



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

ISSN 2250 8562

Año 18 - N° 01
Año 2020

Repositorio Hipermedial - UNR

Comunidad: Consejo de Investigaciones - CIUNR

Sub-Comunidad: CIUNR - Ciencias Sociales y Humanísticas

Director: Dr. Mario Kelman - Investigador CIUNR

Comité Editorial: Ps. Daniela Tanoni - Ps. Rafael Echaire Curutchet - Ps. Germán Fiderio

Año 18 - N° 01

EDITORIAL

En esta oportunidad presentamos una serie de trece artículos presentados como trabajos escritos finales en el contexto del Ciclo 2019/2020 del Curso Teórico-Práctico "*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*" dirigido por Dr. Mario Kelman en el marco del Programa "*Problemáticas Contemporáneas: Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva*" perteneciente al Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR).



El Curso de referencia constituye una propuesta académica fundada en la premisa de que la formación presidida por la práctica ligada a la investigación y a la teoría produce efectos que no encuentran lugar cuando la formación resulta presidida por una teoría desenlazada de la práctica y de la investigación. Este deslizamiento ha conducido no sólo una labor de estudio y de indagación, sino fundamentalmente trabajos de elaboración que hemos de escribir en plural.

En ellos se han tramado tiempos y esfuerzos que resultaron ineludibles para formular interrogantes, sostener preguntas, apuntalar lecturas y producir escrituras. Allí han encontrado un lugar los intercambios, las conversaciones y la interlocución, en tanto que terreno fecundo para los silencios que tornaron posibles a las producciones escritas. La condición de las mismas versa en torno a la articulación de fragmentos clínicos que decantan de la práctica interpelando la teoría. En función de ese trenzado, así propuesto, han resultado dispuestos los despliegues conceptuales que tenemos el agrado de presentar en esta oportunidad.

Tratándose de trabajos escritos que los autores y las autoras han presentado al concluir el segundo ciclo de este Curso, la experiencia confirma la premisa que configura el punto de partida de la propuesta: la formación a la que referimos no constituye un *para todos*, sino que se sostiene en un *uno por uno* irreductible. En este sentido, cada autor y cada autora se han autorizado tanto a la elaboración de los trabajos escritos, como a su presentación. Gesto no menor que reconocemos subrayando que



en ellos podrá encontrarse el trazo irreductiblemente singular que inscribe un momento relativo de cada producción.

Pues bien, en ello se soporta la apuesta: en aquello que cada uno, que cada una -inexorablemente *uno por uno*- ha podido y decidido deslizar al carácter de cuestión, a través y a partir de una *puesta en cuestión*. Allí encontramos una distancia necesaria con las valoraciones de índole burocrática que propone y ofrece una vertiente del discurso universitario, puesto que se trata de realzar el compromiso de cada uno con aquello que le concierne y le convoca.

Ciertamente, en cada trabajo escrito que presentamos se habrán jugado tensiones, escansiones, detenimientos, dificultades, tropiezos y escollos; también se habrán jugado, sin dudas, posibilidades, movimientos, anudamientos y reanudamientos. Proponemos esa lectura: una lectura sostenida en la precisión alcanzada en una marcha distinta de aquella dirigida por la exactitud del concepto enquistado que captura y obnubila; una lectura que cuente con lo que se pudo y con lo que no, que se trame en lo necesario de *hacer lugar* a la contingencia y a las rasgaduras que irrumpen y sorprenden. Allí encuentra un lugar fecundo el hallazgo y la novedad que le es inherente.

En estas coordenadas, dispuestas cuanto resulta posible a lo imprevisto y a lo incalculable, practicantes que han sostenido, no sin obstáculos, las actividades teóricas y prácticas que el Curso propone, han decidido publicar los trabajos escritos que han elaborado. Cada uno de ellos responde a los recorridos que cada practicante ha podido efectuar,



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

extrayendo consecuencias que dispuso al esfuerzo y a la labor necesaria para una producción escrita. Se juega allí, sin ninguna duda, el valor, la audacia y la potencia de las articulaciones propuestas.

Las diferencias entre los trabajos escritos hilvanan la presente publicación, dispuestas al encuentro para quien se disponga a la lectura. Lejos de reducirse en contrastes de redacción, escriben sutiles y preciosas distinciones en las cuales se enlazan las preguntas de cada uno, de cada una, en aquello que ha resultado posible de anudar, tramar, tensar y trenzar.

Para nosotros constituye un gusto contar con la labor de practicantes, cuyos trabajos escritos presentamos a continuación convocando, a quien se autorice a la lectura, no sólo al lugar de *lector* sino más bien de *interlocutor* pudiendo apuntalar intercambios y conversaciones con las letras escritas, con los silencios que resultaron -y resultan aun- ineludibles y con las voces de quienes ocupan el lugar de autores y autoras.

RAFAEL ECHAIRE CURUTCHET

Integrante del Comité Editorial
Revista Digital “*Lecturas*”

Integrante del equipo docente del Curso Teórico-Práctico
“*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*” - CEI-UNR



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

Nota: La editorial no se responsabiliza por los contenidos y la legitimidad de los textos publicados, siendo responsabilidad de cada autor.

Palabras Clave:

Kelman - Psicoanálisis - Práctica - Clínica - Teoría - Formación - Ética



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

ÍNDICE

SU(B)VERSIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ADMISIÓN Pág. 08

Elisabet Rubio Appendino

EL SABER EN LA PRÁCTICA ANALÍTICA Pág. 19

Carolina Bisaro Morero

EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL Pág. 33

Lucía De Vivo

TIEMPO POLÍTICO Y TIEMPO SUBJETIVO Pág. 45

Germán Fiderio

LOS EFECTOS PSÍQUICOS Y SUBJETIVOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL Pág. 54

Federico De Gregori

CÓMO HABITAR TIEMPOS Y ESPACIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Pág. 63

Giana Nardone

SOBRE LA ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS. APORTES PARA UNA CRÍTICA A LA NOCIÓN DE
RESPONSABILIDAD SUBJETIVA Pág. 76

Valeria Waldisperg

¿QUÉ ES AQUELLO QUE LLAMAMOS EXPERIENCIA ANALÍTICA? Pág. 90

Florencia Marcuzzi



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

EL SILENCIO COMO EVIDENCIA Pág. 104

Yanina Aguirre

LA ESCUCHA PSICOANALÍTICA EN EL ÁMBITO DEL HOSPITAL PÚBLICO Pág. 115

Ángela Dimartino

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DUELO Y LA ENFERMEDAD COMO SÍNTOMA
..... Pág. 124

Luciana Martín Lavallen

LA FORMACIÓN DEL ANALISTA Y SU INTRODUCCIÓN EN LA PRÁCTICA Pág. 135

Sofía Carrizo

MARCA DE LO REAL EN EL CUERPO. EL G.O.R.D.O EN LA APERTURA DE ANÁLISIS
..... Pág. 149

Sabrina Pimpinella



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

SU(B)VERSIÓN DE UN DISPOSITIVO DE ADMISIÓN

ELISABET RUBIO APPENDINO
elis_rubio@outlook.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Práctica - Hospital - Dispositivo - Demanda

Introducción

Desde los inicios, mi práctica en el Servicio de Psicología del Hospital General, se vio conmovida por diversas lecturas situacionales que me condujeron a diversos interrogantes.

El camino de la práctica fue pensado como una praxis, es decir, como una práctica de discurso y de un quehacer. En términos lacanianos “el tratamiento de lo real por lo simbólico” (Lacan, 1988; p.14). Este tratamiento de lo real de la práctica,



no vino sino con angustias, ya que lo simbólico nos presenta insuficiencias al momento de abordar lo real -no todo puede ser dicho-.

Como producto de la práctica se puede situar ese no-saber -decir / hacer- como otro saber, no sabido, efecto / emergente de la misma. Este emergente de la práctica me permitió pensar tanto lo imposible como las condiciones de posibilidad, para así no caer en la impotencia.

¿Y cuáles fueron esas condiciones de posibilidad? Se puede decir que estas condiciones son las que permitieron que frente a lo emergente, que se presentaron de formas diversas: interrogantes, hipótesis y dudas, habilitaron un posicionamiento crítico, poniendo en tensión los conceptos o saberes acumulados, repensando los contenidos pre-adquiridos y reformulándolos en el ámbito de la práctica. Además entiendo que fue necesario hacer suspenso de los saberes acumulados hasta ese momento, al menos en un principio, ya que estos pueden funcionar como obstáculo, operando de forma anticipatoria a toda experiencia posible en la práctica.

Siguiendo a Rodolfo (s.f.), se tratará de un “irse haciendo (la provisoriidad de la locución es esencial) una posición”.

Fue a partir de esas *lecturas* y sus consecuentes *interrogantes* que se intentará bordear acerca de lo que pudo ser ubicado en un inicio como los pedidos ¿o demandas? en un Servicio de Psicología de un Hospital General.

Los interrogantes que surgieron fueron los siguientes: ¿Cómo alojar un pedido o demanda desde el Servicio de Psicología? ¿Qué tipo de escucha se puede ofertar desde un Dispositivo de Admisión? ¿Existe una diferencia entre *pedido* y *demanda*?

En este sentido, el presente trabajo intentará diferenciar lo que se considera un pedido -ya sea que provenga de otros -servicios, profesionales, instituciones- o de aquellos mismos pacientes que se acercan al Servicio de Psicología a solicitar un



turno- de la demanda propiamente dicha, y cómo la podemos pensar desde una orientación psicoanalítica principalmente.

El hospital y el Dispositivo de Admisión del Servicio de Psicología

Para iniciar este recorrido de práctica, y así ubicar contextualmente el surgimiento de las preguntas, entiendo que es pertinente poder dar cuenta qué concepción de Hospital y cuáles son las condiciones específicas del Dispositivo de Admisión del Servicio de Psicología.

El Hospital es pensado como un sistema de salud que tiene como objetivos: la reparación, protección y promoción de la salud. El mismo propone una oferta terapéutica, es decir, es un instrumento que interviene sobre la enfermedad a los fines de la cura. Es una institución en la cual convergen demandas de todo tipo y las cuales se podrían reunir bajo una premisa: *la demanda de curación*. Dentro del Hospital se encuentran de manera fragmentada los distintos servicios de atención: Psicología, Neurología, Psiquiatría, Maternidad, Oncología, entre muchos otros.

El Servicio de Psicología cuenta con un Dispositivo de Admisión que pude pensarse como un constructo que oferta un tiempo y espacio de escucha en la vida de las personas que allí acuden para producir una serie de efectos. Etimológicamente hablando, *dispositivo* refiere al disponer o estar dispuesto y Barenblitt (1992) define al mismo como “un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical.” (p.151).

La entrevista de admisión se realiza a todo paciente que haya solicitado un turno por primera vez en el Servicio de Psicología. Es una entrevista que tiene como objetivos: evaluar si se trata de una urgencia subjetiva que pudiera implicar riesgo



para sí o para otros, delimitar el motivo de consulta, realizar derivaciones a otros profesionales si correspondiese y establecer un diagnóstico presuntivo.

¿Pero qué fue aquello del dispositivo lo que me generó interrogantes?

Estrictamente lo que se pudo notar en las entrevistas de admisión es que no hay una demanda explícita, sino que en varias situaciones lo que se escucha es un pedido bastante inespecífico, y la ubicación de un Otro, representado por la institución.

En este sentido, para poder desentrañar el motivo de consulta que se presenta a través de un pedido, en algunos casos, ese *por qué* no se logra despejar ya que, en muchas sino en la mayoría de las ocasiones, vienen *mandados* por algún Otro.

Es decir, se puede notar como en el primer acercamiento se presentan como enviados o mandados por Otros a quienes ubicarían como garantes de un saber, acatando sus órdenes -estas situaciones pueden pensarse principalmente cuando son enviados, ya sea por alguien que representa al orden Médico o Jurídico-.

Sin embargo, lo que se intenta desde el dispositivo es que más allá de este *envío / mandado* por parte de Otros, sea quien nos consulta el que pueda poner en palabras algo del orden del malestar o sufrimiento psíquico que lo pueda llegar a estar aquejando.

Están sus Otros significativos quienes le demandan un tratamiento, pero es quien nos consulta quien en muchas oportunidades saca el turno y es él quien asiste a la entrevista.

De esta manera, más allá de ser un requisito burocrático, *ser admitido o no* al Servicio de Psicología, lo que me resulta interesante pensar como dispositivo de admisión, es la oportunidad de brindar una escucha al pedido. Posibilitando así que el ser-hablante despliegue un *más allá del pedido*, utilizando como recurso la vía de la palabra, el orden simbólico que permite bordear un real.



Pedidos, derivaciones, interconsultas ¿y más allá?

Los pedidos, derivaciones o interconsultas que suelen llegar al dispositivo podrían clasificarse en dos tipos: los de carácter intrainstitucional y los de carácter interinstitucional.

Dentro de los intrainstitucionales podríamos ubicar aquellas surgidas por los distintos espacios / sectores del Hospital mismo, es decir, dentro del edificio edilicio como pueden ser: Estadísticas u otros Servicios de Salud -Psiquiatría, Neurología, Cardiología, Oncología, Obesidad-

En el caso de Estadísticas, las mismas intentan llevar un control de la cantidad de personas que asisten al Servicio de Psicología, quiénes inician tratamiento, lapso del mismo y quiénes dejan de asistir. A su vez, existe una permanente consulta de la *lista de espera*, lista que se va conformando a medida que el Servicio va realizando las entrevistas de admisión y quienes quedan en esa lista deben aguardar a la liberación de un turno para iniciar tratamiento.

Mientras que en el caso de las derivaciones intrainstitucionales, es decir, desde los otros Servicios de Salud del propio Hospital; en algunas situaciones son los propios profesionales quienes vienen a solicitar atención para sus pacientes porque creen conveniente o necesario que recurra al Servicio de Psicología.

Respecto de los pedidos interinstitucionales, podrían ubicarse como aquellos que realizan los propios futuros pacientes, derivados por alguna otra institución: Penal, Adicciones, Psiquiátricos o en los que son las mismas instituciones quienes realizan el pedido.

Se considera pedidos a estos tipos de solicitudes, porque los mismos presentan una exigencia de respuesta: que el paciente sea *admitido* para iniciar



tratamiento, que sea derivado a otra institución, que sea informado de cosas que no sabía y por las cuales se equivocó de destinatario, que se le comunique que tendrán que esperar la disponibilidad de un turno, entre otras modalidades. En este sentido, frente a un pedido que se presenta, la respuesta es otorgada en el mismo nivel que es formulado, aunque la respuesta puede ser un *no*.

Diferente sería en el caso de la demanda, la cual sabemos por medio del Psicoanálisis que tiene su estatuto del orden del inconsciente, donde no habría una respuesta desde el nivel que se la plantea, sino desde un más allá de ella misma. No hay una respuesta que satisfaga una demanda, y no tendría por qué haberla, distinto de lo que es un pedido, donde sí se podría brindar una respuesta, satisfactoria o no, pero respuesta al fin.

Se diferencia entre pedido y demanda porque en la entrevista de admisión a lo que se apuesta es a la viabilización de un pedido, mientras que la demanda puede estar o no.

Su(b)versión del dispositivo de admisión

Si bien el concepto de demanda proviene del latín *demandāre*, definiendo a la misma como una solicitud o petición, es a partir del discurso psicoanalítico que se reformular un *más allá del pedido*.

Partiendo de una lectura psicoanalítica se suele entender a la demanda como una articulación significativa, una necesidad que se manifiesta por la vía de la palabra, siempre dirigida a otro y formulada desde un Otro. La necesidad entra en el desfiladero de los significantes perdiendo su especificidad con respecto al objeto. La demanda no es demanda de objeto sino de amor.



Lacan (1987) en el Seminario “*La ética del Psicoanálisis*” teoriza acerca de la concepción de la demanda, explicitando que aquello que se demanda se podría resumir en una simple palabra: la felicidad. La demanda “está a la vez mas allá y más acá de ella misma, articulándose con el significante, ella demanda siempre otra cosa (...)” (pp. 350-351).

La estructura de la experiencia analítica ha demostrado que alguien al momento de hablar, siempre lo hace a otro y desde un Otro, teniendo como único médium, la palabra. Y si “toda palabra llama a una respuesta” (Lacan, 2014, p.241), hablar implica una direccionalidad al Otro, que llamamos demanda.

Siguiendo a Paola (2008), se pudo dilucidar un tipo particular de demanda en las instituciones públicas de Salud Mental, una demanda institucional que se podría llamar de *normalización*, ya que lo que viene fracasado de la ley, o lo que no anda en la institución familiar, o lo que no encuentra respuestas en el campo médico, cobra consistencia en alguien que, nombrado como paciente, colocado en un lugar de objeto, y *mandado* a tratamiento, no es sujeto de esa demanda, al menos en la primera instancia de la entrevista de admisión.

De esta manera, como mencionaba anteriormente, en este pedido que se presenta inicialmente, se pone en juego un saber, cuyo lugar generalmente, no está, en principio, del lado que consulta, sino que es atribuido a la institución, en particular, a “los especialistas que allí desarrollan su práctica” (Paola, 2008, pp. 35-36).

Sin embargo, entiendo que el dispositivo de admisión, a partir de la oferta de una escucha que no sólo compromete a ese ser-hablante, sino al entrevistador mismo, quien debe tomar partido de su posición y así comprometerse él también en esa escucha, leyendo en el discurso del potencial paciente aquello que se escapa a la escucha de él mismo. Permitiendo de esta manera, deslindar una demanda implícita, a partir de un pedido explícito.



Fue así como en un caso en particular, pude leer este más allá del pedido. Quien consulta llega al Dispositivo a través de una derivación por parte de su psiquiatra tratante, a quien recurrió también por otra derivación de un médico clínico. La misma sitúa un momento de *explosión* de su cuerpo, dando como inicio un *derrotero* de consultas médicas -Cardiología, Hematología, Endocrinología, Ginecología, Psiquiatría y finalmente, Psicología-. A partir de ese momento explosivo, distintas fueron las intervenciones en el orden médico: internación por encontrarse *edematizada* -acumulación de líquido en el organismo-, internación en coronarias a causa de arritmia, operación de un nódulo mamario. A su vez el médico clínico en uno de los controles que le realiza por la arritmia, la deriva a que inicie tratamiento con Cardiología y Psiquiatría, no especificándole una *causa* de por qué su derivación a psiquiatría. Y al iniciar tratamiento neurofarmacológico, la profesional tratante le sugiere que inicie tratamiento psicoterapéutico.

En su relato presenta diversas situaciones del orden del malestar o sufrimiento: internaciones por diversas causas orgánicas, abandono de su trabajo, quiebre de los vínculos personales, recuerdos que se le vienen de situaciones de abuso en su infancia, entre cosas. Dando por concluida la entrevista, es ella misma quien me pregunta si creía que ella necesitaba tratamiento psicológico, frente a la cual le devuelvo con otra pregunta: ¿Qué es lo que ella pensaba?, siendo su respuesta que “Sí, que creía que necesitaba tratamiento porque ya no era omnipotente y no podía resolver sus cosas sola”.

Fue a partir de esta pregunta, en la cual la paciente se *adelantó*, preguntando sobre esta necesidad de tratamiento -ya que es una de las preguntas que siempre se intenta hacer en una entrevista de admisión, es qué piensa él mismo sobre iniciar o no tratamiento, sobre todo en las situaciones en las que se pesquisa este *envío* por parte de Otros-. Permitiendo poner en juego, no intencionalmente, sino desde una posición de escucha de orientación psicoanalítica, la viabilización de su pedido hacia su enunciación, y no a su enunciado, dando lugar al deslizamiento



de un sujeto en una cadena de significantes, implicándola en su cadena discursiva y también implicándose quien escucha esa cadena, en este caso la entrevistadora.

Distinto hubiese sido si se respondía desde un lugar de *saber* pre(es)cribiendo un tratamiento, sumándose como uno más de los *derroteros*, la terapia psicológica junto a los otros tratamientos médicos.

No es que se piense al dispositivo de admisión como el lugar de inicio de un análisis, en términos psicoanalíticos, sino que a lo que se apuesta es la diferencia que este dispositivo pueda brindar: la ubicación de la escucha desde otro lugar. Si bien los posibles pacientes que acuden allí lo hacen principalmente porque los envían, pero también existen los casos en donde se puede vislumbrar un *más allá del pedido*, abriendo a interrogantes como: qué es lo que él o ella piensan de por qué los han enviado, si hay algo del orden del malestar o sufrimiento que ellos mismos puedan ubicar, si saben de qué se trata un tratamiento psicológico o qué es lo que piensan del mismo. De esta manera, se apuesta a una escucha que produzca efectos en lo emergente mismo de la entrevista, dando como resultados el inicio o no de un tratamiento en el Hospital, o en otra institución, como puede ser en los casos que se derivan.

A modo de cierre, se pudo vislumbrar cómo los conceptos de *práctica*, *Hospital* y *dispositivo de admisión* se encuentran íntimamente entrecruzados y tensionados, permitiendo una concepción de los mismos.

Fue el concepto de *práctica* el que permitió el recorrido no solamente teórico, poniendo en juego conceptos, sino también pensando los espacios institucionales, leyendo aquello que de la experiencia viene a perturbar de la teoría, poniéndola en tensión y repensándola en lo que la práctica suscita.

Se apostó a la distinción entre un pedido explícito que podría llegar al Dispositivo de Admisión, de una demanda implícita que se intentara desplegar a partir de una escucha, de orientación psicoanalítica, que habilite a un sujeto de la enunciación.



En este sentido, se pensó al Dispositivo de Admisión como aquel que no sólo aloja un pedido y oferta una escucha, sino que es entendido como uno de los posibles lugares de subversión dentro del Hospital, ya que el mismo constituye una oportunidad para quienes ubicándonos desde una posición psicoanalítica, circunscribimos nuestras intervenciones en pos del potencial paciente, apostando a una escucha que comprometa a ambos interlocutores desde un lugar otro, intentando producir efectos en lo emergente de una entrevista.

Referencias bibliográficas

- BARENBLITT, G. (1992). *Compendio de Análisis Institucional y otras prácticas*. Brasil: Rosa do Ventos.
- LACAN, J. (2014). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en Psicoanálisis*. En: J. Lacan *Escritos 1* (pp. 231-310). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1988). El Seminario Libro 11 “*Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*” [1964]. Buenos Aires: Paidós.
- (1987). El Seminario Libro 7 “*La ética del psicoanálisis*” [1959-1960]. Buenos Aires: Paidós.
- PAOLA, C. (2008). “El oro y el cobre (del a-meghino y otros fragmentos)”. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- RODULFO, R. (Sin fecha). “*La teorización en conflicto o la función de lo informe en la enseñanza y transmisión del psicoanálisis*”, *Diarios clínicos 4 “La infancia institucional”*. Buenos Aires: Lugar.

Bibliografía

- BARROS, M. (2011). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama Ediciones.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

SERRANI, L. (2013). "Entrevistas de admisión, preliminares y análisis". Ficha de circulación interna del Programa de Concurrencias del Hospital Provincial.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

EL SABER EN LA PRÁCTICA ANALÍTICA

CAROLINA BISARO MORERO
carolinabisaro@outlook.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Clínica - Psicoanálisis - Saber - Verdad

Resumen

El presente escrito supone el cierre del módulo cursado en 2019, titulado “*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*”. Esta propuesta académica se corresponde con mi formación de posgrado como Psicóloga egresada de la Universidad Nacional de Rosario. En mi caso, la práctica contemplada fue homologada al paralelo desempeño como psicóloga de 2º y 3º año de formación en el Programa de Concurrencias para Psicólogos del Servicio de Psicología del Hospital Provincial de Rosario.



Práctica, teoría y clínica, fueron los ejes propuestos en los inicios, y los que de algún modo, orientaron mi transitar por el módulo. Estas referencias motivan este ensayo, en el cual me propuse escribir sobre aquello que de la teoría y práctica analítica, quedaba en mí resonando luego de cada encuentro, ya sea por interés, ya sea por desconocimiento. Con esto último refiero a que algo de lo adquirido en el curso, y de lo que se espera del mismo, tiene que ver con la escritura. Comprendí que no hay que saber para escribir, sino, escribir para saber. Esos conceptos que me resultaban lejanos, confusos, complejos, me autoricé a leerlos y releerlos, pero ahora, con la práctica. Retornar a Freud, Lacan y a Foucault, así como realizar el primer acercamiento a otros autores propuestos, cedió la posibilidad de aprehenderlos desde otro lugar, desde la práctica decía, pero también, por fuera del discurso universitario.

El concepto de clínica

“Hacia mediados del siglo XVIII, Pomme cuidó y curó a una histérica haciéndola tomar “baños de diez a doce horas por día, durante diez meses completos”. Al término de esta cura contra el desecamiento del sistema nervioso y el calor que lo alimentaba, Pomme vio “porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... deprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir por entero por la misma vía”. (...) menos de cien años más tarde, un médico percibió una lesión anatómica del encéfalo y de sus envolturas; se trata de las “falsas membranas”, que se encuentran con frecuencia en sujetos afectados por “meningitis crónica”. (...) “Las falsas membranas son a menudo transparentes, sobre todo cuando son muy delgadas; pero, por lo común,

tienen que un color blanquecino, grisáceo, rojizo y más raramente amarillento, parduzco y negruzco.” (Foucault, 2001; pp.1-2)

Transcribo estos fragmentos del prefacio de “*El nacimiento de la clínica*”, para dar cuenta de lo denominado por Foucault como oxímoron entre lo ínfimo y lo total, contradicción que se vislumbra entre estos dos paradigmas de tratamiento de la enfermedad, correspondientes a los siglos XVIII y XIX. Analizo que lo ínfimo refiere a que estos relatos hacen una descripción de lo que observan y, ambos también, están tomados por el lenguaje. La diferencia total remite al siglo XIX, época de nacimiento del pensamiento racional, a partir del cual se sistematiza el conocimiento experimental.

El punto de quiebre entre estos siglos, es el grado de formalización del conocimiento, que pone en evidencia una diferencia total entre ambos relatos, a partir de la inauguración de un cambio en la forma de mirar. Asimismo el lenguaje que explica ese objeto de estudio sufre modificaciones. Puede advertirse que el discurso del siglo XVIII es un lenguaje sin apoyo perceptivo. Mientras que el siglo XIX bajo la mirada y el lenguaje hace aparecer lo que estaba más acá y más allá del dominio del hombre, el paradigma dominante es el de lo perceptible y lo empírico que permitirá articular lo que se ve y lo que se dice.

El siglo XIX es el momento de nacimiento de la medicina como ciencia positiva, inicio de la *clínica médica*, cuyo instrumento primordial es la mirada. Pero, ¿cómo se mira?, ¿es posible ver algo que un lenguaje discursivo no ofrezca a ver? El médico clínico hace una lectura de lo corporal a través de la mirada, recorta un objeto y de este modo delimita el *espacio de la medicina*: lo patológico. Este siglo brinda las condiciones de posibilidad para que eso pueda ser visto.

Foucault (2001) propone que esta nueva estructura está señalada por la sustitución de la pregunta *¿qué tiene usted?* con la que se inicia el diálogo médico del siglo XVIII, por *¿a dónde le duele?*, interrogante que denuncia el juego de la clínica. Esto debe su importancia al hecho de que es una reorganización en



profundidad no sólo del discurso médico sino de la posibilidad de un lenguaje sobre la enfermedad.

Mirada como acto que se construye a partir de un recorte, recorte de un espacio que deja en evidencia la articulación entre lo visible y lo enunciable. A partir de *a dónde le duele el cuerpo* al enfermo, el médico hará un diagnóstico y prescribirá un tratamiento con un pronóstico determinado; el lector podrá ver cómo se reorganiza el discurso médico y el lenguaje sobre la enfermedad. Ésta es la clínica médica, de la mirada, que a partir de los signos que observa y lo que dice el paciente acerca de su sufrimiento realizará un *descriptamiento*, descifrará qué le pasa y garantizará un tratamiento y una cura. Ahora bien, ¿qué de eso en el psicoanálisis?

¿Clínica Psicoanalítica?

Hay una clínica, pero ésta está de antes del discurso psicoanalítico, afirmaba Lacan en 1977. Decir que la clínica es la médica, y que antecede al psicoanálisis habilita un interrogante: ¿Qué hereda el psicoanálisis de la clínica médica?

La palabra clínica viene el griego *kliniké*, que refiere a la práctica médica de atender a los pacientes en la cama. *Kliné* significa cama, viene de *klinein*, que significa inclinarse o acostarse. Retomo el oxímoron propuesto por Foucault en el prefacio citado, y analizo que lo ínfimo entre clínica médica y psicoanálisis se deja ver en la etimología de la palabra clínica, la que resuena al recostarse en el diván de la práctica analítica; por otro lado, la diferencia total y divisoria entre ambos radica en que, en contraposición a la clínica médica, el analista tiene que disolver la mirada, el diván elimina lo especular de la escena, e invita al analizante a un *hable y escúchese*. En la Apertura de la Sección Clínica, Lacan (1977) se pregunta *¿qué es la clínica psicoanalítica?*, lo que se dice en un psicoanálisis responde. Me atrevo a



precisar otra diferencia entre ambas *clínicas*, la presencia del analista es condición para que el analizante se hable y escuche, pero es necesario sacar el cuerpo para que el otro pueda hablar, permitido por el diván.

Según Le Gaufey (2004) la común expresión *clínica psicoanalítica* se trata de un oxímoron, una contradicción y agrega que la división entre esas dos palabras, es la pregunta por el signo y la significación. Será necesario entonces, volver a Saussure y a lo que, de su Lingüística, Lacan toma y modifica para realizar su propuesta en psicoanálisis.

De la concepción de síntoma, que marca un lugar en la clínica

Para la clínica médica el síntoma será signo de enfermedad, de que algo en el cuerpo del paciente *no anda bien*, requerirá de un diagnóstico y un tratamiento adecuado para asegurar la cura. Le Gaufey (2004) decía que el clínico es aquel que se guía por la búsqueda de la verdad, aquella que está directamente conectada con la realidad. Realidad en el sentido de que estos signos clínicos son, efectivamente, expresión de ella, por ejemplo, ante la presencia de fiebre el médico determinará la existencia de una infección en el organismo.

Indefectiblemente, lo dicho remite a la concepción de signo de Saussure, a la que debo volver para dar cuenta del sentido que orienta este escrito. Según el padre de la lingüística moderna, el signo lingüístico une un concepto con una imagen acústica -huella psíquica o imagen sensorial que tenemos de un sonido en nuestra mente-. El signo es una entidad psíquica de dos caras que puede representarse por un círculo en cuya parte superior está el concepto, y en la inferior, la imagen acústica. A los lados del círculo dibuja dos flechas que refieren a que entre estas dos partes se da una relación cabal donde cada una apunta a la otra, siendo dos elementos íntimamente unidos.



Al concepto lo definirá significado -contenido del significante – lo designado-, y a la imagen acústica, significante -siempre apunta a un significado, a la representación o concepto mental – designa algo-. En esta teoría los significantes significan conceptos, por ejemplo: el significante árbol refiere en nuestra mente a una planta con determinadas características. Tenemos un significante que apunta siempre a un significado, y un significado que rellena, que le da contenido a un significante -univocidad-. Esto es el signo lingüístico de Saussure, al cual define como aquello que representa algo para alguien.

