

ISSN 1668-3927

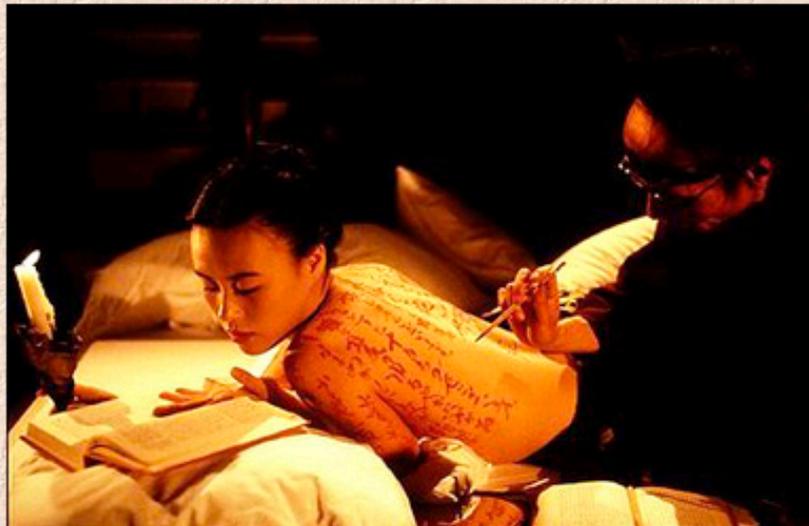
Tatuajes

REVISTA DE PSICOSOMÁTICA

www.psicomundo.com/tatuajes/

Número 7

Diciembre 2005



www.psicomundo.com

PsicoMundo

El portal de los psicoanalistas
y profesionales de la salud mental

Sumario

■ Editorial

Alicia Manzotti - Psicoanalista. Colaboradora docente del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicopatología del Hospital Argerich. Coordinadora de la revista *Tatuajes*.

■ Reportaje a Irma C. W. de Peusner

Realizado por **Alicia Manzotti** y [Michel Sauval](#)

■ La femineidad como escritura

Mauricio Szuster - Psicoanalista. Miembro de Letra, Institución Psicoanalítica (Argentina)

■ El cuerpo del psicoanálisis: una introducción

Katia Weissberg - Socióloga. Psicoanalista egresada del Círculo Psicoanalítico Mexicano. Docente del Diplomado "Introducción al estudio psicoanalítico de las afecciones somáticas" (México)

■ El cuerpo en la clínica

Myriam Carrasco - Psicoanalista. Miembro de *Testimonios* (Argentina)

■ Un caso especialmente grave de síndrome de disfunción y dolor de la articulación temporomandibular

Mariano Díaz-Miguel Maseda - Médico, especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Jefe Asociado de Cirugía Gral., Cuello y Mama de La Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Psicoanalista – Psicopatólogo. Miembro del IEPPM Y de SEPIA (España)

Editorial

Alicia Manzotti

Luego de varios años de labor creativa Susana Torok deja la dirección de la revista. Con este número iniciamos una nueva serie, continuando el camino recorrido hasta ahora.

Desde los comienzos, Freud escuchó los padecimientos del cuerpo de las histéricas que tenían origen psíquico y fueron fundantes del psicoanálisis.

Con el transcurrir del tiempo, las distintas épocas configuran escenarios diversos para el malestar del cuerpo.

En estos días en que el mercado a través de la ciencia ofrece intervenciones casi mágicas, y se espera que los fármacos disuelvan la angustia sosteniendo la causalidad orgánica de los síntomas, como psicoanalistas seguimos interrogándonos sobre este entrecruzamiento entre cuerpo y subjetividad.

Los trabajos y experiencias que publicamos surgen de distintos abordajes del cuerpo desde el psicoanálisis, desde la teoría, desde la clínica. Escrituras singulares enlazadas por el deseo que nos causa continuar con la tarea.

- [Mauricio Szuster](#) escribe acerca de cuerpo y síntomas en relación a la femineidad
- [Katia Weissberg](#) recorre referencias teóricas acerca de algunos conceptos y desarrolla un caso clínico de Joyce Mc Dougall
- [Myriam Carrasco](#) trabaja sobre cuerpo y goce en Lacan
- [Mariano Díaz-Miguel Maseda](#) muestra el ejercicio de una práctica clínica, planteando el interrogante acerca de histeria o psicósomática

Incluimos además un espacio para el reportaje (en este número, a Irma Peusner), pensado como invitación a dar testimonio de un quehacer vinculado con la temática que nos convoca.

Alicia Manzotti

Psicoanalista. Colaboradora docente del Equipo de Asistencia e Investigación en Psicósomática del Hospital Argerich

Reportaje a Irma C. W. de Peusner

Realizado por **Alicia Manzotti** y [Michel Sauval](#)

23 de agosto 2005

Alicia Manzotti: Queríamos conversar contigo acerca de algunas problemáticas "novedosas", que tienen que ver con el cuerpo, como el tema de la clonación, inseminación artificial, intervenciones estéticas.....

Irma Peusner: Tenemos para todo el día (risas)

AM: Lo que podamos charlar

IP: Voy a comenzar con la clonación, porque me parece que es un tema que transgrede algo que es un dogma central de la biología. En la biología siempre se pensó que la reproducción de los mamíferos era sexual. Y esto es un dogma central. ¿A quién se le podía ocurrir que las cosas podían pasar de otra manera?

Cuando aparece la clonación de Dolly, es una revolución (Uds. saben que soy bióloga, además de psicoanalista). En los libros dice que los mamíferos no se reproducen asexualmente.

¿Cuál es el escándalo de esto? Y ¿qué significa la sexualidad en biología?

Se suele pensar que la sexualidad en biología es la sexualidad reproductiva, pero no es así. La definición de sexualidad, en biología, es otra, similar a la que da Freud en "Más allá del principio del placer".

Cuando los organismos unicelulares se reproducen asexualmente, lo hacen sin dejar resto. Cada individuo da lugar a otros dos idénticos a sí mismo. Son iguales e inmortales, porque tienen siempre la misma dotación genética que va pasando de un individuo a otro, a través de las generaciones: "Iguales, Inmortales y Asexuales".

Existe una novedad biológica que Freud describe en los que llama "animalitos con pantuflas" 1, que nosotros los llamamos "paramecios". Esto está en los puntos 5 y 6 de "Más allá...", que son los que habitualmente se saltean cuando estudiamos ese texto (risas). Entonces, ¿qué hacen estos animalitos? Se juntan, fusionan sus citoplasmas, e intercambian material genético. Se separan, sin dividirse, y siguen adelante su vida.

¿Qué fue lo que observaron los biólogos y que toma Freud en ese texto? Que cuando estos animalitos realizan este intercambio de genes, rejuvenecen. ¿Por qué? Porque al introducir variaciones aumenta el repertorio de posibles respuestas y adquieren nuevas capacidades que antes no tenían ninguno de los dos individuos que participaron del intercambio. Entonces, en este sentido sexualidad es intercambio (de material genético) Entonces ¿qué introduce la sexualidad en biología? La sexualidad introduce diferencias, es un aparato de producir diferencias. En los humanos, o en los mamíferos, este proceso sigue existiendo – en los mamíferos se llama "crossover". ¿Por qué tenemos tanta variación? ¿Por qué no hay dos individuos iguales? Porque permanentemente se produce un intercambio de material genético. Tanto los óvulos, como los espermatozoides, son diferentes todos entre sí, y van produciendo esta enorme variación de repertorio cuya consecuencia es la complejización de las estructuras. Cuando la complejidad es muy grande, una parte se especializa exclusivamente para la reproducción (lo que se llamaba "plasma germinal") y la otra se especializa para llevar a cabo funciones vitales (el así llamado "plasma somático") pero pierde irreversiblemente la capacidad reproductiva. Este es el precio de la complejidad, de tan "especializado" perdió la capacidad de reproducirse y está destinado a morir. Solamente el plasma germinal, en los humanos (óvulos y espermatozoides) dan lugar a un nuevo ser, separado del que les dio origen, que repetirá el ciclo en la cadena de las generaciones. El organismo, que se ocupó de las funciones vitales pero perdió la capacidad reproductiva, está prometido a la muerte. Y es allí donde reproducción

sexual y muerte quedan necesariamente ligados. Esta es "**la paradoja de la inmortalidad**". Inmortales, asexuales sin variaciones importantes a través de las generaciones. O por el contrario, la introducción de la sexualidad, como intercambio de material genético y asociada secundariamente a la reproducción, permite las diferencias y posibilita la complejidad de las estructuras pero su precio, como vimos es la muerte. Hasta aquí la Biología.

Michel Sauval: Me recuerda los trogloditas del cuento de Borges, "*El inmortal*" 2

IP: La transgresión que porta la clonación, implica desconocer lo más importante que tiene la sexualidad para la vida compleja, que es la producción de diferencias. Estas diferencias – estoy hablando desde un punto de vista estrictamente biológico – son lo que posibilitaron la diversidad de la vida, y la enorme complejidad, y también confieren la posibilidad de entrada del lenguaje que, como sabemos, resignifica la vida. Si no hubiera habido estas diferencias, que confiere la sexualidad", seguiríamos siendo iguales e inmortales, amebas iguales e inmortales (3).

¿Cómo es el procedimiento que se utilizó para clonar a Dolly? Se le sacó un óvulo, se le extrajo el núcleo (portador de la información genética), se le puso el material genético de una célula somática adulta del cuerpo de "la mamá de Dolly - es decir, "engañaron" al óvulo, lo "convencieron" de que ya es un embrión (se saltó el paso de la fecundación), y entonces se empezó a dividir pero produciendo un ser idéntico a su "mamá" que donó la totalidad del material genético. Dolly es idéntica, desde el punto de vista genético a su "mamá". Se saltó la etapa central de la reproducción sexual: "la unión de un óvulo con un espermatozoide proveniente de dos individuos diferentes". Acá todo proviene de la mamá.

MS: ¿Cualquier célula puede funcionar como célula madre?

IP: Este fue el gran escándalo, porque, normalmente, el óvulo necesita fusionarse con el espermatozoide, para producir un embrión. Aquí lo que hicieron fue sacarle al óvulo su material genético. Y pusieron el material genético de una célula del cuerpo o soma, es decir, de una célula "vieja" (producto de la reproducción en la generación anterior)

MS: Pero, al decir "vieja", ¿no significa eso que esa célula ya adquirió una "especificidad", que se ha pasado de ese potencial general que son las células "madres" a una especificidad como célula de un órgano o parte del cuerpo?

IP: Exactamente. No lo pueden hacer con cualquier célula. En el caso de Dolly, tomaron una célula de la mamá de la "mamá". Pero primero probaron con un montón de células diferentes.. No cualquiera funciona. Una célula nerviosa es posible que no funcione porque es altamente diferenciada. Tomaron una célula que, al parecer, fue capaz, una vez que estuvo en el citoplasma del óvulo, **de desdiferenciarse, hasta el punto de volver a ser programable**. Luego la "engañaron", con un estímulo y empezó a reproducirse, dando lugar a un nuevo organismo.

Este es el escándalo. Porque la dotación genética es la misma. Dolly fracasó – y podemos predecir que esto va a fracasar y no va a poder seguir a través de las generaciones – porque es verdad lo que vos decís: esta célula no es igual a una célula que recién empieza el ciclo. Tiene cierta programación, por la cual, por ejemplo, Dolly se enfermó y envejeció prematuramente. Aunque de esto mucho no se habló, porque cuando los proyectos fracasan, mucho no se habla.

Entonces, ahí tenemos una parte de la historia. Esto es un arrasamiento, no solamente desde una lectura psicoanalítica, sino también desde el punto de vista biológico.

MS: ¿Por qué desde un punto de vista psicoanalítico?

IP: Cuando tenemos la estructura de un sujeto, están en juego las relaciones de parentesco. Se estructura sobre la base de una función materna, una función paterna, etc. ¿Qué significaría

producir clones? No existe la posibilidad de clonar sujetos. Cada sujeto es único e irrepetible más allá de su "dotación genética". Por otra parte, entrando en la ficción de que se "produzcan en laboratorios" Morirían de hospitalismo. Se podrán aplicar técnicas de clonación, pero sin Otros instituyentes no hay sujetos humanos (4).

AM: Pensaba en el seminario XI, cuando Lacan habla de reproducción sexual, en la que siempre algo se pierde... ¿Cómo jugaría esta forma de reproducción en la subjetividad?

IP: Exactamente. En la clonación no habría pérdida, no habría diferencias de una generación a la otra. Es muy poco probable que esto se pueda lograr. Hay gente (la Secta Raeliana) que dice que lo ha logrado, pero por fuera del circuito de la ciencia y, hasta el momento, no fue demostrado. Desde el punto de vista científico no solamente está prohibido sino que, en seres humanos es probable que sea imposible de sostener en el tiempo. Se iría desdiferenciado y perdiendo la complejidad ya que la clonación es una forma de reproducción asexual que borra las diferencias y por lo tanto la complejidad. En la reproducción sexual siempre hay pérdida. **La clonación pretende el pasaje de una generación a otra sin pérdida y sin diferencias.**

Se pueden clonar células, o se pueden clonar individuos. Pero no tiene nada que ver una cosa con la otra. La clonación de células existe desde hace muchos años. Los anticuerpos monoclonales son clones.

MS: Los trasplantes de células ¿no son clonaciones también?

IP: Por supuesto pero justamente se trata de clonación celular. Es importante que esto esté claro, que no se ponga todo en el mismo lugar. De lo que se habla, como problemático, es de la clonación reproductiva de seres humanos. La clonación celular, por el contrario tiene numerosas aplicaciones terapéuticas y se sigue investigando (5)

Volviendo al seminario XI, que recién mencionabas, donde Lacan toma el experimento de Pavlov. Es interesante porque toma este experimento justamente cuando habla de la constitución subjetiva. ¿En qué consiste este experimento paradigmático: La salivación y la secreción de jugos gástricos se estimulan con los alimentos. Si el "experimentador" asocia al "estímulo natural " alimento "otro estímulo" como por ejemplo, el sonido de una campana. Luego de un cierto número de repeticiones ya no hará falta el estímulo "natural" el perro va a responder con saliva y jugos gástricos cuando suenan las campanas ¿Qué se demuestra allí? Que la función biológica queda "pervertida" es decir "desnaturalizada". El experimentador interfirió de manera irreversible con "la función biológica. Y esto es la pulsión. Esto es un ejemplo paradigmático de lo que produce el lenguaje sobre el viviente.

Esto es verdad. No hay manera de sustraerse de esto. Nacemos prematuros y siempre va a haber un "Otro" que va a intervenir en nuestra vida de manera intrusiva. Si nadie interviene no podemos sobrevivir. No hay elección para el viviente prematuro. El otro va a intervenir con su amor, su deseo y su goce. Si tenemos la suerte de que nuestros "progenitores" u "Otros instituyentes" no se parezcan demasiado a Pavlov, quizás no tendremos desordenes demasiado serios en nuestras funciones (6).

Y también podríamos decir que, desde un punto de vista biológico, la clonación es imposible, a menos que intervenga el Otro. (la aparición de gemelos univitelinos de manera espontánea es producto del azar) Es la intervención de los seres humanos la que produjo estos "desórdenes" en la naturaleza. En realidad, esto es un enorme desorden de la naturaleza que introduce el lenguaje "humano".

MS: ¿No sería una continua extensión de lo que siempre fue?

IP: Pero, naturalmente, salvo los gemelos univitelinos, no hay clonación espontánea de organismos complejos de reproducción sexual en la naturaleza.

MS: Me refiero a que la clonación de cultivos o animales, etc., podrían pensarse como una simple extensión del mismo hecho del funcionamiento del lenguaje. De última, los clones son tan hijos del lenguaje como cualquier otro tipo de hijos.

IP: Son hijos del lenguaje. Absolutamente. La clonación animal no está prohibida, tiene otro tratamiento legal. Se usa mucho para el mejoramiento de las especies en Agricultura y Ganadería. Son lo menos natural que puede haber. Naturalmente, salvo los gemelos univitelinos – que son clones, cuando se produce esta división de un único óvulo – no existe en la naturaleza la clonación. No hay dos cosas idénticas. Todo es diverso. Sobre todo en organismos complejos de reproducción sexual. Esto es, esencialmente, efecto del lenguaje.

Lo mismo las Técnicas de Reproducción Asistida, de donde surge la posibilidad de la clonación.

Siempre que hablo de Técnicas de Reproducción Asistida, empiezo con "Yerma"(7) de Federico García Lorca. Qué no hubiera hecho Yerma por tener un hijo **"Porque estoy harta. Que estoy ofendida, ofendida y rebajada hasta lo último, viendo que los trigos apuntan, que las fuentes no cesan de dar agua y que paren las ovejas cientos de corderos, y las perras, y que parece que todo el campo puesto de pie me enseña sus crías tiernas, adormiladas, mientras yo siento dos golpes de martillo aquí en lugar de la boca de mi niño"** No había técnicas de reproducción asistida. Es en el punto de la desesperación del sujeto donde la oferta de la tecnología tiene su puerta de entrada.

Podemos, en algún punto, festejar que existan estas técnicas, porque, de alguna manera, permiten, que muchas parejas, muchas madres, que no pueden tener hijos. Hasta ahí, va todo bien. Pero, ¿qué se hace con los embriones congelados que no fueron implantados?

