Marisa Punta Rodulfo

Bocetos psicopatológicos

El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología

PAIDÓS BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA PROFUNDA 314

Bocetos psicopatológicos

Bocetos psicopatológicos

El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología

Marisa Punta Rodulfo

Índice de contenido

Portadilla
Legales
Reconocimientos
Prólogo
Prefacio
Primera parte. El gran problema de la psicopatología: diagnosticar la enfermedad sin patologizar la singularidad
1. Acerca de la especificidad de la psicopatología infanto-juvenil. Diagnóstico diferencial-Diagnóstico de la diferencia
Segunda parte. El psicoanálisis abierto al porvenir
2. El trabajo actual en los trastornos del desarrollo
Tercera parte. Un aporte teórico-clínico para la comprensión de las llamadas patologías graves
3. Diferencias entre separación y pérdida
4. El duelo y sus derivaciones
5. Especificidades de la depresión en la niñez
6. Del paso de las formaciones autísticasa las formaciones psicóticasUn estudio clínico a través del dibujo
Cuarta parte. Lo traumático, sus tiempos y el elemento de la disrupción
7. La dimensión individual y social del trauma
8. El abuso sexual Lo disruptivo del medio
9. Lo disruptivo desde lo fallido del cuerpo
Quinta parte. Cuerpo y subjetividad
10. ¿Por dónde… la locura?Un estudio del espectro epiléptico. Especificidades de la producción gráfica
11. Una reflexión crítica acerca del concepto de anorexia
Bibliografía general

Punta Rodulfo, Marisa
Bocetos psicopatológicos : el psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología / Marisa Rodulfo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós, 2016.
Libro digital, EPUB
Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-12-9393-7

1. Psicología. 2. Psicoanálisis. I. Título.
CDD 150

Diseño de cubierta: Gustavo Macri

Todos los derechos reservados

© 2016, Marisa Punta Rodulfo

© 2016, de todas las ediciones:
Editorial Paidós SAICF
Publicado bajo su sello PAIDÓS®
Independencia 1682/1686,
Buenos Aires – Argentina
E-mail: difusion@areapaidos.com.ar
www.paidosargentina.com.ar

Primera edición en formato digital: mayo de 2016
Digitalización: Proyecto451

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

Inscripción ley 11.723 en trámite
ISBN edición digital (ePub): 978-950-12-9393-7

De cara al porvenir: a mis nietos Valentín y Bethania.

Reconocimientos

A Georgina Rodulfo, quien acompañó este texto desde sus inicios y a través de sus distintas transformaciones: desde las desgrabaciones, las múltiples correcciones y las variadas ediciones hasta llegar a este formato. A Santiago Tonelli, quien colaboró en proporcionarnos la mejor edición posible de los dibujos, cuya realización no siempre era nítida. A Olga Favella, Nora González y Virginia Moretti, por haber compartido conmigo materiales valiosos. A José Kuten, por su generoso apoyo. A Ricardo Rodulfo, por su aliento constante. Y finalmente a Rafael Paz, por haber confiado en mí al momento de solicitarle el prólogo de este libro.

Prólogo

La que tenemos entre manos es una obra singular y valiosa. Recolecta materiales y trabaja conceptos tomando partido de modo definido en el territorio vasto e intrincado del sufrimiento psíquico, los niños, sus nichos ecológicos, el ambiente global que los rodea, alberga o constriñe. Y es desde tal horizonte de base que el psicoanálisis, como lecho conceptual, es puesto a prueba en sus bordes y en situaciones límites. Todo esto le da una calidad de instrumento de transmisión viva y eficaz.

Es bueno en este aspecto recordar a Eduardo Galeano, cuando nos hablaba de lo imprescindible de crear ciertos neologismos para dar cuenta de realidades que no hallan una expresión cabal en las formas existentes. Y es en tal sentido que *sientopienso* es una palabra adecuada para referir la experiencia a que este libro convoca en muchos de sus momentos, y sin duda en los fragmentos clínicos, puesto que cumplen cabalmente el sentido ilustrativo que se les requiere, pero también abren a dimensiones sociales que juegan en la entraña misma de la situación. Es decir, no la cobertura extrínseca que la rodea sino la cosa misma, en tanto el niño singular es trozo irrepetible de socialidad, y su vivir y padecer trasunto del medio vital que le tocara en suerte. Por eso, las consideraciones sobre las formas coercitivas de trato –la medicalización como ejemplo eminente– se desprenden naturalmente, y dan una atmósfera de credibilidad y compromiso.

En los relatos se sostiene la densidad de los “cuadros” y la complejidad relacional y temporal: valga el ejemplo notable de *Martina* (pág. 55) que rezuma *efectos de verdad*.

A propósito: es un texto que resiste la prueba de la lectura desprolija; es decir, la exploración errática a que nos lleva la curiosidad y los modos secretos que cada uno tiene de transitar un libro, pues se pueden hallar coherencias nuevas, sostenidas en el hilván de la adecuación estilística y la verosimilitud.

La crítica radical a los modos negativos de trato segregatorio como mezcla de prejuicios e intereses es de gran solidez, pues se basa en construcciones alternativas asentadas en tradiciones psicoanalíticas donde el reconocimiento

de la dignidad del otro es clave. Lo mismo en lo que hace a la problemática del diagnóstico como *destinación*. Precisamente, el anhelo de curar –que nada tiene que ver con el *furor curandis*– nos lleva a introducirnos, para transformar, las coerciones de destino denominadas *patologías*. En este punto es que podemos leer la bibliografía utilizada no solo como referenciación valiosa –que lo es–, sino en tanto trasunta la inscripción en tradiciones de pensamiento fecundas entre nosotros, con lo que se constituye en un ejemplo de lo que puede llamarse *operacionalismo crítico*, por acudir a referencias pertenecientes a marcos conceptuales diversos, que se ponen en juego en la complejidad siempre original de la clínica, sin perder densidad. Esto marca una diferencia esencial con el eclecticismo débil.

No es fácil mantenerse adecuadamente en ese nivel de consistencia testimonial y conceptual, pero Marisa Punta Rodulfo lo consigue, y tal constituye un rasgo sostenido de este trabajo.

Como puntos específicos hay que destacar el modo en que elabora la temática de las depresiones en la infancia, que es crucial en términos de morbilidad, por el enmascaramiento de las depresiones infantiles, que son mal toleradas o simplemente ignoradas por los adultos circundantes, y para las cuales no existen a menudo "representaciones", saberes abiertos donde tengan su lugar y por ende formas de acogimiento pertinente, incluso en la pediatría.

Siguiendo el vasto trazado temático, el capítulo 7, a partir del desarrollo de una situación clínica, se expande hasta constituirse en un aporte a la teoría general de lo traumático, que se vincula ulteriormente a la temática del abuso, desarrollada con la especificidad que requiere.

Otras patologías –"las" epilepsias y los trastornos del comer– son transitadas con el mismo estilo, de boceto que se expande y se liga, en conexiones surgidas desde la asociación libre, a conceptualizaciones que generan hermandades de referencia y plantean incógnitas nuevas.

Obra lograda, construida con una escritura provocativa y rigurosa, con momentos que evocan la profunda *simplicidad* winnicottiana: "Distinguimos entre ese mero hecho de estar vivo y la dimensión de lo que llamamos *existencia*, la cual implica necesariamente el vínculo con los otros" (cap. 6).

Texto abierto, que por las huellas de una clínica elaborada, siembra la expectativa de un nuevo texto, futuro.

RAFAEL PAZ

Prefacio

Este texto es el resultado de largos años de práctica psicoanalítica sostenida en las más diversas situaciones: psicopatológicas, vitales, políticas, socioeconómicas, etc. Se suma a ello el también sostenido trabajo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, tanto en el Grado como en el Postgrado, permitiéndome procesar teóricamente aquello que proviene de la práctica clínica. Al decir "procesar teóricamente" no me refiero a una fórmula retórica políticamente correcta, sino que pienso que logro aquí exponer mis propias ideas en torno a un tronco común de las patologías graves en la infancia así como también acerca de la importancia de trabajar lo más tempranamente posible.

Considero que un psicoanalista debe contar con recursos teórico-clínicos suficientes como para enfrentarse a estos nuevos desafíos. Por medio de este libro propongo y realizo reflexiones que hacen a un estudio meticuloso de las categorías psicopatológicas con las que el psicoanálisis se ha movido, llevando a cabo nuevos aportes y desarrollos. No olvidemos que para mantener al psicoanálisis *vivo* debemos contribuir cada día cuidando de su buena salud, es decir, poniendo la conceptualización a trabajar.

Forma parte de mi esfuerzo fundamentar la importancia de un trabajo psicoanalítico en el campo de la prevención, aun en edades tempranas, de modo tal de evitar la incursión en terapias a corto plazo de sello conductista, las cuales producen un amaestramiento que funciona, a la vez, como una máquina de picar subjetividades. Es que mi experiencia al respecto en el trabajo realizado por décadas con bebés y sus madres me ha permitido inclinarme cada vez más por intervenciones tempranas; eso es lo que entiendo como prevención en psicoanálisis. No se trata de una vacuna para evitar la enfermedad –nada más lejos de mi pensamiento que la predicción oracular–, sino de distinguir clara y tempranamente salud de enfermedad para evitar que esta última avance. Estudios longitudinales seguidos durante años han conducido mi reflexión en esa dirección: tanto depresiones tempranas como trastornos del desarrollo y patologías a predominancia autista han evolucionado en muchos casos, después de un largo trabajo psicoanalítico,

hacia un camino saludable, dejando atrás una evolución patológica que, de continuar, desembocaría en formaciones crónicas invalidantes.

El descubrimiento de la plasticidad neuronal en el campo de las neurociencias va en esta misma dirección, ratificándose la importancia de trabajar allí donde lo ambiental puede modelar en mucho una subjetividad naciente.

Creo que todo equipo de trabajo se debe formar en estos aspectos fundamentales y aunar criterios en lo que hace a psicopedagogía, terapia ocupacional, musicoterapia psicofarmacología, terapia del lenguaje y psicoanálisis, en un camino predominantemente preventivo, articulándose como una orquesta de cámara cuya dirección vaya rotando en función de un objetivo común que privilegie al niño y su familia y no a ciertas corrientes reeducadoras. Es que el psicoanálisis, intensificando la teorización en este campo de la prevención como lo viene haciendo hace tiempo, apunta al porvenir.

Salir de la medicalización es un Derecho Humano. A ello me hallo abocada y es para ello que vengo formando equipos de profesionales, tanto del campo de la salud como de la educación, implementando nuevas políticas de prevención. Es este, entre otros, el objetivo del presente libro, el cual forma parte de una serie cuyo segundo tomo me encuentro escribiendo al mismo tiempo que este sale a la vida. Como verán, con ilusión siempre sostenida apunto al porvenir de nuestro trabajo y de nuestros niños. Allí está nuestro futuro.

Primera parte
El gran problema de la psicopatología: diagnosticar la enfermedad sin patologizar la singularidad

Capítulo 1

Acerca de la especificidad de la psicopatología infanto-juvenil
Diagnóstico diferencial-Diagnóstico de la diferencia

La psicopatología infanto-juvenil no necesita ser legitimada sino que, justamente, reviste tal especificidad y tal espesor teórico que nos va a permitir iluminar tanto la clínica con niños como la clínica con pacientes adultos. Es una formación básica para todo aquel psicoanalista que se acerque al trabajo con pacientes. Además, también, es una formación básica para el campo de la educación, de la pediatría y de la psiquiatría en general.

¿Por qué hablamos de especificidad? La psicopatología infanto-juvenil tiene una especificidad no reductible a la psicopatología de la clínica con adultos. Lejos de ser un capítulo de la psicopatología de adultos, produce conceptos que van a permitir entenderla de una manera distinta. Esto lo atestigua, entre otros, el *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente* de Lebovici y Diatkine –obra de consulta que no podemos dejar de tener en nuestra biblioteca–. Ellos describen allí una serie de puntos de patología específicos de la niñez que no encontraremos en la psicopatología de los adultos. Por ejemplo, no conocemos ningún adulto que tenga *espasmos de sollozo*, afección que acontece precisamente en el momento de la niñez. Lo mismo sucede con el fenómeno de *pica*, el cual no se presentará de esta manera en pacientes adultos, sino transformado. También los autismos infantiles se van a dar fundamentalmente entre el primero y el segundo año

de vida, si bien algunas formas de autismo más inusuales pueden emerger en el tercer año, y de seguro no van a aparecer en la adultez. Lo que podemos localizar en la adultez son las consecuencias de un autismo cronificado, un autismo restituido, un autismo que evoluciona a déficit, etc. Por otro lado, el trabajar en el campo del autismo infantil no solo nos permite entender a la población que padece esta patología, sino comprender de una manera distinta nada más y nada menos que el campo de las adicciones: aquel trabajador de la salud, más allá del psicoanálisis, que trabaje con adicciones desde la psicopatología del adulto no va a entender aquello de la adicción cuya procedencia es el refugio en *objetos y figuras autistas de sensación*.

Este trayecto, que ha seguido un camino desde los adultos hacia los niños, actualmente debe sufrir una modificación. En aquellos primeros tiempos los analistas que trabajábamos con niños teníamos que justificar qué hacíamos con ellos. Y teníamos que justificarlo, justamente, porque el psicoanálisis partió del trabajo con adultos, lo cual implicaba una mirada *desde* el adulto *hacia* el niño. El psicoanalista conocía solamente al niño que llevaba dentro de sí el paciente adulto que llegaba al consultorio. Es decir, por un lado, el niño era enfocado desde el adulto y, por otro lado, el niño era enfocado desde la patología. Se produce así una traspolación de conceptos que nos impiden ver al niño que ingresa en la sesión: en ese modelo, el niño debe "reproducir" el modelo teórico vigente en lugar de interrogarlo. Es hacer una "teoría del niño" sin el niño allí, pensar un niño que no existe realmente, para después hacer encajar al niño en ese patrón, sin que este interrogue al psicoanálisis.

Creo que en los tiempos que corren tenemos que hacer una reflexión particular en relación a ciertos conceptos del psicoanálisis inaugurado por Jacques Lacan que han resultado negativos a la hora de pensar tanto la *clínica con niños* como *la psicopatología infanto-juvenil*. A pesar de todas las reflexiones que introdujo este autor en dicho campo, revolucionando una teoría "enmohecida", podemos observar que el estructuralismo fácilmente puede deslizarse a un "neoambientalismo". Justamente, uno de los puntos que no se toman en cuenta es la diferencia que hay entre el estudio de los mitos –que Lévi-Strauss realiza brillantemente– y el estudio de la subjetividad: los mitos son fijos, inamovibles, y, dada una estructura, esta va a determinar lo posterior, mientras que el niño no se limita a responder ni a reaccionar al lugar que la estructura le tiene asignado; por lo contrario, no podemos dejar de tener en cuenta al niño y su espontaneidad. Esta concepción estructuralista implica considerar que el niño es reactivo al discurso parental, y excluye

tanto la espontaneidad del niño como sus propios procesos de metabolización. Cuando estamos en presencia de un niño sano nos damos cuenta de que no se limita a reaccionar. Al niño sano uno nunca lo encuentra allí donde lo ponen los padres. Justamente, aquel niño que cita Ricardo Rodulfo (1989), cuya madre lo encuentra en el mismo lugar en donde lo dejó, es un niño severamente perturbado. Por suerte, la mayoría de los niños no se quedan donde los ponemos.

Cualquiera de nosotros, aunque no sea psicoanalista, sabe perfectamente que los niños, cuanto más saludables sean, se tornan, a la vez, más impredecibles. La relación adulto-niño no es la de un sujeto activo que produce efectos en un sujeto pasivo, que se limita a recibir; lejos de ello, las investigaciones actuales ponen en evidencia que nos encontramos frente a un par activo/activo: no se trata de un niño moldeado por el adulto, sino de un niño que crece y forma su subjetividad en *diferencia* con el adulto y es, a la vez, *esa diferencia* la que interpela a este último. Mi postura en el momento actual, junto con la de otros autores, es que nos olvidemos de que hay alguien que recibe y alguien que da. Por lo contrario, es la interrelación lo que modifica los dos lugares: niño/adulto, alumno/docente, padre/hijo son pares que nos implican y transforman profundamente. Estamos en un proceso dialéctico y cuando no lo estamos podemos presuponer un fallo en las funciones.

Ahora bien, ¿cuál es el niño que recibimos hoy en el consultorio? No es el niño del psicoanálisis tradicional, sino uno caracterizado por su espontaneidad y su imprevisibilidad, de modo tal que modifica la subjetividad del adulto y también la teoría.

Lo intersubjetivo es fundamental en la estructuración de la subjetividad, pero dicha subjetividad, si se desarrolla en forma saludable, va a inaugurar el conflicto y, específicamente en psicopatología, el síntoma como intrasubjetivo. Esto hace al diagnóstico diferencial y a las distintas formas de intervención clínicas. En un nivel donde todavía no se ha constituido una tópica psíquica con cierto grado de autonomización estamos frente a una patología grave o frente a un bebé. En esos casos hay que trabajar con los padres, o con el bebé y sus padres, o con el niño altamente perturbado y sus padres.

En esa articulación donde lo intersubjetivo no puede construir algo como síntoma, algo que pertenezca solamente a la subjetividad del niño, es justamente allí donde tiene mucho para intervenir un psicoanalista. Es una

lástima que no nos consulten, en general, cuando esto está pasando, como es el caso de las problemáticas tempranas en bebés. Ese es un lugar privilegiado de intervención temprana, porque si el bebé tiene que cuidar a su madre (función materna invertida) como ella debió cuidar a su propia madre, algo se inaugura como pauta, la cual va a ser mucho más difícil de trabajar cuando sea adulto. O sea que si uno trabaja antes de que el síntoma esté estabilizado como síntoma del bebé, debe hacerlo con este y su madre. Ahora bien, si se trata de un niño que por su patología no está autonomizado, debo realizar un diagnóstico diferencial que me permita saber exactamente cuál es mi ángulo de trabajo, ese y ningún otro.

Para constatar la autonomización sintomática debemos poder diferenciar, en la clínica, en qué trabajo psíquico se encuentra el niño por el cual nos consultan a través de procesos de estructuración subjetiva muy específicos. Debemos pensar si en ese momento de la estructuración subjetiva este es el paciente con el cual tengo que trabajar. Debemos dilucidar si asistimos a procesos de inscripción positiva de lo corporal (Aulagnier, [1975] 1977), al cuerpo en tanto superficie continua; si estamos ante la emergencia de la bipedestación; si asistimos al proceso de diferenciación del Yo/no Yo; etc. Distinguir también si tenemos que trabajar con el "niño" que encontramos en la clínica, que tiene 3 o 4 años y que es el niño para la familia, o con el niño que encuentra el analista detrás del ropaje de adulto que no pudo llegar a ser. Todas estas cuestiones comprende el diagnóstico diferencial que tenemos que hacer fundamentalmente en las entrevistas.

MEDICALIZACIÓN DE LA DIFERENCIA: EL MANEJO DEL PODER

Uno de los grandes temas que vengo puntualizando desde hace tiempo es lo que he denominado la *medicalización de la infancia*. No obstante, la medicalización de la vida cotidiana es algo que rebasa la clínica con niños y que se ha instalado como nuevo poder.

Existen diversos poderes que funcionan en la estructura de la sociedad; no es que "muerto el perro, se acabó la rabia", según el dicho popular, o que una vez decapitado el Rey en la Revolución Francesa se acabó el poder de la monarquía. Robert Castel, en un estudio fundamental como es *El orden*

psiquiátrico, al denunciar el papel que la psiquiatría viene a ocupar posteriormente –ser un nuevo orden que regula las estructuras de poder– dice:

> La intromisión del orden psiquiátrico en las prácticas sociales relativas a la locura aparece en el siglo XVIII y su objeto serán aquellos sujetos que no puedan adaptarse a la sociedad normal. *Desde entonces todo debe racionalizarse; generar discursos legitimadores* (Castel, 1980). (1)

Más allá de las mejores intenciones y de los métodos científicos más rigurosos, el objetivo final es remodelar, racionalizar, rentabilizar económicamente, aumentar la eficacia y la moralidad. Encontramos algo predictivo en este texto de Castel de 1980, en relación a la psiquiatrización imperante en el momento actual. El orden psiquiátrico, además, no es solo cosa de psiquiatras, sino que nos afecta a todos aquellos que estamos trabajando en el campo de la salud mental y de la educación, a todos aquellos que no respetan la diferencia, a todos aquellos que no consideran la singularidad. El ser distinto es inmediatamente cualificado como signo de enfermedad; lo estamos patologizando, es sospechoso de enfermedad. Y todo esto sin que haya una interrogación previa por el papel de la familia, de la escuela, y del nuestro en tanto profesionales de la salud. De alguna manera reproducimos así la enfermedad, y eso se llama *iatrogenia*.

Lo que denomino *medicalización* o *psicopatologización* (Punta Rodulfo, 2002 y 2006b) son entonces, en nuestro caso específico, todas aquellas prácticas ligadas a la salud mental de los niños ejercidas por quienes, no respetando la diferencia, separan la *diversidad*, patologizándola: sea la familia, la escuela, los psicopedagogos, pediatras, psicólogos, neurólogos, biólogos, psiquiatras, etc.

Tomemos por ejemplo el caso del ADD/ADHD, el cual me preocupa y desvela, en razón de lo cual he producido tanto textos como documentos, dado que uno debe posicionarse cuando tiene una responsabilidad y una ética comprometida en la defensa de los Derechos de los Niños. Esta es una de las formas bien actuales y es un caso testigo de lo que Robert Castel denominara *el orden psiquiátrico*, del cual se han ocupado bastante los medios (no siempre con el fin de denunciar). Cuando un niño molesta en la escuela inmediatamente es clasificado y rotulado bajo esta nueva forma: el ADD. Entonces, el niño que supuestamente posee este síndrome, al cual se le adjudica un origen de características puramente biológicas (transcribo lo que

es el discurso imperante), deberá ser separado (separado, vigilado y castigado, como dice Foucault) de acuerdo a distintas medidas profilácticas. La primera de ellas es la consulta inminente y sin mediación alguna, generalmente por pedido de la escuela, con el psiquiatra o con el neurólogo, quien habitualmente prescribe una medicación. Cabe aclarar que habitualmente se dan medicaciones no probadas en niños y en algunos casos sí probadas pero con efectos muy nocivos. La medicación que se indica generalmente es la Ritalina o Ritalin. No hay nada "mejor" que dar Ritalina a un niño para que este permanezca quieto. Es decir que se lo *normaliza*, porque un niño no es "quieto" por naturaleza, sino que es, por su ser niño, movedizo. Ahora bien, la pregunta es: ¿el niño tiene que ser como un adulto que se queda sentado ocho horas trabajando? ¿O el niño tiene que ser espontáneo, ruidoso, creativo, juguetón, molesto, impertinente? Un niño que "molesta" al adulto en general es un niño saludable. Por otra parte, se lo normaliza, se lo vigila, se lo castiga dándole medicación, pero sin embargo este niño no aprende más que antes en la escuela. El niño solo deja de molestar, y con ello se establece el "orden", la "normalidad". Nuevamente, al vigilar y castigar, el niño se incorpora, adaptándose a ese nuevo proceso, a los patrones que le marcan la cultura de su tiempo.

No olvidemos que la industria farmacéutica es casi tan importante como la de armas, por eso es necesario, a los efectos del mercado, que haya guerra y que haya enfermos. Lo que se propone cada vez más es extender el campo de la enfermedad al campo de la salud. Y es esto lo que denuncia Castel en *El orden psiquiátrico*. Cuando uno va a una escuela y de treinta y cinco niños veintiocho son sospechosos de ADD y quince ya están medicados, lo que pregunto es qué estamos haciendo con nuestros niños. Estamos vendiendo en salud, cada vez con más frecuencia, lo cual debe hacernos cuestionar en forma permanente nuestro quehacer, siendo que no se trata solamente de un problema de los psiquiatras y de los grandes laboratorios que han ido avanzando, sino que también compromete a nuestra práctica. ¿Qué quiere decir vender en salud? Rápidamente transformar –en este caso– a los niños en enfermos. Un niño que molesta es inmediatamente *profesionalizado*, como prefiero decir, ya que resulta más abarcativo que lo que marca Castel como *psiquiatrizado*, evitando así el pensamiento de que los únicos "malos" o los únicos que obran de esta manera son del campo psiquiátrico.

Cuántas veces por falta de formación –no hablemos por pi-cardía o por conveniencia económica–, no pudiendo hacer un diagnóstico diferencial,

algunos colegas pueden llegar a colaborar o a estar de acuerdo con la institución escolar, con la institución familiar, tomando en tratamiento a un niño que no lo necesita, sino que simplemente se encuentra atravesando situaciones vitales o haciendo síntoma de algo que pasa en la institución familiar o en la institución escolar.

Para tener una visión bien realista del tema he de puntualizar algunos materiales clínicos.

Llegó a la consulta Francisco, de 7 años, que desde los tres estaba siendo medicado con Ritalina porque "supuestamente" tenía ADD. Durante todo ese tiempo había ido al fonoaudiólogo, al psicopedagogo, al psicólogo cognitivo, al neurólogo, etc. Cuando lo conocí le dije: "Francisco, vos debés pensar: 'Otra doctora más. ¿Qué me va a decir ahora?'. ¡Yo en tu lugar estaría harta! ¡Revolearía a todos los doctores y a todas las pastillas! Pero bueno, hoy estás acá y vamos a ver cómo te puedo ayudar". Después de haber tenido varias reuniones con el niño y de tomarme el trabajo de investigar minuciosamente sus potencialidades intelectuales, su nivel de atención, concentración, etc., luego de ese período diagnóstico, consideré que si bien había que ayudar a Francisco, ya que presentaba una patología caracterizada por trastornos narcisistas (Rodulfo, 1995a), ese no era el momento de empezar una nueva psicoterapia. ¿Cuál fue la forma en que pensé que podía ayudar a Francisco en ese primer momento? Desmedicalizándolo. Así fue que me reuní con los padres y les dije:

> A Francisco le pasan cosas, pero en realidad no podemos saber quién es él ahora con sus 7 años. Está medicado, con psicoterapia, con fonoaudiólogo, con maestro particular, con su mamá controlándole los deberes todo el día, en una escuela ocho horas, con un papá que se pelea con mamá porque le dice que le está encima, con una mamá que le critica a papá que no se ocupa de Francisco.

¡La situación era un caos! Lo que propuse entonces a la familia fue ir retirando, de forma cuidada, todos los tratamientos, dejarlo a Francisco tranquilo y esperar seis meses. Recién después de transcurrido ese tiempo, volver a verlo, justamente para poder, por primera vez, precisar qué niño tenía frente a mí, con qué niño me encontraba yo luego de haber retirado "el aparato médico/psicológico/psicopedagógico/escolar".

Otro niño que llegó a la consulta para la misma época fue Matías, de 12

años. Estaba con psicopedagogo y psicomotricista por presentar problemas en la escolaridad: no podía aprender los contenidos esperados, tampoco prestaba atención, ni respondía, ni podía realizar pruebas. Estaba terminando su escuela primaria, con inminente paso a la escuela secundaria. Sus padres no sabían qué hacer con él. Lo recibí en la primera entrevista, después de un recorrido larguísimo por otros profesionales; al igual que Francisco, en ese momento sin intervención medicamentosa. El niño padecía una obesidad incipiente, se presentaba con su espalda encorvada, poco comunicativo. Después de un momento inicial poco productivo pudimos empezar juntos a realizar "juegos de palabras". Matías se mostraba muy interesado tanto por el cine como por la literatura, al igual que yo.

Realizando un pequeño paréntesis introduzco una cuestión que considero importante y es que, tal como pensaba Freud, el psicoanalista es mucho más que un técnico; tiene que ser alguien profundamente comprometido con la cultura de su tiempo, ya que todo eso lo impregna de una manera muy particular. Si un púber de 12 años nos viene a hablar de sus intereses y nosotros no sabemos cuál es la música que escuchan los púberes o los adolescentes, no podemos acercarnos a él. Y si nos ponemos en contacto con estas cuestiones a posteriori, porque no tenemos la obligación de conocer todo, está el placer por que nos hagan descubrir otros horizontes, conocer otras cosas.

Volviendo a Matías, la forma de conectarme con él fue entonces a través de la literatura y del cine. Allí ese niño cambiaba: dejaba de ser ese "púber" con sus ojitos chiquitos, dejaba de moverse torpemente. Posteriormente le dije: "Matías, vos no parecés el que me cuentan que sos en la escuela. Decime una cosa, si yo te pongo un problema, como te ponen en la escuela, ¿vos lo podes resolver?". Le solicité entonces que hiciera un dibujo y que narrara algo en torno al mismo, pero Matías no lo pudo hacer. Se quedó frente al papel mucho tiempo, todo lo que él pudo tolerar, sin poder lograrlo. Había un punto en que su conocimiento quedaba interceptado y dicho punto estaba relacionado con el proceso de conocimiento ligado al aprendizaje escolar. Fue así que le dije: "Matías, hay algo que vos no podés entender, hay algo que vos no podés aprender y que en vos hace mucho ruido y no te deja pensar". Para no vinculárselo de una manera inaprensible para él en ese momento, esperé una o dos entrevistas más y le dije: "Contame un poco de tu familia". Me empezó a contar de su mamá, de su papá. "Sé que tu papá tenía un hermano", le dije, y me respondió: "Ah, sí, mi tío. Me puso muy triste eso,

porque mi tío se mató hace unos años". Le pregunté entonces: "¿Y cómo fue? ¿Qué sabés de eso? ¿Qué te contaron?". Matías me dijo: "Mi tío coleccionaba armas, especialmente armas de fuego, y probando un arma que estaba cargada y él no sabía se le escapó un tiro y se mató". A ello agregué: "Si querés, podés seguir preguntando a tus papás sobre esto". No me correspondía a mí, no siendo ni su madre ni su padre, comunicarle algo de la historia familiar que había surgido de las entrevistas con los padres y que constituía un secreto familiar que, como tal, debía ser trabajado por el conjunto de la familia, con ayuda profesional en caso de ser necesario. Este tío paterno que Matías conocía era un tío que vivía en condiciones precarias y que jamás hubiera podido tener una colección de armas. Entonces, lo que se le negaba al niño era su propia percepción; se desdecía algo que él estaba viendo, y precisamente venimos sosteniendo en psicoanálisis que uno de los peores problemas para tramitar a nivel psíquico es la negación de una percepción; que se le diga a alguien: "No, eso que estás viendo no es de esa manera". Entonces, rellenar los agujeros en la historia era el trabajo que uno tenía que hacer, tanto con Matías como con los padres. Se trataba de un trabajo de *neoescritura*, un trabajo de escritura de la subjetividad totalmente distinto al de levantar lo reprimido, por lo cual inferí que allí debía privilegiarse el trabajo con los padres. En razón de ello les dije: "Dejemos tranquilo en este momento a Matías y empecemos a trabajar con ustedes", para, a partir de allí, poder pensar qué le obstaculizaba el conocimiento a Matías, el conocimiento de una verdad que hacía síntoma en el aprendizaje.

Ocupémonos ahora de Anthony Soprano, (2) "sospechoso de ADD". Los psicólogos escolares que lo ven y que hacen el diagnóstico solo encuentran cinco de los seis indicadores del supuesto síndrome de ADD. Por eso creo que esto es un "gag" del director de la serie, al cual le estoy agradecida por haberlo incluido, como también ocurrió en la serie *Los Simpson*, justamente en una forma muy polémica. Recordemos que en el DSM IV se diagnostica ADD cuando seis características se mantienen por lo menos durante seis meses. Esto ya es un serio disparate a la hora de hacer un diagnóstico. Pero lo que señala el director de *Los Soprano* avanza aún más: la parodia consiste en la sospecha de que Anthony Jr. tenía ADD, sospecha que se derivaba de sus manifestaciones de desobediencia escolar y malos tratos –golpeaba a sus compañeros y quería dominarlos–, mientras que, en realidad, nadie se podía plantear en esa escuela cuál era el entorno, qué es lo que estaba viviendo y viendo el joven en el contexto familiar, formando parte de una familia

mafiosa.

Los anteriores materiales me llevan a plantear cuál es la postura que tenemos nosotros en tanto profesionales comprometidos en el campo de la salud en relación al niño que tenemos frente a nosotros. Lo que a mí me parece importante es poder desentrañar qué hay debajo de nuestra alfombra, en el inconsciente de nuestra teorización –en mi caso particular, el psicoanálisis–, qué es lo que sostenemos nosotros desde nuestra teoría en tanto ética y cómo la cuestionamos, porque, de no hacerlo, estaríamos en una situación muy grave, repercutiendo en la postura que tengamos frente al niño. En ese caso, no podemos ver al niño que tenemos frente a nosotros porque la teoría no nos lo permite. Entonces, si partimos de un niño enfermo, como lo postulara Melanie Klein en su momento, vamos a tratar de convalidar que todos los niños están enfermos, no pudiendo pensar que en verdad es la teoría la que está funcionando mal.

Cuando empecé a trabajar con clases sociales por debajo de la línea de pobreza introduje, en algunas situaciones diagnósticas, el Test de Bender. Los resultados no siempre coincidían con la clínica. Pero ¿quién es el que me interrogaba entonces? El niño que tenía frente a mí, dado que ni las entrevistas mantenidas con él ni las mantenidas con su familia permitían detectar indicadores de organicidad. Pero según los análisis establecidos para el Test de Bender se certificaban indicadores de organicidad.

En aquel momento escribí un primer trabajo (Punta Rodulfo, 1974) cuestionando estos aspectos en la implementación del Test de Bender. Lo que me planteo desde entonces es si el niño que se presenta frente a mí es poco estimulado y saludable o está afectado por procesos psicopatológicos con o sin organicidad. El dispositivo que armamos en esas villas de emergencia fue el de grupos de arte donde los niños de alrededor de 4 y 5 años pudieran trabajar con distintos materiales a través de todo un año, antes de su ingreso a la escuela primaria. El trabajar de esa manera con los niños, aunque la propuesta no siguiera el formato de grupos psicoterapéuticos, constituyó, por añadidura, un verdadero proceso terapéutico. Digo que hacemos terapia aunque no hagamos psicoterapia cuando tratamos de pensar al niño sano para que pueda, de esa manera, acompañándolo desde la salud, desplegar todas sus potencialidades. Posteriormente se hizo un seguimiento longitudinal con el grupo de trabajadores sociales y demás profesionales y nos encontramos con que luego de dos años había disminuido en forma significativa en dicho grupo el fracaso escolar.