Lacan tomó como referencia a la lingüística para establecer muchos de los puntos centrales de su propuesta en psicoanálisis, entre ellos, la noción de significante a la que imprimió varias modificaciones. A saber, invierte el signo lingüístico y le da primacía al significante, mientras que para Saussure un significante es lo que está unido a un significado dentro de un signo lingüístico, Lacan lo define como lo que representa a un sujeto para otro significante: sustituye así, significar por representar y no propone que un significante apunte a un significado, sino a otro significante. Además, el signo saussureano se modifica porque las flechas desaparecen, es decir, el significante ya no apunta al significado, y el significado ya no rellena al significante; el círculo también desaparece porque no hay relación ni siquiera arbitraria entre significante y significado; y por último la barra que Lacan llama barra de la significación, será infranqueable, es decir, un significante en tanto tal no significa nada y lo más parecido a un significado, será ese efecto de significación que obtenemos cuando ponemos en relación de representación, un significante con otro. Entonces, Lacan dirá que un significante en tanto tal no significa nada, y requiere estar inmerso dentro de una cadena de significantes, para dar un sentido de significación, aunque siempre sea éste, contingente.

Me veo obligada a realizar esta descripción del signo lingüístico y, lo que de él, toma y modifica Lacan, para comenzar a delimitar el lugar del analista en el acto



analítico y así, diferenciarlo del ocupado por un médico. El lector no debe desconocer que el letrado en medicina oficia desde el lugar del conocimiento, observa al paciente y *sabe* acerca de lo que le ocurre. Se vuelve éste un momento oportuno para declarar que ese no es el lugar del analista, pese a que *no sabe* acerca de la cosa, por tratarse de un imposible. Como decía, Lacan ubica la imposibilidad en la barra que separa el significado y el significante saussureano, eso imposible refiere a la incapacidad de las palabras de poder nombrar la cosa.

Por esta vía retorno a Foucault (1981), quien en 1973 desarrolla un análisis sobre una obra de Magritte, quien debajo del dibujo de una pipa, escribe «*Ceci n'est pas une pipe*» («*Esto no es una pipa*»). Según Foucault (1981) “resulta sencillamente que lo que el enunciado de Magritte niega es la pertenencia inmediata y recíproca del dibujo de la pipa y del texto por el que se puede nombrar esa misma pipa” (p.11). Magritte denuncia con este ejemplo la ruptura de la univocidad del signo, fundamento de la práctica analítica. El significante tal como Lacan lo usa, borra el lazo entre él mismo y el significado, dejando en suspensión cualquier lazo con objeto alguno. Ésta es la razón por la cual el psicoanálisis considera al síntoma como un significante o como nudo de significantes, y en tanto tal, como signo de lo que no anda en lo real.

Líneas arriba, afirmaba que para el médico los signos son expresión de la realidad, éste excluye de su campo de interrogación al engaño. Paradójicamente el tema del simulacro, tan presente en las pacientes histéricas, fue el motivo de escisión entre Charcot y Freud, cuando éste se aventura en la invención del psicoanálisis. Decide no investigar más allá para establecer si en verdad la paciente estaba simulando o no, lo que más tarde terminará denominando *realidad subjetiva*, por oposición a la realidad material (Freud, 2010 [1895]).

Será en la Conferencia 17°, donde Freud (1992 [1917]) define que los síntomas tienen un sentido, el cual se inscribe en el vivenciar de aquel que soporta ese sufrimiento, o, se podría decir también, en la historia de su neurosis. Razón por



la cual, el sentido no lo sabrá de antemano el analista por los conocimientos que haya adquirido durante su formación o a partir de la experiencia acumulada.

Freud abandona para siempre la medicina, no porque se haya encontrado con la histeria, sino con una manera de leerla. Puso en acto una nueva lectura, que hizo caer el saber de la medicina. A contrapelo del poder y del saber médico científico, inaugura otra operación de lectura sobre el cuerpo, que no será la de agregar sentidos, la de producirlos, sino la de desanudar esos sentidos, que, amarrados, perpetúan el padecimiento. El lector sabrá que en los albores de su obra, vía el síntoma histérico Freud se aleja de la clínica médica, de la neurología, e inaugura otro tipo de tratamiento de aquella verdad que trataba de hacerse escuchar en los cuerpos femeninos paralizados, anestésicos, convulsivos.

Freud escucha a sus pacientes histéricas e inventa el dispositivo analítico. Así el psicoanálisis nace como una experiencia del hablar, del hablarle a otro en transferencia.

El saber en Psicoanálisis

En este tópico debo remitirme a las conferencias que Lacan dio en Sainte-Anne, las que en 2012 Miller publica bajo el título "*Hablo a las paredes*" (Lacan, 2012). En la primera de estas conferencias Lacan hace una referencia a un texto de Freud (1992 [1917]) en el que habla de las tres grandes heridas de la humanidad. Se recordará que en primer lugar, Copérnico mostró que la Tierra no era el centro del universo, sino que al igual que los demás planetas, gira alrededor del sol. Darwin, en segundo lugar, genera la herida biológica, al demostrar que el hombre es una especie más, sujeta a la evolución de las especies. Y por último, la herida psicológica. Con el descubrimiento del inconsciente, Freud genera un corrimiento de la conciencia del centro donde la había ubicado la modernidad y la filosofía



occidental para poner en el centro justamente, nada. Vale aclarar que desde Freud en el centro no está tampoco el inconsciente.

Estimo necesario volver al texto de Lacan, en cuanto propone que lo realizado por Freud no es conveniente definirlo en términos de *revolución*, sino más bien, de algo del orden de *lo subversivo*. Mientras que la primera consiste en un retorno al mismo punto del que partió, lo subversivo marca un punto de inflexión, de no retorno. Vemos que Lacan quiere mostrar cómo el psicoanálisis subvierte toda la lógica de la modernidad occidental, no sólo en referencia a la conciencia, al yo, sino y ante todo, subversión referida al saber.

El discurso analítico se fundamenta en una excentricidad respecto del saber, absolutamente dispar a toda la ciencia, cimentada en el saber teórico, que permite deductivamente, calcular, medir, controlar, predecir aquello que acontece. Ciencia que encuentra su punto máximo en la propuesta del Positivismo de Comte, a partir del cual el método científico toma al saber como garantía y, el sujeto cognoscente se guía por el ideal de que cuanto más sepa, más certera y potente se hace la promesa del iluminismo europeo de garantizar el dominio del hombre sobre la naturaleza.

Radicalmente opuesta es la función del saber en psicoanálisis. Líneas más arriba, citaba la conferencia de Freud en la que hablaba del sentido de los síntomas en relación al vivenciar del paciente (1992 [1917]). Tal vez en esto se basaría Lacan (2003) para hablar del *inconsciente como un saber no sabido*. El error estaría en pensar que la dirección de la cura implicaría un desciframiento, donde la función del analista sería develar ese sentido que subyace a la formación del síntoma; reitero, como sí lo haría el médico con sus instrumentos de observación, análisis y registro.

Si como analistas hacemos consistir el saber, estamos yendo a contrapelo del discurso analítico. Con Lacan, el amor es el fundamento de la práctica analítica, la que no se trata del primado de un saber teórico, técnico, diagnóstico, ni clínico, que permitiría que alguien que lo posee realice un diagnóstico preciso -universal, por cierto-, establezca un pronóstico y prescriba alguna medicación o tratamiento que



garantiza la cura. De eso se trata el saber médico, la clínica médica; no el psicoanálisis, que nada tiene que ver con una hermenéutica, con un develamiento de la verdad, ni con un desciframiento.

No hay saber previo a la instalación de la transferencia. Será porque hay amor de transferencia que Lacan hace consistir lo que él llama *sujeto supuesto al saber*, por el cual el analizante supone un saber al analista. “El sujeto supuesto saber es para nosotros el pivote desde donde se articula todo lo que se refiere a la transferencia” (Lacan, 1967, p.5) Del lado del analizante, el sujeto supuesto saber caerá en el analista, pero éste también supondrá un saber, y será el del inconsciente del analizante. Véase que se habla de suposición de saber, lo que está íntimamente ligado a la posición de *no saber* que debe ocupar el analista.

Para dar fundamento a esa posición, en dichas conferencias Lacan (2012) toma como referencia a Nicolás de Cusa, quien diferencia *crasa ignorancia*, de *docta ignorancia*. Será la *docta ignorancia* la referencia en el momento de tomar, como analista, posición con respecto al saber. En oposición a la clínica médica, en la que el médico es quien tiene el saber y la experiencia, el cual será transmitido al paciente ignorante que no sabe por qué sufre; el psicoanálisis, subversivo del discurso científico, desde la *docta ignorancia* suspende toda teoría para escuchar al analizante. De este modo, para poder sostener la posición del analista en la práctica, como decía, posición refractaria a toda la modernidad, el analista debe poder ignorar aquello que sabe. No obstante, eso no autoriza en modo alguno al psicoanalista a contentarse con saber que no sabe nada, porque de lo que se trata es de lo que sí tiene que saber.

Insisto entonces, el único saber que cuenta en la práctica analítica es olvidar, ignorar lo que se sabe. La razón de ser radica en que la teoría no explica aquello que aparece en la práctica. El acto analítico no es deducible, ni calculable, sus efectos van a ser del orden de la novedad. Es decir, la práctica está abierta a la



contingencia, a aquello que hace acontecimiento, que irrumpe, que sorprende, cuestión que le da sentido a la regla fundamental de libre asociación.

Hasta aquí entonces, el acto psicoanalítico subvierte la posición de la ciencia, por un lado respecto al saber del sujeto, debido a que su verdad no está en lo que sabe sino en lo que ignora; por el otro, respecto a lo que el analista sabe, vale aclarar, por su propio análisis. Ya que, lo que enseña el análisis personal no se obtiene por ningún otro camino, a saber, enseñanza universitaria, escuelas de psicoanálisis, cursos, acumulación de experiencia.

Saber y verdad

En las conferencias previamente citadas, Lacan (2012) también insistió en la diferencia entre saber y verdad. Plantea que existe y debe hacerse consistir una distancia y una diferencia entre ambos. Además, afirma que la verdad tiene una estructura de *mediodicha*, es decir, que sólo se puede *mediodecir*. Verdad que no es sólo estrictamente singular y válida para cada uno, y para cada momento de la vida, sino que sólo se puede *mediodecir*, por tanto la dirección del análisis no podría sostenerse por la vía de la idea de develar las verdades únicas que traman el sentido de los síntomas.

Este *mediodecir* de la verdad se puede ver en el trabajo que Lacan hace al subrayar el lugar del tropiezo o del equívoco, no sólo como acto fallido sino justamente por el valor en sí mismo que tiene, que dice algo *más allá* o *más acá* de aquello que se quiso decir. La cuestión es que ese *más allá* o *más acá* de lo que se quiso decir no es develable, no es descifrable.

Por la vía de un análisis, analista y analizante, se encuentran con una roca fundamental que implica lo real. De ese encuentro y según la enseñanza de Lacan, lo que se puede encontrar es un saber de esa verdad que se *mediodice*, saber



absolutamente singular, intransmisible, que se trata de un *arreglárselas* con ese agujero. Porque en un análisis no se trata de saber lo que antes no se sabía, como tampoco se trata de un *conócete a ti mismo*. Analizarse seguramente sea lo contrario, empezar a desconocerse un poco.

Momento de concluir

En 1977, Lacan define a la clínica como lo real en tanto lo imposible de soportar. Será éste el motivo por el cual, cuando los psicoanalistas nos proponemos transmitir lo que constituye nuestra práctica, siempre estamos bordeando ese real por medio de la palabra, eso insoportable nos causa la palabra, nos hace hablar. Pese a que ese real es imposible de transmitir, habilita al mismo tiempo una transmisión posible. Será éste tal vez, el fundamento por el que nos invita a declarar públicamente las razones de nuestra práctica y a reinterrogar desde allí todo lo que Freud ha dicho.

Esto que Lacan sugiere hacer con respecto a Freud, lo tenemos que aplicar con el mismo Lacan y con cualquier otro autor. No transformarlos en dioses que han revelado la palabra verdadera y que sólo nos queda rezarla, observarla, sostenerla. Ese sería el funcionamiento del dogma y del discurso universitario, el cual eleva el saber al lugar central, justamente para preservar ese saber y no para interrogarlo.

Asistimos a un tiempo en el cual el saber se encuentra exacerbado, transformado en técnica, herramientas, tecnología, protocolos. Queda en evidencia en cada espacio de formación transitado, que el psicoanálisis es subversivo cada vez, en todas las épocas, subversivo y resistido. Se resiste a toda protocolarización. El psicoanálisis no es un dogma, no es una mera técnica, no es una herramienta para resolver problemas, no es una terapia, en definitiva, no es una posibilidad más



que ofrece el mercado para alcanzar el bienestar y la felicidad. El psicoanálisis no promete la felicidad, pero tampoco promete ninguna otra cosa.

Como analistas tenemos el deber de reinventar el psicoanálisis cada vez. Reinventarlo en función del propio análisis y de los espacios de discusión, supervisión y retrabajo de la práctica con otros. Práctica que no hace experiencia como hace la del médico, sino desde otro lugar. Este otro lugar, tal vez tenga que ver con el autorizarse cada vez, con cada paciente, con cada análisis, con cada sesión, no olvidando que Lacan en varias oportunidades dijo que el psicoanalista sólo se autoriza a sí mismo.

Referencias bibliográficas

- LE GAUFEY, G. (2004). *¿Es el analista un clínico?*, *Opacidades Revista de Psicoanálisis*, 3. Buenos Aires: Cernedor.
- FOUCAULT, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI
- (1981). *Esto no es una pipa. Ensayo sobre Magritte*. Barcelona: Anagrama.
Consultado de dirección:
<https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/foucault-esto-no-es-una-pipa.pdf>
- FREUD, S. (2010 [1895]). *Estudios sobre la histeria (1893-95)*. En colaboración con J. Breuer. En: S. Freud *Obras completas*, Tomo 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1992 [1917]). *Conferencia 17ª "El sentido de los síntomas"*. *Conferencias de introducción al Psicoanálisis (Parte III) (1916-1917)*. En: S. Freud *Obras completas*, Tomo 16 (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2012). *Hablo a las paredes*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003). *La dirección de la cura y los principios de su poder (1958)*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp. 565-626). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1977). *Apertura de la Sección Clínica*. Inédito Consultado de dirección:
<http://www.cieccordoba.com.ar/institucion/documentos-institucionales>.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

---- (1967). *Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la escuela.* Consultado de dirección:
[http://www.foropsicoanaliticopaisvasco.org/Textos institucionales/Proposicion-9octubre-IF-EPFCL.pdf](http://www.foropsicoanaliticopaisvasco.org/Textos_institucionales/Proposicion-9octubre-IF-EPFCL.pdf)

Bibliografía

DE CUSA, N. (Sin fecha). *De qué manera saber es ignorar* (1440). En: N. de Cusa *De docta ignorantia*, Capítulo primero, Libro primero. Consultado de dirección:
<http://www.amoz.com.mx/Cursos%202015/renacimiento.pdf>.

DICCIONARIO ETIMOLÓGICO (Sin fecha). *Clínica*. Consultado de dirección:
<http://etimologias.dechile.net/?cli.nica>

FREUD, S. (1985 [1917]). *Una dificultad del Psicoanálisis*. En: S. Freud *Obras completas*, Tomo 17 (pp. 125-135). Buenos Aires: Amorrortu.

LACAN, J. (2012). *Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos* (1973). En: J. Lacan *Otros escritos* (pp.579-586). Buenos Aires: Paidós.

SAUSSURE, F. (1973). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Nueva Visión.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

LUCÍA DE VIVO
l.de.vivo@hotmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Salud Mental - Discurso del Amo - Ética - Política

En este ensayo intento dar cuenta de cómo la lógica institucional hospitalaria en salud mental continúa hoy operando desde el discurso del amo (Lacan, 2017), haciendo que los profesionales que para la misma trabajan, queden capturados por dicho discurso, repitiendo la lógica de encierro-expulsión en función de un saber médico clásico, tal como el manicomio clásicamente reprodujo.

Los efectos que este posicionamiento produce se circunscriben al desalojo del deseo de las personas que por allí transitan, tanto el personal como los usuarios. No hay lugar que posibilite un armado de lo propio singular para aquellos que entran



a la institución. Pareciera ser más una cuestión de poder acomodarse en el circuito organizacional ya establecido, respetando lo burocrático del sistema, que no es más que una ley ya dada que impone otro, simbólico si se quiere, que puja hacia las imágenes que sostienen ciertos ideales. Lo instituido se encuentra arraigado de forma tal que aquello que no marcha queda expulsado del sistema. Cae, como resto, como real.

Hay algo dentro de esta lógica institucional que imposibilita el sostenimiento del sujeto, en tanto sujeto de deseo.

El motor de lo que aquí escribo lo encontré en los efectos que el tránsito por la práctica en el hospital ha dejado en mí cómo profesional, y en las preguntas que fueron surgiendo durante este camino.

A partir una viñeta que extraigo de dicha práctica, quiero dejar entrever las cuestiones que me llevaron a elegir este tema y a generar dicha premisa.

Un día de semana alrededor de las 13hs, llegué al pasillo de los consultorios externos dentro Hospital de Salud Mental y me encontré con un gran número de personas que me comentaron que estaban esperando al psiquiatra del Servicio. Se mostraban sumamente apuradas y ansiosas.

Una mujer se acercó a la puerta del consultorio donde atendía y me preguntó si sabía cuándo iba a llegar el Dr., llamémoslo “González”, porque en media hora cerraba la farmacia del hospital. Le respondí que no lo sabía. Desconcertada, me dijo: “¡Que llegue rápido que si no se va a producir con *Gonzalicidio!*”.

¿Y ese significante? ¿Es producto de un trabajo de condensación o es más bien un neologismo? ¿Quién habla y de quién habla esta señora? Se supone que fue un chiste, pero ¿no justamente por eso cobra su valor? Si las recetas y la medicación son aquello que estabilizan a estos pacientes, ¿no podría haber realmente un pasaje al acto en función de la ausencia del Dr. G.? En la medida en



que la ausencia de su persona signifique un borramiento del sujeto y lo haga caer desde la escena donde lograba mantenerse. Se denota algo de esa dependencia de un nombre propio, de su firma, de lo que puede dar y no dar que pone en juego, incluso, hasta la muerte del sujeto.

Lo que comanda en las instituciones de Salud Mental

En las instituciones hospitalarias de Salud Mental, el discurso del amo (Lacan, 2017) parecería ser el que comanda las prácticas que allí dentro se realizan. Existe una preponderancia en el saber psiquiátrico, de orden asistencialista y paternalista, guiado por una premisa de salud mental que apunta a un bienestar para todos los usuarios. El objetivo de muchos de sus psiquiatras parecería ser *ver bien* a los pacientes. Ese ver, observar, tal como lo había planteado Freud (2013), contrasta con la posibilidad de ir más allá del campo de la mirada, arribando a un lugar de escucha.

Esa imagen *-el verlo bien-*, y por ende el reflejo que la misma devuelve, se corresponden con el dominio de lo imaginario, donde lo que allí comandan son los ideales. Ideales de terapéutica, felicidad, bienestar. Ideales que se encuentran plasmados en los manuales de formación de los profesionales, en los comentarios de pasillo, en las paredes de la institución... El cumplimiento de esos los mismos, hará que la cosa marche.

Ahora bien, sabemos que existió siempre una preponderancia del orden de la mirada por parte de las instituciones de Salud Mental. No obstante, la misma ya no corresponde a aquella propia del control que ofrecía el modelo del panóptico, donde todos podrían ser vistos por un alguien superior. Ahora la cosa marcha sin ni siquiera ser vistos, los pacientes acuden a la consulta hasta prescindiendo del encuentro con el médico (Rosario, 2003). Lo que importa es la receta.



La psiquiatría clásica ha dado un vuelco, por una clínica ciega donde el psicofármaco es utilizado de la misma forma que un antibiótico de amplio espectro. El destino del enfermo sería deambular de una droga a otra, con el fin de que alguna de éstas produzca el efecto menos problemático. De esta manera, el fármaco representa una fortificación, un parapeto no sólo para el paciente-enfermo, sino que en primer lugar para el propio psiquiatra. En la medida en que la pastilla es ofrecida por la ciencia como defensa contra la angustia que produce la confrontación con la locura en su propia práctica (Rosario, 2003).

Lacan (1967) expresaba en su *Discurso a los psiquiatras*, cómo la psiquiatría se introducía en la medicina general, entrando al dinamismo de la farmacéutica. A partir de: "ahí se producen cosas nuevas: se obnubila, se tempera, se interfiere o modifica... Pero no se sabe para nada lo que se modifica, ni, por otra parte, a dónde llegarán esas modificaciones, ni siquiera qué sentido tienen puesto que de trata de sentido." (p.9).

Parecería ser que el fin sería el sostenimiento del fantasma del paciente, pero siempre bajo las modalidades de velo que el mismo ofrece. Se posterga, se evita, o incluso se ignora, el encuentro con la pregunta, con la bandera de que el mismo no se desestabilice. No obstante, son los profesionales mismos los que, en nombre del objetivo terapéutico, evitan el contacto con la angustia.

Ya en 1962, Lacan (2015a) les planteaba a sus oyentes que la angustia no parece ser aquello que los asfixia como psicoanalistas, pero debería; siendo que la misma está en la lógica de la relación con su paciente. Afirmaba que sentir la angustia que el sujeto puede soportar pone a los analistas a prueba en todo momento. El analista no está excluido de sentir, en sus primeras relaciones con el paciente alguna angustia. Desconocer este hecho tiene como efecto el descuido de la dimensión del deseo en la práctica.

Desde el campo del Psicoanálisis, sostengo que todo lo que diga aquel que ocupe el lugar de analista lo implica en su propio deseo. Entonces, ¿no corren los



profesionales de la institución el riesgo de llevar al paciente por las vías de sus propios deseos, de sus propios fantasmas?

La principal resistencia dentro de la lógica institucional aquí planteada parte desde cómo la misma se posiciona, en la medida en que no soporta la angustia que le despiertan los discursos de los pacientes, el encuentro con sus locuras, con ese resto, ese imposible de ponerlo a marchar.

“El real que el psicoanálisis ciere es insoportable para la institución. [...] Es algo de lo que nadie debería considerarse a salvo pero que se suele presentar de forma bastante manifiesta en los profesionales que trabajan en las instituciones.” (Esqué, 2003, s.p.).

Es por esto que la institución suele generar inercias y burocracias diversas en forma de programas, protocolos, reglamentaciones, para mantenerse a la mayor distancia posible de ese real. Son formas de estandarización y ritualización de la clínica que hacen perder la orientación de los profesionales hasta que éstos terminan haciendo las cosas sin saber por qué, tal como explicaba Lacan en su *Discurso para los psiquiatras* (1967).

Ahora bien, la *introducción* -neologismo entre *introducción* e *intrusión*- del analista en el Hospital supone un corte, tanto en la práctica clínica como en el campo teórico de investigación y formación que el Servicio brinda.

La ética para manejarse en dichas labores no es la misma y esto produce de entrada ciertas discordancias en todos sus niveles -dispositivos de admisión, derivaciones, instancias de entrevistas, análisis de casos-. De ahí que institución y Psicoanálisis no vayan a la par, puesto que la institución se rige por el discurso del amo mientras que el discurso del analista es su reverso.



Política del Psicoanálisis y Políticas en Salud Mental, dos orientaciones que no van de la mano

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud de una forma positiva, según la cual es: "... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad" (OMS, 2006, p.1). La salud mental es, entonces, inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psi-sociocultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posible para su desarrollo físico, intelectual y afectivo. Así esta definición da lugar a una salud mental que se sostiene en términos de promoción del bienestar y de prevención de los trastornos mentales que extiende su acción a todos, sin distinción.

Se podría suponer que la salud funciona como un ideal. Asociándolo con el apartado anterior, decimos que el concepto que se tiene de la misma se relaciona directamente con la idea de armonía que, como tal, no sólo es efímera y fugaz sino que no se corresponde con el funcionamiento del aparato psíquico según lo propone el Psicoanálisis.

Esta idea de armonía provoca, en algún punto, la preocupación de la higiene.

"La referencia al "bienestar" no es más que una reducción de la virtud preconizada anteriormente a un higienismo que se pretende científico. [...] La higiene se presenta como un saber relativo a la salud, un saber prescriptivo que indica cómo protegerla, asegurarla, reforzarla." (Campodónico, 2015, p.65)

Este discurso de la higiene concierne en toda su extensión al discurso del amo. Dicho discurso se sostiene por una ambición socio-política-médica. Desde esta dirección, se abrazan los imperativos sanitarios promovidos por las instituciones.



Ahora bien, sabemos que la salud mental no es en sí un concepto psicoanalítico. Allí donde la Salud Mental intenta estandarizar el deseo para que el sujeto marche al paso de los ideales comunes, el Psicoanálisis sostiene una reivindicación del derecho al “no como todo el mundo” (Miller, 2008, s.p.). Allí donde la Salud Mental lleva la huella de la caridad, el Psicoanálisis, según la expresión de Lacan (1993), *descarida* y alivia al sujeto de la voluntad del Otro que quiere el bien.

A su vez, sabemos que el Psicoanálisis no trabaja en pos de la salud, sino en relación al síntoma. Lacan plantea al síntoma como aquello que se pone en cruz para impedir que las cosas anden (Lacan, 1975).

Es desde estas coordenadas que se plantea a la política del Psicoanálisis como la del síntoma, siendo una política contraria a la identificación, que puja por hacer caer los ideales de normalidad hasta encontrar la fórmula del síntoma en tanto tratamiento de lo real del goce (Esqué, 2003).

Es desde aquí que planteo a la posición del analista en la institución como que siempre resultará subversiva, puesto que su incidencia política se encuentra, precisamente, en la juntura del saber y lo real (Lacan, 1993).

Es desde estos puntos que sostengo que el psicoanálisis aplicado al síntoma debe ser la brújula que oriente al analista en la institución para no perder de vista lo real. Seguir la vía de lo real del síntoma permite no embrollarse en las redes imaginarias del sentido que caracterizan a las diversas prácticas psicoterapéuticas. Esto le permite situarse más allá del ideal y de la norma porque sabe que lo definitivo es el goce y no el sentido.



El analista en la institución... un lugar posible

Sostengo que aquel que ocupa el lugar de analista realiza su labor desde la palabra, adjudicándole un poder ensalmador a la misma, desde el principio de *decir todo lo que se le ocurra* hasta dar con lo imposible. Justamente por ello, éste se sitúa a contracorriente del discurso médico, que precisamente no quiere saber nada de ese imposible, que no tolera el no comprenderlo todo.

Creo que el desalojo del sujeto de deseo en las instituciones se produce justamente por el trabajo -institucional- que se realiza a partir de la vía del sentido y del bien para todos, velando u obturando aquellos agujeros negros y puntos ciegos propios del sin sentido, inherentes en la construcción del sujeto.

La expulsión que se produce no es física, por ende no se podría registrar con una cámara, tampoco es legal pues no hay un reglamento, sino que es indecible. Hay algo que eso indecible, lastre que dejó mi experiencia, que retorna, como pregunta, para continuar pensándolo.

No obstante, apuesto a que el Psicoanálisis sí puede trabajar en la institución sin perder su idiosincrasia, sí puede generar efectos, terapéuticos si se quiere, y no sólo en los pacientes, sino también en las cuestiones de coyuntura institucional. A partir de sus intervenciones, se puede pasar a otra cosa. No obstante, estos movimientos, tanto en la práctica clínica, no serán sin dificultad ni sin movimientos, senderos de la angustia... Pero es justamente desde ese lugar donde se despierta algo de un deseo que lo comanda un objeto -no imaginarizable, ni significantizable- que permitirá dar lugar a la implicancia de aquel profesional.

“El analista en la institución no debe sustraerse a la demanda social y sin embargo debe responder a las finalidades del discurso analítico y a la ética del bien decir. Se trata para el analista de situarse más allá de la demanda social para que un sujeto pueda encontrarse con la sorpresa



creacionista del inconsciente, con la puesta en acto de la realidad libidinal del inconsciente, para que pueda encontrarse con los efectos del acto analítico más allá de una oferta de palabra como tantas otras que pueblan las instituciones.” (Esqué, 2003, s.p.).

Entonces, el lugar posible del analista en la institución depende de la instalación de la transferencia, es decir, de la puesta en acto de la realidad del inconsciente. No olvidemos el carácter atemporal del inconsciente, carácter que rompe con la idea cronológica, lineal; tiempo que aporta otra orientación para pensar la dirección de la cura.

De allí que se ubica la emergencia del tiempo propio del sujeto del inconsciente como una producción que, en tanto tal, implica la posición del analista en el campo transferencial (Espert, 2009).

Ahora bien, la posición del analista en el campo transferencial, no es sin una posición ética. El psicoanalista parte de la ética para autorizarse, no puede hacerlo desde otro lugar.

Pero no hablamos de la ética tradicional, la que puede estar plasmada en el discurso médico hipocrático, se articula con la problemática filosófica del *Bien*, la que se postula como la búsqueda de un bien supremo. El nombre de esta diferencia, entre la ética tradicional y la ética del psicólogo que trabaja desde el Psicoanálisis, es el deseo. Uno de los fines del Psicoanálisis en la cura va en contra de la búsqueda de algún tipo de Bien, sea cual fuera éste, pues esto ocasiona un obstáculo en la vía del deseo.

El lugar del analista se presenta en el campo de la interpretación, y por ende en el campo de la dirección de la cura, una cura que no responda a una idealización del analista, sino que apunta a una ética del bien-decir, en la cual sitúa el reconocimiento del lugar del sujeto respecto de su deseo, e implica un acto que permite llegar a lo tocante por lo cual el sujeto modifica su posición con respecto al



goce, esto es, intentar encontrar una posición nueva con respecto al goce (Lacan, 2015b).

Esta intolerancia a dar y sostener ese imposible en la práctica hospitalaria comandada por el discurso médico moderno que ocasiona la expulsión de lo real, es que genera el rechazo de la transferencia, dando lugar a un modo de lazo que se sostiene en cierta noción de la moral. Dicha moralidad termina comandando y atravesando todos los espacios instituidos, tales como: los dispositivos de admisión, derivación y clínicos, así como también las prácticas profesionales y de formación

No obstante, destaco que el analista está habitado por un deseo más fuerte que el de hacer de amo, no puede ponerse al servicio de que la cosa funcione bajo el ideal del *como debería*. Este deseo contraría la identificación y permite la operación analítica que consiste en separar la falta y el goce. Este más allá de la identificación implica un deseo de saber sobre el goce alejado del confort del sentido. Lacan en la última parte de su enseñanza sostiene que nada de lo que hace sentido entra en lo real excepto el síntoma (Esqué, 2003)

Momento de concluir

No se trata de polarizar el Psicoanálisis y la Medicina, sino poner en tensión sus conceptos, cada vez y en cada momento, más aún con los restos de aquello que nos deja la práctica. Considero que es desde allí donde se pueden repensar nociones y realizar apuestas.

A lo que se apunta es a no dejar de cuestionar el discurso del amo y el discurso universitario que viene de las instituciones, con un todo saber y un todo sentido, tratando de obturar aquellos agujeros, que ciernen lo real, o por lo menos intentan velarlo, provocando un desalojo del sujeto de deseo, tanto en los pacientes como en los practicantes.