¿En qué consisten estas técnicas? ". **La fertilización "in vitro" extrae del cuerpo los dos pasos centrales de la reproducción: la copulación y la fecundación interna.** Aquí hay fecundación del óvulo por el espermatozoide pero se realiza afuera del cuerpo de la mujer. En el laboratorio, es posible lograr la fecundación de un óvulo por un espermatozoide y luego implantarlo en el útero de la mujer para que continúe el desarrollo como cualquier otro embarazo. Quizás lo más inquietante de esta técnica es que durante la fecundación "in vitro" se producen más embriones de los que se implantan. Estos embriones viables (pequeños seres humanos en potencia) se congelan a la espera de ser implantados, en alguna otra oportunidad, en el útero de su "madre biológica" o de lo contrario ser donados a otra madre que no tuvo éxito en el intento o quién sabe.....Ahí es donde entra todo el lío. ¿Son niños? ¿Son potenciales hijos? ¿O quedan libres para ser usados con otros fines?

MS: De ahí ese proyecto legal que pretende "identificar" todos estos embriones.

IP: Exactamente, exactamente identificar los embriones y legalizar su destino pero aquí también es un tema discursivo, porque se podría llegar a decir que los óvulos, cuando sean fecundados, van a ser embriones, y van a dar lugar a seres humanos, entonces no perdamos ningún óvulo, démosle identificación a todos los óvulos, etc. Imagínate si hicieran eso con los espermatozoides! (risas)

Con lo cual, esto también es una definición discursiva. En cuanto nace un niño, uno puede decir, "après-coup", que esas células fecundadas fueron un embrión que dio lugar a un ser humano. Pero no lo podemos decir "a priori" sin una "convención". Esto siempre es "a posteriori". Ahí hay todo un lío, en un país como Argentina, donde la legislación no está firme, todos estos institutos tienen sus tubos congelados llenos de embriones. Entonces, ¿qué va a pasar con estos embriones? Si la mamá decide implantárselos y tener hijos, no hay problema. Pero ¿si no es así?

AM: ¿Tienen un límite de existencia?

IP: Tienen un límite, pero es lo suficientemente largo como para que alguien piense en usar los embriones que "sobran" para "otros fines". Esto tendría que estar legislado con precisión.

El problema de los científicos es que, como la cosa está tan mezclada, no está claro especialmente para los "no científicos" que a veces participan de comités de ética lo que es la "Clonación reproductiva" y lo que no lo es. De hecho, existe la posibilidad de producir células madres por otros procedimientos, por ejemplo del cordón umbilical. Bueno, no es simple los seres humanos se tientan, intervienen, gozan. Hay cajas de Pandora que no conviene abrir. Las religiones lo saben.

MS: ¿Porque no?

IP: Bueno, si la vida también tiene una definición discursiva. ¿Cuándo empieza a ser vida humana? ¿Un óvulo sin fecundar? o a los 3, 7, 14 o 21 días de la fecundación? Hay distintas respuestas. Cada Fe tiene la suya propia

MS: Pero el caballero Don Dinero ha sabido siempre ganarse el acuerdo de los curas.

IP: Bueno, ¿qué paso con esto? Cómo la ética, en general, no es patrimonio de ninguna profesión, hay también algunos científicos que se prestaron a trabajar para empresas privadas. Pero la ciencia tiene un importantísimo mecanismo de protección y son las publicaciones en revistas científicas internacionalmente reconocidas. Nadie se puede mandar por su cuenta ni hacer "investigaciones secretas" y seguir siendo un investigador integrado a "la comunidad científica internacional" que tiene una legalidad muy estricta.

Solamente puede avanzar en ciencia quien publica en una revista reconocida por la comunidad científica. Hay que publicar, de manera explícita, los procedimientos que se usaron para tener un determinado resultado, y estos procedimientos tienen que poder ser reproducidos en todos los laboratorios del mundo. Si no se publica no queda sancionado como producción científica. Lo que dicen las publicaciones científicas no necesariamente es lo que comentan los diarios. La gente que, ocultamente dice haber logrado "clones humanos", hasta el momento no realizó ninguna publicación científica validada.

También se sabe, en ciencia, que no se puede progresar solo. Un grupo aislado no puede resolver todos los problemas técnicos que se plantean. Esto pasó, por ejemplo con el SIDA. Al principio se peleaban entre los grupos y después empezaron a trabajar todos juntos. Es interesante, respecto de la aplicación de la clonación "celular", que las investigaciones sobre cáncer se hacen sobre un único tipo celular, que se llama "**HeLa cells**". A un médico residente se le ocurrió extraer una muestra de un tumor de cuello cervical de una pobre mujer llamada Henrietta Lacks (8). El tumor era muy virulento y de una enorme capacidad reproductiva. La mujer falleció en 1951 pero "sus células" se inmortalizaron y se difundieron por todos los laboratorios del mundo. Se manda "una muestra de estas células "clonadas" a los distintos laboratorios del mundo, con lo cual, los resultados son muy homogéneos, porque salen todos de este único tipo celular y son resultados que se pueden comparar entre sí..

Ahí hay una aplicación de la "clonación celular" que no tiene nada que ver con la "clonación reproductiva".

Ahora, está claro que nosotros, como psicoanalistas, no podemos hacer nada. Las cosas que van a ocurrir, ocurrirán. Y nosotros recibiremos en nuestros consultorios, en nuestra clínica, los resultados de todo esto.

MS: Como hasta ahora.

IP: Claro. Y me parece que en el tema de las técnicas de reproducción asistida, verdaderamente, casi no harían demasiada diferencia si esto está trabajado. Cuando una pareja quiere tener un hijo, bueno, esto es una técnica como antes uno podía decir "váyanse de vacaciones". Ahora la intervención es un poco más compleja.

Pero si esto viene articulado a un negocio donde la institución tiene el "deseo " de producir la mayor cantidad de hijos porque esto implica facturar, es muy distinto.

Sé que muchas instituciones tienen, hoy en día, psicólogos, que entrevistan a las parejas y algunas están trabajando muy bien. Entonces ¿el problema es la técnica? No, el problema es cómo se anuda este procedimiento técnico a la práctica clínica. La forma en que esto se lleva adelante, como se relaciona al sujeto.

Sí hay un problema con los "embriones congelados". Hay que resolverlo y legislarlo. Creo que ahí el tema es legislarlo de una manera en que la madre y el padre puedan resolver con la mayor "implicación subjetiva".

MS: ¿Incide todo esto, de algún modo, actualmente, sobre la práctica del psicoanálisis?

IP: Yo creo que los psicoanalistas tienen que intervenir. Me parece importante que haya psicoanalistas en todas estas instituciones. Que puedan escuchar y ayudar a pensar.

Podríamos decir que no nos vamos a encargar de parar el sistema económico ni mucho menos, pero sí – y esto tuvo una enorme incidencia – lograr que los psicoanalistas participaran como profesionales de estas instituciones, que no se horrorizaran antes estas técnicas, que conozcan el detalle, de qué se trata en estos procedimientos, y pudieran escuchar, hablar, que no permanezcan silenciosos por fuera de la escena.

MS: Pero ¿hay alguna incidencia, de estos efectos, sobre la práctica de los psicoanalistas?

IP: No sé si esto incide sobre lo que es la práctica del psicoanálisis. Por lo menos a mí, la gente que recibí, me resulto muy interesante descubrir, que todo esto ocurría de la misma manera que respecto de cualquier otro nacimiento. No había grandes diferencias. Lo que sí me parece es que hay a veces interés en que los analistas no participen. Esto, creo que es lógico, porque si un psicoanalista escucha, allí va a haber otro tipo de efectos, que no van a estar marcados por los intereses que puede tener "algunos laboratorios-empresas" en producir estos "embarazos". Creo que tenemos mucho para decir allí. No sé si esto influye sobre nuestra práctica privada donde tenemos el excepcional privilegio de escuchar al sujeto, cualquiera sea la Institución en la que se esté atendiendo. Si creo que influye para la práctica del psicoanálisis en algunas instituciones u Obras Sociales donde suelen imponerse la modalidad de "terapias cortas "y/o de "objetivos acotados".

Hace unos años me habían hecho una entrevista para una revista, por el tema de la clonación. Fue cuando recién empezó todo esto, y yo escribí todo un artículo, con un montón de consideraciones, hablando de la cuestión del parentesco, que un sujeto se constituye en relación a los progenitores, a Otro que lo ame, que lo quiera, que van a morir de hospitalismo, etc. Y resulta que me extrajeron la nota y pusieron "Irma habló del complejo del clon", y me sacaron en la revista con foto y todo (risas) (4). Es decir que el procesamiento de lo que decimos es impredecible y es un riesgo que uno se toma cada vez que abre la boca. Por suerte se puede seguir hablando, en este sentido, los psicoanalistas somos un poco molestos.

AM: Un problema es cuando se empieza a abusar de estas técnicas. De pronto, hay mujeres que ponen sus cuerpos a merced de estos avances tecnológicos, siguiendo los dictados de la oferta del momento.

IP: Justamente, teniendo en cuenta que la satisfacción pulsional, el goce, como algo sumamente directivo en la vida de los "seres humanos". Es muy importante tener en cuenta las ofertas de goce que proporciona una sociedad. Si se ofrece droga, habrá adictos. Es muy claro con los adolescentes, que buscan ávidamente modos de satisfacción pulsional. La pulsión siempre se satisface. De la misma manera, las cirugías estéticas son una oferta de goce. Imagínate te ofrecen ser delgada, hermosa, atractiva, joven y apetecible a cualquier edad ¿quién se resiste?

Justamente, me parece que ahí los psicoanalistas tenemos un rol fundamental de poder preservar ese muy "pequeño islote de subjetividad", para que alguien se pueda preguntar. Cuando un paciente viene con el tema "me quiero hacer las lolas", me quiero hacer esto, o lo otro, ¿esto, qué significa? ¿Qué significa en tu vida? Se puede interrogar acerca de esto. Y ahí es donde nos volvemos terriblemente molestos, porque de alguna manera, el último interés que podemos tener nosotros es que la gente consuma "automáticamente estas ofertas".

Es como con los McDonald's. No sé si vieron la película "Super Size Me" (9) Es fantástica. Debería haber sido extremadamente difundida. Es una película en la cual una persona decide mostrar los efectos de la comida de McDonald's. Durante un mes, decide comer – almorzar, cenar, desayunar – solo en McDonald's. El experimento está lujosamente diseñado, porque primero le hacen todos los análisis, le miden todos los parámetros clínicos. Luego, come durante un mes en McDonald's, y después le vuelven a hacer todas las evaluaciones. Y realmente es impresionante. Está hecho con médicos, con científicos, con un montón de observadores. Además de que engorda, tiene colesterol, se le empieza a desencadenar un montón de enfermedades. Toda una cantidad de cuestiones que le llevan más de un año para recuperarse.

Esta película, que era sumamente importante, llegó a Argentina y al mundo, y lamentablemente se difundió muy poco. Creo que se dio un tiempito en el Lorange pero con muy poca publicidad. Y es un ejemplo de lo que son estas ofertas, y no hay como combatirlos. Por eso, en este punto, la nuestra se vuelve una profesión muy interesante, y casi riesgosa, porque estamos parados en un lugar donde interrogamos lo que nos intentan "imponer". Y en Argentina, me parece que todavía estamos en una buena posición, justamente por este caos que existe acá, donde no está tan homogeneizado el consumo.

El tema de las cirugías, por ejemplo, está dirigido a una cierta clase social, son cosas muy caras. Pero aún la gente que tiene acceso a estas opciones se puede interrogar sobre ello.

Sabemos que los hospitales también tienen psicoanalistas. Esto es insólito. En Francia no hay psicoanalistas en los hospitales, hay que pagar muy caro para ver un psicoanalista. Acá cualquiera puede ir al Ameghino o a un hospital público y se puede atender. Esto es increíble.

MS: Este ángulo que tomas sobre el consumo responde a lo que te preguntaba antes. Porque aquí no se trata solo de una falla epistemo-somática, como la que refiere Lacan en su conferencia sobre psicoanálisis y medicina. No se trata de algo que puede presentarse como un síntoma, incluso para la medicina, algo como las parálisis histéricas con que Freud comenzó, es decir, algo respecto de lo cual hay un saber en falla, pero donde hay un saber. Aquí de lo que se trata más bien son de ofertas de goce por la vía del consumo. Porque también hay mujeres que van de un tratamiento de fertilización a otro, casi como los pibes de la villa van de un paco al otro. No hay un problema de saber en juego sino la densidad de ese goce. Allí el médico no funciona como representante de algún tipo de saber sino como simple proveedor de un objeto de consumo, es decir, casi como un "dealer". Y me preguntaba si no es este el eje por donde llega una presión que tiende a desplazar al psicoanálisis.

IP: Exactamente. Por eso me parece que acá tenemos una situación privilegiada respecto al consumo. En otras sociedades uno ve que esto no está ni siquiera en cuestión. No hay espacios donde preguntarse acerca de estas prácticas. En Argentina, por el contrario, tenemos la mayor cantidad de psicoanalistas (en relación a la densidad de población) creo que sólo en Eslovenia también hay muchos psicoanalistas. Nosotros somos el país más interrogado del mundo, que más podemos llegar a cuestionar el consumo. Hay una profunda resistencia al consumo, que no solo se ve en el ámbito de la gente psicoanalizada. Hay toda una posición que es muy difícil de ver en otros lugares.

En el primer mundo, con todas sus grandes ventajas, al tema del consumo, no tienen como pararlo, no hay interrogación sobre esto.

Me parece que hay mucho para trabajar ahí, y que si bien estamos arrinconados, en un punto también tenemos cada vez más espacios, porque interrogar el consumo es una oferta cultural muy original.

Creo que ahí hay un punto, de la prevalencia que tiene el psicoanálisis en la Argentina, un punto que no valoramos suficientemente. En los hospitales hay listas de espera para poder atenderse con un psicoanalista.

MS: En Buenos Aires nunca faltan pacientes. A lo sumo faltará plata (risas)

IP: Me parece que esto lo tenemos que valorar. A mí me pasó en el hospital, de recibir gente que uno se pregunta cómo van a entrar en el dispositivo analítico, y entran, y parece que cambiaran sus posibilidades intelectuales, por el solo hecho de estar en un dispositivo que invierte la lógica de laboratorio que propone el consumo. Es justamente el reverso de esa lógica pavloviana, donde nos condicionan con las ofertas. El dispositivo analítico da vuelta todo. Y la gente lo toma de una manera mucho más entusiasta que el consumo. A mí siempre me conmovió ver cómo la gente viaja de la provincia para venir al hospital, que les cuesta un montón, y vienen igual. Me parece que esto no está suficientemente valorado en nuestra comunidad.

MS: Bueno, también está el doble filo en que el propio psicoanálisis se transforma en objeto de consumo.

IP: Eso es verdad. Pero aunque pueda pasar eso, el solo hecho de que uno cierre la puerta, invite a tomar la palabra y proponga: "en este espacio vos sos el sujeto", me parece que eso ya es novedoso y vale la pena " el consumo".

Es verdad que puede estar de moda, un consultorio en Barrio Norte, etc.

AM: No sé si es el psicoanálisis el que está de moda...

MS: Quizás no el psicoanálisis como tal, sino el apoyo "psicológico", el consumo de apoyo psicológico.

IP: Pero a la quinta entrevista algo se produce. El solo hecho de que se siente a pensar cambia la historia. Porque hay algo que es inherente al consumo y es la no mediatización. El consumo tiene la estructura de un reflejo. Al tener esa estructura, es inmediato: voy a la comida, voy a la droga, me compro esto, etc.

Es bien pavloviano. El consumo es el paradigma de lo pavloviano.

Y el dispositivo analítico revierte esta inmediatez.

MS: Es la abstinencia

IP: Es la abstinencia, justamente por esto que se lo critica: que no es breve, se toma su tiempo, respeta el silencio, hay intervalo, el resultado no es predecible "a priori", no hay garantías. Es todo lo contrario de un reflejo, es lo más mediatizado que puede haber. Y en ese punto, el solo hecho de ofrecerse como psicoanalista es un atentado al consumo, porque rompe con este reflejo pavloviano. Ni hace falta decirlo, es en acto. No hay publicidad y las últimas noticias en diarios y revistas muestran que tampoco somos populares como otras "terapias de consumo". Es uno de los puntos por los que me gusta vivir en Argentina (risas).

De hecho, me tocó ser científica, así que les puedo contar la contracara. Era muy difícil ser científica en Argentina. Cuando estuve en USA tenía de todo. Allí era muy fácil trabajar, no había problemas de insumos o de infraestructura, se publicaba todo. Pero aquí no. Incluso Internet: cuando yo trabajaba como investigadora del CONICET no había Internet, con lo cual

tenía que ir de lugar en lugar para conseguir una publicación, tenía que escribir afuera para que me mandaran "un paper" era muy laborioso en Argentina. Tampoco había aparatos apropiados ni material de laboratorio ni presupuesto. Y quizás eso ayudó a que el psicoanálisis pudiera crecer en nuestro país y no en países con mayores recursos. El "primer mundo" no lo es para el psicoanálisis. La infraestructura que se requiere para trabajar no es cara, es casi sin inversión, solo un espacio tranquilo. Puede ser un cómodo consultorio pero también un pasillo de hospital, un parque, la calle. Si uno tiene las cosas claras se puede transformar en "escena analítica" cualquier espacio. En USA, en cambio, el psicoanálisis es predominantemente académico. Hay mucha gente que hace tesis sobre Lacan, está muy de moda. Pero no se puede hacer clínica, es muy difícil, porque la cultura y sus ofertas de goce no son propicias a la interrogación que propone el psicoanálisis o te hacen juicio porque no resolviste el problema puntual en diez sesiones.