Esa fue, sin saberlo, la primera pelea que tuve con la teoría, lo cual ha sido, hasta el día de hoy, una constante en mi carrera. Considero que en la vida uno debe seguir sus propias convicciones. Esto es lo que nos mantiene vivos. Es decir, debemos denunciar cuáles son las lógicas contenidas en las teorías, las lógicas que mueven a este determinado tipo de operaciones; cuál es el inconsciente de la teoría, no solamente de la de psiquiatría, de la neuropediatría, de la educación, de la familia, sino cuál es el inconsciente de la teoría psicoanalítica. Si pienso que la verdad absoluta está en el Test de Bender y no escucho a la mamá o no puedo ver al niño que tengo enfrente, es mejor que me vaya a mi casa porque no me estoy cuestionando nada. Entonces, está bien que cuestionemos el Bender, está bien que cuestionemos el DSM V. Este manual ya no es usado solamente por los psiquiatras, sino que nos obligan a usarlo a nosotros, psicólogos y psicoanalistas, en las instituciones en donde trabajamos. Es por ello fundamental que uno pueda interrogarse qué es lo que está haciendo y darse cuenta de que un diagnóstico no es una clasificación, sino algo que podemos cuestionar. Insisto: no solamente se trata de cuestionar a los otros colegas de Salud Mental, sino también a nosotros mismos. Los seres humanos somos muy sometidos; nos sometemos en general al poder del otro. Y el poder clasificatorio es un poder muy importante. No nos olvidemos, el “vigilar y castigar” no se reduce a los “otros”, sino que nosotros también somos vigilados y controlados desde las instituciones hegemónicas representantes del “poder central”. Existen, en todos los países, nuevas instituciones que manipulan la fuerza de trabajo de los jóvenes profesionales, y resistirse a esa forma de trabajo, en muchos casos, implica no tener trabajo. Es una forma de explotación y condicionamiento del trabajo, y no solamente del de los médicos, de los psiquiatras, de los neurólogos: el psicoanálisis allí tiene toda una batalla que debe llevar adelante, permanentemente. No estamos exentos de caer en la clasificación, la rotulación. Sin embargo, desde mi punto de vista, no debemos renunciar a trabajar bien y podemos hacerlo desde el psicoanálisis, aunque cada vez más la sociedad avanza hacia lo rápido, hacia lo supuestamente efectivo. En psicoterapia también puede efectivizarse un modelo “*fast-food*”, resultando en una “*fast*-psico”.

DIAGNÓSTICO CLASIFICATORIO/DIAGNÓSTICO

PSICOANALÍTICO

¿Por qué estoy diferenciando entre diagnosticar y clasificar? La clasificación está regida por el principio binario de identidad, mientras que toda la teorización y la clínica del psicoanálisis –que comienza con Freud– se rige por la *no coherencia* –lo cual no quiere decir que sea incoherente–: las lógicas psíquicas no son reductibles a dicho principio binario de identidad. También hemos de agregar que el psicoanálisis no es una práctica psiquiátrica –no se dejó ganar por la psiquiatría imperante en su momento– ni tampoco una práctica surrealista. Sostenemos entonces que, si bien es insoslayable realizar un diagnóstico minucioso, luego debemos poder olvidarlo.

En ese juego en el cual hay que sostenerse, y hay que sostener al paciente, es que vamos a realizar nuestra práctica, nada más alejado de un criterio de clasificación y de un criterio de identidad. Al analizar un sueño, por ejemplo, atendemos a esa singularidad de cada uno de sus fragmentos, no generalizamos. En la clínica atendemos a la singularidad de cada elemento que trae ese paciente, no generalizamos. La generalización y la atención a la singularidad chocan, deben entrar necesariamente en conflicto con la teorización. Allí está también la no coherencia: atender a la singularidad y pretender que uno nunca generalice; atender a la singularidad, aunque también está la necesidad de atender a categorías generales. Es en este conflicto que debemos movernos.

Lo anterior está directamente vinculado a que el inconsciente tampoco es coherente: no responde al principio de identidad, y las lógicas que lo rigen no son opositivas. “Donde las asociaciones dicen *o* debemos poner *y*”, sostiene Freud en *La interpretación de los sueños* ([1900a] 1979). Quiere decir que el proceso secundario es oposicional, mientras que el inconsciente no se rige por esa lógica. En psicopatología tenemos que poder trabajar con lógicas oposicionales; tenemos que poder diferenciar algo que tenga que ver con la psicosis de algo que no; tenemos que poder diferenciar una formación clínica a predominio autista de otra predominantemente psicótica. Pero después, estando con el paciente, el psicoanalista va a tener que “olvidar” lo anterior, porque el psicoanálisis no es una psicopatología. Y esto muchas veces se ha omitido o confundido.

En otro orden de cosas, cada vez que un analista está tratando de procesar

y de pensar algo, en el sentido de poner a trabajar el psicoanálisis, nada más alejado está que del "ejemplo" o la "viñeta clínica" que viene a ratificar la teoría psicopatológica que tiene que sustentar. Nada más alejado está de eso.

Según el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española (1992), viñeta significa "aquello que acompaña al texto: dibujo, figurita, a modo de ilustración o composición de un conjunto". En nuestro caso específico, al hablar de "viñeta clínica" estaríamos convalidando que es el paciente quien acompaña al texto en lugar de interrogarlo. En el inconsciente de esta frase, es el paciente la ilustración: voy a ejemplificar lo que estoy pensando teóricamente o lo que pensó otro –habitualmente es lo que pensó otro– con un caso que va a dar cuenta de lo que primero se pensó teóricamente. Eso es no poner a trabajar el psicoanálisis; es no poder preguntarse qué me hace interrogar este nuevo material. Cuando se pone a trabajar el psicoanálisis, desde Freud en adelante, justamente muchas veces los materiales son contradictorios con lo que se está sosteniendo teóricamente, y eso mismo interroga los conceptos que componen nuestro cuerpo teórico. De allí, por ejemplo, que algunas investigaciones en el campo de niños vengan a cuestionar al psicoanálisis y a la psicopatología general.

Un texto de Ricardo Rodulfo (1989) reflexiona sobre esta cuestión:

> En el fragor de la clínica, una excesiva memoria de la rotulación, una sobreestimación de su utilidad nos perjudica justamente en la tarea clínica. Desde posiciones teóricas muy diferentes –Bion, Nasio– advirtieron sobre el riesgo para el pensamiento del psicoanálisis de quedar dependientes de conceptos, en el fondo, demasiado macroscópicos, que a veces conforman unidades que, más bien, debemos problematizar. El culto al principio de la identidad que subtienden clandestinamente estos procedimientos es identificar al paciente X diciendo, por ejemplo, "es psicótico". Estos procedimientos no son el aliado mejor para el que conduce un psicoanálisis. El método que hacemos nuestro se procesa del modo más fecundo apartándose de nominaciones globales y masivas. Trazando el rodeo de estas salvedades se puede decir que la referencia psicopatológica es muy importante, siempre y cuando se reconozca la poca importancia que tiene. Sin sus categorizaciones faltaría cierto mapa, y por eso el psicoanálisis no pudo desprenderse por entero de los encuadramientos psiquiátricos.

Lo que Ricardo Rodulfo nos dice es que la psicopatología es importante si se puede reconocer, justamente, su poca importancia. Apropiándome de lo que Ricardo plantea diría que, por lo menos desde nuestra posición, esto no implica negar la importancia de procesar u organizar un diagnóstico en las primeras entrevistas. De hecho, el diagnóstico no clasificatorio tiene que ser elaborado desde inicios; no tenemos todo el tiempo para realizarlo porque no hay forma de ponerse a trabajar si no se tiene una idea clara de qué está pasando con la subjetividad que tenemos frente a nosotros.

Continuando con el texto de Rodulfo:

> Es parte de nuestra ética el deber de recordar que hay cosas más peligrosas que la inexactitud; una de ellas es la apariencia de exactitud. La exactitud es simulada. Theodor Reik ya lo había dirimido. Es muy inútil esperar del estructuralismo psicopatológico al uso que haga algo más que dar un ropaje formal a lo ya averiguado en la clínica.

Quisiera agregar que este estructuralismo psicopatológico ya tiene dos décadas y que, por otro lado, el reduccionismo del estructuralismo de un extremo y el reduccionismo genético del otro extremo no hacen bien ni al psicoanálisis, ni a los niños, ni a la psicopatología. Es decir, dar un ropaje formal, dar algo con carácter absoluto e inmodificable, cuando en realidad no podemos construir categorías mínimas, decir “es genético” o “es tal estructura” implica sostener con un nivel de exactitud algo que es imposible de sostener de esa manera, corriendo el riesgo de olvidar al paciente. Alejándonos de categorías globales lo que tenemos que pensar es qué quiere decir desde nosotros evitar el rótulo diagnóstico.

Teniendo en cuenta que luchar contra la clasificación es una batalla sin fin, distintos autores franceses (Mannoni, (3) Dolto, etc.) se han ocupado bastamente de este tema y han denunciado lo que implica un rótulo diagnóstico, porque, además, es muy común deslizarse del diagnóstico a la clasificación, de aquí al rótulo, y del rótulo al ser, pasando a ser el rótulo una cualidad del ser. Lo que quiero decir con esto es que Pedrito ya no es más Pedrito, un niño, sino el Down, el ADD, el psicótico, el autista. Esto no solo no describe lo que es (porque no se *es* una patología), sino que además produce efectos: por el diagnóstico, estoy mentando a la esencia misma de su ser y no a la afección que padece. Por ejemplo, si le digo a alguien que *es* tal cosa lo que estoy borrando es que me estoy encontrando no con el niño que

padece de autismo, o el niño que está afectado por cualquier otra patología, sino con una subjetividad que está frente a mí, un niño que es muchas otras cosas más que su connotación psicopatológica, es mucho más que eso, no es reductible a… Pero ¡cuidado!: no banalicemos la importancia del diagnóstico psicoanalítico, no reductible a una mera clasificación. Debe ser un diagnóstico exhaustivo, insisto, no un diagnóstico clasificatorio, sino un diagnóstico justamente de la diferencia. Debemos poder hacer un diagnóstico inicial para luego poder "olvidarlo", modificarlo.

Un colega, quien tuvo conceptos elogiosos para con mi libro *La clínica del niño y su interior* (Punta Rodulfo, 2005), me hizo un comentario sobre este tema: "Marisa, comparto tu amor por la clínica, pero me resulta muy difícil compartir tu amor por el diagnóstico". Le dije:

> Tu idea del diagnóstico proviene más de la psiquiatría, de un diagnóstico que tiene más que ver con un diagnóstico clasificatorio. Mi idea es distinta. Yo tengo que saber en qué momento de la estructuración subjetiva está el niño o el adolescente por el que me consultan, a predominio de qué proceso se está estructurando, cuáles son las lógicas que lo caracterizan. Eso para mí es un diagnóstico.

He tenido la suerte de conocer psicoanalistas de larga trayectoria y dialogar con ellos. Dolto me dijo una vez: "Es una obligación del analista devolverle el diagnóstico inicial al paciente y a su familia". (4) Me quedé asombrada y a la vez pensando. ¿Cómo uno va a devolver el diagnóstico inicial, cómo es eso? Ante la inquietud explicitada me respondió:

> Claro, decirle a un niño, por ejemplo: "Pedro, lo que te pasa a vos es que te sentís mal y estás sufriendo porque sentís que estás todo roto, hecho pedacitos. Y en realidad, yo soy una doctora que me ocupo de atender a los niños cuando se sienten así, rotitos como vos y que después, juntos, podemos trabajar para que cada vez te sientas menos rotito y con menos sufrimiento, con menos dolor, lastimándote menos, o sea, que puedas sentirte aliviado y, por qué no, también feliz. Yo soy una doctora que ayuda a aliviar a los niños del sufrimiento, que ayuda a quien quiere ser ayudado".

Esa es la ética del psicoanálisis y eso es verterle, según Dolto, un

diagnóstico a un niño. Con otras palabras, y adecuadas a cada situación, también es verterle el diagnóstico a la familia.

En una oportunidad me trajeron el siguiente material a supervisión. Se trataba de un paciente que hacía dos años estaba en tratamiento. Cuando pregunté cuál era el diagnóstico inicial, el colega, con mucho asombro, no supo decírmelo. Se me planteó un interrogante: ¿qué fue lo que se hizo en todo ese tiempo de tratamiento si no se pudo establecer un diagnóstico inicial y un diagnóstico, a la vez, de cada momento de la estructuración subjetiva en distintos segmentos del tratamiento? Es fundamental que uno pueda ir validándolo, que uno pueda decir: "Partí de allí, estamos acá, vamos hacia allá", porque desde ahí se puede armar una hoja de ruta y trazar un camino. Es importante, además, advertir qué cosas se pueden intercambiar e ir aprendiendo, qué cosas podemos ir entramando juntos. En cada proceso que se hace, uno tiene que poder parar de tanto en tanto, mirar en perspectiva, nunca desde afuera, pero sí a distancia, y ver qué procesos se han ido modificando. Si no… ¿cómo hace uno para evaluar si un niño mejora por el tratamiento o cambia porque crece? ¿Cómo se evalúa si un niño empeora por una situación adversa desde lo social, educativo, familiar o empeora porque un trabajo, en lugar de ser terapéutico, está produciendo mayor enfermedad?

Cuando digo poder precisar un diagnóstico y a la vez poder olvidarlo, quiero decir que esto tiene que quedar como *teorización flotante* –concepto fundamental que acuña Piera Aulagnier ([1975] 1977) a partir del de atención flotante, lo cual implica que uno tiene que tener bagaje teórico para poder operar efectivamente, uno tiene que contar con los conocimientos necesarios para luego ponerlos entre paréntesis, dejando que estos funcionen en el inconsciente del proceso terapéutico–. Para poder "olvidar" algo primero hay que poseerlo, hacerlo propio, conocerlo profundamente. Un psicoanalista tiene que tener biblioteca, textos –si no los tiene deberá pasarse horas y quemarse las pestañas en la biblioteca de la universidad o en la que pueda estar a su disposición–, pasar, además, por un proceso de análisis y, al empezar a trabajar, tiene que supervisar o, si se está en una institución, exigir que se supervise. Si uno no tiene esta apoyatura no está en condiciones de trabajar.

Entonces, lo diferencial consistiría en poder operar no solamente dentro de las posibilidades diagnósticas que nos puede ofrecer nuestra teoría –establecer, por ejemplo, la diferencia entre predominio autista y predominio psicótico–, sino también en poder diferenciar entre lo primario o lo

secundario, entre un predominio que tiene que ver con lo heredado, con lo genético –sobre el cual se puede montar psicopatología– y una psicopatología que viene de los inicios y produce luego déficit. En algunos casos las patologías graves en la infancia pueden evolucionar en distintas direcciones: hacia la constitución de alucinaciones o delirios o, directamente, a déficit. Es que en tales situaciones el niño no llega con este bagaje al mundo, sino que nos encontramos ante las consecuencias de distintos factores, como ser un proceso mórbido devenido crónico, una alimentación carente de nutrientes básicos –lo cual puede suceder en clases marginadas– o las dos cosas combinadas. Esto hace al diagnóstico de la diferencia.

Puede ser que un cachorrito humano inicie su estar en el mundo, por ejemplo, con una problemática de indiscutible base genética pero donde la deprivación de las necesidades básicas –en el doble sentido con que la enuncio, es decir, tanto en relación a la alimentación como a la esencial interrelación, de apoyo en el otro– produzca que esta problemática se psicopatologice y se agrave.

En relación a la pasión de los seres humanos por clasificar, con Ricardo Rodulfo estuvimos discutiendo el material de una pequeña de 2 años. Una de las cosas que nos preocupaba es que estaba dominada por la clasificación: cuando le daban cualquier cosa agrupaba por colores, por formas, de mayor a menor; se pasaba largo rato poniendo un marcador delante del otro, o separando los bloques, tomando solamente los de un solo color y exclusivamente ese. En la entrevista siguiente, el analista había quitado del consultorio los bloques de un solo color para que la niña tomase el objeto, y ella no pudo realizar actividad alguna. Esto revela una fina y sutil inteligencia, pero una rigidez que le impide ponerla a su disposición. Es muy grave que una niña de 2 años, en lugar de estar correteando de un lado al otro o manchándose, esté clasificando sentada y sin poder detenerse. Nos llamó la atención algo que dijo su padre. Manifestó que la abuela de la niña –la mamá del padre– la notaba muy parecida justamente a su padre cuando era niño y que una de las cosas que él había empezado a aprender al estar con otros pequeños era que para resultarle agradable a otras personas había que sonreírles. De esta manera trataba de imitar la sonrisa de los otros y hacerla propia. Me dio mucho dolor pensar que alguien no sabía sonreír y, en su lugar, debía copiar un gesto, quedando así reducida la experiencia solamente a la imitación, a la “mueca”… Copiar la sonrisa del otro… Uno no puede dejar de establecer ciertas conexiones entre ese papá y la niña, y es

importante que llegue a la consulta tan tempranamente para que la podamos ayudar.

Como analistas, si tenemos la cabeza ocupada en pensar qué es lo que debemos pensar, no la podemos *usar* en el sentido wi-nnicottiano, y de esa manera no podemos estar con el paciente que se encuentra frente a nosotros. Por eso tenemos que saber olvidar. Cuando estamos ante un paciente no debemos catalogarlo rápidamente como autista, por ejemplo, porque mueva las manos agitándolas. Si así lo hacemos el problema es que lo obsesional queda del lado del psicoanalista, quien no puede poner entre paréntesis la teoría y está todo el tiempo clasificando.

El psicoanálisis de niños nos enfrenta con un desafío porque pensar la diferencia es pensarla en más de una dirección. Por ejemplo, si nos referimos a esta niña que tiene pasión por clasificar, tenemos que pensar si se trata de una neurosis obsesiva muy temprana; si esa obsesividad es más bien un rasgo de tipo autista que nos evoca esta copia de la sonrisa que el papá tiene que hacer mirando a otras personas; si, en realidad, la clasificación la está defendiendo de no sentirse sola; si la clasificación la está defendiendo del atravesamiento de las fobias universales; si la clasificación recurre a ella para defenderla de una desestructuración psicótica, etc.

Todo esto es lo que tenemos que diferenciar dentro de lo psicoanalítico. Diagnóstico de la diferencia en psicoanálisis. Pero otra de las cosas que se jugaban en la conversación que manteníamos con Ricardo Rodulfo sobre este caso era si la niña tendría algún componente genético. Él me dijo que no se sabía aún, puesto que no se había pedido un diagnóstico genético. Es decir que a pesar de que ya estaba el antecedente del padre y de que ahora se presentaban estas cuestiones en la niña, ningún neurólogo ni pediatra lo había solicitado hasta la consulta. Un diagnóstico de la diferencia es poder establecer tanto lo genético como lo congénito y cómo se articula esta primera *serie* con las experiencias infantiles, con el medio al que adviene la niña o niño; nos tenemos que ocupar de distinguir cuándo una problemática no es de nuestro campo y, para ello, debemos conocer y estar en contacto con los avances de otras disciplinas.

Hace tiempo, en un hospital de pediatría, una niña fue derivada por el servicio de neurología porque padecía de cefaleas intensas que empezaban en la mañana y no cesaban en todo el día. La habían derivado para que se ocupara el equipo de Psicopatología. Diego García Reinoso, (5) después de un estudio minucioso, devolvió la derivación al servicio de Neurología,

quienes no habían podido advertir que las cefaleas se producían por un posible tumor y no tenían origen en lo psíquico. Si es terreno de los psicoanalistas la psicopatología que se puede agregar a la niña por la cefalea que sufre y que es originada por ese probable tumor, eso es otra cosa. Pero estaban derivando a la niña para que se la tratara solo psicoterapéuticamente, sin detectar la causa orgánica que generaba su malestar.

Diego García Reinoso fue un colega que nos enseñó mucho sobre la sensibilidad por la clínica. Los médicos son reacios a derivar, pero cuando tienen algo que quema en las manos y no saben cómo resolverlo, lo derivan a los psicoanalistas. Me han llegado distintas derivaciones de profesionales que no habían podido detectar qué les pasaba a los niños por falta de formación rigurosa, como ser la derivación de niños con una parálisis de un día para otro, o niños con alopecia, donde el dermatólogo manifestaba que el problema tenía causas psicógenas, etc.

En otro caso se hablaba de la histeria de una paciente porque no caminaba, razón por la cual fue derivada a psicopatología, en donde *no* convalidamos tal diagnóstico. Tiempo después se descubrió un tumor en la médula, en la zona lumbar. Por suerte ese tumor era de características benignas, se le extirpó y finalmente la niña pudo caminar nuevamente. Pero ¿qué hubiese pasado si tomábamos el camino de la histeria? Para que sea histeria debemos tener determinados indicadores semiológicos del paciente y del medio. Debemos consultar, investigar y establecer un psicodiagnóstico.

En el contexto de una supervisión grupal me acercaron el siguiente material. Se trataba de una pequeña de 4 años con una formación clínica predominantemente autista. El analista que presentaba el material estaba dominado por rótulos clasificatorios y psicogénesis estereotipadas; de esa manera empezó su exposición subrayando el “deseo de muerte” de esa madre que precipitó el derrumbe psicótico y la ulterior organización autística de la niña. Quise conocer su prehistoria y su historia. Ante la sorpresa del analista, que había buscado el problema exclusivamente por el lado de la función materna, nos enteramos de que la niña había vivido en Buenos Aires muy bien su primer año pero, como bien lo marca Anna Freud ([1927] 1981), no estaba “vacunada” ante posibles traumatismos posteriores. Había nacido en una época complicada en la Argentina: su familia fue asesinada y su madre y ella escaparon a un país limítrofe y luego emigraron a otro, cuando la persecución las volvió a acechar, donde finalmente vivieron solas. La bebé se empezó a retraer, no se pudieron apoyar en otra persona que las contuviera y

en ese cortocircuito fue cuando la pequeña inició un retiro autístico con características de repliegue o caparazón.

Si en un caso así podemos reflexionar como analistas que la familia estaba en un contexto sumamente adverso, podremos entender lo que les está pasando, hacer un anidamiento con ellas, porque ambas están desprotegidas, y, si no llegamos demasiado tarde, intentar lograr la fusión entre esa madre y su hija.

Aquel analista que presentó el caso y que pensó en fallos tempranos en la función de la madre como origen del problema en la niña no pudo reflexionar en la perturbación y el grave ataque que la sociedad había producido sobre esta madre y su hija. Lo que no tenía claro el analista es que una familia no puede pensarse fuera de un contexto social en el que está incluida. La sociedad puede disparar contra la familia. La familia está atravesada por lo social.

La conceptualización de André Green (1990) sobre *la madre muerta* nos posibilita pensar en los duelos que atraviesa una persona en la que una parte de la sociedad la persigue, ataca, mata. Desde 1984 he trabajado sobre todo aquello que tenga que ver con los derechos humanos y los efectos de este trauma social sobre la subjetividad de los niños. (6)

Uno de los efectos indeseables que tiene lo social e impacta sobre la subjetividad es lo que Piera Aulagnier ([1978] 1994) llama *interpenetración*. Según la definición que ella da, “la interpenetración es una particular articulación entre fantasías y enunciados que nos vienen del afuera próximo. Aquello que vivimos todos los días y aquellas imágenes y decires que se articulan en creencias bizarras”. Son fragmentos delirantes. Es el efecto sobre el psiquismo del que padece de intrusiones altamente patologizantes. Son como esquirlas de granadas que se interpenetran en el psiquismo y que pueden hacerlo estallar.

Teniendo en cuenta esto, ¿qué modelo tan distinto tenemos para pensar la subjetividad de esta niña y su madre? No se trata de un modelo sociológico, sino de pensar el psicoanálisis de acuerdo a las categorías de nuestro tiempo.

SEMIOLOGÍA DEL PACIENTE, SEMIOLOGÍA DEL MEDIO

Cesare Lombroso sería un ejemplo característico de la patología centrada en el paciente: en esta clasificación se trata de las características morfológicas, hereditarias. En cambio, ya desde sus inicios, el psicoanálisis desarrolla una concepción que va a estar más centrada en la historia y sobre todo en la historia infantil: ya en los historiales Freud está muy atento en Isabel de R. a aquello que pasó con el cuñado; o a qué se remite la escena original en el Hombre de los Lobos; y en Dora, al padre y su relación con la madre, al padre y la amante del padre, y también al señor K.

Existe una larga trayectoria, en la cual se destaca un precursor como Sándor Ferenczi, en cuanto a avanzar en un estudio del entorno en que el paciente vive y su contexto histórico. Pero más sistemáticamente en la segunda mitad del siglo pasado un modelo unipersonal quedó holgadamente superado: podemos mencionar el acento que Lacan pone en los efectos del lenguaje y en aquellos significantes que tienen, a veces, una larga historia generacional; las conceptualizaciones de Bowlby acerca del apego temprano y los efectos de separaciones mal hechas o pérdidas no dueladas. Winnicott tiene un nombre amplio para esto, que es el de *semiología del medio*: ya no basta con la semiología del paciente, sino que hay que hacer el inventario de todo lo que puede ser patológico o patógeno a su alrededor. Ese es un punto muy importante que debe estar incorporado en la actitud del analista cuando lo consultan por un niño: no centrarse solo en los síntomas o trastornos que este pueda tener, sino abarcar con su atención flotante todo lo que sea pregnante en el medio, en los que lo crían. No debemos pensar que el diagnóstico se termina con el niño a solas, que los padres son solamente los que brindan información acerca de él, o que lo que dicen los padres es una información que pueda ser escuchada ingenuamente. Por ejemplo: no pensamos que si una familia no se plantea tener un hijo esto deba interpretarse literalmente como un “no deseo” de hijo. El deseo siempre es inconsciente y con ello debemos trabajar.

Esta semiología del medio tampoco es un ambientalismo causal, no se trata de buscar la causa en los padres como antes se buscaba la causa en las pulsiones y las fantasías del niño, sino más bien de abrir todo lo que ocurre *entre*. Para Winnicott no es que el medio “cause”, sino que el medio *propicia* las cosas más saludables o menos saludables. Entonces, *semiología del medio* es ese ir y venir entre los padres, su historia y el niño con su capacidad para metabolizarla.

Debemos tener lo más claro posible que –en términos estadísticos– la

mayor parte de los daños psíquicos no son generados en una sola situación traumática, sino que se producen de manera lenta e insidiosa a raíz de micro comportamientos relacionales entre el niño y su medio. Y no solo el medio familiar: cada vez más temprano se pasa más tiempo en instituciones educativas. Dicho daño es algo mucho más discreto y silencioso, lo que recuerda bastante la conceptualización de Hannah Arendt sobre *la banalidad del mal*.

Cabe aclarar que, en todos los casos, estas políticas, por sí solas, no pueden causar su efecto sin la sumisión del niño; este puede rebelarse y torcer el curso de las cosas. Afortunadamente, nunca hay una sola respuesta posible. Como dice Winnicott, *los adultos no hacen al niño: lo ayudan o no a ser*.

1- El destacado me pertenece.

2- Referencia a la serie televisiva *Los Soprano*.

3- Mannoni (1976). Esta autora desarrolla de manera específica la dimensión significante en la manera de "marcar" las subjetividades al dejarlas atrapadas de una clasificación que las anula.

4- Comunicación personal.

5- Comunicación personal. Ambos solíamos conversar mucho acerca de la importancia del *diagnóstico diferencial* cuando los pacientes eran derivados a nuestro Servicio de Psicopatología al no contar ellos, en su propio Servicio, con un diagnóstico preciso. Se trata muchas veces de *derivaciones por descarte*.

6- Desarrollaremos esta temática en el cap. 7 de este libro.

Segunda parte
El psicoanálisis abierto al porvenir

Capítulo 2

El trabajo actual en los trastornos del desarrollo (1)

ESPECIFICIDADES DE LA CLÍNICA CON NIÑOS

Si Freud le dio tanta importancia a los primeros encuentros con el paciente adulto como para parangonar este tiempo con las aperturas en el ajedrez, cuya extrema diversidad es bien conocida, esta complejidad no hace sino intensificarse notablemente cuando se trata de la consulta por un niño, pues muchas cosas dependen de un comienzo adecuado y no pocas veces, si el analista yerra en sus hipótesis, se malogra lo que hubiera sido un tratamiento posible. Otras veces, una concepción mecánica de apertura lleva a iniciar un tratamiento sin justificación clínica suficiente.

Sin duda, es en vista de tales particularidades que autores de la talla de Françoise Dolto (1986) sostienen que la complejidad al acercarse a un niño o a un adolescente y su grupo familiar es de tal magnitud, se movilizan y se despliegan allí tales entrecruzamientos transferenciales, que es deseable para el analista que trabaja con niños tener una formación intensiva previa en la práctica con adultos (Punta Rodulfo, 2005).

De hecho, como bien lo subraya Diego García Reinoso (1980), “la consulta por un niño la realizan los padres, en todo caso un adulto […]. Antes de existir para sí mismo existe por y para los otros”.

Tomando palabras de Winnicott ([1961] 1991), he de agregar que “una descripción emocional de una subjetividad no puede hacerse solo en términos

de este, sino que la conducta del ambiente es parte del desarrollo personal del individuo y por lo tanto hay que incluirla".

En relación con lo que vengo desarrollando, Ricardo Rodulfo (1989) escribe que "la cuestión de qué es un niño, en qué consiste un niño, conduce a la prehistoria", no solamente en el sentido clásico de la importancia de los primeros años de la vida cuyo recuerdo sucumbe a la amnesia infantil, sino prehistoria en el sentido más amplio de lo que precede al nacimiento, de lo sucedido en generaciones anteriores, cuyo efecto perdura por distintas razones; prehistoria que, el psicoanálisis descubre, se bifurca en una dirección propiamente histórica y en una dirección mítica, plano del *mito familiar*. Esta dimensión mítica penetra con sus interpretaciones los mismos hechos históricos y constituye un auténtico medio mítico específico del ser humano.

> ¿Cuáles son las características del medio mítico al cual el niño ingresa y que lo preceden aun mucho antes de su nacimiento? ¿En qué consiste esa trama particular que constituye ya no solo su historia singular, sino la prehistoria en relación con las generaciones anteriores? […] o, en otros términos, la importancia del *mito familiar*.

A la vez, este espacio sutil al cual adviene el niño es tan importante como el aire que respira; no solo se apuntala en lo biológico para ser; no es solo la leche de la cual va a depender su existencia, sino que su existencia subjetiva emergerá en ese espacio sutil, no sustancial.

Lo primero que debemos tener en cuenta, dice Ricardo Rodulfo, es que

> el mito individual no es fácilmente visualizable, […] no se presenta como un relato unificado que nos pudieran hacer los padres en una entrevista, se parece mejor a un rompecabezas que tenemos que armar […] para poder reconstruirlo el analista deberá tomarse no solo mucho tiempo sino, a la vez, mucho trabajo de reconstrucción […] lo extraemos a trozos, no bastan las primeras entrevistas, pero a la vez es inconducente pronunciarse acerca de la necesidad o no de comenzar un tratamiento sin tener una noción aproximada de los rasgos principales de ese mito familiar.

En esta dirección Diego García Reinoso nos habla de *escritura transindividual*, "esas escrituras que el otro graba en el niño pequeño son como textos". Si un niño no escribe su propia historia, no accederá al

conocimiento de sí mismo ni podrá situarse en su genealogía ni en su comunidad. Las enfermedades de la memoria tienen efectos desastrosos para el psiquismo humano. Nuestra práctica analítica nos enfrenta día a día, sobre todo en el campo de las psicosis, con las consecuencias trágicas del olvido del pasado.

Una diferenciación conceptual indispensable es la que traza Micheline Enriquez (1987) en relación con las distintas relaciones entre memoria y olvido:

> 1) Una *memoria no rememorable*, inmutable, repetitiva, inalterable frente al paso del tiempo y que se presenta bajo la forma de una amnesia desorganizada, no ligada; 2) una *memoria olvidosa*, una amnesia organizada en transformación incesante, que se contradice, se rescribe, se borra y resurge, se inscribe en la temporalidad, es trabajada por el fantasma, el pensamiento, la interpretación.

La memoria no rememorable es a la vez inolvidable, y está constituida por impresiones tempranas teñidas o padecidas por el bebé que tienen un influjo decisivo sobre la actividad psíquica ulterior. Esta memoria, si bien pertenece al pasado, es incognoscible como tal y no puede ser recuperada por el propio sujeto afectado sino a través del rodeo por otra persona.

Diego García Reinoso, siguiendo a Kristeva, dice:

> Estamos habitados por textos […] somos como archivos. Estos textos provienen de otros, son deseos de otros donde se articulan nuestros deseos creando nuevos textos. La intersubjetividad es a la vez intertextualidad y escritura de nuestra subjetividad.

Pero no debemos entender el "archivo" como algo del orden de lo accesible; es decir, si bien hay trozos de la historia familiar que se "narran" como historias coherentes presentadas al niño con elaboraciones secundarias, hay trozos "olvidados", casi no trabajados por el proceso secundario, y otros "sepultados" o verdaderamente *encriptados*, al decir de Torok y Abraham (1978). A su vez, estas conceptualizaciones en torno a que "estamos habitados por textos y escrituras" –que García Reinoso, Rodulfo y yo misma tomamos de Kristeva y de Derrida– se vinculan directamente con el concepto de *huella* o *traza* de Freud, tal como aparece en *El block maravilloso* (Freud,

[1924] 1988), escritura indeleble grabada sobre la cera donde permanecen los textos. Ahora bien, no debemos simplificar tan importante aporte reduciéndolo a un neoambientalismo, ya que estamos frente a un problema complejo: el mito familiar remite a la prehistoria, pero esta, al reescribirse, es siempre transcripción; este es el espacio al que el niño adviene, pero no como *tabula rasa*, puesto que, a la vez, es impredecible lo que el niño mismo pueda metabolizar del medio. Recordemos la importancia de los conceptos de *espontaneidad* en Winnicott y de *metábola* en Laplanche, en tanto el niño tiene una actividad propia y, a partir de su espontaneidad, siempre podrá emerger lo nuevo de lo nuevo, siempre podrá existir una nueva escritura. De todas formas no es lo mismo partir de un contexto mítico en que los significantes que encuentra un niño son significantes a partir de los cuales puede construir una subjetividad saludable, que habitar un medio mítico que lo ataca en lo más vital de su espontaneidad, reduciéndola en grado extremo. Winnicott diferencia entre un medio que puede interferir, interrumpir, un medio que choca y un medio que ataca, como el de Tom, al cual le dedico el capítulo octavo de mi libro anterior (Punta Rodulfo, 2005).

Por todo ello vengo sosteniendo actualmente que analizar a un paciente –de cualquier edad– no se limita a reunirse con él, conocer sus fantasías y tratar de captar su inconsciente. No porque ello no tenga enorme valor, pero es absolutamente insuficiente si no podemos reconstruir en qué medio está implantado, qué mito respira, y qué significa en esa familia ser padre o ser madre a lo largo de, por lo menos, tres generaciones, como bien queda establecido a partir de Lacan.

En el trabajo con niños, la práctica siempre nos va a llevar a tener algún tipo de intervención sobre la familia, el discurso familiar, los padres; los mismos hechos clínicos nos fuerzan allí.

EL MATERIAL DE MARTINA

En todo analista toma un tiempo procesar materiales difíciles que justamente, por serlo, han dejado en uno una huella imborrable. Preguntas que no se terminan de contestar porque abren nuevos horizontes de interrogación, no solo a la propia práctica, sino a la teoría en la que esta está sustentada. Quizás por ello este material hubo de esperar más de diez años

para “empezar a tener estatuto de escritura”, así como el de Catalina, a quien dejé de ver hace más de quince años y cuyo material sigue siendo un lugar de revisión continua.