La apuesta para que en las intuiciones no se deje por fuera aquello que desde el deseo hace mella, provocando cierto rechazo de la transferencia, se piensa desde el deseo del analista. El analista está atravesado por un deseo de saber y desde allí se comanda su práctica. No obstante este saber nada tiene que ver con un *saberlo todo*, en la medida en que desde el lugar que ocupa no puede dejar de introducir la inconsistencia del Otro, dando cuenta de que en acto el deseo siempre encontrará un más allá de la norma, y es en esa medida en que no puede no reivindicar el registro de lo imposible (Esqué, 2003).

Hay un más allá del discurso médico hegemónico y sus legalidades. Ese más allá, ese límite, ese tope, es lo que considero que aquel que ocupe la función y el lugar de analista pueda discernir.

Discernir, no para indicarlo, cayendo nuevamente en una modalidad médica, tal como ocurre con las recetas; sino para no olvidarlo, ya que aquello que no se escucha, es lo que de alguna forma no deja de retornar, produciendo efectos.

Referencias bibliográficas

- CAMPODÓNICO, M. (2015). *El abordaje psicoanalítico en los Centros de Salud: un nuevo desafío*. *Revista de Psicología*, UNLP, 15, pp. 55-69. Disponible en enlace: <http://revistas.unlp.edu.ar/RPSEUNLP>
- ESPERT, M.J. (2009). *Tiempo y efectos terapéuticos en psicoanálisis*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología - XVI Jornadas de Investigación - Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR (pp. 130-132). Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- ESQUÉ, X. (2003). *La puesta en acto de la realidad del inconsciente en la institución*, *Colofón*, 23. Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano. EOL-AMP.



- FREUD, S. (2013). *Conferencia 16° "Psicoanálisis y Psiquiatría" (1917). Conferencias de introducción al Psicoanálisis - Parte III (1916-1917)*. En: S. Freud *Obras completas*, T.16. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2017). *El Seminario Libro 11 "Los cuatro conceptos del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015a). *El seminario Libro 10 "La angustia"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015b). *El seminario Libro 7 "La ética del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (1993). *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión*. Barcelona: Anagrama.
- (1975). *Seminario RSI - Clase del 18 de Febrero de 1975*. Inédito. R.E. Rodríguez Ponte: establecimiento del texto, traducción y notas para circulación interna. Versión crítica. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- (1967) *Breve discurso a los psiquiatras*. Inédito. R.E. Rodríguez Ponte: Establecimiento del texto, traducción y notas de para circulación interna de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- MILLER, J.A. (2008). *Cosas de finura en psicoanálisis II. Conferencia on line*. S. Baudini (Trad.). Circulación interna. Escuela de Orientación Lacaniana. Disponible en enlace: http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=on_line&File=on_line/jam/curso/2008/08_11_19.html.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [O.M.S.] (2006, Octubre). *Constitución*, Documentos básicos. Suplemento de la 45° edición.
- ROSARIO, J.L. (Coord.). (2003). *El psicoanálisis y la institución de salud mental*. Artículo de Mesa Simultánea del Primer Encuentro Americano - XIII Encuentro Internacional del Campo Freudiano "Los usos del Psicoanálisis". Consultado de enlace: <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?simultaneas/descartes/textos/jlrosario.htm>
- !



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

TIEMPO POLÍTICO Y TIEMPO SUBJETIVO

GERMÁN FIDERIO
germanfiderio@gmail.com
Psicólogo

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Tiempo - Político - Salud Pública - Subjetividad

El tiempo político. Un movimiento

Existe un movimiento silencioso que termina imponiéndose en los proyectos, en las estrategias, en trabajos que surgen en los abordajes en el territorio, ya sea que se ocupen de salud, trabajo social, educación, o cualquier campo al que el Estado le destine una política, y aunque, a la vez no sea exclusivo del ámbito de lo público. Este movimiento que consiste en una especie de prisa que anula el ritmo que viene llevando el trabajo y le imprime otro. Tal ritmo nuevo y el gesto de

aceleración impuesto desde afuera, generalmente desde arriba, responde a otros objetivos que los que implicaban las metas del trabajo que se venía realizando.

Además, dicho movimiento tiene otras características que podríamos llamar dinámico-espaciales:

- Es unidireccional, siempre parte del trabajo en el territorio para alcanzar el acto final de rendir cuentas de la gestión.
- No es un espacio continuo: tiene dos puntos, uno de partida y otro de llegada, pero no tiene un intermedio trazable a la manera de un camino predeterminado, que iría desde un espacio llamado *territorio* al otro denominado *logros de gestión*, no habría encadenamiento y etapas preestablecidas con su progresiva aceleración.
- Tiene características intempestuosas, imprevisibles, incluso violentas: lo que marca esta dinámica es la arbitrariedad que es vivenciada por quienes se desempeñan en el territorio, a pesar de que, en una segunda instancia, esa arbitrariedad pueda despejarse al conocerse los fundamentos de una decisión.

También existe un aspecto en este movimiento, que se puede aislar en un mecanismo aproximado, si bien es silencioso, tiene dispositivos claros y opera con las mismas herramientas siempre; salvo algún que otro detalle que varía pero que resulta ínfimo.

Comienza con un juego abierto a la participación de todos y cada uno: quienes diseñan las estrategias, quienes las implementan y a quienes van dirigidas; dicha participación significa que cada individuo de los que trabaja en la estrategia pueda registrar sus impresiones, sus pareceres, reflexiones y finalmente volcar sus conclusiones sumadas a alguna propuesta en un trabajo que será elevado hacia las esferas de decisión. Pero esto no sólo implica a los trabajadores del Estado también



incorpora, en su concepción integradora, a los denominados *usuarios*, que constituyen los sujetos a los que va dirigida la estrategia, ellos son invitados a dar sus impresiones, a poner en juego sus opiniones, cerrando el círculo democrático de la participación ciudadana. Luego de toda esta oferta de juego abierto, la esfera de decisión, optará, según sus intereses, tomar uno de esos trabajos y abducirlos para justificar su gestión, ya sea al final del período, según el momento en que el interés de la opinión pública pose su ojo evaluador, para justificar un presupuesto o para la subsistencia del proyecto.

La cama de Procusto

Queda por describir un lado más para caracterizar ese movimiento institucional, se podría graficar llamándolo *la cama de Procusto*, da cuenta de un proceso que sucede cuando la esfera de decisión toma un trabajo realizado o en desarrollo y luego de forzar su ritmo, inicia una transformación a la medida de los fines políticos que persigue, es decir, no sólo modifica su contenido: sentido, objetivos, fundamentos; sino que va alterar su forma: el estilo, el tamaño, el vocabulario, incluso la autoría de ser necesario. Tomando como parámetros para tal empresa, la medida que el sentido común político presenta como naturales para el logro del objetivo mayor: rendir cuentas sobre los logros de gestión, o quizás también alinear la estrategia según la agenda del Ejecutivo Nacional. En el camino de este intento van quedando los restos que no encajan, quienes tendrán que esperar que la rueda complete su vuelta para probar suerte una vez más.

Este movimiento atraviesa también a los espacios privados, si bien estos siempre estuvieron marcados por esa impronta, más que nada en las grandes empresas donde un grupo reducido, llamado *directorío*, representa a un número de accionistas, quienes no intervienen directamente en la empresa pero que si les



interesa un funcionamiento que les rinda dividendos. Ese directorio está obligado a presentar guarismos de gestión, presentar nuevas ideas, justificar presupuestos, o, como se conoce actualmente, a través de un término de traducción forzada del inglés '*to externalize*', externalizar costos. Ello conlleva por lógica que quienes se enmarcan en el sistema jerárquico de la empresa se vean obligados cada uno en su puesto a dar cuenta de su trabajo y también de forma latente justificar su existencia en ese lugar. Y es el presidente de la compañía quien va a determinar a qué aspectos se les presta más interés, que proyecto tiene preeminencia, por tanto va a descartar las ideas presentadas que a su parecer no sean relevantes para ese momento. También va apurar los tiempos en los que se viene desarrollando cierto trabajo, incluso llegando a chapucearlo a los fines de responder al tiempo tirano requerido desde los inversionistas.

El lector se preguntará la razón de este recorrido por el ámbito privado, dicho recorrido se justifica en que sirve para demostrar, primero, que no es privativo de lo público este movimiento; segundo que ilustra que la línea demarcatoria entre los dos ámbitos pierde nitidez, al menos en este aspecto; y tercero que lo que genera esta consecuencia que intentamos describir no es producto de un mal funcionamiento, de un vicio de gestión, de las condiciones propias de la calidad democrática de nuestro país, sino de que esa irrupción de los tiempos es consecuencia inherente del sistema de gestión, se podría decir más, de la democracia representativa.

Sin embargo, habría una diferencia que cabría distinguir entre lo público y lo privado en cuanto a esta transformación de los tiempos, más allá de la obvia de que el primero tendría como objetivo la administración de los bienes públicos para que redunden en beneficios para los ciudadanos y el segundo perseguiría el lucro *per se*. Pero más allá de esto, la diferencia tendría que ver con el mandato progresista de la participación ciudadana en el que está inmersa la gestión pública en democracia y al que debe obedecer si se precia de ser una gestión actualizada a los ideales últimos. La participación ciudadana directa en los asuntos de gestión ya comporta un deber



sin importar las ideologías que estén en el poder, sin embargo, lo máximo que se logra es una participación cuasi simulada con un presupuesto ínfimo y en áreas de influencia menores, verbigracia *el presupuesto participativo* de la gestión socialista en la Municipalidad de Rosario. Esta obligación, en lo privado, no existe en relación a los accionistas de una empresa, es decir quienes se benefician de la empresa no tienen que participar en ella, sí existe un mandato de participación del empleado no jerárquico en la decisión en lo que a su área respecta, pero se da de manera falaz, la pelea por el mérito es encarnizada en esos lugares y está absolutamente naturalizada, además de bien vista.

El tiempo subjetivo. Un fenómeno

Aquí me interesa destacar otro fenómeno que se denomina *tiempo subjetivo*, y que, al menos a mí, se me presenta en dos instancias: la primera se da cuando se realiza un trabajo que implica la subjetividad de quien lo produce, es decir un trabajo intelectual o de creación artística, lo que comúnmente se denomina *inspiración*, son muy conocidas, incluso hay representaciones literarias y cinematográficas sobre las vicisitudes de la inspiración: que a veces llega torrencialmente y otras se ausenta a pesar de la necesidad. Más específicamente el lugar donde me interesa pensar esta instancia es en la producción que es efecto del trabajo en el territorio, la que es realizada por los trabajadores del Estado a partir de lo que piensan de su trabajo. Tal elaboración tiene las características de quien lo produce, en cuanto a su dinámica, responde a los tiempos del sujeto que no son los de la persona que intenta responder a los tiempos externos y que muchas veces no coinciden. Sobre todo, tiene impresa una mirada singular, por más que muchas veces la actividad sea compartida por varios trabajadores.



La segunda instancia en que se presenta es en forma de un obstáculo, pero no cualquier obstáculo, es uno, que es efecto producido por la operación de brindar, a través de los instrumentos del Estado, un bien general que supone que los sujetos, a los que se dirige la política pública, deben tomar para mejorar sus vidas. Dicha operación se enmarca en leyes que garantizan derechos, leyes que a su vez son diseñadas por organismos internacionales y a los que el país suscribe. El espíritu de estas leyes apunta, al menos en el área salud, a garantizar la salud tanto física como mental, a través de garantizar condiciones básicas de vida, el acceso a la atención médica y psicológica,

*“La Constitución de la OMS afirma que **“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”***

El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.” (OMS, 2017, s.p.).

En síntesis, ¿qué hace el Estado?, propone un bien ideal que tendrían que alcanzar los ciudadanos, una calidad de vida diseñada por expertos de todo el mundo, es decir la OMS, estrictamente relacionada con los avances científicos y las estadísticas más elaboradas, criterios generales, generalizables. No está mal en sí ese diseño de políticas, es más, es la única forma que tiene el Estado de elaborarlas, no puede trabajar más que para lo general, el *para todos*, obviamente hablamos de una gestión que se digne progresista, es elemento principal.

El obstáculo surge cuando ese bien general es ofrecido al individuo objeto de la política, y se lo invita a que lo tome, que lo considere su propio bien, la forma de vida que se espera de él, y que esperan sus seres queridos. Cabe hacer la aclaración de que toda la frontera entre los derechos del individuo y el deber del Estado para con él está construida con una delgada línea que incluso en algunos lugares se encuentra borrada. No es algo homogéneo en todos los casos, justamente en ese entrecruzamiento es en donde se generan los principales



inconvenientes, más allá de las falencias y la desidias eventuales en la administración de la política del Estado. Es en esa operación de brindar un bien donde se produce el obstáculo subjetivo, que se manifiesta esencialmente como un acto, acto inentendible y que tiene la característica de que el individuo no puede dar cuenta y si lo hace no es sin dificultad. Esto sucede a pesar de que la persona se muestra entusiasmada con la idea e incluso va a pedir esa intervención. Ese acto es el abandono del proceso, la ausencia intempestiva, repentina, generalmente no verbalizada, acto subjetivo por excelencia en esta operación. También otra característica de las personas, la que es solidaria de la posterior ausencia, y la vez su anverso, es la absoluta obediencia sin objeciones al proceso al que se lo invita. El individuo no se niega a casi nada, se somete a todos los tratamientos, a todos los talleres, a todas las instancias que se le ofrecen, no elije. Simplemente manifiesta un entusiasmo efímero que va a agotarse al día siguiente o cuando la continuidad comience a transformarse trabajosa.

Esto remite directamente a la noción de sujeto que subyace en las políticas de Estado, es decir la concepción que soporta, como constructo, el diseño de las leyes que garantizan derechos, que evidentemente no deja de tener sus dificultades, como lo denuncian las ausencias mencionadas. Cabe la pregunta de a qué sujeto van dirigidas dichas políticas, pregunta que nos llevaría a un escrito mucho más extenso, no nos adentraremos aquí en las paradojas de altruismo evidenciadas por Lacan en el Seminario “*La ética del Psicoanálisis*”, a partir de lo que denuncia como el horror de Freud, en el “*Malestar en la cultura*”, ante el mandamiento cristiano *Amarás a tu prójimo como a ti mismo* (Lacan, 1995).

Solamente hacer mención del carácter paradójico, engañoso que conlleva la concepción del prójimo, del semejante, y cuanto tiene de reflejo de nuestro yo, el carácter imaginario de esa dimensión, en fin, el desconocimiento de nuestro goce, tanto como el de aquel.



Este fenómeno sume a quienes trabajan en el territorio en una frustración con diversos efectos: desazón, apatía, o simplemente agresividad; y en algunos casos se funda un lento y silencioso prejuicio que opera como explicación causal de los efectos adversos.

Hasta ahora he hecho una descripción fenomenológica de este tiempo subjetivo, quizás es hora de explicar desde donde leo estos fenómenos, parto de la concepción lacaniana de tiempo lógico (Lacan, 1998) en contraposición a un tiempo cronológico con el que se intenta, no sólo leer, sino mensurar el tiempo subjetivo, hacerlo entrar en la cronología esperable en función de un bien general diagramado por saberes que dan la tónica de una calidad de vida. En un proceso de donación cuyos tiempos están regulados por la urgencia de la gestión política.

Así dicha estrategia arrasaría, con su premura, su propio armado sin respetar ese tiempo indeterminado desde el punto de vista cronológico, un tiempo singular, que porta como condición de surgimiento justamente lo indeterminado, lo arbitrario.

Entrecruzamiento de los tiempos

Aquel movimiento definido al comienzo y este fenómeno, para este escrito, están íntimamente relacionados, pero sin llegar a componer una síntesis, produciendo el anecdotario característico del trabajo en territorio.

De todas maneras, corresponde denunciar una falacia en esta elucubración, que el tiempo subjetivo sea lógico y no cronológico, no mensurable, no comporta un dato relevante para los tiempos políticos porque aún si ese tiempo fuera medible, la urgencia política arrasaría de todas maneras, apresurando resultados, seguiría respondiendo a la lógica de rendir cuentas de la gestión, en función, de lo que yo denominaría, *la mirada pública*.



Por otro lado, no es sólo una cuestión de tiempos cronológicos o no, se trata de la incongruencia de un bien pensado por saberes cuya base fenomenológica es estadística, que aplicado al campo de la medicina tiene su eficacia, pero en el ámbito de la Salud Mental se topa con lo singular de cada sujeto. Se trata también de una estrategia que, surgida como política pública no tiene otra forma de aplicarse que, de manera general, para todos o al menos para la mayoría y es justamente esa generalización la que deja por fuera al sujeto, es esa medida estándar la que lo borra como tal.

Al plantearlo en ámbitos de gestión se me respondió que las estrategias se pensaban como herramientas ofrecidas por el Estado, no como un bien impuesto. Sin embargo, si el Estado ofrece herramientas e invita a usarlas, ¿por qué se mantiene a la espera de resultados, en un tiempo determinado y se trabaja para reducir guarismos de indicadores de patologías de la salud mental? Lo que se traduce en un bien impuesto ya que a quienes son los encargados de aplicar esas estrategias en el territorio se les exigen resultados y en algunos casos se hace oídos sordos a sus objeciones a la estrategia.

Referencias bibliográficas

- LACAN, J. (1998). *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofista*. En: J. Lacan *Escritos I* (pp.193-208). Buenos Aires: Siglo XXI:
- (1995). *El Seminario Libro 7 "La ética del Psicoanálisis"* [1959-1960]. Buenos Aires: Paidós.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [O.M.S.] (2017, Diciembre 29). *Salud y Derechos Humanos*. Consultado de enlace: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

LOS EFECTOS PSÍQUICOS Y SUBJETIVOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTO-JUVENIL

FEDERICO DE GREGORI

federico_degregori@hotmail.com

Psicólogo

Miembro graduado del Centro de Estudios *El analista en la Polis* - Facultad de Psicología -
Universidad Nacional de Rosario

Palabras Clave:

Abuso sexual infantil - Psiquismo - Traumatismo

La temática del abuso sexual tuvo su crecimiento exponencial en estos últimos tiempos a nivel social a través de la difusión de los distintos medios de comunicación, canalizados por las denuncias de estos hechos. La denuncia de abusos sexuales y violencia doméstica contra la mujer han ido multiplicándose a través de distintos canales. Es evidente que ha habido un movimiento social y cambio cultural con respecto a ello. Algo que ha sido tan naturalizado, encubierto, en efecto, no hace falta más que indagar en las creaciones literarias, en producciones



cinematográficas e inclusive series actuales ambientadas a la época cómo se asiste a la degradación física e inclusive moral tanto de niños como mujeres, momentos históricos que se han invisibilizado, hoy en día tienen la oportunidad de ser develados, auxiliados por distintas instituciones sociales y sobre todo por organismos jurídicos. Lo impactante es que hoy en día en el contexto en el que vivimos, se sigan perpetuando con la misma y quizás mayor frecuencia que antes situaciones de abuso, femicidios, violencia, la situación de pandemia con la consigna de aislamiento preventivo social parece no ceder ante la multiplicación de casos, puede ser ejemplificante que los centros territoriales de denuncia contra violencia de género todavía siguen en funcionamiento con distintos agentes que recepcionan estos delitos constantemente. El maltrato hacia mujeres y niños parece estar a la orden del día y parece no tener fin.

El pasaje por distintas instituciones de salud deja distintas marcas, transitar los espacios de las instituciones para profesionales recién egresados, es una buena oportunidad para aprender desde otra óptica el oficio de trabajar con colegas y profesionales de otras disciplinas. La institución hospitalaria está atravesada por la interdisciplina que permite una lectura diferente de los hechos y discursos. Además, deja como resultado un recorrido que incrementa la cintura clínica a la hora de atender distintas situaciones y cómo poder abordarlas. En esta oportunidad me tocó la crónica de una paciente de una Sala de un Hospital de la ciudad de Rosario dentro de un sistema de concurrencias, la cual fue para mí un caso particular.

Con mis colegas de la concurrencia y tutores estamos a cargo de la atención de una sala que admite solamente adultos con excepción de casos de adolescentes que, por distintas particularidades, han permanecido por un tiempo acotado en internación. Recibimos constantemente interconsultas de los departamentos clínicos compuestos por los distintos profesionales de la salud, las principales vías de derivación suelen ser la de Clínica y Traumatología.

La paciente había sido atendida por otro colega con anterioridad. Luego, no contó más con su espacio, hasta que vuelve a reingresar al hospital a través de la Guardia. Padecía diversos síntomas musculares que no le permitían caminar ni mantenerse en pie. Luego de ser intervenida quirúrgicamente, permanece en la institución por un lapso prolongado. Estando yo transitando mi primer año de concurrencia, me llega la derivación, cuando produzco un primer acercamiento, la paciente, agradecida, comenzó el relato de sus distintas vivencias. Los fragmentos que iba reproduciendo estaban relacionados a una ex-pareja violenta, quién además abusó sexualmente de su hija durante un lapso demasiado prolongado. La temática para mí no era teóricamente nueva, pero sí lo fue escucharla en carne propia.

Contamos con un primer acercamiento al problema del abuso sexual con la definición de Toporosi (2015) que declara:

“el abuso sexual es la convocatoria a una/a niño/a por parte de un adulto, a participar en actividades sexuales para las que no está preparado su psiquismo por su nivel de constitución y a las cuales no puede otorgar su consentimiento desde una posición de sujeto, y que viola la ley de los tabúes sociales” (p.23).

Las actividades sexuales pueden variar en distintos tipos de relación oro-genital, genital o anal, o un abuso sin contacto que podría acercarse al exhibicionismo, voyerismo o la seducción a través de distintas vías de redes sociales o internet.

El abuso sexual se suele dar en el terreno en dónde el niño-adolescente depende mucho del adulto, y así se torna en un terreno vulnerable. El terreno puede ser pensado como la institución familiar, puede ocurrir que el suceso se produzca por familiares directos o indirectos.

Esto da pie también para pensar en qué tipo de contexto socio-económico se puede desarrollar la situación de abuso sexual infantil. Estamos bastante acostumbrados a consumir noticias desde distintos medios informativos que giran en



torno una determinada clase social acompañada de un recorte geográfico. Si bien esto puede ser objeto de debate, el contexto de los abusos sexuales habría que pensarlo como un fenómeno que recorre todas las clases sociales, porque son parte de una cultura social y no debemos olvidar que, durante mucho tiempo, infinidad de casos han sido traspapelados y encubiertos por medios de poder. Toporosi (2015) dice al respecto:

“Rita Segato, antropóloga argentina que investiga la violación, planea con preocupación por el aumento de este tipo de violencia en el mundo y en América Latina: las relaciones de género son un campo de poder, de la dominación, de la punición. El violador es el sujeto más moral de todos en el acto de la violación está moralizando a la víctima. Cree que la mujer merece eso. Los jueces, los abogados, los legisladores, no están formados, no tienen educación suficiente para entenderlo.” (p.30).

El hecho de haber sostenido entrevistas con una paciente, dejó en mí una serie de interrogantes, que se agruparon de la siguiente manera, ¿cómo alguien puede soportar tanto?, ¿qué efectos produce y produjo en un sujeto que es víctima de abuso?, ¿en qué lugar queda parado aquel que debería velar por el cuidado y el bienestar del niño-adolescente?

A partir de aquí es necesario introducir una serie de conceptos y aristas que puedan llegar a ser útiles para ir bordeando los distintos interrogantes que surgen a partir de dicho relato, de la recepción del mismo y de la problemática que la envuelve.

La experiencia clínica cosechada por analistas que han dedicado parte de su trabajo de investigación nos acerca que en la mayor cantidad de casos el abuso sexual en la infancia y la adolescencia tiene efectos traumáticos, efectos que se manifiestan de una u otra forma en multiplicidad de síntomas y padecimientos subjetivos.



Para poder comprender el abuso sexual infantil, el concepto de trauma asoma como una cuestión ineludible a la hora de pensar. A lo largo de la historia del movimiento del Psicoanálisis, el trauma atraviesa toda la obra freudiana de principio a fin, se presenta a primera vista como inherente en la escucha de las neurosis traumáticas, Freud prematuramente se dirige al punto traumático de la representación para la consiguiente cancelación de los síntomas que aquejaban a sus enfermos a través de la técnica catártica mientras se adentraba en la construcción teórica de la clínica. Dentro de su obra, a través de las distintas épocas, el concepto del trauma se fue alterando desde las publicaciones previas al siglo XX. Asistimos a un cambio de paradigma psicoanalítico ya a partir de “*La interpretación de los sueños*” (Freud, 1985a [1900]), “*Dos principios del acaecer psíquico*” (Freud, 1985b [1911]), “*Más allá del principio del placer*” (1985c [1920]), en donde lo traumático a través de la sexualidad y la muerte se anudan a la repetición y por último sus formulaciones en el texto de “*Inhibición, síntoma y angustia*” (Freud, 1985d [1926]), en donde se elabora otra teoría de la angustia. Freud a través de los distintos períodos y desarrollo de sus escritos se va desprendiendo de la teoría del trauma como hecho acontecido dándole lugar a la elaboración de la fantasía, y a las llamadas escenas primarias, aquellas que están enlazadas a la seducción y la castración.

Siguiendo el hilo de producción, una de las grandes autoras que citaremos para este trabajo es Bettina Calvi, quien ha elaborado gran cantidad de trabajos sobre esta temática desde una visión fuertemente crítica y reflexiva. La autora, trayendo como referente a quien fue su directora de tesis, en este caso, Silvia Bleichmar (2005), plantea que:

“la teoría traumática de la constitución psíquica. Se trata de una teoría donde lo real externo a la sexualidad originaria irrumpe a partir de los traumatismos precoces en el niño, desequilibrio o perturbación del orden natural que introduce una fuerza ineliminable en la sexualidad del adulto y



cuyos efectos son: la puesta en marcha de representaciones y la producción de briznas de simbolización que darán origen a la posible constitución de un aparato psíquico. Es evidente que desde esta perspectiva queda descartada la idea del traumatismo considerado como algo que viene a romper una evolución lineal endógenamente planteada, para definirlo en sentido amplio, como aquello que viene a introducir un desequilibrio que obligará a encontrar nuevas formas de equilibrio no presentes en el modo de funcionamiento de la estructura de partida (p.47).

Parece interesante leer el enfoque que propone Calvi desde Bleichmar. En donde lo traumático es presentado como constitutivo y constituyente para el funcionamiento de la vida psíquica de un sujeto, y es algo prácticamente ineludible, como una obligación que el aparato psíquico tiene para poder elaborar aquello que le llega, como un trabajo que exige metabolizar cantidades de energía. Con eso, podemos también agregar que lo traumático no necesariamente tiene que tener como destino patógeno, sino que produce una exigencia. Estamos advertidos de todos modos que la forma de aproximarse a lo traumático es desde la propuesta psicoanalítica, en la cual lo que se pone en juego, no es el acontecimiento traumático en sí mismo, sino en los efectos que tiene sobre aquello se inscribió, porque lo determinante es cómo opera con las inscripciones previas.

Me pareció muy interesante a medida que iban avanzando las entrevistas, cómo el espacio le sirvió a la paciente para ir reconstruyendo parte de su atormentadora historia, cómo intentaba poder reestablecer los lazos con su hija. En numerosas ocasiones se interpelaba a sí misma preguntándose cómo no pudo darse cuenta de que es lo que estaba ocurriendo, sobre todo cuando desentendió en varias oportunidades señales del ambiente a través de familiares y distintas amistades. Toporosi (2015) señala en esta oportunidad:

“que cuando un niño, niña o adolescente haya atravesado una situación de abuso sexual, y que ésta se haya perpetuado en el tiempo, compromete por lo menos a dos adultos: a quien lo o la violentó, y a quién por diversas razones no pudo registrar lo sucedido.” (p.24).

Más adelante durante las entrevistas, en un momento ella reveló qué fue lo que la movió a efectuar la denuncia contra su ex-pareja, quien no solamente abusó durante mucho tiempo de su hija, sino que ejercía violencia física y moral contra ella. Este fue el movimiento social organizado en el año 2015, llamado “*Ni una menos*”. Después de un largo período, el movimiento social que pregona la defensa de los derechos de la mujer y la violencia contra ella, le sirvió de vehículo para poder visibilizar las injusticias que resistió y hacer escuchar su angustia mediante la intervención de la justicia.

Para finalizar el escrito quisiera hacer énfasis en los planteos anteriores, el Psicoanálisis realiza la propuesta de cómo la entrada al lenguaje es traumática de por sí para el ser hablante, en la medida de que se descubre que el lenguaje trae aparejado el goce y también por los malentendidos que son efectos del mismo.

Ahora bien, el trauma es parte sustancial y esencial para la constitución del aparato psíquico, aparato que precozmente tiene que ir ligando distintas representaciones para lograr su funcionamiento, requisito obligatorio para conducir el trabajo de la simbolización. ¿Qué es lo que ocurre cuando se produce un traumatismo equivalente al de un abuso sexual en la infancia o adolescencia? Calvi (2013) plantea que:

“el traumatismo que genera el abuso sexual en la infancia se presenta como devastador para la subjetividad. El efecto de la imposibilidad de simbolizar impregna al sujeto, sumado a fuertes sensaciones de inermidad, de un terror sin nombre, la percepción disponible de que los recursos no alcanzarán para proteger al psiquismo del derrumbe y la



imposibilidad de imaginar un futuro construido sobre los inútiles pilares de un presente desorganizante.” (p.48).

Entendido de esta manera el acontecimiento traumático implica el encuentro del sujeto con la muerte, con la suya propia y es colocado en un peligro vital al cual no puede hacerle frente en absoluto y de la cual no está preparado (Calvi, 2005).

De esta manera, el abuso sexual infantil nos permite leer los efectos subjetivos devastadores que tiene en el psiquismo, el abuso aparece como un acontecimiento destituyente, inasimilable en el sujeto psíquico. En el que todavía no posee las herramientas disponibles para no consentir a un sometimiento y dominio de estas propiedades.

El efecto desubjetivante es tal que el abusador suele realizar un trabajo que va perforando lentamente la subjetividad del niño para que comience a sentir que es su propio anhelo participar de aquellas acciones.

Hoy en día la aparición de casos sigue siendo alarmantemente alta, y en estos tiempos de fragilidad absoluta nos quedará la oportunidad de alojar y asistir sufrimientos de estas cualidades o continuar empujando a la invisibilización y complicidad de estos hechos perversos.

Quisiera concluir con una muy interesante reflexión que trae Toporosi (2015): “la violación no es un hecho genital, es un hecho de poder. Puede realizarse de forma genital y de muchas otras formas. Si no cambia la atmósfera en que vivimos el problema no va a desaparecer” (p.31).

Referencias bibliográficas

CALVI, B. (2005). *Abuso sexual en la infancia: Efectos psíquicos*. Buenos Aires: Lugar.



FREUD, S. (1985a). *La interpretación de los sueños* (1900). En: S. Freud *Obras completas*, TT. 4 y 5. Buenos Aires: Amorrortu.

---- (1985b). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911). En: S. Freud *Obras completas*, T.12. Buenos Aires: Amorrortu.

---- (1985c). *Más allá del principio del placer* (1920). En: S. Freud *Obras completas*, T.18. Buenos Aires: Amorrortu.

---- (1985d). *Inhibición, síntoma y angustia* (1926). En: S. Freud *Obras completas*, T.20. Buenos Aires: Amorrortu.

TOPOROSI, S. (2015). *En carne viva, abuso sexual infantojuvenil*. Buenos Aires: Topia.

