, nos hace pensar que hay algo que es esencial en la función de la familia –entendiendo

que el Otro es el Otro del lenguaje- y es hacer del viviente un sujeto de deseo, darle un lugar simbólico, un lazo de parentesco, una posición en esa familia. Esta función de la familia permitiría lo que Lacan en “Dos notas sobre el niño”⁵ define como “lo irreductible de la transmisión de un deseo que no sea anónimo”, y su efecto es el paso de un organismo a un sujeto.

Es por eso por lo que resulta de gran importancia dirigir intervenciones a los adultos que consultan por ese niño o niña, que los orienten y, en el mejor de los casos, que los impliquen –desde su posición– en eso que en su hijo/hija “no anda”, “queda por fuera”, o es “fallido”. Poder hacer lugar a la palabra de los padres, a sus inquietudes y angustias, pero también a su “saber- hacer” como padres.

Por otro lado, cada niño o niña deberá encontrar y elaborar con ellos su modo singular de entender y estar en el mundo. Frente a esto surge la pregunta orientada al síntoma: ¿cómo ofrecer una respuesta a este?

En la manera en que hablamos de los síntomas está comprometida la posición que adoptamos a la hora de intentar ayudar a los niños, niñas y sus familias a resolver eso que irrumpe en un momento determinado de la vida. Entendiendo que el síntoma analítico es algo que no está de entrada, lleva tiempo delimitar lo que hace síntoma para alguien.

Existe una manera de hablar de los síntomas en la infancia, cuando son considerados “déficits”, anomalías, síndromes o trastornos. Esta manera de concebirlos trae aparejada la hipótesis de una etiología genética, neurológica, química, u otras. Tiene que ver con clasificaciones universales, que proponen formas estandarizadas de tratamiento. Sin embargo, ¿qué pasa con lo que queda por fuera de esos diagnósticos?

Desde el discurso psicoanalítico, como lo plantea Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” (1925-26), los síntomas son considerados un “intento de curación”⁶, aunque fallidos, son creaciones singulares al servicio de un trabajo de defensa del sujeto frente a la angustia.

Sea cual sea el modo de presentación de un síntoma, se piensa como el resultado de un hallazgo que el niño o niña ha realizado como un intento de elaborar la angustia. Es ahí donde deberíamos intervenir.

⁵ Lacan, J. (1988). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Ed. Manantial.

⁶ Freud, S. (1916-17). 17º Conferencia: El sentido de los síntomas. En *Obras completas, Tomo XVI*. Amorrortu Editores.

Desde el psicoanálisis, se sostiene el modo de intervenir en el “caso por caso”. ¿Por qué? Porque para que haya eficacia desde esta práctica debe haber transferencia y, para que esta se instale, el trabajo debe ser singularizado, no masivo. Porque no hay saberes universales que atrapen, que aborden, que sirvan a todos los sujetos por igual.

L. tiene 5 años, es derivado a tratamiento psicológico desde el ámbito escolar por presentar un diagnóstico presuntivo de TEA (trastorno del espectro autista, realizado por neurología). Se evidencian alteraciones en el lenguaje (jergafasia), dificultad en el lazo social, principalmente con sus compañeros. Desde la institución educativa solicitan consejos para acompañar a un niño con TEA y evaluar la posibilidad de solicitar el CUD (Certificado Único de Discapacidad).

En las entrevistas con los padres refieren no haber notado lo que indican desde la escuela. Dicen que el niño “habla cuando quiere” y ellos “entienden todo lo que él dice”.

Comentan que adquirió las pautas madurativas con normalidad, al año comenzó a ir a la guardería sin dificultad para separarse de sus padres e integrarse con sus compañeros. Refieren que nunca hizo berrinches, que no preguntaba por los cambios que acontecían, ni siquiera con el nacimiento de su hermano. Los padres de L. parecían no interrogarse frente a lo que le sucede al niño.

Realizo encuentros con ambos padres, el padre asiste con una libreta en la que anota todo lo dicho durante la entrevista. Luego, a pedido de la madre, realizo entrevistas a solas con ella, ya que considera que el padre de L. “se desorganiza”, “no puede sostener nada”. Respecto a ella, dice: “Estoy depresiva, tengo que hacerme cargo de todo. La casa, los chicos, lo económico”.

L. ingresa solo al consultorio, señala unas hojas que se encuentran en el escritorio, agarra los lápices de colores y comienza a dibujar. Al preguntarle por lo que dibuja responde de manera ininteligible y pareciera “molestarse” frente a las preguntas. Repite los mismos dibujos en varias hojas, al tiempo que anota “Mario- Kirby- Zonic”. Por momentos se mira en un espejo que se encuentra en el consultorio y se ríe, las intervenciones parecían no tener efectos en ese momento.

Durante varios encuentros se repetirá la misma secuencia en relación con los dibujos. Sin embargo, en una sesión en que se retiran las hojas y los lápices, L. comienza a trepar por las sillas, a saltar y a emitir sonidos que parecieran ser de un videojuego. Imito sus movimientos, me equivoco y, frente a esto, L. comienza a reír y continúa realizando los mismos movimientos atento a los movimientos que yo realizo.

Luego de esa sesión, L. comienza a dirigirse a mí, agarra unos cubos y cilindros, y me convoca a acercarme a él. Camina por los cubos, luego me toca a mí. Al caerme, él dice: “Perdiste, ahora voy yo”. Y en ese momento se introduce un significativo, “perdiste”. ¿Podría pensarse que empieza a entrar, vía la transferencia, la pérdida? A partir de ese momento el trabajo se orienta por la vía del juego simbólico que él armó, donde se arman escenas similares, y él introduce otro significativo, “ganador”. En el juego, se van alternando posiciones.

Decido por el momento poner en pausa la tramitación del CUD y conmovier la posición de “niño con TEA” frente a los otros discursos intervinientes en la vida de L. Con los padres, se trabaja sobre ciertos organizadores de la vida cotidiana de L., se enfatiza la necesidad de poner en palabras lo que va sucediendo, anticiparle los hechos. Se elaboran ciertas pautas para acompañar a L. en los cambios que van aconteciendo, dando a entender que implican un proceso. Se recomienda que L. pueda insertarse en otros espacios de encuentro con niños y niñas, más allá del jardín, se sugiere algún deporte, espacios lúdicos, etc., remarcando la importancia de la socialización.

Mientras tanto, se me ocurre ubicar un tiempo y un espacio singular, un tiempo en el que se le otorgue otro lugar a L. y, por ende –para que la transferencia pueda establecerse– propongo encuentros con una frecuencia semanal y un espacio para sostener sus efectos; además de la articulación con otras disciplinas, a fin de que las intervenciones guarden cierta coherencia.

Bibliografía

Freud, S. (1916-17). 17° Conferencia: El sentido de los síntomas. En *Obras completas*, Tomo XVI. Amorrortu Editores.

Lacan, J. (1988). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Ed. Manantial.

Miller, J. A. (2009). La cura analítica. Desarrollo y estructura. En *Conferencias Porteñas 2*. Paidós.

Transferencia y discursos en el campo de la infancia

Mariana Romero (Bahía Blanca)

Cuando en la reunión de equipo surgió la posibilidad de presentar un trabajo para el conversatorio referido a niños, pensé en presentar una viñeta clínica de un paciente que atiendo hace aproximadamente un año y medio. El niño en ese momento tenía dos años y medio y llegó derivado por una analista de otra ciudad. Al comunicarme con ella, me comentó que los padres la habían consultado ya que se sentían perdidos con el diagnóstico de autismo que le habían dado a su hijo. La propuesta fue trabajar con los padres en entrevistas familiares para poder contenerlos y que tuvieran un espacio para ellos y comenzar el tratamiento con Lucas con una frecuencia de dos sesiones semanales.

En la primera entrevista con los papás se los observó muy angustiados, con una seria dificultad para entender cómo tratar a Lucas. Contaron que habían hecho una consulta anterior y que el diagnóstico los había asustado, sobre todo, el pronóstico, para ellos muy desalentador. Les hablaron de un tratamiento con un equipo interdisciplinario, pero lo que más los angustiaba era que lo habían tratado como un robotito, ellos sentían que con las diversas terapias que Lucas debía hacer no iban a poder.

–¿Un robotito? –Les pregunté.

–Muy mecánico y mucha cantidad de terapias, sabemos que tenemos que hacerle el certificado de discapacidad para que nos cubra todo el tratamiento, pero vamos a esperar.

Las primeras sesiones de Lucas fueron muy difíciles, llegaba en brazos de sus padres, gritaba, se arqueaba y la actitud de los papás era de

desconsuelo. Lucas solo producía gritos, tenía movimientos estereotipados, no podía sostener la mirada, cuando caminaba solo, se tropezaba.

Comencé a utilizar diversos espacios físicos del consultorio porque él no quería entrar. Siempre con alguno de sus papás, íbamos al patio, a la sala de espera o salíamos a la vereda a caminar un poco. Este reconocimiento del espacio a lo largo de las sesiones le fue dando confianza. De a poco comenzó a moverse más relajado en el consultorio, siempre tomando un muñeco o cualquier objeto en su mano.

Pasadas unas sesiones en que los padres estaban presentes en el lugar, se empezó a tomar de mi mano y entraba al consultorio tranquilo, por momentos le agarraban crisis muy fuertes de llanto y se tiraba al piso, en ocasiones se golpeaba la cabeza con sus manos. Yo me ubicaba al lado de él, en el piso y eso lo calmaba.

En las primeras entrevistas con los padres se trabajó la frustración que le producía ver que su hijo no hablaba o jugaba como ellos esperaban. Entre las dificultades que tenían estos papás de tratar a Lucas, se planteaban varios puntos a tener en cuenta: derivarlo a una fonoaudióloga y a terapia ocupacional para realizar un tratamiento, ver la posibilidad de que comenzara el jardín, armar un dispositivo con un acompañante terapéutico y comunicarse con el jardín para realizar un trabajo en conjunto.

Entrevista con los padres

La familia de Lucas está compuesta por la mamá, que trabaja en salud, el padre profesional y una hermana de siete años. Viven en la casa de los abuelos maternos.

La mamá expresa la dificultad que tienen con el espacio, ya que al vivir con los abuelos están reducidos. Lucas se sube a todos lados, se choca las cosas y su hermanita no tiene el suficiente lugar para hacer sus tareas. “No le puedo sacar los ojos de encima”, expresa. En esta entrevista me comentan que Lucas sigue comiendo como un bebé, solamente papilla. Intervengo diciéndoles que en varios aspectos es tratado como un bebé y les propongo que Lucas llegue al consultorio caminando y no en brazos de ellos.

La mamá expresa: “Mi miedo siempre fue tener un hijo autista, es doloroso. No nos podemos comunicar con él de ninguna manera, no sabemos lo que le pasa, lo que siente, esas crisis de llanto no sabemos si son por bronca, por angustia, si quiere algo”.

Trabajamos en estas sesiones la posibilidad de que le pongan ellos palabras a estas crisis y generar preguntas a Lucas para que aparezca la comunicación.

Sesiones con Lucas

Luego de un tiempo comenzó a tomar algunos juguetes, chupaba y mordía todo, deambulaba por el consultorio, comenzó a balbucear y decía “ma”. Tiempo después comenzó a tomar los lápices de colores y los alineaba, luego se ubicaba en otro espacio del consultorio y los volvía a alinear.

Luego de trabajarlo con los padres, Lucas comienza tratamiento con una fonoaudióloga, con la terapeuta ocupacional y hace un año, el jardín de infantes. En ese momento todavía estaba la modalidad de concurrir en burbujas de diez niños, semana por medio. Durante ese tiempo y con la acompañante terapéutica, Lucas permanece un tiempo corto en el aula. Las maestras expresan también que Lucas camina por todo el patio y chupa todos los objetos que están a su alcance.

La fonoaudióloga le ofrece como herramienta un mordillo con el que va al jardín y a las sesiones. Lucas lo muerde todo el tiempo, le genera placer, pero observo que dejó de balbucear y está ensimismado. La terapeuta sugiere estímulos, como una pelotita texturizada, elementos de goma, heladitos para chupar de manera alternada.

Nos preguntamos: ¿ese objeto que calma tapona la palabra? Esta herramienta la trabajamos mucho con el equipo ya que teníamos dudas y había diferencias: los mordillos y otros objetos que le ofrecían le producían tanto placer que quedaba desconectado, en el autismo. Lo simbólico no inscribe su trazo, el imaginario no conforma el cuerpo, que permanece fijado a las pulsiones, el mordillo entonces lo fija al principio de placer, al autoerotismo, funciona como calmante pero no

propicia el lazo social que da la palabra. Luego de mucho trabajo con la mamá le ofrece el mordillo por momentos, cuando lo ve muy tenso y Lucas comienza a decir algunas sílabas y está más atento cuando se le habla. La acompañante terapéutica comenta que en el jardín puede dibujar en una hoja y se lo ve atento.

Fragmento de una sesión reciente

Lucas entra solo, saca los lápices y los alinea, ya no los muerde más, pero los chupa. Le ofrezco una caja con juguetes y va a buscarla, elige los muñecos de goma y los chupa. Toma dos pelotas y las tira. Con el fin de producir una palabra, le digo: “¡¡Ahí van!!”, y se las tiro nuevamente a él. Esto se repite unas veces más. En ese momento Lucas queda atento al juego y esperando que suceda nuevamente.

En niños graves es fundamental trabajar con otros profesionales de la salud, estar con un mismo objetivo, aunque la formación teórica no sea la misma, la clínica nos enseña, nos interroga, nos hace pensar. Todavía Lucas no puede producir una escena de juego propia donde habitar, comienza a conectarse con la realidad, está más atento, escucha ruidos en la sala de espera y me mira, responde con la mirada cuando se lo nombra.

Lacan dice que el estadio del espejo constituye la primera identificación del niño, en la que se ve como unidad, distinto del otro. Esa focalización sobre la imagen permite una dimensión imaginaria del propio cuerpo que aparece como separado de la madre y como entidad diferenciada del resto de las cosas. Cuando el sujeto asume su imagen, se produce una transformación porque anticipa la posibilidad real de dominio del cuerpo. En el autismo podemos pensar que no se tiene conciencia del propio cuerpo como unidad, no se tiene organizado el esquema corporal. Lucas no podía apropiarse del espacio del consultorio, fuimos bordeando este espacio para intentar bordear los límites de su cuerpo.

Ilda Levin en su libro *Autismo y perturbaciones graves en la clínica psicoanalítica con niños y bebés* habla del pasaje de la soledad

al encuentro con el Otro, el niño construye su cuerpo y su psiquismo con el Otro que lo sostiene. En nuestro quehacer intentaremos donar este pasaje que se realiza en transferencia para que algo del deseo se despliegue.

Transferencia y discursos en el campo de la infancia

Natalia Schaposnik (San Miguel)

¿Llamaríamos a esa confianza y a ese algo más transferencia?
Sí, ¿por qué no? (...) Podemos, subrayar algunos movimientos:
el despliegue de una escena dramática,
en la que un padre celoso se ve desbordado de violencia,
a otra en la que un analista en posición tercera
equilibra tensiones de un imaginario pavoroso.

Jorge Palant⁷

Entre jugar y conversar.
Avatares, nombres de las vicisitudes de la transferencia,
lugares donde somos tomados en un discurso.

Cynthia Szewach⁸

Pensar las particulares de la transferencia en la clínica con niños, nos invita a pensar también sobre las especificidades de esta clínica, si es que entendemos que las hay. Personalmente no creo, de ningún modo, que se trate de una especialidad, el psicoanálisis de niños es psicoanálisis, tal como dice Mannoni, pero entiendo que sí hay especificidades. Un error importante sería querer extrapolar los conceptos del análisis de adultos al de niños sin hacernos preguntas. Atendemos niños/as, nos dirigimos al sujeto. Ubicando allí una invariante. Pero nos cabe preguntarnos cuál es la particular relación al Otro, la relación a la palabra,

⁷ Palant, J. (2015). *Eco de infancias*. Ediciones del Dock.