Las condiciones en las cuales se inauguró el trabajo con Martina son peculiares y tienen una fuerte impronta del desarrollo del psicoanálisis en la Argentina, ya que este excede los límites tradicionales para extender sus fronteras mucho más allá del consultorio privado o del Servicio de Psicopatología de un Hospital; el psicoanálisis se halla aquí “inscripto en la cultura”, y no solo de clase media intelectual, ni siquiera de clase media, sino de distintas clases sociales. Es por eso que una mamá puede acercarse a un “Centro de Salud” o a una “Fundación” para solicitar ayuda de un psicoanalista, para su bebé o niño, aun en condiciones de pobreza extrema. Es en estas situaciones donde el consultorio de todos nosotros extiende sus brazos para abarcar cada vez más una casuística suficientemente amplia y variada de modo tal que posibilite no solo convalidar nuestras conceptualizaciones sino, a la vez, ponerlas a prueba modificándolas, tal como es tradición en el psicoanálisis desde sus inicios. Toda teoría no cuestionada pasa a ser teoría muerta, dogma establecido, religión no confesional. Tal fue el caso de Martina: el trabajo clínico con ella se realizó en el marco de una Fundación (2) que brinda asistencia a personas carentes de recursos para afrontar un tratamiento y que no cuentan con ninguna cobertura de salud.

Dentro de este marco recibí a Martina y su familia, uno de esos casos que no aparecen en los libros de biología más que excepcionalmente. Este es justamente uno de los desafíos de la clínica en la cual estoy comprometida: el de la singularidad, el del *caso por caso*…, permitiendo que el paciente interrogue a las estadísticas en lugar de reducirlo a estas, con el riesgo de producir daños en su subjetividad en cierne.

Realizado este pequeño rodeo, hemos de introducirnos en los aspectos a considerar de dicho material. Su grupo familiar estaba conformado por: el padre, Claudio de 26 años, dedicado a la construcción; la madre, Juana, de 25 años, empleada doméstica, ambos pertenecientes a clase media baja; y Martina, la primogénita de la pareja. Se pudo establecer con posterioridad que una niña del primer matrimonio del padre padecía una problemática de origen biológico no especificado.

El trabajo de psicoterapia psicoanalítica se desarrolló teniendo una sesión por semana con Martina y su madre durante aproximadamente un año, para

continuar a solas con Martina por espacio de cuatro años. Además, se llevaron a cabo entrevistas con los padres pautadas quincenalmente.

A Martina la conocí a los 18 meses, sin caminar, sin hablar y profiriendo gritos incontrolables. Llegó a mi consultorio acompañada por ambos padres después de haber realizado distintas consultas sin respuesta alguna. El embarazo de Martina había transcurrido con dificultades y amenazas de pérdida, por lo que la mamá había tenido que permanecer en reposo; el parto había sido largo y trabajoso, y la niña había nacido con un Apgar bajo; la lactancia había tenido que ser interrumpida tempranamente porque, según su madre, la beba la lastimaba y a esta le sangraban los pechos, lo que contribuía a que no pudieran relacionarse bien en ese momento. Se trata de cuestiones conocidas para nosotros, los psicoanalistas, que tendemos rápidamente a darle a la situación una mera explicación analógica (3) no psicoanalítica, creyendo que así solucionamos el problema. Enseguida uno podría pensar que había muchas dificultades en esta mujer –quien, además, venía de una relación muy complicada y a la vez de extrema dependencia con su madre– para aceptar el nacimiento de su primera hija, y así sin más, podría darse por cerrada la "acusación" en lugar de elaborar un diagnóstico preciso y que ocluyera todo cuestionamiento posible en torno a esta.

Desde la primera entrevista se puso de manifiesto que Martina siempre había sido una niña difícil de llevar, que gritaba sin que se la pudiera calmar y cuyo cuerpo estaba en estado de tensión permanente. Cada vez que la mamá se acercaba a Martina esta solo era capaz de proferir gritos, realizando el reflejo contrario al del abrazo, es decir, arqueando su cuerpo hacia atrás, aspecto ya desarrollado en distintos textos psicoanalíticos que describen justamente este comportamiento en el cual un niño, en lugar de acceder al regazo materno, se vuelca hacia atrás con un reflejo negativo. Esto no ocurría solamente con su madre, sino que en el consultorio evidenciaba una marcada dificultad para que el adulto se relacionara con ella por presentar fallas en su capacidad para la interrelación. Además de la problemática propia de la niña estaba la de la madre, la cual requería no menos que aquella de un trabajo de *holding*: al sentirse impotentizada por los referentes familiares femeninos, quienes en lugar de sostenerla en su función la descalificaban, empezó a delegar la crianza en su propia madre y a alejarse, sintiéndose rechazada por la bebé.

Sería importante enfatizar que esta consulta llegó tarde y que hubiera resultado más efectiva en el primer trimestre del nacimiento. Desde mi propia

experiencia es aquel el momento más propicio para la intervención por parte de un analista, justamente para poder trabajar en la interrelación madre/bebé, para poder renarcisizar a la madre ayudándola a no "cargar con la culpa" de ser una "madre mala" que imposibilita la relación con la niña o el niño, y para ubicar a ambos padres en la problemática de su hija o hijo. Pero nada de eso ocurrió, como en muchos otros casos de niños afectados por trastornos del desarrollo, prematuros, etc., en los cuales no se les brinda a los padres los soportes necesarios para conocer al bebé. Mientras tanto nos encontramos con padres muy angustiados, sin saber qué hacer ni a quién recurrir, puesto que en las consultas realizadas se enfatiza su ansiedad y se arroja sobre ellos una sentencia culpabilizante. Esta situación produce un efecto dominó porque, al no obtener respuesta del bebé, los padres, más específicamente la madre, se distancian de él, reforzando un estado de aislamiento que produce, a la vez, consecuencias nefastas. Es decir, la dificultad desde el lado del bebé para la interrelación daña profundamente la constitución de la capacidad para esta.

Cuando conocí a Martina, considerando su edad, ella pasaba demasiado tiempo en la cuna, único sitio en el que podía conciliar el sueño. No podía dormir en brazos maternos ni en ninguna otra parte, lo cual reduplicaba su aislamiento. La niña fue desde inicios derivada a una terapeuta ocupacional, puesto que el neuropediatra diagnosticó "Síndrome de no integración sensorial".

Si bien Martina poseía una mirada vivaz y no presentaba malformaciones físicas, desde las primeras entrevistas con los padres detecté la gravedad del cuadro, aunque disentí con el diagnóstico que se había realizado previamente. Esta niña gritaba y lo hacía en una forma que no era llanto: se trataba de un grito-aullido, sin musicalidad; un grito desesperado. No tenía locomoción, no gateaba, no podía cambiar de posición por sí misma, aspectos que en general fueron modificándose en el curso del trabajo. Por ejemplo, si estaba sentadita en el suelo no podía inclinarse para gatear, movimiento muy cotidiano en niños saludables. Tampoco podía asir objetos en general; sus manitos eran hipotónicas, mientras que el resto de su cuerpo se caracterizaba por el predominio de la hipertonía. Al comunicarme con el neuropediatra y transmitirle mis impresiones diagnósticas, este cambió rápidamente el rótulo –en el contexto mismo de un intercambio telefónico– y reubicó prontamente a la niña en lo que yo denomino *esa bolsa de gatos* que constituye el Trastorno Generalizado del Desarrollo. Hasta ese momento no había recibido

la indicación de un estudio genético, elemento fundamental en el diagnóstico diferencial, el cual finalmente fue realizado por indicación propia, no sin encontrar resistencias del entorno profesional. Especialmente en estos casos, más que en otros, se nos impone el modelo multifactorial de las tres *series suplementarias* (Rodulfo, 2004), ya que evaluar en su dimensión exacta tanto el peso de lo genético como de lo congénito hace al diagnóstico diferencial.

Ambos padres, al sentir que un profesional podía escuchar su sufrimiento, empezaron a modificar su relación con la niña. Después de un trabajo sostenido durante seis meses, al haber disminuido su monto de angustia, el rostro de Martina empezó a verse distinto. Además, ella comenzó a mostrarse mucho más conectada y vivaz, emergieron la risa y el juego y comenzó a concurrir con mucha alegría al consultorio. Yo misma empecé a disfrutar del trabajo con ella y su madre.

Concomitantemente, la niña llevó a cabo una evolución bastante notable. Si bien en algunos momentos aparecían ciertas figuras autistas de sensación, como ser el aleteo de las manos, estas pasaban luego a ser transformadas en aplausos ante situaciones que la alegraban. Aunque el aleteo no hubiese desaparecido del todo y en ocasiones hiciera su reaparición, su desalojo progresivo por manifestaciones ligadas al júbilo y al placer constituía una conquista terapéutica. En el curso del tratamiento alcanzó la marcha, la cual durante largo tiempo fue un tanto oscilante hasta lograr estabilizarse con el correr de los meses. Martina también logró sentarse y después pararse con ayuda del otro, y posteriormente pudo realizar este movimiento con autonomía.

Decíamos que había iniciado el trabajo con la niña y la madre en forma conjunta puesto que, antes de pensar en cualquier proceso de separación-individuación, mi plan terapéutico priorizaba una primera etapa en que se pudiera consolidar esa *fusión primaria* a la que Winnicott asignaba tanta importancia y sin la cual todo intento de establecer diferenciaciones se hace sobre una base falsa llevando a cabo, a lo sumo, la instalación de un *falso self reactivo*, cosas totalmente opuestas a un auténtico proceso de separación montado en genuinos deseos de separación que hubieran surgido espontáneamente tanto en la niña como en la madre. Es decir que este era el sentido de trabajar con las dos juntas, no a modo de lo que se llama una *terapia vincular* sino con la intención de apuntar hacia la creación de una simbiosis cuya constitución había fallado en los primeros tiempos de la relación. Cumplido ese objetivo, fuimos alejando paulatinamente a la mamá,

haciendo por ejemplo que permaneciera en la sala de espera, a fin de dar paso a la *capacidad para estar a solas en presencia de,* es decir, en una presencia diferida en el tiempo y en el espacio.

Obsérvese un punto conceptual de extrema importancia: si uno se mantuviera en la concepción de Margaret Mahler, asimilando lisa y llanamente simbiosis a parasitismo, encararía una dirección terapéutica equivocada y hasta peligrosa para la pequeña, malentendiendo la significación positiva de la simbiosis que en lo psíquico redobla su positividad biológica. Sami-Ali (1974) rectificó este error señalando que se basaba en una interpretación falsa del valor que en el campo biológico tienen los procesos de simbiosis en la vida animal. La simbiosis no es un proceso patológico, sino un proceso en donde ambos integrantes salen beneficiados, no pudiendo vivir y crecer sin esta, mientras que en el parasitismo hay uno que crece a expensas de otro, que se deteriora por ello, a lo cual podríamos agregar como diferenciación que, muy a menudo, en el plano de lo subjetivo se da un parasitismo recíproco en el que todos salen perjudicados. Jessica Benjamin (1996) también se refiere a este punto cuando sostiene que la idealización del individualismo propia de la sociedad capitalista hace que la unión íntima aparezca como un peligro para la emergencia de la subjetividad. En dicha concepción uno se realiza “contra el otro” y no con él. Rosine y Robert Lefort (1983), por su parte, señalaron en su propio vocabulario la importancia capital de que el niño en sus primeros tiempos no experimente castración alguna ni ningún tipo de agujereamiento.

Una dirección principal de los textos de Lacan tiende a considerar que el “deseo materno” es en esencia devorador y que, por lo tanto, la diferenciación como tal siempre estaría del lado de la intervención paterna, constituyéndose así una diferencia irreductible entre el camino propuesto por Lacan y el que propone Winnicott, seguido de los autores mencionados antes, siendo que para estos últimos los primeros procesos de diferenciación ocurren ya en el campo del vínculo con la madre, sin esperar la terceridad (y sin negar que esta traiga sus propios cambios). Tanto la posición teórica como la ética en la que esta se sustenta van a darle su sello a nuestras intervenciones y a las decisiones que a cada momento tenemos que tomar.

Volviendo a Martina, a pesar de los distintos logros alcanzados en su subjetivación –mayor conexión con las personas y los juguetes, adquisición del gateo, de la bipedestación y de la marcha– la niña no realizaba ningún progreso en el lenguaje. Podríamos decir que Martina estaba desprovista de

musicalidad, lo cual terminó de confirmar mi impresión diagnóstica inicial: la de un factor biológico en el origen de la problemática. Derribando finalmente la resistencia, tanto de la familia como la del equipo médico tratante, fue posible la realización de las pruebas genéticas, largamente dilatadas.

Los resultados de estas confirmaron mi hipótesis: Martina estaba afectada por el *Síndrome de x frágil*. Según los resultados de la investigación genética (DeVries, 1996), la rotación completa produce un déficit intelectual en el límite o en el rango de retraso mental, que en las niñas puede ser más leve por la compensación cromosómica, mientras que aproximadamente el ochenta y cinco por ciento de los varones con mutación completa son retrasados mentales (Cronister, 1996). El resultado de estos estudios fundamentaba el retraso del lenguaje de Martina, dando lugar a la inclusión de un tratamiento fonoaudiológico.

Decíamos que en el curso de nuestro trabajo habíamos ido atravesando con ella una serie de logros subjetivos: dejó de comunicarse solo a través del grito y pudieron emerger sonoridades que acompañaban a un lenguaje propio de señas. Por otro lado, nos llevó mucho tiempo constituir la categoría de la *no presencia*, ya que para Martina si el otro no estaba presente, estaba ausente y ello la sumergía en una angustia impensable.

Cuando el otro puede no estar presente, posibilita el poder evocarlo, poder recrearlo. Freud, al referirse a este tópico en la *experiencia de la vivencia de satisfacción*, considera que en esta el niño *alucina* el objeto de deseo. Yo prefiero reservar este término –el de "alucinación"– para el campo de la psicosis, puesto que considero más preciso definir la *vivencia de satisfacción* en términos de *recreación de lo que no está*; es decir que el niño *recrea* el objeto del deseo. Justamente el establecimiento de *presencia/no presencia* va entretejiéndose, armando un *entre* que inaugura el espacio potencial, *espacio transicional*, en términos de Winni-cott, donde el elemento de lo materno va a ser recreado. Es allí donde establezco una diferencia entre un objeto autista y un objeto transicional. El *objeto autista* no concierne a la recreación sino al *reemplazo* (Tustin, 1990), porque en la construcción del objeto autista predomina una lógica opositiva: el objeto está presente o ausente; no puede ser pensado en su dimensión de *no presencia* (Derrida, 1975), de virtualidad –el pecho no estaría en calidad de no presente sino de ausente–. Si no queda ninguna escritura de su paso, ninguna huella, se constituye negativamente como un agujero que le queda al niño. En cambio, si al estar efectivamente está desde el punto de vista de un auténtico encuentro, se hace posible que al

retirarse quede la estela de su *no presencia*. En este caso prevalece una recreación activa del otro y no un reemplazo por alguna cosa que haga las veces de sensación de él. Pero cuando el encuentro en todas sus múltiples dimensiones no puede estructurarse, da lugar a un trastorno profundo en la inscripción subjetiva del cuerpo que, en casos como el citado, viene a añadirse a lo ya genéticamente trastocado. Piera Aulagnier ([1975] 1977) dedicó muchas páginas a la descripción de este escenario signado por la negatividad precisamente en el plano más corporal de lo corporal que ella conceptualiza en términos de *pictograma*. (4)

Tales desarrollos teóricos permiten comprender mejor, liberándose de la tiranía de las clasificaciones psicopatológicas rígidas, cómo una niña con los padecimientos de Martina podía aferrarse a objetos y figuras de marcado tipo autista sin ser por ello una niña a prevalencia autista.

Más de una vez niñas y niños con estas problemáticas no acceden a la oportunidad de un trabajo psicoanalítico y quedan abandonados a tentativas de curación familiares que a menudo agravan el mal, cuando no a reeducaciones que adolecen de una concepción tecnocrática y por lo tanto resultan reductoras de la vida psíquica. Cuando esto es así queda facilitada la vía para el desarrollo de una patología autista propiamente dicha o de otras manifestaciones de tipo psicótico. El fracaso del encuentro es inapelable en cuanto a la necesidad de sustituirlo con algo; podríamos decir que tal fracaso no es un mero traumatismo puntual, sino que trabaja a la manera de un tumor canceroso que sigue carcomiendo la actividad psíquica y clausura el porvenir.

El mérito del psicoanálisis consiste en su habilidad para trabajar en un "borde" donde lo psicopatológico sobreagregado pueda producir un "embargo" subjetivo. Lejos me posiciono de aquellos que sostienen que al comprobarse una patología de prevalencia genética el psicoanálisis no tiene mucho que aportar. Más aún, el concepto de *barreras autistas* (Tustin, 1989) nos permite realizar con estos pacientes y sus familias un trabajo de *neoescritura* (Bleichmar, 1999) sobre un conjunto de procesos fracasados en cuanto al desarrollo subjetivo. Estos conceptos permiten abarcar una población en riesgo mucho mayor a la de los niños afectados con una patología a predominio autista. Propongo, desde hace más de veinte años, que el trabajo del psicoanalista en los llamados *trastornos del desarrollo* es de fundamental importancia y que los hallazgos de la neurobiología no se oponen al psicoanálisis, sino que confirman hipótesis que el mismo Freud postulara tempranamente. Dejar vacío este campo condena a estos niños a

una mera “adaptación”, no solo improductiva sino generadora de patologías graves.

Otra paciente, Catalina, de 22 meses, en determinados momentos de angustia intensa recurría al vómito autoprovocado y, cuando no le alcanzaba el esfuerzo esofágico, empleaba sus dedos para lograr el objetivo, comportamiento nada fácil de desarmar siendo un recurso defensivo muy arraigado en ella y, para colmo, arraigado en el plano más concreto de lo corporal –no estábamos en presencia de un vómito histérico con una significación metafórica de rechazo expresada físicamente–.

Es importante distinguir entre este estado de angustia no ligada y la instauración de la *señal de angustia* que permite a un niño servirse de ella sin necesidad de tener que padecer las agonías de una angustia impensable o de un pánico para el que no encuentra otro punto de apoyo que una práctica corporal en sí misma patógena al bloquear el desarrollo de recursos más complejos. Dicho de otra manera, sabemos hoy que el montaje de la *angustia señal* es una adquisición subjetiva que supone todo un trabajo previo y no le viene ya dada al niño ni tampoco es regalada por una mera maduración evolutiva. Recordando lo conceptualizado en torno a la importancia de la *constitución de una superficie* (Rodulfo, 1989) en las primeras etapas de la vida, podemos agregar que dichas apelaciones a objetos y figuras autistas de sensación se dedican a rellenar como pueden horadamientos en lo que debería ser una continuidad de la experiencia corporal y de la sensación de estar vivo.

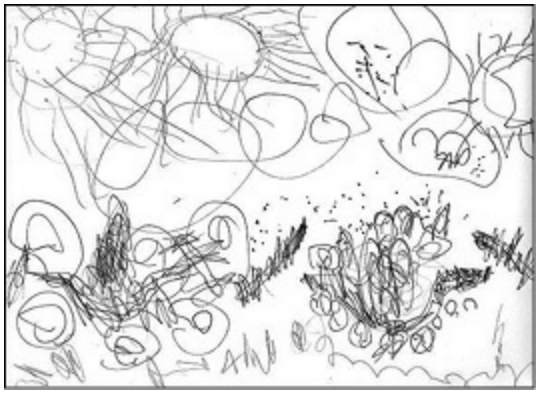
Entre estos objetos reina lo que he designado en otro lugar como un *principio de igualación* (Punta Rodulfo, 2005) que reduce las diferencias entre uno y otro en un sentido exactamente contrario al del objeto transicional del niño sano, irremplazable y singular. El niño que padece de autismo o que por otras razones ha producido objetos de tipo autista carece de juguetes preferidos, sin olvidar que dichos juguetes preferidos poseen, en condiciones normales, la cualidad de lo viviente: de ningún modo son para el niño objetos inanimados –lo que sigue rigiendo la relación del adulto con sus propias preferencias transicionales–.

Catalina podía llegar a vomitar, a aletear, a asir un palito y no querer soltarlo, pero después de pasado ese terrible momento cualquier elemento duro le servía, indiferente a sus particularidades. El avatar de duelo por el extravío del juguete preferido, o preferido y protector en los niños fóbicos, le era desconocido a Catalina, puesto que no es posible experimentar un duelo si no es por algo singular, imposible de sustituir. Queda en pie que la

experiencia del *estar con* –con el juguete predilecto– es radicalmente distinta del *agarrarse a*. Tomemos nota de que solo una mirada psicoanalítica es capaz de percibir la diferencia clínica entre estas dos posiciones subjetivas, ya que desde un examen puramente conductista podría parecer que se trata de lo mismo.

Avanzado el tratamiento se dio un paso en una nueva dirección: la niña trazaba redondeles que, según el caso, nombraba como “fideos, tomates y soles”.

Figura 2.1. Catalina



A diferencia de lo anterior, la forma circular indicaba la incipiente escritura de la sensación del *ser-sentido*. Uno podría pensar que Catalina dibujaba su hambre y de alguna manera conectaba el calor que procura el alimento en el interior del cuerpo con el calor del sol que nos alumbra y da vida, y de este modo daríamos todo su valor al trabajo de ligazón que la niña esbozaba, aunque nos encontrábamos lejos del proceso de metaforización propiamente dicho. Lo frío de la *madre muerta* conceptualizada por Green (1990) se intenta compensar con diversos objetos que traen la sensación de caliente. El dibujo y sus palabras constituyeron una auténtica cadena asociativa, ausente cuando todo se cifraba en la sensación de dureza procurada por un palito.

Retornando al comienzo de este capítulo, cuando hablábamos de la prehistoria y del mito familiar que preceden al nacimiento de un niño, en Catalina se entrelazaban y encriptaban el duelo de la madre por su padre muerto durante el embarazo, con el hambre más crudo padecido por los bisabuelos cuando niños en épocas del genocidio judío en manos de los nazis.

Probablemente habrá muchas cosas que los niños afectados por trastornos del desarrollo, por prematureces y deprivaciones sensoriales, por patologías genéticas o congénitas, etc. no podrán lograr como sí las logran otros niños, pero eso no lo sabremos desde inicios simplemente por clasificarlo. Es decir, ¿cuál es el niño del psicoanálisis si este se limita a ciertos niños, quedando para otros solamente el camino de la adaptación y de la exclusión? Yo sostengo que cuando uno hace el diagnóstico de un paciente tiene que hacer también su propio diagnóstico –*autodiagnóstico*, al decir de Piera Aulagnier– y pensar: ¿cómo lo imagino en unos años?; ¿qué cosas podrá hacer este niño o adulto? Si puedo imaginarlo en una posición otra de aquella en que lo recibo, entonces estoy éticamente habilitado para iniciar un tratamiento; es decir, si pienso que voy a poder trabajar para modificar su situación inicial estoy en condiciones de tomar a ese paciente.

MOMENTOS CLAVE DEL TRABAJO PSICOANALÍTICO CON MARTINA

Desde hace tiempo he tomado la costumbre de jalonar los momentos significativos en cada proceso de trabajo psicoanalítico. Puntuar los cambios que se dan en las lógicas subjetivas es, a la vez, poder precisar el devenir del trabajo, tarea indispensable para evaluar marchas y contramarchas, momentos de saltos cualitativos así como otros de amesetamientos e incluso de improductividad o de retroceso, que deberán interrogar las diferencias entre unos y otros para poder evaluar la marcha del proceso, no solamente en el niño que nos consulta, sino también en el modo en que estos cambios impactan en la familia, tanto en forma positiva, promoviendo su facilitación, o en forma negativa, dificultándola o impidiéndola. Así como enfatizaba la importancia del diagnóstico diferencial en los inicios –diagnóstico que, por otra parte, no se agota en la demarcación de categorías psicopatológicas, sino en los procesos subjetivos que está atravesando un niño, y, además, en poder diferenciar cuestiones que hacen tanto a lo *constitucional biológico* (genético o congénito) como a lo *constitucional mítico* (aquellas tramas inconscientes, familiares y transgeneracionales que lo esperan al cachorrito al momento de nacer)–, para poder poner la brújula en la “dirección de la cura” no es de menor envergadura el poder mojonar los distintos procesos que se tramitan en

el curso mismo del tratamiento y que, a la vez, nos permiten realizar un diagnóstico de todo el trabajo una vez que este ha finalizado. Todo ello nos preserva en parte de la improvisación llevando a que nos interroguemos acerca de la eficacia de nuestro trabajo.

Mojonemos entonces estos momentos significativos del material de Martina, aun con el riesgo de resultar redundantes. Decíamos que en los primeros tiempos la niña se aislaba y gritaba, permaneciendo así durante toda la sesión. Para ese entonces la interrelación con su madre era escasa. Ambas se mantenían "presas" de la angustia. En algunas situaciones la mamá lloró o mantuvo sus ojos con lágrimas durante toda la sesión y, en las entrevistas en las cuales participó el padre, este reflejó en su rostro intensa angustia y un denodado esfuerzo por "disimular/disimularse" una comunicación que, por otro lado, se podía percibir como negativa. En presencia de Martina, y también en las entrevistas con los padres, mis primeras intervenciones estuvieron centradas en enfatizar el estado de angustia predominante en ellos tres, a la vez que en subrayar lo importante de estar todos juntos trabajando para que las cosas fuesen distintas.

La reconstrucción de la historia familiar a lo largo de las generaciones ocupó un trabajoso esfuerzo para todos: el peso de la culpa que recaía sobre el padre, portador de la patología, le impedía conectarse no solo con la niña, sino con el propio sufrimiento; escribir una historia distinta a la de su hermana mayor, signada por el déficit, parecía una tarea imposible para Martina; a la vez, para la madre fue difícil descubrir que una hija anterior de su esposo padecía la misma problemática que Martina.

La renarcisización de ambos padres era una pieza no negociable para una resignificación de la historia familiar que lograse desbordar el motivo de la deficiencia biológica. Esto nos condujo a un segundo momento en que la niña y su madre podían permanecer en la sesión con menor nivel de angustia. Sin embargo, Martina aún arqueaba su cuerpo en el momento del abrazo, lo cual dificultaba en mucho el manejo cotidiano en los más diversos aspectos, desde la relación con la madre a la permanencia en una institución educacional en la que, con sumo cuidado, realizamos su inclusión. Martina empezó su educación inicial con maestra integradora.

Dado ese estado de cosas, y con el objetivo anteriormente planteado, literalmente acunaba en sesión a madre-niña –madre que a la vez acunaba a la niña–, intervención tendiente a la presentación del laberinto a través del abrazo, lo cual producía habitualmente sedación y calma en la niña y la

constatación de su efectividad como tal en la madre. La duplicación de este abrazo en transferencia no estaba regulada para que la madre reprodujera especularmente lo que hacía yo –la analista–, sino por el esfuerzo suplementario que exigía romper el círculo vicioso de los procesos negativos que venían finalmente a plasmarse en el cuerpo arqueado como antítesis de un cuerpo abrazado.

Como en toda cura, no se trató de un trabajo lineal, peldaño tras peldaño, pero la inscripción y el mantenimiento de nuevas adquisiciones acabó por estabilizar la estructura del dos-en-uno, con el consiguiente alivio de tensiones y mejoría en la cotidianidad. Por ejemplo, fue posible llevarla a pasear, lo que entre otras cosas favorecía el uso normal de manos y piernas, desatándolas de su sujeción a figuras autistas.

Cuando Martina pudo empezar a registrar los juguetes, es decir, cuando pudo transformar en juguetes lo que hasta ese momento eran simplemente objetos inexistentes para ella, se dedicó a asir alguno y a permanecer demasiado tiempo con el objeto en su mano.

Uno de los juegos que le interesaron en esta nueva etapa fue el de hacer torres con bloques. En un momento inicial de este tiempo subjetivo empecé yo armando alguna que otra torrecita, como una invitación-provocación, hasta que finalmente un día hizo ella una torrecita pequeña, esbozo de torre, esbozo de cuerpo en bipedestación, esbozo a su vez de una nueva adquisición psíquica.

Detengámonos a pensar: las torrecitas, que tanto gustan de hacer los deambuladores, tienen que ver con la posición del cuerpo erecto, es decir, lo más importante de armar para un niño en determinado momento es justamente aquello que tiene una posición que va hacia arriba, la verticalidad que ha de transformar en mucho su posición subjetiva. En una oportunidad en que ella armó la torrecita yo le dije: “Martina, me parece que vas a caminar porque andás con ganas de pararte… ¿Viste la torrecita qué parada está?”. Entonces le transmití a la mamá que si Martina había empezado a hacer torres era porque seguramente pronto iba a empezar a caminar, lo cual ocurrió poco tiempo después. (He de aclarar que desde que conocí a Martina le hablé y la traté conforme a su edad y me ubiqué junto a ella, trabajando en el piso. La forma de estar con un niño es estar a nivel del mismo y, como decíamos, Martina –al igual que otros niños afectados por trastornos del desarrollo– en un inicio no podía ponerse en pie.)

Debo aquí puntualizar en relación al grito que una de las cuestiones que

ayudó a que Martina dejara de gritar fue ponernos a armar una superficie en el consultorio, una superficie con cierta continuidad. ¿De qué manera armábamos la superficie? Como ella gritaba apenas uno intentaba que dejara a un lado su trapito y su muñequito, tomé el camino de señalarle que seguía siendo la misma niña aunque no los tuviera adheridos a su cuerpo, es decir, que no los necesitaba para *ser*. Acompañaba esta intervención enumerando cada uno de sus rasgos, cada uno de los elementos de su cuerpo, hasta reunir su totalidad en mi enunciación. Es este un procedimiento ritual que reencontramos en diversas prácticas ceremoniales y relatos míticos de diversas culturas y que aquí cobra toda una función terapéutica, articulando cuerpo y discurso.

En otro momento del tratamiento, cuando ella venía en brazos de su madre, la recibía invitándola a entrar para alojarnos en el piso, donde yo comenzaba a sacar los objetos de las cajas hasta "tapizar" con ellos el suelo. Armábamos un desparramo, como tanto les gusta hacer a los niños de esta edad, desparramo que por sí mismo es ya un acto lúdico y no solo una preparación del mismo.

A continuación del desparramo se pudo pasar a otras fases, como la del arrojar y volver a traer (Rodulfo, 1989), originalmente descripta por Freud. Al principio era solo yo quien las arrojaba, a fin de provocar en ella la emergencia de un deseo propio de arrojar –deseo fundamental en el niño en relación con diversos procesos, como el de separación, constitución de un espacio tridimensional, etc.–. Martina realizó este logro después de un tiempo y fue reconfortante constatar la alegría que acompañaba tal acción.

Concomitantemente fuimos construyendo entre las dos un verdadero diálogo lúdico en el cual cada una arrojaba lo suyo. Como todo juego, la riqueza de este da pie a múltiples variaciones muy útiles en el trabajo analítico. Por ejemplo, en un momento dado se me ocurrió amagar el lanzamiento de un juguete, reteniéndolo en el mismo momento en que debía despedirlo, e interrumpiendo así bruscamente la secuencia. Al principio la niña se asustaba un poco, pero mi gesto risueño la ayudó a constituir el primer núcleo de una acción chistosa que terminaba en la risa.

Trabajé también en forma sostenida con los sonidos, apuntando a la angustia que estos le provocaban por su hipersensibilidad. En el consultorio dispongo de algunos instrumentos de percusión, fue así como comencé a jugar con el xilofón produciendo sonidos muy suaves puesto que, en un principio, un sonido un poco intenso resultaba amenazante para la niña. A

continuación acercaba el palillo simulando un fuerte golpe que finalmente no daba, en busca del mismo efecto chistoso antes descripto en el juego de arrojar que, a la vez, neutralizara la angustia de la niña frente a los ruidos. Ella no solo empezó a sostener el juego iniciado por mí, sino que a veces buscaba los instrumentos para hacerlo por su cuenta, pasaje a la actividad de suma importancia en la que era ella la que jugaba a asustarme, invirtiendo la situación original. En un segundo tiempo llevé más adelante el juego, dando un golpe contundente, al mismo tiempo que la madre y yo nos reíamos, con el fin de resignificar el sonido, despojándolo de su efecto angustioso. El éxito de esta empresa lo marcó la aparición del júbilo en la niña y su deseo de repetición, lo que, además, la condujo a percutir ella misma el instrumento, sumándose a nosotras.

Esta sintonía grupal no carece de importancia en una pacientita que encontramos tan encerrada en prácticas de tipo autista. Es de observar que esto tenía un efecto paralelo sobre la madre, quien al principio se mostraba temerosa de que estas intervenciones quebraran el frágil equilibrio de su hija, actitud que poco a poco pudo revertir hasta disfrutar también ella de los juegos, un cambio que, por supuesto, no iba a pasar inadvertido para la pequeña.

Con el tiempo constatamos una actitud relajada en Martina al llegar al consultorio, exenta de hipertonía, buscándome con una sonrisa. Al terminar el tratamiento bien se podría decir que Martina tenía sentido del humor, lo cual no es poca cosa (Freud, [1905] 1979).

Después de un tiempo ya podía venir caminando, incluso tocando el timbre a veces, como un niño común y corriente. Comenzamos a hacer juegos de escondidas, de presencia/no presencia, de modo que la oposición presencia/ausencia fue cediendo en este laborioso trabajo. Esos juegos los continuamos en el plano del espejo: jugar a las escondidas con el cuerpo real y el cuerpo virtual. Este fue un punto de inflexión, al comunicarle a la madre que se iba a producir un cambio de importancia en la subjetividad de su hija: el estar acá del cuerpo en su materialidad más concreta se duplica y transfigura en el más allá del cuerpo virtual.

Ambos padres sentían felicidad al darse cuenta de los progresos de la niña, y era fundamental la experiencia de la madre, quien, al estar integrada al trabajo terapéutico, podía decir con asombro y alegría: “Lo que hacemos acá al otro día lo logra afuera”, “Si decimos que está haciendo torres y va a poder caminar no es porque vos estés adivinando, sino porque va a poder caminar”.

Ella se dio cuenta –por supuesto sin esta formulación propia que les alcanzo– de que el psicoanálisis es una teoría que conlleva una clínica específica que nos permite trabajar sobre procesos subjetivos para lograr pasar de una lógica psíquica a otra, pasar de un momento de inscripción subjetiva a una nueva adquisición para el armado de esa subjetividad. En la clínica con niños uno asiste a nuevos actos psíquicos, solo hay que tener la formación suficientemente sólida en psicoanálisis y una disposición empática para percibirlos.

El tema pendiente en Martina, como en muchos otros niños afectados por estas patologías, era el lenguaje. Algunos pequeños pacientes, aun cuando comienzan a entender el lenguaje de los adultos, no pueden, sin embargo, apropiarse de este en su forma elocutiva y empezar a decir las primeras palabras. (5)

Entra en juego aquí una diferencia fundamental entre la figura autista de sensación y el lenguaje gestual: Martina usaba su dedito porque no podía hablar, pero eso ya no tenía nada que ver con una figura autista de sensación, puesto que la niña lo usaba para comunicarse. Por ejemplo, cuando llegaba al consultorio y quería algo ella lo señalaba con el dedito. Entonces yo le preguntaba: “¿Querés esto, Martina?”. Esta forma de comunicarse no es un lenguaje ecolálico, sino un lenguaje comunicacional-gestual, similar al lenguaje de señas de los hipoacúsicos. (Los niños hipoacúsicos utilizan el lenguaje de señas porque no pueden escuchar y por lo tanto no pueden hablar. Después de intentar desterrar este lenguaje de señas se ha podido comprobar su valor en cuanto a la estructuración del psiquismo en el caso de niños con dificultades para utilizar las palabras.)