MS: El juicio es porque la "mercancía" comprada no es de la "calidad" "esperada" (risas)

IP: Claro.

MS: Volviendo al problema del cuerpo, quisiera que viéramos otro tipo de "desarreglos", producidos, se supone, también por el lenguaje. Son abordables de la misma manera que los síntomas histéricos? Por ejemplo, las alergias, los fenómenos más psicósomáticos (psoriasis, hipertensión, etc.), donde el paciente viene a consultar muchas veces porque lo mandan los médicos, donde podemos hablar de una falla epistemo-somática, en la que los recursos de la medicina no son suficientes...

IP: A veces hago la pregunta al revés. ¿Por qué milagro no somos totalmente psicósomáticos? Porque, en realidad, si uno piensa en la constitución subjetiva, al igual que el cuerpo, "el organismo" no está desde el comienzo. El organismo se organiza como "totalidad funcional" a partir del "viviente prematuro". De entrada no hay "cuerpo erógeno" pero tampoco hay "organismo". Por eso los bebés tienen todos esos desarreglos como los reflujos gastroesofágicos, cólicos, etc., una cantidad de cuestiones porque no está organizado el sistema digestivo. Para que la función digestiva, o la función respiratoria sea "fisiológica" también se tiene que organizar. El bebé nace prematuro bajo todo punto de vista. Entonces, cuando se encuentra con "el Otro instituyente" no hay "un organismo funcionando como totalidad" (10). Entonces, ya de entrada, uno puede decir que la función "fisiológica" está irreversiblemente perturbada. Cuando Lacan dice que la función es desmontable. "Es desmontable porque más de un órgano interviene en ella" (11). Si uno toma la función digestiva tenemos la boca, el esófago, el estómago etc. Esto es cortado por el significante antes de "organizarse" como "un sistema digestivo. En este sentido es interesante la manera en que Lacan toma el experimento de Pavlov justamente en los capítulos del Seminario 11 en que trata acerca de la constitución subjetiva. Lo que Pavlov hace en su "famoso experimento" es romper la secuencia "natural" en que se lleva a cabo la función digestiva. Asocia un estímulo "artificial" como el sonido de una campana al "objeto natural" que es el alimento. Se introduce un artificio, un engaño. Pero el viviente **no podrá olvidar jamás** (en el sentido de la fijación de un goce) **el sonido de esa campana que introdujo el Otro instituyente** en su vida. Y a partir de ese momento, **ese particular sonido** va a estimular la producción de jugos gástricos aún en ausencia de alimento. La repetición de este ciclo podrá terminar lesionando la mucosa gástrica como le ocurre al pobre perro. Y allí Pavlov, como el Otro instituyente operan en "carne viva", para decirlo de alguna manera, sobre el prematuro humano. Y al "marcar en carne viva" se está operando en un momento presubjetivo para los seres humanos. El perro no tendrá jamás la oportunidad de sustraerse ya que jamás podrá interrogar la demanda de su experimentador. Esta reconstrucción la hacemos a partir de lo que nos muestra la clínica de los pacientes que padecen enfermedades psicósomáticas. Se observa los efectos de la ausencia de "formaciones del inconsciente" allí donde debería responder el sujeto del inconsciente, el "psicósomático" responde en carne viva con la lesión. No dispone, en ese punto de la posibilidad de producir "un sonido propio" que lo separe de las campanadas del Otro. Por eso digo que invierto la pregunta: ¿qué maravilla que el sujeto del inconsciente pueda acotar este goce? Pero esta operación siempre es fallida, y uno podría decir que siempre quedan, aún en él más "felizmente neurótico y lleno de síntomas" pedacitos en "carne viva" susceptibles de brotar **como un herpes en los días de fiesta floreciendo el rostro** (12), listos para surgir en cualquier situación de la vida que sobrepase las posibilidades de respuesta del sujeto del

inconsciente. Quiere decir que, de alguna manera, poder interrogar la demanda del Otro, posibilita una respuesta sintomática susceptible de interpretación. Cuando esta posibilidad queda eclipsada el abordaje no es por la vía de la interpretación del fenómeno. El fenómeno psicopatológico no está hecho de materia significativa y por lo tanto no responde a la interpretación. Sin embargo, se puede operar sobre las "condiciones de producción de la lesión" que es justamente esta particular manera de no poder interrogar la demanda del Otro. Cuando el sujeto en análisis empieza a interrogar la demanda del Otro el fenómeno psicopatológico puede ceder sin haber sido abordado explícitamente.

MS: Entonces el resultado de un análisis, para un fenómeno psicopatológico, ¿es una eventual remisión por añadidura sin relación directa?

IP: Claro, justamente lo que fracasó en aquél momento, que le dejó los pedacitos de "carne viva", es no haber podido interrogar la demanda del Otro. Lo que nosotros le proponemos al paciente en el dispositivo analítico es en sí mismo un dispositivo que interroga y convoca al sujeto del inconsciente. No necesitamos abordar explícitamente la lesión porque allí, con relación a la lesión no hay implicación subjetiva. Sobre lo que nosotros podemos operar es sobre las condiciones de posibilidad de la lesión, no sobre la lesión consumada. Estas enfermedades ocurren por brotes y remisiones (así se denominan técnicamente). Observamos, en muchos casos que cuando los sujetos se empiezan a interrogar en transferencia las nuevas lesiones (si se repiten) tiene menor intensidad y/o se producen con mucha menor frecuencia. Esta es nuestra hipótesis de trabajo basada en la clínica y que a su vez requiere verificación como cualquier hipótesis de trabajo. Hay un trabajo muy interesante que hizo Lacan, en sus tiempos de médico fisiólogo, que es un trabajo de Hipertensión, casi contemporáneo de "*Función y Campo de la Palabra y el Lenguaje*", del discurso de Roma. Está trabajando con un grupo de médicos y hacen curas de sueño con el método pavloviano (13). Se leen "vestigios, restos" de este trabajo en un pequeño y muy interesante párrafo del seminario 10. Lo investigué porque daba cuenta de algunas cuestiones que se observan en la clínica con pacientes psicopatológicos. Y habla ahí de estas dos etapas, donde "la demanda hecha la función", produce modificaciones reversibles pero en determinado momento la repetición de esos estímulos (demandas) en un segundo momento atraviesa un umbral que termina dañando al órgano. (14) Por ejemplo, la demanda hecha a la función respiratoria puede en el ciclo de las repeticiones producir fenómenos asmáticos de la misma manera que la demanda hecha a la función digestiva puede lesionar la mucosa gástrica. Es interesante que a veces cuando tienen 12 o 13 años, estos fenómenos remiten "espontáneamente". Es el momento en el que se produce una nueva vuelta en la constitución subjetiva. Una nueva oportunidad para el sujeto del inconsciente que adquiere nuevos recursos para responder a la demanda del Otro. En síntesis cuando la demanda hecha la función, supera cierto límite, el órgano se puede lesionar. Entonces, en tanto el sujeto puede poner ahí una barrera, e interrogar al Otro - que es una posibilidad que estructuralmente no siempre existe - se va estructurando un cuerpo erógeno susceptible a la lógica del significativo es decir, superficie de inscripción sintomática. Los síntomas histéricos son la mejor demostración de que el cuerpo responde a la lógica del significativo. Pero hay restos latentes "en carne viva" que operan "en silencio" como marcas mudas. Un momento traumático en la vida de un sujeto puede desencadenar la dramática expresión de estos "restos latentes" que hasta ese momento habían permanecido silenciosos. Por eso a veces se los confunde y se los toma como etiológicos. No son etiológicos, son desencadenantes. Como cuando uno dice "se enfermó porque se le murió la madre". En realidad, en el momento en que tuvo que elaborar un duelo, un momento donde la estructura se llevó al límite fue desafiada, solo entonces estos "pedacitos" "restos de carne viva" marcas pre subjetivas mudas afloran. Esto sería un momento de desencadenamiento de algo que está latente, que puede o no desencadenarse, depende de un delicado equilibrio entre las circunstancias de la vida y de la estructura del sujeto. Creo que en este punto siguen vigentes las series complementarias freudianas (15) Por eso se dice que uno no se enferma de lo que quiere sino de lo que puede, en el sentido de sus posibilidades estructurales. Lo que tiene de interesante esto es que, a diferencia de las afecciones orgánicas, en las afecciones psicopatológicas el desencadenante siempre es traumático en el sentido de un exceso pulsional que no puede ser tramitado. Las Formaciones del Inconsciente no pueden hacer barrera a esta irrupción. Esto es lo peculiar que tienen las afecciones psicopatológicas: no son como las enfermedades que empiezan y se van desarrollando, sino que van por brotes y remisiones. Y uno tiene cada vez una nueva oportunidad de conducir la cura en el sentido de apostar al

sujeto del inconsciente que nos sorprenderá con inesperadas y creativas respuestas ante los nuevos desafíos de la vida que antes inducían la monótona respuesta lesional.

Por eso hacía la diferencia entre lo que sería un fenómeno psicósomático – esto se ve en la clínica – y lo que sería un enfermo psicósomático. Porque al tomarlo en la constitución subjetiva, uno dice ¿cómo?, ¿Qué está pasando ahí?, ¿Esto es estructural?, ¿Es en las primeras vueltas de la constitución subjetiva? Creo que esa es la diferencia: si esto ocurre en las primeras vueltas, será alguien que, ante una gran cantidad de eventos traumáticos de la vida – que uno no se los puede ahorrar, porque ocurren todo el tiempo – responde siempre en "carne viva". Mientras que otros pacientes, que se presentan sintomáticamente porque disponen de los recursos de la operatoria inconsciente, pueden, excepcionalmente frente a un enorme desafío, responder con un fenómeno psicósomático que reactiva estas, hasta ese momento desconocidas, "marcas pre subjetivas". En este último caso, y a diferencia del enfermo psicósomático, sólo se trata de "un resto" de una constitución subjetiva siempre fallida. Por eso formulaba la pregunta al revés. ¿Cómo logramos un cuerpo erógeno después de estar expuestos por nuestra prematuración al amor, deseo pero también al goce de ese Otro instituyente que demanda sin que, en principio no podamos hacer nada para sustraernos. Podríamos decirlo así: En "el origen", la primera carta la tira el Otro y de esto "los humanos prematuros" no nos podemos sustraer.

MS: No habría una resolución como en el caso de un síntoma neurótico, que se resuelve con la interpretación. Se resuelve por añadidura, en la medida en que se aborden las condiciones de posibilidad del brote.

IP: Exactamente pero no es casual ni inesperado, las coordenadas se pueden establecer claramente – y esto se ve en la clínica – cuando el sujeto empieza a interrogar cuestiones de su vida el fenómeno remite.

Por ejemplo, un paciente con Psoriasis, esa lesión, cuando viene todo brotado, sobre eso no se puede operar. Pero sí sobre las condiciones, para que no vuelva a tener más brotes, o los brotes sean más espaciados, o de menor intensidad. Por esta cuestión de su cambio en la posición subjetiva, de poder interrogar. Con lo cual, se podría decir que se le vuelve menos traumática la vida.

AM: ¿Vos no pensas entonces que haya una clínica específica del fenómeno psicósomático?

IP: No es por fuera del dispositivo analítico pero hay ciertas dificultades y peculiaridades respecto del establecimiento de la transferencia y de poder poner en escena el dispositivo analítico. Lleva a veces mucho tiempo lograr una frecuencia aceptable para poder trabajar pero cuando el dispositivo se instala se resignifica "après-coup" todo ese período en que venía y no venía, hablaba y no hablaba, como un prólogo necesario. Sería homólogo a las entrevistas preliminares pero con cierta especificidad particularmente con relación a la transferencia que en principio es con él médico y al comienzo nosotros no somos más que otra vertiente del discurso médico. Nos pasaba mucho en el hospital. Yo trabajé en el servicio de Inmunología del hospital Durand, donde predominantemente venían pacientes con enfermedades autoinmunes, en algunos casos muy graves. La enfermedad más frecuente es el "Lupus Eritromatoso Sistémico" que se manifiesta por brotes y remisiones.

Y era muy difícil establecer el dispositivo analítico. Hasta que la gente comenzaba a venir, hasta que comenzaba a venir con cierta frecuencia y dejar de hablar con el discurso del médico. Nosotros pensábamos que no pasaba nada. Pero pasaba de todo, y empezaban a mejorar – los médicos y por supuesto nosotros estábamos asombrados. El solo hecho de la introducción de un dispositivo de interrogación tenía efectos que nos sorprendían.

MS: Claro, es difícil que se genere la transferencia. Si no hay una interpretación que pueda tener un efecto de verdad en relación a ese brote, el valor epistémico que pueda tener el análisis es entre comillas.

IP: Exacto. En ese punto sí. Esa es la especificidad. Uno no apunta a trabajar sobre la afección, como si eso fuera un síntoma, pero sí apunta al sujeto, apunta a trabajar con el sujeto.

MS: Pero seguramente para muchos pacientes eso es algo muy distante a lo que vienen a resolver.

IP: Exactamente. Y hay que tener mucha paciencia. Paciencia para escuchar, también, el discurso médico, porque los pacientes vienen tomados por el discurso médico. Entonces es como un recitado: te empiezan a contar todo lo que les hicieron. Y no se lo puedes cortar porque también tiene un valor con relación a la transferencia. Lo interesante es que uno va escuchando esto para ver por dónde meterse con el sujeto. Porque si no escuchas esto no hay transferencia. Y vienen con toda la historia clínica, con todos los detalles. Pero además, también te están contando la historia de su vida hasta ese momento. Van por hospitales, por servicios, tienen las especialidades, tienen todo dividido, van a "gastro", y después van a "dermato", y hacen lo que los médicos les mandan hacer. Entonces, cuando pueden empezar a interrogar al médico – por eso hay momentos en que no te quieren nada ahí adentro – pero cuando pueden empezar a interrogar al médico: "Dígame doctor, ¿es necesario que me haga esto? ¿Por qué?". El médico es ahí el que tiene el lugar del Otro, es el Otro ininterrogable. Creo que la especificidad del "enfermo psicósomático" viene dada porque hay que poder escuchar estos relatos de la vida del paciente. Al principio no tienen otra cosa para contarte, que este tema médico. Vienen con este padecimiento, y hay que partir de ahí, no para asociar sobre la lesión, sino para escuchar todo lo que sufrió, porque ahí, lo que está relatando el paciente, es su imposibilidad de separarse de ese goce que los habita. Las afecciones psicósomáticas enseñan mucho sobre la constitución subjetiva. Justamente, esto da cuenta, de cómo se estructura un sujeto.

Yo lo pensaba también con relación a los sistemas dictatoriales, los arrasamientos subjetivos, más generales, donde los sujetos se quedan perplejos, y donde también se pone en juego esto, se queda no pudiendo interrogar, como si fuera un bebé. Este es uno de los mecanismos de control que tienen algunos gobiernos sobre las poblaciones. ¿Cómo aterrar a la gente?. Los dictadores lo saben implementar (16) El tema de la psicósomática tiene muchísimas implicaciones, se puede pensar en muchos planos, porque tiene que ver con todo aquello que se padece por no poder interrogar. Y ahí es donde el psicoanálisis es muy pertinente, aunque no de una manera rápida y fluida, aunque los efectos son...

MS: ... por añadidura

IP: Y muy a largo plazo Pero como la vida del sujeto también cambia, ya no le divierte tanto vivir en el hospital. Cuando empieza a tener otra cosa para hacer a la mañana, en vez de estar a las 7 para conseguir un número para ver al médico, empieza a cambiar la vida.

A veces, también, justamente por estas dificultades de interrogar, estos pacientes se presentan ante el médico, de tal manera, que es imposible un diagnóstico correcto. Recuerdo un caso que me impactó muchísimo. Una chica que venía teniendo una anemia hemolítica autoinmune – una enfermedad por la cual destruyen sus propios glóbulos rojos – entonces, cada tanto, entraba en una anemia muy grave, y tienen que transfundirla. Años así; siempre la enfermita de la familia. Cuando ella empieza el tratamiento, y empieza a hablar, y a ordenar su vida, empieza a reconstruir su historia, qué le pasaba cuando era chiquita, etc., se presenta de otra manera al médico, y se descubre un error de diagnóstico. Esto es muy impactante: toda la vida mal diagnosticada. Tenía una enfermedad celíaca, que, al lado de una anemia autoinmune, es bastante menos complejo y grave ya que se corrige con dieta. Toda la vida había sido inadecuadamente tratada. Las anemias que ella tenía eran por la perturbación alimenticia. Pero la forma en que ella se presentaba hacía que no era fácil el diagnóstico. Por eso digo que a veces hay que escuchar la parte médica, respecto de la cual hay una cuestión un poco despreciativa por parte de algunos psicoanalistas. Esto hay que respetarlo porque también la Presentación ante el médico, como un sujeto, produce otros efectos sobre el médico. Y eso también tiene que ver con la intervención que puede tener un psicoanalista en un servicio médico. Un dispositivo muy interesante de trabajo que estamos implementando en el Servicio

de Reumatología del Hospital Posadas son "supervisiones conjuntas, a los médicos y los psicólogos". Los médicos con la Historia Clínica, y los psicólogos con el relato de su clínica psicoanalítica. Entonces, la supervisión es conjunta. Es muy interesante porque, de repente, médicos y psicoanalistas podemos reorientar la dirección de la cura o el tratamiento después de supervisar al paciente conjuntamente. No es una modalidad fácil de implementar. Hay que recrearla en cada reunión. Es muy difícil, y no solamente para los médicos, sino también para los psicoanalistas. La supervisión conjunta es un dispositivo de trabajo que continuamos investigando. Hay que poder escuchar distintos discursos sin homogeneizar las diferencias.