⁸ Szewach, C. (2019). *Hojas encontradas. Fragmentos de una práctica con púberes y jóvenes*. Ediciones del Dock.

al juego. Ese modo particular de la demanda, un niño sabemos, siempre es traído, necesita de un Otro que lo sostenga y es así como no es posible un análisis, sin un Otro que pueda sostenerle incluso el tratamiento. No solo se trata de la dependencia de amor sino de la dependencia vital. Ubicar estas cuestiones y tantas otras también ubicará nuestra posición como analistas.

Leemos a Freud en la Conferencia 34 y nos dice:

Se demostró que el niño es un objeto muy favorable para la terapia analítica; los éxitos son radicales y duraderos. Desde luego, es preciso modificar en gran medida la técnica de tratamiento elaborada para adultos. Psicológicamente, el niño es un objeto diverso del adulto, todavía no posee un superyó, no tolera mucho los métodos de la asociación libre, y la transferencia desempeña otro papel, puesto que los progenitores reales siguen presentes.

Y aclara:

Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo pelagra la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores.

Me parece interesante agregar también, ya que muchas veces se escucha esta confusión en la clínica que, en dicha conferencia, más adelante, dice: “Es preciso resignar toda esperanza en cuanto a conseguir que la mayoría de los padres y madres entren en análisis”.

Es decir, aunar algún influjo analítico sobre sus progenitores no debe confundirse, de ningún modo, con derivaciones preventivas o profilácticas hacia los padres. Cuando ellos traen a la consulta su síntoma, que es el niño. Cuando la angustia se posa aún sobre ese objeto, del cual vienen a hablar...

Es así como en 1986, Erik Porge, por su parte, ubica el concepto de “La transferencia a la cantonade”, tomando lo que Lacan trabaja en el *Seminario 11*. Plantea Porge que, en un análisis infantil hay un doble plano en la transferencia, la del niño y la de los padres, con un doble lugar de escucha para el analista. Podemos decir que este doble lugar en la transferencia es nodal en nuestra clínica y agrega que el lugar del analista es el del tercero. Así, lo ubica en la función de restituir al modo de la novela familiar, ese punto de ruptura en uno de los padres en que ya no es más un “buen entendedor”.

Podríamos decir que cuando los padres dejan de ser “buenos entendedores”, cuando los padres dejan de poder hacer con eso que le pasa al niño, es cuando llegan a la consulta. Los padres muchas veces lo manifiestan como “ya no sabemos qué hacer” y es así como ese saber, ese supuesto saber, queda transferido al analista. Por supuesto que también hay otra clínica de mayor desamparo, en la que quizás ni siquiera hay padres que se formulen la pregunta.

Ahora bien, con relación a este doble lugar, podemos considerar incluso las posiciones singulares de cada uno de los padres, o de quienes se acerquen a la consulta, que en ocasiones incluso son otros que los padres, o son otros además de los padres, según cómo esté constituida cada trama familiar. Se entiende que de ningún modo se trata de una posición unívoca.

También sabemos que cuando atendemos niños/as, hay muchos Otros. Los niños muchas veces llegan derivados, necesitan de un otro que mire, que observe, que señale algo que “no anda” y es así como las escuelas, los juzgados, diversas especialidades médicas, etc., son los que piden, indican o sugieren la consulta.

En tanto psicoanalistas, escuchamos la demanda. Estamos habituados a alojar y a trabajar con lo que “no anda”, pero es importante señalar que necesitamos ciertas condiciones para poder operar sobre ello. Es decir, que no de cualquier manera se constituye un síntoma que interroge al sujeto. Es allí que esas primeras entrevistas con los padres se vuelven fundamentales, para el devenir de un análisis.

También es importante ubicar que, otras tantas veces, son varios los espacios en juego. Distintos discursos, distintas lógicas. Según la problemática en particular y su modo de llegada.

Es importante incluir las diversas transferencias. No se trata de desoírlas.

La cosa se complejiza cuando los analistas de niños quedamos en el lugar de ser interrogados, situación habitual en nuestra práctica, se espera que respondamos desde un saber. Es importante ubicar cuáles son las demandas que vamos a aceptar y cuáles no, y cómo las vamos a hacer entrar. En tanto algunas van más allá de nuestras posibilidades. Van más allá del límite de nuestra práctica. Dado, como dice Gansie, que “si pretendemos hacernos cargo de la imposibilidad, podemos correr el riesgo de quedar identificados a la impotencia”⁹.

Otro punto importante que quiero resaltar es nuestra posición ética ineludible de hacer pasar el mensaje respecto al niño a esos otros que tienen injerencia en el devenir de este. Por ejemplo, en casos judicializados, donde la palabra del niño no siempre es escuchada. Así también es importante tener en cuenta el lugar que cada discurso tenga para los padres. Las resonancias que ellos mismos generen. Siguiendo especialmente la línea significativa de esos lugares donde el niño pueda quedar instalado, petrificado, como objeto para el Otro.

Quisiera compartir un interrogante que formula Jorge Palant: ¿por qué habría analistas que analizan niños y otros que no? O: ¿por qué habría analistas que deciden apartarse de esa práctica?

El analista de niños, por otra parte, nos dice Palant, tiene una característica tan singular como frecuente. Dice: “Me refiero a su posibilidad de desertar”. No se dan casos inversos, es decir analistas que dejen el análisis de adultos para dedicarse al análisis de niños. ¿Fundamentar esta deserción echaría luz sobre el campo del análisis infantil? La pregunta sigue vigente, esbozos de justificar dicha cuestión ponen a los padres en el centro de la escena.

⁹ Gansie, S. (2009). *La interconsulta. Una práctica del malestar*. Ediciones del Seminario.

Freud, en 1929 en el caso de la joven homosexual, dice:

No es indiferente que un individuo llegue al análisis por anhelo propio o lo haga porque otros lo llevaron; que él mismo desee cambiar o solo quieran ese cambio sus allegados, las personas que lo aman o de quienes debiera esperarse ese amor. Unos padres demandan que se cure a su hijo, que es neurótico e indócil. Por hijo sano entienden ellos uno que no ocasione dificultades a sus padres y no les provoque sino contento. El médico puede lograr, sí, el restablecimiento del hijo, pero tras la curación él emprende su propio camino más decididamente, y los padres quedan más insatisfechos que antes.

El riesgo para un analista es imaginarizar esa resistencia, quedar ubicado en una línea especular, tomando el camino del enojo, la bronca o el fastidio. Es decir, otras vías se abren si estando advertidos de la posibilidad de que la resistencia quede ubicada del lado de los padres, se los invita a hablar, sobre alguna verdad que no pueda ser dicha y que, por ello, es proclive a darse a ver, al modo del *acting*. Es decir, ofertar la escucha, deseo de analista mediante, podrá ser siempre la oportunidad de vehiculizar la angustia. Y de armar texto.

Escuchar a los padres, hacer lugar a la palabra, implicarlos en su decir. Responsabilizarlos, como ejercicio de una escucha, y no confundiendo responsabilidad con culpabilidad. Los neuróticos son proclives a sentirse culpables y es así como muchas veces los padres se definden. Escuchar a sabiendas de que ellos mismos pudieron haber quedado detenidos en su propia neurosis infantil.

Hasta acá, uno de los planos de la transferencia. Los padres. Los Otros del niño/a. Pero cómo ubicar la transferencia del lado del niño, cuestión que claramente nos concierne.

Para ir adentrándonos al tema, podemos decir, en principio, que la transferencia implica una relación con el lenguaje. Y en la niñez, esta relación está mediada por el campo del juego. En tanto el niño tiene aún una relación particular con la palabra, sabemos, con Freud, que “hay que prestar al niño demasiadas palabras”. Y que aún necesita

anclarse, “apuntalarse en objetos palpables y visibles del mundo real”. Es así como la transferencia se dirige al juego.

Marta Beisim ubica un concepto que llama juego de transferencia. Este articulador podría ser homologable a la puesta en forma del síntoma en el análisis de adultos, ubica al juego en la relación con la transferencia como el motor de la cura.

Que haya juego no significa que se trate de cualquier juego, sino de la puesta en juego de esos elementos significantes que porta el niño. Se trata de hacer jugar esos elementos.

Finalmente, solo queda agregar que es el analista, quien, muchas veces, toma el relevo de la instancia parental, un relevo de ese primer Otro, posibilitando que algo se inscriba. Es decir, aquello que, como consecuencia de las problemáticas inconscientes de los padres, no pudo ser inscripto como juego.

Bibliografía

Freud, S. (1987). Conferencia 34. Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas*, vol. XXII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1987). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En *Obras completas*, vol. XVIII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1987). El creador literario y el fantaseo. En *Obras completas*, vol. IX. Amorrortu Editores.

Mannoni, M. (1997). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Ed. Nueva Visión.

Fukelman, J. (2015). Ponerse en juego. En *Seminario de Jorge Fukelman en el Círculo Psicoanalítico del Caribe*. Ed. Lumen.

Fukelman, J. (2011). *Conversaciones con Jorge Fukelman. Psicoanálisis: juego e infancia*. Ed. Lumen.

Beisim, M. (2019). *Conferencias y escritos*. A.K. *Lecturas clínicas*. Grama.

Lacan, J. (1982). *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.

Conversatorio III

Tratamiento posible de la psicosis

Cosas paranormales

Carolina Neme (Salta)

Primer momento

Joven de 19 años (A.) que consultó por dificultades en su rendimiento universitario, no le iba bien, le costaba presentarse y rendir los exámenes. Las primeras entrevistas giraban en torno a ello, dejaba pasar las mesas, decía que no podía estudiar, lo que le generaba “culpa” por defraudar a sus padres, sobre todo a su madre, “iba a la facultad y no me quedaba”, “no tengo energía”, “no pongo voluntad”. Con respecto a los vínculos amistosos expresaba que no sabía cómo relacionarse ya que había perdido confianza en su persona, “antes trataba de adaptarme a las personas para formar un vínculo”, “quiero que los vínculos sean perfectos, que se hable fluido, si eso no pasa me alejo, me aparece como un rechazo”.

Ir a la facultad le provocaba sentirse frustrada, decía que no era un buen momento para poder abrirse con la gente. Refería mucha preocupación con relación a sus padres, debido al esfuerzo que realizaban para que pudiera asistir a la facultad. Agregó: “Y si no respondo, me da miedo que se alejen de mí”.

La relación con la madre siempre fue difícil; por un lado, A. estaba atenta a su aprobación en lo que hacía, y por otro, sentía que estaba “muy encima” de ella e “imponiendo” algunas cosas, por ejemplo, sus amistades.

Salía con un chico del que también se quejaba, ya que este no quería nada formal. Aceptaba las condiciones que él ponía, sobre todo, la frecuencia de los encuentros.

Era algo llamativo en este primer momento la poca implicancia que mostraba respecto de sus dichos a partir de los señalamientos o puntuaciones realizadas. En este tiempo de entrevistas “preliminares”, en algunas de ellas se presentaba en estados de angustia que la desbordaban, vinculados sobre todo por creer “defraudar a su madre”, manifestaba sentirse muy exigida en ser “perfecta en su carrera”.

Segundo momento

A. dejó de asistir a las entrevistas durante varios meses, los motivos por los que había dejado refirieron a que había empezado a sentirse mejor y decidió no seguir yendo. Regresó al inicio de la pandemia, solicitando que los encuentros se realizaran por llamada. Los primeros meses de ese año -2020-, había consultado con un psiquiatra y una psicóloga en un hospital público. El motivo de la consulta fue porque se había distanciado de una amiga debido a que la mamá de esta “se metía en todo” y ya no aguantaba la situación. Esto la angustió mucho, le generó un desgano muy grande, según expresó. Al momento del retorno, continuaba con el psiquiatra del hospital.

Manifestaba que su madre se había ido a otra provincia a cuidar a un familiar. En esos momentos A. se encontraba viviendo con su padre, un hermano y una hermana, con esta tenía muchos problemas de convivencia. Refería que no podía controlar sus emociones, “reacciono horrible con ella”, “empiezo a gritar”, “no regulo mis emociones”, “exagero la situación”, “paso por la angustia, tristeza, enojo y decepción”, “me molesta cuando no toman en cuenta mis opiniones”, “me siento nula en todos los aspectos de mi vida”, “se esfuman mis ganas, no tengo ganas de nada, solo estoy acostada, me siento mal”, “me siento inútil”, “no puedo hacer nada productivo”, “no soy yo así”, “me siento devastada”, “todo nulo en mi cabeza, sentimiento de vacío, no sé qué es”. En algunos momentos podía ver películas “sobre conspiraciones de relatos paranormales”.

Tenía pesadillas, si se sentía angustiada, se lastimaba las manos para concentrarse más en este dolor que en la angustia, eso la calmaba. También tenía “atracones” con la comida y no podía parar.

Previo, unos meses antes a esta pérdida del sentimiento de la vida, “desgano, pérdida de energía”, se “encontraba en automático”, no podía parar en sus acciones, “no podía hacer una cosa por vez”, “lo hacía con un cronómetro porque no podía parar y pasar a otra cosa”. Estaba advertida de que luego de este goce desregulado, ilimitado, aparecía un período de desmotivación y desgano: “Sabía que algo iba a fallar y me iba a empezar a sentir mal de nuevo, sin ganas. A veces se pone muy lento todo y extraño cuando desbordo de energía, pero me aparece la angustia de la nada y lloro de la nada durante horas, encerrada en mi pieza en posición fetal”.

El no opinar la pone a “merced” del Otro, ella lo expresa así y “poner límites” la alivia. A veces en los “días malos” se sentía observada por los varones.

La pandemia y su preocupación por las muertes fue la ocasión para que pudiera y decidiera hablar sobre fenómenos elementales que iniciaron cuando era niña y en el 2019 retornaron con gran intensidad. Al hablar sobre ellos, dice: “Yo creo en las cosas paranormales”.

A los 6 o 7 años empezó el miedo: “Me portaba mal con la señora que me cuidaba, ella se enfermó y tuve miedo de que me apareciera si se moría”. A esa edad falleció una de sus tías: “Mis padres se fueron al velorio, tenía una pieza, a la que me daba miedo entrar, experimenté el miedo a que me apareciera algo cadavérico, no recuerdo bien si se me apareció, posiblemente sí, no lo puedo explicar”. Desde acá todo cambió, señaló, el miedo a lo paranormal apareció aquí y nunca más se fue.

A los 17 años estaba sola en la peluquería de su abuela. “Mirándome al espejo escuché ‘A. , estoy acá’. Me fijé y no había nadie, fue raro”. “Otra cosa rara que me pasó también de adolescente fue que en una farmacia, en el pueblo de mi abuela, había estantes de vidrio, cuando entré vi a una persona detrás del mostrador y un cliente esperando, una mujer de espaldas, fue raro, me acerqué y desapareció, había estado ahí”.

En 2019, falleció la niñera que la cuidaba a los 6 o 7 años. “Tenía un mueble que se movía en mi habitación, veía cosas, se movían constantemente, escuchaba el crujido de los muebles. Durmiendo una noche, escuché un ruido grande y era que los libros se caían, me despertó el ruido. Otro día vi que alguien abría la puerta, estaba acostada, fue raro, estaba oscuro, también se cayeron los libros. Todo fue real, creo en cosas paranormales”. Atribuyó que lo que sucedía en su habitación en ese momento tenía que

ver con esta muerte: “Cuando ella se murió, sentía que había alguien en mi habitación, los objetos acompañaban los movimientos del mueble, el sonido era crujiente, se movía y paraba, se movía y paraba”. Si tocaba el mueble, el sonido cambiaba. Esto sucedía todos los días, a cualquier hora, siempre en su habitación. En este momento fue cuando consultó con el psiquiatra.

Sobre el desencadenamiento

Una psicosis es algo que se desencadena en un momento, ocurre en un momento determinado. En esta paciente, lo podemos ubicar cuando se produce a los 6 o 7 años el fallecimiento de su tía, cuando algo cambió, al experimentar el miedo por la presencia de algo cadavérico.