Cuando Martina empezó a señalar con el dedo lo que deseaba la madre pensó que no debía dejarla hacerlo “porque es lo mismo que hacía con el trapito o con el muñequito”. Yo le expliqué que se trataba de algo distinto y que debíamos valorarlo; que era un logro de Martina y a la vez un logro suyo, es decir, de todo lo que estaba haciendo por ella.

En otras ocasiones sí se jugaba la falta de reconocimiento del otro y el uso de su cuerpo como si fuera el propio, por ejemplo, queriendo llevar mi mano hasta un juguete como si se tratara de la suya. Mi intervención consistió en decirle: “Mi mano es mía, no te la voy a dejar, vos tenés las tuyas y podés agarrarlo con tus manos”. O también cuando, estando ambas en el piso, había un objeto que ella podía tomar y en su lugar quería agarrarme a mí o hacerme señas para que lo tome yo. Esos son los casos en los que, como

psicoanalistas, debemos distinguir muy sutilmente si se trata de una verdadera comunicación, es decir, si es algo de apertura, o si se trata de un bloqueo o cierre.

Para ese entonces el nivel de comprensión de Martina se había ampliado. En una ocasión, por ejemplo, hice una torre muy alta y dije en voz alta que no quería que ninguna nena la tirase. Aun estando ella un poco alejada, inmediatamente miró la torre, la tiró, se rió y volvió a lo que estaba haciendo.

En otras sesiones pasaba un largo tiempo de espaldas a nosotras, lo cual me permitía a la vez intervenir sobre la madre y comentarle de la importancia que implicaba el hecho de que Martina pudiera darnos la espalda, aun a sabiendas de que estábamos allí y aunque en algunos momentos se diera vuelta con el fin de comprobar nuestra presencia, para luego continuar jugando tranquila con unos muñequitos en esa situación de presencia/no presencia. En ese entonces nos encontrábamos justamente trabajando en la construcción de dichas categorías.

Para esos tiempos el consultorio fue inaugurado para Martina como un espacio transicional, asistiendo la niña con mucha alegría y percibiendo también la duración de las sesiones. Alrededor de los cincuenta minutos ella se levantaba y se dirigía a la puerta, despidiéndose.

Martina ya había logrado allí un claro reconocimiento del consultorio, familiarizándose con sus objetos, objetos por los cuales mostraba interés. Sabía de qué juguetes disponía y los utilizaba haciéndolos sonar, acunándolos, arrojándolos, etc. Cuando no encontraba lo que buscaba me daba la mano para que lo encontrara yo, lo cual implicaba la construcción mnémica que posibilitaba tal acción.

En determinadas ocasiones en que a Martina le gustaba un juguete, le permitía llevarlo a su casa para luego volverlo a traer. Si bien como regla general los elementos del consultorio deben permanecer allí, de acuerdo a las variaciones de cada tratamiento el analista debe procesar cuándo conviene seguir esta regla y cuándo no. En este caso, el hecho de que la niña pudiera jugar con un muñeco, en lugar de aferrarse a un trapito como hiciera en un principio, constituía un cambio tan importante como para permitirle llevarlo y traerlo. Más aún, se trataba de un trabajo propio del análisis, expandiéndose las fronteras del consultorio más allá de él.

Mi propósito en estas páginas no fue el de realizar una exposición clínica detallada, sino el de utilizar un material para extraer de él los momentos clave de la intervención del analista que impulsan tentativas de curación en el niño

y en su ambiente, introduciendo cuál es nuestra función en los momentos tempranos de emergencia de la subjetividad, de modo tal de fomentar el que no nos empantanemos en rótulos diagnósticos que puedan inducirnos a una actitud fatalista o de desesperanza.

En todo trabajo psicoanalítico, sobre todo cuando se trata de niños, siempre faltan muchas cosas por hacer, pero como analistas nuestro quehacer debe aportar a que las personas puedan vivir lo mejor y más plenamente posible. *Subjetivar* es un largo trabajo, y lograrlo puede llevarnos toda la vida.

1- Una primera versión de este texto apareció publicada en *Revista Lúdica* bajo el nombre "El psicoanálisis abierto al porvenir". Véase info@revistaludica.com

2- FECP: Fundación de Estudios Clínicos en Psicoanálisis en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

3- Hace ya muchos años, en el contexto de una supervisión, Rafael Paz me dijo: "No debemos confundir analogizar con psicoanalizar, son cosas muy distintas", frase que tuvo efecto no solo en ese momento, sino que perduró en mí hasta la actualidad.

4- Desarrollaremos más profundamente esta conceptualización en el cap. 5 de este libro.

5- Para una mayor ampliación de este tipo de problemática véase Azcoaga (1987).

Tercera parte
Un aporte teórico-clínico para la comprensión de las llamadas patologías graves

Capítulo 3

Diferencias entre separación y pérdida

En sus principios el psicoanálisis equiparó separación a pérdida, poniendo de relieve e investigando en detalle la angustia, dado que, en verdad, esta se transforma en un afecto patológico cuando es lo predominante y, además, cuando se cristaliza en cada proceso de separación. Es decir, el afecto presente en un momento de separación no es solo la angustia y la vivencia de la pérdida, sino que, en las más diversas situaciones, la separación puede vivirse con alegría, también con ambivalencia, motivo por el cual no debemos homologar en todos los casos separación a pérdida. Vivir la separación como pérdida y rápidamente deslizarse al duelo y de allí a la depresión es justamente lo que podríamos marcar como un serio problema del pensamiento propuesto por el DSM-V.

Tal es así que cuando les ocurre algo bueno a los pacientes frecuentemente nos dicen: “Hoy no tengo de qué hablar”, como si al analista hubiera que llevarle las angustias y no las alegrías.

Para trabajar un libro debemos hacerlo con la alegría de separarnos, para poder transformar la letra muerta en letra viva, para que la teorización no esté intacta en nuestras cabezas, sino que nos permita seguir pensando, para poder seguir sosteniendo la propia algarabía por deshojar el Texto Sagrado, tal como lo hacía el niño Freud en sus sueños. Uno de los textos en que más se marca la alegría por el desear y por el separarse es para mí el sueño del propio Freud analizado por él de una manera ejemplar en su texto “El sueño de la monografía botánica” (Freud, [1900b] 1979). En un momento en que el soñante estaba detenido en el desarrollo de *La interpretación de los sueños* –tal como le comenta en su carta a Fliess, su interlocutor y amigo– emerge este

sueño. Justamente, para muchos, dicho texto marca una ruptura en el modo de pensar del propio Freud, considerándolo como el texto inaugural del psicoanálisis, un *corte epistemológico* en el sentido en que Althusser lo conceptualiza. Es decir que el autor del sueño y del libro de los sueños se encontraba allí atravesando un momento de *separación* de su propio modo de pensar, y aun más que eso, del propio modo de pensar de su época –a raíz de lo cual, en tanto su lugar "incomodaba", fue criticado y dejado de lado por muchos de sus contemporáneos del mundo científico–.

Pero entonces irrumpe este sueño, con un afecto predominantemente distinto: en lugar de la angustia, aparece la autorización paterna para deshojar el Libro Sagrado, el libro de todos los Libros, el Libro de las religiones abrahamánicas –tal como Derrida las denomina–. Deshojar el Libro Sagrado, lejos de ser un agravio y despertar angustia en el pequeño niño soñado, está ligado a un sentimiento de alegría: el poder deshojar el Libro es, para él, poder transgredir los pensamientos de la ciencia de su época, yendo más lejos. En lugar de "bajar la acera", (1) como su padre, el deberá revolucionar su época con ese horadar y deshojar los libros. Freud mismo, en sus asociaciones, habla de él como "el gusano de los libros". Es a partir de este sueño tan fundamental –no solo para Freud sino para el futuro mismo del psicoanálisis– que puede continuar escribiendo y transgrediendo, separándose con alegría, tal como le comenta a su amigo.

Todos sabemos, aunque no se mencione en su biografía, que Freud comenzó a trabajar en el campo de la neurología, lo cual lo condujo a escribir un "borrador" del *Proyecto de una psicología para neurólogos* (Freud, [1895] 1982). De lo que sí hablan sus biógrafos es de su frustración al no poder llevarlo a buen puerto, siendo publicado este recién después de su muerte. Es justamente en ese texto donde el autor se adelanta a hipótesis que luego son sostenidas por las neurociencias. (2) Sin embargo, es a partir de la clínica y de su relación con Charcot que Freud se separa (sin perderlas) de sus ideas anteriores para crear una disciplina como la del psicoanálisis, que revolucionó la historia de la humanidad al concebir la subjetividad de un modo inédito.

A partir *de La interpretación de los sueños*, Freud puede realizar su deseo de investigación, deseo que nunca lo abandonará. A diferencia de otros autores, además de ser un gran escritor, sus textos son ejemplares en ese movimiento incesante de *separación sin pérdida* de sus propias conceptualizaciones, así como lo presentifica el giro dado por él en 1920.

Interpretar de dicho modo este sueño freudiano me llevó mucho tiempo y mis propias reflexiones sobre la homologación de pérdida a angustia. La "ganancia" que produce el transgredir con el conocimiento convierte en "rico" no a aquel que lleva solo su cartera abultada, sino a aquel que es capaz de crear con una alegría que le permite seguir pensando *en diferencia*, como *otro* irreductible.

En un libro sobre Hannah Arendt, Julia Kristeva (2000) nos dice:

> Arendt se afirmó mediante todo tipo de acciones plurales al imponer su diferencia del pensamiento y juicio, notablemente y, sobre todo, con respecto a un autor como Heidegger. Esa exigencia de singularidad le parecía el apogeo de la vida humana […]. La actual liberación relativa de las mujeres les permite pensar su maternidad mejor que nunca antes […] la experiencia de la maternidad en la presencia real del recién nacido, en la cual la mujer delega su ser lejos de completarla, la hace vulnerable, la altera. […] no se trata del deseo de un objeto (o de un sujeto) se trata más bien del deseo al *otro*. El amor materno es quizás la aurora del vínculo con el *otro*, que el enamorado y el místico redescubren más tarde y cuya exploradora principal sería la madre, cuando ella no sucumbe al ajuste de cuentas con su genitora […] por otro lado ese *otro* no es un elegido, sino un ser *cualquiera*, (3) en absoluto superior, sino simplemente nuevo.

Mi reflexión, a propósito de lo que plantea Hannah Arendt, es que la autora diferencia aquí no solo su pensar en relación al *otro*, sino también a nosotros mismos a lo largo de nuestra historia, donde lo importante es no vivir esa diferencia como una pérdida.

En la separación que se produce en el parto la mujer tiene una posición privilegiada –dice Arendt– al contactarse con lo nuevo. Ante el ser que llega al mundo como lo diferente y en su radical diferencia es que se puede alcanzar el conocimiento más profundo de la alteridad emergente, y de allí que la separación sea una verdadera ganancia al poder diferenciarse del hijo en tanto otro, en tanto extraño para uno mismo. Tanto la separación como el nuevo conocimiento que esta inaugura constituyen en sí mismos una experiencia irrepetible e intransmisible.

En el texto *Separación y pérdida* Ricardo Rodulfo (2013) plantea la no equivalencia que el psicoanálisis había hecho hasta ese momento de separación a pérdida. A veces una separación puede ser una pérdida, a veces

una pérdida puede ser un duelo, pero no siempre. Cualquier pérdida, un contratiempo, una molestia, era antes el equivalente a un duelo y tenía que ver con el sentimiento de pérdida –que era de angustia, no cualquier sentimiento–. Una pérdida de algo puede conmovernos, pesarnos, puede ser un problema, pero eso no tiene que ver con un duelo. Y así tampoco las separaciones tienen que ser vividas como una pérdida. Si nos ponemos a pensar en los distintos momentos de estructuración subjetiva veremos que justamente estos pueden estar caracterizados –cuando hay un medio que también lo posibilita– por una profunda *alegría* por la separación.

La primer separación, decíamos, se produce en el nacimiento; separación de la madre con el bebé y del bebé con la madre, momento en que ella se contacta con ese extraño que adviene a la vida en la singularidad de ser extraño. Recordemos la polémica de Freud con Otto Rank en la conceptualización de este último acerca del nacimiento como *trauma fundacional*. Mientras que para Freud la separación del nacimiento es *solo una cesura* que se encuentra entre el vientre materno y el mundo al que arriba el cachorrito humano, para Rank es el primer trauma, donde este autor anuda indisolublemente separación, no solo a perdida, sino –lo que es más osado aún– a trauma.

Cuando un bebé se encuentra a solas frente a su desear, se produce otra separación que puede implicar alegría y angustia a la vez. Este es el momento de las llamadas *fobias universales* y de lo que René Spitz denominó como *la angustia del octavo mes*. La separación allí es angustiosa porque tiene que ver con el trabajo del deseo. En ese momento el llorar es un “llorar bueno” aunque sea angustioso para el bebé y su familia; esa separación es algo preciado, ya que es una de las primeras marcas de la singularidad.

Cuando un deambulador deja de gatear y empieza con sus primeros pasos a descubrir el mundo tocando todo, podemos observar cuán gozoso va de un lado a otro aunque haya habido separación de una situación cuerpo a cuerpo, de un alojarse en el cuerpo del otro como los recién nacidos, *para pasar a ser un otro del otro*. La alegría del deambulador nos anticipa que ya no va a ser el de antes: su mano convierte en juguete todo lo que toca; se trata de la conquista del espacio, del poder “agarrar” las cosas de otra manera, de poder “agarrar su desear” en un primer descenso de aproximación (usando la metáfora aeronáutica).

Hay situaciones familiares en donde esto no es vivido como un logro y entonces se presenta la sanción adulta que dice que “Aquello no es para

tocar", que "No es un juguete". Pero al niño le interesa más, de pronto, golpear una cacerola con una cuchara que jugar con juguetes comprados.

Estas separaciones están ligadas a un sentimiento de alegría excepto cuando ya hay una patología instaurada, tal como lo veremos respecto a las patologías autistas, donde crecer para estos niños implica una angustia masiva. (4) La separación, el crecer, están allí ligados a un sufrimiento porque pueden vivirse como pérdidas arrasadoras, o como un "estar creciendo a expensas del otro, vampirizándolo". Pero en las situaciones no patológicas se vive la separación como efectivizando, como llevando a cabo el proceso y deseo de ser grande. Ahora bien, que la separación no sea una pérdida sino una ganancia para la subjetividad no quita que haya que afrontar tal proceso, y que se lo pueda cursar con verdadera angustia. Pero dicha angustia no es equiparable a la enfermedad, sino que acompaña al ser humano en todos sus saltos cualitativos, y allí entra en juego la importancia del conflicto, *conflicto subjetivo* o *intersubjetivo*, el cual no es una categoría psicopatológica sino, por lo contrario, una categoría vital.

Algo similar podríamos decir del proceso adolescente, del *segundo deambulador* (Rodulfo, 2008), donde el joven sale a conocer el mundo. Habría que revisar mucha bibliografía, incluso la propia, acerca de este período de la vida. En su momento escribí textos sobre los duelos de la adolescencia, porque para ese entonces yo pensaba que en esa etapa se atravesaban distintas situaciones de duelo –por los padres de la infancia, por "el niño que fui", etc.–. Actualmente me pregunto, ¿por qué hay que duelar por ello? En verdad se trata de distintas separaciones que se van dando a lo largo de la vida de una persona; si uno duela es porque la separación es vivida como una pérdida y la pérdida, como un duelo, y solamente si ello se estabiliza puede formar parte de un proceso patológico y no del proceso vital dentro del cual se dan dichas separaciones.

A lo largo de todas estas etapas de la vida y de estas diferentes experiencias de separación se pone en juego el trabajo del deseo, trabajo que nadie puede hacer por nosotros. El mayor deseo que nos tiene que habitar, según Freud, es el *deseo de ser grande*. Piera Aulagnier habla de *proyecto identificatorio* y Françoise Dolto, de *la flecha del deseo*. Son cuestiones que nos marcan y nos guían hacia el *porvenir*; *el presente siempre en porvenir*; (5) se trata de retornar para retornar no solo distinto, sino también hacia otro lugar. En este sentido es que Piera nos habla "de la construcción continua del Yo por el Yo […] justamente para que el mismo pueda proyectarse en una

dimensión temporal”.

En lo concerniente a la relación entre

> el proyecto identificatorio y la historicidad puede decirse que el Yo está constituido por una historia, representada por el conjunto de los enunciados identificatorios que recuerda, por los enunciados que manifiesta en su presente su relación con el proyecto identificatorio y, finalmente, por el conjunto de los enunciados en relación con los cuales ejerce su acción represora para que se mantengan fuera del campo, de su memoria, de su saber (Aulagnier, [1975] 1977).

Este trabajo del deseo es uno de los más difíciles de hacer y sostener, pero si uno logra llevarlo a cabo la vida pulsa dentro y fuera de uno y a lo largo de las generaciones. El desear, el crecer, el ser grande, atraviesan la vida. El trabajo del deseo nos permite hacer determinado recorrido, determinados logros que, a veces, se diferencian mucho de lo que uno tenía al principio en su medio. Es decir, uno puede trabajar en esa diferencia, no para des-reconocer a sus padres, sino de un modo positivo, para poder separarse de ellos. No en el sentido de oposición binaria, sino en el de oposición creativa: es bueno volver hacia ellos en diferencia y que ellos se enorgullezcan por lo que uno hace o ha hecho.

Como ya hemos visto, en esta clínica con infantes, niños y adolescentes, una de las primeras preguntas que nos debemos hacer es en qué momento de estructuración subjetiva se encuentra el paciente. Aun cuando se piense de una manera estructuralista la pregunta por la edad no deja de estar. Tal es el caso ante las diferentes separaciones que vamos enfrentando: no es lo mismo que un niño que está entre los 18 meses y los 4 años tenga angustias nocturnas y se pase a la cama de los padres, que un adolescente no quiera irse de viaje de egresados por la angustia ante dicha separación. Si encontramos, por ejemplo, un adolescente que, en lugar de arrojarse a la vida y estar todo lo que pueda con sus amigos, pasa la mayor parte del tiempo en la casa, consultando constantemente a su madre acerca de cualquier cuestión, debemos preocuparnos porque esto implica que hay un proceso mórbido, patológico; algo se ha detenido y no puede salir allí a conquistar el mundo.

Eso era lo que le sucedía a Leonardo, un paciente al cual traté ya hace muchos años. Se trataba de un adolescente con una grave inhibición que marcaba todo su accionar. Si la represión es un mecanismo que en muchas

situaciones puede cercenar la creatividad, la inhibición masiva no deja de serlo. Este adolescente era dependiente, no tenía amigos; no sabía qué hacer fuera de la casa pero tampoco tenía muy claro qué hacer dentro de esta, por lo que se llenaba de sensaciones hostiles respecto a ese medio que no lo dejaba salir, medio al cual tampoco podía oponerse. Salir implicaba para ese joven no solo una separación sino una pérdida angustiosa, una pérdida de sí. Separarse era arrojarse al vacío, tanto para él como para su familia. A diferencia de lo que Ricardo Rodulfo describe cuando nos habla del *segundo deambulador*, el cual sale a conquistar el mundo en los célebres viajes de mochileros, este adolecente trataba de hacer sus experiencias pero, por ejemplo, armaba sus viajes en relación a dónde vivían los amigos de la familia para poder alojarse allí, "mojonando" de esa forma el trayecto de manera de no sentir la separación, ni de un lado ni del otro.

Paula Sibilia (2009), entre otros autores, nos ha advertido algo similar en relación al uso del celular, el cual muchas veces es utilizado para no elaborar la separación, transformando el "¿cómo estás?" en "¿dónde estás?", de modo tal en que nada se escape a nuestro control. Se suma a esto la posibilidad de enviar fotos de dónde uno está, entrando en juego allí la categoría metafísica de la presencia, que no deja de ser una categoría de vigilancia. ¿Y en qué se justifica impedir una separación? Entre otros motivos está, por ejemplo, la inseguridad. Si bien la inseguridad existe, el celular parece ser un cordón umbilical nunca cortado, nunca tramitado.

Decíamos que el desear es un motor que se pone en marcha o, en algunos casos, se queda empantanado, y eso dependerá en gran medida de la intersubjetividad, de si los adultos pueden favorecer estas separaciones tempranas, acompañando de manera feliz el crecimiento de sus hijos, a pesar de las vicisitudes que se van presentando en cada una de esas etapas, o si, en cambio, las obstaculizan.

Otras veces la separación no es vivida como un acto feliz, sino como algo que va a lastimar al otro, por lo tanto no es vivida solamente como una pérdida para la persona, sino como una pérdida que le va a causar a los demás. Entonces, la angustia y la culpa surgen allí por la pérdida que siente el otro y que, a la vez, en este *moebius*, es sentida por la persona. "¿Cómo le voy a hacer este daño a mi mamá? ¿Cómo no voy a dar las materias si ella me anotó en la facultad?", me decía este adolescente. La universidad, al ser una actividad marcada por su madre, se transformaba allí en algo de la no separación. En ese contexto yo intervine de esta manera: "En algo me

equivoco, yo pensaba que tu mamá había hecho la universidad", a lo que él me respondió que sí. "¿Y por qué entonces se anotó en la facultad?" "No –respondió–, me anotó a mí." "Pero algo me confunde –continué– porque si uno quiere ir a la universidad es uno el que se anota." Es decir, su madre lo había anotado, marcando que no podía separarse de él. De ese modo la separación no podía estar ligada al trabajo del deseo. (Estoy hablando de categorías simbólicas, por supuesto que si alguien se ve impedido de anotarse puede ir otro en su lugar, pero ese no es el caso.)

Otra paciente adolescente llegó a la consulta por lo que se denomina actualmente como *ataque de pánico*. Me decía que se sentía deprimida –usaba ese término, yo diría "triste" en vez– por tener que volver a su casa. "¿Qué hago en mi casa todo el tiempo? No tengo nada que hacer, entonces, miro la tele, molesto a mis hermanas, charlo con mi mamá, viene mi novio." Claro, se trataba de lo mismo que había hecho siempre, pero en ese momento eso le había empezado a molestar. Había una dificultad en ella para tener un proyecto propio, al menos un pequeño proyecto; hiciera lo que hiciera y estuviera donde estuviera tenía que contarles todo a los padres, no podía tener secretos, era totalmente transparente; se trataba de dificultades importantes que la paralizaban. En una oportunidad le pregunté por qué tenía que contarles todo, a lo que me respondió que porque ella no mentía. Entonces le dije que había una diferencia entre la privacidad y la mentira: "Ellos no te cuentan todo a vos y no es porque te mientan, sino porque resguardan su intimidad". Otro aspecto que llamaba la atención es que estaba –le decía a ella– "como en un submarino": para venir al consultorio, que quedaba a pocas cuadras de su casa y a veinte de su colegio, se tomaba un taxi. De venir en colectivo no hubiera sabido dónde bajarse. Había una dificultad para disfrutar del espacio, volviéndose el mismo como un abismo. Algo similar le ocurría con la movilidad económica: le costaba pensar, por ejemplo, que podía aprovechar mejor ese dinero que le daban los padres si en lugar de viajar en taxi tomaba un ómnibus y dejaba la diferencia para otra necesidad o actividad. "Estaría mintiendo", me decía. Entonces yo intervenía explicándole que se lo podía plantear a los padres y que entre los tres lo podían decidir. "No, claro, es que yo soy muy cómoda." Muchas fobias y depresiones en la adolescencia se ocultan detrás de "soy demasiado cómodo".

Pero esto no tiene por qué ocurrir en la adolescencia, sino que esta puede transcurrir con la alegría de descubrir el mundo. A los adolescentes en general hay que encontrarlos, uno no sabe dónde andan. Como decíamos, la

separación está ligada al proyecto identificatorio, que es una flecha al futuro. Uno se puede separar con alegría si se imagina que va a poder *ser* otra cosa, algo distinto. Desde un mochilero que anda por todo el mundo haciendo *auto-stop* hasta un estudiante universitario; lo importante es tener ese motor, aunque después uno no realice todo lo que se propuso. El desear no puede estar "en un placard"; por eso esa programación de la educación a la manera de un "tubo" –jardín maternal, jardín, escuela primaria, secundaria, universidad o nivel terciario y luego posgrado– muchas veces implica una especie de submarino en el cual estamos "guardados" desde los 2 años, aproximadamente, hasta, según la carrera, los 28, 30 años.

Otro joven, en cambio, aunque viene de una familia de clase media alta, quiere tener su dinero y no tener que dar cuenta de qué hace con el mismo: "Quiero trabajar aunque mis padres me puedan dar dinero". Se lanza a la vida, vive la separación con mucha alegría. Aunque al principio los adultos de su medio se sorprenden, luego se sienten orgullosos de él. Volvemos a enfatizar la importancia que tiene, para poder separarse con alegría, el hecho de que el medio acompañe este crecimiento, que como adultos estemos contentos de que los jóvenes tengan sus propios proyectos y que estos se diferencien de los nuestros. En algunas familias se dificulta en mucho el proceso de separación-diferenciación, ya que este es vivido como una verdadera traición; por ejemplo, el que un hijo tenga que seguir la misma actividad profesional que sus padres o deba deponer sus proyectos en pos de cuidar de ellos. *Como agua para chocolate* (Esquivel, 1989) no es solamente una buena novela o una bella película, sino que nos revela un modo de funcionamiento familiar mucho más frecuente de lo que se puede observar a un cierto nivel superficial y que se halla vinculado a lo que Ricardo Rodulfo en su último libro denomina *prescripción del incesto* (Rodulfo, 2013).

Hay otro tipo de separaciones que son invisibles, separaciones que solo tienen valor para los protagonistas, como ser un cambio de modalidad. No se trata de separarse de un objeto –la concepción de sujeto/objeto fue otra de las cuestiones que enredó al psicoanálisis–, sino que la separación allí puede implicar un tránsito a través de uno: uno se separa de lo que fue en un momento, no porque no quiera volver a ser ese, sino porque uno va cambiando a lo largo de la vida, a veces porque ocurrió algo muy importante que le hizo transformar determinado aspecto. Uno no es el uno "de antes" sino el uno "de ahora".

Algo similar puede suceder a veces con la pareja: una separación de pareja

no implica necesariamente no estar con el otro, perderlo al otro efectivamente, es decir, en la realidad, sino que puede ser el cambio de modalidad en ese vínculo. Encontrarse con uno que es igual pero distinto. Esta idea de algo igual pero distinto es interesante porque habla de la repetición de la diferencia o de la diferencia en la repetición: “Me estoy separando del otro que era”. El caso contrario sería el célebre “Nosotros, los de antes, ya no somos los mismos”, (6) que habla de una tristeza por lo que éramos antes y de una dificultad para aceptar que lo distinto puede ser incluso mejor.

El *síndrome del nido vacío* implica vivir la separación de los hijos como algo que cae sobre uno, como una enfermedad, como una pérdida que nos lleva a un duelo, el cual muchas veces no puede superarse. El nido-útero-casa queda vacío cuando una mujer –en rasgos generales afecta a estas– no logra otra cosa que tener hijos “bebotizados”. En esos casos aparecen con frecuencia cirugías estéticas a repetición, con las cuales se niega el paso del tiempo y el hecho de que una no es la misma; el cuarto de los hijos como “museo” en donde todo queda igual, lleno de ropa y objetos de ellos; mudanzas a casas más pequeñas donde “no se note” la pérdida. Se trata de la no aceptación del paso del tiempo, de que uno no es el mismo, de que los hijos se fueron.

La demanda de análisis de una paciente se relacionaba con la angustia ante la ida de su hija mayor, quien se fue a vivir al extranjero en forma definitiva. Esto le causaba un gran enojo porque, según su visión, la hija debía cuidar de ella como ella había cuidado de su hija cuando esta era pequeña y de su propia madre en la actualidad. Lo peor que puede pasar en ese ámbito es que la hija sienta culpa y decida que en realidad tiene que volver a cuidar a su madre ya grande, aunque en verdad no se trataba de una mujer anciana, sino de una mujer que probablemente no tenía muchos proyectos propios. Si bien tenía otros hijos cerca, para esta señora el separarse de su hija era realmente terrible y estaba ligado a la muerte –se trataba de la única hija mujer–.

Observamos algo similar en esta desesperación cada vez más común en nuestra cultura por operarse y estirarse la cara. Caras que pierden su temporalidad y causan a veces el efecto contrario al buscado, porque uno se plantea entonces cuántos años puede tener esa persona para haberse estirado de tal forma su rostro. Es vivir el crecimiento lo menos como pérdida: “Perdí la juventud, perdí mi cuerpo de la adolescencia”, en lugar de poder disfrutar de todo lo que uno puede tener en el presente. Se trata de una sociedad en la

cual se ha impuesto un ideal adolescente donde cada vez pesa más el crecer, donde cada vez se soporta menos la muerte.

Cuando hablamos de separaciones, pérdidas, duelos, no podemos olvidar que cada cultura está habitada por fantasmas, por espectros. No estamos hablando de situaciones empíricas sino de categorías imaginarias y simbólicas, pero los fantasmas existen y estamos habitados por ellos. Algunos son benéficos, otros maléficos. Y esto es lo que le sucede a un bebé cuando entra en la crisis del octavo mes: no es que en verdad los padres se vayan o se mueran, sino que por el propio crecer el bebé, por ese mismo trabajo del deseo que lo impulsa, va a dejar atrás al bebé que era.

1- Recordemos que en esa época, por el solo hecho de ser judíos, estos no tenían derecho a caminar por la acera.

2- Recomiendo para la articulación del pensamiento freudiano con las neurociencias la introducción de Diego Golombek (2011).

3- “El ser que viene es un ser cualquiera […] el ser, poco importa cuál, sino el ser tal que de todas maneras importa […] el ser cualquiera mantiene una relación original con el deseo” (Agamben, 1990).

4- Véase el cap. 6 de este libro.

5- Para ampliar estas cuestiones en relación con el porvenir recomiendo consultar la conferencia de Jacques Derrida (2001) y, también, Rodulfo (2008).

6- Gardel y Le Pera, tango “Ayer”.

Capítulo 4

El duelo y sus derivaciones

Después de “Duelo y melancolía” (Freud, [1915] 1993) se han escrito muchos trabajos en psicoanálisis y a la vez muy pocos. Este texto gozó de muy buen *rating* y fueron pocos los psicoanalistas que se animaron a pensar qué cuestiones estaban allí como puntos a discutir, a procesar. Freud necesitó legitimar psicoanalíticamente la categoría de la melancolía, hasta entonces legitimada solo dentro del campo de la psiquiatría. En este artículo el interlocutor es Meynert, con el cual Freud había realizado su residencia en psiquiatría durante un breve intervalo. Freud allí dialoga y argumenta con conceptos de la psiquiatría porque necesita dar un sustrato metapsicológico –metafísico, dirían algunos autores– para otorgarle criterios de cientificidad a esta temática tal como la trabaja el psicoanálisis. En este contexto –y para pacientes adultos, aclaremos– Freud habla de la melancolía. Aunque tengamos una mirada crítica respecto de “Duelo y melancolía” y a otros textos que le siguieron, estos nos sirven como base para seguir pensando.

El psicoanálisis se ha caracterizado por ser una disciplina que estudia *caso por caso*. Esto lo escucharemos de la boca de cualquier psicoanalista, aunque no todos lo pongan en práctica. En este texto en particular Freud se contradice a sí mismo y a su propio método, ya que dice desde inicios algo distinto: “Me he de apoyar en varios casos para llegar a las siguientes conclusiones”. Ya no es *un* caso, no es *caso por caso*.

Podríamos decir, estudiando este texto, que de las cinco conclusiones a las que llega Freud para caracterizar el duelo, cuatro son las mismas que para caracterizar la melancolía, con lo cual no está puntuando las diferencias entre estas dos, sino que está argumentando acerca de la melancolía sin apoyarse

en la clínica psicoanalítica tal cual él la concibe.

En segundo lugar, para pensar y escribir un artículo sobre duelo, en cualquier momento, en cualquier lugar, hay que tener en cuenta las condiciones sociohistóricas de lo que significa la muerte en ese lugar y en ese paciente en particular. Si no atendemos a ese caso por caso y a ese contexto somos a-clínicos y a-históricos. Sería muy diferente trabajar estos temas con un paciente que no ha ido nunca a un cementerio o no ha visto nunca a un muerto que trabajarlos, por ejemplo, con un joven mexicano, que vive en un país en donde se festeja el día de los muertos ofrendándoles comidas muy elaboradas, con imágenes de calaveras vestidas y flores, o con jóvenes que han vivido –no solo ellos, sino también las generaciones que los precedieron– situaciones de guerras, desapariciones, secuestros, asesinatos, genocidios, etc.

Por otro lado, a lo largo de la historia el modo de relacionarse con la muerte ha ido sufriendo modificaciones. En tiempos del Medioevo se hacían grandes ceremonias en el momento en que alguien moría; la muerte no era tomada como algo terrible sino todo lo contrario; toda la comuna participaba de ese duelo colectivo.

Desde la visión romántica, cuando un amante moría se pensaba que ambos se iban a encontrar en el cielo.

La época contemporánea estuvo dotada de ceremonias como el velorio, el entierro, la visita al cementerio. Parte de los paseos familiares era la visita al cementerio para ofrendar flores a los muertos. Era un modo de elaborar el duelo y de integrar la muerte en la cotidianidad de la vida. Nada de esto fue tomado en consideración por Freud, quien pretendió estudiar el duelo desde una perspectiva individualista. Por otra parte, las ceremonias del duelo han tendido a debilitarse y a diluirse en sociedad, proceso que autores como Jean Allouch (2006) denominan *la muerte seca*: no hay velorio, no hay cadáver y no hay gusanos que se lo coman, sino que se esparcen las cenizas, por lo que no hay entierro ni cementerio. La muerte está invisibilizada en nuestras sociedades contemporáneas, transformándose, a veces, en un proceso irreal. En este momento en la Argentina se estilan los velorios a cajón cerrado y también las cremaciones directas: los muertos ya tampoco ensucian.

¿Cómo se concebía una subjetividad en psicoanálisis a principios del siglo pasado y cómo se la concibe ahora? A principios del siglo pasado –no solo en los textos freudianos sino en el círculo de analistas que rodean a Freud o, sin ir más lejos, de algunos analistas argentinos– sostenían que primero estaba el individuo, luego el grupo primario, y después el grupo secundario: lo social.

Se trataba de una serie de círculos concéntricos donde el individuo se comunicaba con otro individuo.