AM: Que los dos discursos se puedan escuchar

IP: Claro. No se trata de asimilar un discurso al otro, sino de poder escuchar la diferencia y trabajar sobre el paciente.

MS: Toda una relación sexual (risas)

IP: Ahí no hay que clonar (risas)

Justamente, es interesante, en ese punto, conservar las diferencias. Y ahí es donde se puede trabajar muy bien.

MS: La particularidad de los problemas reumáticos es que son crónicos

IP: Sí, una de las particularidades de estas enfermedades es que son crónicas por eso se habla de "remisión" y no de "curación". Algo interesante es que entre los pacientes que padecen "Artritis Reumatoidea" hay un gran porcentaje de **pacientes neuróticos que padecen Artritis Reumatoidea como un fenómeno**. En cambio entre los pacientes que padecen Lupus hay muchos "enfermos psicósomáticos", que hacen vida hospitalaria con poca posibilidad de respuesta subjetiva. Esto es, por el momento sólo una observación. La enfermedad no determina la estructura como pensaba Alexander (17) pero parece que la estructura tiene efectos sobre el "pronóstico" de la enfermedad. Esto también es una hipótesis de trabajo basada en esta observación. Nos preguntamos si había entre los pacientes reumáticos alguna diferencia en la evolución de su enfermedad dada por la estructura subjetiva. Los resultados que obtuvimos hasta el momento muestran que en los pacientes neuróticos, la remisión de la Artritis Reumatoidea es más rápida que en los pacientes a los que diagnosticamos como "enfermos psicósomáticos" pero padecen la misma enfermedad reumática. Presentamos los resultados en un congreso de Reumatología (18). Este trabajo fue también un desafío a la difícil tarea de interlocución entre la Ciencia y el Psicoanálisis. Y efectivamente, hasta ahora los resultados muestran que los pacientes que se presentaban como neuróticos, con síntomas en transferencia, etc., tenían mejor evolución de su Artritis. Esto es notable. El paciente que tiene, como recurso en la vida, las formaciones del inconsciente - esto tan sencillito: que sueña, que tiene fantasías, etc. - es un paciente que está en mejores condiciones de afrontar, la enfermedad de arreglárselas con esto. Por eso están tan asombrados, a veces, los médicos, aún en enfermedades de profundo compromiso orgánico, cómo las evoluciones son tan diferentes según la posición del sujeto - por supuesto que, como en las series complementarias, hay situaciones que desbordan estas consideraciones. Es importante tener en cuenta que estamos hablando siempre de desencadenantes y no de etiologías.

AM: En el Equipo de Psicósomática del Hospital Argerich, hicimos un trabajo con los médicos, en la atención de la hipertensión arterial, elaborando criterios para la derivación de pacientes, e intercambiando acerca de algunos presupuestos. La indicación de una dieta y la adopción de hábitos saludables no alcanzaban, era como una orden...

IP: Hay que estar sano!

AM: Como soslayando todo lo que tiene que ver con el goce, aquello de comerse un plato de lo que no pueden comer. En el trabajo con los médicos se empezaron a dar cuenta que no era tan fácil esto de decir que hay que vivir sano.

IP: Claro, y no es que comen mal porque no se quieren. Comen porque les encanta comer hay un goce implicado que no va a revertir fácilmente por una indicación médica.

Pero hay médicos que son muy especiales. El jefe del Servicio de Reumatología del Posadas, Hugo Leczycki tiene, desde el inicio una posición muy particular y no frecuente para el discurso médico. Dice "yo solo no puedo". Hay una demanda a los psicoanalistas y esto facilita mucho el trabajo clínico y de investigación.

MS: Que no es lo mismo que decir "necesitamos un psicólogo para que le derivemos lo subjetivo"

IP: A veces hay médicos que tienen ese posicionamiento, que no los ayuda la impostura. Están obligados a la impostura. Uno puede soportar un ratito la impostura, porque hay que soportarla un poco, no ofenderse....

MS: ... sin olvidar nuestra impostura, la de supuestos especialistas de lo subjetivo.

IP: Claro, no tenemos que quedarnos en el registro imaginario e instalarnos nosotros en la impostura. En estos casos uno tiene que ser el primero en bajar el copete. Creo que si podemos ir más allá de esto los pacientes se benefician. Esto es más fácil con otras profesiones que con nuestra propia profesión (risas)

MS: Somos peores (risas)

AM: A mí me quedaría una pregunta. Cuando empecé hablando de algunas cuestiones en el cuerpo, algunas más "novedosas" que otras, hay como nombres importantes: bulimia y anorexia. ¿Qué piensas en relación a estas temáticas?

IP: Las pacientes anoréxicas que atendí eran "histéricas graves". Aún en el caso de pacientes que pesaban 40 kilos se trataba de histéricas que adoptaron esta modalidad peculiar de sostener su deseo.

MS: Es una posición particular respecto del consumo ya que se trata de un comer "nada".

IP: Son luchadoras respecto de la subjetividad, y cuando se le da lugar a la subjetividad, esto se modifica totalmente. Es como este tema del "pánico": Son neurosis actuales.

AM: Por eso lo "novedoso" es entre comillas

IP: Uno se tendría que preguntar a qué responde esta cuestión del invento de cuadros clínicos. A mí me impacta esto del pánico porque uno lee las neurosis actuales freudianas, y está perfectamente descrito lo que ahora se llama pánico en las neurosis de angustia freudianas.

Y también el tema de los ideales, el ideal del cuerpo, en relación a la bulimia y la anorexia. Estoy pensando en una paciente concreta – que venía con internaciones, que había pasado por Instituciones, había estado internada en hospitales. A diferencia de la Psicósomática, en mi experiencia hay que partir claramente **en disyunción con el Discurso Médico** que intenta, y hace bien en hacerlo, normalizar la alimentación. Si nos aliamos, en este punto con médicos y familiares, no hay salida para el sujeto. Intentamos ofrecerle, con la instalación del dispositivo analítico, un espacio radicalmente diferente. Que los médicos se ocupen de la alimentación, nosotros alojamos al sujeto del deseo. Es un equilibrio muy delicado nada fácil de sostener ante una familia angustiada porque la paciente se niega a comer. Uno también puede leer en la historia de mujeres como Catalina de Siena, o Sísí, la emperatriz de las anoréxicas. Mujeres bellísimas que hicieron de esta posición literaria, resistiendo ahí, con todo, lo que significa a un sujeto deseante.

Siempre se encuentra de alguna manera una intrusión materna muy "actual". Una madre que vive en un mundo de deber, salud, éxito social. Pero la joven pide otra cosa y no encuentran otro modo de producir "el vacío" aún a costa de su vida. Son militantes del deseo. Catalina de Siena le dice a su madre **"Con mucho deseo he deseado veros como la verdadera madre no sólo de mi cuerpo sino también de mi alma."** (19). Y en cuanto a las Instituciones, también es un negocio. Por ejemplo, las Instituciones para personas con sobrepeso donde venden comida, libros, ilusiones y nuevos métodos de ejercicios, como por ejemplo Pilates – ahora están poniendo uno en cada esquina, como, en otra época los billares. (risas).

AM: Todos transparentes.

IP: Para mostrar al público, para exhibir. Además, lo obsceno que resulta la exhibición ahí – imagínate, no hay nadie del barrio ahí, pasas a cualquier hora y los que se exhiben son todos cuerpos perfectos, no hay una sola gordita (risas).

AM: Muchas gracias por este reportaje

Notas

1) Freud, Sigmund (1920): **"Más allá del principio del placer"**, Tomo XVIII, Editorial Amorrortu. (Buenos Aires, 1976)

2) Borges, Jorge Luis: **"El Inmortal"** en "El Aleph" (1949). Disponible en <http://www.literatura.us/borges/inmortal.html>

3) Peusner, Irma C.W.: **"La paradoja de la inmortalidad"**. Trabajo presentado en la Reunión Fundacional para una Convergencia Lacaniana de Psicoanálisis. (Barcelona 1998). Se puede consultar en la Biblioteca "on line " de la EFBA en la siguiente dirección: <http://www.efba.org/efbaonline/peusner-00.htm>

4) Peusner, Irma C.W.: **"No clonarás a tu prójimo"**. Inédito.

5) Peusner, Irma C.W.: **Del "Lebensborn" a la clonación:** Un efecto irreversible sobre la estructura. Este escrito es producto del trabajo en el Cartel de Investigación "Shoah: Estructura y memoria" Presentado en el primer Congreso de Convergencia. Paris (2001). Se puede consultar en la Biblioteca "on line " de la EFBA en la siguiente dirección: <http://www.efba.org/efbaonline/peusner-00.htm>

6) Peusner, Irma C.W.: **"La perplejidad orgánica"** (Del laboratorio al dispositivo analítico" en : Tatuajes. Revista de Psicósomática N° 6 Noviembre de 2003.

7) García Lorca, Federico: **Yerma** (Poema trágico en tres actos y seis cuadros) 1934. Disponible <http://www.bibliotecasvirtuales.com/biblioteca/LiteraturaEspanola/garcialorca/Yerma.asp>

8) Historia de Henrietta Lacks y la creación del cultivo "Inmortal" de **células He La**. Entre otras muchas referencias se puede consultar en <http://www.jhu.edu/~jhumag/0400web/01.html>

9) **"Super Size Me "** (2004) USA. Película dirigida y escrita por Morgan Spurlock (se puede alquilar en Video Kurt Golstein (1963)

10) **"The organism**. De este texto lacan extrae la conclusión de que "en todos sus efectos de relación el organismo funciona como totalidad".

- 11) Lacan, Jacques (1964): "**Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis**", editorial Barral (1977) España. Edición francesa "Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse". Editions du Seuil.
- 12) Lacan, Jacques (1958) **La dirección de la cura y los principios de su poder**. Punto II ¿Cuál es el lugar de la interpretación? En Escritos 2. Ed Siglo veintiuno editores.
- 13) Lacan, Jacques (en colaboración con R.Levy y H.Danon-Boileau) : "**Considérations psychosomatiques sur l'hypertension artérielle**" en L'Évolution Psychiatrique, 1953, fascicule III, pp 397-409.
- 14) Lacan, Jacques: " Clase N° 5 Seminario X "**La Angustia** (1962-1963). Inédito. Edición francesa " L'angoisse" Editions du Seuil.
- 15) Freud, Sigmund (1917) "**Conferencias de Introducción al Psicoanálisis** (parte III). Conferencia 23 "Los caminos de la formación del síntoma" Tomo XVI, Editorial Amorrortu. (Buenos Aires, 1976)
- 16) Peusner, Irma C.W. : "**Una lógica de laboratorio**" presentado en el 1° Congreso Argentino de Convergencia "Psicoanálisis , lazo social y adversidad " Buenos Aires (2002).
- 17) Las siete **enfermedades psicósomáticas** para Alexander eran: Asma bronquial, úlcera gastroduodenal, colitis ulcerosa, artritis reumatoidea, hipertensión esencial, neurodermatitis y tirotoxicosis.
- 18) Leczycki. Hugo, Capozzi Nieves, Rebecchi Daniel, Verdera Laura, Umaran Guillermo, Peusner Irma, Garrido Edith.(2003) "**Atención médico-psicológica en pacientes de enfermedad reumática**" 37° Congreso Argentino de Reumatología – IX Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur .
- 19) Raimbault Ginette- Eliacheff Caroline : "**Las indomables figuras de la anorexia**" Editorial Nueva Visión . Buenos Aires 1991.

La femineidad como escritura

Mauricio Szuster

Anterior a los tiempos, el enigma femenino, desde Lilith en la tradición judeo cristiana, encarnación de un goce sin límites, hasta el muy porteño y tanguero "*percanta que me amuraste*", se resiste a estabilizarse en un signo que indique su identidad.

En una doble dimensión, como artífice de las tentaciones que conducen a la caída en el vértigo embriagador del deseo o, subsecuentemente, enfrentar la decepción, consecuencia de su insatisfacción, la femineidad traza, en esta oscilación, su condición irreductible a las aspiraciones de una normatización.

El árbol de Porfirio sacude sus frutos, desempolvando una vieja polémica: ¿Platón o Aristóteles?

¿Las categorías (género, especie, diferencia) son producto del entendimiento o de las cosas? Es que, el enigma femenino podría entonces resolverse por la vía de una minuciosa y rigurosa observación de orden fáctico? Desde antiguo, la apuesta arriesgó por la diferencia de genitales. Para Hipócrates, ciertas alteraciones femeninas se explicaban por las migraciones de los hústeros, desde el útero hacia otras partes del cuerpo, desplegando sus travesuras en su nuevo destino. Tiempo más tarde, Pinel, de la mano del iluminismo, y como para que todo encaje en los límites que impone la razón (cualquiera sea esta), opta por elevar ciertas secreciones hormonales de la matriz, a la condición de causa.

Y, ¿qué mejor que una hormona para dar cuenta de una racionalidad que no se resigna a su condición de ficción teórica?

Si hombre y mujer, son géneros respecto de una esencia, la complementariedad toma la función lógica de lo necesario, haciendo de aquello que la exceda, una alteración.

Tomar lo femenino y lo masculino en una relación de complementariedad, al modo de un orden natural de las cosas, supone ya una función en operación, no sin reminiscencias de una hipótesis creacionista, la de un ser en potencia que se realiza en acto. Dirimir esta cuestión, nos plantea al menos, dos alternativas.

Género y especie para, como el intento del árbol de Porfirio, definir universo, o pura diferencia como terciaría más tarde Guillermo de Ockham, diferencia que aporta el nombre como tal. En verdad, ya puede leerse en el Corán, en aquél versículo en que se nombra, a Adán como el que recibió todos los nombres.

¿Qué quiere una mujer? Pregunta de Freud, que en su estructura misma, pone en relieve una diferencia, y fractura el plano de complementariedad con su par opuesto, en el lenguaje, el hombre. ¿Qué quiere una mujer? es una pregunta que se tensa en la subjetividad de Freud para alcanzar en su despliegue la fundación misma del psicoanálisis. La mirada, con que sus maestros de la Salpetriere pretendían indagar en los secretos de aquellos cuerpos extáticos, desafiantes de toda razón de la anatomía o de la fisiología, obtiene lo que es propio de la mirada, congelar en una nosografía la que la desborda, al punto de, agrupar en un mismo pabellón a las histéricas con las epilepsias simples. La pregunta de Freud nos lleva de un cuerpo a ser mirado por el médico, a un cuerpo a ser escuchado. Entonces, un cuerpo habla y develar los misterios de un cuerpo que habla requiere del pasaje de la continuidad de la mirada a la discontinuidad del lenguaje. A su retorno de París, Freud continúa, por encargo de Charcot, un estudio comparativo de las parálisis histéricas y las parálisis motrices. Resulta de su informe, que los síntomas histéricos son efecto de una fragmentación del cuerpo, dado que una parte del mismo, afectada por el síntoma, ha pasado a tener función de representación.

Huidizo a la mirada diagnóstica del médico, el cuerpo, por efectos de lenguaje, se ha transformado en una otra escena, respecto de aquella á la cual la confinaba la razón diagnóstica. Efectos de lenguaje, que organizan un cuerpo transgresivo respecto del cuerpo de la anatomía.

Es el gran descubrimiento de Freud, algo habla en esos cuerpos y paradójicamente, en su sufrimiento, dice de otro orden de satisfacción que, respondiendo a una etiología sexual, desborda toda noción de complementariedad.

Y esa pregunta, ¿qué quiere una mujer? se multiplicó en los desarrollos freudianos hasta culminar en la conferencia sobre La Femenidad para mostrar que entre hombre y mujer, respecto de la satisfacción en el goce sexual no hay complementariedad sino heterogeneidad.

En un retorno a Freud, por la vía de una rigurosa lectura de la experiencia freudiana, Lacan anuncia con aires de *boutade*, La mujer no existe, al mismo tiempo que se esfuerza por dar consistencia lógica al discurso del psicoanálisis. Por supuesto, que la negación de existencia recae sobre el La en tanto lleva a prevalecer del lado de la posición femenina, la singularidad, cada mujer ha de ser considerada una por una.

La diferencia de los sexos no es cuestión de diferencia de genitales sino de diferencias que ordena el lenguaje. Si bien las afirmaciones precedentes, parecen ser formuladas para espantar bien pensantes, lo que escuchamos en nuestra práctica clínica nos conduce, en lo referente al goce sexual, a dar cuenta de un orden que no es de adecuación. Inadecuación, que poniendo en cuestión el universo construido a partir de la noción de complementariedad, se hace reveladora de las posiciones singulares respecto del orden que el lenguaje introduce respecto de la diferencia de los sexos.