Bibliografía

CALVI, B. (2004). *Efectos psíquicos del abuso sexual en la infancia*. Tesis de doctorado - Dir. S. Bleichmar. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Rosario.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

CÓMO HABITAR TIEMPOS Y ESPACIOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS

IANA NARDONE
giananardone1@gmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Singularidad - Clínica - Política - Ética - Psicoanálisis

Si cuando hablamos del *campo de la Salud Mental* hacemos referencia al conjunto de instituciones que alojan las prácticas clínicas, entiendo que, en los últimos años, han sido múltiples los espacios que he ido transitando. El paso por la Universidad, los seminarios que acompañan a la formación de grado, la participación en congresos abocados a diversas temáticas, los cursos emprendidos, entre otros espacios habitados -o que me han habitado-, me permiten definir una posición a tomar en la práctica, delimitada ésta por una consideración ética. Es así como, en tanto que reciente graduada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional



de Rosario, la inserción en la práctica me confronta a un momento de definición donde debo decidir y asumir una posición y una política de trabajo.

Ahora bien, más allá de la singularidad desde la que uno decida pararse, entiendo que hay algo superior desde donde necesariamente todos partimos: la *Ley Nacional del Salud Mental*. De la misma, me pareció pertinente tomar -e interrogar- su definición:

“En el marco de la presente ley se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” (Ley N° 26.657, 2010, art. 3).

Habiendo tomado esto me interrogo acerca de *¿qué lectura puede hacer el Psicoanálisis de la Salud Mental definida en estos términos?*

Indefectiblemente, uno al llevar adelante una práctica en algún efector público se encuentra atravesado por reglas y normas propias de esa institución. La cuestión radicaría entonces en aceptar la existencia de los determinantes institucionales, pero no sin dejar de hacer un uso particular de ellos.

Plantear la Salud Mental con un enfoque de Derechos Humanos podría hacernos caer en un reduccionismo que se apoya en que se sabe qué es lo mejor para un sujeto, haciendo que en función de eso se busque promover el bienestar, extendiendo su campo de acción hasta abarcar a todos por igual. Dicho de este modo, podemos pensar a la Salud Mental como un campo que responde a la lógica del Discurso del Amo que, con fines adaptativos, busca *que la cosa marche*, que nada interrumpa el orden, el curso normal de las cosas.

Toda ley pone en juego lo universal, el *para todos*. Quedarnos en este plano hace que corramos el riesgo de anular las diferencias, lo singular y, contrariamente a



lo que se busca, volvamos a dejar a quien consulta en el lugar de objeto, haciéndonos perder de vista que ni el síntoma ni el deseo son colectivizables o hacen masa. Sostener entonces la tensión entre lo universal y lo singular - articulándolos para obtener consecuencias diferentes en el uso y aplicación cada vez- es un desafío de quienes trabajan en estas instituciones; y será el analista quien deba introducir la singularidad del caso en la interpretación de la ley.

Tal como plantea Mario Kelman (2012), la sanción de la ley de Salud Mental responde a la implementación de un marco de Derechos y Garantías, valioso e importante que, si no se aborda mediante un adecuado marco clínico, no estará a la altura de las circunstancias.

Entiendo entonces que la invitación es a debatir y reflexionar acerca de aquellos encuentros posibles entre Clínica y Derechos -en la medida en que son articulables-, tomando como eje que oriente la práctica la idea de que “sostener fuertemente la posición clínica en lo que respecta al arte de curar constituye un punto de alcance ético y político” (Kelman, 2012, s.p.), particularmente en nuestra época donde nos enfrentamos a una pronunciada declinación de la palabra y de los lazos.

Lacan en el Seminario “*El reverso del Psicoanálisis*” (2017a [1969-70]) plantea que no se trata de que como analistas hagamos lo contrario a lo que el Discurso del Amo propone, sino de situar el reverso, la verdad que dicho discurso oculta. Así, el Psicoanálisis sería el reverso del Discurso del Amo.

El Psicoanálisis plantea la búsqueda de la verdad -aun sabiendo de su estructura de *mediodicho*- por la vía del síntoma, vía que asienta la orientación por lo real, distinguida de cualquier otra referencia orientada en ideales terapéuticos. Ahora bien, me interesa entonces detenerme un segundo en este punto, ya que para Lacan, la verdad no sería algo *oculto* que el análisis vendría a revelar -no se trata de su hallazgo en la medida de que está perdida por estructura- e interrogó *¿qué lugar para el saber y la verdad?*



El saber que interesa al Psicoanálisis es un saber que está en estrecha relación con el sujeto que se produce como efecto de la operación significativa, un saber que es efecto de la incidencia del significante en el ser que habla. La toma del organismo viviente por el lenguaje produce un sujeto con un saber del cual él no sabe y que lo lleva a gozar, saber que trabaja en la dimensión de la recuperación del plus de goce.

En el Discurso Analítico, y solamente en él, el término S2, el saber, viene a ocupar el lugar de la verdad. Así, la verdad del sujeto estaría en relación con ese goce -instaurado como un plus a partir de un vaciamiento-, y por el hecho de que se instaure la dimensión del goce, hay precisamente para el sujeto una dimensión de la verdad, verdad que no es fácilmente accesible, verdad que sólo puede medio decirse.

En la medida en que la verdad es no-toda porque una parte es incognoscible y ésta da cuerpo al cifrado del síntoma, será a través de éste que podremos inferir algo de esa verdad. Así, el acto analítico vendría entonces a posibilitar otro desarrollo de verdad. Tropieza con ella y avanza por la vía del equívoco, del sin sentido, del mediodecir para pesquisar -no a modo de develamiento, sino a partir de una puntuación, un señalamiento- en aquello que el analizante dice y calla: lo imposible de decir.

Laurent, retomando a Lacan, en "*Psicoanálisis y Salud Mental*" (2000) propone que la intervención no apunte a obtener el *bien*, sino que se dirija a quien consulta propiciando el *bien-decir*: enunciados del sujeto que den cuenta de la enunciación, de la posición singular del mismo. En este sentido podemos afirmar que la política del Psicoanálisis se realiza como tal, cada vez que se hace presente el bien-decir como efecto. A diferencia del Discurso del Amo que tiende al *bien común* como fin, el *bien-decir* se inscribe como efecto porque alguien lo lee, lector advertido de que el síntoma es un tratamiento de lo real del goce, y en su lectura recupera la dimensión subjetiva de quien consulta.



Así, el Discurso Analítico se encuentra ligado a la verdad que estructura todo discurso: lo imposible como modalidad lógica, la *no relación sexual*. Esto supone otra lógica que la de lo universal *para todos*, en la medida en que se trata, por el contrario, de lo real para cada quien.

Ahora bien, esto me lleva a desplegar una pregunta que sostuve a lo largo del cursado y que resonó en mí durante la práctica *¿qué decimos cuando nos referimos al análisis como un hecho clínico y político?*

Para intentar al menos bordear esta pregunta, me resulta pertinente partir de la idea de que la mera presencia del analista abre un espacio de escucha que da lugar a un espacio político en tanto que tiene efectos, efectos que se dan en la medida en que alguien acude y que algo acontece allí.

La Presencia del Analista, dirá Lacan en el Seminario sobre “*Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*” (2017b [1964]), se pone en juego en el recorrido de una cura a partir del momento en que alguien se interroga acerca de aquello que le sucede y cree saber dónde puede averiguarlo: en un análisis. Así, advendrá el Sujeto Supuesto Saber, y en cuanto hay, en algún lugar, un sujeto al que se supone saber, hay transferencia. De este modo, el analista, suspensión yoica mediante, se presta como objeto, despojado de su narcisismo, de las identificaciones que lo constituyen y de toda pasión humana, dejándose tomar por lo que el analizante va a poner en juego, ofreciéndose a la transferencia. Así, sostiene con su presencia el lugar de semblante del objeto que el analizante propone desde su fantasma. Esto es viable en la medida en que se sostiene por el propio Deseo del analista, deseo de hacer advenir el deseo del analizante causado por el objeto a que el analista encarna, y deseo de que haya análisis. (Lacan, 2017b [1964])

En el transcurso del año, recibí en la institución en que llevé adelante la práctica distintas situaciones -complejas-. Sí, *situaciones complejas* porque así es como alguno de los médicos generalistas le presenta al resto del equipo algún paciente referenciado a él, para que entre todos, al escuchar de qué se trata el caso,



puedan pensar una estrategia para acompañar a quien llega al Centro de Salud con alguna demanda. ¿Demanda? Ese es un punto al que me interesa volver más adelante.

Al hablar de '*situaciones complejas*', encomillando la expresión, no busco desmentir el hecho de que realmente lo sean, muy por el contrario, en la vorágine de la labor cotidiana, naturalicé la expresión al punto tal de que hasta este momento, en el que me encuentro escribiendo acerca de mi paso por el efector, no me había retornado cuán desubjetivada está la idea.

Si bien es innegable el arduo panorama económico, social y político que nos atraviesa -pero principalmente golpea con mayor fuerza a quienes cuyos derechos se encuentran más vulnerados- y la incidencia que éste tiene sobre el psiquismo, me resulta fundamental poder detenernos y hacer una lectura que rescate la singularidad de cada caso, para no caer en hacer una lectura donde la desesperanza nos lleve a ubicar a los sujetos como puras víctimas de un sistema social perverso.

Quisiera detenerme en este punto porque creo que este sería mi aporte cuando me llaman a intervenir. Entiendo que aquí es donde nos paramos nosotros en tanto que analistas: en la clínica del uno por uno, de lo irreductible singular, alojando la historia de cada quien. Porque si bien como plantea Freud en "*El malestar en la cultura*" (2014 [1930]), la cultura es inseparable respecto de un malestar que le es inherente, y en la actualidad, dicha pesadumbre se deja entrever en un contexto desolador que hace que las personas se encuentren frustradas ante su propia impotencia -la cual se manifiesta a través de la apatía o el desinterés, la dificultad para establecer lazos significativos o el predominio de la violencia en los mismos, que los arroja al consumo problemático o los pone de cara a una furia suicida, entre otras manifestaciones-, entiendo que no podemos caer en generalizaciones en la medida en que no hay dos casos iguales.

A modo de ejemplo, me interesa problematizar que, si bien podemos pensar



que recibimos en el consultorio personas atravesadas por una problemática de consumo de sustancias, es preciso que hagamos una lectura acerca de qué función cumple esa droga, en esa estructura y en ese momento puntual de esa singularidad. Partir del *¿para qué la usa?* Entendiendo que ésta no tiene una función única.

Por ejemplo, P, a quien vi en una sola oportunidad, llega con un gran monto de angustia que se manifiesta a través del desgano y la abulia, como así también la inhibición total y la anorexia. Refiere tener problemas de ansiedad y de entrada hace mención a ciertas ideas de muerte. Se fue de su casa a los 15 años de edad principalmente por su escasa y mala relación con su madre, pero este lapso de tiempo parece haber sido suficiente para que hoy no pueda diferenciarse de un discurso materno que la deja imposibilitada porque *“hace todo mal”*.

Así, a modo de hipótesis, la droga parecería ser funcional al lugar en el que la madre la deja. Podríamos pensar, a partir de lo poco que ha relatado en esa primera y única entrevista, que habría un Otro que no da lugar al sujeto como tal, pero no por presentarse consistente, sin falta, sino por ubicarlo en un lugar residual. Así, desalojada por el Otro, queda arrojada al lugar de resto, haciendo que emerja la angustia como la inmediata respuesta a esta dimensión real intolerable de encarnar el a, deyectado por el Otro (Lacan, 2015 [1962-1963]).

Al mismo tiempo, la droga, podría ser un intento de vivificación frente a la insuficiencia de su sentimiento de la vida -*“relación tóxica”* con su pareja, pérdida de un embarazo, frustraciones ligadas a lo laboral- y oficiaría como aquel modo que ella encuentra de nombrarse y hacerse representar de alguna manera ante el Otro.

Otra lectura posible, podemos hacerla a partir de tomar aquello que Lacan plantea en *“Televisión”* como cobardía moral (2003 [1973]). Allí, hace referencia al efecto que tiene la renuncia del sujeto que cede en su deseo frente al goce, dando como consecuencia el afecto depresivo y el desinterés por las cosas del mundo. Esta tesis se sitúa tanto en el eje de la posición ética del sujeto como en su relación con el goce. De este modo, a partir de soportar lo necesario para que algo de la



interpelación en relación a la posición acontezca, logrando introducir al sujeto en aquello de lo que se queja para responsabilizarlo, busca que se implique en aquello que le hace sufrir, a partir de interrogar la relación del sujeto con su goce. El sujeto que elige recuperar el plus de goce a costa de ceder en su deseo lo pagaría entonces, tarde o temprano, con el afecto depresivo. Y esa sería la falta moral (Lacan, 2003 [1973]).

Éstas serían algunas posibles hipótesis. Para contraponerlo, con el afán de no caer en hacer una lectura cerrada y totalizante, me interesa compartir algunas cuestiones de mi trabajo con A, quien también llega al Centro de Salud por una problemática de consumo.

Me dispuse a trabajar a partir de una escucha *abierta* al acontecimiento, comandada por la atención flotante que me condujo en determinado momento a interrogar acerca de la primera vez del consumo. Por su relato, ésta parecería estar anudada a un hecho significativo: el nacimiento de su tercer y último hijo, con quien tiene una relación “*especial*”. Con él dice tener un vínculo más fuerte, es quien más la demanda y con quien más tiempo pasa. Incluso, muchas veces él sabe lo que a ella le pasa, refiere. Así es como, desde hace cinco años consume con su pareja los fines de semana y cuando tiene plata. Consumía por las noches, en su casa, una vez que los niños ya se habían ido a dormir.

En su relato, empieza a desplegar cómo todos estos años estuvieron acompañados de situaciones de violencia por parte del padre de los chicos. Dice querer separarse porque “*él la está enfermando*”. Ahora bien, al parecer, es a partir de que se separan que el consumo se vuelve problemático. Comienza a consumir todo el tiempo, cualquier cosa y delante de sus hijos. Dice que no puede decirle que no. ¿A quién?, le pregunto y coordino el próximo encuentro.

Escuchándola, no puedo dejar de preguntarme acerca de *¿cuál es el drama subjetivo al que la droga viene, con mayor o menor éxito, a intentar responder? ¿Qué efectos subjetivos tiene?* Me llama la atención el hecho de que consume



cocaína, una droga que produce cierto estado eufórico, que hace que uno se sienta más enérgico e incluso esté en estado de alerta, haciendo uso de la misma *“para irse a dormir, para no pensar, desaparecer por un tiempo”*.

Así, llega al consultorio con una problemática de consumo según la cual podríamos inferir que hace uso de ella para ausentarse, lograr cierto acotamiento y en esa misma lógica, viene a pedir medicación, para seguir ausentándose. Sostengo en mí la pregunta acerca de *¿de qué quiere sustraerse?* Leyendo a la droga, quizás, como un atenuante que le permite cierta salida o defensa frente al Otro.

Opto por orientar mis intervenciones en torno a lo vincular, quizás apuntando a que acontezca allí cierta elaboración en función de los huecos de su historia, en la medida de que entiendo que ésta nunca toca la verdad. De todos modos, en función de su relato, considero pertinente indagar acerca de cómo se posiciona ella, en qué lugar ubica a sus hijos, cómo vive su maternidad, qué puede historizar en cuanto a la relación con su madre, mujer a quien no puede acudir porque *“es de otra época, de la vieja escuela y jamás la comprendería”*, cuáles son sus modos de hacer lazo, entre otras cuestiones, corriéndome de la cuestión del consumo, en la medida en que entiendo que la dirección de la cura no está orientada por el ideal de abstinencia. Muy por el contrario, el Discurso del Psicoanálisis no consiste en direccionar conciencias, ni corregir conductas. Siguiendo algunas de las cuestiones que plantea Naparstek en *“Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo”* (2008 [2005]), apuesto a que la renuncia de esa práctica de goce venga por añadidura, si a partir de las intervenciones en la transferencia se logra tocar algo de ese real que resiste en la práctica de consumo.

Desde ahí nos paramos, con la abstinencia y neutralidad como pilares y sosteniéndonos como no sabiendo del sufrimiento de quien consulta. Este vacío de saber por parte del analista estaría emparentado con la suspensión del ser que se pone en juego, en la medida en que en análisis, no se trata tanto de lo que es el analista, sino lo que soporta que se deposite en él, como situé más arriba.



El analista con su silencio promueve, *hace hablar* y a partir de la invitación a que se asocie libremente habilita a que surja una invención que acote el sufrimiento. Su silencio tiene una función: da lugar a que algo resuene en el analizado, que pueda haber retorno. A la vez que, podemos decir que el análisis no se trata simplemente de una escucha, sino sobre todo de una operación de lectura, en la medida en que leemos la letra, siendo ésta el soporte material del significante.

Así, desplegando un poco más algunas cuestiones en torno al consumo -que me pareció pertinente plasmar en este ensayo en función de lo que aconteció en mi práctica- y siguiendo a Naparstek (2008 [2005]), es interesante contraponer cómo la práctica de consumo no sería un método simbólico, sino una operación real, un intento de atrapar un real por lo real, mientras que nuestra práctica radicaría justamente en un intento de abordar lo real a través de lo simbólico con la apuesta de lograr un pasaje del goce de la sustancia al goce de la palabra. A partir de nuestra intervención en la transferencia, logramos ubicar por qué vía somos capaces de mover, perturbar algo de ese real que implica poder ubicar lo inefable, que hay algo del orden de lo imposible de decir, representar, simbolizar y resiste (Naparstek, 2008 [2005]).

De este modo, vuelvo a traer a colación esta idea de que en Psicoanálisis, la ética es no deslindable de la política y del Deseo del Analista, en la medida en que ésta está ligada al tomar posición respecto del sufrimiento humano. Dicho de otro modo, nuestro tomar posición podría leerse en las coordenadas de que nuestra orientación radicaría en poder cernir lo real en juego, orientando nuestra lectura e intervenciones por la vía del síntoma.

Ahora bien, *¿qué lugar para el síntoma?* Si desde el Psicoanálisis entendemos que el sujeto está emparentado al síntoma, eliminarlo implicaría la eliminación del sujeto. Lo que se busca es una rectificación subjetiva, un cambio en la posición, lo cual requiere cierta implicancia. No se trata de hacer desaparecer al síntoma, sino producir una variación permitiendo un cambio en la posición libidinal,

conmoverlo a partir de producir un movimiento que dé lugar al deseo y a una existencia más aliviada, para que *pueda hacer allí con ello*, arreglárselas con eso que no anda pero de otra manera, haciendo que éste se torne menos insostenible que al comienzo, dando como consecuencia *que la vida sea digna de ser vivida*.

Para ir concluyendo, quisiera retomar algo que paradójicamente tendría que haber planteado al principio: el tema de la demanda. Digo 'el tema' porque justamente, en primera instancia, es preciso localizar si hay demanda de análisis. El acudir, la queja, el pedido no necesariamente sean para iniciar un análisis. No siempre es viable un tratamiento, ni es para todo el mundo ni para todo momento. De ahí la importancia de las entrevistas preliminares, donde buscaremos establecer los puntos de ruptura de la historia, situando en ella las huellas de inhibiciones, síntomas y angustias, para ratificar o rectificar el pedido. La cuestión radicaría más bien en apuntar a la construcción de una demanda de análisis haciendo que nuestra labor no quede en la articulación de prácticas aisladas.

Siguiendo esta idea y lo planteado a lo largo del ensayo, tomo de Sinatra (2017 [2002]) la idea de poder pensar la responsabilización del sujeto como la puerta de entrada al análisis, que se encuentre concernido en lo que dice respecto del sufrimiento que lo causa y que se interroga acerca de su padecimiento y que tiene que ver él con eso.

Con el transcurrir de las sesiones, surgirá un significante que localice, singularmente, de qué se trata eso que aflige a quien consulta, un significante por el cual alguien se haga una pregunta que lo represente en su posición subjetiva, en su sufrimiento: *¿qué quiere decir esto que me pasa?*

Así es como, en un análisis se trata de localizar los significantes amos de la historia, para desprender de éstos el goce que el analizado extraía de ellos. Al final del análisis se podrá decir, retroactivamente, que el sentido de estos no tenía otra causa que hacer gozar al *parletre*, y que el valor de goce que estos acarrearán, se vuelve contra el propio sujeto y son causa de inhibiciones, síntomas y angustia.



Dicho así, nuestra función -sin caer en plantear un objetivo prefijado ni un ideal absoluto universal al cual arribar- consistiría en que, quien consulta, pueda habitar un lugar que ya estaba, pero a partir de anoticiarse de lo real que habita a cada uno, pudiendo hacer algo con eso. Apelar a que algo del proyecto, el futuro, que la construcción de lo posible emerja a partir de orientar el trabajo por la vía de una directriz centrada en la producción de sujetos libres y responsables; no sin perder de vista que desde el Psicoanálisis podríamos, a la vez, sostener que la libertad no condice en cierto modo con la concepción de sujeto que tenemos -condicionado éste por el lenguaje que lo atraviesa-.

Para finalizar, podríamos decir que, si desde el Psicoanálisis sostenemos que no hay sujeto sin Otro, creer que uno puede ser independientemente del Otro conduce a la locura mientras que, paradójicamente, para devenir libre hay que estar inserto en el lazo social. Ahora bien, obtener cierto margen de libertad sería hacer posible estar con el Otro de un modo diferente, en la medida en que el análisis no apuntaría a la separación del sujeto respecto del Otro, sino a propiciar y posibilitar otros modos menos sufrientes de relación, otras formas de ser en el mundo, a partir de lograr la restitución de las funciones del deseo y la verdad en el campo del saber en cada uno.

Referencias bibliográficas

- FREUD, S. (2014 [1930]). *El malestar en la cultura*. En: S. Freud *Obras Completas*, T. 21. Buenos Aires: Amorrortu.
- KELMAN, M. (2012). *Nuevo paradigma en Salud Mental: Ley Nacional N° 26.657, su aplicabilidad*. Intervención en Coloquio, Programa “Psicoanálisis, Ciencia, Ciencia Cognitiva” radicado en el Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR), *Revista Digital Lecturas*. Disponible en enlace: <https://core.ac.uk/download/pdf/61698623.pdf>



- LACAN, J. (2017a [1969-1970]). *El Seminario Libro 17 "El reverso del psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós
- (2017b [1964]). *El Seminario Libro 11 "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015 [1962-1963]). *El Seminario Libro 10 "La Angustia"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003 [1973]). *Televisión*. En: J. Lacan *Otros escritos* (pp.535-572). Buenos Aires: Paidós.
- LAURENT, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- LEY NACIONAL N° 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.
- NAPARSTEK, F. (2008 [2005]). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.
- SINATRA, E. (2017 [2002]). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Buenos Aires: Grama

Bibliografía

- FREUD, S. (2014 [1912]). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. En: S. Freud *Obras Completas*, T. 9. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2015 [1975-1976]). *El Seminario Libro 23 "El sinthome"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015 [1959-1960]). *El Seminario Libro 7 "La ética del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003 [1965]). *La ciencia y la verdad*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp.813-834). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2003 [1957]). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp. 559-616). Buenos Aires: Siglo XXI.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

SOBRE LA ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS

APORTES PARA UNA CRÍTICA A LA NOCIÓN DE RESPONSABILIDAD SUBJETIVA

VALERIA WALDISPERG
valewaldisperg@gmail.com

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Ética - Responsabilidad

La palabra '*responsabilidad*' suele quedar asociada en Psicoanálisis con un término que jamás ha tenido el estatuto de concepto en Lacan, pero que desde el discurso jurídico parece haberse deslizado hacia la clínica y quedar soldada a la palabra '*subjetiva*'. En más de una ocasión se escucha hablar a colegas de una '*responsabilidad subjetiva*' que el paciente debiera ser capaz de asumir en relación a su malestar. Se suele hablar de un '*hacerse cargo*', '*que el paciente se haga cargo*



de su síntoma'. ¿Qué se está queriendo decir con esto? ¿Cuáles son sus consecuencias clínicas?

Allouch (2016) plantea que a partir de la muerte de Lacan ha habido cierta inflexión y se ha hecho de algunos de sus decires una infección moral. Nos dice que Lacan ha hecho tanto hincapié en la alteridad, en el Otro que mueve muchos de los hilos... que él, en función de analista, jamás podría auspiciar de juez ni decirle a alguien que es responsable de lo que le sucede. Lombardi (2009) alerta que dar cachetazos un tanto a la fuerza, tratando de convencer al paciente de su responsabilidad en el asunto, puede arruinar los tiempos del análisis al recaer en el eje imaginario.

Cuando se habla de '*responsabilidad subjetiva*' lo que más he escuchado por parte de colegas es esa famosa intervención que Freud hiciera a Dora acerca de '*¿Qué tienes que ver tú en el desorden del que te quejas?*', o, citando el texto de la "*Intervención sobre la transferencia*" de Lacan (2003 [1951]): "mira, cuál es tu propia parte en el desorden del que te quejas" (p.208). Pues bien, en el historial traducido en el tomo de Amorrortu no figura en ningún caso tal interrogante. Entiendo que Lacan produce un retorno, muy válido por cierto; pero lo que no debemos olvidar es que Freud deja asentado en el historial una intervención que apunta en primer lugar a sostener la verdad inatacable de las quejas que se hace Dora. No la toma como una mera simuladora. Antes de toda presunta responsabilización hay una invitación a la asociación libre y una correlativa puesta en primer plano de la realidad psíquica.

Dora ha quedado como un objeto de intercambio, ofrecida al señor K. por su propio padre. La interpretación de Freud apunta por una parte a esclarecer que detrás de todos sus reproches se esconden auto reproches y en segundo lugar a situar la complicidad de ella misma en la cadena de intercambios que así se constituye. Estos movimientos o desarrollos de la verdad son los que llevan a Lacan a formular esa primera inversión dialéctica, magistral si se quiere, pero que no podemos pensar por fuera de la transferencia y de la regla fundamental. No es un



caballito de batalla para aplicar indiscriminadamente con miras a reforzar nuestro narcisismo y ya lo ha dicho Freud: se empieza por ceder en las palabras y se termina cediendo en los hechos.

El problema está en extrapolar dicha intervención a todo análisis, que es lo que intento denunciar; perdiendo así no sólo la singularidad del caso sino también la temporalidad propia del inconsciente: su apertura y su cierre. En qué momento es válida dicha maniobra, quedará del lado del tacto y del estilo del analista, quien no debe olvidar otro de los pilares de nuestra técnica: la abstinencia, que, como bien señala Ulloa (2012), no es indolencia. Abstenerse no es ser indiferentes al sufrimiento, es no auspiciar de guías moralistas, es pasarle el cepillo a contrapelo a toda tentativa de armonización, es despojar de contenidos el deseo del analista para que haya análisis.

En tiempos en donde las terapias breves ofrecen salidas inmediatas no es casual que circule y circule a modo de cliché esta frase armada y descontextualizada sobre el '*hacerse cargo*'. Que el *furor curandis* no nos nuble el panorama. Freud mismo nos advierte de lo dificultoso que ha sido el manejo de la transferencia en el caso de Dora, y cómo él mismo no atinó a colegir a tiempo las mociones de amor homosexuales dirigidas hacia la señora K. ¿Habría tenido que ver allí algo del orden de su propia resistencia o de su propia pregunta acerca del misterio que a él le suscitaba la feminidad? ¿Habría tenido que ver cierto ideal de '*hacerle el bien*', no pudiendo ver así que la afonía no se relacionaba sólo con las ausencias del señor K. sino principalmente con la inminente presencia de la señora K.? El haber pospuesto la interpretación de la tendencia homosexual obedece, como bien lo ha señalado Lacan, a un prejuicio.

Es el mismo Freud romántico que, en la primavera de 1894, nos confiesa que él mismo procuró tener acceso a un baile para no dejar escapar la oportunidad de ver a Elizabeth envuelta en una danza con un hombre (Breuer y Freud, 1990 [1893-95]). Es interesante poder traer a colación este dato por más anecdótico que



sea, ya que en los inicios de toda práctica es tal vez cuanto más tenemos que lidiar con los ideales. De allí la importancia del análisis personal y de las supervisiones. El problema radica más de una vez, en querer hacerle el bien al paciente. Olvidamos que “el paso dado a nivel del principio de placer por Freud es mostrarnos que no existe Soberano Bien” (Lacan, 2011 [1959-1960], p.88).

Responsabilidad es la palabra que utiliza Lacan en el mismo texto sobre la transferencia para dar cuenta de cómo Freud nos ha mostrado que la neurosis habla y de hacernos entender la verdad de lo que dice. Mi propuesta es desplazar un poco esta insistencia en la responsabilización del paciente para traerla un poco más acá y preguntarme qué hay de la responsabilidad del analista. No es casual que la primera y casi única mención de la palabra responsabilidad en el Seminario sobre “*La ética del Psicoanálisis*” sea nada más ni nada menos que una pregunta dirigida precisamente a nuestra responsabilidad como analistas (Lacan, 2011 [1959-1960]). Lacan emplea el término utilizado por Freud en los “*Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad*” en relación a los efectos de la aventura libidinal: “*haftbarkeit*”: responsabilidad, compromiso (Lacan, 2011 [1959-1960]). De eso se trata, nos dice, en nuestra historia colectiva de analistas. Hay algo que se resiste a ser reabsorbido en la dimensión de la pastoral, en los evangelios de la supuesta armonía de la relación genital o en los de la reeducación emocional.

Me interesa tensionar la noción de ‘*responsabilidad subjetiva*’ discutiendo sus devenires clínicos, sosteniendo como timón la ética del Psicoanálisis, ya que Lacan no habla de responsabilidad, sino que ha dedicado ese seminario entero a hablar sobre la ética (2011 [1959-1960]). Se cuestiona allí por el imperativo superyoico y por el verdadero deber del paciente que llega a análisis preguntándose por lo que quiere. Su verdadero deber, nos dice: “¿no es acaso ir en contra de ese imperativo?” (Lacan, 2011 [1959-1960], p.16).

No me parece casual que esta noción de responsabilidad subjetiva cobre relieve en un contexto social en donde proliferan los relatos de la meritocracia, del



'querer es poder', las mostraciones de felicidad virtual y el concomitante taponamiento de los estados de angustia; el empuje a determinado tipo de éxito con su correlativa responsabilización y culpabilización individual del sujeto en caso de no alcanzarlo. Lo que se oculta detrás de estas narrativas es la lógica del neoliberalismo reinante y de su no menos reinante desigualdad social. *Si fracasaste, es tu culpa. Si sentís angustia, es que no le estás poniendo las suficientes ganas al asunto.*

¿Qué ocurre aquí con el superyó? Se vuelve aún más severo y voraz. Ya lo dijo Freud (2011 [1930]): "cuando lo abruma la desdicha, el individuo se mete dentro de sí, discierne su pecaminosidad, aumenta las exigencias de su conciencia moral, se impone abstinencias y se castiga mediante penitencias" (p.122). Por otra parte, de acuerdo al mito freudiano, es el parricidio el que genera el sentimiento de culpa. Por más muerto que esté el padre, y por más muerto que esté Dios: la culpa neurótica no deja de lindar con la culpa cristiana. Que un análisis comience con una responsabilización del sujeto me huele más a confesionario que a Psicoanálisis.