Desde la mitad del siglo pasado autores como Lacan y Wi-nnicott empezaron a procesar una idea distinta de subjetividad. Siguiendo los términos de Lacan, si una subjetividad se engendra en relación con el otro –lo cual hace entrar en juego la entera experiencia cultural–, toda la problemática del duelo exigirá ser releída en términos de algo más que un proceso afectivo padecido por un sujeto aisladamente considerado. Un duelo no es nunca individual como plantea Freud –solo puede serlo por excepción–, sino que tiene que ver con un acontecimiento compartido. Y cuanto más se pueda hablar, dibujar y escribir acerca de él, más posibilidad de elaboración tiene y, a su vez, menos posibilidad de que se patologice. Cuanto más contemos con un universo de "otros", de ritos, de ceremonias y actos celebrados por una cultura al momento de la muerte, mejor se podrá tramitar un duelo.

El duelo no se limita a la muerte de otra persona, no se limita a lo que clásicamente se caracterizó como *objeto*: esta muerte arrastra consigo otras dimensiones de pérdida, por ejemplo, hoy conceptualizamos como tales ciertas pérdidas de aspectos del *sujeto* mismo; no es un corte limpio entre un supuesto sujeto y un supuesto objeto; es decir, la muerte del otro nos conmueve en tanto nos toca el tema de nuestra propia muerte. En un momento triste en donde un amigo aún joven tiene un cáncer terminal, Derrida (1989) dice: "Siento la experiencia de la muerte muy cerca de mí. Ahora tengo una nueva experiencia, aunque no la hubiera deseado, pero tengo una nueva experiencia".

Tener la experiencia de una muerte próxima es un dolor para compartir, no para silenciar. Duelar porque la vida se termina.

Otra de las ideas que introduce Freud en este texto –pegado siempre a la noción de sujeto/objeto– es la de *sustituto*: un duelo termina cuando se puede sustituir el objeto amado. Es una concepción muy particular del amor, porque el amor tiene un carácter insustituible. Uno se enamora nuevamente no porque "sustituya a", sino porque realizó un trabajo por el cual se pudo volver a enamorar. No es que se pierda un objeto, objeto que luego se sustituye, sino que con el otro se va parte de uno mismo. No es algo que acontece *allá* sino algo que *me acontece* o que *nos acontece*, en el mejor de los casos.

Evoco aquí una película de Clint Eastwood llamada *El sustituto*, basada en un hecho real, en la cual un niño es raptado por un hombre que roba y tortura

niños para luego matarlos. La policía, para ganar créditos propios, fragua haber encontrado al niño perdido. Rápidamente busca a un niño parecido y se lo lleva a la madre, pero ella, a pesar de encontrarse en pleno duelo y aunque el niño ha sido entrenado para hacer el papel de hijo, se da cuenta de que no se trata de su hijo. Ese, su hijo amado y perdido, no se sustituye; no es intercambiable, nada lo podrá reemplazar, aunque le traigan a un niño con el mismo color de cabello, de ojos, con un parecido físico. Si una madre pudiera sustituir a su hijo ello implicaría que esta está afectada por una grave perturbación. La idea de Freud de sustituto elimina nada menos que la singularidad que reviste cada experiencia amorosa o de encuentro con otro.

Por otra parte, si el trabajo de duelo concluye cuando el objeto cae porque lo puedo sustituir, si esto es el mejor trabajo de duelo, ¿qué criterios acerca del amor se desprenden de ello? ¿Qué pasa con el amor? ¿Dónde está el amor si es tan sustituible el que está a mi lado? ¿Dónde está el amor en esa teoría psicoanalítica? Además, esta división tan tajante de sujeto y objeto no nos permite entender justamente cuando las pérdidas son tan significativas que arrasan con uno.

Otra de las cuestiones que marca Freud es que existe una alteración del *humor en el duelo*, alteración que comparte con la melancolía, y que hay una inhibición de toda creatividad. El trabajo del duelo realmente no se condice con esta característica, sino que, en muchos casos, sucede lo contrario. De pronto alguien que está atravesando este proceso escribe un libro, o se zambulle a lo que sea su actividad más creativa.

Luego Freud habla de la *pérdida de la capacidad de amar en el duelo*. Podríamos preguntarnos entonces por qué se perdería la capacidad de amar en el duelo si el duelo es justamente un trabajo sobre la capacidad de amar. Además, uno no solo duela porque alguien se muera, sino también por las ilusiones perdidas. Freud habla del retiro de la realidad, tanto para el duelo como para la melancolía, cuando en verdad hay una vuelta sobre uno en relación a todo lo que tiene que elaborar en estos procesos; no se trata de un retiro de la realidad sino de un trabajo sobre el amor perdido, aunque este no esté concentrado en una persona. Puede tratarse de una ilusión acerca de una persona o de un vínculo amoroso, en cuyo caso lo que se pierde es también insustituible.

A diferencia de lo que plantea Freud respecto a que el duelo se acaba cuando el objeto se fue y es sustituido, la *vivancia*, como la llama Jean Allouch, es el sentimiento de que el otro está vivo en nosotros. Algo similar

plantea Winnicott cuando dice que uno puede finalizar un duelo cuando siente que el otro está vivo, cuando se puede acordar, por ejemplo, de las anécdotas divertidas de alguien a quien ha amado. Es una forma de llevarlo vivo dentro de uno.

Kenzaburo Oé (2007) es un autor que escribe y piensa con minuciosidad sobre las situaciones de duelo y sostiene que este no es en sí patológico. Él coloca en la escena el duelo por la muerte del hijo: el duelo allí es por lo que no pudo ser; la muerte del hijo es justamente la muerte del porvenir que todo hijo abre como promesa futura. Para este autor la muerte de alguien implica en realidad un cambio en la relación.

En uno de los cuentos de Pirandello (1965), el protagonista se encuentra en el trabajo de elaborar el duelo por su madre, por lo cual regresa a la casa donde vivía cuando era niño. Surge allí la voz de la madre que le dice: "¿Por qué estás triste si me puedes pensar?", a lo que él responde: "Estoy triste porque tú no me puedes pensar a mí". Uno puede evocar a un muerto, citarlo, seguir amándolo y transformándolo, pero el que está muerto no puede pensar al que está vivo y allí radica el cambio de relación. Sucede algo similar con personas que padecen de un Alzheimer muy avanzado, personas que dejan de reconocer a todos sus seres queridos, por lo cual ya no los pueden pensar. Esto produce en muchos casos que los familiares hagan un *duelo anticipado* (Allouch, 2006), un trabajo por el que no está para pensarnos, aunque esté vivo, porque "vivo" allí no implica una subjetividad.

En las sociedades contemporáneas la muerte deviene una experiencia oculta y silenciada, por demás censurada, y evitada, de una manera señaladamente fóbica, o tratada como un trámite por el cual pasar lo más rápidamente posible; esto genera todo un efecto dislocador, en tanto la muerte de hecho está integrada a la existencia y es parte indisociable de ella. Experimentamos a veces la impresión de que buena parte de la censura que antaño recaía sobre la sexualidad se hubiera desplazado a la muerte y todo lo que la acompaña. No pocas idealizaciones de lo que sería una *vida sana* disimulan mal fantasías imposibles de inmortalidad, como si aquella la prometiera a quienes cumplieran sus condiciones, lo cual contribuye no poco a la creciente medicalización de la vida.

En nuestro medio psicoanalítico, aunque parezca mentira, no se habla de la muerte. "Si un analista se enferma es porque está mal analizado", se decía hace ya muchos años, no obstante lo cual, si bien ahora no se lo enuncia de esa forma, se sigue ocultando; bajo este preconcepto si un analista se enferma

lo oculta. Se trata de un medio prejuicioso que sanciona la enfermedad mental y física, pero sobre todo mental. Hace unos años recibí un paciente que estaba muy angustiado porque había ido a sesión y allí le dijeron que su analista no lo podía atender. Luego se enteró de que había fallecido ese mismo día. Este muchacho padecía una grave depresión; cuando vino a verme estaba convencido de que algo había hecho para que el día que lo tenía que atender su analista, habiendo ya atendido a otros pacientes, fuera a morir cuando le tocaba su turno. Él trataba de dar sentido a aquello que no lo tenía; el depresivo con la *culpa* da sentido a algo que no lo tiene. Tampoco tiene sentido que un analista esté enfermo durante tanto tiempo sin transmitírselo a sus pacientes, revistiéndose de una pátina de invulnerabilidad que solo favorece negaciones.

Otra característica que Freud hace compartir entre la melancolía y el duelo –la cual es propia justamente de la melancolía y no del duelo– es la *culpabilización*. El reproche y la falta de creencia en sí mismo no solo pertenecen a la melancolía sino al abanico de todo proceso depresivo. En algunos casos de personas con hermanos con discapacidades uno encuentra más deteriorado al hermano sano que al hermano afectado por dicha discapacidad, justamente por culparse de haber nacido “sano”.

Hay una cuestión que debemos tener muy presente en el campo de la clínica respecto a esta temática y es que, aunque algunos autores han afirmado que si el duelo no se hace después de una pérdida importante es porque no se está tramitando, en verdad el duelo no es obligatorio y tampoco inmediato. Pero no debemos banalizar el proceso de duelo; duelar no consiste en llorar mucho, tampoco en detener la propia vida. Un médico de la época en que Freud estaba escribiendo “Duelo y melancolía” sostenía que ante el fallecimiento de un ser querido había que hacer “llorar a los niños”; ellos no podían jugar o reírse en una situación de muerte, aunque todos sabemos que muchas veces esta suscita el ridículo y que la emergencia de la risa justamente está vinculada con el sin sentido que implica la muerte. La muerte es ridícula, nos dice Allouch, quizás porque todos sabemos –¿sabemos?– que la vida cabalga sobre la muerte.

Separación, pérdida, duelo, depresión están también vinculados con el trauma y entra en juego allí uno de los conceptos más importantes de Freud, revalorizado luego por Lacan, que es el de *a posteriori*. A través de este concepto se transforma y se trastoca profundamente la concepción vulgar de la linealidad del tiempo, y de un tiempo reducido al de la marcha de un reloj.

El barrido de la temporalidad modifica incesantemente cualquier idea de una relación estática entre presente y pasado o entre presente y porvenir: el psicoanálisis ha demostrado cabalmente que algo no puede ser considerado como pasado por el mero hecho de fecharse en el día de ayer, así como tampoco puede ser concebido como presente si, por ejemplo, está reprimido y por lo tanto no al alcance de la mano del sujeto. De esta manera el psicoanálisis enriquece y complejiza por adentro el cuerpo demasiado simple de estas nociones tradicionales y de sus connotaciones metafísicas.

Allouch también critica la conceptualización de *trabajo del duelo*, punto en el cual no coincido porque se trata de una noción rica en psicoanálisis –el trabajo del sueño, el trabajo propio de la adolescencia, etc.–. Trabajar no solo tiene que ver con la sociedad capitalista, como sostienen Allouch y Tizón García (2009), sino que trabajar para el psicoanálisis entra en relación con lo que Freud denomina la *per-elaboración*. Es que el proceso de elaboración de un duelo no tiene un puntual inicio y fin, sino que se da a través de un discurrir de la vida misma, retomando lo que pasó para resignificarlo de otra manera.

Por otra parte, existe también a veces, dentro de los duelos, lo que se llama un *acto de duelo*. El trabajo del duelo implica todo un transcurrir, mientras que el acto es algo puntual. Tampoco es un rito, ya que el rito es compartido por una comunidad, mientras que el acto es singular. En la película *Toy Story III*, Andy, a quien conocemos desde niño, en este momento, vuelto adolescente, se encuentra atravesando un trabajo de duelo: está entrando en otra etapa de la vida; va a ingresar a la universidad; debe desarmar su cuarto de niño y deshacerse de muchos de sus juguetes. Hacia el final de la película él le regala sus preciados juguetes a una niña muy dulce que disfruta de jugar con ellos, volviendo a dotarlos de vida. Se trata de un *acto de duelo* y relevo, a la vez, en donde él “le pasa la posta” a la niña para que ahora sus juguetes puedan seguir estando vivos en y con ella.

Winnicott nos dice que uno no solamente sufre por lo que ocurrió, sino también por lo que no ocurrió, por lo que uno nunca tuvo o por esa vida que nunca se realizó. Cuando el duelo por lo que no ocurrió persiste como característica dominante entonces sí puede derivar luego en una depresión.

Otro tema muy importante es el *doble duelo*, que no es lo mismo que el *duelo duplicado*. El doble duelo –no quiere decir literalmente que sea doble, puede ser triple o cuádruple– es un duelo que se socializa, que no afecta solamente a una persona. El *duelo duplicado* es diferente porque implica el

duelo por varias muertes encadenadas como, por ejemplo, cuando ocurre un accidente en el que muchas personas mueren. Esta dificultad se agudiza cuando los fallecidos eran más jóvenes que quien debe asumir su pérdida.

Otro aspecto que tampoco está claro en "Duelo y melancolía" es la diferencia entre *alucinación y confusión*, y aquí notamos nuevamente la influencia de Meynert en Freud, quien se dedica a estudiar el pensamiento alucinatorio. En un proceso de duelo uno puede estar con cierto nivel de confusión, pero no podemos igualar ello con una alucinación (tanto en su variante positiva: ver algo que no está, como en su variante negativa, la de no ver lo que está en la realidad). Esto puede perjudicar en mucho nuestro trabajo clínico pues podemos psicopatologizar lo que en realidad forma parte del duelar. Supongamos, por ejemplo, que una persona cree ver nuevamente a un ser muerto mientras camina por la calle: si se trata de una confusión, es decir, de una conmoción, esta será inmediatamente "corregida" por la misma persona que la tuvo, mientras que si se trata de una alucinación la certeza continuará y allí sí podrá empezar un derrotero patológico.

Existe un bello trabajo realizado por la psicoanalista Marilú Pelento (1993) acerca de duelo y psicosomática, donde cita el caso de su paciente Inés, cuyos padres fueron secuestrados y asesinados por la dictadura genocida que atravesó la Argentina. Allí se muestra cómo en este contexto Inés, siendo todavía una niña, perdió algo de sí misma, algo de sustancia psíquica, enfermando entonces de hipertensión, no obstante lo cual la niña presentaba una alegría que resultaba discordante, tanto en su casa como en la situación analítica: es que ella debía supuestamente revitalizar a sus abuelos en los cuales el dolor era evidente. No toda pérdida de los padres lleva a una situación de tanto dolor y duelo, pero sí en un caso de estas características. Inés hubo de enfermarse porque, aun sin saber las circunstancias de la muerte de sus padres, pudo percibirlas. Fue de vital importancia para la niña que esto finalmente pudiera salir a la luz en la casa, posibilitándole hablar con los abuelos y con los tíos.

Para los que en ese momento eran niños que sí se encontraban en condiciones de entender lo que pasaba, la situación era más delicada aún en tanto no se podía hablar de ello, corriéndose el riesgo de también desaparecer. Las circunstancias vigentes –una dictadura– no permitían detenerse en dicha pérdida ni mucho menos profundizar en cómo había ocurrido, lo cual comprometía el curso más normal del duelo y dificulta mucho la posibilidad de que este pudiera desarrollarse sin crear patología. Por eso es tan

importante poder hablar con otros sin ser sancionado.

Cuando un duelo no puede ser hablado, ni en el contexto familiar ni en el social, se convierte en un *duelo patológico*. Algo que habitualmente me preguntan los padres de los pacientes es "¿Le digo que se murió? ¿Le digo que tal persona se va a internar porque tiene tal enfermedad?". A los niños hay que decirles las cosas, en un lenguaje en el que las puedan entender y cuidando a veces los detalles, pero en la mayoría los casos ellos solos ya están al tanto de la situación, dándose cuenta y captando preocupaciones e indicadores de que algo está sucediendo. Ahora bien, si esto no puede ser puesto en palabras puede transformarse en un escotoma para el psiquismo y producir que el niño reniegue de su propia percepción, entonces el duelo por ese ser querido enfermo o fallecido no va a ser simplemente un duelo, sino que se va a tornar en una situación disruptiva; de esa forma se le agrega a la muerte o a la enfermedad la situación de secreto. Pareciera así como que la muerte "nos abusara": de la muerte no se puede hablar.

La madre de Martina (1) me preguntó en una oportunidad si le tenían que contar a la niña que el abuelo había muerto. Lo que más me impactó de la pregunta fue el carácter renegatorio de la misma: estando en casa de ellos, la niña había presenciado la abrupta caída de su abuelo, hecho después del cual tuvieron que llamar a la ambulancia. Antes de llegar al hospital el hombre murió. Sabemos que, a pesar de su retraso, Martina es una niña muy vivaz, que pudo captar la gravedad de la situación por ella presenciada. Sin embargo, la abuela de la niña sostenía la idea de que "Los niños no se dan cuenta" y entonces "¿Para qué preocuparlos?". Además, agregaba, ¿para qué decirle a la niña si se veían poco pues vivían a mucha distancia?, "Total, no lo veía tanto". Seguramente no tenía el mismo estatuto para Martina la muerte de ese abuelo, que vivía tan lejos, que la de otras personas del círculo más cercano, pero, contrario al parecer de su abuela, mi indicación fue que la madre hablara con Martina de lo sucedido, explicándole que si la niña preguntaba por el abuelo es porque se daba cuenta de las circunstancias. Finalmente la madre le contó y entonces la niña preguntó dónde estaba el abuelito. "Está en un cementerio y también en una estrellita" fue el relato de su familia. Martina se quedó un rato callada, pensativa y luego alzó su mano en forma de despedida y dijo: "¡Ah! ¡Chau, abuelo!". En este caso en particular, por ser una niña que padece un trastorno del desarrollo, el que pudieran hacerla partícipe de un acontecimiento vivido por todos implica un respeto por la niña y sus procesos, no solo en su comprensión de los

acontecimientos, sino en la propia elaboración de estos, dándole lugar, además, a su percepción, pudiendo compartir con ella este tema sobre el cual la niña, probablemente, volverá una y otra vez.

Otra de las cuestiones importantes que debemos marcar aquí es que un niño puede encontrarse con la *depresión* del adulto y no entender bien por qué no está disponible para él, como le pasaba a Inés con sus abuelos. Cuando salía de la escuela, Inés miraba desde lejos el rostro de su abuela para ver si esta estaba o no disponible para ella. Su depresión hacía que no lo estuviera, o que lo estuviera de manera intermitente. Cuando un adulto está demasiado tomado por un proceso de duelo no es sencillo que un niño le pueda generar alegría, y para un niño el hecho de no poder dar alegría al otro es una situación muy difícil que puede llevarlo a procesos patológicos o depresivos.

Al decir de Kenzaburo Oé (2011): “El duelo es una enfermedad que se cura cuando termina el duelo”.

1- Véase el cap. 2 de este libro.

Capítulo 5

Especificidades de la depresión en la niñez

Todos los autores que hemos estado trabajando, a los cuales me adhiero en su conceptualización, sostienen que la depresión se encuentra regularmente ligada al duelo patológico, encapsulado. Es decir, no hay depresión sin duelo patológico. Separación, pérdida, duelo, son características comunes que, según qué vicisitudes sigan, nos llevarán por diferentes caminos, de modo tal que en nuestro trabajo clínico las tendremos en cuenta para orientarnos hacia un lado o hacia el otro. Podemos encontrarnos también con una evolución saludable, es decir, con una subjetividad que atraviese situaciones difíciles de la vida de una manera saludable en la medida en que se muestre capaz de responder con procesos creativos a esas vicisitudes en lugar de hacerlo cargándose de síntomas y/o inhibiciones; la medida de lo saludable lo dará no la ausencia de conflicto o de dolor, sino esa posibilidad de enfrentar la situación con recursos que no sean patológicos.

Desde hace tiempo vengo insistiendo que la precisión diagnóstica no es un hecho secundario, sino que, desde inicios, es la que pone la brújula en la dirección de la cura. En este capítulo en particular quisiera resaltar el carácter preventivo de nuestra práctica al poder diferenciar minuciosamente las características diferenciales de la depresión temprana que nos permiten realizar un diagnóstico fino en cuanto a coincidencias y divergencias con el espectro del autismo y las psicosis de tipo esquizoformes. Es decir, estoy proponiendo toda una bifurcación de caminos: dado, por ejemplo, un hecho potencialmente traumático o patógeno, en la medida que fuere, es detectable una alternativa según la cual el sujeto responde y transita por un camino que implica de diversas formas la depresión (Nadine), o bien por uno muy

distinto que conduce al desarrollo de procesos autistas y psicóticos (Luciano). Esta encrucijada nos llevará luego, a su vez, por otras derivadas de ella, pero me interesa situarla como la primera gran encrucijada que encontramos y de la cual partimos y que debe encabezar, por lo tanto, todo trabajo de diagnóstico diferencial.

Comencemos por establecer una primera diferencia entre las depresiones tempranas y las depresiones más tardías. Mientras que en las depresiones más tardías –ya en la niñez– nos encontraremos siempre con características como la desvalorización de uno mismo, la culpabilización explícita, el reproche ("Por culpa mía"), el cargar el camino de la culpa transgeneracional ("Es a causa de mí", "Es porque yo debo cuidar o dedicarme al otro"), en las depresiones tempranas, en cambio, nos toparemos con lo que se ha dado en llamar *equivalentes depresivos* (Ajuriaguerra, 1976). Teniendo en cuenta que en las depresiones estamos constantemente en un camino de cornisa donde la amenaza es la muerte, estos equivalentes depresivos pueden ser muy graves. Me refiero aquí al riesgo de muerte por marasmo, por ataque de asma, por anorexia, etc. Es por ello que en este campo muchas veces tendremos que trabajar de manera interdisciplinaria.

Uno de estos equivalentes depresivos es justamente el *compromiso corporal*, estando, como decía, el riesgo de muerte siempre presente. Como profesionales no hemos sido capacitados para estos temas: así como en la Facultad de Medicina existe un cuerpo sin psiquismo, en la Facultad de Psicología existe un psiquismo sin cuerpo: dimensiones precluidas diferentes en cada caso, tributarias de la antiquísima escisión metafísica entre cuerpo y psiquismo o entre lo sensorial y lo inteligible, y que ha organizado toda una red de disciplinas académicas siempre respetuosas de estas líneas de fractura. El no respetarlas dio lugar precisamente a la invención del psicoanálisis como una práctica inclasificable, ni exactamente médica ni exactamente psicológica, y no es casualidad que el psicoanálisis apareciera en sociedad pensando precisamente fenómenos bien corporales de una manera totalmente inédita.

Otra de las cuestiones que pueden ocurrir –que se manifiestan también en situaciones autistas o psicóticas– es la *pérdida de adquisiciones*: la niña o el niño cuenta hasta el momento con una cantidad de logros en su pensamiento, en su motricidad o en su lenguaje cuando, de pronto, todos esos logros sucumben. No eclosiona con síntomas claros, sino que implosiona, se va hacia adentro; se produce una retracción, decaimiento, ensimismamiento y es

por las características comunes en ambas patologías que existen dificultades para diagnosticarlos.

También podemos encontrarnos con *insomnio*. En el caso de las depresiones se trata de un insomnio activo, inquieto: por la angustia que tiene el niño no puede dormir y entonces demanda, llora, los adultos se enteran. Diferenciemos este insomnio, por un lado, del insomnio que se puede producir en el atravesamiento de las fobias universales –por el momento en que se da y por sus características– y también del insomnio en la patología autista o en las psicosis tempranas –que se caracteriza en la mayoría de los casos por ser insomnio blanco, sin demanda, insomnio del que nadie se entera–. Dentro del terreno de lo patológico es más saludable que un niño pida el contacto con el otro a que un niño no demande porque sus expectativas ya han caducado o no parecen haber nunca existido: "¿Para qué pedir si no habrá quien responda?". En este último caso el medio que no puede responder a sus distintos pedidos puede funcionar a la manera de un medio muerto, tal como lo analizáramos con mayor detenimiento en el capítulo 1. Tanto es así que en la clínica podemos encontrarnos con un niño que aparentemente cursa con el famoso ADD/ADHD cuando, en verdad, este no parar de moverse se produce en función de sentirse vivo en un medio muerto o, también, de despertar a ese medio que no está vivo.

Otra característica frecuente en las depresiones tempranas es que el niño tiene sus *ojos bien grandes y conectados*, aunque no pueda ejercer sus funciones vitales, similar a un niño desnutrido (Lefort, 1983), a diferencia del niño con patología autista que tiende a no conectarse con la mirada, no registrando con esta al otro. Alguien puede ver pero no mirar, tener cara pero no tener rostro. Uno de los temas más importantes en el trabajo con un niño autista es justamente la recuperación de la pulsión escópica.

En mi libro *El niño del dibujo* (Punta Rodulfo, 1992) una de las primeras cuestiones que analizo es lo que denominamos los *agujeros del cuerpo*: "Cuando una pérdida es muy temprana, una pérdida sostenida del objeto implica una pérdida sostenida de sujeto, una pérdida sostenida en la zona".

Actualmente haría una modificación a lo que Piera Aulagnier aporta en relación a la pérdida y al *agujereamiento corporal* que padece el niño afectado y hablaría, en cambio, de *subjetividad* –es decir, el niño– y de *pérdida del otro* –en lugar de *pérdida del objeto*–, lo cual afecta a una pérdida de la zona de esa subjetividad en donde el cuerpo queda agujereado. Así como hay una diferencia entre cara y rostro, hay una diferencia entre

orificio y agujero: el orificio es una construcción propia del tránsito a la subjetividad, es decir, del establecimiento de los orificios corporales, mientras que el agujero implica perder dichas zonas corporales. Cuando hablamos, por ejemplo, de anorexia o asma no hablamos solamente de perder zonas, sino que allí el agujereamiento llega a afectar determinadas funciones corporales básicas como la respiración o la digestión, la excreción, etc.

Rosine y Robert Lefort en *El nacimiento del otro* (Lefort, 1983) presentan dos historiales: el primero, de una niña con problemática autista, y el segundo, de una niña con problemática depresiva. Estos autores sostienen que el agujereamiento es una de las cuestiones más graves que le pueden pasar a una subjetividad y es por ello que resulta muy importante que el niño no esté tempranamente agujereado, porque de estarlo nos encontramos allí ya envueltos en patologías de extrema gravedad y de difícil pronóstico.

Gisela Pankow (1979), quien estudia el papel de la familia en la psicosis, habla de que las zonas de destrucción en la subjetividad tienen que ver con las zonas destruidas en el mito familiar. El mito familiar no se remite solo a la generación actual sino a varias generaciones. Según Lacan, al menos a tres. Ahora bien, ese lugar no está predeterminado, como algunas concepciones estructuralistas lo sostienen, sino que es una ecuación entre el mito y la subjetividad; dentro de cierto margen, como ya dijéramos, el niño no es un ser pasivo frente al medio, sino que tiene una espontaneidad no predecible. Es muy importante esta correlación entre el papel que se le tiene asignado, los agujereamientos en el medio y los posibles –aunque no directamente determinados– agujereamientos en el niño (Punta Rodulfo, 2005, véase el material de Tom).

Autores ingleses, como Frances Tustin, trabajan el tema del agujero o del tubo a propósito de materiales de pacientes autistas que narran en sus sesiones dicho agujereamiento. Es que los niños traumatizados llevan el trauma como huellas sensoriales que son transcriptas como escritura en los dibujos, justamente en los que el cuerpo se les agujereó. (1) Estos niños no saben nada de teorización, pero nosotros como analistas podemos teorizar gracias a que ellos nos enseñan acerca de su sufrimiento, acerca de su estar perforados y agujereados.

Entra en juego aquí la infundada insistencia en toda la literatura psicoanalítica en lo no representacional del trauma, tema que, a su vez, no cesa de insistir y de insistirme: no se trata en verdad de una mera falta sino de una inscripción negativa a nivel de lo originario, como lo venimos

conceptualizando a partir de Piera Aulagnier ([1975] 1977). La teoría de la representación-cosa y de la representación-palabra y la transcripción de un sistema a otro, inaugurada por Freud, es ampliada por Piera al incorporar lo originario. Ella plantea que en el proceso originario no vamos a encontrar las huellas mnémicas que encontramos en el primario y en el secundario –reflexiono yo–, sino que nos encontraremos, según mi experiencia, con huellas sensoriales –de las cuales ya hablaba Freud–, y las inscripciones características de este proceso originario se denominan *pictogramas*. Un trauma al nivel del proceso primario no alcanzará el nivel de la representación-cosa y al nivel del proceso secundario, en el preconsciente consciente, tampoco se articulará en la representación-palabra. Tengamos en cuenta que Piera trabajó la mayor parte del tiempo con pacientes psicóticos y que, por y gracias a ello, tuvo que procesar y trabajar lo que los pacientes traían a la clínica.

Piera desarrolla entonces esta conceptualización a partir de la clínica y también de escrituras como la china y, mucho antes, la egipcia. Se trata de escrituras pictoideográficas, escrituras en imágenes, distintas a las fonéticas.

Para ubicarnos en el concepto de *escritura*, a diferencia del *logos* (Derrida, 1967), quisiera referirme al lugar que ocupaba en la civilización egipcia el escriba. El escriba era, junto con las pirámides, uno de los símbolos de dicha cultura –y actualmente lo sigue siendo en los museos–. La figura del escriba era fundamental porque el pueblo egipcio era un pueblo de escritura, a diferencia, por ejemplo, de los griegos.

En las cuevas primitivas, durante la época en la que el hombre empezó a ser Homo sapiens sapiens, el ser humano inició allí su actividad de inscribir, escribir y escribirse. En la Argentina, desde la Patagonia hasta el Norte, uno puede encontrar cuevas pobladas de pinturas rupestres. Las escrituras que hallamos en ellas son también escrituras pictoideográficas.

En *El múltiple interés del psicoanálisis* (1913) Freud nos dice que “debemos entender los sueños como escritura pictoideográfica”, dándonos elementos para pensar en psicoanálisis, abriéndonos allí un camino para comprender no solamente la subjetividad en sus más diversas polifonías, sino también para entender y poder pensar, en distintos niveles de escrituras, en estos cimientos de la subjetividad que se está edificando constantemente, la clínica con niños. No podemos interpretar el dibujo de un niño analógicamente o a partir del lenguaje; tampoco podemos hacer la trampa de preguntarle al paciente qué hizo allí, en los casos en donde no asociemos por

nosotros mismos, porque esto ofendería a cualquier niño. Entonces, este planteo de Freud nos permite trabajar interpretativamente con los pacientes, quienes nos permiten, a su vez, conceptualizar la teoría.

Entonces, la escritura pictográfica no es alfabética pero sí es escritura. Piera nos dice: "Todos nosotros tenemos, en nuestra subjetividad, pictogramas. Las huellas sensoriales son pictogramáticas". El exceso o el defecto en una zona van a constituir lo que Piera denomina *pictograma negativo*, que es el efecto de la insistencia de la *violencia secundaria*.

Por otra parte, la *violencia primaria* es llamada por esta autora *violencia de la interpretación* y se refiere, en principio, a los primeros tiempos de vida donde es la madre quien interpreta lo que el bebé necesita, en el sentido de que en verdad no se sabe qué es lo que realmente necesita el bebé, pero a ese llamado acude la respuesta de la madre, según lo que ella interpretó.

Pero esta tópica ampliada que desarrolló Piera Aulagnier no se refiere solamente a los primeros tiempos de la vida. Insisto en esto porque hay una constante en todos los psicoanalistas –siguiendo a Freud– en continuar hablando de "los primeros tiempos de la vida". Actualmente marcaría una extensión del concepto y diría que hay momentos de la vida en los que uno puede tener igual o más fragilidad que un bebé y que allí la posición del otro en tanto interpretador solo será efectiva si puede colocarse en lugar de cometabolizador. No solo el bebé necesita de esa violencia primaria para subjetivarse, sino también el adolescente o cualquier persona que esté pasando por un momento de la vida que constituya un acontecimiento que lo vuelva vulnerable.

Otro aspecto que agregaría a esta conceptualización es que así como el bebé necesita de esa violencia interpretativa, la madre necesita también de la devolución que el bebé hace ante la respuesta de la misma. Muchos bebés con dificultades vitales, entre ellos aquellos con problemáticas del desarrollo, a veces "interfieren" esta interpretación, en el sentido de que si del otro lado uno se encuentra con un bebé que aparentemente lo rechaza, como Martina, (2) con un bebé que no puede responder a esa interpretación, para relanzar una situación que no devenga patológica, tendrá entonces que entrar en juego un interpretador que interprete al interpretador, porque ese primer interpretador (por lo general la madre) tiene un tiempo para poder interpretar esto y no tomarlo como un signo de rechazo por parte del bebé. Si se trata de un buen interpretador –hablando del segundo interpretador (*segundo adulto*, como lo denominó Jessica Benjamin)– podrá ayudar a renarcisizar a la madre

para que pueda sostener a este niño que parece impermeable a la interpretación, no pudiendo, por ejemplo, parar de gritar. Esa es la función de sostén que puede hacer allí un psicoanalista.

Retomando lo pictogramático en Piera, recalco otra cuestión que considero fundamental: en toda subjetividad existen inscripciones negativas e inscripciones positivas, es decir, se trata de inscripciones psíquicas; el tema es el predominio de estas, lo cual marca una diferencia, en el sentido de hasta cuánto y hasta cuándo podemos estructuralmente –a lo largo de la historia de una subjetividad– transformar la cualidad de la inscripción. Además, ¿en qué tiempos de estructuración de la subjetividad se instaló un acontecimiento en tanto traumático? ¿Cuáles son los tiempos para transformar lo negativo en positivo? No podemos intervenir ni en todo momento ni tampoco con los mismos resultados. Se trata, además, de un momento *carrefour*, de cruce, de encrucijada, de apertura de caminos o no, en que dicho trabajo se puede realizar. Convendría tener presente, además, que el agujereamiento en la inscripción negativa no es estático, no es un agujero que se queda quieto donde está.

RETORNANDO A NADINE (3)

A partir de los materiales de Nadine y de Luciano se genera una articulación entre todo lo relacionado a separación, pérdida, duelo, duelo patológico y la temática del trauma en la cual nos introduciremos más adelante. Nadine nos conduce a través de estos “laberintos” porque en su patología lo traumático está anudado a la pérdida, al duelo patológico y a la depresión, lo cual no siempre sucede. Sin embargo, en Luciano, al cual los avatares de la vida le hacen atravesar, también en momentos tempranos, situaciones de gravedad equivalente, las derivaciones psicopatológicas no siguen el camino de la depresión sino el del autismo y la psicosis. Desarrollaremos su material en el siguiente capítulo.

Nadine tenía 9 años al momento de la consulta; presentaba una sintomatología caracterizada por: obesidad, asma, dificultades del pensamiento marcadas que se manifestaban en el área del aprendizaje, violencia con pares y también hacia los adultos. Hay una diferencia que nos marca Françoise Dolto en cuanto al no reconocimiento de la distancia

generacional, diferencia que me sigue pareciendo válida: aun teniendo problemas de violencia con sus pares el niño debería reconocer la diferencia generacional con respecto a los adultos. En el caso de Nadine esto no sucedía y fue muy difícil trabajar con ella porque intentaba escaparse del consultorio, revoleaba objetos en forma contundente, intentaba pegarme, cuestiones que se agravaban teniendo en cuenta su desarrollo corporal: Nadine no solo era muy alta para su edad, sino que, además, era una niña obesa que me igualaba en fuerza, y no era nada sencillo el contenerla.