Daniel Millas en su libro *El psicoanálisis pensado desde la psicosis* dice que Lacan mantiene la secuencia vacío-alucinación-delirio. A lo largo del *Seminario 3*, “no deja de afirmar que en el momento del desencadenamiento el sujeto se confronta a un vacío radical, con la vivencia consecuente de haber llegado al borde de un agujero”(p. 32). Sobre los sujetos paranoicos, señala que son los que “interpretan y reformulan el sentido a partir del encuentro traumático con un vacío de significación”. En este sentido, explica que la certeza del psicótico responde a la posición del significante solo y desencadenado del sentido.

J. A. Miller en *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica* señala que en la psicosis la doble barra, que no posibilita la comunicación entre el significante y el significado, “revela la emergencia del significante del Otro tachado, suerte de significante suplementario, fantasmática, que aparece bajo la forma de fenómenos de angustia o paroxísticos, y que es de alguna manera el precio de la psicosis” (p. 24). Agrega: “(...) es necesario los puntos de basta para clavar los significantes en los significados” (p. 25).

A diferencia del retorno de lo reprimido que hay en la neurosis, en la psicosis, esa falla provoca la ruptura entre la cadena significativa y el significante. En esta ruptura, se libera una componente, no pudiendo hacer cadena con otro significante, unión de la que resulta la significación. Ahora, este significante solo es el que reaparecerá en lo real,

lo que en el sujeto psicótico se manifiesta a través de la perplejidad, marcando un contundente antes y después. Hay un movimiento que va de la perplejidad en tanto vacío enigmático hacia la certeza, como una significación de la significación. En el momento del encuentro con lo real, el sujeto psicótico ya no está representado por el significante, queda atrapado, por la ausencia de intervalo entre S1 y S2. Frente a este S1 solo, vemos cómo esta paciente se encuentra pasiva respecto a los fenómenos elementales y es por ello por lo que a estos hay que encadenarlos con algún sentido, un S2 podríamos decir. Los fenómenos “paranormales”, como ella los nombra, la ubican en un lugar pasivo frente a ellos, que la angustian y la dejan a la deriva. Alucinaciones que la invaden dejándola, como ella señala, a “merced del Otro”, frente a un goce loco que no puede ser focalizado. Cuando ella dice “poner límites me calma”, nos da la dirección de hacerse agente activo respecto de los “poderes paranormales”, diferenciando que es ella la que tiene poderes especiales, no el Otro, es decir, el poder y la decisión es de ella, sobre los objetos y el Otro. Un saber que es de ella frente a un goce intrusivo que ella tendrá que ir limitando, dosificando, como es, por ejemplo, su gasto de energía o poder cambiar por sonidos los insoportables ruidos crujientes que irrumpían en su habitación. Esta dirección en las intervenciones logró apaciguarla notablemente.

Desde el inicio de la pandemia dejó de salir de su casa, participaba de las clases de manera virtual, pero no podía prender la cámara ni rendir. Este año comenzó a salir más de su casa. Algunas veces asiste de manera presencial a las entrevistas, ella lo decide y lo hace cuando se siente bien para hacerlo, también asiste a algunas clases de la facultad, las escucha desde la puerta, cuando va por la calle o en colectivo, se pone auriculares y escucha música. Hace pocos meses comenzó a salir con el mismo chico que mencioné en el primer momento. Ella puso y pone sus condiciones para volver a verse.

En cada encuentro trae situaciones en que ella se siente a merced del goce del Otro, (vínculos familiares, amorosos, amistades, compañeros de facultad), se trata cada vez de que ella pueda distinguir y diferenciar qué es lo que ella piensa sobre eso y qué quiere hacer. Eso la alivia y dice siempre al finalizar de cada sesión: “Ahora me siento más tranquila”.

Bibliografía

- Lacan, J. (1984). *Seminario 3. Las psicosis*. Paidós.
- Millas, D. (2015). El psicoanálisis pensado desde la psicosis. En *Cuaderno del ICBA 16*. Grama.
- Miller, J. A. y otros. (2003). Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. En *Cuaderno del ICBA*. Paidós.

Intervenciones en la clínica psiquiátrica. Acerca de un caso de psicosis

Preguntas y estrategias, la posición del psiquiatra
Dra. Giselle Judith Koziol (Bariloche)

La idea de este trabajo es pensar en la clínica psiquiátrica uniendo conceptos que van más allá de la medicina basada en la evidencia y lo protocolar, para incluir los conceptos médicos aprendidos y vincularlos estratégicamente en la lectura del caso a caso. A propósito del tema que me convoca, me interesa citar un extracto del libro de J.D. Nasio, *Los más famosos casos de psicosis*¹⁰: “No existe ‘la psicosis’, sino que existen muchas de ellas”.

...si bien es cierto que el psicoanálisis ha mostrado cada vez con mayor precisión los mecanismos comunes a todos los estados psicóticos, oponiéndolos a los mecanismos neuróticos y perversos, hoy se hace evidente la extremada heterogeneidad de las formas clínicas de la locura, cada una de las cuales abarca una entidad que le es exclusiva. En efecto, numerosos trabajos psiquiátricos y psicoanalíticos modernos dedicados a la esquizofrenia, a la psicosis maniaco depresiva o a los delirios nos incitan a pensar que, en los próximos años, la categoría “psicosis” será objeto de una revisión radical. La paranoia de Schreber es un mundo por completo diferente del correspondiente al autismo de Joey o de Dick, y está aún más alejado del universo de

¹⁰ Nasio, J. D. (2014) *Los más famosos casos de psicosis, publicación digital, Rusli.*
<https://es.slideshare.net/JosLuisSanchez1/nasio-juan-david-dir-los-ms-famosos-casos-de-psicosis>

locura asesina de las hermanas Papin. El conjunto de los casos clínicos presentados en esta obra, tan diferentes unos de otros, ilustra nuestra afirmación según la cual la psicosis, como entidad única no existe y que en realidad debemos hablar de “las psicosis”..

La paciente

María Magdalena comienza el tratamiento a inicios de febrero de este año. Es derivada luego de una primera consulta que realiza en la guardia del Hospital Zonal de Bariloche. La paciente realiza dicha consulta por presentar un cuadro de aparición en los últimos días, caracterizado por ideación delirante megalómana, mística, erótica y de perjuicio. Dicho cuadro se acompaña de un ánimo exaltado, cierta desinhibición, desorganización y ritmo acelerado del pensamiento.

En la guardia se la médica con risperidona (antipsicótico atípico) para disminuir la sintomatología psicótica. Se le indica licencia laboral y se la deriva para realizar tratamiento psicológico y psiquiátrico por consultorios externos.

Primera consulta: conociendo a María Magdalena

María Magdalena es una mujer delgada, se la observa con cierto aspecto desalineado. Se sienta erguida, parece en estado de alerta. Espera a que se le pregunte y responde relatando abiertamente lo que le sucede, sin inhibiciones, por momentos hila el relato a manera de saltos de un tema al otro. Comparto algunas citas textuales de la paciente: “Mi exmarido me dijo que tenía que ir sí o sí”, refiere sobre su presencia en el consultorio. Relata que “el 8 o 9 de febrero me fui del mundo real al imaginario”. Cuenta sobre una relación que mantiene con un hombre: “Se presenta como *Goldmundo* de Hermann Hesse, me habla de sexualidad, de sus masturbaciones, yo con este hombre, un salto. ¡Ya está! ¡Es este!”. Sigue comentando del tema: “Hay una cosa oscura. ¿Y si me acosté con el diablo?”, “no dormí tres días”.

Algunos datos significativos

María Magdalena es una paciente de 47 años de edad, profesora de historia, trabaja doble turno. Es madre de dos hijos adolescentes, con quienes convive. Se encuentra separada desde hace poco tiempo, pero mantiene buena relación con su exmarido. Es la hermana mayor de seis hermanos. Nace y se cría en un pueblo del interior del país. Su padre y madre de 70 años viven aún allí, al igual que la mayoría de sus hermanos. Solo una de sus hermanas vive acá en Bariloche.

Primera intervención: disminuir la productividad psicótica

- Pienso posibles diagnósticos diferenciales para un primer cuadro psicótico de aparición aguda.
- Le indico a la paciente continuar con licencia laboral.
- Aumento la medicación antipsicótica por leves indicios de mejoría.
- Solicito se realice análisis de laboratorio, que resultan sin particularidades.
- Nos ponemos en contacto con la psicóloga que sigue a la paciente.

Evolución: primera etapa del tratamiento

Durante el transcurso de las entrevistas la paciente se presenta en horario, responde en forma rápida y concisa a las preguntas. Constantemente quiere intervenir y manipular para dirigir la forma de cómo continuar con la medicación: solicita bajarla, quedar solo con la risperidona con la cual hace vínculo desde el inicio. Intenta ningunear las intervenciones, refiriendo que el espacio de psicología será suficiente, que ella sola tiene que poder. Presenta una importante resistencia a las indicaciones y al espacio.

Aparecen datos de importancia: cuenta que su padre ha sido siempre acelerado hasta los 40 años y que luego se deprimió, no quería salir de la cama por dolor de espalda. Le indicaron ir al psiquiatra, pero solo

fue una vez y no quiso ir más. Uno de sus hermanos también es acelerado. Tiene una tía paterna que, a los 60 años, luego de separarse y tras tener buen nivel adquisitivo, quedó “en la plaza con los linyeras”.

Intervención: corregir la medicación

En conjunto con su psicóloga hemos pensado en diferentes diagnósticos, esquizofrenia, enfermedad bipolar, enfermedad esquizoafectiva. Me inclino por el diagnóstico de manía, posiblemente dentro de un cuadro bipolar (el tiempo terminará de confirmarlo).

Decido cambiar la medicación de risperidona a olanzapina, ya que esta tiene indicación para el tratamiento de manía aguda.

Indico Divalproato de sodio en dosis escalonadas hasta llegar a los 1000 mg. La paciente no quiere usar litio, no desea sacarse sangre tan seguido. Lo tomo en cuenta, queda como segunda opción.

Evolución: ¿tiempos necesarios? ¿O algo hace ruido?

Si bien su sintomatología mejora y pasa lentamente de la manía a la hipomanía y parece estar en curso de estabilizarse con mayor conciencia de enfermedad, su evolución por momentos parece estancada. En comunicaciones con la psicóloga tratante también escucho su preocupación sobre el cuadro. Palabras de la paciente: “Me pasé de rosca”, “es el diablo que me está tentando”, “lo erótico bajo”, “conversar con Dios bajó el nivel”, “mi padre me manda una canción de la iglesia: donde había odio que haya paz”.

Continúa con su resistencia a las indicaciones médicas. Dice que la olanzapina es muy cara, insiste con volver a la risperidona. Quisiera no tomar la medicación, quiere seguir solo con la psicóloga, y que ella tiene que poder, que está mejor. Que la medicación le da mucho sueño, etc.

Intervención: intento que siga las indicaciones

Insisto en la importancia de que siga con medicación. La escucho y tomo su pedido en la parte que me parece posible, acepto bajar la olanzapina, que use lo que ya compró, y vuelvo a indicar la risperidona en forma conjunta. Sostengo la indicación del Dilvalproato de sodio.

Evolución: sigue la orientación hacia la enfermedad bipolar

Durante el mes de junio presenta viraje del cuadro a sintomatología de características depresivas, quiere estar en la cama, lo cual, refiere, es por la medicación, y nuevamente quiere bajarla o retirarla... El gesto de la mirada es triste, se encuentra lenta en sus pensamientos, menos activa, con dificultades para realizar tareas cotidianas, leer, se ocupa mínimamente de los hijos y de la casa.

Intervención: momento clave, la comunicación del diagnóstico

Siento que la paciente aún no está enlazada favorablemente al espacio. Ante el viraje de la sintomatología y no alcanzando nunca la estabilidad la paciente, entiendo que es un momento clave del tratamiento para intervenir optando por una estrategia que le aporte un encuadre, un marco que facilite el tratamiento. Me formulo las siguientes preguntas: ¿tomará bien la medicación? ¿Por qué la resistencia al uso de medicación? ¿Cómo afianzar el lazo terapéutico? ¿Hasta dónde es conveniente dar un diagnóstico? Y, en este caso, ¿cuál es la importancia del saber para una profesora?

En el caso de transmitir, ¿cómo? Pienso sobre el valor y el efecto de lo literal en el discurso y las devoluciones en el contexto de una psicosis bipolar. ¿Es necesario llamar a un familiar? ¿Hasta dónde le favorece la licencia?

Opto por la intervención, comunicando franca y claramente. Le pregunto si sigue las indicaciones al pie de la letra. María Magdalena finalmente refiere que no, no lo hace.

Decido no postergar una devolución sobre su cuadro psiquiátrico y transmitirle mi alta presunción diagnóstica acerca de la enfermedad bipolar. Me tomo el tiempo de explicarle sobre la enfermedad y ubicar situaciones que ha atravesado en consistencia con el diagnóstico. Cito antecedentes familiares que también orientan al diagnóstico. Le explico sobre el uso específico de medicación y posibles complicaciones en caso de no usar la medicación adecuada. Comparo con otras enfermedades crónicas más conocidas en que la continuidad de la medicación hace la diferencia, como la diabetes o la hipertensión arterial. Refuerzo la importancia del tratamiento y prevención de recaídas. Ella ahora sabe, sabe y entiende.

Porto que “sí o sí” necesita tratamiento, no tengo dudas. Ella puede elegir con qué psiquiatra tratarse. En tanto venga a tratamiento conmigo, le digo que es importante que pueda confiar en mí como profesional, si no, no podré ayudarla. Hay algo que pongo de su lado, la escucho, no está obligada conmigo. No está obligada con relación a mí, la necesidad de tratamiento está expuesta en relación con algo de orden médico, no es un capricho mío. Esto también parece afianzar el vínculo.

Resuelvo por lo pronto no llamar a un familiar. Hablamos sobre la licencia, aún es tiempo de sostenerla, cuando llegue el momento en que esté en condiciones de volver a trabajar, será en un contexto de readecuación de tareas, quedará para más adelante.

Dice: “Está bien”. Y localizo que a partir de ese momento se instala en el tratamiento, ubica el contexto terapéutico, tiene un nombre y un saber que le da un encuadre que la sujeta y la organiza.

Del cuidado al entre dos

Yanina Fernandes (Belgrano)

La clínica es asunto de los divinos detalles.

Vladimir Nabokov

En el marco de este nuevo encuentro del Conversatorio y en relación con el tema que nos convoca en esta oportunidad, la psicosis, me propongo presentar un recorte de un caso que atiendo hace unos meses, y que me interroga sobre la posibilidad de un tratamiento posible.

D. tiene 30 años. Llegó a la consulta muy angustiada, casi no podía hablar y presentaba un gran desinterés hacia todo. Su novio la había dejado. Vivía en el campo con sus animales, de quienes se hacía cargo y cuidaba. Campo del padre que según ella siempre descuidó.

Su novio, a quien conocía hacía más de dos años por tener en común interés por el pato (el deporte) y los caballos, le daba dinero, la bancaba. Según ella él iba a arreglar la casa y luego vivirían juntos. D. cuidaba con mucha dedicación los animales del campo, tenía veinte perros, caballos, cerdos, gallinas y hasta pollitos que vivían con ella en la casa. Hay un lazo y un lugar que encuentra en esta tarea que *après-coup* puedo afirmar la sostiene.

Escucho sin intervenir demasiado las primeras entrevistas. Dice siempre lo mismo, habla sobre su ex que va y viene, sobre el hijo de él que la quiere solo a ella, que es la única que puede y sabe cómo cuidarlo y protegerlo frente a los abusos que sufre de su madre y otros miembros de la familia del niño. Ante mis preguntas, en un intento de historización ella responde casi con monosílabos, sin comprender por qué sería importante saber sobre ella, su historia, sus vínculos, su familia. La “sigo” escuchando. D. repite en cada ocasión, como si fuera la primera vez, una y otra vez lo mismo.