Se habla de las depresiones como si fueran una cuestión de actitud, de voluntad, de elección personal. Como si necesariamente hubiera que ser una persona '*resiliente*' y soportar estoicamente los golpes de un sistema capitalista que no queda por fuera de los consultorios, pero al cual le es más afín negociar con los laboratorios y con la industria farmacológica. Considero que no hay clínica sin política. Y es en tal sentido que me parece crucial cuestionar esta despolitización de la subjetividad. Ligar el Psicoanálisis a conceptos como *responsabilidad subjetiva*, *resiliencia*, *autoestima*...es perder el horizonte del descubrimiento freudiano. Y "no hay ninguna razón para que nos hagamos garantes del ensueño burgués" (Lacan, 2011 [1959-1960], p.362).

Cuando se dice que el paciente tiene que '*hacerse cargo*' se suele pensar en pacientes negacionistas o que se la pasan echándole la culpa al Otro. Bien, puede que al comienzo de todo análisis haya algo de eso. ¿Pero en qué momento



intervenir para '*implicar*' al sujeto? ¿Y qué sucede por otra parte en los casos en donde el paciente es demasiado responsable y se auto inculpa por todo? ¿Qué hay de la necesidad de castigo? O de aquel que puede llegar a sentir culpa en cierto plano, o sentir que fracasa... precisamente cuando en otro plano ha triunfado. Es ilustre lo que Freud (2011 [1928]) nos trae a propósito de Dostoievski: el gran literato necesitaba expiar una culpa perdiéndolo todo en el juego, cayendo en un estado de miseria absoluta que sin embargo coincidía con un momento de esplendor en su producción artística.

También puede ocurrir que sea un paciente cuyo modo de presentación sea el de la amabilidad y que consienta este llamado a '*hacerse responsable*' con la misma aquiescencia e imperturbabilidad con la que luego seguirá gozando indefinidamente de aquello de lo que se queja. Nada se ha movido allí, nada que lo concierna.

¿En qué lugar queda ubicado el analista si tiende a empujar al paciente con intervenciones precipitadas para que '*se haga cargo*'? ¿No queda así ubicado en el lugar del superyó? Esto nos recuerda a las hipótesis formuladas por Strachey (1934) acerca del analista como '*superyó parásito*'. Y ya en el Seminario "*Los escritos técnicos de Freud*", Lacan (1995 [1953-1954]) nos alertaba del peligro de este posicionamiento redirigiendo la atención a la problemática de la transferencia y el amor.

Pareciera ser que olvidamos que Freud (2011 [1930]) situaba al sentimiento de culpa como el problema más importante del desarrollo cultural. Toda su obra "*El malestar en la cultura*" (2011 [1930]) no hace más que recordarnos la paradoja del superyó: cuanto más refinada es la consciencia moral de un sujeto, mayores renuncias pulsionales le demandará. Por ello mismo Lacan (2011 [1959-1960]) nos dirá luego que más allá del sentimiento de obligación, el análisis nos indica la "omnipresencia del sentimiento de culpa" (p.11), omnipresencia de un imperativo moral que puede llegar a lindar con el placer si se piensa en el masoquismo moral.



Etimológicamente, la palabra ‘responsabilidad’ proviene del supino ‘*responsum*’ del verbo latino *respondere*: dar correspondencia a lo prometido, responder. Tiene implicancias redundantes en el Derecho y éste parte del supuesto de un sujeto que es capaz de tomar decisiones de un modo consciente y por lo tanto de asumir las consecuencias de dichas decisiones. Por ello se habla de ‘*responsabilidad civil*’, que puede ser objetiva o subjetiva, dependiendo de la culpabilidad. Derecho que proviene del Estado moderno, hijo de una época en donde, filosofía cartesiana de por medio, pensamos en términos como la consciencia, la razón y la autonomía. Pues bien, ¿no ha venido Freud a demostrar que la estructura del yo es de un profundo desconocimiento, que hay mucho de inconsciente en ese yo que se cree dueño de sí mismo?

Frente a esta problemática se suele traer a colación una nota adicional sobre la interpretación de los sueños que Freud (1992) escribe en 1925: “*La responsabilidad moral por el contenido de los sueños*”. Nos dice allí que el sujeto debe considerarse responsable no sólo de sus mociones oníricas buenas sino también de las malas, ya que éstas también forman parte de su ser. Creo que a lo que apunta es a la importancia de considerar la contradicción inherente al sujeto, el conflicto constitutivo de toda neurosis. Es ese conflicto el que estallará en análisis si -transferencia mediante- logramos que nuestras interpretaciones toquen algún punto sintomático. Si hay algo del orden del compromiso, es aquel que insiste desde lo paradójico del síntoma, del lapsus, del equívoco, del olvido. Si hay algo que nos devela el sueño es que el deseo es deseo de deseo y que lo reprimido de este deseo es sexual, infantil, incestuoso y rechazado por la conciencia moral. No es un saber endulzado del cual el paciente quiera rápidamente hacerse cargo sino un saber del que no se quiere saber nada. De allí la importancia de preservar la dimensión de lo indecible, de que una interpretación pueda consistir en un corte, en el señalamiento de un significante, en un silencio; en lugar de inflar el globo por la vía del sentido.



Freud no deja de marcar allí que el sujeto puede incluso llegar a sentir culpa por algo que sólo ha pensado, por ello menciona los “sueños de punición” y a la neurosis obsesiva como clave para señalar la incidencia de eso que ‘habla’, eso que ‘está’ en mí, eso que ‘produce efectos’ desde mí. Lo que hace es traer al primer plano esa ‘otra escena’, diría yo, para poder otorgarle valor epistemológico. Se esfuerza en separar tajantemente las aguas entre el Psicoanálisis y otras corrientes que desmientan el inconsciente. Dirige en cierto sentido la responsabilidad hacia el lado del analista. Quien no acepte que eso inconsciente también forma parte del yo, no se sitúa, dice, en el terreno del Psicoanálisis. Por eso, en relación a ‘lo malo del ello’, él nos habla en primera persona: “la experiencia *me* muestra que, empero, *me* hago responsable, que estoy compelido a hacerlo de algún modo” (Freud, 1992 [1925], p.135) (1).

Me pregunto, cuestionando un poco el uso que Freud hace de los términos de ‘bueno’ y ‘malo’, si, como analistas... debemos ceder al ideal de moralización cayendo en la vía de una responsabilización ¿No estaríamos así operando más bien de guías o jueces? Y es Freud mismo el que me responde, ya que al final del mencionado texto declara que no le compete al analista “instituir una responsabilidad artificialmente limitada al yo metapsicológico” (Freud, 1992 [1925], p.136) sino que dejará esta tarea al jurista.

Excede a los fines del presente ensayo tensionar el discurso del Psicoanálisis con la Criminología y no desdeño la relevancia del término en cuestión para la Psicología Forense. Me interesa más bien situar esta procedencia jurídica de la palabra porque en sus devenires queda irremediabilmente ligada a otros significantes: el deber, la Ley, la moral, la ética, la conducta, la voluntad, la deuda, la norma, la consciencia, la obligación, la culpa; y ¿por qué no... a la pregunta por la libertad? Vale preguntarse: ¿en qué medida el sujeto es determinado por su historia,

(1) Nota del Comité Editorial: Las cursivas en la cita corresponden a la autora del presente artículo.



en qué medida puede generar una diferencia en la repetición? ¿Radica allí su libertad?

Lacan (2011 [1959-1960]) nos habla de cierto ascetismo freudiano que podríamos ligar al concepto de abstinencia para cuestionar así los ideales analíticos. El ideal del amor humano es el que lo lleva a esgrimirse contra la corriente inaugurada por Abraham, la cual culmina con el ideal del amor genital. El ideal de autenticidad le permite separarse de la psicología del yo, la cual nos llevaría a una caracterología. Finalmente el ideal de no dependencia, dice, nos llevaría a una profilaxis, más a una psicopedagogía o adiestramiento que a un psicoanálisis. La tesis que sostiene durante este seminario es la vertiente desde donde considero que podemos pensar una clínica posible, no ligada a lo imaginario de los ideales ni a las directrices moralistas de una responsabilización superyoica, sino a la cuestión ética ligada a la “ubicación del hombre en relación con lo real” (Lacan, 2011 [1959-1960], p.21).

En tal sentido, sólo podemos hablar de una responsabilidad si ésta queda ligada, no a determinados principios, sino a las consecuencias que todo acto conlleva. No como directriz de conducta, sino desde la apuesta sin cálculos que implica el deseo. Si toda decisión implica algo del orden de la pérdida, el analizante ha de perder, y las consecuencias emergen ya sea por decidir o por no hacerlo. El asunto está en que algo allí pueda perderse. Sabemos a dónde conducen muchas veces los análisis en la neurosis obsesiva cuando se retienen los síntomas adentro del museo y se les saca el brillo elevándolos a la dignidad de signos.

Una tercera fuente desde la cual se produce el deslizamiento hacia esta noción proviene de “*La dirección de la cura y los principios de su poder*” (Lacan, 2002 [1958]). Y allí Lacan tampoco habla de *responsabilidad* sino de *rectificación*, término un tanto ambiguo. Una vez más, si se lee con atención, desde la primera página hasta el final del escrito sitúa en un primer plano la balanza del lado del analista. Lo dice sin rodeos: “volveré pues a poner al analista en el banquillo”

(Lacan, 2002 [1958], p.567). Nos advierte que no debe de hacer uso del poder que su posición le confiere, que no debe de ejercerlo... para que se desarrolle la transferencia, que no hay resistencia salvo la suya, la del analista. Me pregunto: ¿qué hay con su deseo de que haya análisis?

Si durante toda su enseñanza Lacan de a poco puede ir realizando una distinción entre lo real y la realidad, para situar la precariedad de esta última, su disparate incluso, para alejar toda tentativa analítica de adaptación o reeducación emocional, para desligarse de un análisis dual e imaginario... es porque la ética de la que nos habla apunta a un real que no se confunde con dicha realidad. Y la confusión que genera el término *responsabilidad subjetiva* es que puede conducir precisamente a ello: a la dirección del paciente y no a la de la cura, a intentar intervenir sobre la realidad haciendo del análisis más bien una sugestión.

La rectificación apunta a otra cosa, apunta a la ubicación de la posición en lo real, y la posición del sujeto no olvida al inconsciente, más bien lo presentifica, mediante síntomas que apuntan no a la armonía sino a mostrar su división. Síntomas que, no debemos olvidar, son una forma de satisfacción paradójica y sustitutiva, pero forma de satisfacción en fin, provocan displacer en un lado y placer en otro, trayendo junto a ellos lo que Freud (1990 [1905]) ha dado bien en denominar ganancia secundaria de la enfermedad. De allí que los movimientos transferenciales poseerán mayor riqueza si apuntan a mostrar la opacidad del síntoma, su contradicción, su ajenidad, “esa hiancia de la que da testimonio el neurótico al querer justificar su existencia” (Lacan, 2002 [1958], p.593).

Por ello la rectificación apunta a la inversión dialéctica de la posición de *alma bella* en cuanto a la realidad a la que acusa, y no se trata de adaptar, sino de mostrar precisamente lo mucho que el sujeto puede estar adaptado y contribuir a la fabricación de aquello de lo que se queja. Nos advierte Lacan (2002 [1958]) que esto puede generar una precipitación de los síntomas, como ocurre en el caso del *Hombre de las ratas*. Por ello la dirección de la cura “se ordena según un proceso

que va de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia y luego a la interpretación” (Lacan, 2002 [1958], p.578).

¿Por qué insistir en la responsabilidad cuando Lacan dedica un seminario entero, paseándose desde Aristóteles por Kant y hasta por Sófocles y Sade, para dar cuenta de una ética? Ética ligada a una erótica, a una *erotología* dirá años más tarde (Lacan, 2015 [1962-1963]). Ética ligada a una angustia que no engaña, señal de lo real y sin la cual no hay deseo. ¿Por qué no intervenir más bien posibilitando una apertura a dicha angustia en análisis? ¿Por qué no intervenir haciendo que el síntoma genere un movimiento de la neurosis de destino al infortunio común? Si “no hay progreso para el sujeto sino es por la integración a la que llega de su posición en lo universal: técnicamente por la proyección de su pasado en un discurso en devenir” (Lacan, 2003 [1951], p.215).

¿Por qué no permitirle a la reivindicación del alma bella hegeliana un pasaje por el malestar con que choca toda demanda de felicidad si sabemos que para el proyecto de felicidad humana nada está preparado en el macrocosmos ni en el microcosmos? Y que pueda, de ese modo tal vez, hacer algo diferente con dicho malestar, algo menos gozoso. Ética ligada a un vacío que la pulsión bordea, vacío que es necesario preservar, para preservar así el lugar del deseo. Ética ligada a una extimidad constitutiva del sujeto, a un real irreductible, a una modalidad específica de goce que condescenderá o no, mediante el amor, al deseo.

Una vez más, vuelvo a desplazar el eje hacia el lugar del analista. Volviendo un poco a la etimología, si la palabra *responsabilidad* implica una respuesta, desde este lugar no hay respuesta sino una *no respuesta*: un no responder a la demanda. En la proposición del 9 de octubre de 1967 Lacan (1967) propone el término ‘*destitución subjetiva*’ para dar cuenta de algo que posee larga data en su enseñanza. En 1958 la cuestión del ser del analista ya es planteada en términos de una carencia (Lacan, 2002 [1958]). En una de las últimas clases del seminario sobre “*La ética del Psicoanálisis*” nos plantea que la función del deseo tiene una relación



fundamental con la muerte (Lacan, 2011 [1959-1960]). La terminación de un análisis que prepara para devenir analista debe “enfrentar en su término al que la padece con la realidad de la condición humana”, con “el desamparo, en el que el hombre en esa relación consigo mismo que es su propia muerte no puede esperar ayuda de nadie.” (Lacan, 2011 [1959-1960], p.362).

Hay algo que tiene que caer al final de un análisis, cuya función es la del *ágalma*, cuya envoltura es vacía. Algo tiene que caer y tiene que ver con el analista en términos de sujeto supuesto saber. El lugar del saber es aquí central dado que debe excluirse cada vez que se aborda un nuevo caso. No entran en juego nuestras insignias, nuestros títulos, nuestra formación académica.

Del lado del analizante, la respuesta en Psicoanálisis nos relanza a la pregunta por el fantasma, que es la modalidad de respuesta frente a la pregunta por el deseo del Otro. Modalidad de respuesta específica frente al enigma que supone este Otro, lindante con el síntoma, con el goce y también con la demanda. ¿Qué es lo que quiere el Otro de mí? En más de una ocasión el sujeto neurótico pide que le demanden, pero no quiere pagar el precio. El sujeto no puede calcular las consecuencias de dicha respuesta. Pero en cierto sentido está constreñido a responder.

¿Hay allí determinación o libertad? Para Ritvo (Delgado y Ritvo, 2016) estos términos no son opuestos excluyentes sino que se dialectizan: hay una determinación que nos lleva a la libertad. Es lo que denomina “principio de razón insuficiente”. La libertad en Psicoanálisis, nos dice, tiene que ver con el equívoco del ser parlante, implica que cada cual cuando interpreta la demanda del Otro se encuentra con el muro del Otro y en tal sentido estoy obligado a responder y dicha respuesta no está prevista de antemano. Hay allí un lugar para la contingencia.

En última instancia el pasaje por un psicoanálisis viene a poner en juego cuál es la posición del sujeto frente al Otro, posibilitando un saber-hacer en cuanto al síntoma y a la hendidura originaria constituyente, a la falla primordial estructurante.



¿Cuál es su modalidad de goce? ¿Cómo se las ingenia frente a lo que no anda ni puede andar, es decir: frente a la inconsistencia de ese Otro?

Referencias bibliográficas

- ALLOUCH, J. (2016, Octubre 31). *Dos analíticas del sexo*. Conferencia pronunciada en la Universidad de Buenos Aires [UBA Psicología]. Disponible en enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=NGWdLhC7beU>
- BREUER, J. y FREUD, S. (1990 [1893-95]). *Estudios sobre la histeria*. En: S. Freud *Obras completas*, T.2. Buenos Aires: Amorrortu.
- DELGADO, O. y RITVO, J.B. (2016, Junio 11). *Libertad y Responsabilidad*. Conferencia pronunciada en la Universidad de Buenos Aires [UBA Psicología]. Disponible en enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=9hegUqELTUI&t=3893s>
- FREUD, S. (2011 [1930]). *El malestar en la cultura* (1929). En: S Freud *Obras completas*, T.21. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2011 [1928]). *Dostoievski y el parricidio* (1927). En: S. Freud *Obras completas*, T.21. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1992 [1925]). *La responsabilidad por el contenido de los sueños*. En: S. Freud *Obras completas*, T.19. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1990 [1905]). *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (1901). En: S. Freud *Obras completas*, T.7. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2015). *El Seminario Libro 10 "La Angustia"* (1962-1963). Buenos Aires: Paidós.
- (2011). *El Seminario Libro 7 "La ética del Psicoanálisis"* (1959-1960). Buenos Aires: Paidós.
- (2003). *Intervención sobre la transferencia* (1951). En J. Lacan: *Escritos 1* (pp. 209-220). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2002). *La dirección de la cura y los principios de su poder* (1958). En: J. Lacan *Escritos 2* (pp.559-616). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1995). *El Seminario Libro 1 "Los escritos técnicos de Freud"* (1953-1954). Buenos Aires: Paidós.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

---- (1967). *Proposición del 9 de octubre de 1967. Primera versión oral*. Disponible en enlace:

http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=el_pase&SubSec=articulos&File=articulos/lacan_proposicion.html

LOMBARDI, G. (2009). *Rectificación y destitución del sujeto*, Aún, 1. Buenos Aires.

ULLOA, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica* (1995). Buenos Aires: Libros del Zorzal.

STRACHEY, J. (1934). *La naturaleza de la acción terapéutica del Psicoanálisis*. Disponible en enlace:

[file:///C:/Users/Vale/Downloads/LANATURALEZADELAACCIÓNTERAPÉUTICA DELP...%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Vale/Downloads/LANATURALEZADELAACCIÓNTERAPÉUTICA DELP...%20(1).pdf)

Bibliografía

EIDELSZTIEN, A. (2015). *La “responsabilidad subjetiva” en Psicoanálisis*. Disponible en enlace: <https://elreyestadesnudo.com.ar/wp-content/uploads/2015/09/La-responsabilidad-subjetiva.pdf>



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

¿QUÉ ES AQUELLO QUE LLAMAMOS EXPERIENCIA ANALÍTICA?

FLORENCIA MARCUZZI
fmarcuzzi@hotmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Síntoma - Transferencia - Experiencia analítica

Introducción

Solemos escuchar que las personas consultan a los analistas con el fin de 'curar' el malestar que los aqueja. Esta idea proviene del discurso médico: a través de la descripción, clasificación y diagnóstico de distintos signos, es posible arribar a un tratamiento adecuado que tiene como resultado la eliminación de los síntomas. Pero, ¿qué papel juega uno en ese malestar que lo aqueja?



Para el Psicoanálisis, el síntoma es la estructura, lo más propio del sujeto, es radicalmente único. No hay sujeto sin síntoma. Lo que orienta la práctica es la producción del síntoma analítico en la transferencia.

El cuestionamiento a la noción de *cura* implica una posición política: no existe *una* cura, *un* fin de análisis. Cada tratamiento encuentra su fin de modo absolutamente singular. El fin de análisis no es un punto de llegada, está jugado desde el principio.

El presente ensayo tiene como objetivo poner en juego algunos de los conceptos fundamentales del Psicoanálisis en relación a la experiencia analítica: síntoma, transferencia, demanda, deseo del analista, fin/fines de análisis; abriendo la posibilidad a pensarlos fuera del espacio cerrado de un consultorio. En este sentido, el ámbito institucional es un lugar privilegiado para leer la subjetividad de una época.

Es importante recordar que, desde donde sea que se nos solicite intervenir, siempre estamos atravesados por los condicionantes que caracterizan nuestra época y que también deben ser objeto de análisis.

La experiencia analítica

“La experiencia analítica implica un recorrido que parte de los síntomas y la novela del analizante y en el sentido de una reducción alcanza la letra singular del analizante.”
(Kelman, 2015, p.4)

Freud (1986) nos hablaba del malestar que inevitablemente nos provoca la cultura, inhibiendo nuestras pulsiones. Desde incluso antes de nacer, el ser humano está atravesado por la cultura. Esto nos da el primer indicio de que la experiencia analítica nunca puede centrarse sólo en lo que pasa dentro de las paredes de un consultorio. Estamos condicionados por múltiples determinantes históricos, sociales,



económicos, políticos y culturales, que marcan y constituyen nuestra subjetividad, y que constantemente debemos analizar.

Al instaurar la regla fundamental del análisis, Freud dijo: *diga todo lo que se le viene a la mente*. Le decía a sus pacientes: “usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. (...) Nunca ceda ante esa crítica; dígalo a pesar de ella” (Freud, 1990, p.136). Cada vez que repetimos esta regla, de diferentes maneras, lo que hacemos es invitar a que las cosas se empiecen a mover. Ésta es una de las particularidades del Psicoanálisis: mientras todo empuja hacia la quietud, el psicoanálisis busca sacudir.

¿No es acaso lo que hacemos, o intentamos hacer, cada vez que nos solicitan desde una institución, por ejemplo?

A partir de esta regla fundamental, es necesario que se lleve a cabo una escucha analítica por parte del analista. Se ponen en juego en ese momento dos significantes: el significante del síntoma y el significante de la transferencia.

¿Qué es el síntoma?

Como primer acercamiento a la noción síntoma debemos diferenciar lo que se entiende por él desde el discurso médico y desde el Psicoanálisis.

Para la medicina, el síntoma constituye la ‘*cara visible*’ de la enfermedad. A partir de ciertos rasgos característicos y estipulados de antemano, se tiende a clasificar y diagnosticar en función de arribar al mejor tratamiento posible, que tendría como resultado la eliminación del síntoma y, por lo tanto, la cura de la enfermedad. Para el Psicoanálisis, en cambio, el síntoma es la estructura del sujeto.



Freud (1991a) planteaba que los síntomas tienen un sentido, y que ese sentido tiene que ver con el vivenciar del paciente. Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto psíquico entre dos fuerzas, dos significados que se contradicen por completo entre sí.

Pero, al poco tiempo, se dio cuenta de que los síntomas empezaban a resistirse: la comunicación de su interpretación no levantaba la represión. Freud descubrió la otra cara del síntoma, su cara pulsional. En el síntoma, el sujeto encuentra una satisfacción pulsional que, aunque vivida como sufrimiento, y a pesar de quejarse de ella, no deja de ser una satisfacción de la que no se quiere desprender. El síntoma, entonces, es un aparato que permite un tratamiento de lo libidinal, es un aparato de goce.

En el discurso el síntoma irrumpe, rompe la intencionalidad, se presenta como un sin sentido. Tiene la impronta de la metáfora: sustitución de una representación por otra.

Lacan (1984) va a decir, en un primer momento, que el síntoma es un mensaje dirigido al Otro, en consonancia con la tesis freudiana del síntoma como un mensaje cifrado.

Años después, plantea que el síntoma es lo que viene de lo real: “Se presenta a ustedes como un pececito cuya boca voraz solo se cierra si le dan de comer sentido. Entonces, una de dos: o con eso prolifera o revienta.” y concluye diciendo: “El sentido del síntoma no es aquel con que se lo nutre para su proliferación, el sentido del síntoma es lo real, lo real en tanto se pone en cruz para impedir que las cosas anden” (Lacan, 1993, p.84).

La interpretación, entonces, no consistiría en agregar sentido, sino, por el contrario, en reducir el sentido para llegar al significante privilegiado del sujeto que remite al punto de estructura.



Podemos encontrar en Lacan dos momentos con respecto al síntoma: el primero, más relacionado al síntoma como una formación del inconsciente freudiano; y un segundo momento, donde el síntoma es un aparato de escritura.

La escritura remite a un decir. Todo decir viene del dicho, que es siempre *medio-dicho*. Es preciso que haya otra vuelta del dicho para que se produzca un decir. Recorrer por segunda vez el *medio-dicho* es la interpretación. Se trata de que el sujeto pueda hacer algo con eso: respuesta a lo Real. La entrada en un análisis se produce cuando el analizante asiente a que se produzca un decir.

Freud nos hablaba de la construcción del síntoma analítico en la transferencia. Pero...

¿Qué es la transferencia?

Freud (1985) menciona por primera vez la noción de transferencia en los “*Estudios sobre la histeria*”, para seguir trabajándola en distintas obras posteriores.

Plantea que “la transferencia surge en el paciente desde el comienzo del tratamiento y durante un tiempo constituye el más poderoso resorte impulsor del trabajo” (Freud, 1996, p.402).

El autor manifiesta que el analizado no recuerda lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. Lo repite sin saberlo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto. La transferencia no es por sí misma más que una repetición. A partir de esta repetición surgen los caminos para la evocación de recuerdos, una vez que son vencidas las resistencias.

Cuando la cura se ha apoderado del enfermo, y puede establecerse este tipo de relación transferencial, la ‘*antigua neurosis*’ se sustituye por una ‘*neurosis de*



transferencia'. Todos los síntomas del enfermo '*cambian*' su significado originario por un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia.

Lacan, por su parte, da cuenta de la transferencia como motor y condición misma del análisis (Brodsky, s.f.). Gracias al sujeto supuesto saber, el sujeto cree en el Otro y se dirige a él suponiendo que el saber ya está en alguna parte. El sujeto supuesto saber es una significación de saber, no un saber del analista o del analizante: se sitúa entre ambos en la medida en que el saber inconsciente del sujeto se despliega bajo transferencia.

Cuando una persona llega a consulta, supone que el analista sabe sobre ese malestar que lo aqueja.

La posición del analista se establece a partir de la renuncia a usar el poder que la transferencia le otorga a nivel de lo que dice. Es decisivo, para que el analista ocupe su lugar, que no encarne el saber; aun cuando sea imprescindible para la transferencia que el analizante le suponga saber, es decisivo que él no lo crea.

La experiencia psicoanalítica consiste en poner al trabajo al sujeto, que debe implicarse respecto de la verdad subjetiva en juego y asumir una responsabilidad propia respecto de su propia patología (Kelman, 2012). Lacan (2010) llamó rectificación subjetiva a este cambio en el sujeto que acepta su implicación en el síntoma; a partir de ahí comienza el análisis.

Deseo del analista

Lacan, en el Seminario "*La angustia*" (2006), dedica algunas clases a desarrollar este concepto, comparando las concepciones de distintas colegas, y realizando una crítica a la noción de contratransferencia a la que se asociaba.



Si un sujeto llega al analista, es porque algo produce sufrimiento. Eso lo empuja a la demanda y allí es cuando el deseo del analista tiene un lugar posible, para instalar un lazo entre el deseo del paciente y el deseo del analista y producir las condiciones de un nuevo discurso, "... es el deseo del analista el que, en último término, opera en el análisis" (Lacan, 1983, p.390).

La presencia del analista sosteniendo la escucha es un instrumento esencial: abre la posibilidad de que alguien tome la palabra, causa el decir del analizante.

Lacan (2006) dirá que el analista finge olvidar saber que está en la posición de causa del deseo, es decir, que es causa de que el análisis continúe hasta la caída del Sujeto supuesto Saber. Esto tiene que ver con una decisión ética respecto de la dirección de la cura, que involucra un saber hacer allí con lo real. En este punto es importante aclarar que el deseo del analista no tiene nada que ver con el sujeto analista. "El deseo del análisis es un deseo de obtener la diferencia absoluta (...) No es un deseo puro." (Lacan, 1989, p.262).

El deseo del analista apunta entonces a crear las condiciones internas que den lugar a un cambio en la posición del sujeto, como consecuencia, no como fin. Por eso Lacan insistió en que *'la cura se produce por añadidura'*.

La 'cura' y el/los fines de análisis

'La cura se produce por añadidura', ¿qué significa esto? Significa que el análisis no se propone como fin la cura del paciente, entendiendo la cura en sentido médico como una remoción de síntomas. Lacan (2006) dice: "Nuestro deber, es mejorar la posición del sujeto. Pero yo sostengo que nada es más vacilante, en el campo en que nos encontramos, que el concepto de curación" (p.68).



El modo de concebir el fin de análisis comanda el modo en que concebimos la transferencia, y el hecho de que haya fin de análisis no implica que haya garantías. Freud (1991b) mismo recomendaba retomar el análisis cada 5 años.

Cada tratamiento encuentra su fin de modo absolutamente singular. No hay *un* fin de análisis, generalizable, universal. Hay fines de análisis, subordinados a lo irreducible singular. El fin de análisis implica anoticiarse de lo real que habita en cada uno, y hacer algo con eso.

Es necesario hacer una distinción entre interrupción de un análisis o el fin del mismo. La interrupción se produce cuando hay una detención.

En el fin de análisis encontramos la confrontación entre lo real y la verdad. Ese real, fuera de lo simbólico, no tiene relación con la cadena significativa en la que se despliega la verdad del sujeto. Sin embargo, ambos se sostienen, ya que ese real marca al cuerpo viviente que soporta al sujeto, a ese cuerpo que es lugar del goce.

En el fin de análisis, lo que se produciría, entonces, es un cambio en la respuesta de satisfacción del sujeto respecto al goce.

¿Qué sucede en las instituciones?

Como psicólogos/as, podemos ser solicitados desde distintos ámbitos: de salud mental, institucionales, educativos, carcelarios, sociales, comunitarios.

A diferencia de algunos discursos, el Psicoanálisis no se orienta en función de los ideales terapéuticos sociales, que reclaman una cura inmediata, un bienestar permanente o simplemente que eso que hace ruido se silencie. El Psicoanálisis se orienta en función del síntoma.



Lacan (1993) habla del síntoma como signo de lo que no anda en lo real, como disruptivo en el funcionamiento de las cosas, e indicando seguramente el lugar del sufrimiento.

Al llegar a las instituciones, muchas veces nos vemos sobrepasados por pedidos que provienen de distintos actores y que tienen que ver con múltiples malestares que atraviesa la institución. Debemos ubicar, en un primer momento, una demanda, lo que no significa responder directamente, sino poder hacer un giro, un desplazamiento con respecto a ella.

El lugar posible del Psicoanálisis en la institución depende de la instalación de la transferencia. Al analista requerido para intervenir también se le supone un saber, y es necesario que esté advertido de este hecho, ya que, de no hacerlo, estaría respondiendo a la lógica del discurso amo o universitario.

A partir de una experiencia personal en un Centro de Convivencia Barrial, que se desarrolló como una práctica que formaba parte de un curso -no es un dato menor, ya que no fuimos solicitados desde la institución, sino que nos '*ofrecimos*' a trabajar allí-, es que surge el interés por re-pensar estos conceptos en el ámbito institucional e intentar dilucidar el lugar de un analista allí.

Si pensamos lo clínico como intento de aliviar el malestar, podemos ubicar una función clínica del analista en la institución, funcionando como éxtimo, entendiendo que no desconoce que habita una institución, atravesada por sus reglas y normas propias, pero que, sin embargo, mantiene cierta ajenidad con respecto a las mismas, buscando, cada vez, un modo particular de hacer con ellas. Muchas veces, nos encontramos con los ideales del '*para todos por igual*', que obstaculizan las prácticas y suprimen las diferencias a nivel del deseo y del goce.

Si hay algo universal que el Psicoanálisis nos enseña, es que ningún caso es generalizable. Se trata siempre de una elaboración singular.