Es el caso de Celina, quien llama solicitando una entrevista. A la propuesta de fijar un encuentro para un horario de una semana más tarde, un silencio indica alguna vacilación, para continuarse en un "soy bulímica", que parece deslizarse ese tiempo de espera, en un tiempo de angustia.

Pero, contrariamente a lo esperable, no es la inminencia de una ordalía alimentaria el motivo de sus desvelos, sino, Pedro que se convierte en eje de dilemas irresolubles.

Una extraña disyunción queda planteada en esta primera entrevista. O Pedro y el vaginismo, o la bulimia. Problema digno de las paradojas de Lewis Carroll.

Veamos los términos de esta disyunción. Pedro es una relación reciente, que ha sido muy considerado y atento, la ha sabido escuchar, pero considera que ya es tiempo de llevar la relación a otro escenario, el lecho.

Celina tiene reparos que enumera cuidadosamente. Separada hace seis años, llegó virgen al matrimonio, velando una frase de su madre "los hombres te cogen y después se van" aunque ella misma, su madre, parece no haberse privado de ninguno. Su marido, torpe sexualmente, no supo conducirla a superar su vaginismo salvo haciendo de acompañante en reiteradas visitas al ginecólogo. Preocupada por su propia apariencia física, Celina admira profundamente la belleza y capacidad de seducción de su madre. Entre la preocupación por su improbable atractivo físico a causa de un antiguo exceso de peso y su vaginismo, Pedro coloca a Celina en un dilema sin salida: el lecho y sus consecuencias que amenazan estos seis años de castidad, o la bulimia por la pérdida de Pedro. Si Freud con el descubrimiento del inconsciente, despeja para el síntoma su función de responder a un otro orden de satisfacción, vaginismo y bulimia cobran el valor de dichos, este contexto, cuya diferencia queda por establecer.

Por una vía negativa, el vaginismo supone una consideración de la diferencia sexual que parece apuntar en Celina, a la mujer que ella no es pero debería ser, más que al hombre como otro de la diferencia.

Entre la mujer que es, y lo femenino que ha producido como Otro que opera como fantasma asfixiante, Celina debate sus posibilidades de tomar su parte en el goce simbólico, que Lacan llamó goce fálico. Por el lado de la bulimia, donde parece escenificado el positivismo de satisfacción pulsional, devorar – ser devorado, el pasaje al acto le deja como posibilidad la clausura narcisística, más allá de la diferencia de los sexos. Una por una, en su singularidad, porque La mujer no existe! Contingencia de lo femenino, que inscripto en un orden simbólico, se sitúa en una relación de exterioridad respecto a este orden. Como lo que cesa de no escribirse, denominó Lacan a esta categoría modal de la contingencia.

En el contexto del Seminario XX, la contingencia produce una escritura como fenómeno de borde, respecto del orden simbólico que no cesa de escribirse (categoría modal de lo necesario) y respecto de lo Real imposible de decir, que no cesa de no escribirse. Una escritura, definida como negatividad, no-todo goce fálico, se abre a la producción de una verdad, cuya estructura es de ficción.

La verdad, las mujeres, lo femenino, Celina entre la bulimia y el vaginismo, el universo de la diferencia de los sexos' se pone en cuestión como tal, apuntando a aquello que constituye el centro del quehacer psicoanalítico, la lectura. "*La escritura, entonces, es un trazo donde se lee un efecto de lenguaje*" (Seminario XX).

En la disociación entre significante y significado, la operación de lectura, produce el significado por medio de aquello que en el significante funciona como trazo de escritura. Vaginismo y bulimia, trazos de escritura, garabatos, respecto de un cuerpo inscripto en un universo semántico, indican lo que es excedido en este universo.

Cuerpo "escritor", uno por uno, cuyos trazos en el límite del lenguaje, participan, cada vez, del orden de una creación.

El cuerpo del psicoanálisis: una introducción

Katia Weissberg

Este es un tema que hemos trabajado desde hace tiempo en equipo: la subjetividad en el cuerpo o el cuerpo de la subjetividad, el cuerpo que habla cuando el sujeto no puede decir más que con la enfermedad, el cuerpo como escenario en el que se viven los afectos que no pueden expresarse en palabras.

Hace algunos meses el Secretario de Salud, Julio Frenk, habló en diversos medios de comunicación sobre cambios importantes que estaban ocurriendo en nuestro país en los procesos del enfermar, lo que planteaba retos e interrogantes a los esquemas de atención a la salud. Mencionaba el aumento de enfermedades crónicas, degenerativas, que no se curan con procedimientos o intervenciones únicas, ni con medicamentos específicos administrados en un tiempo determinado; del incremento de patologías que a nivel social involucraban en el ámbito de la enfermedad a más actores que el propio enfermo, básicamente su familia; de padecimientos que llamaban la atención de profesionales fuera del campo de la salud y requerían de su participación para ser remontados. Daba como ejemplos algunos casos de diabéticos en los que el enfermo permanece como tal por más de dos décadas y las consecuencias que ello traía: el incremento del deterioro de la salud, del déficit en la calidad de vida, el constante aumento del gasto económico que la familia debía absorber por tiempo prolongado, la imposibilidad de recuperar el desarrollo vital de la persona, de la familia, la cancelación de las oportunidades de contribuir al entorno de una u otra forma y el desgaste emocional que todo ello conlleva.

En este sentido, el campo de la salud ha dejado de ser exclusivo del quehacer médico y los patrones de enfermar, así como los de sanar, convocan cada vez más a otros tipos de pensamiento, con lo que demandan un lugar diverso. Como afirma Carlos Fernández Gaos, "el saber médico se ha visto en la necesidad de reconocer la importancia de los factores subjetivos en el origen y evolución de los fenómenos mórbidos y hasta en su conclusión, sea ésta la curación o la muerte". 3

De igual modo, es claro que el cuerpo puede ser aprehendido desde lecturas diferentes y que, aun no estando enfermo, ha irrumpido en el campo del psicoanálisis para que éste lo escuche, lo atienda y lo ubique de otra forma.

Si bien parecería ser que el campo de acción del psicoanálisis se refiere al ámbito "puramente" emocional, lo cierto que nunca ha estado alejado de lo que sucede en el cuerpo. Así, Colette Soler dice: "Que el inconsciente no existe sin incidencia sobre el cuerpo se descubrió desde los comienzos del trabajo de Freud.....el inconsciente no es sin relación al cuerpo". 4 El mismo Freud escribía a Groddeck en 1917 lo siguiente: "En mi ensayo sobre el lcc que usted menciona hallará una nota apenas visible: 'Reservamos para otro contexto la mención de otro notable privilegio del lcc'. Le revelaré a qué se refiere esta nota: a la tesis de que el acto inconsciente tiene sobre los procesos somáticos una intensa influencia plástica que nunca posee el acto consciente". 5 Esta nota aparece a pie de página del texto sobre Lo Inconsciente, justo después de que se enumeran las características propias de funcionamiento del sistema.

Por lo menos desde dos lugares, la histeria y la sexualidad, lo somático ha estado presente siempre, tanto en las teorizaciones como en el trabajo clínico del psicoanálisis.

Desde sus inicios, la histeria planteó un enigma que abrió las puertas al desenvolvimiento del psicoanálisis. Esta mostraba síntomas corporales que resultaban inexplicables biológica o anatómicamente, de tal manera que algunos médicos pensaron que, en el fondo, se trataba sólo de un proceso de sugestión, autosugestión o hasta de simulación.

El psicoanálisis entendió las manifestaciones histéricas como expresión de un conflicto psíquico inconsciente: detrás de los ataques, de las parálisis, las neuralgias, las anestesia, las perturbaciones visuales y alimenticias se encontraban -si se las buscaban adecuadamente-

fantasías inconscientes que podían dar cuenta tanto de la génesis de los síntomas como de su mantenimiento.

Estas fantasías, que constituían el núcleo patógeno del cuadro, resultaban inconciliables con el yo del enfermo y lo ponían en aprietos, por lo que tenían que ser expulsadas de la conciencia, dando lugar a la represión de las mismas en lo inconsciente. El psicoanálisis le dio al síntoma histérico el lugar de la manifestación simbólica de un conflicto psíquico inconsciente.

Así, más allá de la biología y de la sugestión, en la histeria, un conflicto inconsciente se expresaba en lo corporal por vía de una conversión de la energía psíquica en una inervación somática. En este sentido, la anatomía que en la histeria se pone en marcha es, más que una orgánica, una personal, simbólica, subjetiva y que adquiere sus especificidades en el vivenciar propio del paciente. "La histeria toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan", 6 dirá Freud; es una anatomía trivial, que desconoce los conocimientos de la anatomía nerviosa y que le atribuye, en cambio, un valor de representación, afectivo y vinculado con la historia del enfermo.

Dichas vivencias eran generalmente de tipo sexual. Freud escuchaba a sus pacientes y el asunto irrumpía una y otra vez en sus relatos, de muy diversas maneras; si en algún momento pensó que el contenido de los mismos se había verificado en la realidad, con el tiempo descubrió que su veracidad de los hechos no podía comprobarse y que más bien se trataba de fantasías propias de quienes hablaban. Este traslado de la realidad material concreta al ámbito de la fantasía abrió las puertas de la "realidad psíquica", espacio del deseo inconsciente por excelencia donde la fantasía como creación individual, tiene derecho de existencia. Lo que para Freud designa el término no es sólo el campo de acción particular del psicoanálisis sino lo que para el sujeto tiene 'valor de realidad'; en este sentido, la realidad psíquica constituye una forma particular de existencia, diversa frente a la realidad material, con la que no debe confundirse.

El descubrimiento del mundo de la fantasía, de la realidad psíquica del sujeto, llevó desde el inicio la marca de la sexualidad. Independientemente de que se tuviera en mente un evento o suceso traumático ocurrido en la realidad o una fantasía de seducción, la sexualidad insistía en ser escuchada. Sin embargo, la sexualidad que se ponía en escena una y otra vez en el decir de los paciente no era solamente una genital sino una pulsional, marcada y vinculada con el erotismo y el deseo, producto de las relaciones íntimos del sujeto con los otros en y a lo largo de su vida. Dice Laplanche: "Allí donde Freud la encuentra, en psicoanálisis, es siempre en forma de deseo: éste, a diferencia del amor, depende siempre estrechamente de un soporte corporal determinado y, a diferencia de la necesidad, hace depender la satisfacción de condiciones fantasmáticas que determinan estrictamente la elección del objeto y la ordenación de la actividad". 7

En este sentido, el trabajo de la fantasía con su trasfondo siempre sexual condujo al establecimiento de la sexualidad infantil y a la conceptualización del Complejo de Edipo. De ahí se abrió camino a conceptos como el de la libido y la pulsión, la constitución de la misma y su importancia en creación de la vida psíquica del sujeto. La pulsión definida por Freud tiene una implicación de lo relacional en donde la constitución afectiva toda del sujeto está comprometida desde una perspectiva corporal: "Si ahora, desde el aspecto biológico, pasamos a la consideración de la vida anímica, la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante (*Repräsentant*) psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan al alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal". 8

En la histeria la afectación del cuerpo es funcional: un órgano queda impedido de llevar a cabo su desempeño fisiológico sin que ningún suceso anatómico lo justifique. En la somatización la lesión hace su aparición afligiendo al sujeto orgánicamente desde el daño anatómico. De la función a la lesión la implicación del sujeto puesto en juego en cada caso no es el mismo y es convocado desde lugares diferentes.

La somatización implica fallas en la constitución de la subjetividad. Lo que pone en evidencia es que a falta de una realidad psíquica substantiva que sostenga y de cuenta de la vida interna del sujeto, el cuerpo entra de relevo a expresar su derrumbamiento interno. De ello da cuenta la escasa vida fantasmática de la persona, su dificultad o hasta su imposibilidad para hablar y asociar libremente, sus dificultades para dormir y crear sueños, su fijación a lo concreto y al discurso social como sostén. Si la sintomatología conversiva puede atribuirse a la mediación simbólica del cuerpo, en la somatización no hay simbolización posible. Todas las producciones subjetivas –fantasías, sueños, deseos, asociaciones de lenguaje- quedan puestas en entredicho y el cuerpo, a falta de sujeto que lo haga, habla. Las fallas de la construcción del mundo interno se encarnan y el cuerpo enferma.

Con respecto a la somatización existe algunas discusiones importantes: Para algunos, el campo del acontecer orgánico del paciente está fuera del trabajo del psicoanálisis, cuyo terreno de acción es -como hemos dicho- el de la "realidad psíquica"; que se expresa en lo que la persona habla; lo orgánico como realidad concreta, no tiene nada que ver con el quehacer en el diván y queda excluido de lo que ahí sucede. Sin embargo, esta demarcación arbitraria de campos de acción disciplinaria no necesariamente concuerda con lo que sucede al sujeto y excluye la posibilidad de escuchar y trabajar lo que éste expresa a través de su cuerpo, lo que con él dice y la significación que tiene. Para nosotros, el cuerpo, su constitución y sus manifestaciones son parte de esa realidad psíquica; si bien no se aprehende de la misma forma que lo puesto en palabras, no tiene por qué quedar excluido.

Un segundo nivel de discusión se refiere al ámbito de lo estructural. Para algunos autores, la psicósomatos es una estructura en sí misma, diferenciada de otras como la neurosis o la perversión; para otros, el evento somático puede hacer su aparición en cualquier estructura y no es exclusiva de personas que necesariamente hayan pasado por una vía de estructuración única. Nosotros podemos hablar de momento de somatización o de pasajes al acto en el cuerpo más que de estructura en sí; en este sentido, cualquiera pueda ser sujeto de somatización en determinadas circunstancias de su vida que no son ajenas a su historia. De todas formas es innegable que hay pacientes con fuertes tendencias a la somatización y que su número va en aumento, como corrobora el Secretario de Salud; independientemente de que dicha problemática constituya una estructura establecida de por sí y de las implicaciones que el pensamiento de tipo estructural conlleva, es importante dar lugar a las aportaciones que explican el acontecer del cuerpo a partir de mecanismos y procesos psíquicos específicos que lo involucran directamente.

Todo ello nos permite entender al cuerpo de manera mucho más amplia, esto es, no sólo como el cuerpo enfermo o lesionado sino el cuerpo en sí, desde el lugar corporal del sujeto. Así se abre la vía para entender al sujeto en su cuerpo más allá de una patología específica y de sus síntomas, más allá de un padecimiento médico, en el que se pone el énfasis justamente en la enfermedad orgánica que muestra ese cuerpo, más que en el sujeto portador de la misma. El más allá del cuerpo de la enfermedad es el cuerpo del sujeto, sujeto del cuerpo, campo de acción que el psicoanálisis pretende rescatar y desentrañar cuando mira y escucha al sujeto en su cuerpo. Ello implica, por ejemplo, atender al cuerpo en el diván e incluir sus reacciones en el dispositivo como forma de expresión auténtica que algo representa; implica entender al cuerpo más allá de lo biológico, de lo anatómico, de lo médico y de lo evidente en su físico para descubrir al sujeto que porta ese cuerpo, que algo dice de él, más allá de las palabras que expresa.

Así hemos entrado al terreno del sujeto. A diferencia de la psicología y la filosofía, que entienden por sujeto al de la conciencia o el del comportamiento, desde el psicoanálisis hablamos del sujeto del Inconsciente. Aunque Freud habló de individuo, dio cuenta justamente del conflicto que atraviesa a la persona en su división interna, intrasubjetiva, que lo amarra a la vez que lo constituye y que, a su vez, abre paso a su verdad más profunda e íntima. Así, en este sentido de la palabra sujeto, en tanto sujeto sujetado, Lacan introduce en el psicoanálisis el sujeto que Freud inauguró y cuya filosofía bordeó permanentemente, pero que no desarrolló explícitamente. 9

El sujeto del Inconsciente es pulsado por mociones que, a pesar de ser propias y constitutivas de sí, le son desconocidas. Es un sujeto carente que jamás está completo, aunque lo parezca, un sujeto sujetado en lo subjetivo por el lenguaje que lo precede y lo estructura, por los otros a los que necesita primero para vivir y luego para sobrevivir, que lo marcan, lo aman, lo satisfacen o lo frustran y de los que realmente nunca se separa del todo.

El sujeto del psicoanálisis es el del deseo. El sujeto desea porque algo le falta y esa presencia de lo que no tiene lo marca y le abre las puertas del deseo. Si lo tuviera todo, si fuera todo, nada desearía. A su vez, sin deseo del otro no hay sujeto psíquico. El sujeto del psicoanálisis existe antes del nacimiento de su organismo en la estructura familiar y social, que le da un lugar si lo esperaba y puede proyectarlo a futuro, o se lo niega o condiciona si llega "por sorpresa"; también vive más allá de la muerte orgánica a través de los otros que lo han incorporado como objeto, de amor, de dolor, de duelo, de recuerdo y que han recibido su nombre. De este modo, su cuerpo no deja de ser un organismo que no se hace un cuerpo, subjetivo, propio del sujeto, "su-yo" –recordemos que para Freud el yo es en mucho un yo corporal- sin pasar por procesos de constitución y apropiación psíquica.