Hay algo de un delirio construido alrededor de la ex del novio, alrededor de la maternidad. En una sesión relata haber estado embarazada de este novio hace un tiempo, en sus dichos no aparece nada de la afectivización con relación al embarazo, sino una culpabilización al novio y un enganche a la ex de él por haberlo perdido. Cuenta un episodio en que empieza con pérdidas y su novio en lugar de llevarla a la clínica la hace recorrer todo Buenos Aires para cumplir con sus cuestiones mientras ella al lado se retuerce de dolor... “Por supuesto, lo perdí, por su culpa”. En un segundo momento, previo a la internación, vuelve a aparecer esta certeza de estar embarazada, con la convicción asociada de estar por perderlo. Concluye con el mismo desenlace, y transcurre con la misma desafectivización y falta de palabras para eso que le está pasando.

Esta otra madre del hijo del novio los hostiga, fundamentalmente a D., armando perfiles falsos de Instagram y números telefónicos temporarios, persiguiéndola, haciendo lo posible para que no estén juntos y para que tampoco vea a su hijo. Es una otra hostil. Estas ideas en las que ella insiste en comunicar, y las infidelidades que afirma sufrir de su ex son los motivos por los cuales él la deja.

Indico como condición que contacte a su psiquiatra. Ella accede. Tengo que insistir sobre este tema hasta que finalmente consulta y comienza a tomar la medicación.

Luego de unas semanas, me hace una confesión, es en estos términos que ella introduce lo que me iba a contar. “Te quiero decir que tengo dos psicólogas, vos y la otra. Las dos me hacen bien, no quiero dejar a ninguna si me lo permitís”. Ante lo inesperado, le digo que la espero la próxima. En la siguiente entrevista le indico que continuaremos, no sanciono, y quedo así por fuera de la serie de los profesionales y familiares que le dicen que eso está mal. La posición del analista como testigo y lugar para alojar su palabra instala algo de la transferencia, y permite de manera muy precaria cierto trabajo de elaboración delirante que busca gustar y limitar este goce sin límite de la psicosis. Un testigo, dice Colette Soler, es un sujeto del que se supone no saber, no gozar y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto pueda colocar su testimonio.

Semanas más tarde desaparece. No sé nada de ella, hasta que recibo un mensaje en el que me cuenta que está internada, seguida de una

cantidad de llamados de profesionales para hablarme sobre la paciente. Es internada con orden judicial frente a una denuncia del novio, quien sostiene que se quiso tirar por la ventana en un ataque durante una fuerte discusión. La versión de D. es que se estaban peleando como tantas veces y entre forcejeos y corridas se dio contra la ventana cerrada que da a la calle. El novio la deja en manos de los paramédicos y desaparece no sin antes pedir una perimetral. Durante esas semanas que está internada, sufre, obtiene cierta calma, engorda su verdad sobre la inutilidad y desamor de su familia ausente, aunque alguna vez la acompañaron. El novio reaparece y es quien finalmente se la lleva ante la imposibilidad de poder armar un dispositivo de contención necesario para ella.

Durante este tiempo retomamos las sesiones, y lo que se vuelve a armar ante su padecimiento es un “dispositivo de cuidado” de plantas. Se muestra muy preocupada por sus animales, de nuevo repite una y otra vez como si fuera la primera vez frases, aisladas, escupidas, sin lazo discursivo. Cuántos se habían muerto por su ausencia, escapado... Animales ahí no puede tener, por lo que como estrategia introduzco las plantas.

“El trabajo de la psicosis será siempre para el sujeto una manera de tratar los retornos de lo real, de civilizar el goce haciéndolo soportable, no es más que como dice Freud una enfermedad de la libido”, sostiene J. A. Miller en “Producir el sujeto” en *Matemas I*.

Se va a su casa con dieciséis plantitas. Ubico en esta posición un lugar, lugar que esta sujeto pudo hacerse como “cuidadora”, lugar del que se aferró, ante su no lugar en el Otro. El cuidar en tanto significativo permite construir en transferencia un par ordenado en oposición, descuido-cuidado. Ella sostiene nunca haber sido cuidada por nadie, y es esto lo que permite cierta construcción. Un hacer al borde del agujero, una inscripción que le permite, por ahora, vivir la vida sin tanto padecimiento, sin tanta irrupción de ese goce insoportable, desbordado de la psicosis. En tanto su analista cuida del dispositivo, de manera que D. pueda encontrar, en el mejor de los casos, un lugar más cuidado para ella.

El dispositivo que se está intentando armar posinternación también lo pensamos en estas mismas condiciones. Desde este significativo que la sostiene.

Conversatorio IV

Esa encrucijada llamada inhibición

Chiste, inhibición y acto analítico

Daniel Katz (San Isidro)

Uno de los textos en que Freud señala la presencia de la inhibición y la desinhibición es en “El chiste y su relación con lo inconsciente”. Dicho a grandes trazos, aparece un “gasto de inhibición ahorrado” al liberar el impulso libidinoso frenado por la inhibición bajo la forma de la risa mediante la técnica del chiste. En síntesis, un modo de burlar la censura y provocar placer en el oyente.

No voy a tomar en sí todas las formas y circunstancias de la inhibición que pueden presentarse en la clínica, que son variadas y multiformes: ni las cuestiones conceptuales que se desprenden de recorrer el concepto en la obra de Freud y Lacan. Estas son, sin dudarlo, un aporte sorprendentemente medular a la comprensión y al debate del trabajo analítico en torno a sus relaciones con la angustia, la pulsión, el deseo, el goce, el objeto y la demanda del Otro, ni tampoco su diferencia con el síntoma que se distingue de la inhibición.

En fin, voy a intentar circunscribirme al chiste como intervención en el análisis (por parte del analista) para poder desplegar luego los recorridos conceptuales y preguntas posibles que puede ofrecernos ese acto. Para el caso, traigo una viñeta, que voy a reducir al mínimo, pues solo tiene la función de ubicar la intervención chistosa luego de una lectura analítica en sesión.

A M. la trae al análisis una queja vaga acerca de su vida que dice no disfrutar. Inicialmente, esta queja se ubica en no lograr despegarse de su marido, que “la ama más que nadie”. En esta sesión, luego de repasar

diferentes circunstancias, como la ida de su casa paterna muy tempranamente para “poder hacer su vida” (de un modo que podríamos decir atropellado), un casamiento como posibilidad de salida de esa casa familiar y la llegada de un hijo que “cae” en su vida como una “bomba” y la deja descolocada y sin saber bien cómo cuidarlo; y aun así lo hace, pero “sin estar realmente allí”.

En ese momento, me aparece una frase que, le señalo a M., parece ser un *leitmotiv* que atraviesa su vida: “No puedo/no me dejan hacer mi vida”. (Primero su padre, luego su esposo –anterior al actual–, luego su hijo, y ahora su esposo actual.)

Me mira y me dice:

–¿Sí? –Se queda pensando, y afirma gestualmente. Concluyo la sesión.

Saliendo ya del consultorio, y al acercamos a la puerta del *hall* de salida, muestra una vacilación y dice riendo y disculpándose, antes de abrirla: “Nunca sé cuál es la que está cerrada y cual está abierta”. Abriendo luego yo la de salida y riendo a mi vez, le respondo: “Y...sí. Es muy difícil saber”. Reímos los dos en la despedida.

Hay mucho para agregar y desplegar en este caso en el que se advierte una inhibición, a la que aún no quisiera apresurarme en determinar su naturaleza. Me gustaría aquí continuar con un chiste que quiero contarles, que nos permita reflexionar “en vivo” acerca del deseo que se libera en la risa. Quizás podamos aplicar en la conversación algunos conceptos claves acerca de la inhibición y sus vinculaciones con otros conceptos centrales del psicoanálisis.

Chiste

Un hombre es llevado a prisión por un crimen que no cometió. La primera noche es arrojado a un espacio grande en el que advierte la presencia de otros presos más allá. Aterrorizado se esconde en un rincón oscuro y alejado, y durante un par de días no se mueve siquiera. Al tercer día advierte que al fondo hay luz y risas. Al observar mejor nota que se ríen en círculo. Con precaución se acerca y escucha que gritan:

“¡Noventa y seis!”. Y todos ríen. “¡Cuarenta y tres! ¡Jajajaja!”. Todos ríen.

Curioso, se acerca a preguntar

–¿De qué se ríen?

–Lo que pasa –le dice un preso–, es que vos recién llegaste. Nosotros estamos acá hace años. Ya nos aburrimos de todos los chistes que contamos infinitas veces. Por eso, les pusimos números, para no perder tiempo.

Pasmado el hombre escucha que gritan:

–¡Cinco! ¡Jajaja! –Todos ríen.

–¡Cuarenta y nueve! ¡Jajaja!

Y así un rato... hasta que pide:

–¿Puedo yo también?

Se acerca y grita:

–¡Ciento ocho! –Nadie ríe.

–¡Veintisiete! –Nadie ríe.

Confundido, pregunta:

–¿Qué es lo que pasa? ¿Por qué no se ríen?

–¡Lo que pasa es que vos los contás mal!

En el primer ejemplo, la risa proviene del señalamiento de la puerta abierta o cerrada como metáfora/sustitución de otra puerta que puede estar abierta o cerrada “para hacer su propia vida” y lo difícil que resulta. Se redirecciona esa vacilación/pregunta presentada en acto hacia mi persona a la dificultad que trae, como lo que podríamos suponer una inhibición.

Aunque en este caso no se constituya como un chiste en el sentido de liberar o descargar un impulso o deseo inhibido, sino redireccionarlo a “su propia vida”, a su dificultad, que, evidentemente, M. trae en un acto (¿*acting out*?) dirigido a mi persona. Traducido, sería: ¿vos sabés cuál es la puerta que se abre? ¿Me la abris vos? ¿Cómo salgo/me sacás de este encierro? Aquí, nos introducimos de lleno en el campo de la transferencia, esa batalla que se anuncia entramada entre el acto y las palabras.

Vayamos ahora al chiste que, debo confesar, hace años espero poder contarle en una reunión con psicoanalistas, con el íntimo deseo de burlarme un poco de nuestra práctica y transmisión algebraica, muchas veces incomprensible y por qué no, muchas veces absurda a mis oídos, es decir sin sentido. Me siento más de una vez como M. ante una puerta de la cual no tengo la llave y no sé si está abierta o cerrada. Seguramente también, como este hombre protagonista del chiste, ante lo absurdo e incomprensible de unas risas que vaya uno a saber a qué significados reenvían y si hay o no algún saber compartido que pueda desinhibir esta dificultad, que ya podemos ir ubicando, diría yo sin temor a equivocarnos, en lo que Freud dio en llamar la pulsión de saber.

Respecto a la inhibición, concepto verdaderamente complejo, y podría decir errático y bastante desatendido en la conceptualización psicoanalítica, es sin dudas un concepto ligado a la defensa. Se diferencia de la represión en tanto esta última se dirige a las representaciones y la primera a los afectos, tomando una función de sofocación (en el campo de lo inconsciente) de los impulsos a través de, cosa curiosa, (y en esto creo que coinciden Freud y Lacan) la inducción de otro impulso/deseo que detenga el movimiento. Así, el acto que realizaría el primer deseo torna a esa moción inaceptable e inadecuada para la realización: en el decir de Lacan, queda capturado el sujeto en la trampa narcisista. Esta cuestión la desarrolla con bastante mayor complejidad en los últimos capítulos del *Seminario 10*, de la angustia, ligándola al objeto y sus formas, y por supuesto, a su nuevo modo de situar la angustia; y vuelve (brevemente) a tomarla en el *Seminario 22* de RSI, situándola en una topología diferente, como una inmisión de lo imaginario en el agujero de lo simbólico.

Pero volvamos al chiste, que aparece para mí como una cantera plena de significaciones que bien podemos desgranar, y quizás podamos intentar con una primera pregunta, que se me ocurre ahora, está bastante ligada al caso de M. ¿Cuál es el impulso inhibido en este chiste? Y ¿por qué? Yo, como habrán ya escuchado, la ubico respecto al impulso de saber, y particularmente vinculado a la pulsión invocante. Dejo aquí el lugar para el análisis y el debate, que espero no haber inhibido.

N.

Una aclaración necesaria

Javier García (La Plata)

La noche previa a la primera entrevista pautada con N. me llega un mensaje de WhatsApp, que dice: “Hola, Javier, disculpame el horario, pero sentía que era necesario hacer esta aclaración antes de nuestro primer encuentro. Soy un chico trans y uso el pronombre masculino (él), pronto voy a cambiar mi DNI. Perdón otra vez por la hora”. Sin saber muy bien qué responder, atendiendo a esta “necesaria aclaración”, le agradezco por haberme escrito y le digo que, para mí, lo que él use, está bien.

Puedo leer, transcurrido este tiempo, aquel mensaje como un índice que demuestra su posición: la prevención y anticipación del acto junto al sostén de la identidad trans, posibilitan la interacción con el Otro. A su vez, revela una condición por donde pueda sostenerse la transferencia.

Al día siguiente, se produce la primera consulta presencial. N. asiste acompañado por su novio (quien lo acompañará durante todo este tiempo). Me pide subir por la escalera porque no utiliza el ascensor. Ya en la sala de espera, antes de entrar al consultorio, se detiene, lo abraza, este lo alienta con unas palabras e ingresa visiblemente nervioso a la sesión.

N. tiene 18 años. La identidad trans se presenta a primera vista a través de la imagen. Es un chico muy delgado que utiliza ropa grande y suelta, mezcla de colores y cuero. Cuidadosamente maquillado, con el pelo teñido y las uñas prolijamente pintadas y cuidadas. El uso del buzo con capucha y el barbijo, que muestran parcialmente su rostro, lo acompañan hasta el día de hoy en cada una de las sesiones.

Se sienta en el sillón, con la mirada hacia abajo (como casi siempre), respira, ensaya una sonrisa y suelta las primeras palabras: “¡Lo logré!”. Cuenta que el haber podido venir a la consulta fue, para él, un auténtico logro. Pensó toda la noche, prácticamente sin poder dormir, y hasta unos minutos antes de presentarse, la posibilidad de suspender la sesión.

Rápidamente, casi sin pausa, comienza un relato acelerado de constantes y amplias limitaciones que hacen al sufrimiento por el que consulta. “No puedo salir, ni siquiera ir a comprar”, “todo lo que sea interacción no lo puedo hacer”, “no puedo mirar a las personas a los ojos, porque me pongo muy nervioso”, “puse mi mundo en pausa hasta ver a un psicólogo”, “yo quería venir antes, pero no podía. Ahora me animé y pienso que es el momento”, “me gustaría saber qué me pasa”, “en los últimos años se fue intensificando, pero no me acostumbro a estar así. Durante los dos primeros años de pandemia cursé la secundaria virtualmente pero este año me pidieron que vuelva presencial, y ya no puedo”.

Juan de Olaso, en su libro *Paradojas de la inhibición*,¹¹ destaca que, etimológicamente, uno de los usos del término inhibición involucra una referencia casi marítima. Como una fuerza activa, un “remar hacia atrás”, algo que va en sentido contrario a la corriente. Consignando más bien, la inhibición no tanto como un estado de detención (estar inhibido), sino como una acción propiamente dicha.¹²

Su verbosidad, ese exceso en las palabras, expresa casi paradójicamente la manera en que se desdobra su discurso: una fuerza activa en el hablar que se moviliza “contra la corriente” de las múltiples limitaciones que relata: desde subirse a un micro porque tiene que intercambiar unas palabras con el chofer, hasta cruzar una avenida para visitar a su abuelo. No puede permanecer en lugares abiertos, tampoco en lugares demasiado cerrados. Escuchar los ruidos de la calle le resulta insoportable. Estar solo mucho tiempo, se convierte en un verdadero sufrimiento: “No puedo lidiar con las cosas más cotidianas”, se resigna.

De a poco, con el correr de las sesiones, N. va trazando un mapa cotidiano donde predomina la tristeza enlazada a la angustia. Pero un

¹¹ De Olaso, J. (2015). *Paradojas de la inhibición*. Manantial.

¹² *Ibid.*, p. 16.

mapa borroso, en que prevalecen los vacíos, cuesta ubicar momentos, lugares y coordenadas en el tiempo. “No recuerdo nada de lo que hice en la semana”, “no tengo noción del tiempo”, “estoy en *off* y se pasa el tiempo”, “se me borran los recuerdos”, asegura.