Entonces... Volvamos al inicio: ¿qué es aquello que llamamos experiencia analítica?

“La experiencia analítica implica un recorrido que parte de los síntomas y la novela del analizante y en el sentido de una reducción alcanza la letra singular del analizante.” (Kelman, 2015, p.4)

Esa letra singular del analizante remite a la manera en la que goza ese sujeto.

La experiencia analítica consiste, entonces, en que el goce pueda *en-letrarse* y pasar al saber. En este sentido, la letra funciona como un litoral -entendido como una línea que no tiene demarcación, no pertenece ni a un territorio ni a otro- entre el goce y el saber.

Tendemos a buscar siempre una completud, un saber sobre eso que nos interpela. Es innegable que queremos saber: vivimos rodeados de saberes. Sin embargo, las máscaras del saber esconden, velan, tapan, aquello que precisamente el Psicoanálisis revela: un saber no sabido, el saber del inconsciente. Y el recorrido de un análisis es la búsqueda de una vía que nos acerque a un saber, pero a un saber ligado a una verdad íntima, particular, irreductible, una verdad que habita en un punto de ocultamiento del sujeto.

Toda interpretación es no a la significación del síntoma, sino interpretación de goce que está jugado en esa letra.

En una institución, el funcionamiento cotidiano hace que muchas veces no se cuestione el accionar de los y las trabajadoras, lo que lleva a prácticas estandarizadas y generalizables. Allí es donde comienza el malestar, y la intervención del analista tendría como objetivo introducir preguntas donde sólo se encuentran certezas, cuestionar las prácticas, desnaturalizar rutinas y volver siempre al por qué y para qué de esas acciones.



Se entiende, en este sentido, que siempre tiene que ver con un accionar irreductiblemente singular.

Conclusiones

Tanto Freud como Lacan, anhelaban que el Psicoanálisis se inscribiese en la cultura, sin reducirse sólo al espacio cerrado de un consultorio.

El sujeto que se nos presenta en análisis es un sujeto atravesado por una historia, por condiciones socio-económicas, políticas y culturales propias de su época.

Vivimos en una sociedad atravesada íntegramente por distintos discursos que proponen '*vivir el instante*', por una fuerte tendencia a una ilusoria felicidad absoluta; por la publicidad, la creciente y acelerada producción de nuevas tecnologías y nuevos productos destinados a paliar el malestar que inevitablemente padecemos. El Psicoanálisis se planta frente a eso, dando lugar al tiempo subjetivo.

En las instituciones se reciben variadas demandas de sujetos con nuevas formas de malestar que produce la civilización. Nos encontramos con situaciones que muchas veces están atravesadas también por otras urgencias que tienen que ver con, por ejemplo, escasez de recursos básicos de salud, recursos alimentarios, de vivienda. ¿Cómo nos posicionamos en esas circunstancias?

Síntoma, transferencia, deseo del analista, entre otras, son construcciones teóricas que nos permiten dar cuenta de los fenómenos con los que nos encontramos en la cotidianeidad de nuestra labor analítica, tanto en un consultorio como en instituciones.



En la clínica médica, el síntoma es señal de lo patológico y la cura esperada es su eliminación. En Psicoanálisis, no hay un sentido común de los síntomas y cada análisis es absolutamente singular.

En la experiencia analítica, el sujeto debe asumir una responsabilidad con respecto a su malestar, debiendo implicarse respecto de la verdad subjetiva. Ésta es la especificidad del Psicoanálisis con respecto a otros tratamientos: no se desentiende de la responsabilidad del sujeto y por ello lo trata en su incomparable singularidad.

No hay eliminación del síntoma, porque el síntoma analítico es la estructura singular de cada uno.

Un análisis no es sólo *ir y hablar*, sino que ese hablar tenga consecuencias, que haya un decir. El decir es del orden de la escritura y atañe a la interpretación. Sólo se produce a partir del dicho. Es el dicho el que hace existir al decir, pero en una relación de exterioridad. El decir es lo que abre la vía del sentido. De lo que se dice, algo se escribe, y eso que se escribe va al final de análisis.

Para que haya fin de análisis hace falta que no todo sea inasible, es preciso que algo se pueda cernir, y eso se logra gracias a la escritura, que no es otra cosa que lo que de goce se fija.

El Psicoanálisis demuestra, en cada caso, que no hay un saber universal.

Referencias bibliográficas

BRODSKY, G. (Sin fecha). *Acerca del Sujeto Supuesto Saber. Las enfermedades del sujeto supuesto saber*. Escuela de Orientación Lacaniana. Disponible en enlace:
<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATY3ZmYAZS05Mzg3LW>



RiNjYALTAWAi0wMAoARgAAA8B3qQfPWBhFogssV82L2%2FQHAlYsaT2L14FKh5vyJLHUcXcAAAIBDAAAAlYsaT2L14FKh5vyJLHUcXcABB7PEeQAAAA%3D/sxs/AQMkADAwATY3ZmYAZS05Mzg3LWRiNjYALTAWAi0wMAoARgAA A8B3qQfPWBhFogssV82L2%2FQHAlYsaT2L14FKh5vyJLHUcXcAAAIBDAAA AlYsaT2L14FKh5vyJLHUcXcABB7PEeQAAAAABEqAQAlaq1mwwg6D5CmlDfEE EBMXs%3D

- FREUD, S. (1996). *Conferencia 27°: "La transferencia"*. En: S. Freud *Obras completas*, T.27. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1991a). *Conferencia 17°: "El sentido de los síntomas"*. En: S. Freud *Obras completas*, T.14. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1991b). *Análisis terminable e interminable*. En: S. Freud *Obras completas*, T.23. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1990). *Sobre la iniciación del tratamiento*. En: S. Freud *Obras completas*, T.12. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1986). *El malestar en la cultura*. En: S. Freud *Obras completas*, T.21. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1985). *Estudios sobre la histeria. En colaboración con Josef Breuer*. En: S. Freud *Obras completas*, T.2. Buenos Aires: Amorrortu.
- KELMAN, M. (2015). *¿Hacia una clínica del lazo social?* Ponencia en I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones "Gino Germani". Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires. Disponible en enlace: <http://cdsa.aacademica.org/000-079/132.pdf>
- (2012). *La noción de síntoma en la intersección entre clínica médica y clínica psicoanalítica*. Disponible en enlace: <http://www.psicoanalisisyciencia.unr.edu.ar/?p=394>
- LACAN, J. (2010). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En: J. Lacan *Escritos 2* (559-615). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2006). *El Seminario Libro 10 "La angustia"*. Buenos Aires: Paidós.
- (1993). *La tercera*. En: J. Lacan *Intervenciones y textos 2* (pp. 73-108). Buenos Aires: Manantial.
- (1989). *El Seminario Libro 11 "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (1984). *El Seminario Libro 3 "Las psicosis"*. Buenos Aires: Paidós.
- (1983). *Del Trieb de Freud y del deseo del analista*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp. 809-812). México: México.



Bibliografía

- FREUD, S. (1996). *Conferencia 28°: "La terapia analítica"*. En: S. Freud *Obras completas*, T.27. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1991). *Conferencia 23°: "Los caminos de la formación de síntoma"*. En: S. Freud *Obras completas*, T.14. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1990). *Observaciones sobre el amor de transferencia*. En: S. Freud *Obras completas*, T.12. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1990). *Dinámica de la transferencia*. En: S. Freud *Obras completas*, T.12. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1990). *Recordar, repetir y reelaborar*. En: S. Freud *Obras completas*, T. 12. Buenos Aires: Amorrortu.
-



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

EL SILENCIO COMO EVIDENCIA

YANINA AGUIRRE
yaninahesse@gmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Derechos - Trauma - Abuso - Marcas

Introducción

Mis prácticas las efectúo en un Centro de Salud perteneciente al sistema de Salud Pública. El trabajo que allí realizo me fue homologado en el Curso “*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*”. Estas prácticas suponen establecer acciones junto a otros concurrentes de distintas disciplinas en centros de salud barriales. De la mano del acompañamiento de un tutor o tutora para cada disciplina.



Estas actividades suponen varias instancias de formación y sobre todo de participación dentro de la institución y con su población, en una generación de lazos con la misma, tomando como herramientas las visitas domiciliarias en trabajos estratégicos con otras disciplinas. También forman parte de la práctica la articulación con otros sectores de trabajo a nivel escolar, otros niveles de atención en salud y también del sistema judicial. Se establecen contrareferencias con Tribunales, por lo general casos de violencia de género que son tomados por el Centro de Salud en su función de efector de atención primaria. Donde se establece una contención y seguimiento conjunto de cada caso que se decide tomar. La concurrencia brinda una amplia participación e intervención en cada una de las instancias, de construcción solidaria con el equipo para generar dispositivos, talleres con la población, así como la generación de nuevas lógicas de trabajo en lo que atañe a salud mental.

En este marco tuve la oportunidad de estar presente durante todo el proceso de un juicio oral y público de un caso por abuso sexual infantil. Caso que había sido tomado por la psicóloga del centro de salud -que también oficia de mi tutora-, tras demandar la madre de la víctima tratamiento psicológico para ella y el adolescente. La familia se encuentra adscripta al centro de salud por pertenecer al barrio y ya haber tenido algunas atenciones en este lugar. Se compone de madre, padre y dos hijos, uno de 22 años y el más chico de 13 años. La madre no trabaja y el padre lo hace en relación con una institución pública. Este caso es el que desarrollaré.

Elección de un caso. Marcas de la legalidad, permiten vías al trauma

Decidí tomar esta experiencia como puntapié de este ensayo, porque fue un proceso muy novedoso para mí, en el cual pude asistir a relatos de pericias, debates y argumentaciones que significaban posiciones enfrentadas. Cada una representaba intereses distintos, la forma de defenderlos y su contenido me abrieron múltiples

interrogantes, pero los más importantes fueron: el lugar legítimo que ocupa el contenido subjetivo de las llamadas *evidencias* y el trabajo del psicólogo para '*defenderlas*'. Y, por otro lado, cómo impacta en la subjetividad de un niño, como en este caso, un hecho traumático y las consecuencias que un proceso judicial que impone una legalidad surte efectos en la vida anímica del niño.

Para contextualizar este proceso, puedo contar que la denuncia, por la que el caso comienza a desarrollarse, es efectuada por la madre del niño que llamaré M y a él, A. Realiza la denuncia una noche -hace ya casi un año y medio- en la que encuentra a su marido, padre de A, encima del niño en la cama de la habitación del matrimonio. Tras encontrarse con esa imagen, M la disuelve interrogando al niño y al marido sobre lo que allí estaba ocurriendo. Ambos desmienten cualquier situación parecida a un abuso, acto seguido la madre llama a la policía, quienes luego llevan detenido al padre del niño. M esa noche había consumido cocaína, práctica que era frecuente y circulaba entre ella y el marido. Esta escena y estos elementos son los que transitaron durante todo el proceso judicial en distintos discursos cada vez. Los componentes del relato inicial -el que quedó registrado en la denuncia- de M fueron sometidos constantemente a valoraciones insidiosas por parte de la defensa, que intentaban favorecer al acusado. Prevalciendo la fabulación de que la escena no había existido en realidad y que sólo fue alucinación producto de los efectos de la cocaína consumida por la madre.

Vale aclarar que todo mi relato en este ensayo será bajo la premisa de culpabilidad del padre del niño acusado por abuso sexual con acceso carnal desde largo tiempo.

Lo que más me llamó la atención del poder asistir a un hecho judicial de tal magnitud, fue por un lado la disposición física de la escena, donde el acusado estaba presente, acto no menor, junto a sus abogados dispuestos a defenderlo con argumentos manipuladores, distractores y pretendidamente ingenuos, apostando a la palabra como herramienta de persuasión y poniendo en acto un gran esfuerzo por



materializarla sólo con fines argumentativos a merced de los propios intereses: declarar inocente a su defendido

No me pareció menor que el acusado por abuso sexual, con toda la carga que esto conlleva tanto para la víctima y su familia como para quienes están apoyándolos y defendiendo, se encontrara siempre en el recinto. En el mismo donde estaban también continuamente los familiares del adolescente, pero también la familia del acusado, generando siempre una tensión realmente innecesaria, que provocaba un malestar y muchas veces desestabilización de los que allí se encontraban.

Fue impactante ver al padre biológico -pudiendo diferenciar del rol de padre, de un vínculo de padre e hijo, de cuidado y protección- siempre presente en el lugar, pero también siempre ocultando su rostro. Con gestos que hacían que su mirada quedara petrificada hacia abajo, nunca dirigiéndola hacia quienes estaban declarando. ¿Puede dar esto cuenta de cierto registro de lo acontecido, de algo parecido a la culpa o vergüenza? Esto sólo es una hipótesis.

A lo largo del proceso, los relatos de los profesionales que escucharon, asistieron o acompañaron a A después de la denuncia coincidían en algo: el niño era muy introvertido, le costaba sostener la mirada, no se podía establecer una conversación porque sus respuestas eran siempre acotadas. Su postura hermética en todo sentido, y no lograba ningún tipo de palabra sobre lo acontecido. Esto fue así desde el día de la denuncia hasta terminado el proceso, sus allegados pudieron testimoniar que esta introversión era propia del niño desde siempre. Las pericias psicológicas que se le hicieron a A, todas arrojaron que no se encontraba en condiciones de declarar ante el Tribunal. Y fue esto lo que sostuvieron hasta último momento los abogados de A, especializados en infancia, y que defendían su '*interés superior*' como establece la Ley 26.061 de *Protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes* (2005), poniendo como prioridad lo que el niño manifestó en reiteradas oportunidades de diferentes formas, pero sobre todo lo que

manifestó con silencios, en la continua decisión de no querer hablar. Sin embargo, los miembros de la defensa insinuaron constantemente que el niño podía llegar a hablar, porque había pasado un tiempo prudencial para que se sintiera con la comodidad suficiente para declarar. También alegaban, por haber demostrado muchos cambios luego de verse apartado del padre. Frente a esta insistencia y argumentación, el Tribunal decide convocar a A para declarar en Cámara Gesell a cargo de una psicóloga, situación que él acepta.

Se puede pensar que efectivamente se produjeron grandes cambios en la subjetividad de A, según los dichos de los profesionales que lo acompañaron y de los familiares: que él haya sido por fin escuchado -no precisamente mediante su voz-, que su experiencia se haya puesto en palabras por medio de su madre, tuvo efectos en A. Es por esto por lo que, a sorpresa de muchos, A decide hablar. Acepta el pedido del Tribunal y manifiesta su deseo de declarar. Esta decisión da cuenta de movimiento en su posición subjetiva, que hasta el momento había sido pasiva. El proceso judicial por una causa que lo tenía como protagonista lo venía llevando a cabo su madre. Mientras él, si bien estaba atento a cada detalle, intentaba mantenerse al margen. Confiando que M lo defendiera, de hecho, en reiteradas ocasiones era esto lo que le manifestaba a ella: *"andá y contá toda la verdad"*.

Llegado el momento de declarar, sin embargo, al concurrir a la Cámara Gesell con previa notificación y asesoramiento de lo que ese hecho implicaba, A no pudo decir nada acerca del por qué de la denuncia inicial. No pudo expresar en palabras una argumentación que legitime lo que la madre había denunciado. Sólo fueron respuestas evasivas, que daban cuenta de cierta confusión en la temporalidad de los hechos. Si el resultado que se deseaba era obtener una declaración clara y certera respecto de los hechos, no ocurrió. Pero A habló, no dijo nada sobre los abusos de su padre, pero al tomar la decisión de presentarse ante el Tribunal y con conocimiento de todo lo que eso conllevaba legalmente, representa



un cambio de posición drástico. De lo que no quedan dudas, es que el niño con los recursos con los que contaba, habló.

Marcas que se dejan escuchar

Esta personalidad, ¿qué puede decirnos del niño? Resulta por demás de evidente la introversión de A, lo cual me llevó a pensar qué es lo que lo pudo causar. Tras haberse perpetrado por muchos años los abusos por parte del padre, es indudable que una marca tuvo que haber quedado en A. Marcas de un trauma que al no contar con los recursos para tramitarlo calan aún más hondo en la subjetividad. ¿Cómo es posible significar que aquel que es el encargado del cuidado y protección sea el mismo que subsume al sometimiento y sostiene una relación desde el abuso de poder al ser una relación asimétrica? No se trata únicamente del abuso sexual del cuerpo y la intimidad, sino también del sometimiento que implica establecer una relación de paternidad con un padre que se convierte en victimario. Y plantea, de esta forma, reglas de vinculación de las cuales es muy difícil poder desarmar sin quedar de alguna manera entrampado. Pues supone una complicidad, un secreto que sostiene a la relación, y es la forma de vinculación que el niño reconoce como válida. Se comienza a cimentar la subjetividad del niño en un estar con el padre bajo sometimiento donde aquel lo vive como cotidiano, se podría decir que es una forma de extorsión -el padre de A era la única persona con la que realmente se relacionaba; hasta una simple conversación con otra persona era dificultoso-. Porque ésta es la forma de ser hijo y de ser padre que el niño conocía, estar por fuera de ella supondría una ruptura en la relación, en la construcción de amor donde se ha sabido enarbolar y desde ahí su personalidad. María Cristina Oleaga (2018) en un artículo, aporta:

“El victimario insiste en confirmarle que son cosas que los adultos y los niños hacen, que todo es normal y producto del amor, al tiempo que lo amenaza con matar a alguien significativo si no mantiene el secreto de esos intercambios supuestamente tan adecuados” (s.p.).

Si bien en este caso no hay indicio de que hubiera amenazas explícitas, el hecho mismo de que el niño sólo sostenga un vínculo real con el padre y no establezca una comunicación con los demás participantes de su entorno, habla de una forma de extorsión emocional. A, con el paso del tiempo, y llegando a su adolescencia se encontraba cada vez más ensimismado. Su único vínculo era su padre y ésta era la norma. El develamiento de estas prácticas abusivas supondría que el padre fuera preso, que haya una sentencia sobre eso y A se quedara sin alguien en quien confiar. Si su único vínculo de apego era su padre, que lo apartaran conllevaría su soledad, sumado a la culpabilidad de llevar a su propio padre a la cárcel.

Se puede elucubrar que la personalidad introvertida de A y su negación de los hechos se ha ido forjando de la mano de los sometimientos que su padre sostenía. Es una respuesta al trauma. Para dar cuenta de esta idea puedo recurrir a Freud (2013) en su texto *“Más allá del principio de placer”* donde hace una diferenciación entre dos tipos de trauma y los sitúa en relación a la irrupción libidinal en la estructura psíquica. Hay una perforación de la barrera antiestímulos, estímulo que sería la irrupción pulsional. Osvaldo Delgado (s.f.) lo plantea así:

“¿Qué es la famosa barrera protectora antiestímulo? Es la cadena significativa misma. Es la que le permite al sujeto tratar el goce y mantener el equilibrio del principio del placer y de este modo mantener la dimensión homeostática del sujeto” (s.p.).

En este sentido releendo a Freud puedo pensar que la angustia señal sería aquella que tiene la posibilidad de ser expresada en síntomas, se va a destacar en el Yo del sujeto (Freud, 2013). La angustia traumática la podemos ubicar en la ruptura



de esta barrera antiestímulos que mencionaba, en una irrupción libidinal que no se puede ligar, no se puede representar. En otro artículo, “*Angustia y trauma*”, Delgado (2011) aclara: “Se trata de un padecimiento no causado por un representante psíquico reprimido (como en el síntoma), sino por la ausencia misma de ese mecanismo. Por esto mismo desarticulación del tiempo lógico” (s.p.). Es aquí donde puedo situar al niño, en su inhibición, en sus silencios puedo ver los efectos de esta angustia traumática que no deja marca visible, pero sí una que se puede escuchar. La violenta irrupción que supone el abuso del padre lo deja sin recursos, ¿cómo significar aquello que irrumpe de tal forma que deja en una posición de desvalimiento completa? Es una violación directa a los derechos del niño, a su posibilidad de construirse como sujeto, porque el abuso escapa a sus formas de simbolización y de significar como ilícito aquello que está sucediendo. El silencio fue la forma que A encontró para convivir con el acontecimiento traumático.

En este sentido, ¿el proceso del juicio sirvió para que fijara el hecho como un acto? Como algo acontecido y no solamente nombrado, no ya como un relato de una persona que oficia como testigo, sino como legitimación de aquello que de ese relato ha ocurrido. Se puede pensar que recién ahora el adolescente puede nombrar desde otro lugar su infancia, e intentar comenzar a hacer lazo con su familia, reencontrarse con ella. Poder sentir al fin la cercanía de aquellos quienes no dudaron de él e intentaron construir una historia que lo pudiera nombrar, en una historia donde él se pueda nombrar y encontrar identidad. Encontrar una nueva identidad, propia. Haber atravesado un proceso judicial no fue menor, porque le otorgó una legalidad a lo acontecido, hubo una sanción aún más allá de la condena que pudieran darle al acusado. Se produjo una marca. Una marca que puede officiar de habilitadora. Permite comenzarse a abrir una vía de tramitación a lo acontecido, alguien o algo marcó una sanción que produce un nuevo orden subjetivo. En esta línea María Cristina Oleaga (2015) afirma:



“Podemos, en el caso de los niños que han sufrido ASI, y sobre todo incesto, referir esta frase a la importancia que puede tener la revelación de los hechos y su escucha y valorización por el adulto que el niño elige para hacerlo; así como a lo que implica la tramitación que la legalidad jurídica puede agregarle a esa primera legitimación y, desde luego, a la elaboración psíquica favorecida por su despliegue en el ámbito clínico.” (s.p.).

Me permito afirmar que el proceso judicial le permitió al niño empezar a rearmar su mundo, hubo una real legitimación de lo que le pasó.

Lo que fue sucediendo luego de la denuncia y detención del padre hasta la culminación del proceso judicial, dan cuenta de la relevancia que tuvo para el adolescente que este sujeto se alejara de él de la forma en que lo hizo - consecuencia del acto de una madre encarnando ese rol-. Los que sucedieron, fueron cambios significativos para el adolescente, su subjetividad y para su entorno. Comenzó a hablar con su familia materna, a sonreír y mostrar sus gustos. Empezó a generar lazos significativamente positivos, donde parecía fortalecerse su construcción de posicionamiento.

Una posición que parecía verse sostenida o alentada por la figura de la madre. Evidenciándose en la insistencia del joven a ella para que asistiera a las audiencias, no se quedara dormida, que cuente todo lo que ella sabía, intentando asesorarse de cómo era el proceso y qué consecuencias podía llegar a tener para el padre. Ella comenzaba a cimentar por fin su figura de madre. El proceso de juicio logró establecer otro vínculo entre el niño y la madre. Entre ellos eran desconocidos, no sabían de sus gustos ni intereses. No había relación entre ellos salvo una, mediada por el padre o los abuelos paternos. El joven finalmente dio muestras de estar reconstruyendo sus lazos familiares. No sin preocupación del destino de su padre, pero sin dudas en cuanto al proceso que estaba atravesando.



El silencio como evidencia

La evidencia más certera que tuvo este juicio, no fueron las palabras, las muestras, las pericias; fue el silencio. El no poder decir, no poder significar en palabras, pero sí en omisiones, en negaciones, en miradas esquivas. El silencio fue la marca que más hizo ruido.

¿Cómo se logran ver las marcas del trauma en un preadolescente que no se expresa en palabras? ¿Cómo se expresa aquel que en palabras no puede significar? ¿Hay una significación marcada en el cuerpo? En A se puede pensar que el silencio es una muestra de esta marca. Tuvo una gran relevancia que ese silencio haya sido tomado en cuenta, que haya sido una evidencia más. El rol que tuvieron las psicólogas, trabajadoras sociales, abogado y fiscal defendiendo los derechos de este niño fueron fundamentales. Bajo una mirada integral de sus derechos y de la preservación de sus decisiones hicieron la diferencia en este proceso que estaba inundado de lógicas que apuntan a consecuencias materiales y evidencias comprobables científicamente. Los trabajadores que tienen como objetivo la preservación de derechos, esta vez hicieron la diferencia.

La prioridad que logré descubrir en defender la subjetividad en eso que no se ve, de poder demostrar no sólo la importancia de la subjetividad puesta en juego, sino que esa puesta no siempre se presenta evidente. Se presenta como puede. Las marcas traumáticas se presentan como pueden en formas que no son a descubrir, ni interpretar, sino que pueden ser a convivir, resignificar. Y que el lugar que el psicólogo puede construir junto a esa resignificación tiene un valor incalculable para ambas partes. En espacios a inventar de a dos, donde algo de lo acontecido y los efectos del acto puedan encontrar lugar, donde pueda haber una inscripción propia. Una marca que ya no duela tanto.

Al abusador de A lo condenaron. El silencio se hizo escuchar.



Referencias bibliográficas

- DELGADO, O. (Sin fecha). *El acontecimiento traumático*. Circulación interna del Curso Teórico-Práctico “*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*” - Programa “*Problemáticas Contemporáneas: Psicoanálisis, Ciencia y Ciencia Cognitiva*” inscripto en el Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario [CEI-UNR]
- (2011, Noviembre). “*Angustia y trauma*”, *Virtualia* 23. Escuela de Orientación Lacaniana Consultado el día 13 de abril 2020 y disponible en enlace: <http://www.revistavirtualia.com/articulos/310/lecturas-freudianas/angustia-y-trauma>
- FREUD, S. (2013). *Más allá del principio de placer*. En: S. Freud *Obras completas*, T.3. Buenos Aires. Siglo XXI.
- LEY 26.061 (2005). *Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- OLEAGA, M.C. (2018, Julio). “*Secuelas del ASI (abuso sexual infantil)*”, *El Psicoanalítico*, 34. Consultado día 16 de abril 2020 y disponible en enlace: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num34/clinica-oleaga-secuelas-abuso-sexual-infantil.php>
- (2015, Octubre). “*El crimen innombrable*”, *El Psicoanalítico*, 23. Consultado el día 17 de abril 2020 y disponible en enlace: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num23/clinica-oleaga-incesto-abuso-crimen.php>

Bibliografía

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS [O.N.U.] (1990). *Convención sobre los derechos del Niño*. Nueva York.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

LA ESCUCHA PSICOANALÍTICA EN EL ÁMBITO DEL HOSPITAL PÚBLICO (2)

ÁNGELA DIMARTINO
dimartino_angela@hotmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Práctica - Hospital

Introducción

El interés de este escrito surge en relación a la práctica realizada en el marco del Curso Teórico-Práctico "*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*", con el objetivo de poder reflexionar sobre la escucha psicoanalítica en el ámbito de una sala de internación de un hospital público en la ciudad de

(2) Nota de la autora del artículo: En el presente trabajo escrito se abordan problemáticas correspondientes a contenidos desarrollados en el marco del Curso Teórico-Práctico "*Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental*" del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (CEI-UNR).



Rosario. Esto derivó en la pregunta sobre la intervención del Psicoanálisis en la institución, las particularidades que cobra en cuanto a las posibilidades de aplicación; sus límites y sus posibilidades. Asimismo, la clínica psicoanalítica en las salas del hospital tiene sus particularidades en cuanto a cómo se articula la demanda, quién pide, cómo se pide y para qué, elementos fundamentales a tener en cuenta a la hora de intervenir.

Las variables que aparecen en este punto tienen que ver con los tiempos, el espacio del hospital y los efectos que el dispositivo analítico puede producir en dichos contextos.

El ámbito del hospital y al interconsulta

El Hospital General es una institución que basa su origen en el modelo médico, donde el tiempo y el espacio están adecuados al tratamiento y recuperación del padecimiento orgánico. Tiempo y espacio diferente del que puede requerir el encuentro entre el analista y el paciente internado en una sala. Es un ámbito en el que, además, convergen numerosas prácticas que corresponden a diversos saberes y dan respuestas a diferentes demandas.

Asimismo, y en particular en la institución en que se realizó la práctica, por las características de la misma, acuden un sinnúmero de personas, pacientes que concurren por un malestar orgánico o psíquico, personal médico propio de la institución, residentes y estudiantes-alumnos que se encuentran en proceso de formación como profesionales médicos y circulan constantemente por los pasillos y las habitaciones. Esto da como característica la circulación frecuente de los mismos invitando a los pacientes internados a relatar cuáles son sus síntomas y padecimiento orgánicos. Lo cual, muchas veces, reduce a los pacientes a ser



objetos de estudio, de investigaciones o simplemente la muestra de una serie de signos y síntomas que esclarecen y fundamentan una teoría.

El trabajo en la salas del hospital está en relación con un dispositivo llamado “pase”, allí se reúnen médicos clínicos, traumatólogos, cirujanos, psiquiatras, psicólogos, asistente social y personal administrativo. Durante el *pase*, médicos clínicos hacen una lectura de cada caso que se encuentra en la sala; de allí surge la necesidad de intervención por parte de psicólogos, psiquiatras o asistentes sociales. Esto implica, además, por parte del analista conocer el lenguaje médico para poder trabajar con el sufrimiento del paciente, ir de a poco impregnándose de términos técnicos que dan cuenta de la situación por la que atraviesa y los motivos que lo llevan a permanecer en la institución.

El pedido por parte de los médicos está más en relación a la interconsulta. Desde la Medicina, el término ‘*interconsulta*’, hace referencia a una demanda, un pedido de un Servicio a otro dentro del Hospital, esto en función de dar respuesta y/o descartar la existencia de un malestar que devenga por otra causa, causa que se considera ajena a la especialidad del Servicio o, de cierta forma, no alcanza con la intervención médica.

La interconsulta pone en contacto, no dos especialidades, sino dos disciplinas que manejan esquemas referenciales distintos, supone un nuevo enfoque, una nueva perspectiva total del fenómeno en cuyo contexto se inserta todo el acto médico, el paciente, su padecimiento, su médico, las vicisitudes del vínculo que los une y la institución que los alberga (Ferrari, Luchina y Luchina, 1971).

La interconsulta significa la convergencia de dos disciplinas que presentan diferencias en cuanto a:

- Criterios de salud
- Ideologías
- Lenguaje
- Modelos de acción



- Objetivos
- Encuadre

Por lo tanto, fueron las vicisitudes de la relación médico-paciente las que dieron origen al dispositivo con el objetivo de intervenir sobre los conflictos que podían surgir en esta relación con el fin de aliviar las crisis y lograr las metas supuestas

Los pedidos de interconsultas, sostiene Carcovich (2017), están en relación a problemas que parecen surgir, para los médicos, al margen de su trabajo y pueden, por lo tanto, constituir una incógnita o ser rechazados, de diferentes formas, por considerarlas por fuera a la clínica biomédica. En este punto, es pertinente resaltar que la posibilidad de interdisciplina está en relación a la posibilidad de un intercambio cuando en la intersección hay un no saber. La falta es lo que permitiría escuchar los argumentos del otro, hacer que surja una pregunta y dar lugar al sufrimiento del sujeto.

La institución tiene por meta recuperar la salud, en el transcurso algo puede desviarse y generar conflictos. La interconsulta implica cierta problemática al pensar la intervención del analista en términos de eficacia y actuar de modo tal que, en pocos encuentros con el paciente, se obtenga una respuesta esclarecedora, que pueda invitar al sujeto a trabajar, lograr efectos subjetivos inmediatos; ahí donde, muchas veces, el paciente no quiere hablar o las condiciones de trabajo no son las más favorables, ante la presencia de los familiares, médicos, y el mismo servicio demandando una respuesta.