A su vez, la constitución del sujeto corporal está marcada por el deseo del otro y su participación en el proceso es fundamental: la supervivencia misma del bebe depende de que haya alguien que la desee y, al hacerlo, sitúe sus necesidades corporales más allá de lo biológico. La madre otorga al bebe un doble cuerpo: el organismo que parió de sí y el discurso con el que interpreta y construye lo que en él acontece; así ubica lo que en él ocurre a nivel de la inscripción simbólica de la que partirá la historia que el sujeto podrá ir construyendo en el tiempo; el discurso que sobre las necesidades y eventos orgánicos haga la madre es constitutivo del aparato psíquico del niño y de su ubicación como sujeto; el cuerpo –simbólico- del bebe dependerá enteramente del modo en que la madre lo arropo, lo limpie, lo mueva, le permita dormir y crecer. En este sentido, la palabra de la madre funge como ladrillo y se presta como elemento de construcción del yo del niño, concretamente de sus sensaciones corporales. Existe, así, una relación privilegiada entre el cuerpo fundamental del niño, y el cuerpo emocional de la madre que lo erotiza e instala con ello un registro diverso al puramente orgánico; la libidinización que de él hace la madre constituye la activación corpórea de los sentidos del bebé y la excitación de la actividad somática gracias a la conjunción de su organismo con el cuerpo de la madre; es la puesta en marcha de la funcionalidad orgánica del primero a partir de la simbolización que de él hace la segunda. El discurso interpretativo y simbolizante de la madre sobre los acontecimientos orgánicos del bebe representan, simultáneamente, su puesta en vida.

En este sentido, Françoise Dolto habla de una auténtica arquitectura relacional, ".....que lo es únicamente sí, mientras presta sus cuidados al niño, la madre nutricia habla: arquitectura centrada por los lugares erógenos de placer (en particular los agujeros del cuerpo, pero no solamente ellos), los cuales siempre están articulados a un lugar funcional donde la percepción es esperada, a veces convocada mediante gritos, espera satisfecha o rehusada por la madre nutricia. En ninguna parte mejor que en el nivel de la imagen de base y del narcisismo primordial puede captarse el conflicto que opone entre sí pulsiones de vida y pulsiones de muerte, pudiendo las últimas seguir predominando largo tiempo en un bebé cuando la madre (o el entorno) trata al lactante como si fuera un paquete, como un objeto de cuidados, sin hablar a su persona".¹⁰

Así, el psicoanálisis inaugura un concepto diferente del ser humano; éste, a pesar de ser racional, cae en el equívoco, se siente en falta y es fallido -como muchas de sus producciones más genuinas-; a pesar de "ser consciente", es agresivo, puede sentir una gran tristeza o verse invadido por la envidia y la rabia; a veces, sólo quisiera amar, a veces ser amado y a veces quisiera amar y ser amado. El sujeto del psicoanálisis es el de los afectos y los conflictos inconscientes a que conducen, a los que más sujeto queda mientras menos quiere saber de ellos.

Su cuerpo, el del sujeto, el del psicoanálisis, no es el de la medicina. Es un cuerpo que habla y se expresa más allá de su anatomía, que está atravesado por el deseo del Otro y de los otros y que, por sobre todas las cosas, siente o está impedido de hacerlo, afectado por la subjetividad.

Para dar un ejemplo hemos tomado un capítulo de los *Teatros del Cuerpo* de Joyce McDougall que se titula "Un cuerpo para dos". Lo he elegido porque presenta el caso de un analizado polisomatizante, que no se restringe a un padecimiento orgánico, lo que hace evidente la necesidad de trabajar con el sujeto que circula en los diversos padecimientos, más allá de la patología misma o incluso de la posibilidad de encontrar "la" fantasía que soporta la enfermedad específica. También muestra claramente la participación del otro, sobre todo la madre, en la construcción de un cuerpo enfermo, asunto que retoman casi todos los autores desde diversas perspectivas: el deseo de la madre o su falta: abortos, niños no deseados, etc. Además es un tratamiento analítico con desenlace positivo. No todos son así; de hecho el texto de McDougall presenta más de un caso dramático con finales trágicos de muerte o hasta suicidio. En cuarto lugar, habla específicamente del manejo de la contratransferencia, asunto que quisiera ampliar a continuación.

El motor del proceso psicoanalítico y de la cura a la manera de cómo es entendida por el psicoanálisis es la transferencia, esencia misma de la relación entre analista y analizado. Designa un proceso mediante el cual los deseos inconscientes infantiles se trasladan y se actualizan sobre determinadas personas con las que se tiene cierto tipo de relación. Lo que se vive en la transferencia es la reedición en la figura del analista de prototipos infantiles inconscientes, derivados básicamente de las figuras parentales ambivalentes. Ello implica la actualización viva e intensa en y con la figura del analista de conflictos con objetos infantiles.

La contratransferencia hace referencia al proceso transferencial invertido, es decir, la forma en la que el analista recibe la transferencia del analizado y lo que hace con ella; pero implica también lo que el analista deposita de sí en los pacientes y a lo que de su historia remueve cada uno de ellos.

Si durante mucho tiempo se pensó que las transferencias debían ser eliminadas por ser obstáculo del proceso al ser fuente de resistencia al trabajo analítico, pronto se descubrió que en realidad esto sólo se refería a la transferencia negativa y que su contraparte, la positiva era el motor mismo del tratamiento. Así, Freud habló de neurosis de transferencia como el campo específico de acción del psicoanálisis, argumentando que quienes eran incapaces de establecer transferencia no podían ser tratados por el psicoanálisis; en este sentido, la contratransferencia debía ser eliminada por el analista, que debía abstenerse de cualquier manifestación subjetiva propia en aras de promover las asociaciones del paciente y la proyección transferencial de su mundo fantasmático. Ahora sabemos que el hecho de no establecer transferencias neuróticas no implica la imposibilidad de hacer transferencia; el proceso está fuertemente marcado tanto por la subjetividad del analizado como la del analista, que utiliza su contratransferencia como instrumento puesto en acción en el trabajo con el analizado.

Esto es particularmente fuerte e importante con pacientes somáticos. "Esta tarea presenta considerables riesgos, en la medida en que nos enfrentamos a una dimensión de muerte interna que infiltra el discurso analítico y que amenaza a nuestra propia vitalidad".¹¹ Si en ellos la subjetividad ha quedado entre comillas y todo su mundo interno es amenazante, inexistente o ha quedado devastada por las vicisitudes de su historia personal, recurren a la del analista para el sostenimiento del proceso analítico. Al hacerlo, lo convocan desde lugares más primarios que muy frecuentemente no pasan por la palabra y que, por tanto, envían mensajes directamente a las sensaciones del analista; así, el efecto del discurso desafectivizado de un analizado somatizante lo siente el analista. Al mismo tiempo, la ambivalencia es puesta en acción: el analizado necesita al analista al tiempo que lo amenazan, lo buscan a la vez que quisiera no encontrarlo y ataca su realidad psíquica en la medida en que el mismo la tiene deteriorada. Lo que el sujeto enfermo no ha podido poner en palabras se pone de manifiesto en el proceso transferencial y aquello que el enfermo no ha podido decir no quiere que sea dicho tampoco por el analista. Entonces ataca todas sus producciones subjetivas del analista, desde su poder pensar hasta en dispositivo mismo.

En cuadros neuróticos transferencia y palabra son complementarias. En analizados somatizadores la contratransferencia sustituye a la asociación libre de la que el enfermo es incapaz; su palabra no constituye un proceso simbólico, de ligazón y elaboración sino un acto y

como tal se manifiesta en el proceso analítico, en el que se activan resistencias más fuertes. La participación subjetiva del analista es convocada más fuertemente, lo que implica, por supuesto, la obligación de enfatizar la necesidad de que el analista haya pasado por su propio diván para poder soportar el proceso.

El caso. G. es una analizada polisomatizante que "ha vivido de manera intensa y hasta a veces cruel la imposibilidad de constituirse como sujeto, de abandonar el cuerpo-madre, creando así un cuerpo combinado en lugar del propio cuerpo, cuerpo-monstruo que la psique intenta hacer 'hablar'" (159).

G. sufría varias enfermedades; lo hacía desde la primera infancia, cuando veía signos de muerte por todas partes, pero éstas no eran el motivo del análisis, ni hablaba al principio de ellas; de hecho cuanto más sufría G. por sus enfermedades, más se sentía psíquicamente en paz, le confirmaban que el suyo era un cuerpo vivo y que en su interior ella era una individuo de pleno derecho. De todos modos, frecuentemente mencionaba el temor a perder sus límites corporales.

Tampoco hablaba de lo concerniente a su representación de cuerpo de mujer, que le repugnaba, le angustiaba y le impedía pensar. Ya avanzado el análisis se descubriría que para escapar del atrapamiento mortífero con su madre le daría todo: su feminidad, su sexualidad y su maternidad, hasta se convertiría en "galán" de su madre. Para G. la mirada de la madre la penetraba o la agredía nunca era tierna, y cuando niña sentía una fuerte necesidad de estar pegada a ella, aun cuando ella no la tocara.

Anorexia, asma, anginas, rinitis y gripes, úlcera gástrica y reumatismo, problemas ginecológicos, arritmia y taquicardia, eczema y urticaria y alergias. Las últimas eran compartidas con su madre. "Para G. –dice J. M.– aquello quería decir: 'Tu eres yo; no existes'. Quizá por esta razón aquellos fenómenos alérgicos fueron los últimos en desaparecer del teatro somático de G.; -".....representaban un vínculo erótico primitivo con el cuerpo materno y,....., funcionaban también como una equivalente simbólica que servía para combatir un insospechado vínculo sexual con la imagen paterna" (166).

A pesar de sentirse siempre anulada por la madre, que la miraba como si no existiera, G. la llamaba y buscaba constantemente: "Nunca es de mi de quien habla; o si me mira de una forma agresiva y erótica a la vez..... No me deja respirar, a veces creo que voy a explotar. Pero cuando no está conmigo, empiezo a sentir nostalgia y a desear su presencia". Ante esto J. M. responde: "Parece tener en mente a dos madres diferentes, una a quien llama para que la ayude y tranquilice, y otra que la anula y asfixia" (162).

G. vivía a su madre como invasora, asfixiante, narcisistamente volcada en sí misma, tolerante con la niña sólo en la medida en que ésta respondía exactamente a lo que ella esperaba de ella, para luego desinvertirla cuando no lo hacía. Era una madre omnipotente que no le concedía ninguna autonomía, ni le reconocía ninguna independencia. G. parecía sólo existir en la medida en que desempeñaba el papel de un muerto.

En el caso de G. el fracaso en la introyección de una imagen materna protectora y tranquilizante, continente del sufrimiento, no podía darse. "Lo que hubiera tenido que venir de fuentes psíquicas internas, es decir, una representación de un entorno maternizante interiorizado capaz de restituir al niño el sentimiento de sus límites corporales y permitirle controlar sus emociones, debía buscarse ahora en el cuerpo que sufre " (172).

G. lloró todas las lágrimas de su cuerpo, que no dejó de manifestarse a lo largo de todo el análisis. Si soportaba el dolor físico, se quejaba del sufrimiento que sentía en la relación transferencial, una transferencia materno-pasional que le provocaba no sólo angustia sino alergias antes de cada separación, incluso los fines de semana; antes de vacaciones, soñaba con caer al abismo y quedar suspendida en el vacío mientras, literalmente, se aferraba al diván.

G. se vivía a sí misma como propiedad de su madre, quizá solamente su cuerpo le pertenecía verdaderamente. En el terreno de la transferencia, "la lenta reconstrucción de su fantasía de 'formar uno conmigo' nos llevó no obstante a dar un nuevo sentido a sus múltiples órganos febriles y a sus dolorosas somatizaciones. A través de aquella transferencia en ósmosis pudimos comprender que no había límites entre mi cuerpo y el de G., ni entre mi ser y el suyo..... Todos sus sueños, así como sus fantasías de aquella época, mostraban claramente que sólo había *un cuerpo para nosotras dos*" (168-9). En su fantasía, cuando su cuerpo sufría un ataque lo padecía igual el de la analista, justo castigo que debía sufrir por haberla abandonado; a su vez y de este modo, era G. quien privaba a la analista de su ser como sujeto.

A la vez que se reducían los padecimientos orgánicos, crecía la angustia. Si dejaba de enfermarse, dejaría de existir, decía G. Además su madre no se conmovía con su tristeza, sólo con su sufrimiento físico; quizá a la analista le sucedería lo mismo...

El asma, decía G., la salvó de la locura: ".....en las crisis de asma yo luchaba sola contra la muerte; me sentía a salvo de ella [la madre]. Al mismo tiempo, me aferraba a su presencia porque ella representaba también la vida. Sin ella, yo no existía" (171).

Posteriormente apareció también la dimensión del odio hacia su madre y sus hermanas: "cuando mi piel, y mis bronquios gritaban y el estómago se me desgarraba, mi rabia sólo de dañaba a mi misma..... Enferma, mi cuerpo me pertenece y mi rabia también" (173). A través del tratamiento el odio que sentía por su madre dejó de atemorizarla para comenzar a sorprenderla, al tiempo que descubría que ese odio no le impedía amarla.

Avanzado el análisis G. logró decir: "¡Sí! Sólo a través de mi dolor corporal mantengo un vínculo profundo con usted. ¡Qué extraño descubrimiento!" (174).

Las reacciones dérmicas y los padecimientos dérmicos de G., que remitían a un deseo de muerte y terror fueron, paradójicamente, los últimos en desaparecer. La introducción tardía del padre en su mundo interno, que implicó la construcción de un nuevo eslabón vital entre los dramas ocultos de su vida psíquica, fue determinante en este sentido: "Frente a su deseo de niña, caníbal enamorada, de comerse a su madre, G. no pudo acudir ni a su madre ni a su padre para obtener confirmación de que ella también se convertiría algún día en mujer, con derecho a una vida amorosa y al placer sexual. Se vio por el contrario..... sin lugar propio" (185). Los padres con relaciones sexuales fallidas no ofrecieron un modelo que le permitiera integrar los deseos homosexuales con su madre ni superar un complejo de Edipo incompleto que le impidió volcarse al padre. Las emociones edípicas que habían quedado reprimidas precozmente se trabajaron entonces.

A veces las enfermedades somáticas representan intentos de supervivencia psíquica, el refugio del mundo interno, que no encuentra otras vías de expresión. En este paradójico sentido, la enfermedad somática no deja de ser una creación propia del sujeto que, si bien pone en peligro la vida orgánica, es quizá recurso de salvación de la psíquica. En este sentido, Fernández Gaos afirma: "el re-encuentro con esta dimensión subjetiva de la persona significa la recuperación, revaloración y reformulación de concepciones y prácticas referidas a la salud en las que el propio sujeto, fundamento y destinatario de ellas, participe y se reconozca como tal. El psicoanálisis, en tanto hace de lo subjetivo su objetivo, está llamado a ello". 12

Lugar y forma de la sexualidad en estos pacientes: sexualidad antes que ternura. Invasión del otro –la madre- mediante la sexualidad, que pone en entredicho el ser y la vida misma del hijo... Sexualidad invasora de la madre, no contenedora.

Notas

1 Conferencia presentada en el marco de XI Semana de Psicología, Universidad Justo Sierra, 23 de Noviembre de 2004.

- 2 Katia Weissberg es socióloga de formación y psicoanalista egresada del Círculo Psicoanalítico Mexicano. También es docente del Diplomado "Introducción al estudio psicoanalítico de las afecciones somáticas".
- 3 FERNÁNDEZ GAOS C., "Subjetividad, cuerpo y salud", versión fotocopiada de la Ponencia Magistral presentada en el evento "Cien Años de Psicoanálisis", ENEP-Iztacala, 28-30-abr-1997, p. 5-6.
- 4 SOLER C., "El cuerpo en la enseñanza de Lacan" en GORALI (comp.), *Estudios de Psicósomática*, vol. 1, ATUEL-CAP, 2ª. Ed., 1994, Bs. As., p. 93.
- 5 FREUD S., "Lo Inconsciente" en *Obras Completas*, tomo XIV, Amorrortu, 3ª. Reimp, de la 2ª Ed., 1990, p. 184, nota 6.
- 6 FREUD, S. "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" en *Obras Completas*, t. I, Amorrortu, 2ª. Reimp. de la 2ª. Ed. 1991, Bs. As., p. 206.
- 7 LAPLANCHE Y PONTALIS, *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, 2ª. Reimp. de la 2ª Ed., 1979, Barcelona, entrada sobre "Sexualidad", p. 424.
- 8 FREUD S., "Pulsiones y destinos de pulsión". En: *Obras Completas*, vol. XIV, Amorrortu, 3ª. Reimp, de la 2ª Ed., 1990, p.117.
- 9 Cfr. FERNÁNDEZ GAOS C., *Op. Cit.*
- 10 DOLTO F. *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Psicología profunda No. 104, 1ª. Ed., 1986, Barcelona, p. 45.
- 11 MCDUGALL J., *Teatros del cuerpo*, Julián Yébenes, 2ª. Ed., 1995, España, p. 134.
- 12 FERNÁNDEZ GAOS C., *Op. Cit.*, p. 6.

El cuerpo en la clínica

Myriam Carrasco

Leyendo a Derrida en "La Escritura y la Diferencia" tenemos la necesidad de distanciarnos de su posición allí mismo donde su letra se queda sin cuerpo. Distancia que nuestra experiencia del inconsciente, que nuestra clínica, nos impone. En relación con este distanciamiento y leyendo aquello que Lacan escribe en el seminario XX y más precisamente en la Función de lo escrito, vemos aquí una respuesta a la presentación del cuerpo en relación al goce.