Momentos de desamparo

La angustia en el discurso de N. es constante, pero “difusa” –como la llama Paul-Laurent Assoun–, quien en su libro *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia* remarca un nexo íntimo entre la inhibición y la angustia, en el que prevalecen los momentos de desamparo.¹³

Consecuentemente, Juan De Olaso destaca la angustia como aquello “imposible de representar, de nombrar o de ver, que resiste a toda simbolización y que (...) irrumpe en la escena del mundo dejando al sujeto en su más profundo desamparo”.¹⁴

El desamparo, a su vez, implica otro matiz en la vida de N., mezcla de dolor y reproche. Se nombra como quien no ha recibido la ayuda o protección necesaria: “Ellos [los papás] eran chicos cuando me tuvieron, decidieron tenerme y vivieron juntos poco tiempo. Al año se separaron. Tenían planes juntos, pero nació ‘el problema’, no me planearon, no querían tenerme. Nunca fui prioridad para ellos. Luego mi papá se casó y tuvieron otros dos hijos, mi hermana y hermano. Su pareja era una persona horrible, nos encerraban, nos dejaban solos y teníamos 8 años. Ellos se peleaban todo el tiempo, con nosotros ahí, a mi mamá no le importó, no le importa cómo me siento, hay un vacío en mi vida. A mi madre no le interesa lo que digo. Nunca sentí que me cuidaban”.

Sin que me quede claro qué hacer, mi posición consistió, principalmente, en escucharlo y acompañarlo. Producir algunas construcciones cuando fuera posible. A esa altura, consideraba una interconsulta de evaluación con psiquiatría para intentar aliviar algo de su sufrimiento, pero también era un asunto delicado. Cuenta que un tratamiento

¹³ Assoun, P. L. (1990). *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia* (p. 46). Nueva Visión.

¹⁴ De Olaso, J. *op. cit.*, (p. 181).

anterior, hace algunos años, llegó a un punto en que la analista le indicó realizar una interconsulta. Según cuenta, habrían sido sus padres quienes no estaban de acuerdo en que tomara medicación, por lo cual decidieron dar por terminado ese espacio. Me preguntaba cómo introducir esta alternativa, pero sin desalojarlo, lo que replicaría un nuevo desamparo con la una huida del sujeto.

Matriz de la angustia

Jacques Lacan, en la primera clase del *Seminario 10*, se encarga de situar cierta lógica de la angustia. Desde el comienzo, señala un punto de partida para situarnos a propósito de la angustia, dice: “En la angustia ‘no hay red’”.¹⁵

Construye una matriz para distinguir las diversas dimensiones en juego en la noción de inhibición, su articulación con el síntoma y la angustia, en dos coordenadas: dificultad y movimiento.¹⁶ La inhibición, así, está implicada en la dimensión del movimiento y el movimiento existe en toda función. En la inhibición de lo que se trata es de la detención del movimiento. “Impedimento”, “embarazo”, “emoción” y “turbación”, *acting out* y “pasaje al acto” completan una geografía de la inhibición, destinada a “delinear una lógica de la acción”.¹⁷ Me interrogo así –y aún sin respuestas– por la función que cumple tan masiva e inespecífica inhibición en la vida N., inhibición que se presenta de un modo salvaje, relacionada a la angustia, pero desconectada al síntoma (como sería la vertiente clínica de la agorafobia, por ejemplo).

¹⁵ Lacan, J. (2008). *Seminario 10. La angustia* (p. 17). Paidós.

¹⁶ *Ibidem*, (p. 18).

¹⁷ De Olaso, J. *op. cit.* (p. 188).

Liliana Cazenave ofrece alguna respuesta posible, dice:

Cuando la inhibición se articula al síntoma, este trata la angustia por la función fálica que opera la castración. Esta cambia la naturaleza de la angustia al hacer entrar el goce al lugar del Otro y articula el deseo en la cadena inconsciente. Pero cuando la función de detención propia de la inhibición coagula en fijeza por la expansión de lo imaginario, tenemos como consecuencia la no operación del movimiento de la función simbólica.¹⁸

Pienso en esta “fijeza por la expansión de lo imaginario” de la que habla Cazenave. Fijación en el plano especular donde lo imaginario funciona como un lugar de detención, de freno, de obstáculo.¹⁹

Lo fijo y lo móvil

Surgen escenas en que el nivel de lo escópico, primordial del registro imaginario, comienza a revelarse: “Hay veces que no quiero salir para no ver gente. Pienso lo que va a decir la otra persona, sobre lo que yo dije. Me molestan las personas, cuando salgo nunca espero hablar con alguien. El que me estén mirando, por qué me están mirando. Me juzgan por como estoy vestido”. Reverso de las figuras del Otro que lo descuida. Emerge la mirada del Otro que lo registra y sanciona.

Últimamente cuenta que ha podido rectificar la partida de nacimiento (con el detalle de haberlo hecho solo, sin compañía), condición necesaria para poder tramitar su DNI. “Ahora voy a hacer el DNI, voy a tener más comodidad. Literalmente, voy a hacer las cosas con más comodidad. No me imagino el momento en que lo tenga. Es tan ideal que parece imposible. Eso me da tranquilidad”.

Retomando su mensaje inicial, considero una orientación posible: preservar la identidad trans podría implicar un punto de fijación del

¹⁸ Cazenave, L. (2006). Del déficit de atención al sujeto de la inhibición, el síntoma y la angustia. En *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran* (p. 143). Grama.

¹⁹ *Ibidem*, (p. 163).

ser. No excluye momentos de desestabilización y despersonalización, ni siquiera la detención en la inhibición, sino, posiblemente, una identificación con la cual moverse más cómodamente, con el cuerpo, el espacio y, por qué no, el vínculo con el Otro. Hasta el momento, el análisis le ha permitido, con dificultades y tropiezos, un lugar posible donde él pueda poner en movimiento su *palabra*.

Bibliografía

- Assoun, P-L. (1990). *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia*. Nueva Visión.
- Cazenave, L. (2006). Del déficit de atención al sujeto de la inhibición, síntoma y angustia. En Gustavo Stiglitz (comp.). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran*. Grama.
- De Olaso, J. (2015). *Paradojas de la inhibición*. Manantial.
- Lacan, J. (2008). *Seminario 10. La angustia*. Paidós.

El movimiento también se demuestra en la detención y la dificultad también en los logros

Patricia Pozzi (Ciudad de Buenos Aires)

Cuando recibí el *flyer* de este conversatorio cobró relevancia para mí el texto que da marco a estos encuentros de 2022: “Encrucijadas clínicas. La dificultad y sus lecturas”. Por este motivo intentaré abordar la encrucijada de la inhibición partiendo del texto de Freud de 1917, “Una dificultad del psicoanálisis”.

La noción misma de inhibición presenta dificultades para el psicoanálisis, ya desde su definición teórica, ya en el modo en el que la inhibición se nos presenta en las consultas que recibimos: o bien integrando otros síntomas o bien constituyendo un síntoma o por sí sola. Ya como una inhibición simple, ya como una fuertemente especializada, etc. También es menester considerar si quien nos consulta está atravesando un duelo, una depresión o una melancolía.

En el escrito “Una dificultad para el psicoanálisis” Freud, que como sabemos sitúa la inhibición en el yo, hace una descripción que bien puede corresponder a una presentación sintomática o inhibitoria. Dice que el yo en su vigilancia no puede comprender por qué se siente tan particularmente paralizado y le dirige unas palabras: “No debes acariciar la ilusión de que obtienes noticia de todo lo importante, el servicio de información falla y tu voluntad no alcanza más allá de tu conocimiento”. Esta cita toma todo su alcance si la leemos a la luz de

lo que en este artículo Freud afirma son las dos tesis del psicoanálisis, a saber, que las pulsiones no pueden ser totalmente domeñadas y que los procesos psíquicos inconscientes solo de manera incompleta y poco fidedigna llegan a ser accesibles al yo. Es decir, no es en el territorio de la conciencia donde se jugará la partida, no es sin pensar la clínica en los tres registros, no es sin considerar qué se pone en juego en el síntoma analítico que podemos siquiera de inicio pensar la inhibición. También nos evita caer en la trampa de una pretenciosa “restitución” de la función del yo afectada.

Retomando entonces lo que quiero subrayar de este escrito es que, tal como afirma Freud, lo que el psicoanálisis ha hecho no es solo postular de manera abstracta las dos tesis, la de la importancia psíquica de la sexualidad y la inconsciencia de la vida anímica, sino que las ha demostrado con su aplicación a un material que a todos nos atañe y nos fuerza a adoptar una actitud antes estos problemas.

J. Lacan, en una charla que les dirige a los residentes de Santa Ana el 4 de noviembre de 1971, menciona este artículo de Freud y lee allí como cuestión central no que el “yo” no sabe, sino que el saber del que se trata es un saber no sabido y que ese saber que se articula está estructurado como un lenguaje. Esta charla rebasa el tema de esta presentación, pero sitúa el orden de la dificultad como el alcance del psicoanálisis como discurso. Eso me parece interesante al pensar la dificultad y posibilidad, no solo en términos del padecimiento de quien nos consulta.

Dicho esto, puedo empezar a tematizar la encrucijada de la inhibición tomando la definición de Freud de “Inhibición, síntoma y angustia”. Dice que la inhibición es una restricción funcional del yo.

Como ya he mencionado, para el psicoanálisis distinguir inhibición de síntoma no es tarea sencilla ni tampoco, dice Freud, damos demasiada importancia a diferenciarlos con precisión. Aun así, refiere que hay inhibiciones normales y simples, otras patológicas y con modificación extraordinaria de la función que correspondería al síntoma. Sí resulta distintivo que la inhibición tiene lugar en el yo. Pero lo que le interesa a Freud es en qué forma se manifiesta esa perturbación de la función. El caso de la abreviación del acto sexual,

la eyaculación precoz (que también puede tomarse como un síntoma positivo), se ha vuelto paradigmático de la inhibición.

En cuanto a las causas a las que pueden obedecer estas restricciones funcionales del yo se nos revela en las inhibiciones específicas un incremento de la erogeneidad. Toma el ejemplo del acto de escribir y dice que, si la erotización del órgano adquiere al escribir la significación simbólica del coito (dejar fluir la tinta), se renuncia a la función, pues llevar adelante el acto sexual prohibido implica un conflicto entre el yo y el ello.

Otras inhibiciones están al servicio del autocastigo para no entrar en conflicto con el superyó, por ejemplo, inhibirse de obtener éxito. También pueden ser medidas de prevención contra el desarrollo de angustia que surgiría de la realización de la función convocando a una nueva represión. Ahora bien, si de represión hablamos, resulta ya indispensable tomar la definición de síntoma como un resultado de la represión, signo y sustituto de una expectativa de satisfacción pulsional. El síntoma es una satisfacción sustitutiva y un amarre de la angustia, una transacción entre deseo y defensa. Pero nada termina allí: la representación reprimida continuará trabajando desde lo inconsciente y el afecto continuará desplazándose, las mociones pulsionales continuarán pugnando por la satisfacción...

Retornemos a la inhibición. J. Lacan en el seminario *La angustia* habla de ella como de un síntoma en el museo. La interpretación que se le da a esta expresión es la de una queja integrada al yo, un dar a ver lo que el propio inhibido no ve, en que queda excluida la posibilidad de interrogación. La inhibición, en esos términos, no puede ser alcanzada por la interpretación.

En la viñeta que se comparte extraigo, pongo en las vías de un decir que tiene que entrar a jugar en la escena también lo apenas dicho de la eyaculación precoz, apostando a la sintomatización. Es también mi expectativa que el breve relato clínico deje leer algo de la articulación entre teoría y práctica que promueva en este conversatorio un intercambio de lecturas.

Permítanme antes de pasar a la viñeta añadir una mención en la línea de lo que aquí estoy tratando de eslabonar. En el *Seminario 10* Lacan toma justamente el eje de la dificultad y el eje del movimiento para,

a partir de “Inhibición, síntoma y angustia”, ceñir cada vez más la angustia que, según dice, es de lo que menos se habla en el texto de Freud. Estos ejes le permiten establecer relaciones entre estos tres términos, inhibición, síntoma y angustia, que no están al mismo nivel. El eje del movimiento retoma lo dicho por Freud de que la locomoción, que está siempre connotada en la inhibición, si se la piensa en términos metafóricos.

Desde la perspectiva clínica, abordar la dificultad y el movimiento detenido en términos del sujeto en torno a su deseo nos convoca a no desdeñar aquellas demandas que nos llegan más del lado de lo imaginario, más del lado de la captura narcisista, pues eso no excluye la posibilidad de su devenir en síntoma analítico. No porque la partida no se juegue allí es sin ello.

G. inicia su consulta poco antes de tener que irse al exterior, a residir temporalmente por razones de trabajo. Refiere que, a su vez, está iniciando una relación de pareja con alguien que le interesa. Esto lo tiene paralizado, no puede resolver bien este tipo de situaciones. Dice ser abandonado y dudoso de sus decisiones. Espera que este tiempo de la consulta previo al viaje lo ayude con eso.

Este joven se encuentra en una encrucijada al obtener el logro de un trabajo en su profesión, en una empresa de relevancia internacional pues también anhela quedarse aquí y llevar adelante la incipiente relación. A los pocos meses el conflicto “queda resuelto” pues la pandemia mundial impide que viaje. Pudiendo trabajar ahora desde aquí, inicia una convivencia con la novia.

G. habla en lenguaje inclusivo, se afana por ser políticamente correcto y su perspectiva es siempre idealizante. De modo que cuando tropieza con que su novia no tiene muchas ganas de tener sexo y él sí, se muestra muy comprensivo con ella, pero a la vez tenso. En este marco, como al soslayo, comenta que padece de eyaculación precoz y se pregunta si esto estará incidiendo en que ella no tenga ganas. Le digo que no había mencionado antes el tema y que sería propicio hablar de eso.

De inmediato inicia sesiones virtuales con un sexólogo que le da consejos. Le digo que, en temas como las relaciones sexuales, muchas veces interfieren aspectos desconocidos e inmanejables por la voluntad.

Comienza a crear sentidos que responden al porqué de la eyacuación precoz. “¿Será que le tengo miedo al compromiso?”. Cuando le pregunto por el inicio de este padecimiento, retoma una historización que se enlaza ahora a su presentación inicial y a lo que había ido relatándome con referencia a “no poder resolver bien ese tipo de situaciones”.

Este nuevo rizo que articula en transferencia la dificultad inicial con la inhibición, que abrevia el acto sexual, dispone las vías para la puesta en forma del síntoma. El decir ahora conjuga una historia previa de relaciones donde el ir y venir entre rupturas y reencuentros y el irse rápido (eyacuación precoz) se torna sorpresa al descubrir que desconoce las razones de ese vaivén.

Valiéndome de la equívocidad del lenguaje, le digo que, en sus relaciones, cuando se encuentra apremiado, siempre se precipita el irse... ¿y luego volver? Al escuchar esta interpretación incorpora el relato de lo que le acontece en el cuerpo, dice que está temblando y asocia con que establece relaciones muy apegadas a la vez que necesita aire.

Entre las asociaciones de lo que le acontece frente al conflicto refiere que en situaciones en las que busca hacer lo que cree favorecería que desaparezca la tensión, le genera mucha ansiedad no lograr que la distancia cese. Un día cercano a este relato pide una sesión previa a su cita habitual. Me cuenta con mucha angustia que volvió a su departamento. Refiere que la novia no paraba de hablar muy enojada de un conflicto de ella. Al cabo del día se dice “no quiero esto para mí” y da por terminada la relación. Se cuestiona frente a ella por no poder bancarla y se marcha.