La pregunta que surge, entonces, es: *¿el trabajo del psicoanalista se limitaría a esta tarea únicamente?, ¿qué permitiría la introducción del Psicoanálisis en el ámbito hospitalario?, ¿de qué eficacia estamos hablando?*



La intervención psicoanalítica en el hospital

Desde la perspectiva del Psicoanálisis podemos considerar que el encuentro con el analista permite la introducción de otro discurso en el trabajo del Hospital. La introducción del Psicoanálisis en este ámbito permitiría ofertar una escucha al sufrimiento y una apuesta al advenimiento del sujeto dando lugar al surgimiento del *caso por caso*, en un espacio donde todo tiende a generalizarse e universalizar el sufrimiento.

Se puede observar cómo el pedido en las salas del Hospital, casi nunca es de análisis ni procede de los pacientes. La posibilidad de una escucha está en relación al pedido por parte de los médicos clínicos u otras especialidades, familiares y sólo en algunos casos de los mismos pacientes.

Aun así, independientemente de donde provenga la demanda de intervención, al realizar la primeras entrevistas es posible que el paciente pueda formular su propio pedido, aquel que proviene de su padecimiento más íntimo; se puede escuchar cómo, más allá del sufrimiento orgánico que los atraviesa, la preocupación por un diagnóstico, el inicio de un tratamiento, la necesidad de someterse a una intervención que podría cambiar su vida, se remiten a situaciones pasadas, a su historia subjetiva, hablan de su relación con los otros o permanecen en silencio y dicen no tener ganas de tomar la palabra.

Se puede señalar, que el trabajo en el Hospital presenta una situación diferente de la que se podría establecer en un consultorio, el tiempo es muy limitado y el espacio, casi siempre inadecuado. Los pacientes que permanecen internados en general no pueden movilizarse, por tanto, el encuentro se produce en las salas donde se encuentran internados otros pacientes con los que comparten la habitación, familiares de estos pacientes, enfermeros o médicos, en diversas ocasiones acompañados por estudiantes, que ingresan permanentemente a la sala,



por tanto la privacidad que se pueda obtener es poca. Sin embargo, se podría pensar también su tarea en poder generar allí un ámbito de escucha en el que, por muy poco que sea el tiempo en que el analista se encuentra con el paciente, por muy pocas que sean las entrevistas, algún efecto se podrá producir, confiar en que algo va a ocurrir, confiar en el dispositivo analítico. Para que alguien diga, tiene que haber alguien que escuche, la presencia del analista sostiene el dispositivo posibilitando que su escucha produzca la palabra. La presencia causa el decir.

El Psicoanálisis hace espacio a otra temporalidad: la temporalidad de inconsciente, que aparece en los tropiezos del discurso contraponiéndose a toda idea del tiempo como lineal. El análisis implica la anamnesis psicoanalítica, que alguien hable de su historia, quiere decir: ir haciendo historia. El análisis hace de la historia, una historicidad; actualiza en el presente lo pasado; lo que importa es la síntesis presente del pasado. No se trata del relato del pasado sino de la actualidad de un padecimiento que se precisó poner al trabajo.

Más allá del tiempo y del espacio, la pertinencia de la intervención del analista está en el valor otorgado a la contingencia del encuentro entre alguien que sufre y alguien que escucha absteniéndose de dirigir al paciente y propiciando la producción subjetiva.

¿Se podría hablar de un efecto terapéutico?

Efectos terapéuticos

Eric Laurent (2000) refiere que encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien que sea alguien que, en un momento crucial de la vida de un sujeto, pueda decir algo inolvidable.



Puede ocurrir que, en pocos encuentros con el analista, a partir de la posibilidad de recuperar la palabra, el sujeto pueda decir algo en relación a su sufrimiento y esto produzca una modificación en la posición subjetiva del paciente, dando lugar a un sujeto que ya no es el mismo.

En la clínica el único material con que se cuenta es el significante, la articulación significativa da lugar, mediante la operación del analista, al surgimiento del sujeto ya que, de esta articulación, surge el decir que decanta en la letra que es lo que del dicho se inscribe. La apuesta del analista no sólo está en tanto escucha, sino en tanto puede realizar actos analíticos, el Psicoanálisis es un acto que implica hacer con las palabras; que, a partir de lo dicho, se pueda llegar al decir; lo importante es el hecho que se esté diciendo y que no quede tapado por el dicho, propiciando, así, la emergencia de un sujeto.

El trabajo del analista produce efectos que van de la mano con la posibilidad de devolver el valor de la palabra, posteriormente introducir interrogantes del lado del sujeto, dando lugar a la destitución de certidumbres.

En ocasiones, se acude a cuestiones morales que apuntan a un ideal de sujeto acorde a parámetros del bien y de normalidad propios de nuestra época y de la cultura en la que estamos inmersos. Lacan (2014) sostiene que el psicoanalista dirige la cura, no debe dirigir al paciente. En el análisis, de lo que se trata es de una *praxis* que no puede separarse de una ética, la ética del deseo, ya que se opera sobre el sujeto del inconsciente, donde no existe una forma única y universal de intervenir, que está en relación al decir particular de cada sujeto y en relación a una práctica que se reinventa cada vez.



Conclusiones

Freud (1985), en *“El malestar en la cultura”*, presenta cómo la civilización, a través de sus efectos, provoca nuevas demandas a nivel subjetivo. En un intento de responder a las mismas, la clínica también cambia aspirando a dar respuesta a las necesidades que surgen y a la posibilidad de introducirse en otros ámbitos, donde es el discurso médico el que prevalece, donde no es la persona del médico quien sostiene ese discurso, sino que es el médico quien es tomado por él.

La escucha psicoanalítica permite introducir un espacio y un tiempo singular que se diferencia de los diferentes saberes que circulan en la institución, asumiéndolos en su diferencia no como adversarios, trabajando en los puntos donde el no saber común se integra, haciendo surgir las demandas del sujeto y maniobrando las demandas institucionales.

La práctica en la institución hospitalaria implica un gran desafío, encontrarse con un discurso diferente, una forma de abordar las problemáticas desde otra perspectiva, lo que lleva a obtener nuevos conocimientos y experiencias, propone un *saber hacer* que implica, sobre todo, ubicar al sujeto que dice y tratar de leer, en el dicho, el decir. Aunque las circunstancias y exigencias discursivas institucionales, y la realidad del contexto propongan diferencias en el abordaje que, desde nuestro discurso, podemos realizar.

El trabajo del analista está sujeto a las eventualidades que surgen en cada institución en particular, dando lugar a la iniciativa y a la originalidad en la resolución de las situaciones que se presentan, invitando a reinventarnos cada vez.



Referencias bibliográficas

- CARCOVICH, P. (2017, Diciembre). "La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general", *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario* (pp. 79-92). Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria - Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Rosario. Consultado en Marzo de 2020 y disponible en enlace: <https://fpsico.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2018/11/Libro-BARQUITO.pdf>
- FERRARI, H., LUCHINA, I. Y LUCHINA, N. (1971). *La interconsulta medica-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- FREUD, S. (1985). *El malestar en la cultura*. En: J. Lacan *Obras completas*, T.21. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2014). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp. 559-619). Buenos Aires: Siglo XXI.
- LAURENT, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.

Bibliografía

- LACAN, J. (2007). *El Seminario Libro 1 "Los Escritos Técnicos de Freud"*. Buenos Aires: Paidós.
- PRADO RIVAS, L. (2014, Septiembre). "Modos de intervención desde el Psicoanálisis en un Servicio de Urgencias Hospitalario", *Fides et Ratio*, 8; pp. 23-39. Consultado en Marzo de 2020 y disponible en enlace: http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v8n8/v8n8_a03.pdf



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL DUELO Y LA ENFERMEDAD COMO SÍNTOMA

LUCIANA MARTÍN LAVALLEN
luciana.martinlavalLEN@gmail.com
Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Síntoma - Duelo - Enfermedad - Cuerpo - Psicósomática

Introducción

El presente ensayo es resultado de la práctica que realicé en los Consultorios Externos de un hospital público de la ciudad de Rosario y de los interrogantes que pude elaborar en relación a un caso clínico en particular. La derivación de la paciente desde el Comité de Admisión se realizó con la premisa de que el motivo de consulta era en relación al impacto subjetivo que estaba teniendo en su vida una enfermedad autoinmune que le fue diagnosticada tres años atrás. La



referencia a la enfermedad fue la primera cuestión que manifestó la paciente como causa de su malestar. Sin embargo, con el transcurrir de las sesiones lo que comenzó a tener lugar fueron las relaciones establecidas por la paciente entre su enfermedad y la enfermedad terminal de su padre, con su posterior muerte pocos meses después, y la presencia del duelo por la pérdida de su padre aún no terminado de elaborar. Fue en relación a estas cuestiones que esboqué los primeros interrogantes: *¿puede haber relación entre el duelo y el dolor físico generado por su enfermedad?, ¿qué lugar tiene la enfermedad en esta paciente frente a la ‘caída’ de su padre?, ¿existe relación entre un duelo patológico y, en este caso, una enfermedad autoinmune?* Si bien la enfermedad le fue diagnosticada a la paciente durante la enfermedad de su padre, ella contaba con el conocimiento sobre el carácter terminal de la misma y sobre el deterioro progresivo de su progenitor y son las respuestas a estas preguntas las que argumentaré.

Desarrollo

A lo largo de varias sesiones fue la paciente quien manifestó que había estado “*enferma toda la vida*”, en cuanto a su historial médico, y que su enfermedad actual, con los dolores inherentes a la misma, “*tenían una raíz emocional*”. Aquí me interesa diferenciar las nociones de síntoma para la clínica médica y para el Psicoanálisis, en tanto hipotetizo que quizás el análisis habría abierto otras posibilidades para la paciente, en caso de haberse llevado a cabo en momentos tempranos de su vida, ya que el estatuto de su síntoma habría sido leído de otra manera.

Para la clínica médica, el síntoma tiene la estructura de un signo, es decir, representa algo que se desvía de lo normal, es indicador de lo patológico en un organismo y es observable, debido a que al formar parte de una generalidad, le



permite al médico incluirlo en determinada nosografía y no en otra, entendiendo la cura como la eliminación de dicho síntoma.

El psicoanálisis introduce otra escena, el inconsciente, diferenciándose del discurso médico de la época. Retomando a Freud en la Conferencia 17°, se lee que “el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo” (Freud, 2005 [1917], p.235) y es lo que orienta la práctica, en tanto es la vía de acceso a la verdad del sujeto. En Freud se encuentra que el síntoma conlleva una satisfacción pulsional por parte del sujeto y a lo largo de la obra de Lacan se puede rastrear cómo su concepción de síntoma fue cambiando, para postular más hacia el final que tiene un núcleo de goce. El Psicoanálisis no busca la eliminación del síntoma como camino hacia la cura, sino al contrario, la constitución del síntoma en transferencia, que le permita al paciente responsabilizarse sobre lo que lo aqueja, pudiendo ubicarse subjetivamente de otra manera con respecto a su malestar.

Este recorrido permite que me interrogué acerca de lo que el Psicoanálisis puede posibilitarle al sujeto en relación con su sufrimiento. Si bien no es viable dar una respuesta en relación a esta paciente, ya que sería contrafáctica, considero que tal vez el análisis podría haber introducido ciertas preguntas con respecto a su padecer, dando lugar a su palabra y aportando una perspectiva diferente al discurso médico en relación a lo que ella misma ha manifestado en cuanto a su padecer, es decir a las enfermedades orgánicas que acompañaron cada etapa de su vida, dado que las mismas siempre se trataron desde el dispositivo médico, y sólo a pedido de la paciente en cuanto a su enfermedad autoinmune, es que tuvo lugar el análisis.

Ahora bien, retomando los interrogantes planteados en la introducción, el propósito de este ensayo es poder argumentar la relación entre un duelo no elaborado y el desarrollo de una enfermedad autoinmune en la paciente que atendí durante el transcurso de mi práctica clínica. Es necesario destacar que se trata de las preguntas que pude realizarme durante el transcurso del análisis, y que tienen que ver con la singularidad de la paciente, entendiendo que cada caso es único, en

tanto que se trata de su subjetividad y de no realizar una elaboración que se ubique desde el discurso del amo, como si todo fuera aplicable para todos. Por ello es que anteriormente establecí, en líneas generales, las diferencias sobre la concepción de síntoma entre el discurso médico y el discurso psicoanalítico.

El rasgo particular de este caso es que la enfermedad no tuvo lugar luego de la muerte del padre, sino durante el transcurso de los últimos meses de su vida, en los cuales la paciente tenía conocimiento del carácter terminal de la misma. ¿Es posible que el diagnóstico de su padre influyera en el suyo propio? Esta relación fue sugerida por la paciente en diferentes sesiones y es por ello que considero necesario hacer lugar a sus palabras. En este sentido, ¿es posible que el duelo por la inminente pérdida de su padre comenzara antes de la muerte real? Un padre, que junto a su madre, estuvieron muy presentes en las diferentes etapas de su vida, acompañando siempre el transcurso de sus enfermedades, y del cual añora su protección en este momento.

El duelo continuado tras la pérdida real de su padre, acontecido hace algunos años atrás, aún no ha sido terminado de elaborar, lo cual además de las apreciaciones clínicas, ha sido cuestionado por ella mediante interrogantes sobre por qué aún la conmueve tanto su pérdida, ya que piensa que ha pasado “*mucho tiempo*”.

Para poder dar cuenta del trabajo del duelo y de su importancia, haré referencia a ciertos aspectos de la obra de Freud y Lacan. Uno de los artículos centrales de Freud sobre el tema es “*Duelo y Melancolía*” (2008a [1917]) en el cual se pueden ubicar las principales características del duelo, que permiten diferenciarlo de un duelo patológico y de la melancolía. Allí establece que el duelo es un afecto normal, con un carácter doliente, que se desencadena ante la pérdida real del objeto y que finaliza después de un tiempo y el sujeto entonces vuelve a sentirse como antes de atravesar la pérdida. En este texto Freud piensa el duelo en relación a la muerte, posición que sostiene en otros artículos de su obra que son del mismo año,



como “*De guerra y muerte*” (2008b [1915]) y “*La transitoriedad*” (2008c [1916]). Esta referencia inclusive está presente en la frase final del primero: “si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte” (Freud, 2008b [1915], p.301). Es decir, hay algo que el sujeto tendrá que elaborar ante la pérdida de diferentes objetos a lo largo de la vida y luego podrá volver a sentirse esperanzado para tomar otro objeto. Pero, ¿qué sucede cuando este proceso no se resuelve de manera espontánea?, ¿qué lugar entonces tiene el deseo? En el caso de la paciente, el duelo por el fallecimiento de su padre aún no fue elaborado, lo cual no coincide con los parámetros establecidos por Freud, ya que han pasado algunos años desde aquel momento, y lo que adquirió mayor relevancia en su vida fue su enfermedad, siendo la “*responsable*”, por ejemplo, de su imposibilidad de trabajar.

Tales consideraciones de Freud constituyen la base que nos permite pensar el trabajo del duelo, pero pienso que el desarrollo que hace Lacan nos aporta una lectura más amplia para comprender el valor necesario y estructural que tiene la operación del duelo para la constitución del sujeto deseante.

En este punto es interesante articular la lectura que propone Jean Allouch en “*Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*” (2011) para repensar lo escrito por Freud en 1915. Allouch (2011) sostiene que Freud “no escribió el artículo para establecer una versión psicoanalítica del duelo” (p.19), sino que fue un modo para comprender la melancolía. Sin embargo, sostiene que estas consideraciones han sido poco problematizadas, y han persistido por años, brindando una concepción romántica del duelo, ya que supone que el sujeto finalizará el trabajo del duelo una vez que pueda sustituir el objeto perdido por otro, habiéndose realizado el quite de investidura, ese trabajo pieza por pieza que Freud postula y que haría que el yo fuera nuevamente “libre y desinhibido” (Freud, 2008b [1915], p.243). Esto lleva a interrogar cual es el estatuto del objeto en el duelo, es decir, qué pierde el sujeto en el objeto perdido y por qué esa pérdida le es tan cara. Las palabras de Allouch (2011) son muy claras al respecto: “El duelo no es solamente perder a alguien (un

“objeto”, dice un tanto intempestivamente el psicoanálisis), es perder a alguien perdiendo un trozo de sí” (p.401). Trozo de sí que refiere a la pérdida por la que debe atravesar el sujeto por constituirse en el campo del Otro; el corte con respecto al propio cuerpo, “las envolturas embrionarias”, como expresa Lacan (2013, p.135) en el Seminario “*La angustia*”. El duelo entonces, cobra otro valor. Se trata de la operación constitutiva del objeto como perdido en la economía libidinal del sujeto deseante, de allí su carácter fundante. El objeto no está en el campo del Otro, sino que se estructura a partir de lo que el propio sujeto pierde.

Ante la pregunta ¿qué pierde el sujeto? Se puede responder que pierde lo que fue para el Otro, que se lleva la posibilidad de que el sujeto se satisfaga en él. El sujeto no está de duelo por lo que perdió, sino porque lo que perdió, se lleva una parte de él. De ahí que se puede comprender la frase de Lacan (2013) que postula que “sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos *yo era su falta*” (p.155), es decir como el sujeto se constituye como falta para el Otro. En este sentido me parece pertinente retomar las palabras de la paciente, quien manifestó que su padre *le hace falta*, en relación a su presencia y al vínculo que tenía con él, lo cual evidencia cómo esta dimensión de la falta está presente en el discurso frente a la pérdida, dando cuenta de un agujero que no se puede colmar. Y es que en toda pérdida, lo que se pone en juego es el objeto que ya se perdió.

Ahora bien, lo desarrollado hasta aquí da cuenta de lo necesaria que es la operación del duelo, ya no pensándola sólo en relación a la muerte de un ser querido -o de aquello que haga las veces-, sino como estructurante del sujeto deseante, y cómo esa operación se pone en juego frente a la pérdida. Esto permite pensar qué lugar ocupaba la paciente para su padre y qué es lo que advino en el momento en el cual la posibilidad de la pérdida devenía real: una enfermedad autoinmune, la cual fue el componente principal de la derivación de la paciente. Por ello me pareció necesario interrogar en este caso cuál fue el contexto de surgimiento de la misma, lo que le permitió, de a poco, narrar y poder poner en palabras el dolor



por la muerte de su padre, dolor que se presentaba junto al dolor físico que le generaba su enfermedad y sobre el cual hubo referencias en la mayoría de las sesiones.

Según la Real Academia Española (2019), la palabra dolor tiene dos acepciones posibles. Una de ellas la define como “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”, y la otra la define como “sentimiento de pena y congoja”. De este modo se refleja cómo en una misma palabra se condensan los dos significados a los que el dolor de manera general, remitían en esta paciente.

Aquí también se pone en evidencia la pertinencia de poder pensar el síntoma en Psicoanálisis de manera diferente al síntoma para la Medicina, como expresé anteriormente, y de poder interpelar las razones de las derivaciones en el contexto hospitalario, ya que las formas de entender el cuerpo y la enfermedad, muchas veces difieren.

En relación a lo anterior considero que hay otra cuestión que es necesaria pensar, y es la pregunta que en algún momento del análisis me hice, y es sobre si la enfermedad se podía tratar de un fenómeno psicosomático o no. Esa oposición tiene que ver con que si se trata de un fenómeno psicosomático, el cual funciona como una marca, localizando el goce en el cuerpo, no hay síntoma, y viceversa. Lo que permite diferenciarlos, en el análisis, es cómo el sujeto habla de lo que le sucede. Según Araceli Fuentes (2014):

“cuando un sujeto habla de su síntoma se siente concernido por él, incluso si no sabe lo que ese síntoma quiere decir y va a ver a un psicoanalista para descifrarlo. (...) Por el contrario, el sujeto no se siente representado por su FPS, éste es para él un cuerpo extraño, algo que se le impone y que no puede subjetivar como propio ni como del Otro, tampoco” (p.2).

En este sentido, la paciente no le adjudicó a la enfermedad un carácter desconocido, sino que, como mencioné anteriormente, consideró que la misma tenía una raíz “*emocional*”, lo cual da cuenta de la posición subjetiva desde la que habla, y cómo lo que le sucede, le concierne. En varias sesiones, manifestó “*no saber*” por qué le pasaba eso o por qué enfermó en diferentes etapas de su vida. Desde el comienzo del análisis, lo que intenté fue, sin dejar de reconocer la existencia de la enfermedad, poder correr el foco y que tuviera lugar su palabra, ya que “el dolor físico tiene implicaciones subjetivas; llega a captar toda la *atención*, el *interés* de quien lo padece” (Gómez, 2008, p.18) y en general en todas las sesiones, la paciente se refirió en algún momento a sus malestares físicos.

Lo escrito hasta aquí me permite suponer que puede existir una relación entre un duelo no realizado y una enfermedad autoinmune. Si bien al día de hoy no hay certezas sobre los factores que las desencadenan, algunas investigaciones como las de las doctoras Pilar Rojas Martínez y Alejandra Menassa de Lucía (2010) y la de Juliana María Bueno Restrepo (2012) concluyen que hay relación entre los procesos psíquicos y las enfermedades autoinmunes y que el Psicoanálisis tiene mucho para aportar en tanto le brinda a los pacientes una dimensión de escucha y, como manifiesta la psicóloga Lucie Mahé (2012):

“la enfermedad somática toca el real del cuerpo, lo que también define al síntoma. La manifestación somática no tiene un sentido; es el enfermo quien, a través de la palabra, la transforma en fuente de saber. ¿Es, entonces, síntoma? No tanto como formación del inconsciente pero, siendo del orden del goce, del número a cifrar, es en su búsqueda de sentido que la lesión será subjetivada” (p.267).

Una de las líneas de investigación propuestas por Rojas Martínez (2010), es pensar en cómo se constituye lo semejante y lo diferente, en relación a las operaciones de alienación y separación que trabaja Lacan (2007) en el Seminario “*Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*”, en los sujetos que sufren



enfermedades autoinmunes, ya que la característica de las mismas es que el propio cuerpo, su sistema inmune, es el que ataca al sujeto en vez de defenderlo. Pienso que ésta podría ser parte de un futuro ensayo que profundizara las consideraciones generales aquí expuestas.

Conclusión

Para concluir, considero que el análisis le brindó a la paciente un espacio de escucha en el cual sus propios pensamientos y sentimientos acerca del origen de su enfermedad y su historia, tuvieron lugar y pudieron ser puestos en palabras. Creo que en este caso en particular, fue válido introducir el interrogante por el contexto de surgimiento de la enfermedad, ya que eso permitió que se desplegaran otras cuestiones, como lo fue el duelo por la muerte de su padre y cómo eso se entramaba con su vivenciar, y a su vez le permitió a la paciente poder ubicarse subjetivamente de otro modo frente a la misma, sin desconocer ni negar su existencia pero sin tampoco “abrazar” la enfermedad, que hasta ese momento se encontraba ubicada en un lugar de límite para su vida.

La paciente ha manifestado, en sus propias palabras, que no se siente de la misma manera que al comienzo del análisis, sino que ha podido volver a proyectar y tener ganas de llevar a cabo diversas actividades, lo cual devuelve la pregunta por el lugar del deseo en el duelo, y cómo es necesario que el sujeto pueda restituir su posición deseante.

Considero que en los tiempos que corren, en los cuales se le dice al sujeto que hay que mantener los ‘*pensamientos positivos*’ y sufrir lo menos posible y que, si se sufre, hay que poder resolverlo de manera rápida; en estos tiempos donde pareciera que todo tiene que ser inmediato, el Psicoanálisis se presenta como un discurso, un dispositivo que introduce un tiempo de espera y hace lugar a la



pregunta por el sufrimiento humano, inherente a la vida en cultura misma, para que el sujeto pueda poner en palabras su malestar. Allí donde priman los discursos que prometen una eliminación del síntoma, el Psicoanálisis busca hacerlo más habitable para el sujeto.

Referencias bibliográficas

- ALLOUCH, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- BUENO RESTREPO, J.M. (2012, Enero-Diciembre). “*Afecciones autoinmunes: De fenómeno a síntoma*”, *Desde el Jardín de Freud*, 12, pp. 279-292. Bogotá. Disponible en enlace: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4635386.pdf>
- FREUD, S. (2008a [1917]). *Duelo y melancolía* (1915). En: S. Freud *Obras completas*, T.14; pp. 236-255. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- (2008b [1915]). *De guerra y muerte. Temas de actualidad*. En: S. Freud *Obras completas*, V.14; pp. 275-303. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2008c [1916]). *La transitoriedad* (1915). En: S. Freud *Obras completas*, V.14; pp. 305-311. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2005 [1917]). *Conferencia 17° “El sentido de los síntomas”*. En: S. Freud *Obras completas*, T.16; pp. 235-249. Buenos Aires: Amorrortu.
- FUENTES, A. (2014, Enero). “*El fenómeno psicosomático entre la medicina y el psicoanálisis*”. NUCEP - Sección Clínica - Instituto del Campo Freudiano - Madrid. Disponible en enlace: <https://nucep.com/publicaciones/el-fenomeno-psicosomatico/>
- GÓMEZ, B.G.E. (2008, Diciembre). “*Freud: Enfermedades nerviosas, angustia y estrés. O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto*”, *Affectio Societatis*, 9. Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquía. Disponible en enlace: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5030020.pdf>
- LACAN, J. (2013). *El seminario Libro 10 “La angustia”*. Buenos Aires: Paidós.
- (2007). *El seminario Libro 11 “Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis”*. Buenos Aires: Paidós.



MAHÉ, L. y RAMOS, C. (2012, Enero-Diciembre). *“Enfermedad, cuerpo y síntoma”, Desde el Jardín de Freud*, 12, pp. 267-277. Bogotá. Disponible en enlace: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/36143>

MENASSA DE LUCÍA, A. y ROJAS MARTÍNEZ, P. (2010, Marzo). *“Psicoanálisis de los trastornos de la inmunidad”*. Conferencia en el 11° Congreso Virtual de Psiquiatría - *Interpsiquis*. Disponible en enlace: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/psicoanalisis-de-los-trastornos-de-la-inmunidad/>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA [R.A.E.]. (2019). Definición de la palabra *dolor*. Disponible en enlace: <https://www.rae.es/>

Bibliografía

Enfermedades autoinmunes, ¿qué pasa cuando el cuerpo me ataca?, Info Salud HA - Servicio de Clínica Médica - Hospital Alemán. Disponible en enlace: <https://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/enfermedades-autoinmunes-pasa-cuando-propio-cuerpo-me-ataca/>



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

LA FORMACIÓN DEL ANALISTA Y SU INTRODUCCIÓN EN LA PRÁCTICA

SOFÍA CARRIZO

sofia_carrizo@outlook.com.ar

Psicóloga

Palabras Clave:

Psicoanálisis - Analista - Formación

Introducción

Finalizado el recorrido por la Universidad, una vez obtenido el título profesional, nos encontramos con un nuevo mundo. Realizados los trámites formales, contamos con la matrícula que nos habilita legalmente para poder ejercer. Sin embargo, pensando en una clínica orientada por los principios del Psicoanálisis ¿alcanza con dicha habilitación?

Al enfrentarnos por primera vez a la práctica de manera profesional, nos topamos con que ésta excede la teoría. El encuentro con lo real pone a prueba toda



la formación teórica, desbordándola e interpelándola. En efecto, son muchos los interrogantes que se nos presentan, algunos por primera vez mientras que otros reaparecen: *¿Qué es el Psicoanálisis? ¿De qué se trata la clínica psicoanalítica? ¿Cuándo comienza un análisis? ¿Cuándo es el fin de un análisis? ¿Existe un fin de análisis? ¿Cuál es el lugar del analista? ¿En qué momento advenimos analistas? ¿Quién nos autoriza? ¿Basta la mera obtención del título universitario?*

Resulta interesante que todos estos interrogantes, que emergen en la introducción a la práctica no se reduzcan a un momento de angustia y soledad frente a lo nuevo sino que posibiliten una instancia en la cual se puedan alojar y replantear éstas y muchas otras cuestiones que nos permitirán tomar una posición singular respecto a la ética y política de nuestra propia práctica.

Se considera pertinente pensar el impacto de estos primeros encuentros con la práctica en vínculo con la formación universitaria, la cual se caracteriza por ser predominantemente teórica.

La formación del analista y su introducción a la práctica, su encuentro con lo real de la clínica serán los principales temas del presente ensayo. Para ello se volverá sobre los principales fundamentos, criterios y referencias que la orientan con el fin de poder interpelarlos y pensar en los efectos que éstos tienen sobre el posicionamiento singular de cada analista.

Psicoanálisis, un discurso inédito

Para poder abordar los dos ejes fundamentales de este escrito *-la formación del analista y su introducción a la práctica-*, es necesario previamente realizar un breve recorrido por algunos conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Partir sobre la pregunta inicial *¿Qué entendemos por Psicoanálisis?*, resulta pertinente en tanto nos acerca nuevamente al origen del mismo.



El Psicoanálisis constituye un discurso inédito que se inaugura con el descubrimiento freudiano del inconsciente. Lo inédito de este discurso alude no sólo a un nuevo modo de concebir lo humano, sino también a un nuevo modo de comprender el sufrimiento de éste. Su invención se presenta como una irrupción, como una herida en el corazón de la Modernidad. Su entrada en la razón occidental no fue fácil en tanto generó grandes rechazos y resistencias en los discursos de la época. Esta conmoción responde al corte irreversible que introduce el Psicoanálisis al recuperar todo aquello que la ciencia forcluye y darle un tratamiento.

Freud, a partir de los límites que encuentra en su experiencia con las histéricas, produce un giro del campo de la mirada al campo de la escucha. A diferencia del discurso médico-hegemónico, que se caracteriza por un desconocimiento del cuerpo como lugar del goce, el Psicoanálisis toma al sujeto en su singularidad y al cuerpo en su estatuto de cuerpo erógeno. En cuanto a la noción de síntoma también plantea una diferencia radical: mientras el discurso médico busca su eliminación, el Psicoanálisis le otorga a los síntomas un sentido además de considerarlos parte constitutiva del sujeto.

Por otra parte, en cuanto a la relación con lo real, mientras la Ciencia Moderna ofrece respuestas estableciendo el orden, el Psicoanálisis sostiene la pausa, el silencio, no respondiendo a las exigencias de ésta. En este sentido, el Psicoanálisis destituye el lugar de la garantía, se presenta como un saber agujereado. Se trata de aceptar la falta en tanto nunca habrá un saber totalizante, aquí hablamos de Otro saber.

M. Foucault (2010), durante una conferencia brindada en el año 1969, en relación al descubrimiento del inconsciente le da a Freud un lugar de iniciador de discurso. No lo considera simplemente un autor ya que entiende que con su descubrimiento, con la introducción de un nuevo discurso, dio lugar a otros.



En vez de establecer generalizaciones aplicables a todos por igual, utopía de la ciencia moderna occidental, el Psicoanálisis es un discurso que apela a lo irreductible singular.

Esta forma del Psicoanálisis de concebir lo humano, el sufrimiento, el síntoma y la cura, tiene sin dudas sus efectos sobre la clínica. ¿De qué se trata ésta?