Esto presenta una serie de combinaciones que sería importante desarrollar en otra oportunidad ya que se ponen en relación el goce de lo escrito, cuerpo de lo escrito, goce del cuerpo. Por ahora, tomemos lo relacionado al goce del cuerpo.

Un cuerpo, es algo que se goza, dice Lacan, es la propiedad del cuerpo viviente y no se goza sino corporeizándolo de manera significativa, es en este sentido que no hay goce total del cuerpo o mejor dicho, de todo el cuerpo, sino que es posible gozar solo de una parte. Si gozar tiene esa propiedad fundamental de que sea el cuerpo de uno el que goza de una parte del cuerpo del otro, quiere entonces decir que ¿no se goza sino corporeizándolo de manera significativa?

En primera instancia aparecería como efecto atemorizante de la ambigüedad que el significante mismo provoca por una parte, que sea el otro quien estaría gozándonos, y por otra que es el significante mismo la causa del goce. Sin el significante, ¿Cómo abordar esa parte del cuerpo que es parte materia del goce?

En R.S.I. Lacan ubica los goces en las intersecciones de los distintos anillos, nombrando de esa manera las relaciones en la economía libidinal, mostrando así que el goce tiene que ver con una regulación de los lugares. Los goces se distribuirían de la siguiente manera: entre lo Imaginario y lo Real: *Jouissance de l'Autre*, goce del Otro, es un goce exterior a la palabra. Entre lo Real y lo Simbólico, coloca el goce fálico allí, entonces, eficacia de la palabra en el campo de lo Real, y entre Imaginario y Simbólico pone el sentido, en medio de los tres, compartiendo con los tres, está el objeto a.

Entonces si algo se escribe, no puede reducirse a la articulación Simbólico Real, la escritura tiene también que escribir el cuerpo, y es por eso que el cuerpo es R.S.I.

El cuerpo pasa por tres instancias de identificaciones. La identificación primaria, al padre primordial ya penetra el soma, lo corporeifica dice Lacan en Televisión, dejando una imagen corporal.

Si bien en este movimiento, que es el del narcisismo primario, no hay un cuerpo especular, si hay un cuerpo pulsional. Dos movimientos lo caracterizan: la *Bejahung* y la *Ausstosung*. En la segunda identificación, que es la del narcisismo secundario, es la identificación al trazo unario. La imagen corporal se refleja en el Otro como cuerpo especular. En la tercera identificación, esta imagen se retiraría del fondo del espejo separándose así del a, alcanzando entonces un cuerpo post especular.

La muerte del cuerpo de la letra deja fuera de juego lo libidinal, de este modo en la clínica se ve como para muchos sujetos- la discrecionalidad de los objetos tiene una carga insoportable para su economía- sin recursos simbólicos que les permitan operar con cada uno de esos objetos, los juntan anulándolos en el desesperado intento de eliminar lo insoportable de la pulsión.

No hay letra sin cuerpo, o mejor sería pensar que no hay cuerpo sin letra, por lo menos, no se trataría del cuerpo del / en psicoanálisis, no se trataría tampoco del cuerpo de la escritura.

Bibliografía

J. Derrida. "La Escritura y la Diferencia"

J. Lacan. Seminario XX

J. Lacan. Seminario "La identificación"

J. Lacan. Seminario R.S.I.

Un caso especialmente grave de síndrome de disfunción y dolor de la articulación temporomandibular

Mariano Díaz-Miguel Maseda

El presente trabajo encuentra su justificación en la excepcionalidad de la paciente que presentamos y en la que creemos encontrar la ocasión propicia para exponer nuestra experiencia, dudas y preguntas sobre lo que acontece en estos pacientes que acuden a nuestra consulta con una importante afectación real en el cuerpo. No a la manera del síntoma – metáfora – sino a la manera muda del grito. Irrupción de lo real en lo imaginario del cuerpo.

Sabemos de estas dos maneras de tocar el cuerpo: por un lado el síntoma, interpretable y que no se acompaña de lesión anatómica que lo explique, es más, subvierte la anatomía y fisiología; por otro lado el fenómeno psicósomático, ininterpretable a la manera del anterior y que se muestra como una lesión anatómica. Muchas veces, y la paciente que presentamos nos parece un caso paradigmático, encontramos un cuerpo tocado de las dos maneras. Dos escrituras diferentes en el mismo cuerpo.

Aunque por vías de pensamiento diferentes a las suyas, hemos coincidido con Joyce McDougall, más de una vez, en preguntarnos si determinadas somatizaciones no respondían, de inicio, a una puesta en escena a la manera histérica (1995). El mismo P. Marty se encuentra cerca de esto cuando afirma que "en determinadas enfermedades leves, representaciones más o menos reprimidas acompañan a la depresión que está en la base de la afección somática", (1990). En cualquier caso, de lo que estamos convencidos es de que la paciente que nos ocupa presentó un comportamiento psíquico "psicósomático" - (dominado por la escisión, ausencia de sueños o de cualquier tipo de comercio con el inconsciente,..... Catherine Parat (1993)) - mientras fue la lesión en el cuerpo lo principal en el cuadro y presentó un cambio cuando la intervención quirúrgica y la transferencia analítica así lo permitieron.

Nuestras pesquisas comienzan en el inicio mismo del tratamiento, con una ausencia de demanda (algunos autores hablan, con razón, de una no-demanda) ya que el paciente nos lo deriva generalmente un médico especialista sin que el mismo paciente entienda muy bien por qué. A veces sí existe una demanda, pero se trata entonces, las más de las ocasiones, de una demanda de saber al estilo de la Cirugía, una tecne – "que sepan extirparme esto"- más que un saber de la verdad del síntoma. De aquí que consideremos importante conseguir lo antes posible una disyunción del discurso médico y el analítico. Separar lo que corresponde a los médicos de lo que es propiamente de nuestro interés. Hemos de distinguir la insistente mirada sobre nuestro paciente como **objeto** de la medicina, de la nuestra. Nosotros esperamos ver el surgimiento del sujeto y no la deificación del síntoma; y el paciente ha de intuirlo. Esto era de una especial dificultad en el caso que nos ocupa como se verá más adelante.

El siguiente paso es, casi siempre y en nuestra experiencia, la exhibición por parte del paciente de una suerte de goce obsceno que las más de las veces nos parece asimilable al llamado goce específico por Lacan. Acotar ese goce y rechazarlo es parte de la primera tarea a realizar por el terapeuta. Rechazar ese goce que el paciente muestra obscenamente y donde el sujeto no puede emerger. No es fácil ni tarea de un solo día. Casi siempre el paciente nos lleva hacia el acto y en alguna ocasión es la única forma. Personalmente, creo que es necesario destacar y no olvidar las consideraciones que P. Marty y sus seguidores hacen de algunos aspectos sadomasoquistas respecto al tratamiento de estos pacientes. Ello para no confundirlo y, en cualquier caso, ser muy prudente y valorar la gravedad del daño somático. En la paciente que presentamos lo vimos claramente en la relación que mantenía con su padre biológico y que nos abstuvimos de tocar hasta bien avanzada la cura. No ocupó este aspecto un lugar tan relevante como en otros casos,.

Todavía hay un tercer capítulo en estos pacientes que llama sistemáticamente nuestra atención y del que esta paciente es también paradigmática. Nos referimos a su relación con el discurso. Sostienen una relación que hemos llamado de "ajenidad" con su propio discurso, se pone en evidencia cuando intentan hablar del "sí mismo". Esa relación es denunciada por el propio

paciente como algo que le produce perplejidad. Naturalmente, no estamos hablando de sensación de falsedad o impostura o inautenticidad. Esta paciente después de varias sesiones reivindicando su necesidad de hablar, dice "... pero no crea, yo necesito hablar pero como esas mujeres que necesitan casarse..." para pasar a hablar de su sensación de extrañeza al hablar de ella. Tuvimos otra paciente, que padecía una grave colitis ulcerosa, que denunciaba esa sensación en sus clases de inglés: si el profesor le pedía que hablase en inglés (cosa que hacía con soltura) pero de ella misma, era invadida por esa sensación de "ajenidad" que la hacía enmudecer. Nos parece ver aquí la expresión del déficit de identificaciones secundarias con la interiorización del discurso, dándole un estatuto interno, yoizado, que suavice la pérdida y permita la separación fáctica.

...//...

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN Y DOLOR TEMPOROMANDIBULAR (SDDTM)

Bajo este epígrafe se reúnen una serie de pacientes que presentan, como cuadro dominante, dolor y disfunción en la unidad masticatoria. El dolor puede presentar todos los grados y afectar a cualquier zona de la cara. La disfunción consiste casi siempre en un trismo (contractura de la musculatura masticatoria impidiendo la apertura de la boca en mayor o menor grado) y evoluciona hacia la anquilosis de la articulación temporomandibular. Entre sus causas se encuentra el traumatismo, enfermedades infecciosas, artritis reumatoide etc. Desde la aparición de los modernos conceptos fisiopatológicos de dolor miofascial, su mecanismo patogénico se quiere explicar por un círculo vicioso de dolor y espasmo muscular, emparentando entonces el SDDTM con la fibromialgia, Mera, (1992).

Se acepta ampliamente, que en un importante número de pacientes, el SDDTM está ocasionado y perpetuado por factores psicológicos. En estos casos, la aparición del trismo va precedida, casi siempre, por la aparición del hábito que denominamos bruxismo que consiste en movimientos incontrolados de la mandíbula con hiperactividad de la musculatura masticatoria que se manifiesta por rechinar, frotamiento o golpeteo dentarios. Cuando es nocturno se denomina también fenómeno de Karolyi. El bruxismo se describe en los textos de enfermedades de la boca como "una forma de neurosis". Gispan, (1978).

El SDDTM de orden psicógeno puede aparecer aisladamente o formando parte de un síndrome más amplio que incluye cefaleas, dismenorrea, síndrome de piernas inquietas, parestesias y dolores erráticos considerándose nosográficamente próximo a la fibromialgia, (Mera, 1992, Csillag, 1993). De hecho forma parte de la serie de síntomas que pueden aparecer acompañando a la fibromialgia. (Pedro Pérez)

Aunque en la bibliografía se encuentran descritos todos los grados de severidad del SDDTM, ciertamente no hemos encontrado ningún caso de tan extrema gravedad como el que se presenta a continuación.

...//.....

En noviembre de 1995 acude a consulta una paciente derivada por sus cirujanos, los cuales me explican que se la operará de una anquilosis de la articulación temporomandibular resultado de un trismus histérico mantenido durante unos doce años. A lo largo de este tiempo ha sido sometida a todo tipo de estudios y tratamientos [desde TAC a biopsias de la musculatura masticatoria y desde inyecciones de toxina botulínica hasta choques con antidepresivos y neurolepticos]. Desde que se estableció la anquilosis, con la consiguiente imposibilidad de revertir el trismo, los cirujanos se han negado a operar la articulación ante la evidencia de que el trismo permanecería tras la operación con la inmediata re-anquilosis.

Hace unas semanas conoce a una cirujana maxilo-facial que está dispuesta a operarla si antes comienza un tratamiento con un psicoanalista. Le explica que la operará cuando el psicoanalista lo indique.

Primer contacto. - Recibimos a una paciente de 59 años. Viene acompañada por su padre. Su situación física actual es la siguiente: Trismo constante desde hace unos doce años por lo que ha permanecido todo ese tiempo con la boca fuertemente apretada. Tanto es así, que para su alimentación a partir de un determinado momento, se le implantó un tubo que entrando por la pared abdominal se aloja en la cavidad del estómago (gastrostomía) a través de este tubo o catéter – del que la paciente habla como si fuera parte de su cuerpo: "...me duele el catéter..." - se le introduce con una jeringa el alimento debidamente triturado. Ella vive con su padre –de ochenta años- que es quien se encarga de su alimentación. Con el tiempo, los dientes se han enclavado en el maxilar, por lo que no puede hacer el más mínimo intento de hablar, aunque fuese con la boca cerrada, pues sus propias vibraciones le producen un intenso dolor. Se comunica con todo el mundo escribiendo en una libreta que siempre lleva en su bolso. Así es como intenta hacerlo conmigo hasta que yo, buscando demarcar el tiempo y espacio de la terapia, instauró otra libreta en la que escribe cuando está en sesión y que se queda en mi consulta cuando ella se va; no obstante siguió trayendo además su libreta en la que me escribía alguno de sus pensamientos estando fuera de sesión.

Primera información. - La paciente nació en 1935, única hija de un matrimonio de no muchos recursos. Inmediatamente fue dada en adopción a unos primos lejanos del padre; se trataba de una adopción sin papeles de por medio. Creció en una provincia del norte de España con sus padres adoptivos, durante esos años describe una infancia normal, va al colegio, juega, tiene amigos; comienza a estudiar taquigrafía, mecanografía... hasta la edad de 15 – 16 años en que los padres biológicos – coincidiendo con una grave enfermedad de la madre - la reclaman. No fue entregada a los padres fácilmente. Hubo de recurrirse a los abogados e incluso intercedió alguna jerarquía de la Iglesia. Finalmente acude al hogar de los padres, en Madrid, donde se encuentra con que su madre biológica está enferma y tiene que dedicar la práctica totalidad de su existencia a su cuidado. Se terminó cualquier estudio, las amigas quedaron en la lejana provincia; entonces comienza con trastornos que son diagnosticados de depresión.

Algunos años después, fallece la madre adoptiva quedando solo y enfermo el padre adoptivo por lo que consigue traerlo a la vivienda de los padres biológicos. Se dedica al cuidado de los tres hasta los 25 años, edad que tenía cuando fallece la madre. Sigue al cuidado de los dos padres hasta los 30 años, en que fallece el padre adoptivo tras varios meses de permanecer en estado casi vegetal por complicaciones de su diabetes.

Algunos años después comienza a trabajar en unos almacenes y posteriormente en una centralita telefónica de empresa. Sigue viviendo con su padre al que cuida con dedicación. Durante unos 8 o 10 años hace una vida relativamente normal, empañada por su tenaz depresión que la hace ir de psiquiatra en psiquiatra. En algún momento entre los 45 y los 48 años comienza a presentar movimientos y síntomas raros en la boca que ningún médico, cirujano ni psiquiatra, acierta a tratar.

Por una búsqueda de claridad expositiva he dividido la cura de la paciente en varios tiempos cuya construcción no me parece gratuita.

Primer tiempo de la terapia. - Es el tiempo pre-operatorio y unos meses del postoperatorio. Considero que termina cuando, vencido el pánico a la reaparición del trismus, se atenúa el "funcionamiento psicósomático" y aparece una serie de síntomas de corte histérico. El tiempo pre-operatorio lo mantuve durante seis meses valorando el progresivo deterioro físico de la paciente y la intervención en la relación con su cirujana y en algunos aspectos de la relación con el padre.

Durante este tiempo la paciente aparece muy debilitada, víctima de infecciones de repetición en la cavidad oral y en el orificio de entrada del catéter en el abdomen, anemia refractaria y con dolores erráticos constantes, le duele la cabeza, la espalda, el cuello, "el catéter"..., precisamente el catéter no le permite la posición sentada por lo que permanece semitumbada en el diván, yo me siento delante, cara a cara. Formulo preguntas y comentarios y ella escribe en el cuaderno.

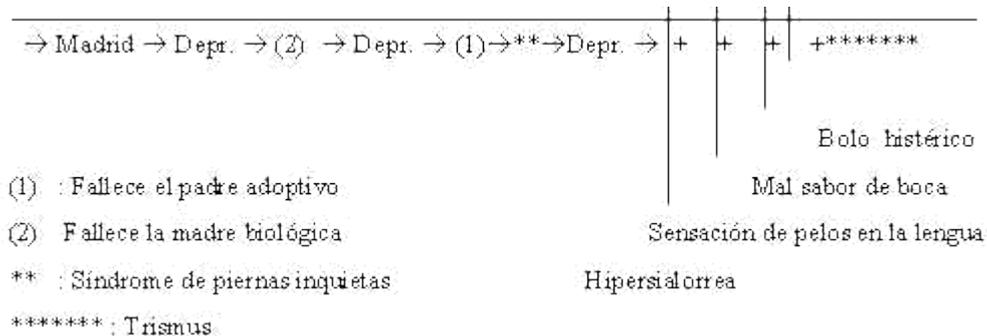
Relación con la cirujana.- Participa de un intento de transferencia masiva, en dos tiempos, con cualquiera relacionado con la medicina. Siempre un primer tiempo de gran idealización (global), seguido de un tiempo de rebajamiento. Cuando su invasora transferencia provoca el lógico rechazo, el primer tiempo desaparece inmediatamente dejando el lugar al segundo. (tengo la impresión de que lo mismo sucedió con las amistades en su juventud, por lo que cuenta.). Que sea precisamente una mujer quien le ofrece la oportunidad de una operación no me parece ajeno a la transferencia global, tremenda y materna de la paciente. Lo espera todo de ella, y en cualquier momento. Las ocasiones en que la cirujana le demuestra sus múltiples, y razonables limitaciones, se convierten en una cantera de material de trabajo en las sesiones.