Por meses lo embargan la culpa y los reproches. Una escena de la infancia, que G. asoció muchas veces con no poder decir algo si supone que va a causar conflicto, se enlaza a este nuevo salir rápido. Recuerda enojos muy desproporcionados de cuando era pequeño por parte de la madre, que eran seguidos de una igualmente intensa carga de culpa y de pedido de disculpas que lo dejaban a él quietito y callado. En esta ocasión es él quien queda pidiendo perdón embargado por la angustia. También emergen asociaciones que eslabonan interrogantes por su lugar en el Otro.

En este tiempo solicita más sesiones. Este pedido viene precedido por la pregunta: “¿Tenés un huequito?”. También escribe mensajes de WhatsApp, a veces al término de la sesión, ofreciendo una interpretación de algo que se quedó pensando o memes, etc. Alojo estas producciones que instalan un ir y venir de mensajes entre las sesiones devolviéndole, por ejemplo, un emoji de cara pensativa y teniendo presente que en este carrete será fundamental el manejo de la transferencia.

Conversatorio V

Lecturas del síntoma

Cura de sueño

María Laura Atencio (Quilmes)

El síntoma, sin duda, es un tema vertebral que atraviesa la práctica y el pensamiento psicoanalítico desde sus inicios. Tanto en posición de analistas como en posición de analizantes nos interroga una y otra vez, poniéndose en cruz ante el discurso amo que viene a establecer lo que funcionaría para todos, que nos dice y nos muestra cómo se debe gozar.

En sus inicios, tanto en Freud antes de los años veinte, como en Lacan, en textos como “Función y campo de la palabra”, el síntoma trae una verdad no sabida, un enigma a descifrar, síntoma metáfora en que la interpretación es la llave y el deseo es el faro. El encuentro con la cara más resistente e insistente del síntoma rompió el ideal de que todo puede ser interpretable. Síntoma goce que queda ubicado en la serie junto a la inhibición y la angustia y se desplaza alejándose de lo instantáneo y fugaz que acontece en el lapsus, en el fallido o en el chiste.

La cura no es lineal, más bien es un territorio con giros, saltos y tiempos diversos y allí el síntoma revolucionario, patas para arriba, llega a desregular el dormir fantasmático, hace ruido y acontecimiento en el cuerpo, levanta campamento. Síntoma que está a la espera de rodar entre cadenas significantes y, en ese recorrido, ir equivocándose en un decir que aliviane el peso del padecimiento. Un trayecto no sin restos, a través de lecturas que erosionan el sentido de la historia y le imprimen texturas más maleables, más vivibles. Un trayecto que orienta hacia la escritura de una letra para inventar un saber hacer con esa marca.

Insomnio

Ana llega con un claro motivo de consulta. No puede dormir, “tengo insomnio”. Pasa largas horas por la noche inquieta, con pensamientos que van tomando tintes de ansiedad y temor, “a veces creo que nunca más voy a poder dormir”. Tomada por la urgencia de este padecimiento cuenta que esto comenzó hace algunos meses, en esos días aconteció una fuerte pelea entre su madre y su hermana, pero para ella eso no es motivo y tampoco encuentra otro. No hay pregunta, solo demanda que se solucione lo que le pasa y lo antes posible, por lo cual estamos en el terreno de un trastorno que perturba la vida de Ana.

Alojo su padecer y, apostando a introducir un clima de calma, lentamente se va instalando en la escena. Ana tiene 23 años, en ese momento vive con sus padres, una hermana mayor y un hermano menor. Le gusta el arte, especialmente la pintura y la fotografía, realiza algunos cursos. Trabaja como camarera, un trabajo que no le gusta. Entre sus dichos hace escuchar su modo de habitar los lugares, y se localiza cierto fantasma de exclusión que la deja en un borde, como ella lo nombra, “al borde del abismo”. El dormir es un espacio más al que ella no entra. Como en la canción de Spinetta: “Ana no duerme, espera el día, sola en su cuarto”.

Los sueños de Ana

“El sueño es el guardián del dormir”, dice Freud en “La interpretación de los sueños”, vía regia de acceso al inconsciente, realización de deseo. Primer sueño: “Estoy en el patio del colegio, veo a mis compañeras jugando, las miro. Aparezco en pasillos, no sé de dónde, intento abrir unas puertas, pero están cerradas con llave. Parece un castillo. Cuando era chica fantaseaba con castillos en lugares hermosos. De repente estoy con mi papá en un parque de diversiones, justo para sacar las entradas, a mi papá no lo veo más, había mucha gente. Tenía miedo, estaba asustada”.

La intervención: “No ves”. El sueño es un texto, una ficción que produce una envoltura de lo real, una ocasión de lectura para el analista,

no para entender el sentido de lo que dice, sino más bien para localizar la posición del sujeto.

Sus asociaciones la llevan a la novela familiar, una madre que no tolera el desorden, cuya mirada se va a lo que falla, “la arruguita de la remera, el rollo que se marca, la pelusa del rincón”. Un padre en alerta constante “es un sacado. Un día se escucharon ruidos en casa, salió a los gritos con un palo y un matafuegos. De chica jugaba al básquet, en una clase me torcí un tobillo y llamaron a casa para que me retiraran antes, atendió él, vino arando con el auto, todavía recuerdo el ruido de la frenada, qué vergüenza, entró gritando como loco. Hay algo que no entiendo, siempre pensé que nos sobreprotegía, pero ahora no sé, ¿estará loco?”.

Su pregunta la lleva a ubicar los enojos del padre y luego sus propios enojos. Va realizando un recorrido que localiza el síntoma: “Me enojo muy fácil”, “no quiero ser como mi viejo”, “¿por qué me pasa esto?”.

La pregunta va dirigida al analista, la suposición de saber y del lado del analista, se sostiene la pregunta y el vacío. Saber que no se sabe. El síntoma es el enojo. El enojo es su modo de gozar.

Segundo sueño: “Parecía una película de terror, caminaba entre ruinas. Había muebles y objetos rotos. Las paredes tenían dibujos con aerosol, parecían ojos. Corría sin parar”.

La intervención: “En-ojo”. El analista en su intervención se orienta por lo real del goce inconsciente por eso elige una lectura y no otra. Trae lo que la ficción no recubre, su núcleo real.

En el capítulo VIII del Seminario 20 Lacan dice: “El texto del sueño se lee en lo que se dice de él, se podrá avanzar si se toman sus equívocos”. En este caso no es el texto de las asociaciones, sino el texto que el mismo sueño trae lo que orienta la intervención. La cura psicoanalítica lleva a equivocarse el destino, para producir otra letra.

¡¡Qué paradoja!! Ana fue al análisis a buscar dormir y despierta. Decide comenzar la carrera de fotografía, un hombre que no es su pareja la tiente y la incomoda en un tiempo de preguntas, que en su análisis no es sin costados áridos pero que fundamentalmente van bordeando lo que le quita el sueño.

El cuerpo de Ana en sus aconteceres le produce inquietudes, otras que las del inicio. Distancia insoslayable entre el sujeto y su cuerpo. El cuerpo siempre es un poco extraño, un tanto ajeno, un misterio.

Bibliografía

Fasano, C. (2012/2013). "El síntoma en la ruta del goce". Blog EOL, Sección La Plata.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras completas*, Vol. VII. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*, Vol. XX. Amorrortu Editores.

Lacan, J. (1973). *Seminario 20. Aun*. Paidós.

Los tiempos del síntoma

Darío Leicach (Campana)

Me parece oportuno hablar del caso de Ana. Más allá del interés intrínseco del caso, su presentación clínica ilustra que los tiempos de un tratamiento comportan una lógica que es propia del caso por caso, y que poco tiene que ver con los tiempos de una época. Atiendo a Ana hace ya cinco años y quizá su tratamiento nos depare otros cinco más, está por verse. En una época en que el tratamiento focalizado, rápido, se plantea como un ideal de eficacia, este historial clínico evidencia que todavía, incluso contrariando las expectativas conscientes del paciente, hay cuestiones que solamente se pueden tratar en un devenir no apurado. El tiempo de tratamiento lo marca el sujeto y sus síntomas. Como veremos a continuación, Ana presentó y presenta diversos avatares sintomáticos, que solamente en su diacronía permiten un análisis satisfactorio.

Tinnitus

Ana, de 32 años, llega aquejada por *tinnitus*: un zumbido en sus oídos, permanente, enloquecedor, inhabilitante. El comienzo del síntoma fue a las pocas semanas de volver a la casa de sus padres en X. Ana se encontraba ya hacía muchos años viviendo en la ciudad de Buenos Aires, pero tuvo que volver a X por complicaciones en una operación de compra de un inmueble.

La paciente no se pregunta por el sentido de su síntoma, acude al “psicólogo” porque ya probó de todo y nada funcionó: alopatía, homeopatía, medicina oriental. Descreo que pueda ayudarla, pero ante la insistencia de su médico, decide hacer el intento.

En este primer momento la paciente demanda indicaciones sobre cómo no enloquecer frente al síntoma, técnicas de alivio. Ella es el síntoma: si los zumbidos decrecen, se encuentra de mejor humor, si se acentúan, su talante es malo y no puede hablar más que de lo insufrible su estado. Este momento de su análisis, que probablemente lo podamos caracterizar como de entrevistas preliminares y que se extendió por varios meses, fue el más arduo, por su incapacidad de desprenderse de un discurso de queja y de demanda de alivio. El estilo de estas sesiones se caracterizaba por dos momentos: el primero en que Ana desplegaba su queja y que solía terminar abruptamente con una mirada de su parte, una suerte de “y, bueno, ¿qué hago para sacarme esto?”. Yo dedicaba un momento para indicarle algunas generalidades, intuyo que con el fin de sostener su presencia. Luego pasaba a preguntarle sobre su familia, sus relaciones... En fin, su historia y las condiciones de emergencia del síntoma. Ana –una mujer inteligente– relataba con detalle hechos de su vida, pero sin ningún tipo de implicación y sin rasgos de emoción.

Tinnitus → colon irritable → cuerpo

Aparece un primer movimiento, el relato de un síntoma previo. A partir de mis indagaciones, me comunica que poco tiempo después de recibirse comienza a sufrir de síndrome de colon irritable. Esto representó una cuestión inhabilitante para relacionarse con otros. La perspectiva de tener que salir corriendo al baño ante un episodio súbito de diarrea era inadmisibles. Ella precisa que con este síntoma comenzó a encerrarse en su casa. Lo que más la mortificaba era que esto le imposibilitó viajar al extranjero, quizá la única actividad que la entusiasma. El episodio de esta etapa que más la marcó fue un viaje que realizó sola a un país limítrofe. Estando en ese país su condición empeoró, tuvo que permanecer toda su estadía en el hotel y temiendo no poder volver a

Buenos Aires ante la perspectiva de tener un accidente escatológico en su vuelta en avión.

Pese a que mis intervenciones, que apuntaban a cuestionar su encierro como única alternativa frente al síntoma físico no tuvieron efecto alguno, la introducción de este relato produce un movimiento. Ya no se trata del *tinnitus* sino de su cuerpo. Algo se materializa: comienza a hablar de su cuerpo como un enemigo que le juega malas pasadas. Una suerte de genio malvado que atenta contra ella. Si bien se sigue tratando de una exterioridad, su entidad cambia. Los conflictos con este cuerpo podrán desplegar una historia.

La paciente sigue sin asociar de manera espontánea, yo sigo preguntando. Tomo la indicación de Freud de que uno no hace comunicaciones de la teoría para convencer a un paciente, sino para que este siga asociando, y le digo que, si su cuerpo es así, algo debe haber pasado en su infancia en el momento en que este cuerpo se conformó así.

Ana caracteriza el hogar paterno como un lugar donde no se hablaba de sentimientos, entre su familia impera una gran distancia emocional. Tiene un solo hermano mayor con el cual casi no tiene vínculo y que en los últimos años casi no mantiene contacto con ella y sus padres. Caracteriza a su padre como un hombre muy infantil, que poco ha hecho de su vida, en gran medida por su alcoholismo de larga data, que nunca reconoció. Ana comenta que ya desde chica se tuvo que hacer cargo del cuidado de él cuando llegaba borracho a la casa. Por primera vez en su relato aparece una emoción: enojo. Su único referente es su madre, una profesional ya jubilada. Ella era la que se ocupaba, y aún se ocupa cuando es necesario, del cuidado de Ana. A ella siempre le intrigó que su madre pudiera tolerar y sostener, en silencio, la enfermedad de su padre. Ana llega a reflexionar que en su casa impera el mandato de ocultar y callar el alcoholismo de su padre.

Durante el transcurso de estas sesiones Ana comenta al paso, casi sin dar importancia, el hecho de que su padre también sufre de acúfenos: “Debe ser el agua de aquí”, agrega con media sonrisa. Debo haber abierto mucho los ojos... Ella capta que quizá dijo algo importante por mi semblante.

Parece que en ciertos cuadros de alcoholismo el *tinnitus* es frecuente, un síntoma neurológico. Como ustedes se podrán imaginar, los acúfenos del padre son anteriores a los de Ana. Pese a la inteligencia de la paciente, ella no llega a vislumbrar una relación entre su síntoma y el del padre. En una sesión llego a preguntar: “¿Cuáles serán las posibilidades que un padre y una hija tengan ese mismo síntoma, al mismo tiempo, por pura casualidad? Tenemos que hablar sobre lo que te pasa con tu padre”.

Acontece una novedad significativa: Ana toma gustosa mi indicación y comienza a desplegar su historia familiar sin necesidad de mis antiguos interrogatorios. Rememora escenas muy tempranas en las cuales ella tiene que cuidar de su padre borracho, sola, ya que su madre se encontraba trabajando. Aparece un enojo manifiesto con sus padres por el hecho de que la expusieran a esto como niña, pero, sobre todo, con el mandato de silencio hacia adentro y hacia afuera de la casa. Le pregunto si le contó a alguna amiga de los problemas de su padre. Ella responde que jamás lo habló. Intervengo señalando que debe haber sido un gran esfuerzo el no hablar de ello. “¿Y usted qué tiene que ver en todo esto?”, el modo freudiano por primera vez, luego de casi un año, toca al sujeto. Le señalo que fue *muy* obediente con el mandato de silencio.

La introducción de su posición frente al silencio familiar, en análisis, la impulsa a buscar hablar con los padres sobre lo que sucedió y todavía sucede. También hablará del tema con las amigas. En paralelo, Ana pierde el interés de hablar del padecimiento de los acúfenos y se centra en los efectos de sus conversaciones con su familia y amigos. En una sesión dice: “No hay caso, no entiendo a mi padre”. A lo que respondo: “Quizá de eso se trataron los acúfenos”.

Pánico

Con la mejoría parcial de su cuadro Ana plantea la posibilidad de volver a CABA, esto conlleva un miedo relacionado con los acontecimientos que la obligaron a volver a X. Ella se encontraba viviendo hacía varios años en CABA en un departamento que había podido

adquirir con ayuda de sus padres. Era un lugar en el que ella refería sentirse a gusto, no había problemas al respecto. Casi una década después, su madre, que se jubilaba, contó con un monto significativo de dinero. Le propone legárselo a Ana con el fin de que venda el departamento actual y pueda acceder a un lugar más grande y nuevo. Ana acepta la proposición, pero –y esto es crucial– no lo hace porque esto la entusiasme, sino porque lo considera razonable, sensato. El hecho es que las cosas se complican y Ana ya tiene firmada la venta de su departamento, pero no encuentra un inmueble nuevo que la convenza. Los tiempos se acortan y crece la desesperación: se va a quedar sin lugar donde vivir. Es significativo –esto se hará evidente en análisis– que Ana no acude a nadie, ni a una amiga, ni a su familia hasta último momento. Comienza a tener episodios de fuerte angustia que ella define como ataques de pánico. Ya llegada a la instancia en la que Ana no puede ni salir a la calle, acude a su madre, quien toma las riendas del asunto y la lleva a cuestas a Ana para finalmente encontrar un departamento en un edificio que todavía estaba en obra, que parecería ser un lugar posible para vivir. El resultado: Ana tiene que ir a la firma de compra y venta acompañada de sus padres para no desmayarse *in situ*. Ana debe volver al hogar de su infancia hasta que terminen la obra.