Había nacido y crecido en un medio tóxico y armaba en su cabeza ideas delirantes en las cuales suponía que estábamos todos en su contra, que todos la queríamos dañar, incluida yo, por lo cual me decía que no iba a existir para ella. Esto dificultó la transferencia, ya que me encontraba, como dice Piera Aulagnier, caminando en un campo minado o lleno de serpientes. Por otro lado, tanto estas cosas que decía como la mirada de ese Pato Donald en sus dibujos –los cuales analizaremos luego– me hacían pensar en rasgos paranoides. Uno de los caminos de la depresión es la depresión paranoide, la cual se caracteriza por esta susceptibilidad en donde constantemente la persona está interpretando lo que uno dice como un ataque dirigido hacia ella y donde reconoce su estado depresivo pero culpa de él a otros.

Había también en Nadine ideas suicidas; ella amenazaba con tirarse por la ventana. En sus gráficas vemos que la ventana no funciona como abertura que permita la entrada de aire y del afuera sino como un puro agujero. Esta niña presentaba un agujereamiento que la hacía sentirse nada, agujereamiento que, como mencionaba, es muy característico de la depresión. Su nombre –aunque lo cambié con el fin de preservar la confidencialidad del material– está muy ligado a la nadificación.

Cuando Nadine nació su madre, quien ya tenía antecedentes psiquiátricos importantes, entró en una “depresión puerperal” que pude reconstruir luego como una problemática de franco corte paranoide. La madre quedó internada, lo cual implicó un peso muy difícil de sobrellevar, ya que era muy fácil que Nadine se deslizara por el sentimiento de “Por culpa mía”, “Al haber nacido yo…”. Cuando la madre se encontraba fuera de las internaciones la niña tenía que ser el elemento vital que la sostuviera.

Aunque el trauma no siempre está ligado a la problemática de la depresión, en este caso se trataba de un trauma y no ya de una pérdida: el hecho de que la madre enfermara y debiera internarse, siendo Nadine una beba recién nacida, implicó que se fuera una parte fundamental de su propio

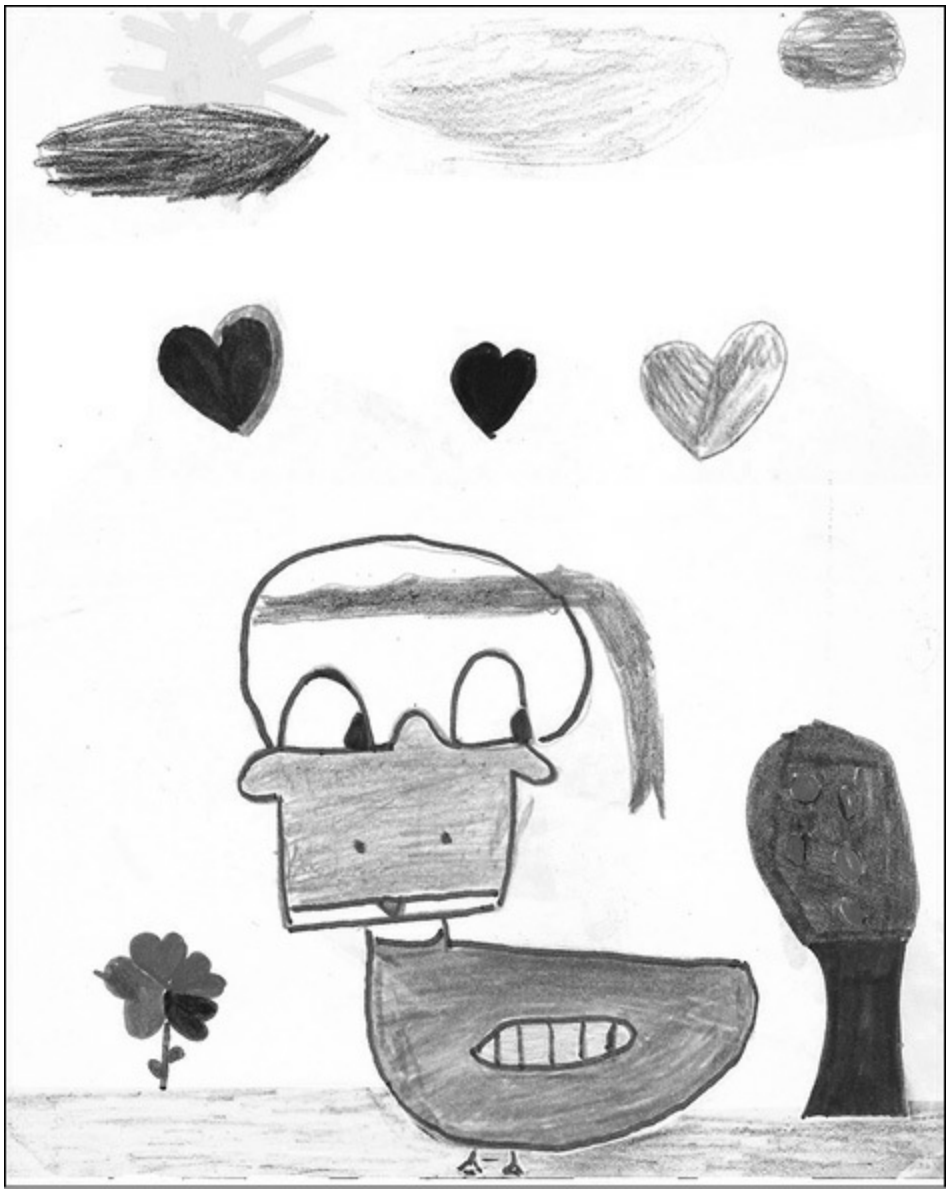
ser, produciéndose una verdadera hemorragia de subjetividad.

A pesar de lo que me había dicho Nadine respecto a que no iba a hacer nada conmigo, en nuestro primer encuentro realizó en el pizarrón un Pato Donald, figura que repitió luego en muchos de sus dibujos.

Es muy curioso que la niña eligiera justamente a este personaje, ya que la historia del origen del Pato Donald no es cualquier historia: como él se niega a salir del huevo, todos sus hermanos se van con su madre, de manera que cuando él nace lo hace con la marca del abandono. Nadine realizó el dibujo anticipando que iba a hacer al Pato Donald –no a cualquier pato–, por lo que me llamó la atención que el pato tuviera alas en vez de brazos y que sus patas más que patas parecieran muñones.

Quisiera destacar hoy un aspecto muy significativo que al momento de escribir el historial no pude procesar en la dimensión actual: al transformar el personaje de historieta “Pato Donald” simplemente en un “pato”, la niña realizó la operación de deshumanizar al personaje; esta es una vuelta de tuerca efectuada sobre el personaje de ficción, que deja de estar “antropomorfizado”.

Figura 5.1. Nadine



Así se presentó Nadine (figura 5.1). Recordemos la importancia de lo primero que un paciente trae a sesión, ya sea un dibujo, un sueño o un relato: el niño no dibuja, sino que se dibuja; es protagonista de sus sueños y de sus palabras, aunque ese protagonismo puede estar lastimado o amputado por la vida; no solamente hay un sujeto de la enunciación sino un sujeto del enunciado.

La secuencia que componen estas figuras la fui armando con el tiempo, a lo largo del análisis; se trata de una secuencia que atraviesa lo temporal cronológico, dejando marcas distintas en la subjetividad. Trabajar estas gráficas fue absolutamente conmovedor, puesto que Nadine me permitió con

ellas investigar y construir una conceptualización a partir de la clínica, como fue característico del psicoanálisis en sus momentos más fructíferos.

Una de las primeras cuestiones que me llamaban desde inicios la atención, y que empecé a procesar de una manera distinta en el intercambio con los alumnos que asistían a uno de mis seminarios, es el detalle de que la cabeza del Pato Donald armada por Nadine implica dos cabezas distintas, como si fueran dos capas de momentos diversos en la constitución subjetiva, en donde en la segunda cabeza construida en el pico es dable observar el dibujo de un osito de felpa.

En medio de esa hipervigilancia y de ese desafío con el que la niña se presentó desde inicios, una de las primeras cosas que trajo a sesión fue justamente un osito de felpa, el cual dejó en el consultorio. No jugaba con él pero lo sacaba de su caja cada vez que venía, para luego guardarlo. Él era un verdadero participante en su tranquila presencia del trabajo realizado en transferencia por reconstruir zonas siniestradas, puesto que el osito de felpa encarnaba en sí el desvalimiento temprano. Es así como el "pico-osito de felpa" constituyó una verdadera *datación*: allí estaba la niña o allí se dibujaba, en los tiempos del osito de felpa, en los momentos tempranos de su vida, en esos momentos de inermidad en la cual Nadine había crecido.

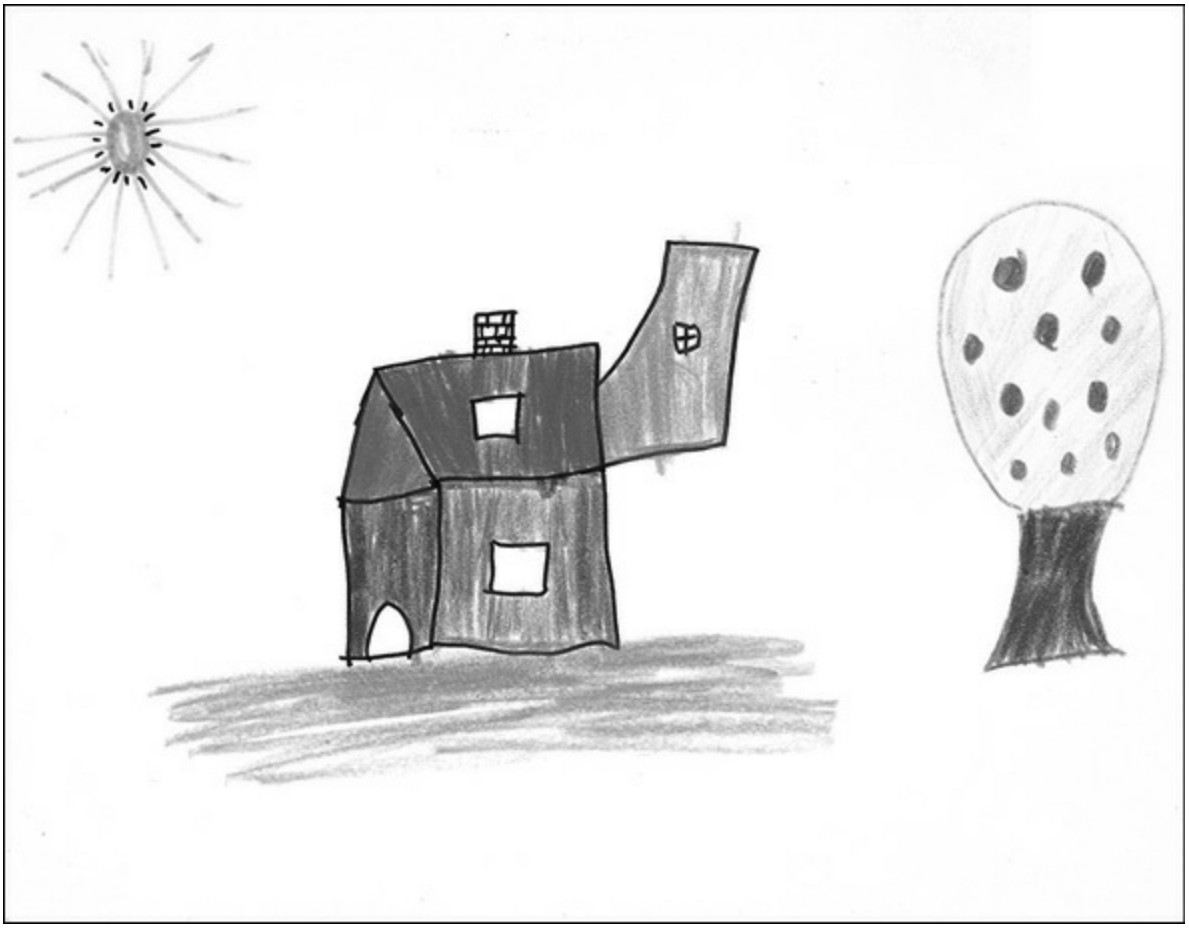
En la parte superior de la gráfica aparece una cabeza escindida y agujereada, porque lo que aparece como un simple banda en la cabeza del pato no es solo la "cinta del sombrero", sino que podemos descifrar allí, a nivel *pictogramático*, un agujero que la atraviesa –recordemos el caso Schreber trabajado por Freud, "los nervios desequilibrados serían un nexo con Dios", o sea, el cuerpo como un conjunto de "rayos que atraen la atención divina", el cuerpo como un sistema de cañería, el cuerpo agujereado y penetrado por los rayos de la divinidad–.

La mirada del Pato Donald es de hipervigilancia, de estar pendiente. Diría, al unísono con Winnicott, que una persona puede armar defensas, abroquelarse, y es eso lo que hacía Nadine. Así como esa metáfora de Freud de las capas de cebolla, capas en las cuales se va armando y constituyendo una subjetividad, también podemos hablar de la constitución de capas de defensa.

Junto con el agujero de la cabeza otro hallazgo que podemos encontrar en el dibujar de Nadine es el agujero en el centro del cuerpo en el momento en que la niña intentaba dibujar un ala, también en el plano consciente, apareciendo nuevamente un agujereamiento en el plano pictogramático.

En la “Serie de las casas” (figuras 5.2 y 5.3) se puede ver nuevamente la aparición de los agujeros y de la escisión en este segundo techo –o “doble techo”– realizado por la niña. Si una casa estuviera edificada de esta manera se caería, ya que no hay un centro de gravedad que la sostenga. Hay algo que amenaza con caerse. Uno puede encontrar en este doble techo las mismas características de aplastamiento y de hipervigilancia que encontramos en esa cabeza escindida, la cabeza de arriba del Pato Donald que domina a la cabeza del osito de felpa.

Figura 5.2. Nadine

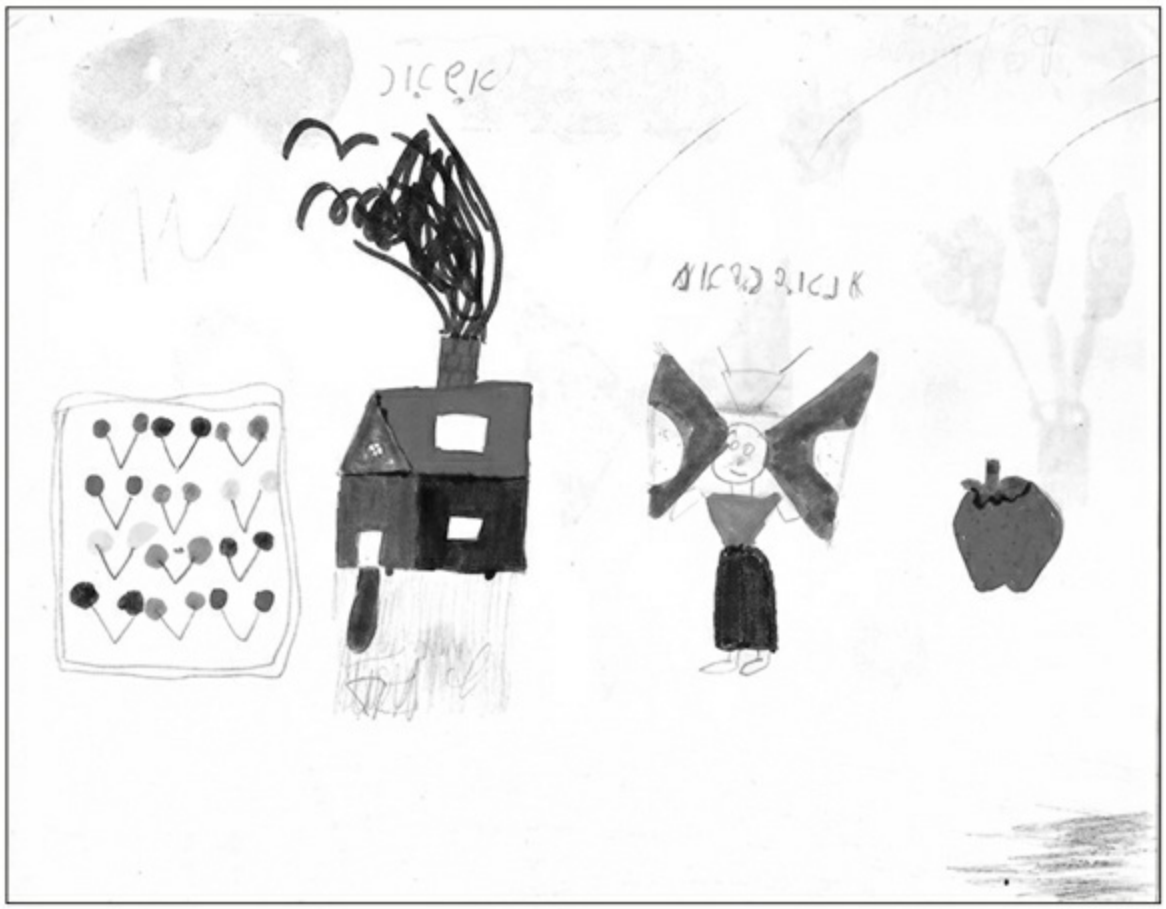


Otro elemento que llama la atención es que la chimenea no tiene humo. Françoise Dolto me enseñó, entre otras cosas, que uno de los primeros dibujos que hacen los niños –yo agregaría, por lo menos, los niños del mundo occidental– es la casa con la chimenea y el humo. La casa sería como una

trasposición del cuerpo en el espacio y la chimenea o el techo de la casa, un equivalente de la cabeza. Dolto dice que hay que poner mucha atención en el humo, ya que este tiene que ver con las fantasías más arcaicas de un niño y con su productividad. Tanto los niños como algunos adultos –incluidos algunos neurobiólogos– piensan que el psiquismo está localizado en la cabeza y que el cerebro es una máquina de producir pensamientos, por lo que una chimenea sin humo es una chimenea también agujereada, por donde no puede pasar el humito ni todo aquello que un niño desarrolla con distintos garabatos desde que es muy pequeño, garabatos que tienen que ver con la productividad de sus pensamientos.

En la figura 5.3 hay varios elementos a resaltar: en principio ese humo tortuoso, que aparece allí en forma de desorganización masiva del pensamiento; también es notable la cabeza de la niña, comprimida con lo que Nadine llamaba *moño* –el cual me remitió a los moños que en la época de Rosas se pegaban de forma compulsiva y con alquitrán hirviente en las cabezas de las personas que no tenían divisa federal (la cinta o moño de color rojo implicaba la pertenencia al Federalismo)–.

Figura 5.3. Nadine



He de remarcar que sobre la cabeza de la niña hay una escritura que no pertenece al alfabeto que manejamos.

Inicié entonces una pequeña investigación acerca de diferentes sistemas de escritura, pidiéndole a una colega que dominaba el hebreo que examinara las escrituras presentes en esta gráfica (es que guiándome por mi contratransferencia fui a buscar allí algo que en realidad no sabía conscientemente de qué se trataba). Ella me dijo que estos caracteres se podían leer como “anabetan” –palabra que no tiene traducción exacta– y que si descomponíamos la palabra –siguiendo la línea de las escisiones de Nadine– “ana” significaba “por favor” o “señal fuerte de súplica”.

Figura 5.4. Nadine

Hasta ese momento ellos no se habían presentado como una familia de origen judío y Nadine tampoco había estado en contacto con el idioma hebreo. A partir de allí realicé una serie de entrevistas con el padre y su nueva esposa para reconstruir una historia ausentada, historia develada a través de las gráficas de Nadine. Estimé que en algún lugar Nadine debía haber leído o visto esta escritura. A pesar de que en la escuela manifestaba tener "problemas de aprendizaje", estos aspectos nos revelaban su fina inteligencia, subsumida por su problemática depresiva que tanto la limitaba. Justamente en la misma gráfica su cabeza-perforada-por-el-moño daba cuenta del agujereamiento del que hablábamos anteriormente.

En otra serie Nadine realizó lo que denominamos *las niñas rubias*, niñas de piernas muy livianitas, chiquititas. Ella era más bien de tez morena, tenía cabello muy negro y, en ese entonces, se presentaba a sí misma como fea, gorda y chancha (cerda). Su ideal era la niña rubia, ideal con el cual a veces se identificaba para oponerse a la niña que ella no era. Supuestamente, si hubiera nacido esa niña rubia tan hermosa, su madre no se hubiera enfermado. Era Nadine como encarnación de lo feo y de lo malo quien al nacer enfermó a su madre; por su culpa ella la abandonó…

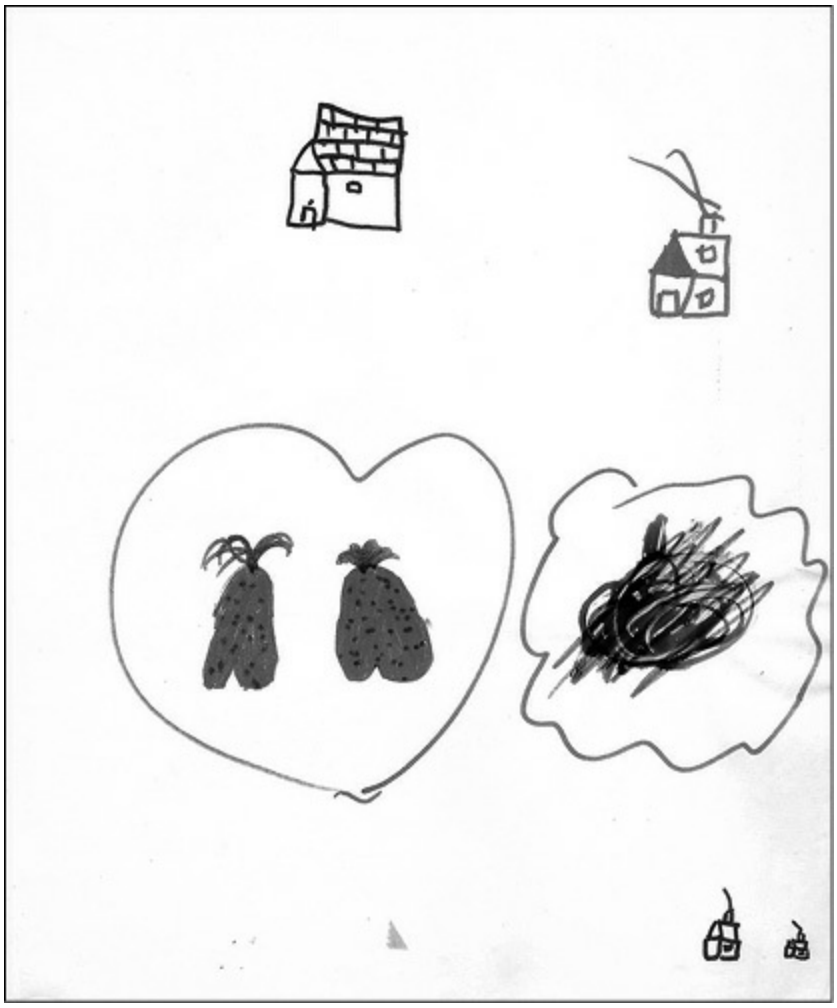
Se trata de una teoría que aparece frecuentemente en los niños que han sido adoptados, teniendo en cuenta que su gran drama no es haber sido adoptados, sino, primero, haber sido abandonados. Estos niños suelen pensar que no sirven para nada, que es por culpa de ellos que los abandonaron, etc.

Otra cuestión a remarcar es que mientras la niña dibujaba esta serie comenzó a hablar de la basura, identificándose con esta. Limpiaba el pincel en la misma hoja en que dibujaba, diciendo: “Saco la basura”, “Pongo la basura” (los niños en general, pero particularmente “las niñas”, no suelen ensuciar sus dibujos con “basura”; en todo caso la limpian en otro papel). Aparece entonces la niña rubia como un Yo-Ideal (4) –no como un Ideal del Yo, sino como esa que si hubiese nacido no habría enfermado a su madre– y la basura –que es esa otra posición identificatoria en la cual Nadine se colocaba: gorda, cerda, basura–.

En otras gráficas se presenta como una niña duplicada: *la niña idealizada, Yo-Ideal*, significante del Superyó que nunca alcanzará y *la niña basura*, significante del Superyó que la “Nadifica”, enfatizando la *oposición* entre *niña rubia = buena/niña fea = negra, vampira*.

En la figura 5.5 aparece nuevamente la basura en contraposición a eso tan deseado por niños y adultos: la frutilla. Se dice “la frutilla del postre” como aquello que corona. Lo lindo y lo feo. Nadine se movía siempre en ese universo.

Figura 5.5. Nadine



Actualmente mi intervención enfatizaría la presencia de la frutilla como dimensión de un deseo propio abierto al porvenir. Junto con los pacientes, los años de trabajo cada vez más me llevan a privilegiar las *construcciones* en psicoanálisis, ya que pienso, como lo sostengo en los más diversos lugares, que es el modo de intervención particularmente apto para ayudar a los pacientes a armar un proyecto propio, en la medida en que la construcción apuesta a recombinar distintos elementos históricos deshaciendo significados estereotipados para permitir la emergencia de una historia renovada.

En la figura 5.6 el lugar en donde estaba la niña se encuentra vacío: no hay nada, la niña desaparece de la hoja. Es infrecuente que esto suceda y en su momento me asusté bastante porque pensé que ella estaba manifestando allí lo mismo que cuando decía que se iba a tirar por la ventana. Tanto fue así que en el libro *El niño del dibujo* lo trabajé como una ideación suicida de Nadine.

Figura 5.6. Nadine

Actualmente lo pienso de un modo distinto: es bueno que alguien pueda trabajar una ideación suicida en el contexto del análisis de modo tal que ello le impida el pasaje al acto; la niña desaparece en la hoja pero sigue estando viva. Pienso algo similar cuando un paciente que está muy grave se angustia por una pesadilla. “¡Qué bueno! Ahora tus pesadillas están en tus sueños, mientras que antes tu vida era una pesadilla”. Hay una diferencia fundamental en ello.

En los primeros tiempos del análisis de Nadine la niña pudo tramitar

dichos agujeros de lo negativo en inscripciones positivas. Pero este no solo constituye un trabajo difícil, sino que puede llevar toda una vida.

En sus gráficas podemos observar el sufrimiento y agujereamiento que describíamos al inicio de este capítulo: la cabeza agujereada y el derrame, derrame que por el destino que corrió el tratamiento pienso que quizás no se detuvo fácilmente, aunque a la vez abrigo la esperanza de que no haya sido así.

1- Silvia Bleichmar prefiere caracterizarlo como *signos indiciales* que no hallan inscripción en la tópica psíquica al no estar ligados. Si bien no polemizo con la autora en cuanto a la denominación, me desmarco en relación a la falta de inscripción. Para ello tomo la conceptualización de Piera Aulagnier en relación con la inscripción negativa.

2- Véase el cap. 2 de este libro.

3- Me remito aquí al historial de Nadine en mi libro *El niño del dibujo*, figura 60 a figura 65.

4- Recordemos que el Yo-Ideal funciona como un Significante del Superyó, es decir, “lo que debo ser”. Algunos autores lo definen como un ideal de omnipotencia narcisística; mientras que el Ideal del Yo representa un modelo al que el sujeto intenta acceder. Véase Laplanche y Pontalis (1971).

Capítulo 6

Del paso de las formaciones autísticasa las formaciones psicóticas
Un estudio clínico a través del dibujo (1)

Hacia el final de su vida Freud desplazó, en lo que al psicoanálisis concierne, el acento de lo terapéutico al valor esencial de este en cuanto método de investigación, dada la complejidad con que es capaz de pensar la subjetividad humana. Esto, por supuesto, no descarta el uso terapéutico de dicha disciplina pero, en cambio, afirma su especificidad única para hacer justicia a la riqueza de la subjetividad humana. Una vez más hoy, ante el incesante retorno del positivismo en sus distintas variantes, siempre coincidentes en la simplificación del factor subjetivo, se hace imprescindible defender y revalorizar el papel del psicoanálisis en todo lo que hace, por ejemplo, a las patologías graves tempranas. Abundan testimonios, incluso escritos, en que los mismos pacientes afirman cómo fueron por primera vez tratados como “personas” en el consultorio de un psicoanalista, después de haber sido sometidos a adiestramientos diversos por parte de aquellas prácticas empiristas y conductistas. Esos mismos pacientes expresan su “horror” al ver que otros son entregados a las mismas técnicas de amaestramientos basadas en premios y castigos que reducen la subjetividad de un modo aplastante, percibiendo claramente la diferencia con el psicoanálisis, caracterizado, en cambio, por su respeto ante las producciones más diversas, por más patológicas que puedan parecernos, y por nunca proponerse barrer brutalmente con ellas en nombre de ideales normalizadores “siervos de la sociedad”, como decía Lacan.

Como ya hemos dicho anteriormente, este compromiso del psicoanálisis con la subjetividad humana no implica en absoluto desconocer las notables investigaciones y hallazgos en el campo de las neurociencias. Por lo contrario, el psicoanálisis siempre sostuvo una concepción multifactorial que nunca olvidó la incidencia de lo *constitucional* –llamado así a partir de las conceptualizaciones de Freud–. Estas investigaciones y hallazgos se benefician notablemente cuando se las interpreta en un pensamiento libre de reduccionismos positivistas empobrecedores.

En coincidencia precisamente con las neurociencias, el psicoanálisis sostiene la plasticidad del sistema nervioso, que dio lugar a conceptos como el de *espontaneidad* en Winnicott. Uno de los más destacados investigadores del autismo en el campo psicoanalítico, Jacques Hochmann, establece el concepto de *proceso autistizante*, dentro del cual se conservaría, en un primer momento, aquella plasticidad inicial, volviéndose decisiva la existencia o no de intervenciones preventivas suficientemente tempranas antes de que dicha plasticidad se pierda, por diversas disfunciones en el encuentro del niño y de quienes lo crían, dando lugar al desarrollo de procesos de encapsulamiento. Es decir que hay un tiempo, probablemente breve, en el cual el proceso patógeno aún no ha dañado a fondo la plasticidad del bebé, tiempo precioso para que lo aproveche una política de prevención activa basada en el psicoanálisis. Por ejemplo, si nace un niño prematuro, con alguna disfunción en su desarrollo o expuesto a una situación ambiental traumática, es de fundamental importancia que en esos primeros momentos actúe un equipo de salud que, consciente de su responsabilidad ética, se haga cargo entonces del riesgo potencial en que ese niño se encuentra en cuanto al desencadenamiento de perturbaciones en la interrelación temprana. Como veíamos en el material de Martina, si no se trabaja en esa perturbación naciente del *entre*, en el plano mismo de ese *entre* tal como se está manifestando, una madre puede dejar a su bebé en la cuna, llorando y arqueándose este, guiada por su interpretación errónea de que la está rechazando, lo cual deriva en la formación de un círculo vicioso con diversos efectos en cascada que solo un trabajo preventivo puede disolver antes de que se cronifique. De cronificarse, la intervención sigue siendo posible, pero en condiciones de mucha mayor dificultad para la remisión de una pauta patógena.

Por desgracia, las cosas no suelen suceder en el sentido más deseable, que aconsejaría, frente a indicadores de perturbación temprana que un pediatra debería ser capaz de inventariar, la intervención precoz de un psicoanalista

experto en niños. Por el contrario, el camino que se abre más frecuentemente es harto más espinoso y problemático: las detecciones intuitivas levantadas por la madre son desatendidas y un par de años más tarde, a lo sumo, se realiza una visita a un neuropediatra, quien tampoco devuelve la situación a manos de aquel hipotético psicoanalista; antes bien, realiza algún diagnóstico sumario y suele enviar al niño a distintos especialistas en problemas sectoriales que no carecen de importancia, por cierto, pero que no pueden ser verdaderamente atendidos mientras no se contenga al niño y a su atribulada familia como una subjetividad en su conjunto integral, que no es un manojo de funciones dispersas (hablar, coordinar motrizmente, etc.). El mismo reparo cabe formular en cuanto a la administración de formularios acerca del comportamiento del niño que pueden ser completados por personas sin ninguna formación específica. El resultado de estos procedimientos no puede ser otro que la rotulación del niño cuyos efectos han sido largamente subrayados. (2)

La prevención psicoanalítica debe diferenciarse cuidadosamente de la predicción basada en diagnósticos clasificatorios sumarios que auguran para el pequeño todo un repertorio de imposibilidades. Estas predicciones son sumamente iatrogénicas, pues al desalentar y hasta desesperar a los padres no hacen sino contribuir a que el encuentro del niño con ellos sea aún más dificultoso y precario. Mantener abiertas la esperanza y la confianza de los padres es un elemento capital para esa política de prevención. Pero si el especialista que interviene tiene una concepción del niño como sujeto pasivo, difícilmente pueda remontarse a una concepción matizada que hoy tiende a prevalecer en las ciencias humanas, donde el paradigma para pensar las relaciones del pequeño cachorrito humano con el medio es el par *activo-activo*. Quien descrea del potencial de actividad que todo bebé trae consigo va a trabajar en su aplastamiento, por buenas que sean sus intenciones conscientes.

El hecho de que estos niños lleguen tardíamente a consulta hace que en muchos casos la intervención también sea tardía. Con suerte podemos hacer estudios a partir de los 2 o 4 años, o aun, a los 6 u 8 años. Ahora bien, ¿los resultados responden a las condiciones iniciales o en todo el trayecto esta patología se ha ido constituyendo? Por ejemplo, si nos encontramos con que el surco temporal superior del cerebro presenta anomalías… ¿Quiere decir que las presentaba al momento de nacer el niño y que por eso se vio dificultada la interrelación? En algunas problemáticas que comprometen el

sistema nervioso central sí, podemos pensarlo. Pero en los casos en donde no encontramos ninguna patología de transmisión genética o congénita vuelve la pregunta: ¿es que el sistema nervioso central, en su surco temporal superior, por presentar anomalías impidió la interrelación o la plasticidad neuronal, o es que al no poder establecerse el entonamiento ni la percepción amodal que permiten esa interrelación se han producido las anomalías en el surco temporal superior? Vemos entonces cómo se ensamblan lo psíquico y lo somático, aspecto en el que no ceso de insistir.

Es decir que, las más de las veces, y si el profesional no solamente posee los conocimientos necesarios sino, además, una ética no solo necesaria sino también inquebrantable, sin subsidios de ningún laboratorio, por ejemplo, será imposible dirimir porque no sabemos dónde empezó la problemática en cuestión. Estamos en una situación en donde las series suplementarias se ven funcionando en su máxima expresión. Actualmente sabemos que una problemática psíquica del lado de la madre puede afectar al bebé cuando se encuentra todavía in útero, como ser la exposición a situaciones de estrés o trauma, lo cual no solamente puede dañar su sistema nervioso central, sino también producir lesiones tales como labio leporino, paladar hendido…

Precisamente en el material de Luciano, que desarrollaremos a continuación, se puede observar la importancia que hubiera tenido el haber intervenido psicoanalíticamente en la primera consulta, cuando la problemática era a predominio autista. En otros niños, al poder realizar ese trabajo en momentos tempranos hemos podido dialectizar de otra manera tanto figuras como objetos autistas, tal como lo demuestran los materiales de Martina y Catalina. (3) Uno de los problemas más grandes de las figuras autistas de sensación (no por lo que son en tanto objetos fácticos, sino por la sensación que producen) es que no pueden vincularse con la realidad, sino que se autonomizan de ella y empiezan a funcionar como barreras que les impiden conectarse con el mundo así como consigo mismo. Las figuras de sensación acompañan el crecimiento de todo ser humano (recordemos todos los materiales en relación al embadurnamiento y a los juegos tempranos del bebé). Por supuesto que estos juegos están relacionados a figuras y objetos sensación, pero en la medida en que se vinculan con el percepto, y con el otro, estas figuras de sensación van a quedar como base representacional a lo largo de nuestras vidas. En cambio, cuando una figura de sensación se transforma patológicamente en una *figura autista de sensación*, esta puede derivar en formaciones patológicas.