Relación sádica con el padre.- Convivía con una idealización del padre y de su historia. De esto pude darme cuenta en las primeras sesiones por una nota que traía escrita para mí en la que describía muy poéticamente su aceptación del dolor y sufrimiento consolándose con la contemplación de los " pajaritos y las palomitas que veía pasar por el balcón... "; súbitamente la escritura se interrumpe y, con un trazo tan fuerte que rompe el papel, aparece: "te tengo dicho que no pongas azúcar en la manzanilla que me da sed". A renglón seguido continúa con su dulce relato. Durante este primer tiempo del proceso, me limité a "acusar recibo" de ello. Tomaba buena nota de cuanto iba apareciendo y me preocupaba de que la paciente lo supiera. Me daba por informado.

Tiempo después, cuando el problema a afrontar es la angustia flotante que se apodera de ella después de cada "escena" con el padre, durante las cuales él se queja amargamente de que ella le "machaca ", le pregunto ¿" y cuanto le machacó?" A lo que responde: "pues... la verdad es que hasta que se quedó sin respiración".

Indiqué la intervención cuando la figura de la cirujana se había relativizado y no me cabía ninguna duda de que su relación con el padre flotaba en el ambiente como una interrogación. El estado físico de la paciente, por otra parte no permitía dilatar mucho más de aquellos seis meses.

Segundo tiempo de la terapia.- Intento sintetizarlo en el siguiente esquema, que debe leerse de derecha a izquierda



Durante este segundo tiempo de la cura van apareciendo todos los acontecimientos reflejados en el esquema pero de derecha a izquierda: Partimos del trismo y, una vez superado, van apareciendo los síntomas- bolo histérico, mal sabor de boca, sensación de pelos en la lengua y una importante hipersialorrea, todo en ese orden- que una vez solucionados dejan paso a una profunda depresión que ha ocupado gran parte del tratamiento.

Al aparecer estos síntomas, la paciente, que hasta este momento había sido incapaz de construir un relato cronológico coherente, va recordando cómo habían aparecido anteriormente y en relación con diferentes acontecimientos. La paciente se historiza con el suceder de sus síntomas y, así, podemos reconstruir lo sucedido que queda reflejado en el esquema pero de izquierda a derecha, partiendo de la llegada de la paciente a Madrid con los padres biológicos que fue seguida de lo que le fue diagnosticado como depresión.

Se han señalado con el signo * los dos fenómenos que comprometieron el cuerpo de la paciente en su aspecto motor: el trismo y el síndrome de piernas inquietas que había padecido tras el fallecimiento del padre adoptivo. Este síndrome que, por el orden cronológico inverso que estábamos contemplando, debería aparecer al mejorar de la depresión, ciertamente no ha aparecido del todo, sólo una sensación de inquietud y hormigueo en las piernas que sirvió para que ella recordara el episodio anterior y desapareció en unos días. Con el signo + se han señalado los síntomas de orden sensitivo. Desconocemos si hubiera sido igual la primera vez que la paciente padeció de los síntomas pero lo cierto es que, en esta ocasión, obedecían a una simbolización clarísima y que desaparecían conforme la paciente se percataba de la misma.

Ya en las primeras entrevistas queda patente la idealización del padre y de su historia si bien no deja de escucharse un atisbo de inconsciente: "...siempre he estado orgullosa de ser hija del mejor barman de Madrid...". Es una historia idealizada y fuera del tiempo, imposible de reconstruir, [sirva de ejemplo que no sabe decir con exactitud a qué edad retorna con los padres o cuando aparece el trismo] sin historizarse, idealiza una imagen de sí misma. Mediante el mecanismo que sea necesario –negación, escisión, repudio... - ella consigue no traer a la conciencia nada que pueda poner en tela de juicio los hitos fundamentales de su vida. Así, sus padres la dieron en adopción por imperiosa necesidad y luego, 16 años después, la reclamaron por amor paterno filial; su madre era una mujer muy buena y extremadamente preocupada por la hija a la que educaba con esmero en todos los ámbitos de la vida. Esa y no otra era la razón de que la hiciera sentir miedo cada vez que algo le salía mal, o incluso antes de hacerlo, ante la sola posibilidad de que lo que fuese a hacer no resultase del agrado de la madre. Y, naturalmente, la madre lamentaba mucho que, invariablemente, cuando se producía alguna de las pocas ocasiones en las que ella tenía una cita con algún chico, tuviera que darle plantón pues, en el último momento, su madre sufría un agravamiento en alguna de sus dolencias. Fue también en aras de la educación la tremenda paliza que su madre le propinó en una ocasión que, habiendo estado con un chico, regresó tarde a casa, nada menos que media hora. Mientras ella se comunicaba con su terapeuta por escrito en ningún momento pudo dudar de esa historia, sólo en una ocasión poco antes de operarse y refiriéndose a cómo se la había trasladado a Madrid, pudo escribir: "Creo que cortaron mi libertad... bueno, no sé... yo era su hija...". Fue después de la operación, superado el pánico a que retornase el trismo y mientras iban apareciendo y desapareciendo los síntomas designados por + que pudo hablar de aquella madre y decir lo que había callado durante años. También habló, con no menos emoción, de su padre biológico pese a ser su única compañía en la actualidad. Hacerlo no le resultaba gratis, cada sesión iba seguida de accesos de angustia paranoide reactivándose el miedo a la reaparición del trismo – "... que se me vuelva a cerrar la boca... sería terrible doctor... preferiría que Dios se me llevara con ella [su madre]... pero que no se me cierre la boca...". Pese a ello, no dejó de hablar. Sin que fuese necesaria gran insistencia por mi parte- salvo al principio – continuó hablando empujada por su propia experiencia subjetiva de la catarsis que ello le suponía: "...debería callar doctor... no sé porque tengo que llorar tanto al hablar de algo que ocurrió hace tantos años, pero es que... ¿por qué?...¿por qué?...si tienes un perrito y le quieres... a mí ...[[lanto]...y este hombre que ahora me cuida tanto [por su padre]...¿cómo pudo permitir todo aquello?...". Transcurridos varios meses, la paciente da por terminada esta experiencia catártica y no vuelve a hablar de esta forma de sus padres. Ellos son otra vez unos buenos padres. Es como si en algún momento hubiera decidido perdonarles y mantener la ficción. A mi modo de ver, en ese momento asume una transformación en el yo.

Tercer tiempo de la terapia.- En cualquier caso, eso marca también el fin del segundo tiempo de la cura y entrada en el tercero que viene marcado por la instauración de una profunda depresión, depresión que se presenta como prácticamente inamovible, en una paciente que ya ha superado los 60 años y que constantemente repite que "lo ha perdido todo de antemano". Ni siquiera los restos que quedan de la relación sádica con el padre la consuelan, ocasionalmente se permite "machacarle" un poco, pero sólo consigue empeorar las cosas.

Esta depresión se acompaña, como único sesgo somático, de unas cefaleas y raquialgias que me parecen expresión de lo que P. Marty denominó "insuficiencia mental" en 1952 y que posteriormente se calificó de falla en la mentalización. Con todo, en ningún momento impresiona de depresión esencial.

Al cabo de unos seis o siete meses sin cambios busco supervisión.

Pasado el tiempo hemos visto como la depresión se fue superando gracias a un cierto cambio en la transferencia con el terapeuta.

La paciente, tremendamente invasora desde el principio, no había cesado en sus intentos invasores en la persona del analista. Finalmente iba consiguiendo algunas respuestas. Así, supo de la existencia de una hija de pocos meses, de otros hijos mayores, de mi lugar de vacaciones... al cabo de un tiempo esa cierta satisfacción pulsional había permitido la instalación de una transferencia filial. Por desplazamiento se cumplió el anhelo de tener un hijo que cumpliera con la función culturizante. Por un lado, con respecto a la hija pequeña del analista, pudo hacer como las abuelas que, con ocasión de los nietos, adquieren una comprensión del mundo infantil por evocación y, tal vez, nostalgia. Por otra parte su vida comenzó a enriquecerse con lectura, cine, teatro, clases de pintura, etc. Experiencias todas que relata minuciosamente en sesión. Tiene una considerable vida de relación con las vecinas donde, por cierto, tiene que tener cuidado de medir el tiempo que está con cada una pues despierta considerables celos.

Estamos convencidos de que esta modalidad de transferencia es lo que ha posibilitado la superación de este estancamiento. Tuvimos especial cuidado de no interpretarla en ningún momento porque "...no es raro que se logre progresión apoyándose en una transferencia largamente vivida y no interpretada...", Catherine Parat (1993).

Durante este tiempo la paciente ha podido hacer una obra en su casa, cambiar muchos muebles, ropas, etc. Con ello ha ido perfilándose lo que será su gran síntoma dominante una vez desaparecida la depresión y que ya estaba como música de fondo en todo el proceso desde que dejó la casa de los padres adoptivos: La casi imposibilidad para decidir. Cada vez que se presenta una compra con la consiguiente elección volvemos a asistir a tormentas de angustia

Lejos de desanimarnos, después de todo este recorrido se comprenderá que, ante esta sintomatología, tengamos la sensación de que, por fin, estamos en territorio conocido. Era el precio a pagar por la superación de la insuficiencia mental.

Y, después de casi un año, como por casualidad, un día aparece la asociación libre: Esta forma tan tremenda de dudar entre dos cosas se parece mucho a la sensación que tenía mientras los padres adoptivos y los biológicos se peleaban por tenerla. Entre las discusiones, ¡le preguntaban a ella donde quería vivir!. Como en un cruel sarcasmo, ella, que era mirada como un objeto que podía cambiarse a placer de los demás, era preguntada por su deseo.

DISCUSION

El pensamiento psicoanalítico se ocupó muy pronto de estos pacientes, apareciendo estudios americanos en la primera mitad del siglo XX. Posteriormente, a partir de los años sesenta, es muy poca la bibliografía que puede encontrarse. Así, Dumbbar le dedica casi todo un capítulo de su libro de 1950. Nos relata cómo Frohman curó a uno de estos enfermos con psicoterapia luego del fracaso de la cirugía, con asombro del paciente, del dentista y del propio psicoanalista

La primera aproximación que se hace para entenderlos es la hipótesis de los instintos agresivos que no pueden reprimirse totalmente. ("En estos pacientes...existe un grupo de instintos de agresión que tratan de expresarse al mundo exterior..."). Coincide con la identificación de la boca y los dientes, por desplazamiento, con los genitales

En los años siguientes algunos autores profundizan en esta misma línea y otros, como el propio Dumbbar, pretenden tipificar el psiquismo de estos pacientes como en una muy particular regresión: El aparato masticatorio normofuncionante puede ser visto por el paciente como propio de un rol de vida adulta a la que no puede incorporarse y la disfunción sería un síntoma

conversivo que perpetúa el estado infantil. Lefer, un colaborador de Dumbar, señala en 1966 que los movimientos del bruxismo, sobre todo cuando son anterógrados, le parecen una "puesta en escena" de los movimientos de succión del bebé cuando mama. A ello se añade la papilla especialmente triturada con que deben alimentarse, succionando por una pajita, a manera de la papilla del bebé, lo que aumenta su apariencia de desvalimiento. En este punto, tenemos que decir que nuestra paciente sobrepasó todo eso: Se la tenía que alimentar a través de un neo-cordón umbilical del que no fue nada fácil separarla.

Parecen estar de acuerdo todos los autores en que se trata de pacientes inmaduros, masoquistas, depresivos, autodestructivos y profundamente dependientes, (Engel, 1951, Schwartz, 1960). Algunos autores encuentran incluso rasgos psicóticos y tendencias suicidas, (Moulton, 1960).

La aparición del síndrome suele ser tormentosa, con empeoramiento de los síntomas al iniciar las medidas terapéuticas. Para Lefer, (1960), la comprensión de la situación exige entender la condición de queja que tiene y que se origina en la ruptura actual o anunciada de una relación fusional. El intento por parte del médico o cirujano de aplicar medidas farmacológicas o mecánicas hace que el paciente señale el fracaso del médico con un empeoramiento sintomal. De hecho, es frecuente que estos pacientes recorran un dentista o cirujano detrás de otro en busca de uno al que no puedan manipular. En lo que se refiere a mi paciente, este último punto parece confirmarse en la historia que cuenta de haber visitado muchos cirujanos "que no la quisieron operar". La última cirujana que la ve zanja la cuestión derivándola a psicoterapia. Respecto a la ruptura de una relación fusional, creemos ver algo paralelo a eso: a la edad en que comienzan los síntomas la paciente había perdido a toda su familia, menos el padre, y se terminaba su edad fértil, (relató alguna fantasía que revelaba la importancia de la menopausia para ella en aquel momento: la desaparición de las reglas la habían provocado los tratamiento de los médicos), por lo que se enfrentaba a la pérdida de todo un escenario posible del que, efectivamente ella recibía su precario sostén identificadorio. No en vano es una transferencia filial la que logra que evolucione su depresión.

También se encuentra en la descripción de estos autores la relación alternante que establecen estos pacientes con sus cirujanos. O bien se reactivan fantasías castradoras con sentimiento de abandono o se ve en el médico una madre-padre bueno que restaurará su cuerpo haciéndolo adulto.

En cuanto a la relación con el padre, un dato sorprendente: el elevadísimo número de casos en que es posible encontrar una relación semejante siempre con alguna figura parental.

EPILOGO

La exposición pormenorizada de cada uno de los tiempos de la terapia esperamos que sea objeto de otro artículo. Se ha pretendido que éste tenga unidad y dé cuenta globalmente del caso. Ello con la finalidad de plantear nuestra pregunta: ¿histeria?, ¿psicósomática?.

Pienso que se trata de una situación límite que se entiende mejor desde el concepto de insuficiencia mental. Concepto interesantísimo de P. Marty (1990, 1995), cuya inspiración tiene resonancias de la más clásica patología médica y que, a mi modo de ver, no ha sido suficientemente aprovechado y desarrollado por sus continuadores. Su consideración puede hacernos entender los cuadros de dolor miofascial de los que la fibromialgia y el SDDTM son buenos ejemplos y que no son incompatibles con una puesta en escena a la manera histórica en el inicio y que, ya desde los autores pioneros, son contempladas también como espejo de las sexualidades pregenitales y arcaicas, J. McDougall, (1998). En este orden de cosas, interesa saber que McKiney en 1990 parece haber demostrado que los pacientes con SDDTM no presentan diferencias significativas importantes en su depresión y ansiedad con otros pacientes con síndromes dolorosos no dependientes de la articulación temporomandibular y que, ocasionalmente, nos colocan ante la misma dificultad diagnóstica; tal es el caso de la fibromialgia que puede ser, por otra parte, el cuadro fundamental en cuyo seno aparece el SDDTM, partiendo los autores que investigan este cuadro de planteamiento paralelos a los nuestros.(Pedro Pérez).

Por otra parte, ¿la aparición de una lesión anatómica, en el cuerpo, debe remitir siempre a la psicopatológica?. Entiendo que contestar afirmativamente, so pretexto de que el individuo es psicopatológico, supone eludir la pregunta.

Por mi parte pospongo las respuestas a la continuación del artículo y, dada la escasez de referencias encontradas en la bibliografía reciente, creo que siguen teniendo vigencia las palabras con que Dumbart termina el capítulo de su libro de 1950 dedicado al trismo: decidió dedicarle casi todo un capítulo "...para que sirva de invitación a los médicos que se ocupan diariamente de estos problemas y necesitan que aumenten los conocimientos en este campo".

Bibliografía

- CSILLAG C. (1993). Fibromialgia. La Declaración de Copenhage. Lancet (ed.esp.). 22,(2):102
- DUMBAR, F. (1950), "Diagnóstico y tratamiento psicopatológicos". Barcelona. Ed. José Janés.
- ENGEL, G.L.(1951) "Primary Atypical Facial Neuralgia – an Hysterical Conversion Symptom". Psychosom. Med. 13: 375-376
- GRISPAN D. (1978) "Enfermedades de la boca". Buenos Aires. Ed. Mundi.
- McKINEY, M.W. et al. (1990) "Chronic TM disorder and non-TM disorder pain: Comparison of behavioral and psychological characteristics ". J. Craniomand . Prac. (8): 40-46
- LEFER,L. (1966). "A psychoanalytic View of a dental Phenomenon – Psychosomatics of the TM Joint Pain Dysfunction Syndrome". Contemp. Psychoanal., 2: 135-150
- MARTY, P. (1990). "Génesis de las enfermedades graves y criterios de gravedad en psicopatológica". Madrid. Trad. E. Castellano-Maury.
- MARTY, P. (1995). "El orden psicopatológico". Valencia. ED. Promolibro
- MERA, A. (1992) "Fibromialgia y otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos" en "Manual de enfermedades reumáticas". Herrero-Beaumont G. y cols. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.
- McDOUGALL, J. (1985). "Théâtres du Je ". Paris, Ed. Gallimard. McDOUGALL, J. (1998). "Las mil y una caras de eros". Buenos Aires. Ed. Paidós
- MOULTON, R. (1960). "Emotional factors in Facial Pain" en Schwartz, (1960).
- PARAT,C.(1993) "El trabajo habitual del psicopatólogo" en "P. Marty Y la Psicopatológica" _Compiladora: M.T. de Calatroni (1998) Amorrortu editores
- PEÑARROCHA M. (1997). "Dolor Orofacial". Madrid. Ed. Masson S.A.
- PEREZ, P. (2002) Comunicación personal
- SCHWARTZ, L. (1960). "Disorders of the Temporomandibular Joint". Filadelfia.Ed Saunders