En los momentos previos de su vuelta a CABA despliega la pregunta sobre cómo pudo pasar de ser una mujer suficiente, independiente, a volver a la dependencia de sus padres. Ella tenía un trabajo bien remunerado, mantenía poco contacto con su familia y se las ingeniaba sin asistencia de nadie. Parecería que el plan materno de brindarle el mejor lugar, en su devenir se transformó en todo lo contrario. Lo que se evidencia en este momento del análisis es que esta aparente autonomía de Ana vela la carencia de intimidad con un otro. Amistades, parejas ocasionales, nada la amarraba a su vida. Esto estalla con el proyecto de mudanza. Pese a que la cuestión en análisis avanza, frente a la remisión sintomática y la decisión de volver a CABA, Ana suspende su tratamiento.

Frío

Pasado un año, en el siguiente invierno, Ana me escribe pidiendo volver a terapia. Se encuentra de nuevo en X. Me comenta que su nuevo departamento no está bien calefaccionado y que no puede tolerar el frío. En un primer momento ella lee una repetición: otra vez, así como en el suceso de la mudanza, no pudo manejar sola la situación, se le fue de las manos, la embargó la angustia y tuvo que volver a la casa de sus padres. “Me volví a internar”, bromea. Intervengo planteándole que en el éxito de una internación depende de cómo se la tome el paciente. Si se va a quedar en la cama, abrigada, hasta la primavera, seguramente no sea su última internación. Pese a la repetición, aparece algo nuevo: Ana ve en esta huida a X algo ridículo, ya no se justifica en su mala fortuna. A diferencia de la pura angustia, el frío, permite desplegar cuestiones significativas... Ana se refiere a la casa de sus padres como “mi casa”. Le señalo esto y digo: “Parece que tenías que volver al calor del hogar”. A esta altura del análisis Ana puede asumir lo neurótico, lo sintomático de este “hogar” que padece, al que conscientemente no quiere acudir, en el que la su última estadía dejó el saldo sintomático del *tinnitus*, y al que, sin embargo, retorna cuando se queda sin recursos.

“El problema no es lo que hay en X, sino lo que falta en CABA”. Esta intervención la hace preguntarse sobre lo que sucede en su vida *antes* de que sobrevenga el síntoma. En este período en X Ana comienza a desenvolverse de otra manera. Aprovecha el tiempo para visitar amigas y, sobre todo, pasar tiempo con su sobrino, lo cual disfruta mucho. Yo bromeo: “Parece que estás aprovechando mejor la internación”. Ana, ya recuperada, vuelve a CABA y suspende nuevamente el tratamiento.

¿Sin síntoma?

Hace poco tiempo Ana vuelve a contactarme. Lo novedoso de esta vuelta es que no presenta una urgencia sintomática. El *tinnitus* ha desaparecido, pudo pasar el invierno sin volver a X y no ha tenido problemas con su cuerpo. “¿Por qué ahora, entonces?”.

Me plantea que no quiere esperar al próximo síntoma, al próximo problema. Registra que nada la alegra mucho, y eso le preocupa. Esta vuelta parecería demandar otra cosa: un espacio para interrogarse sobre el modo en que se relaciona con su carrera y sus amistades.

Conversatorio VI

Lecturas clínicas

Dejar advenir...²⁰

Juan Carlos Mosca

*El personaje lector es curioso, extraño.
Al mismo tiempo que enteramente individual y con reacciones propias,
está tan terriblemente unido al escritor que en realidad él,
el lector, es el escritor.*

Clarice Lispector

Recorté este epígrafe por el enlace entre lectura y escritura y porque en un análisis no hay dos sujetos, sino uno a advenir. La cuestión es si hay dos personas, lo cual a veces es un problema. Digo esto para abordar desde el lado del obstáculo el tema *Lecturas clínicas*, que nos convoca este año en los Conversatorios del querido equipo de salud mental de Medifé, obstáculo a esas lecturas por parte de la persona del analista.

Me gusta la forma en que podría aludirse a esto en el trabajo de Freud, tal como lo expresa Georges Arthur Goldsmidt en “Cuando Freud vio la mar”: “Freud deja hablar la lengua, sin forzarla u obligarla a decir algo que no está ya en ella, simplemente escuchándola”.

¿Qué se hace en un análisis? Elijo una de las respuestas de Lacan en el *Seminario 17*, propiciar la entrada del analizante en el discurso de la histeria: “Lo que el analista instituye como experiencia analítica puede decirse simplemente es la histerización del discurso”. Y más adelante agrega: “Así vemos que la histeria fabrica, como puede, un hombre animado por el deseo de saber”. Y eso nos implica como analistas. Lo que

²⁰ Este texto no fue leído en el conversatorio, es el resultado de la escritura *a posteriori* de la exposición oral –improvisada con base en una guía de notas– a los fines de su publicación. Por tanto, pueden encontrarse algunas diferencias entre una y otra. La viñeta clínica fue mucho más detallada en la citada intervención y fue acotada para el texto escrito.

no resulta gratis. En el depósito de fondos de la empresa común, el paciente no es el único que pone con sus dificultades toda la cuota, dice Lacan en *La dirección de la cura*. El analista paga con su persona, en la medida en que, por la transferencia, es literalmente desposeído de ella, agrega en *La ética del psicoanálisis*, y continúa: “Toda la evolución presente del análisis es su desconocimiento, piense lo que piense al respecto y aunque su recurso ante el pánico sea *the counter-transference*” (en inglés en el original, aludiendo a los posfreudianos de la diáspora).

La expresión es fuerte: pánico, por el pago que el analista realiza con su persona, que justamente no debería entrar en juego. Ese pánico se podría registrar como un afecto (nos afecta) contratransferencial. Pero tenemos recursos: los rituales del análisis, el encuadre. Considero importantes esos rituales: la presencia, el pago en mano (hablando de transferencia, no la transferencia bancaria), los horarios, la espera, etc. Pero también Freud estableció la regla fundamental, con lo cual podríamos suponer que las otras son secundarias. Me interesa cuando el apego rígido al ritual, la costumbre o el encuadre presentifica los prejuicios, es decir, la persona del analista, constituyendo una resistencia y un rechazo a la transferencia, en defensa de aquel pánico que menciona la cita de Lacan.

Viñeta clínica

Ilustraré con un caso propio vinculado a un tema hoy día tan en boga, la atención a distancia. Hace 20 años era una práctica muy poco frecuente y en general no parecía en nuestra parroquia una forma posible de sostener un tratamiento.

Con la crisis de 2001 un paciente ya establecido en análisis con cuatro años de tratamiento decide emigrar. No inmediatamente prepara su viaje con un plazo de seis meses de anticipación. Recuerdo que yo llevaba el caso a análisis de control preocupado por un *acting*. Mostrarle a un padre opresivo y explotador, que lo descalificaba, que él “podía”. El analista con quien controlaba ese caso me señala que escuchaba más el tormento de las dudas y la preocupación por planificar y asegurar las garantías hasta los detalles, que la posibilidad de *acting*.

Finalmente realiza el viaje al exterior, cuenta con un lugar para él en la casa de un amigo, un trabajo que lo espera y la referencia de un analista a quien consultar allá. Con el amigo se distanciaron en menos de un mes, el trabajo no salió y el analista a quien lo derivé no le gustó. Pero no quería volver realizando la profecía de fracaso que le había anunciado su padre. Padeciendo sentimientos angustiosos me pide periódicamente, sin un horario asignado, hablar por teléfono. Para poner en contexto, en esa época no existía WhatsApp ni Zoom y las llamadas las realizaba desde un teléfono público, se oían caer las monedas.

Busco otras referencias de colegas a quien derivar; uno no tenía horarios, otro se había mudado lejos, otro más tampoco le cayó bien. Mientras tanto, seguíamos conversando por vía telefónica, con la idea que lo hacíamos provisoria y transitoriamente hasta que se encontrara con un analista en su misma ciudad con quien continuar.

¿Y si seguimos así?

Esta pregunta del paciente me llevó a escuchar que analista ya tenía. Así me convocó a sostener ese lugar. Pero eso parecía una herejía. ¡Y el encuadre! Encajar en esta idea de encuadre correcto era mi obstáculo.

Fueron varias horas de control del caso y darle lugar a la palabra del paciente, para poder registrar que estaba rechazando la transferencia y que, como queda claro, la resistencia estaba de mi parte. Y el pánico también. Habría mucho para presentar de este caso, algunas cuestiones creo que se dejan ver, pero a esta brevísima viñeta solo agregó que continuó en análisis unos cuantos años hasta llegar a un final.

Espero haber ilustrado entonces la afirmación de Lacan, también en el *Seminario 17*, “es al analista y sólo a él” a quien se dirige esa fórmula de Freud tan comentada: “*Wo Es war, soll Ich werden*”. A nuestro pesar y de nuestro pánico, para posibilitar una lectura, dejemos el sujeto advenir.

Lecturas clínicas

Gabriela Cuomo

Coordinadora de la red de salud mental de Medifé metropolitana

Dice Clarice Lispector, en *La explicación que no explica*, que el oficio de escribir y la lectura se dirigen siempre a la *entrelínea*, y deben cuidarse de no aplastarla con la palabra: “Entonces escribir es el modo de quien tiene la palabra como carnada: la palabra que pesca lo que no es palabra. Cuando esa no-palabra –la entrelínea– muerde la carnada, algo se escribió. Una vez que se pescó la entrelínea, se podría arrojar fuera la palabra con alivio. Pero ahí cesa la analogía: la no-palabra, al morder la carnada, la incorporó. Lo que salva entonces es escribir distraídamente (...) Lo que salva entonces es leer, ‘distraídamente’”.²¹

Nos toca hoy cerrar esta ronda de conversaciones que sostuvimos durante todo este año alrededor del tema *Encrucijadas clínicas. La dificultad y sus lecturas*. Celebro y agradezco el ciclo a nuestros compañeros organizadores.

Tuvimos la oportunidad de escuchar en los encuentros anteriores a colegas de distintos puntos de nuestra red de salud mental, transmitiendo su práctica, sus modos de leer la dificultad y de posicionarse en las encrucijadas clínicas; alrededor de la urgencia, la infancia, la psicosis, la inhibición, el síntoma.

Mi formación y mi práctica es la del psicoanálisis. Hablar de lecturas clínicas bien podría conducirme a presentarles algunas vueltas alrededor de la función del analista como lector: lector de la entrelínea en la demanda de felicidad que se nos dirige, lector contemporáneo (a la manera del filósofo Giorgio Agamben) que no se encandila con las luces

²¹ Lispector, C. (1996). *La explicación que no explica*. En *Teorías del cuento III, Poéticas de la brevedad*. Universidad Nacional Autónoma de México.

de su tiempo, ni los discursos de su época. Y puede interrogar entonces lo que permanece en sombras; lector disponible a la sorpresa que depara el texto de todo el que consulta urgido por un penar de más, incluso si ese texto cobra la forma de una acción muda; finalmente, lector guardián de lo ilegible en el centro de cada existencia humana en tanto cuerpo sujetado a un goce imposible de atrapar por completo con las redes de la palabra y el sentido.

Las ideas y preguntas que voy a compartir con ustedes se sostienen de esas vueltas en mi formación, sin duda. Pero me interesa centrarme en el sintagma “lecturas clínicas” a la luz del campo que compartimos, el de la salud mental, campo atravesado por discursos y prácticas que bordean esas tres profesiones imposibles de las que habló Freud alguna vez: curar, educar, gobernar. Lo incurable, lo indócil a la educación, lo ingobernable, son modos de situar, para el psicoanálisis, lo más propio de la materia con la que trabajamos cotidianamente. Y a la vez, lo que, de la condición humana, en su dimensión ominosa, más allá del bien propio y del semejante, perturba la vida en común y el lazo social. E impone el deber ético de construcciones colectivas, que apuesten cada vez a lo libidinal de Eros como factor contrapuesto a lo mortificante, como tratamiento posible del malestar irreductible en la cultura. Nuestro trabajo en red forma parte de esas construcciones colectivas.

Retomo el interés de mi puntuación y me pregunto, en la babel de disciplinas y prácticas que conforman el campo de la salud mental, ¿qué ejercicio de lectura clínica sostenemos hoy respecto a lo imposible de curar, educar y gobernar? Está claro para mí que no existe lectura clínica colectivizable y que el respeto por los marcos disciplinares y sus diferencias constituye una orientación ineludible. Es decir, *hay* lecturas clínicas en plural. Y *hay* la tensión entre los diversos lectores que habitamos este campo; tensión que puede volverse fecunda en tanto conversación entre varios, si nos mantenemos en una interdisciplina que no aplaste al sujeto encerrado en el sufriente, con un activismo que muchas veces se traduce epocalmente en algunos imperativos: “Cuanto más temprano intervengamos, mejor”, “cuantos más profesionales metidos en el asunto, más éxito y eficacia terapéutica”. La aspiración a un saber y un desciframiento total de lo

diverso humano anima esa tendencia de la que hemos hablado bastante: la patologización de la vida en todas sus dimensiones, que es más bien una tabulación de datos que cabalga sobre lo que Paula Sibilia²² plantea como paradigma actual: la *optimización de lo vivo* de la mano de la supresión de toda falla o idiosincrasia del sujeto.

Entonces, ¿cómo contraponer a la tabulación de datos, a la reducción del sujeto a una cifra, la lectura clínica como acto del que el lector no puede descontarse bajo ningún afán de asepsia ni objetividad? De los diferentes aportes que los equipos produjeron hacia nuestras jornadas, tomo para el intercambio parte de la propuesta de Campana, en el mail de Analía Villamayor. Se habla allí del *aplanamiento de la clínica* en la época de la contabilidad, bajo el imperio de la evaluación y la clasificación. Si el diagnóstico puede ser pensado como algo distinto que la evaluación, es porque se apoya en la función lectora de quien lo produce como juicio-decisión, y no puede desconocer la raíz social de la que brota, es decir, la transferencia. Freud supo tempranamente que esa perturbación molesta, en el vínculo entre el enfermo y el médico, mantenía una conexión directa con la estructura de la enfermedad y el síntoma. También planteó que esa conexión era desconocida y rechazada en las otras disciplinas que se ocupaban del sufrimiento humano. Y formuló entonces como indispensable, inevitable, para alterar algo del padecimiento, que el analista se dejara tomar por ese error, a la vez motor, que la transferencia suscita. Único modo de volverse buen intérprete de la petición que se le dirige. Por supuesto esa operación de lectura solo puede hacerse asumiendo cierto riesgo: nunca sabemos anticipadamente el texto ni el personaje o destino que se nos asignará en la trama. No podremos tomar el lugar si estamos muy identificados con nuestro saber, muy apegados al ideal de curar, o muy ciegos aun por el horror ante lo extrañamente familiar del goce, siempre dispar e inclasificable en todo sujeto. A la vez, ninguna acción transformadora será posible en el campo que abordamos, si no tomamos ese lugar.

²² Sibilia, P. (2009). *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Fondo de Cultura Económica.

Se darán cuenta de que propongo como serie la lectura clínica, el diagnóstico, la transferencia, la decisión y el riesgo. Todo eso sostenido en cuerpo por quien se ofrece como destinatario de la demanda de ser curado, sea analista, psiquiatra, psicopedagogo...