La clínica psicoanalítica

El Psicoanálisis además de ser un discurso, es una praxis. Cuando hablamos de clínica psicoanalítica nos referimos a lo que acontece efectivamente en la experiencia de análisis, al encuentro con lo real. El sujeto que se presenta en la clínica es un sujeto siempre escindido. A diferencia de la clínica médica que busca eliminar al síntoma, el dispositivo analítico se orienta por éste, en tanto considera que es estructural del sujeto. En vez de dar respuestas, que obturan, abre a la interrogación e invita al sujeto a preguntarse por aquello que lo aqueja, dilucidando el modo en que éste se ve implicado en ello.

Freud (1978), al hablar de la terapia psicoanalítica, sostiene que ésta no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar para llegar a la génesis de los síntomas. Se trata de desligar sentido, extraerlo, para poder dar lugar al vacío que permitirá una re-elaboración singular de lo que '*no anda*'. Para poder sostener este lugar, este agujero, es necesario no responder ante la demanda del analizante. Es justamente esta posición frente al vacío estructural lo que diferencia a la clínica psicoanalítica de otras psicoterapias, ya que mientras estas últimas buscan colmarlo sugiriendo al paciente lo que debe hacer con su sufrimiento, el Psicoanálisis mantiene la pausa en tanto entiende que sólo el sujeto podrá saber de éste.



De lo que se trata, entonces, es de favorecer una escucha abierta a lo inesperado del hallazgo, la novedad, la sorpresa. Anoticiarse de lo real y elaborar un modo de hacer con ello, no será sin efectos ni sin angustia pero allí habrá algo del orden del despertar por la vía de la conmoción, lo cual es irreversible.

No obstante, la experiencia analítica no sólo alude a las condiciones mismas de la práctica, lo que allí adviene, sino también a los lineamientos teóricos que la fundamentan. Implica la referencia al campo conceptual pero también lo interpela.

En efecto, la clínica habilita un cuestionamiento de ciertos conceptos posibilitando nuevas producciones que deberán, en segundo término, sistematizarse. Al respecto, en la clase del 10 de diciembre de 1974, en el Seminario *RSI*, J. Lacan (1974-1975) plantea lo indispensable que resulta que el analista sea al menos dos: el analista para tener efectos y aquel que a esos efectos los teoriza.

Esta clínica que se caracteriza por la apuesta al decir singular, al caso por caso, a su vez no es sin otros. Es necesario el trabajo en marcos donde sea posible el debate, la investigación, la producción y la escritura junto a otros.

Como se ha intentado ilustrar en estas líneas sostener la clínica es un hecho ético, político y analítico.

El analista

Habiendo introducido algunas nociones generales sobre el discurso y la clínica psicoanalítica, es tiempo ahora de proseguir con la figura del analista.

Ineludiblemente, la experiencia analítica necesita de la presencia de dos partes: el analista y el analizante. La presencia del analista es fundamental en tanto que sosteniendo una escucha terapéutica en el tiempo, ofreciendo un espacio,



causa el decir del analizante. Para que esto ocurra, para que el hablar tenga consecuencias y algo se inscriba produciendo efectos debe operar la transferencia.

La transferencia, pilar de la clínica psicoanalítica, es un concepto elaborado por Freud a partir de su propia práctica. Si bien ha ido modificándolo a lo largo de su obra, podemos definirla como un actuar por parte del paciente en el cual recrea, revive como actuales, mociones y fantasías de su infancia sustituyendo la persona anterior por la persona del médico. Para Freud (1980) se trata del medio más poderoso para el análisis como así también el arma más potente de la resistencia.

Por medio de esta transferencia, el analista encarna en un análisis el lugar de Sujeto supuesto Saber, como Lacan (2012) lo llama. El analizante se dirige a su analista, suponiendo que éste cuenta con un saber respecto a lo que le pasa, lo que le aqueja. Sin embargo, ese saber del analista no es un saber *a priori*, sino atribuido a él. Es necesario dejar en claro que el saber que se juega en la experiencia analítica es aquel aportado por el analizante, no por el analista.

Sostenerse en una posición ética implica aceptar esto último, en tanto el analista no puede saber lo que el sujeto no sabe. En efecto, el duelo por la certeza constituye uno de los duelos fundamentales que debe realizar el analista ya que de no ser así cae en el riesgo de obturar la escucha dificultando la continuación del análisis.

El hecho de que en el análisis nos encontremos con un solo sujeto, el analizante, se vincula con lo que Lacan (2014a) llama el “*des-ser del analista*”. Para que el analista pueda tomar su función debe ignorar lo que sabe, ponerlo en suspenso. Vacío del ser del analista en tanto vacío de su saber. Para que haya eco de un decir es necesario que haya silencio, si hay murmullo no podemos escuchar.

En síntesis, el analista se configura como un *no-todo*, que debe poder aceptar lo enigmático de todo sujeto, a partir del reconocimiento de lo real, y trabajar con ello, en lugar de ir en búsqueda de certezas. Para esto no tiene que responder a la demanda del analizante, sino al contrario, debe poder propiciar un espacio en el

cual éste pueda producir algo del orden de la escritura, una elaboración posible de lo indecible.

La asimetría existente en el análisis, la posición de Sujeto supuesto Saber, le permite dirigir el tratamiento pero no al analizante. De ningún modo puede aspirar a transformar o modificar su conducta, de ningún modo puede pretender saber lo que él no sabe. En ese sentido, su abstinencia es fundamental. “El analista cura menos por lo que dice y hace que por lo que es” (Lacan, 2014a, p.567). Ahora bien, ¿cuándo se adviene analista? ¿En qué consiste su formación?

La formación del analista

La formación del analista se presenta como un tema de gran complejidad en la transmisión del Psicoanálisis. Tal es su importancia que dentro de la historia del movimiento analítico, posee su propia historia de institucionalización.

Sabemos que el Psicoanálisis no constituye un campo discursivo homogéneo, dentro de él nos encontramos con diversas concepciones sobre la teoría, práctica y clínica, que visibilizan en cierto modo sus fundaciones y escisiones a lo largo de la historia.

En la primera década del siglo XX, para ser considerado analista, bastaba sostener la práctica psicoanalítica, con sus bases y fundamentos, y ser reconocido por Freud. Al comienzo esto era llevado a cabo por unos pocos discípulos de Freud que, en otras palabras, aceptaban la existencia del inconsciente y trabajaban con él sosteniendo una práctica totalmente inédita hasta ese momento.

Sin embargo, cuando los adeptos dejaron de ser sólo aquellos que constituían el núcleo cercano a Freud, se comenzó a pensar progresivamente en la necesidad de crear Sociedades Psicoanalíticas. Al ampliarse cada vez más el



interés por el Psicoanálisis tomando éste un carácter internacional fue necesario acordar ciertos '*criterios*' de formación para aquellos que quisieran ser analistas.

Es interesante señalar que, más allá de las diferencias y disputas que encontramos en el campo psicoanalítico, la cuestión de la formación del analista encuentra un consenso general en el trípode freudiano.

En efecto, la formación del analista para Freud (1990) reposa sobre tres pilares elementales: el análisis del analista, análisis de control o supervisión y la formación teórica.

Si bien cada elemento de este trípode es fundamental e ineludible, el análisis propio posee un lugar privilegiado en tanto es el que permite transitar la experiencia del inconsciente, la cual es intransferible.

Así pues analista se hace en la experiencia de un análisis, en donde nos encontramos con un saber que no es otro que el saber de lo inconsciente que no puede ser enseñado sino aprendido en la experiencia misma. Si bien la formación teórica es totalmente necesaria, por sí sola no es suficiente. Es el análisis, lo que permite al psicoanalista instaurarse como tal.

Esto aquí dicho, ya lo introducía Freud al discutir sobre la enseñanza del Psicoanálisis en la Universidad. Lo que él señalaba es que el analista "puede prescindir de la Universidad sin menoscabo alguno para su formación" (Freud, 1979, p.169). No se opone a la enseñanza del Psicoanálisis en este contexto pero advierte que allí quedará limitada a la teoría y la formación no puede reducirse a una transmisión dogmática. En 1926, reafirma lo indispensable del análisis personal como espacio de formación al postularlo requisito para poder ejercer como analista (Freud, 1990).

En relación a sus escritos técnicos, Freud deja en claro que lo postulado allí sólo se trataban de sugerencias que a él le habían servido, elaboraciones hechas a partir de su propia práctica, y no de técnicas universales a seguir. En consecuencia,



en Psicoanálisis no podemos hablar de la transmisión de un saber total, que daría cuenta de una operatividad, de un saber hacer anticipado, ya que esto no existe ni va a existir.

Concluyendo podríamos decir entonces que la experiencia analítica enseña un saber, el del inconsciente, y trasmite un deseo, una falta. Al acercarnos a la falta estructural posibilita el cuestionamiento por aquello que Lacan (2012) llama “*el deseo del analista*”.

El deseo del analista

El deseo del analista, como tal, es una noción introducida por Jaques Lacan. Si bien podemos encontrarla en diversos momentos de su obra, uno de los primeros escenarios en donde comenzó a desplegarse fue en “*La dirección de la cura y los principios de su poder*”. En este escrito, Lacan (2014a) empieza a plantear con mayor firmeza la cuestión del deseo del analista como motor y fundamento de análisis. Ahora bien, ¿de qué se trata este deseo?

En primer lugar es importante dejar en claro que el deseo del analista no refiere sólo al deseo de atender pacientes, de analizar, sino más bien al deseo de que haya análisis. Deviene de la experiencia analítica y a su vez es condición de la misma.

Asimismo, el deseo del analista implica el estudio de la teoría, el encuentro con otros y el compromiso de reinventar el Psicoanálisis en cada encuentro. En este sentido, alude a una ética que propone no alejarse ni olvidarse de lo irreductible, lo singular del sujeto, y lo contingente de los enunciados.

El analista, orientado por este deseo, dirige el análisis a partir de lo real, lee lo que se dice más allá de lo que se dice. Toma los dichos apuntando a un decir,



ubicando la singularidad de la modalidad de goce, ya no se trata de la significación del dicho sino del sentido. Significación y sentido se oponen, el sentido se produce en el decir. El decir abre el sentido, es del orden de la escritura.

Cabe recordar que el análisis no apunta de ninguna manera a una corrección de la conducta, ni a una dirección de la consciencia. El deseo del analista ofrece un vacío, una falta en el Otro, haciendo lugar al deseo. Propicia la espera, la pausa, acompañando al sujeto al rodeo por lo real.

En este aspecto, el deseo del analista apunta a crear las condiciones que le permitan al sujeto un cambio de posición respecto al síntoma, esto no como fin, sino como consecuencia ya que como sostiene Lacan (2014b) la cura se produce por añadidura.

De igual forma se trata de un deseo que apunta al deseo del sujeto en tanto deseo inconsciente. Como medio, instrumento o función, el deseo del analista sostiene el análisis. Apunta a un deseo de saber, pero no en cuanto tener un saber sino deseo de saber lo que no se sabe.

En el análisis el objeto del deseo del analista es el deseo mismo, desea el deseo del analizante, deseo de la diferencia, y su ética apela ciertamente a su deseo que le advierte no identificarse con el goce, respetando la singularidad del deseo del analizante al no ofrecerse él como un ideal. En este sentido, el deseo es no caer en el juego de su paciente, absteniéndose a responder la demanda del mismo.

Por sí mismo, este deseo no significa nada, adquiere valor en cadena, tomando forma en análisis. Indica un cambio de posición respecto del saber, suscita causa de deseo, descubrimiento. Está implícito en la ética del analista, en su ejercicio, su formación, su disposición, su escucha como así también en su abstinencia, en su silencio.

En relación a esto último, recordemos que la función del analista apunta justamente a preservar el lugar de lo indecible, el vacío por estructura, en tanto el fin



del análisis es asentir algo en relación a ese vacío, o, en otras palabras, la rectificación del sujeto con lo real. Pero ¿Qué es lo real?

El encuentro con lo real de la clínica

A pesar de que son muchas las elaboraciones que encontramos respecto a lo real en la enseñanza de Lacan, podemos decir que lo real es aquello que la estructura del lenguaje no puede aprehender. Aquello que no cesa de no escribirse, lo imposible de simbolizar. En la práctica lo real es aquello que insiste, el goce. En los primeros pasos en la clínica, nos topamos de golpe con ello. Es importante poder considerar estos encuentros iniciales ya que se trata de la emergencia de lo real, del acontecimiento que provoca sorpresa y sin duda produce efectos sobre la subjetividad del analista. Da lugar a una nueva orientación que permite admitir y poner en función el *no saber*.

Este nuevo tipo de saber que se pone de relieve, se enlaza a la contingencia y la singularidad propia de cada sujeto. Propicia un '*saber hacer con*' que requiere de la invención. En este sentido el analista nunca puede saber de antemano cómo actuar ya que no existen reglas ni técnicas universales aplicables a todo sujeto.

Podríamos decir que en la formación universitaria predomina una relación con el saber que se sostiene en la ilusión de que el mismo progresa en forma lineal y acumulativa hacia una posible totalización, el todo saber. Mientras que el encuentro con lo real de la clínica, nos permite interpelarlo inaugurando una relación con otro saber. Un saber agujereado en la propia experiencia, un saber que nos permite un cambio de posición subjetiva.

Ya no se trata del saber referencial, el saber establecido, sino el '*saber hacer con*' que, como se ha mencionado anteriormente, se orienta por lo singular, lo contingente, aquello que escapa a la simbolización.



Para finalizar, se considera pertinente mencionar lo que Lacan (2012) proclamó en la *“Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela”*. Allí, en relación al analista, mencionó que éste se autoriza a sí mismo, junto a algunos otros, lo cual resulta interesante al vincularse con lo que hemos abordado en este ensayo. Si bien la formación teórica es valiosa, en tanto no se puede ejercer sin un amplio conocimiento de la misma, por sí misma no garantiza la formación del analista como tampoco lo hace sólo la práctica clínica. Se trata más bien de una conjunción de instancias que permanentemente deben ser reevaluadas en las coordenadas de la actualidad.

Además, resulta pertinente recordar que la autorización del analista no es de una vez y para siempre, sino cada vez, con cada paciente y en cada momento del análisis.

Conclusiones

La introducción a la práctica analítica constituye una instancia difícil de transitar. Considerando que provenimos de una formación universitaria mayormente teórica, son numerosos los temores e incertidumbres que se presentan en esta etapa inaugural del ejercicio profesional.

Lo cierto es que más allá de la complejidad que reviste el primer encuentro con la práctica, ésta representa un momento decisivo en la formación del analista. En efecto, es a partir de la misma que se podrá comenzar a elaborar la propia posición, ética y política de trabajo.

Como se ha intentado reflejar a lo largo de este ensayo, si bien el amplio conocimiento de lo conceptual es esencial, la formación del analista no puede reducirse a una trasmisión dogmática.



La práctica posee un valor crucial en tanto posibilita la indagación de los conceptos que la sustentan. Al desbordar la teoría, conduce a la enseñanza mientras permite formular y sostener interrogaciones propias y singulares de quien la transita.

Asimismo, el encuentro con lo real de la clínica inaugura una relación con otro saber. Un '*saber hacer con*' que se irá elaborando inexorablemente orientado por lo irreductible singular, con cada paciente, en cada momento.

Sin embargo, más allá de su importancia, el cambio en la posición subjetiva no depende sólo de este encuentro con lo real de la clínica. Es necesario tener siempre presente la importancia de sostener el trípode freudiano, no como una cuestión de mecanismo a perpetuar, sino como un deber ético del analista.

Por consiguiente, no puede negarse que la formación del analista requiere de la práctica, la teoría y la clínica. De ninguna manera podemos prescindir de alguno de ellos en la medida que el Psicoanálisis se sostiene de estos tres.

Finalmente, podemos decir que no existe en Psicoanálisis un ideal de formación a alcanzar de una vez y para siempre. Es necesario volver periódicamente sobre los cuerpos teóricos contextualizándolos, interpelándolos y problematizándolos en las coordenadas de la actualidad.

En este sentido, la formación del analista es una tarea incesante que, por momentos, se da en soledad pero siempre es en el encuentro junto a otros. Es evidente que el lugar del analista no es sencillo de habitar, sin embargo algo nos empuja a hacerlo.

A pesar de las dificultades, resistencias e imposibilidades la clínica psicoanalítica nos convoca y compromete a reinventarnos en cada encuentro, con cada paciente, cada vez.



Referencias bibliográficas

- FREUD, S. (1990). *¿Pueden los legos ejercer el Psicoanálisis? Diálogos con un juez imparcial*. En: S. Freud *Obras completas*, T.20. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1980). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En: S. Freud *Obras completas*, T.12. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1979). *¿Debe enseñarse el Psicoanálisis en la Universidad?*. En: S. Freud *Obras completas*, T.17. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1978). *Sobre psicoterapia*. En: S. Freud *Obras completas*, T.7. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2014a). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En: J. Lacan *Escritos 2* (pp. 559-616). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2014b). *Variantes de la cura-tipo*. En: J. Lacan *Escritos 1* (pp. 311-346). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2012). *Proposición del 09 de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela*. En: J. Lacan *Otros escritos* (pp. 261-278). Buenos Aires: Paidós.
- (1974-1975). *Seminario RSI. Clase del 10 de Diciembre de 1974*. Inédito.
- FOUCAULT, M. (2010). *¿Qué es un autor?*. En: M. Foucault *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.

Bibliografía

- FREUD, S. (1976). *Conferencias de introducción al Psicoanálisis - Partes I y II*. En: S. Freud *Obras completas*, T.15. Buenos Aires: Amorrortu.



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Revista Digital
Lecturas
Psicoanálisis y Salud Mental

MARCA DE LO REAL EN EL CUERPO

EL G.O.R.D.O EN LA APERTURA DE ANÁLISIS

SABRINA PIMPINELLA
sabrina.pimpinella@hotmail.es
Psicóloga

Palabras Clave:

Sujeto - Significante - Síntoma - Demanda - Otro - Goce

Resumen

El presente ensayo es resultado final del Curso Teórico-Práctico de “*Práctica Clínica e Intersecciones en el campo de la Salud Mental*”.

Las siguientes líneas configuran la vertiente por la cual la experiencia analítica delimita la construcción de una demanda de análisis, frente al motivo de consulta de un paciente: “*Soy gordo, tengo problemas con la comida*”.



Obedecer al discurso médico que intenta controlar las operaciones del cuerpo con dietas estrictas, consejos estigmatizantes, avalado por ideales hegemónicos que sanciona el '*cuerpo gordo*' como '*cuerpo enfermo*', lo llevó a fracasar una y otra vez, y como garantía, la expulsión y rechazo del Otro que no sólo destrata, sino que además agrava el sufrimiento: "*Estoy harto, hasta el oftalmólogo me mandó hacer dieta*".

En su masa y volumen, el ser viviente no habla, más bien estamos frente a lo que Lacan (1983) ubicara como *lunas*. Si el sujeto no está donde se ve, acordaremos entonces que lo que se ve es síntoma y que por lo tanto el síntoma no habla, pero sí será lo que en la clínica nos oriente. Nos orienta por ser el tratamiento del goce, pero, para que el sujeto pueda ejecutar un movimiento en relación a su síntoma, debe construirse inicialmente una demanda de análisis.

La experiencia analítica encuentra en el devenir del sujeto el significante '*Gordo*', ese S1 que liga con un saber. Varios elementos y funciones se dispondrán para articular el síntoma a una demanda de análisis y ubicar que, lo que se rechaza no es la comida, sino al Otro, en este caso al Goce del Otro que lo devora obturando las hendiduras del deseo.

Recuperando la historia que asila en el sufrimiento, abandonando la mirada de las zonas orgánicas y escuchando las zonas erógenas, se propone escribir como hipótesis: *La incidencia del significante en la construcción de una demanda de análisis*.

El significante en cuanto tal no significa nada

Nos despojamos de toda significación, sorteamos la lectura y tratamiento al signo para abrir el universo que el lenguaje promete: la de no agotarse las



posibilidades del significante. Nos ponemos cómodxs y afinamos la escucha. Así comienza la sesión.

El Psicoanálisis se fundamenta en la premisa de que el sujeto no sabe lo que dice, en el auxilio por parar de comer, diremos, para comenzar, que se concatena un sentido que subyace a la palabra. Lacan (2013 [1955-1956]) en el Seminario 3 dice:

“No hay definición científica de la subjetividad, sino a partir de la posibilidad de manejar el significante con fines puramente significantes y no significativos, es decir que no expresen ninguna relación directa que sea del orden del apetito.” (p.270)

El espacio de análisis se abre por derivación del área de Psiquiatría y se habilita cuando se afronta los desafíos de la palabra reconociendo que los efectos de los fármacos estabilizadores del ánimo, y los antiimpulsivos no son suficientes. Al abrir la puerta, encontramos la falta de referencia simbólica a los atracones de comida, cada vez que sucedía lo arrojaba a cierta distancia y lejanía que impedía implicarse en la queja. El malestar caía continuamente sobre el cuerpo: “*Odio, detesto mi gordura*”, resonaba una y otra vez en las sesiones. Su esfuerzo se iba en estrategias para controlar la cantidad de ingesta de comida, lo que incesantemente terminaba fracasando. Claro que lo que no puede ser significado, tropieza buscando salida en la satisfacción.

Discriminación, maltratos en su infancia y adolescencia por ‘*ser gordo*’ parecían presentificarse en la reminiscente soledad y el miedo a ser lastimado. Un pesar que encontró manifestación en su cuerpo desde muy pequeño. Las capas de piel parecían resguardar a su ser abatido, pero ¿defensa ante qué?

El *afuera* le era amenazante, la mirada del Otro juzgaba sus capacidades y que para esos momentos en donde deseaba hacerse invisible su cuerpo delataba la presencia. Una presencia que jugaba de ausencia.



La imagen que fascina, captura; comienza advertir que la maquinaria no anda, que hay algo que se le escapa, que su ser rebalsa, aunque no sabe de qué. Los ritmos de la ansiedad devoraban la sesión, pero a su tiempo, la impotencia de irse sin una respuesta a cómo controlar sus impulsos empieza a mermar y algo parece colmar. Bueno que lo que colmaba no era más que la posibilidad de angustiarse, angustia que, en este punto, aporta también la certeza de que el Otro es irreducible a cualquier significación.

Así es como la escena analítica comienza a tomar cuerpo, momento en el cual se presentifica la dimensión del campo del Otro y lo enigmático de su relación y determinación como sujeto comienza a desplegarse.

La dimensión de la espera y la promesa del sujeto por lo otro, corta la serie repetida de significaciones para dar lugar a la dimensión del vacío. El objeto-comida comienza a deslizarse en vías de constituirse o restituir su posición deseante. Del deseo no sabemos nada, nada más que su articulación con la demanda, la cual se expresa en el significante. Lo que se intenta decir es que el significante '*gordo*', empezaba a trazar su ruta, la demanda analítica se pone en marcha.

Lacan (1999 [1957-1958]) dice:

“La dialéctica de la demanda, en la medida en que ésta siempre pide algo que es más que la satisfacción a la que apela, y va más allá. De ahí el carácter problemático y ambiguo del lugar donde se sitúa el deseo. Este lugar siempre está más allá de la demanda en tanto que la demanda apunta a la satisfacción de la necesidad, y está más acá de la demanda en tanto que la demanda, por estar articulada en términos simbólicos, va más allá de todas las satisfacciones a las que apela, es demanda de amor que apunta al ser del Otro, a obtener del Otro esta presentificación esencial - que el Otro dé lo que está más allá de toda satisfacción posible, su propio ser. A eso se apunta, precisamente, en el amor.” (p.414).



Cuando la angustia da señal, la escucha abre paso al sujeto. Si el significante marca la distancia de la demanda del sujeto a su deseo, el análisis será lo que dirija a esa encrucijada. El significante '*gordo*' se preparaba para no representar más que al sujeto.

No somos semejantes a los planetas, pero entonces, ¿qué le hace parecer semejante a una luna redonda?

A la historia se entra por el síntoma

Para explicar la intersubjetividad como dimensión estructural del sujeto del inconsciente, Lacan (1983 [1954-1955]) recurre a lo que denomina como esquema Lambda. Lo que nos enseña allí es la determinación del sujeto en relación al Otro. En el vector que va de A (Otro) a S (sujeto), el Otro se dirige al sujeto del inconsciente determinando su posición. Lo que sucede al pasar por el muro del lenguaje, a partir de la marca simbólica, es que no todo puede pasar a la conciencia, hay agujeros donde se escapa algo del inconsciente. Aquella hiancia donde se pone en juego la falla, lo no realizado, intentará deslizarse mediante asociaciones significantes.

Sabemos por Freud que el síntoma es satisfacción sustitutiva articulada a fijaciones libidinales y a la vivencia sexual infantil. Ahora bien, para que el síntoma adquiera estatuto de síntoma analítico, debe ser anudado a la palabra. Hasta entonces la palabra se agotaba en la ansiedad que genera no poder parar de comer, pero al atravesar la angustia, viaja en sentido pulsional como eco de un decir para ubicar sin saber lo que su cuerpo responde con la zona erógena.

Es así como llega a las huellas de su infancia, más precisamente al negocio de su abuelo, donde solían llevarlo sus padres. Allí ubica el origen de la ansiedad que desembocaba en atracones, enlazado a escenas en las cuales un empleado lo

conducía a un lugar apartado y lo besaba. Recuerda que, luego de esas escenas, comía.

Freud (1992 [1920]) desarrolla en relación a lo traumático y su realidad psíquica:

“Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección antiestímulo fue perforada en un área circunscrita. Y entonces, desde este lugar de la periferia afluyen al aparato anímico central excitaciones continuas, como las que por lo regular sólo podrían venirle del interior del aparato. - ¿Y qué clase de reacción de la vida anímica esperaríamos frente a esa intrusión?” (p.29).

Había boca, mas no para hablar, el acto compulsivo de llenarse la boca con comida parecía ser un intento de simbolizar-borrar la huella del horror. No poder hablar porque lo han hecho callar. El goce del Otro, lo ha hecho callar.

En la adolescencia la pregunta por su sexualidad recibe una respuesta ya dada por otros: el significante ‘*gordo*’ queda enlazado al significante ‘*puto*’ en los dichos de sus pares. Del primer recuerdo de la infancia se desprende una segunda escena: ensayando una respuesta frente a la pregunta por su posición sexuada, el paciente se *come* una emboscada más que lo deja nuevamente a merced del goce del Otro. Un nuevo opresor que actuó sin consentimiento sobre su cuerpo, arrasando toda aparición del sujeto. Injurias y daños lo silencian una vez más.

Lo traumático se presenta como desborde pulsional, ocasionado por el goce del Otro. Freud (1992 [1920]) nombra:

“Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía {Betrieb} energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse

que el aparato anímico resulte anegado por grandes volúmenes de estímulo.” (p.29).

Hasta el momento era un secreto que llevaba dentro, que para darle asilo tuvo que hacer espacio en su cuerpo. El síntoma muestra una parte de la estructura, y anudado a un saber cobra estatuto analítico aliviando el cuerpo del sujeto. El paciente termina su sesión afirmando que, al poder contarlo, sentía que se sacaba un *peso de encima*.

Hallamos caído el Otro de la ley, el Otro del cuidado fue arrasado por el Otro gozador. La gordura aparece como marca de goce de lo traumático. Contar permite que en el espacio de goce, que es espacio topológico donde el sujeto juega su indeterminación, se produzca un corte que recorte el espacio. Lo que se dice, produce escritura.

Cuando el sujeto puede hilar su síntoma a un saber, queda descubierto que detrás de su ser *gordo* hay algo que puja por expresarse en palabras para ser escuchado y elaborarse como enunciación en la demanda. La demanda no debe confundirse con necesidad, aunque se encuentre satisfaciéndola, sino caeríamos en la estafa de las dietas. Algo de la necesidad intercepta el significante, y éste como ya sabemos está dirigido al Otro. Es lo que Lacan (1999 [1957-1958]) llama como *resorte de la demanda*. La demanda en sí, es de ser oída y en ese sentido el analista es soporte de la demanda para que el paciente siga hablando.

Conclusión: La experiencia analítica es un acto de escritura.

De no detenernos en las resistencias autoinmunes del discurso médico, el punto de partida es la implicancia del paciente de aquello que lo aqueja. El síntoma es lo que se inscribe en la historia singular de quien lo padece, por lo que no es lo



que se intenta eliminar, sino particularmente escuchar. El trabajo está enmarcado en la construcción del síntoma analítico.

La escena analítica se despliega como puesta de la relación y determinación del Otro, es decir, de cómo el sujeto es hablado por el Otro, nos da información de que, por un lado el sujeto habla y que no es lo mismo ser el representante de la falta del Otro que ser el objeto de Goce del Otro, donde falla la función fálica y no hay límite, el sujeto es comido por el Goce del Otro. Capturando el instante aquí ensayado, la demanda de análisis habilitó la apertura de una terceridad que medie el goce del Otro que se presentaba como mortífero, para ejecutar un movimiento en relación de lo que el Otro desea.

Leer la demanda es exigencia de goce. El significante '*gordo*' lo escribiremos como G.O.R.D.O ya que ha sido tocado por la lengua bordeando las marcas. La letra toma cuerpo por lo imaginario hasta inscribirse como *Goce del Otro* que *Roe* el *Deseo del Otro*.

El analizante habla para hacer surgir el S1, aquello de lo que goza el inconsciente. El síntoma se repitió hasta hacer la diferencia, pero nada hubiese sido posible si del motivo de consulta no se recortaba la demanda de análisis, a saber, que de lo que se trata es de una demanda de amor articulada a la demanda de saber que siempre es una verdad del sujeto. La experiencia es lo que nos transforma, el pasaje de la *incorporación* de comida a alimento nos revela la reedición de un cuerpo por la *incorporación* del lenguaje como barrido de goce.

Dejarnos sorprender por la riqueza de la letra, soportar el vacío que le es inherente a todo acto creativo abre puertas a la dimensión donde el sujeto se encuentra con las páginas de su propia historia. Retornar a un pasado actual y escribir sobre ello es lo que da ex-sistencia. En este sentido, al igual que la experticia analítica, el ensayo no es más que un ensayo de lectura, del paso de la palabra a la letra.



Referencias bibliográficas

- FREUD, S. (1992 [1920]). *Más allá del principio de placer*. En: S. Freud *Obras completas*, T.18. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (2013 [1955-1956]). *El Seminario Libro 3 "Las Psicosis"*. Buenos Aires: Paidós
- (1999 [1957-1958]). *El Seminario Libro 5 "Las formaciones del inconsciente"*. Buenos Aires: Paidós.
- (1983 [1954-1955]). *El Seminario Libro 2 "El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica"*. Buenos Aires: Paidós.

Bibliografía

- LACAN, J. (2015 [1962-1963]). *El Seminario Libro 10 "La angustia"*. Buenos Aires: Paidós.
- (2010 [1964]). *El Seminario Libro 11 "Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós
- (2004 [1956-1957]). *El Seminario Libro 4 "La relación de objeto"*. Buenos Aires: Paidós.
- DAVIDOVICH, M. (2007). *Los des-bordes pulsionales*. Buenos Aires: Letra Viva.
- TOTÉ, S. (1998). "A la Historia, ¿se entra por el síntoma?", *Lazos Nueva Serie*, 1. Escuela de Orientación Lacaniana - Sección Rosario. Fundación Ross.

Dirección: Dr. Mario Kelman - Investigador CIUNR

Comité Editorial: Ps. Daniela Tanoni - Ps. Rafael Echaire Curutchet - Ps. Germán Fiderio

Comunicaciones a: mariokelman@unr.edu.ar

ISSN 2250 - 8562