Luciano tenía 5 años al momento de la consulta inicial. (4) Se trataba de una familia que, desde su obligado exilio, vivía en un país extranjero. En uno de sus circunstanciales viajes a la Argentina, en tiempos en que este regreso ya era posible, realizaron una consulta destinada a ratificar la "apreciación diagnóstica familiar", (5) la cual hablaba de un niño de inteligencia excepcional.

No es de extrañar que esta teoría de la familia pusiera en juego nociones muy discutibles sobre lo que se da en llamar comúnmente *inteligencia*: el niño era capaz de realizar cálculos numéricos muy complicados pero, al mismo tiempo, parecía no disponer de criterios prácticos para que esta capacidad le facilitara desempeñarse en la vida cotidiana como sí lo hacen niños de su misma edad, incapaces de tales acrobacias matemáticas pero muy conectados, por ejemplo, con el valor práctico del dinero a escala de sus posibilidades.

Figura 6.1. Luciano

En sus dibujos mostraba capacidades muy dispares según se tratara de una máquina o de seres vivos. Por otra parte, distinguía a las personas de acuerdo

a un criterio extravagante, considerando confiables a aquellas cuyo peinado se asemejaba al de un techo a dos aguas, sin que esto se basara en alguna experiencia concreta. La figura anterior (6) representa a la analista –quien concordaba en su apariencia con aquellos criterios de confiabilidad– y al propio niño.

Lo destacable es que el corte de pelo no era aquí un detalle entre otros de la percepción de una persona, sino que se transformaba en un criterio global para aceptarla o rechazarla. La forma de la cabeza L—— era lo único que contaba, en detrimento del resto. Más llamativa aún resultaba la construcción de la cabeza de la figura del niño, realizada enteramente como una figura de giro, donde primaba un tipo particular de abstracción por sobre esa diferencia concreta que hace a cada rostro único. Recordemos que todo niño de esta edad necesita de la autoafirmación, es por eso que en el plano del dibujo la precisión en el trazo de los rasgos del rostro se vuelve una pieza no negociable. Pero Luciano armaba la cabeza como puro movimiento del giro de su mano y era esto lo que contaba para él al trazarla, fijado a la forma circular subrepticiamente, prevaleciendo la figura autista de sensación y no el interés de él por su propia cabeza. De esa manera se calmaba, pues la sensación lo unificaba, pero esta unificación vía sensación excluía su emergencia en tanto subjetividad al basarse en una única sensación reductora de todo lo demás.

Análogamente, operaba una clasificación relativa al calzado: solo lo tranquilizaban los zapatos “en punta” –punto que nos conducirá luego al pico de las aves–. Se ratificaba, una vez más, la primacía de una abstracción reductora, ya que mientras la mayoría de las personas eligen un zapato basándose en una pluralidad de aspectos, Luciano se detenía solo en el hecho de la presencia o ausencia de una punta, excluyendo todo lo demás.

Nos sorprende en algunas gráficas la destreza con que Luciano dibujó la representación del giro, ya que constituye un hallazgo infrecuente que nos permite observar en el plano de la hoja el acto mismo del movimiento circular de la mano.

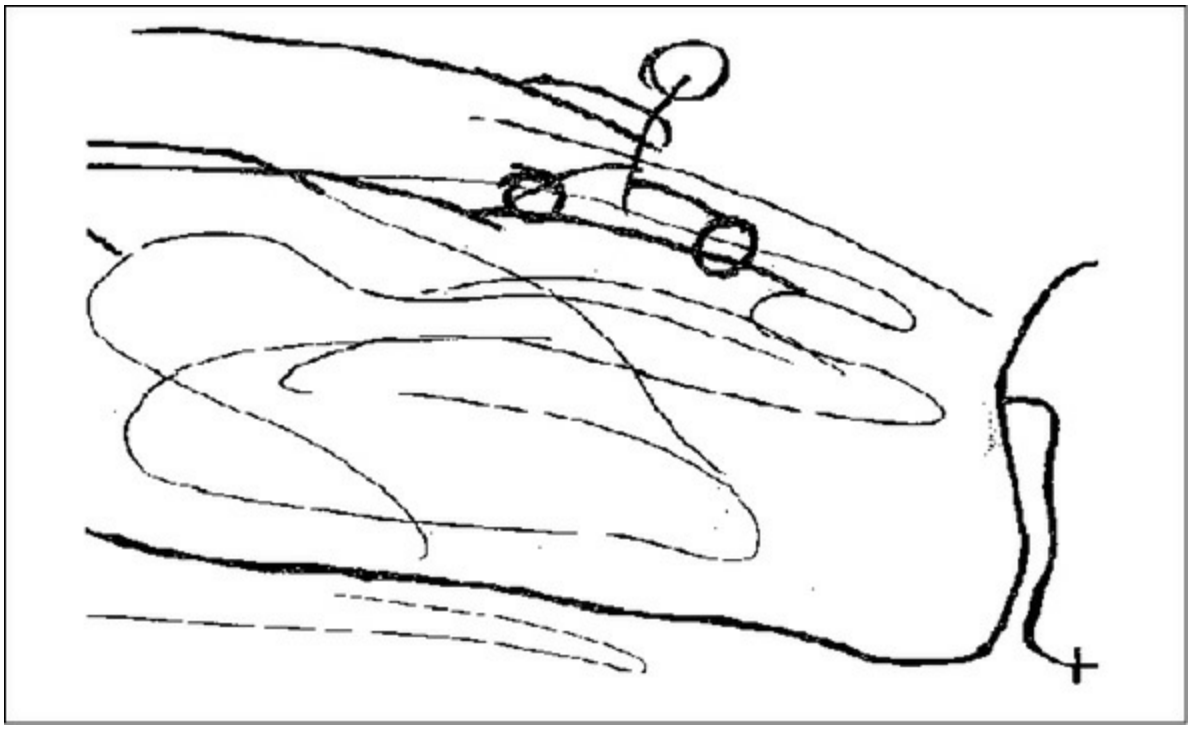
La función reaseguradora que parece tener el insistente movimiento de giro en los niños con predominio autista remite a cierta circularidad no geométrica en el abrazo humano, a la función de *holding* de dicho abrazo y del regazo materno, reconstruidos en una dimensión abstracta por este girar reiterativo. La dureza del trazado geométrico contrasta con la blandura y la suavidad del cuerpo que abraza, transformando la firmeza del brazo que nos

envuelve en rigidez autoprotectora. Por eso mismo es de esencial importancia introducir el elemento subjetivo caricaturizado en estos rituales maquínicos, como si dijéramos que el analista debe ser capaz de detectar el núcleo viviente del abrazo en estos fríos giros de las figuras autistas de sensación. Se trata de la operación terapéutica más importante a realizar en el campo del autismo, pero debemos advertir que para ello no disponemos de todo el tiempo, y cuanto más haya avanzado el proceso mórbido nos tropezaremos con mayores impedimentos para hacerlo, de allí la importancia de la intervención psicoanalítica temprana sobre la que ya hemos insistido. En cambio, muy diferente es apoyarse en la repetitiva fijeza de estos trazados, capitalizándola para un adiestramiento cognitivo cuya raíz ecolálica (de repetición sin diferencia) escapa a una perspectiva centrada en lo humano, por mucho rendimiento que parezca obtenerse en el campo de las adaptaciones sociales.

La figura 6.2 nos ofrece un singular ejemplo de condensación, pero no en la forma catalogada por Freud de persona mixta o de persona colectiva, sino en la composición de un cuerpo humano como una máquina, por supuesto, circular: se trata del “nenebicicleta”, donde en un espacio de inclusiones recíprocas sus piernas son, a la vez, ruedas de bicicleta. Así como Luciano reducía el cuerpo de las personas a la forma del cabello y de los zapatos, el nene del dibujo queda reducido a parte de una máquina.

Podemos observar de esta manera el funcionamiento en el plano de la hoja del *pictograma de rechazo*, ya que en esta el niño ha sido mutilado, perdiendo sus piernas, mutilación que vemos inmediatamente restituida con el agregado de una *figura autista de sensación*: la del giro representado por las ruedas de la bicicleta que al mismo tiempo son los pies del nene. Todo esto, además, acontece en un espacio aéreo. Entiendo que se trataba de distintas formas de rechazo de lo viviente al igual que otras conductas de Luciano, como el andar en puntas de pie, el aletear, o el trepar sin fin, acciones que lo alejaban del espacio humano.

Figura 6.2. Luciano



Años más tarde, Luciano regresó otra vez a la Argentina, con 10 años, para radicarse definitivamente. La madre optó entonces por anotarlo en una escuela de enseñanza común sin relato alguno de sus particularidades ni de su historia clínica previa. Pero de todo ello me enteré después.

No es habitual que tengamos la posibilidad de seguimientos longitudinales extensos; mucho más frecuentemente perdemos para siempre el rastro de un paciente y nada sabemos acerca de su destino ulterior. Este trabajo nació gracias a la excepción a esta regla, a un reencuentro totalmente casual con el devenir de Luciano, siendo yo directora de un programa de extensión (7) dedicado a la atención de niños con diversas perturbaciones en su aprendizaje. El reencuentro se produjo al reconocer a Luciano, no sin esfuerzo, a través de uno de sus materiales típicos, en ese momento transformado pero al mismo tiempo invariante, el cual primero nos resultó vagamente familiar hasta que una pesquisa más fina lo confirmó: se trataba del mismo niño. (8) El material en cuestión concernía a su interés absorbente por los picos de los pájaros y su aleteo circular, elevado allí al rango de una formación delirante, pero conservando las invariantes formales que ya conocíamos y que nos llevaron a reconocerlo después de tantos años. El comentario con el que nos fue derivado marcaba su desconexión, que solo se levantaba, en parte, si se hablaba con él de pájaros. Se nos impuso el hecho

de su identificación con estas aves, la cual lo llevaba a la reproducción incesante de ellas en sus dibujos, una especie de paralelismo con los juegos repetitivos en los que niños de aproximadamente su edad suelen insistir en ensayar lo que ha de ser su firma, también caracterizada por trazos en movimiento antes que por un significado establecido. Luciano repetía sus aves como aquellos niños más sanos, sus tentativas de firma.

Contrariamente a la idea lacaniana de una falla decisiva en la simbolización, Hochmann ha señalado que lo que suele caracterizar a las producciones psicóticas es una sobreabundancia de simbolizaciones, la imposibilidad de concebir que algo pueda ser pura contingencia. De esta manera un paranoico no podrá aceptar como una casualidad que al pasar frente a un grupo de personas que se ríen no se estén riendo de él, que la coincidencia de su paso con la risa sea fortuita. Todo lo que sucede tendrá así el carácter de una señal interpretada persecutoriamente o como revelación de un destino megalomaníacamente concebido. De esta manera, siguiendo a Hochmann y no a Lacan, el psicótico no puede librarse de la simbolización, no puede escapar de ella ni por un instante, lo cual aflora particularmente en la frecuencia de teorías de tipo conspirativo. Lejos de la idea de las psicosis ligadas a lo caótico, en este reino todo está sobredeterminado simbólicamente. Un pájaro para Luciano nunca sería por ello sencillamente un pájaro.

Los cuatro dibujos que siguen los realizó en el transcurso de una hora, en una entrevista diagnóstica. Antes de comenzar a dibujar dijo: “Yo casi no pienso nada, la cabeza la tengo bien, no para pensar, no para pensar”. Mientras dibujaba decía: “La copa es para el que gane”. “¿Conocés un plumífero? El mirlo africano es un zorzal. ¿Conocés un correcaminos?” “Les gana a todos”, dijo la psicoanalista. Él no escuchó y continuó: “Está el gran conejo aquí, ¿sabés por qué se hizo grande? Porque se comió esta pastilla cuadrada para encogerse. Ahí pusieron pastillas que estaban esperando”. La psicoanalista le dijo: “Pero si se encogen se van a hacer pequeñitos en vez de grandes”. El siguió: “Son pastillas agrandadoras para que avancen más rápido. Aquí hay un pez corriendo con la cola”. “Es una carrera acuática, el gran conejo ya está en el agua”, y realizó con las manos movimientos para mostrar cómo los distintos animales saltaban de una hoja a la otra.

Figura 6.3. Luciano

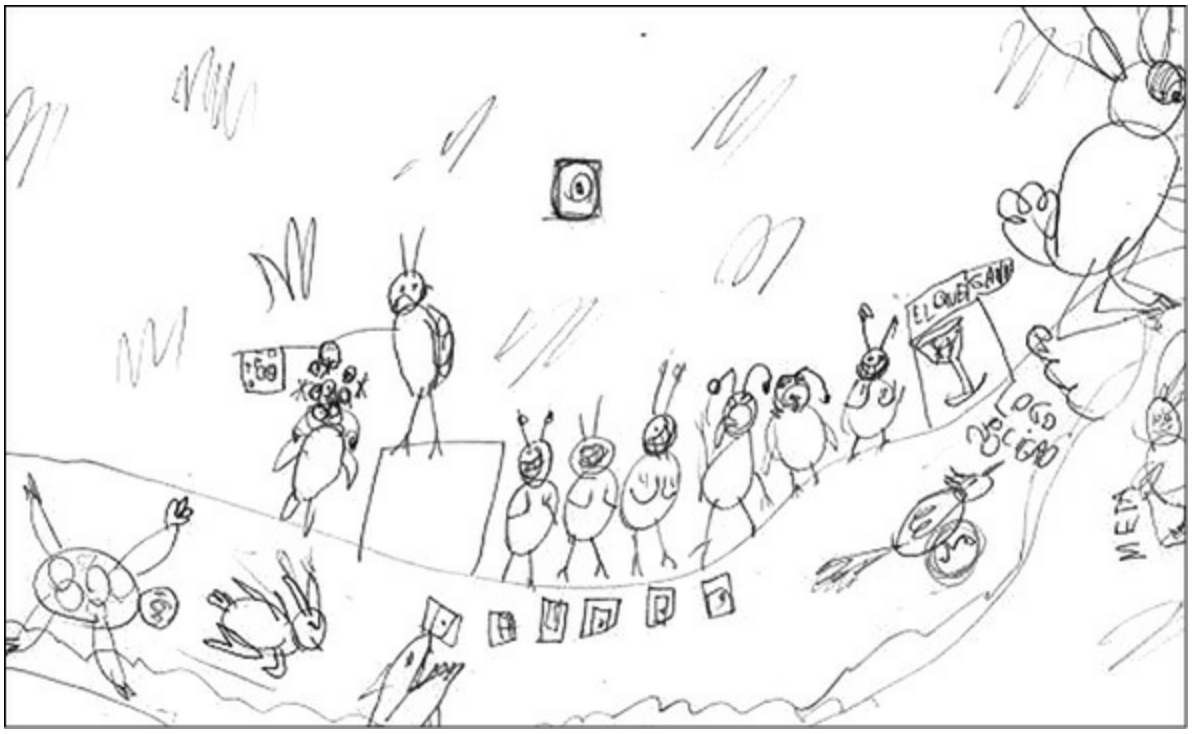


Figura 6.4. Luciano

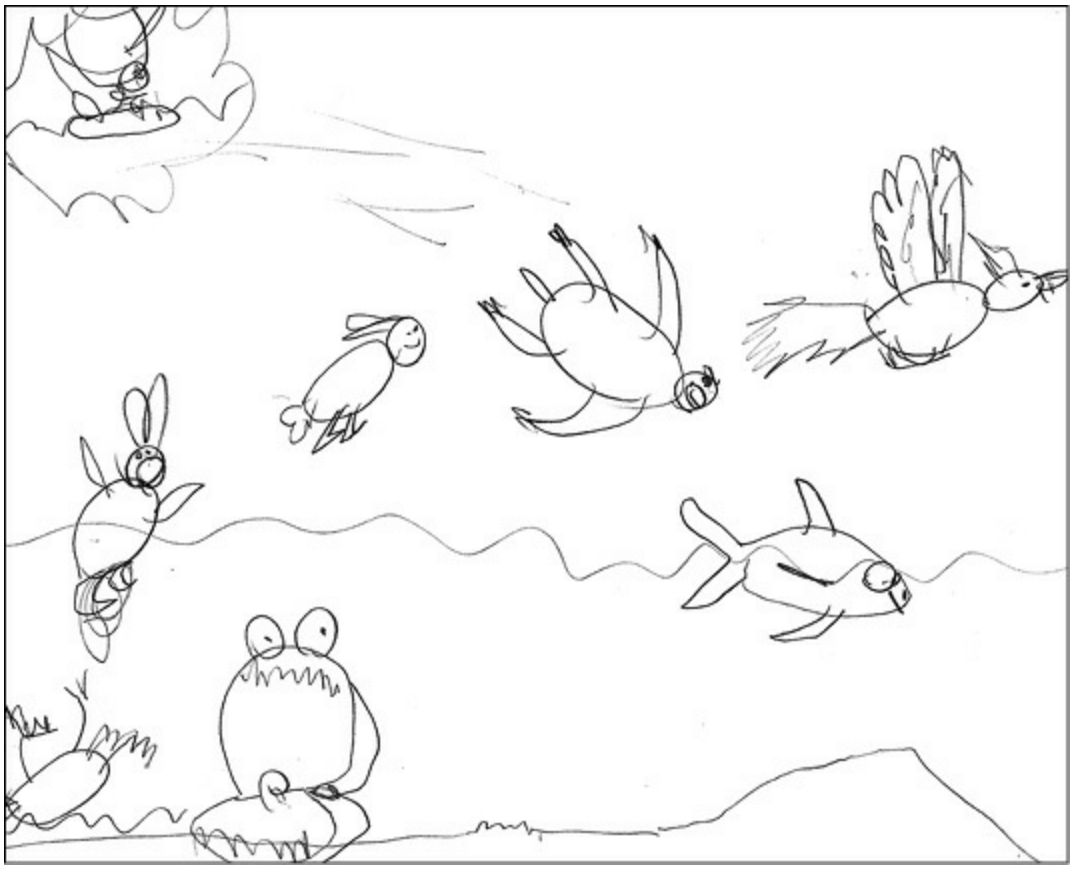


Figura 6.5. Luciano

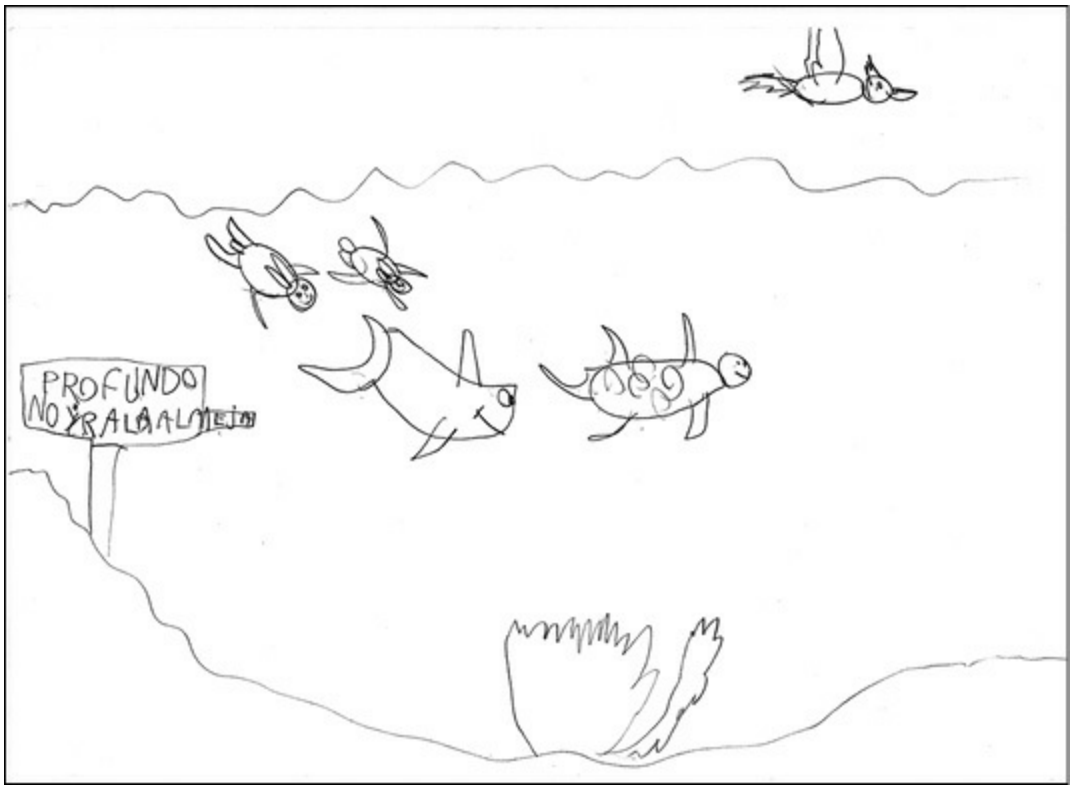
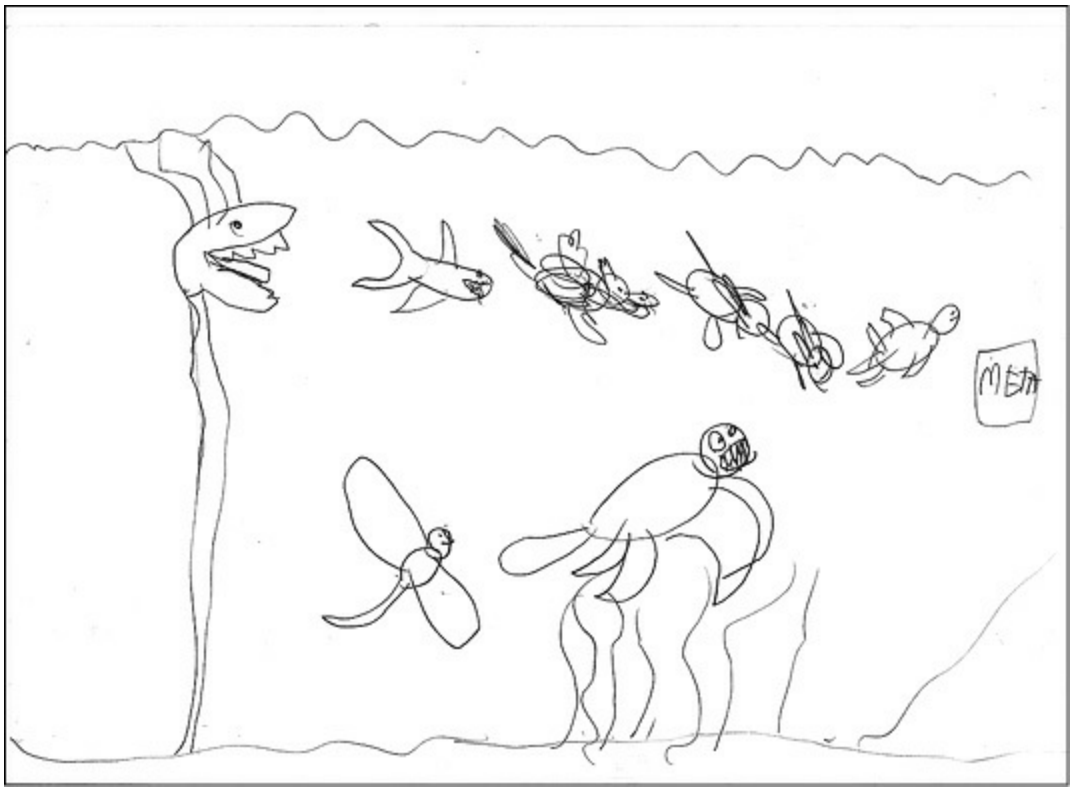


Figura 6.6. Luciano



Mientras realizaba los gráficos 6.5 y 6.6, Luciano dijo: “Vuelan. Hubo un accidente, la tortuga chocó contra un pescado”. Luego dio vuelta la hoja y puso en el anverso: “Lago peligroso. Por cangrejos, no te dejes agarrar por ellos. Por almejas grandes. El conejo es un gran nadador que no se ahoga en lo hondo”. Luego agregó: “¡Oh no! Ya entramos en lo hondo. Se sumergieron porque quisieron, no bajen hasta aquí porque hay una gran almeja. El correcaminos seguía volando. Luego ya estaban en lo profundo, había cosas raras. ¡Oh no! Ahora sí que la marea sube”. “¿Qué serán esas cosas raras?”, preguntó entonces la psicoanalista. “Monstruos marinos. El pescado dijo: ‘¡Cuidado! Yo sé nadar en esta profundidad’. Cuidado porque aquí va a salir el pez zorzal. No es una manta raya, una raya, el pez mariposa.” “Aquí hay monstruos”, dijo ella. Luciano se sobresaltó, miró alrededor y le preguntó: “¿Dónde están los monstruos?”. Inmediatamente se volvió a sumergir en un dibujo. “En la profundidad del mar. ¿Conocés la almeja gigante?”

Luego dibujó el pájaro y continuó: “Al lado hay un mirlo riéndose”. “¿De qué se ríe?”, preguntó la psicoanalista. “Espera. El grillo le habla a una abeja, es un mirlo disfrazado de bebé, era un mirlo gracioso, quiso ser como un bebé pero no le gustaba la leche, se trajo una mamilla con agua mineral. El mirlo hace carcajada y se burla: ¡ja! ¡ja! ¡ja! Ve la leche.” Dejó de dibujar, tomó distancia de la mesa y se concentró para mostrar cómo era el vuelo del mirlo. Hizo el movimiento perfecto, realizó dos aleteos y, como se le rompieron las alas, volvió a empezar. “Este pájaro soy yo.” La psicoanalista le dijo: “Vos sos un nene, Luciano”. “En el dibujo soy un pájaro.” Mientras dibujaba decía: “Hola, niño. ¿A que no sabés que puedo volar? No soy un pichón. Ese nene piensa encerrarlo pero no puede, quiere estar libre. Este gusano estaba hablando, no se dejen agarrar. Este niño se olvidó la trampa, si el mirlo voló es que el niño vale. ‘No lo puedo atrapar’, dice el gusano. Ahora está pasando algo, no se deja cocinar”.

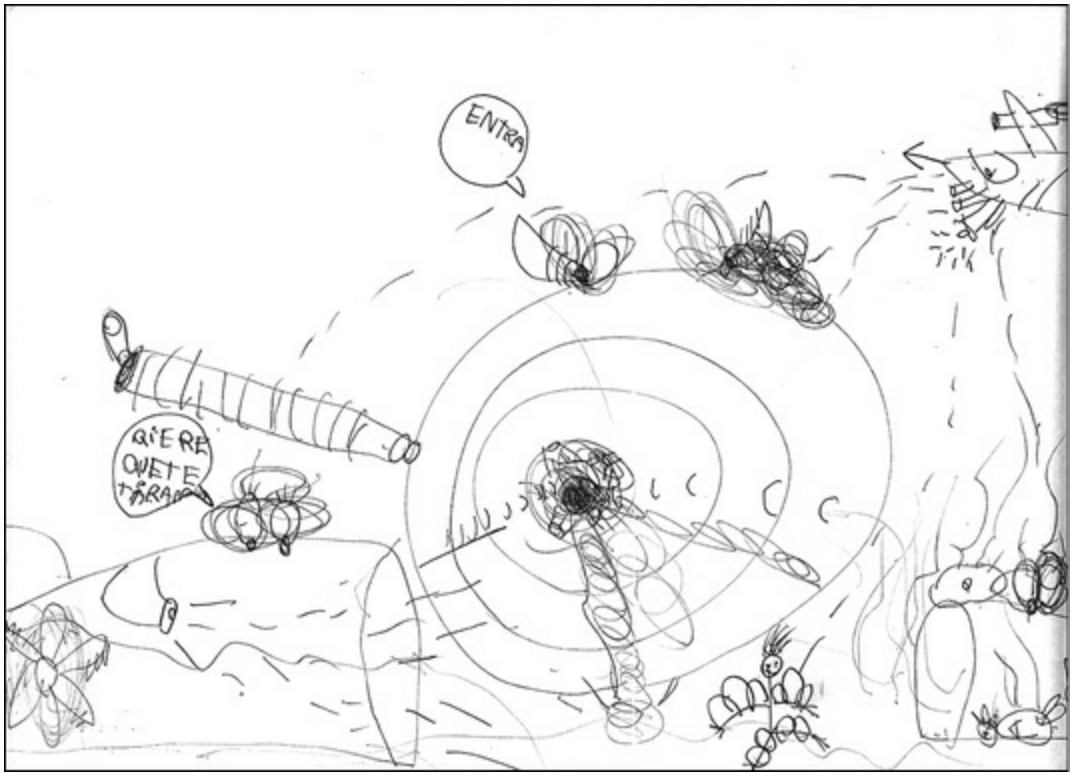
La psicoanalista consignó entonces: “Hace una hora que dibuja, a esta altura tengo la sensación de una cinta sin fin, podría seguir horas y horas. Le digo ‘Luciano, vamos a ir dejando por hoy’. Él contesta: ‘¿Qué es dejar por hoy? Ah, esperá, faltan amigos: dos conejos’”.

Repárese en que era capaz de referirse sofisticadamente a los plumíferos pero no entendía una expresión tan coloquial y de sentido práctico como es la de “dejar por hoy”; incidentalmente una expresión que practica un corte temporal en ese flujo indefinido de dibujos. Esto también parece articularse con lo señalado por Bernard Golse respecto a la imposibilidad de practicar

segmentaciones, imposibilidad que nos devuelve a la circularidad inicial de los movimientos de giro, ahora en planos más complejos y no solo motrices.

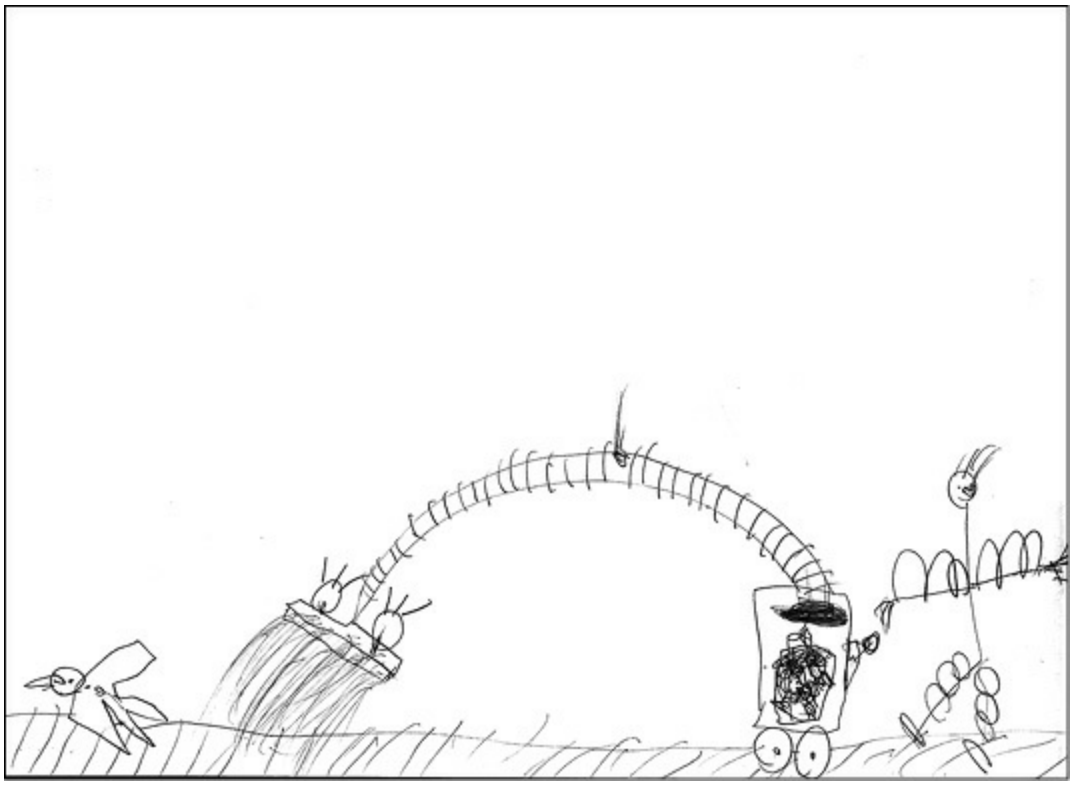
En la siguiente entrevista Luciano realizó dos gráficos (figuras 6.7 y 6.8) acompañados de estos comentarios.

Figura 6.7. Luciano



L: ¿Conocés el túnel del tiempo? Tiene un ventilador. Acá hay otro túnel del tiempo. Te lleva rápido a despacio hacia otros países. El túnel de la infección. Es un túnel para cortar. Un túnel de la infección, sale feo olor. No tiene ventilador. Hay un pollo podrido. Se cayó el ventilador porque estaba oxidado. Había esqueletos de un chico.
(Luciano escribió “entra”.)
A: Parece muy peligroso entrar en el túnel del tiempo y recordar.
L: ¿Por qué no quieres entrar?
A: Porque está lleno de peligros. Sola no me animaría.
L: Viene alguien en su ayuda. Lanza disparos que queman los ojos. Yo te voy a mandar a otro. Adonde hay un túnel del tiempo. “Bueno”, dice el avión… El señor saltó al avión.

Figura 6.8. Luciano



L: Es una aspiradora para limpiar.
A: Hay muchas cosas feas, sucias y con mal olor.
L: Hay una vaca muerta; un pollo muerto; un vómito de marranillo. Los chupa la aspiradora. El señor va a apagar la aspiradora. El tubo se rompió.

Seguirán los dibujos en este proceso diagnóstico con una creciente dispersión, disgregación y angustia, y en estas dos últimas figuras que hace Luciano hay una aspiradora y un túnel que tragan, pero antes de tragar pican carne humana, y tanto la carne picada como todo lo demás entran en ese túnel siniestro para ser devorado: un ser humano es ahora resorte de alambre que a la vez pone en funcionamiento el "tubo succionador", y el tubo succionador a la vez devora a las aves.