Riesgo y seguridad son significantes amos de nuestra época, comandan nuestras vidas, individuales y colectivas. Estamos inmersos en la paradoja de discursos que nos inducen a tomar riesgos y franquearlos, bajo la consigna de volvernos empresarios y gestores autónomos, absolutos, de nuestra felicidad, como formula el filósofo surcoreano Byung-Chul Han. Mientras al mismo tiempo, como sostienen Bauman y Dessel en *El retorno del péndulo*, "(...) se multiplican los indicios de que cada vez más gente cedería de buen grado parte de su libertad a cambio de emanciparse del aterrador espectro de la inseguridad existencial".²³

El filósofo Éric Sadin, en su libro *La humanidad aumentada. La administración digital del mundo* desarrolla los alcances de la digitalización exponencial de la civilización que habitamos hoy, planteando una mutación, un pasaje del antropocentrismo moderno a la humanidad híbrida, al individuo algorítmicamente asistido. Habla así sobre cómo hemos delegado nuestras decisiones, de manera explícita o implícita, consentida o sutilmente forzada; a la clarividencia evaluativa del *big data*. El poder de los algoritmos para reducir u optimizar las contingencias deviene entonces *gestión electrónica* de muchos campos de la sociedad y gobierna de forma masiva, rápida y racional a los seres y las cosas.²⁴ Dejo al margen de esta exposición los escenarios que Sadin anticipa para la segunda mitad del siglo XXI, cuando la condición humana quede finalmente infiltrada en sus tejidos biológicos por chips que permitirán la conectividad ininterrumpida con servidores deductivos "consagrados a orientar, 'para bien' y en toda ocasión, el curso de la vida".²⁵ Tampoco ahondaré en las lecturas biopolíticas que el autor hace sobre la hibridación impalpable que mezcla cuerpos y códigos digitales, en beneficio de un tecnoliberalismo dominante. Les dejo estos

²³ Bauman, Z. y Dessel, G. (2014). *El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido* (p. 22). Fondo de Cultura Económica.

²⁴ Sadin, E. (2022). *La humanidad aumentada. La administración digital del mundo* (pp. 22-23). Caja Negra.

²⁵ *Ibidem*, (p. 29).

anzuelos como invitación a su lectura... Sí me interesa destacar de su argumentación que convivimos, advertidos o no, con una época que nos expropia de la decisión, de la contingencia, del encuentro; por lo tanto, aun cuando exalta el derecho a la singularidad despatologizada y la autodeterminación, anula toda emergencia de la novedad, de lo divergente.

Nuestro hacer diario se inscribe en estas coordenadas inconexas, un poco distópicas. Pienso que sostener el ejercicio de una lectura crítica sobre ellas se vuelve indispensable para que nuestras prácticas no naufraguen en su travesía. El diagnóstico, si es lectura clínica de un campo, no operación clasificatoria, ni ejercicio de poder, comporta la responsabilidad ética de poner límite a la deriva infinita del sujeto actual; no para clausurarlo bajo nombres o rótulos, sino para abrir la oportunidad de su aparición humana como sorpresa.

Lecturas clínicas

Mariana Trocca

Coordinadora nacional de la red de salud mental de Medifé

Muchas gracias a Ezequiel Alsúa, Rubén Bustamante y a Juan Carlos Pawlow, quien me cursó esta invitación a cerrar el ciclo de Conversatorios 2022 con mis colegas y amigos, Gabriela Cuomo y Juan Carlos Mosca. Es un gusto compartir con Uds. estas reflexiones que, espero, abran el diálogo y nos dejen entusiasmados para seguir con este espacio el año próximo.

El Comité propuso este año un título para la serie de Conversatorios: Encrucijadas clínicas. La dificultad y sus lecturas. Así organizaron cinco conversatorios, eligieron diferentes ejes teóricos cada vez, siempre centrados en las preguntas que la clínica nos suscita. La invitación de hoy en particular se gestó a partir de un olvido: el comité reparó que noviembre había quedado vacante... ¿Por qué no fueron seis, como años anteriores? – se preguntaron-. Es a partir de ese fallido que deciden armar este encuentro, con el título Lecturas clínicas, invitándonos a hablar del tema que fue un hilo conductor de todo el año: *el analista en su función de lector*. Sitúo aquí un *acto de lectura* que el comité llevó adelante: leer ese olvido dio lugar a este encuentro que celebro como una apuesta a que la contingencia del decir y sus vicisitudes sigan gestando estas producciones entre nosotros.

La creación del psicoanálisis es efecto de Freud lector

Inspirada en el último libro de Alexandra Kohan,²⁶ retomo una ficción que plantea la autora en su ensayo situando el ejercicio de la lectura en

²⁶ Kohan, A. (2022). *Un cuerpo al fin*. Paidós.

los inicios del psicoanálisis, efecto de Freud lector, y cómo esos efectos de lectura están en la causa misma, en el origen, son el modo con que el maestro inventa el psicoanálisis. Para Sigmund Freud la literatura ha sido un tema de interés desde su juventud. ¿Cuáles eran sus lecturas? ¿Qué le hizo la literatura a Freud y cómo podemos situar ese efecto en los fundamentos del psicoanálisis?

Cuenta uno de sus biógrafos, Ernest Jones, que con apenas catorce años el joven Sigmund recibió como regalo las obras completas de Ludwing Börne. Tiempo más tarde, a sus 29 años, cuando Freud viajó a París a especializarse con Charcot, visitó las tumbas de dos escritores alemanes a quienes evidentemente admiraba: la de Börne y la de Heine. Ludwig Börne es el referente imprescindible cuando se trata del tema de la asociación libre. Escribió el libro *El arte de convertirse en escritor original en tres días*, donde dice:

Aquí va la receta práctica prometida. Tome unas hojas de papel y durante tres días sucesivos anote, sin falsificación ni hipocresía, cualquier cosa que le pase por la cabeza. Escriba lo que piensa de usted mismo, de sus mujeres, de la guerra de Turquía, de Goethe... o del juicio final, de quienes tienen autoridad sobre usted, y al cabo de esos tres días se asombrará de los pensamientos novedosos y sorprendentes de los que ha sido capaz.

Börne plantea que para lograr originalidad un escritor debe escribir todo lo que le venga a la cabeza, frase muy cercana a la llamada “regla fundamental”. Heinrich Heine, por su parte, es casi el más citado por Freud en el libro *El chiste y su relación con lo inconsciente* y la conferencia “La feminidad”²⁷.

²⁷ Freud, S. (1932). 33ª conferencia. La feminidad. En *Obras completas, Vol. XXII*. Amorrortu Editores.

Lectura y cuerpo nacen en el mismo acto

Cuando leemos un libro, un ensayo, un poema, también cuando vamos al cine, al teatro o a un concierto, solemos decir “esto me llegó”, “me tocó”, y eso significa algo diferente a decir “entiendo la obra” o “comprendo de qué trata”. Entonces, ¿qué toca lo que toca? ¿y dónde lo hace? En el cuerpo, sin dudas, pero ¿qué cuerpo? No podemos desconocer que se trata del cuerpo pulsional, cuerpo erógeno, es el cuerpo de la histeria descubierto por Freud a fines del siglo XIX, que dio lugar a una escucha diferente desde aquellos años hasta la clínica actual, clínica en que la erótica constituye el motor de la cura, bajo la forma del amor de transferencia, que se despliega en el consultorio de un psicoanalista.

Con Freud nace una nueva ética para tratar el dolor y el sufrimiento humano. Subrayar la erótica comporta sin duda la dimensión del cuerpo allí, la operación de lectura que, además de una lógica, implica una ética. No hay cuerpo sin sexualidad, cuerpo pulsional, eco del decir que resuena toda vez que el cuerpo sea sensible. Es que, sin dudas, la transmisión implica la sensibilidad, la afectación corporal.

Los primeros descubrimientos del psicoanálisis nacen en los mismos tiempos que se descubre el cuerpo de la histeria: Freud, neurólogo, con poco dinero y mucho esfuerzo, va a formarse con Charcot a La Salpêtrière como neuropatólogo. En ese momento era un internado de pacientes histéricas, adiestradas para los ojos de los médicos. Charcot mandó a hacer una iconografía fotográfica de las pacientes en un libro que muestra una especie de teatralidad excesiva de sus cuerpos, las observa, las pone en una escena para que sean contempladas. El dolor y el sufrimiento como un espectáculo, voyerismo, podríamos decir hoy. En ese contexto, llega Freud y se pregunta: ¿la parálisis es motora o no? Quiere establecer un primer diagnóstico diferencial entre las parálisis orgánicas y las histéricas. Un primer gesto épico del maestro: supone que no hay sustrato orgánico, que no va a encontrar el origen del síntoma histérico en los órganos. Mientras Charcot quería que la histeria le apareciera delante sus ojos, sin deponer la mirada, Freud –en cambio– elige cerrar los ojos y empieza a escucharlas. La histeria recupera la palabra, tiene algo para decir y no solo para mostrar. Es la primera

vez que alguien tiene que responder por sus síntomas. Freud concibe el cuerpo como un texto, para poder leer hay que cerrar los ojos, sin fascinarse con la imagen. Así descubre el inconsciente, a partir de que hay una parte del cuerpo que no responde a la anatomía, comienza a darse cuenta de que el texto que se lee en el decir tiene que ver con que el síntoma está hecho de palabras. Pone el acento en cómo serán narrados los hechos que ocurrieron, así aparece la verdad que proviene de la realidad psíquica, la única que importa.

Es evidente que en los inicios Freud se valió de sus lecturas literarias para pensar la práctica y comenzar a escribir lo que podemos nombrar el *corpus* del psicoanálisis. Cuerpo y lectura se corresponden, no hay uno sin la otra porque nacen en el mismo acto. Para esos cuerpos que se resistían a la anatomía y al saber de la ciencia, Freud inventa una lectura novedosa que produce cuerpos inéditos, y con ello se inaugura también un nuevo sujeto. Freud se dispone a escuchar los relatos que hacen hablar al síntoma y así, al hablar, descubre también que algo de lo sexual se revela, se trataba de un cuerpo sexuado, marcado por la palabra. Lacan dirá los significantes, palabras que llegan del Otro, propician el goce del cuerpo, lo detienen en síntomas, inhibiciones, angustias. Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje, el síntoma es un enigma que espera un desciframiento, se trata entonces de no mirar tanto y empezar a escuchar, para poder leerlo.

Leer en psicoanálisis tiene una dimensión que implica algunas particularidades. La condición de una lectura es “des-suponer” un saber.

Me gusta cómo lo plantea Juan Carlos Pawlow en un ensayo que escribió hace un tiempo. Se pregunta por el problema de la lectura con relación a la transmisión y la enseñanza del psicoanálisis: “Oscar Massotta le atribuye un problema a la lengua que se conoce en demasía, y dice: ‘...se tiende siempre a rebasar las palabras hacia sus sentidos...’. Juan agrega: “También podemos describir así el problema de la lectura y de la enseñanza del psicoanálisis, pareciera que la teoría se precipita en una serie de enunciados doctrinarios que todos musitamos incesantemente y en esa recitación el alcance, su incidencia, se desdibuja. El sentido reemplaza a la lectura”.

“Leemos restos, trozos sueltos, fragmentos, la unidad del sentido es ilusoria”, dice Ricardo Piglia cuando escribe *El último lector*. Freud elige el relato del caso para transmitir la clínica, privilegiando la verdad por sobre la exactitud. No hay oposición entre teoría y práctica, hay un desplazamiento que implica la dimensión de la ficción como modo de transmitir la verdad clínica a través del relato. Pero además ese relato implica una escritura en sentido literario, por eso a veces citar la bibliografía en algunos textos resultaba para Freud una detención en la escritura. “La bibliografía es necesaria para persuadir al lector científico, no obstante, se corre el riesgo de disuadir al lector común”, así lo dice Luis Guzmán. “(...) la gran cantidad de bibliografía tiene sobre Freud un efecto deprimente, lo embarga un sentimiento de no saber nada cuando creía haber introducido una verdad”.

Los textos pueden ser campos que se hacen cada vez más fértiles gracias a sus lectores. *El psicoanalista lee la clínica igual que se lee un texto*, la noción de lectura es una sola, no se trata de una técnica, por eso el modo de leer es sorprendente cada vez. Dice Roland Barthes: “El nacimiento del lector se paga con la muerte del autor, que no aparece como el propietario sino como el invitado, a la manera lúdica”. El “yo” no es idéntico al sujeto que habla. La función del lector saca el texto del dogma, lo tensa hacia un afuera, exogámico, profana también al autor como autoridad. Hay una caída de la autoridad del Otro como garante, se cae la “sacralidad” del texto.

Como señala Alexandra Kohan: “Que el psicoanálisis sea una praxis y no una teoría, implica, entre otras cosas, que no existen garantías teóricas, que no existe una técnica determinada para leer los acontecimientos de la experiencia analítica. El saber que puede extraerse de un caso se vuelve inútil para el siguiente. Freud siempre estuvo preocupado por esta cuestión: cómo atenerse al rigor científico sin que conlleve la renuncia al estilo literario al que se veía impulsado en su escritura”.

Literatura y psicoanálisis: hay entre estos dos campos la posibilidad de tender puentes. ¿Qué le enseña la literatura al psicoanálisis?, y también la lectura particular que el psicoanálisis hace de la literatura, el modo en que el psicoanálisis se sirve de lo literario a fines terapéuticos. No olvidemos que el propio Freud buscó más de una vez en el

arte respuestas a muchos de sus interrogantes clínicos, ponderando la extraordinaria sensibilidad de los poetas para penetrar en la intrincada vida anímica de los hombres: dice en su artículo acerca de la Gradiva:²⁸

(...) los poetas son valiosísimos aliados, cuyo testimonio debe estimarse en alto grado, pues suelen conocer muchas cosas existentes entre el cielo y la tierra que ni siquiera sospecha nuestra filosofía. En la psicología, sobre todo, se hallan muy por encima de nosotros, los hombres vulgares, pues beben en fuentes que no hemos logrado aún hacer accesibles a la ciencia.

La escritura del analista, para Freud, guarda una lógica que requiere una posición: atención flotante, suspendida de subjetividad, dispuesta a leer las letras del discurso analizante. Es el analista quien lee y descifra la escritura que el discurso del analizante produce en el análisis.

El escritor mexicano Gabriel Zaid dice:

La medida de la lectura no debe ser el número de libros leídos, sino el estado en que nos dejan. ¿Qué demonios importa si uno es culto, está al día o ha leído todos los libros? Lo que importa es cómo se anda, cómo se ve, cómo se actúa después de leer. Si la calle y las nubes y la existencia de los otros tienen algo que decirnos. Si leer nos hace, físicamente, más reales.²⁹

Poner de relieve la *función de lector* que cada uno de nosotros tiene en su práctica cotidiana implica un punto de partida: leer no es una técnica, es sorprendente siempre, cada vez. Encontrar leyendo lo que no se sabía que se buscaba viene de la mano de la discontinuidad, aparece como una falla, una fisura, una interrupción, en la frase pronunciada algo tropieza y allí aparece el inconsciente. Si un decir tiene consecuencias, las tiene en la medida en que se puede hacer algo con los efectos de esas palabras. Leer como un acto performático, porque la

²⁸ Freud, S. (1906). El delirio y los sueños en la "Gradiva", de W. Jensen. En *Obras completas*, Vol. IX. Amorrortu Editores.

²⁹ Zaid, G. (2014). *Crítica del mundo cultural* (p. 21). El Colegio Nacional.

lectura produce un cuerpo que no estaba. Poner a jugar la lectura con otros para que ella no sea una repetición mántrica de ningún saber referencial previo. Leer lo imposible de decir en cada estructura clínica, lo que está callado, silenciado, amordazado en las diversas manifestaciones de la inhibición, el síntoma, la angustia. Leer implica situar la lógica de nuestras intervenciones, también de nuestros silencios y de los interrogantes que nos habitan al momento de intentar la transmisión.

Como dice Patricia Martínez:

Vivimos en una época donde se patologiza la existencia, los síntomas se vuelven generalizables, anónimos, y bajo el imperio de las siglas todo es un trastorno que puede/debe medicarse. La pandemia profundizó y aceleró este modo de intervenir sobre el padecimiento... Tenemos en este equipo, conformado por analistas, una mayor responsabilidad en la lectura de lo que nos demandan quienes nos consultan por su sufrimiento, para que en tanto hablantes continuemos contando con la existencia del sujeto del inconsciente.

¿Cómo leemos los acontecimientos que suceden en el día a día de nuestra praxis? ¿Cómo esa lectura interviene en acto? ¿Qué sucede cuando algo urge en la clínica? ¿Qué tratamiento se da en esos casos? ¿Cómo cada vez lo que se lee en lo que sucede posibilita una intervención? Dejemos abiertas nuestras preguntas, y así, como una brújula, nos irán orientando y nos permitirán escribir para hacer transmisión de nuestro acto.