Retomemos el primer dibujo de esta segunda serie: consiste en quince animales, en un encadenamiento que Julio Moreno (2002) llamaría *conectivo*, puesto que no están articulados por una narración significativa, sino por el hecho de las conexiones concretas que él establecía entre ellos. Hay pájaros, el movimiento de los pájaros, la lucha de los pájaros con otros animales, y

Luciano estaba inmerso en esa dimensión delirante sin poder salir de allí. Algunos colegas interpretaban este material en términos de fantasía, lo cual es un error: la abundancia de la presentificación es de consistencia delirante no fantasmática; Luciano no se representaba en un pájaro, creía serlo. Sería arbitrario, por otra parte, no reconocer los recursos intelectuales que el niño era capaz de movilizar para la plasmación plástica de estos delirios. El punto es que todo este saber se movilizaba exclusivamente para sostener una concepción delirante y no, por ejemplo, para estudiar el comportamiento de las aves o para hacer una filmación con ellas como personajes, con lo cual él cumpliría el requisito freudiano de un retorno a algo socialmente compartible, en términos de lo que Winnicott propone como *experiencia cultural*. Aquí, en cambio, la dirección va desde una formación autística en la que el niño no tenía otra posibilidad que la de abroquelarse en lo que Frances Tustin (1990) llama *barreras* o *cascarón protector*, a una formación psicótica mucho más compleja, puesto que en ese momento el niño había podido desarrollar una capacidad para la producción delirante de la que antes carecía por ser demasiado pequeño. Piera Aulagnier ([1975] 1977) ha denominado a esto *pensamiento delirante primario*.

A mí lo que me llama la atención es cómo los movimientos de cinco años atrás, los movimientos de giros, los movimientos de ventilador, fueron a parar a un delirio ornitológico, a los pájaros, confirmando las proposiciones de Frances Tustin acerca de cuántas veces una formación predominantemente autista en la infancia evoluciona hacia una forma esquizofrénica a posteriori, como si dijéramos que todo el material constituido por las figuras autistas de sensación es interpretado psicóticamente, dándole así una vuelta de tuerca.

Cabe desprender de ello la siguiente interrogación, que deberá ser puesta a prueba: ¿la circularidad del movimiento de giro es la matriz formal que hace a la armadura de todo delirio ulterior, sea cual fuere su contenido temático? ¿Esa circularidad constituye y se reencuentra metamorfoseada por toda una argumentación temática y por toda una lógica particular en las formaciones delirantes en su conjunto? ¿Es esta una consecuencia del no poder *segmentar* ya señalado?

En libros anteriores (Punta Rodulfo, 1992, 1998 y 2005) me he ocupado *in extenso* de los dibujos de niños con patologías de gravedad, procurando aislar sus rasgos típicos. Lo que el material de Luciano me permite añadir es la multiplicación de lo mismo, multiplicación de *n* términos sin punto final, otra modalidad sofisticada de repetición circular indefinida, que puede abrumar y

enloquecer porque no da paso nunca a, por lo menos, un segundo elemento que introdujese alguna diferencia, abriendo así la cerrazón compacta de la formación delirante.

Conviene retener así mismo el hecho de que el niño hablaba contradictoriamente de pastillas para "encogerse", lo cual nos evoca aquel deseo de los niños que Freud situaba por encima de todos los deseos, y que no era otro que *el deseo de ser grande*. No fue la primera vez que en un niño que ha empezado con una patología a predominancia autista encontramos una fuerte aversión al hecho del crecimiento, el cual parecía exponerlo allí a una situación cada vez más peligrosa que lo angustiaba de sobremanera.

Por último, debemos también prestar atención a las referencias que el paciente realizó al envenenamiento, teniendo en cuenta que al hablar de envenenamiento se introduce necesariamente un medio envenenador, por lo tanto altamente persecutorio, y que la familia de Luciano había tenido que exiliarse para escapar a los peligros de una dictadura cívico militar genocida. Por lo tanto, que el niño nos hablara de algo de estas características confirma una vez más la hipótesis freudiana de un núcleo de verdad invariablemente presente en el delirio, problemática retomada y renovada por Deleuze y Guattari ([1972] 2005) al referirse a la intensa historicidad que siempre campea en la producción delirante. Consecuentemente, este elemento es también indicador de la vigencia de lo traumático a través del paso de las generaciones y de sus diversas formas de reaparición.

En este material podemos observar con claridad cómo el delirio ya está constituido en esta psicosis de la niñez. Es importante poder marcar cómo se nos presenta en distintos tiempos de la subjetividad, cómo emerge la patología y también puntualizar las características particulares que se dan en la adolescencia o pubertad.

Si uno no puede detectar un proceso mórbido lo antes posible, siempre las cosas van a ir para peor. La vida en aislamiento por sí misma no cura; puede curar el contexto, pueden ayudar a curar los amigos, no solamente los psicoanalistas o los psiquiatras. Pero el mero hecho de estar vivo por sí mismo no cura. En base a esto distinguimos entre ese mero hecho de estar vivo y la dimensión de lo que llamamos *existencia*, la cual implica necesariamente el vínculo con los otros.

1- La primera versión de este texto salió publicada en *Controversias on line*, nº 12, APdeBA,

<www.controversiasonline.org.ar>.

2- Véase el cap. 1 de este libro.

3- Véase el cap. 2 de este libro.

4- Agradezco a Nora González la cesión de esta primera parte del material.

5- *Diagnóstico familiar* fue una conceptualización utilizada por el Dr. Rubén Efron en el contexto de un Seminario sobre autismo dictado en la Fundación Estudios Clínicos en Psicoanálisis en la ciudad de Buenos Aires durante el año 1999.

6- Todas las figuras de esta primera serie están analizadas en forma detallada en *La clínica del niño y su interior*. Es que para cuando se editó este texto en 2005 aún no había podido observar a Luciano nuevamente, cosa que ocurrió varios años después. Tomaré aquí solo dos de estos dibujos para contextualizar el material y poder observar sus transformaciones.

7- Programa de Extensión entre la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Educación, Dirección del Área de Educación Especial.

8- Agradezco a Olga Favella la cesión de este segundo fragmento del material.

Cuarta parte
Lo traumático, sus tiempos y el elemento de la disrupción

Capítulo 7

La dimensión individual y social del trauma

De la mano de Nadine y Luciano nos iremos deslizando a la problemática del trauma y al lugar de los otros en el proceso de elaboración de lo traumático, o, con mayor complejidad, a las funciones del ambiente facilitador, concepto que equivale a una de las dimensiones abarcadas por el concepto de *Otro* de Lacan. A los otros que formen parte del ambiente facilitador les asignamos una función de cometabolizadores, función indispensable para no esperar del trauma una resolución que pudiera llevar a cabo un sujeto a solas.

En el caso de Nadine esas funciones se encontraban invertidas, de lo cual resultaba que "la pequeña" era quien tenía que cuidar a "la grande". Es fundamental que como analistas podamos diagnosticar estas inversiones en la clínica, que podamos interrogarnos acerca de si se están cumpliendo las funciones paternas y maternas en forma saludable, y si existe realmente un medio que pueda hacer *holding*. Si no hay un medio que aloje a un niño en su sufrimiento su tránsito subjetivo se verá, cuando menos, seriamente obstaculizado.

Ya desde el pensamiento griego el *ser* estuvo ligado al *otro*. Cuando Aristóteles sostiene que el hombre es un ser político habla del *inter-ese*, que es el *espacio entre*, es decir que no hay *uno* que se vincule con *otro*, sino que una subjetividad existe en el espacio de lo que él llama *polis*, la ciudad, el espacio de la experiencia cultural por excelencia, el espacio donde hay muchos. El *self made man* solo existe en el mito norteamericano. El caso de Luciano atestiguaría, entre otros, la dependencia estructural respecto de esa polis: una dictadura, la necesidad de exiliarse, etc.

La clínica del trauma se encuentra actualmente puesta sobre la mesa del debate en psicoanálisis después de algunas épocas en las que fue retirada de allí en beneficio de la *realidad psíquica* o del *fantasma*. Conocemos las más variadas posturas en la historia del psicoanálisis, desde su relegamiento a un lugar secundario hasta su promoción a causa primera entre las causas. Cualquier concepción que privilegie lo estructural tiende inevitablemente a minimizarlo, cualquier posición historicista tiende a reivindicarlo. Dichas posturas tienen que ver, a grandes rasgos, con el pensamiento psicoanalítico que se inclina hacia lo fantasmático o, como contraparte, con el pensamiento psicoanalítico que repara y se detiene particularmente en el peso y el valor de lo disruptivo en los procesos subjetivos.

La noción de trauma que nos viene de la antigüedad tiene que ver con una herida, con una efracción, noción que fue tomada en su momento por el psicoanálisis y que implicó una forma muy particular de pensar.

A fines del siglo XIX en Viena, en pleno momento positivista, Sigmund Freud pudo sostener pensamientos no solo novedosos sino creativos, los cuales en muchos casos no logró llevar adelante por varias razones pero acerca de los cuales, sin embargo, dejó la semilla para que pudiéramos seguir pensando y trabajando en psicoanálisis. ¿Qué cuestiones Freud elabora cuando está pensando el tema del trauma? Por un lado, habla del *vivenciar traumático* y de la *vivencia de satisfacción*: no solamente hay que considerar lo que ocurre a nivel empírico sino, además, el impacto que ese acontecimiento tenga para una subjetividad. Es decir que este autor plantea cómo se siente o se vivencia aquello que sucede empíricamente, apuntando a la subjetividad, tomando distancia de lo empírico. Al hecho acontecido le suma el *factor x subjetivo* de cómo ese hecho puede repercutir, sin negar el hecho acontecido –cuestión muy importante a tener en cuenta, ya que luego, durante mucho tiempo, el psicoanálisis posfreudiano puso en primer plano lo fantasmático en detrimento del acontecer y tendió a considerar de los hechos solo su dimensión mítica, desentendiéndose de lo empírico so pretexto de precaverse del empirismo: el viejo motivo del *bebé arrojado junto con el agua de la bañera–*.

Freud, además, forjó entonces una de sus ideas más interesantes: la de un segundo tiempo necesario para la constitución de un trauma, *segundo tiempo* en que se vuelve sobre hechos de un primer tiempo resignificándolos, lo cual lo alejaba y mucho del mecanicismo causal imperante y que aún sigue vigente en no pocas concepciones del trauma ajenas al psicoanálisis. Por

ejemplo, en muchos discursos actuales sobre el *abuso sexual* y la *violencia familiar* echamos de menos la completa ausencia y la completa ignorancia acerca de aquel segundo tiempo. También el concepto más contemporáneo de *estrés postraumático* debería beneficiarse de aquella concepción de trauma constituido por diversas escansiones temporales.

El *a posteriori* implica que un acontecimiento puede haber pasado desapercibido en un momento de la vida y que luego, en un momento ulterior, ante un acontecimiento de mayor o menor importancia, este último va a retroactuar sobre el primero. Freud habla entonces de los dos tiempos del trauma, es decir que el presente va a resignificar el pasado, pasado que puede resurgir en ese momento de una manera traumática. Ello implica que lo nuevo puede producir un encadenamiento distinto en la subjetividad y que, a partir de ello, lo anterior puede ser leído de un modo también distinto. Por otra parte esto no puede hacerse sin modificar profundamente la noción misma de pasado, lo cual explica el interés filosófico que despertó la innovación freudiana en pensadores como Derrida o Deleuze.

Actualmente podríamos decir que el presente no solamente actúa sobre lo anterior resignificándolo, sino que el psiquismo está permanentemente incorporando, retroactuando. El psiquismo construye una temporalidad que no se rige por un presente, un pasado y un futuro. El psiquismo está permanentemente metabolizando lo que le viene del mundo externo, de la realidad, de lo fáctico externo, y, a la vez, lo que le viene de su propio cuerpo como externo. Es decir que el psiquismo metaboliza estos dos registros de forma constante, dos órdenes de cosas distintas a él: lo extraño del cuerpo y lo extraño del exterior.

Autores como Freud, Winnicott, Piera Aulagnier, Bion y otros ligan el vivenciar al otro, a la relación con el otro, partiendo de la primera conexión establecida por Freud entre las demandas de un pequeño y el *auxilio ajeno*. Piera Aulagnier va a hablar de la función especial representada por la alteridad, por el objeto mediatizador o portavoz que es la madre, quien junto al niño articulará lo acaecido con la constitución del vivenciar de lo acaecido. También Winnicott va a situar la posibilidad de constituir el vivenciar, de constituir experiencias, en la relación entre la madre y el niño.

Existe otra cuestión fundamental que debemos considerar respecto de lo traumático y es la diferencia entre la *vivencia* y el *vivenciar*: la primera es un corte sincrónico, esto que acontece aquí y ahora, mientras que la segunda implica una secuencia diacrónica, se trata de la capacidad de ligar sucesos a

lo largo de nuestra historia.

Nuevamente Freud da un salto allí en relación al pensamiento positivista de ese momento –el cual regirá por mucho tiempo más– cuando dice que el proceso del vivenciar es un proceso que va a ligar los distintos tiempos, que no se trata allí de un tiempo lineal. Es que, como decíamos, en el psiquismo nada sucede linealmente. Freud plantea desde inicios la *atemporalidad* del sistema inconsciente –tan bella y profundamente desarrollado en *La interpretación de los sueños* (1900)– y produce una segunda revolución con el concepto del *a destiempo*, el *a posteriori*, el *après-coup* –como luego lo llamaron otros autores–.

Insistamos: ¿qué quiere decir esto? Que no vamos desde un pasado a un presente y de allí a un futuro, sino que el vivenciar puede ir a buscar, sin saberlo, algo que quedó atrapado en otro momento; ir a un pasado para pensar el presente y el futuro. Se trata de un concepto fundamental porque cambia la clínica: una cosa es ir al arcón del psiquismo –pensando que allí está todo guardado– y traerlo al presente para hacer consciente lo inconsciente, y otra muy distinta es pensar en el concepto de *a destiempo* y de inscripciones, ya sea negativas o positivas, que permanentemente se están realizando. Recordemos a Nasio (1998) en ese *entre* que se genera entre el psicoanalista y el paciente: no se trata solamente de descifrar lo ya cifrado sino de realizar un nuevo cifrado. Es decir que una intervención o una interpretación implican un nuevo cifrado, lo cual es posible justamente gracias al concepto de *a destiempo*, concepto que adquiere un valor significativo cuando lo retoma Jacques Lacan, ya que hasta entonces había pasado en el psicoanálisis como un concepto más al que no se le concedía el valor que puso de relieve el pensamiento de este último.

En verdad, diremos para ser más precisos que este *a destiempo*, o segundo tiempo del trauma, no debe ser reducido a dos tiempos, sino que debemos pensar en "*n* tiempos". Algunos autores, como César y Sara Botella, prefieren hablar de intertemporalidad del inconsciente en lugar de atemporalidad, en el sentido de que nos movemos en una dirección de diacronía y a la vez de sincronía, pero donde la diacronía no va del pasado al presente ni tampoco es que algo sea traumático en el presente solo porque active algo de lo pasado. En relación a ello, no hay un "esto nos pasa ahora por lo que nos pasó antes".

Pensemos en lo siguiente: en medio de la dictadura genocida en nuestro país, la Argentina, una mujer sobrevive al hecho de haber sido torturada, de haber dado a luz a su bebé en cautiverio y de que se lo hayan arrancado; si en

ese momento se produce en ella una grave enfermedad mental, esto no quiere decir de ninguna manera que dicho trauma haya revivido uno anterior. Puede ocurrir en algunos casos que una persona hubiera pasado antes por los más terribles traumas, pero no siempre es así. Entonces, la teoría de que el trauma no tiene vigencia en sí sino yendo a un trauma pasado y reviviéndolo es una teoría reaccionaria que sirve a los intereses del capitalismo y de los peores genocidas. Por ejemplo, en casos donde hubo un accidente de auto y murieron todos los que allí iban menos uno, y esa persona quedó gravemente perturbada, esto les permite a las compañías de seguros pedir a los peritos que se investigue acerca de la vida "anterior" de esta persona. Sucede algo parecido en los casos de violación: si una chica fue violada le van a pedir a los peritos que analicen si hay una existencia anterior patológica o tendencias perversas. Ningún trauma es justificado solamente por los traumas anteriores, sino que se trata de algo que irrumpe en una subjetividad de la misma manera que una bomba cae sobre una población, destruyéndola, efraccionándola.

En esta teoría del trauma que empiezan a elaborar algunos psicoanalistas se encuentra, entre los colegas argentinos en cuyas conceptualizaciones hemos de detenernos, Moty Benyakar, (1) quien investigó de lleno el tema de lo traumático a raíz de su trabajo realizado en Israel y también en los atentados de la Embajada de Israel y de la AMIA en la Argentina, entre otros.

Benyakar y Lezica (2005-2006) sostienen que en la vida hay acontecimientos *sintónicos*, que nos permiten estabilizarnos, y acontecimientos *distónicos*, que necesitan ser procesados, que exigen un proceso de metabolización. Es decir que en la vida permanentemente estamos metabolizando acontecimientos. Ahora bien, debemos diferenciar lo distónico de lo disruptivo: las situaciones disruptivas siempre son distónicas –nunca son acontecimientos felices–, mientras que las situaciones distónicas no necesariamente son traumáticas; hay una especificidad en el objeto del trauma porque solamente el trauma tiene en sí y conlleva *elementos disruptivos*. El trauma no es una fantasía, no es algo imaginado, no es ficción sino un acontecimiento disruptivo que viene desde lo real y que existe con independencia de su representación psíquica.

Por ejemplo, en el caso de Nadine, el hecho de que al nacer la niña la madre inmediatamente tuviera que ser hospitalizada, por el momento en que ocurrió, no implicó solamente una pérdida sino un acontecimiento disruptivo que hubo de devenir traumático. Teniendo en cuenta que un adulto debería tener una estructuración subjetiva más o menos estabilizada como para poder

procesar un hecho de estas características de un modo distinto, podríamos decir que si esto hubiera ocurrido en otro momento de la vida de Nadine, podría haber sido vivido por ella como una pérdida sobre la cual realizar un trabajo de duelo y no necesariamente como algo traumático; podría haber sido un acontecimiento disruptivo con un desenlace diferente.

En relación con Luciano se me hace más difícil pensar en un derrotero vital distinto, ya que, como vengo sosteniendo en textos anteriores (Punta Rodulfo, 2005), sobre la tortura, la muerte y el genocidio se hace casi imposible escapar sin daño, sobre todo si esto acaece tan temprano en la vida.

Entonces, las situaciones disruptivas pueden llevar a un complejo traumático, pueden llevar a adaptaciones y también a reelaboraciones creativas y, en este sentido, que es el menos frecuente, no constituirse en un trauma. Es importante situar el impacto desestabilizante en un continuo: no solamente se constituyen en trauma situaciones gravísimas que afectan a una subjetividad, sino que puede ocurrir, además, que a lo largo de la vida de un sujeto distintas situaciones disruptivas se vayan encadenando de una forma traumática, actuando una sobre otra. Por ejemplo, cuando un padre todos los días le dice a su hijo que es un imbécil, un discapacitado, que nunca puede hacer nada positivo, grabando día tras día este discurso que impacta en su subjetividad en forma traumática, justamente porque al estabilizarse lo disruptivo, se desestabiliza la subjetividad. Tenemos entonces todo un arco de situaciones que van desde la desestabilización simple y su reestabilización hasta lo disruptivo que puede aniquilar, situaciones que no se dan o una o la otra, sino que implican un continuo, y en ese vivenciar de ese continuo surgirá algo en tanto nuevo e impredecible.

Otro tema controvertido en nuestro campo es el de tratar de trazar en forma impecable los límites entre psicoanálisis y psicoterapia, lo cual invalida por otra parte toda extensión del campo psicoanalítico, llegando inclusive de esa manera a no valorizar los aportes que el mismo autor puede hacer al respecto de su clínica.

Es lo que sucede con René Roussillon (2013) en relación con el trabajo específico en la clínica con un paciente que ha padecido traumas, cuando, después de sostener que en el caso del trauma trabajamos en psicoterapia y no en psicoanálisis, produce una elaboración de gran valor como la siguiente:

> Es que si trabajamos con pacientes que han tenido traumas importantes, donde la transferencia no va a transcurrir vía desplazamiento, y donde la

asociación no va a ser libre –ya que la misma tiene que ver con asociaciones representacionales– la transferencia va a ser por retorno o por envío, el cual puede pasar a través de la contratransferencia.

Es decir, hay momentos en el trabajo psicoanalítico en donde, como caja de resonancia que somos, podemos sentirnos mal o incómodos, incluso tener sueños en forma de pesadilla o que nos sucedan cosas que nunca nos habían sucedido y que pensábamos que no nos iban a suceder. Eso que no puede emerger de pronto aparece en la contratransferencia y entonces uno puede sentir, por ejemplo, ganas de llorar. Se trata de un terreno difícil que forma parte del propio análisis del analista y en donde también el analista está en riesgo, en el sentido de que tiene que tener mucho cuidado de que los sentimientos propios no se le impongan al paciente.

A partir de dicha conmoción en el analista, podemos realizar una verdadera *intervención* y, por ejemplo, preguntarle al paciente si tuvo algún sueño o pesadilla por esos días o si sucedió algo que lo conmoviera. A veces entonces emerge un contenido que para este había pasado como una nebulosa y que se podría haber perdido de no haber intervenido como analista *desde un no saber que proviene más de signos indiciales que de síntomas*, abriendo la posibilidad de que algo emergiera como narración.

En un texto de Hannah Arendt citado por Julia Kristeva (2000), el cual mencionara anteriormente, ella dice: “Somos si podemos narrar nuestra historia. El ser vivo es un ser activo y el ser vivo es un narrador. Podemos narrar nuestra historia y así, de esa manera, ejercemos nuestra vida”.

El trabajo en el trauma es justamente que se pueda llegar a narrar lo acontecido, porque esto va a implicar narrarse y narrarlo para otros; va a implicar que algo se procese en esa generación y en las siguientes, que no quede como un introducto, (2) como un islote en la subjetividad, pasando así como cripta en las generaciones diversas. Se trata de poder narrar y enlazar esa historia con otros aspectos de esa subjetividad y para poder narrar algo tiene que poder ser decible, nombrable, pensable. En el caso del trauma se trata de *dar sentido a lo que no lo tiene*.

Por lo tanto, me parece obsoleto el dilema de si estamos haciendo psicoanálisis o psicoterapia, encerrándonos en una definición formalista del psicoanálisis que confunde este, en tanto nuevo modo de pensar, con uno de sus formatos, el más conocido, el clásicamente establecido. ¿Acaso el psicoanálisis no tendría que dedicarse a pensar las cuestiones más acuciantes

de cada época en que transcurre su existencia? ¿Puede ser el mismo después de Auschwitz? Desde mi punto de vista, actualmente no podemos poner a trabajar el psicoanálisis ni trabajar en psicoanálisis si pensamos que mientras estamos trabajando en lo traumático de un paciente no estamos haciendo psicoanálisis. El psicoanálisis es una actitud, y como tal nos sirve para reflexionar: no se trata de en qué aspecto trabajemos en una subjetividad –eso no nos sirve ni a nosotros ni a los pacientes– sino de pensar cómo trabajar con ello para tejer subjetividad. Tampoco se trata de querer ser "especialista del trauma" sino de ser un buen analista para con los pacientes. No es desdeñable el hecho de que a partir del trabajo psicoanalítico se pueda cambiar la historia de muchas subjetividades, y creo que ese es el desafío del psicoanálisis en este momento, del psicoanálisis y de la psicopatología *en* o *del borde*.

LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL TRAUMA

Hasta ahora hemos estado trabajando dentro del trauma generacional, de los traumas que acaecen en la misma generación, tanto en nosotros como en los otros que comparten el mismo momento de la vida. Nos referiremos ahora a lo relativo al *trauma transgeneracional*.

Freud no habló acerca de *traumas transgeneracionales* pero su preocupación por lo que se transmitía a través de las generaciones estuvo presente en su pensamiento y en ciertos momentos habló de la transmisión filogenética, aspecto que actualmente no podemos sostener.

Cito al respecto lo escrito por mí con relación a este tema:

> Un grupo de investigadores centroeuropeos y franceses (M. Torok, N. Abraham, (3) C. Nachain, S. Tisseron [Torok, Abraham y otros, 1995]), especialmente dedicados al examen de traumatismos originados en la Segunda Guerra Mundial (lo que da a sus estudios una perspectiva en el tiempo de más de medio siglo de la que nosotros aún no disponemos) logró comprobar científicamente los singulares efectos patológicos del secreto sobre la mente inmadura del niño pequeño. Por una parte estos efectos se traducen en distintos tipos de disociaciones psíquicas, depresiones y tendencias adictivas. Tienen, además, una repercusión

> transgeneracional que excede la persona del hijo […], dañando el tejido psíquico más allá de él, e incluso en sucesivas generaciones.
> Así, estos investigadores pudieron establecer que […] lo que no dicen en la siguiente generación, […] deviene innombrable, más allá de su voluntad consciente, y, en una generación sucesiva, […] deviene a su vez totalmente impensable, produciendo una verdadera pérdida de sustancia psíquica, equivalente a una hemorragia en el plano orgánico o a una mutación genética desfavorable.
> De este modo, […] la gravedad del daño no se detiene allí […] derivando en una serie de efectos en cascada determinantes de no menos graves alteraciones físicas y/o psíquicas en diversos descendientes, de la misma manera que muchas veces la peor acción de un tumor maligno no concierne solo al órgano afectado sino a su metástasis por el cuerpo del enfermo. En consecuencia, los investigadores antes mencionados pudieron demostrar el efecto de daños generados por acontecimientos de la Segunda Guerra Mundial en sujetos nacidos con posterioridad a su finalización (Punta Rodulfo, 2005).

En el momento de la escritura de *La clínica del niño y su interior* (Punta Rodulfo, 2005) coincidía con ellos en que lo *encriptado* era aquello que no era *reprimido,* sino que, para poder seguir viviendo, estas personas tuvieron que *olvidar*, *encriptar* a sus muertos. Se desprende así de sus trabajos –o por lo menos lo entiendo de esa manera– que en primer lugar existió para un sujeto un *acontecimiento* que en segundo momento debió ser encriptado, por vergüenza o por secreto. Tal como lo vengo sosteniendo en diversos textos posteriores a esa fecha (Punta Rodulfo, 2010 y 2012), amplío la categoría del secreto y de *cripta* a aquellos acontecimientos que fueron encriptados para el mismo sujeto que los vivió. Es decir que algo puede haber caído a la categoría de secreto para uno mismo: hay cuestiones que ni uno puede narrar justamente por el carácter de su inscripción negativa, como si el momento mismo de la disrupción se produjese un *eclipse subjetivo*, impidiendo aún, para el sujeto implicado, un registro consciente de tal suceso.

Eso fue lo le sucedió a un paciente que había sido torturado en un campo de concentración: treinta años después de ocurrida esa atrocidad, estando en el diván del analista, se visualizó a él mismo en la situación de tortura efectivamente acaecida. Recién entonces fue posible que ese fragmento no ligado pudiera emerger como tal. Se trata de una forma distinta de recuperar

lo que está inscripto en forma de agujero; en este caso en el contexto de una sesión de análisis.

Es decir que en determinado momento uno puede aprehender algo que ha vivido en otros momentos de su vida y que no lo había podido traer a la consciencia. El nivel de lo traumático puede tener tal impacto que una persona puede desconocer lo que pasó, "perder" lo que pasó y, a veces, cuando hay otros cometabolizadores que le ayuden, podrá luego *significar* lo ocurrido, aunque sea en forma de un *implante*, como tan bien lo conceptualiza Julio Moreno (2010).

Nos adentraremos en la temática de las derivaciones de lo disruptivo en los hijos de desaparecidos en lo que constituyó la última dictadura cívico-militar en la Argentina. (4) Mi participación directa al respecto fue específicamente en el campo de los niños secuestrados y en las investigaciones periciales de las cuales formé parte.

El trabajo que hicieron las Abuelas respecto a la recuperación de sus nietos fue lo que más llamó la atención en el resto del mundo. Durante el franquismo en España también hubo niños desaparecidos y sin embargo recién ahora se habla acerca de ello. La diferencia es que aquí hubo métodos más refinados en el sentido de que se perfeccionaron y se sistematizaron los métodos de apropiación de bebés. Además, debemos también tener en cuenta la considerable diferencia de extensión entre ambas dictaduras.

En ese entonces tuvimos que discutir (5) con psiquiatras y psicoanalistas que eran peritos oficiales, los cuales sostenían, por un lado, que las restituciones resultaban traumáticas porque los niños eran "tratados bien" –considerando posible que fueran "tratados bien" aun habiéndoles robado su historia y, en muchos casos, habiendo estado vinculados con la muerte de sus padres– y, por otro lado, que había que ver si estos niños habían podido resignificar lo que les había ocurrido. Es decir que luego de haber sido torturados en el vientre materno, de que su madre hubiera sido asesinada al momento posterior de darlos a luz, de que figurara como *desaparecida* y no como muerta, después de semejantes aberraciones, había que ver si en verdad estos niños habían podido resignificar todo esto.

Dentro del campo del psicoanálisis debemos realizar una reflexión al respecto: no hay posibilidad de resignificar semejante historia. ¿Y por qué no? Porque se puede resignificar cuando algo ha sido significado, cuando algo ha tenido una significación. Además, a diferencia de un caso como el de Nadine, en donde ella sentía que su madre había enfermado por su culpa, en

el caso de los bebés nacidos en cautiverio los militares estaban esperando que ellos nacieran para matar a sus madres, es decir que allí, en manos de los genocidas, las madres realmente morían a causa del nacimiento de sus hijos.

Entra en juego aquí la importancia de lo que ocurre en el período gestacional. Tengamos en cuenta que las madres se en-contraban privadas de oxígeno –en la mayoría de los casos se trataba de lugares subterráneos–, hacinadas, tabicadas –se les tapaba los ojos–, encadenadas de manos y pies, sometidas a torturas y a la escucha de torturas –a través de parlantes torturaban por oído a los secuestrados mientras, literalmente, torturaban a otros–. Imaginemos también que las madres embarazadas veían cómo desaparecían otras mujeres embarazadas y escuchaban, a su vez, los rumores al respecto de la maternidad central que se creó en el mismo Campo de Mayo, donde se llevaban a las mujeres próximas al parto para no volver a traerlas más, ni a ellas ni a los bebés.

Entonces, retomando lo que decían los peritos forenses oficiales de ese momento en relación a que el bebé podría luego resignificar todo esto, podemos afirmar que cuando un hecho ha agujereado una subjetividad en el período en que el embrión se estaba gestando, no hay posibilidad de que ese hecho se resignifique, y mucho menos cuando en lugar de otros cometabolizadores que acompañen este proceso hay otros que niegan sistemáticamente los índices y elementos no ligados que aparecen en el trauma. Elementos no ligados que emergen de lo traumático en forma de elementos perceptivos, de hechos perceptuales, de *flashback*. A veces quedan signos que reaparecen después de mucho tiempo y otras veces esos signos están como islotes desarticulados a los que no podemos acceder.

Algunos hijos de desaparecidos que al momento de la desaparición de sus padres eran muy pequeños, como ser niños de un año y medio, podrían incluso hacer un plano de cómo fue la escena de la desaparición. Tal fue el caso de un muchacho cuyo material supervisé, muchacho que al tener 6 meses vio a los militares secuestrando a sus padres. Él describía algunos signos perceptuales que tenía de ese momento. Su abuela, quien se hizo cargo de su crianza luego de aquella desaparición, le fue contando algunas cuestiones de su historia, pero pocas, porque murió aun siendo él pequeño, es decir que él describía estos signos perceptuales no por lo que le habían contado, sino por lo que él mismo había vivido.

Podemos constatar una intensificación de lo sensorial muy característica de las personas que han padecido situaciones traumáticas, como ser una

capacidad olfativa que llama la atención. Una de las primeras nietas recuperadas, a la cual también supervisé, era capaz de percibir el olor de un paciente dentista que había estado allí unas cuantas horas antes. Nadine comparte con otros niños que han vivido situaciones traumáticas esta característica. La niña podía entrar y sentir el olor de un tomate que yo había comido en un lugar alejado de la puerta de entrada del consultorio antes de que ella llegara. Este tipo de sensibilidad y apertura ante todo lo que acontece también tiene que ver con esa mirada paranoide del Pato Donald, con ese estar sus ojos demasiado abiertos y en guardia.

Uno diría que, como también dijo ese hombre tan inteligente que era Freud, los traumas movilizan *huellas sensoriales*. No solamente hay huellas mnémicas en el sentido clásico de representaciones mentales, sino también huellas sensoriales, que vienen desde el momento de la gestación. Françoise Dolto contaba que una niña hindú había sido adoptada por una familia francesa y que la niña no comía. Entonces uno pensaría en la adopción, y en que se la sacó de su medio y se la llevó a otro país… uno pensaría en todo eso que nos planteamos los psicoanalistas. Dolto dijo: "Pónganle curry a todo lo que le den" y la niña empezó a comer. Su madre, durante el embarazo, comía todo con condimentos hindúes, por lo que la niña se había acostumbrado a crecer en un medio en donde se utilizaban esos condimentos. Una comida francesa, por más *gourmet* que fuera, no era *holding* para ella. Esa unión tan primaria del bebé lo hace muy abierto a todo lo que sea huella sensorial.

Al hablar de los hijos de desaparecidos en verdad deberíamos distinguir, a grandes rasgos, tres diferentes casos: por un lado, los hijos de desaparecidos que no estuvieron en cautiverio, sino que quedaron en sus casas al momento en que se llevaron a sus padres; por otro lado, los hijos de desaparecidos nacidos en cautiverio y luego restituidos –con todo lo que eso implica–; y, por otro, los hijos de desaparecidos que siguen estando apropiados, con otro nombre. Es decir, en este trabajo formidable de las Abuelas para recuperar a sus nietos han pasado tantos años, y aún siguen pasando, que hay que considerar que no es la misma situación para el primer nieto restituido que para el último, y menos aún para los más de trescientos que aún quedan por encontrar. Porque estos últimos, a pesar de que tienen flashes o signos perceptuales como los que describíamos, no conocen su historia y es delicado pensar acerca de su pronóstico después de tanto tiempo y tanto ocultamiento. En estas situaciones la tortura sigue estando, y esto nos plantea un

interrogante acerca de qué va a pasar en las generaciones ulteriores.

En algunos casos en donde he hecho peritaje me he encontrado con muchachos con aspectos autistas. Recuerdo un joven con el cual era muy difícil comunicarse, que hablaba con ecolalias diferidas. (6) Su apropiador, quien había sido parte del asesinato de sus padres, se encontraba en la cárcel y desde allí le daba instrucciones acerca de lo que tenía que decir, y este chico las repetía de memoria. Se trató de uno de los casos que más me preocupó: allí la tortura seguía estando presente. Si bien como pueblo estamos marcados no solo por el genocidio, sino por la historia de los juicios y de los organismos de derechos humanos, lo cual hace un tejido social particular en la Argentina, en la mayoría de los casos aún no estamos en la tercera generación para ver realmente los impactos que tiene un trauma en este sentido.

Como nos dice Semprún:

> Había vuelto. Estaba vivo. Una tristeza sin embargo me oprimía el corazón, un malestar sordo y punzante. No era un sentimiento de culpabilidad. […] ¿de qué habría de sentirme culpable?, ¿de haber sobrevivido? […] por lo demás, tampoco he sobrevivido realmente. […] No estaba seguro de ser un superviviente de verdad. Había atravesado la muerte, esta había sido una experiencia de mi vida. […] En diciembre de 1945 me encontré en la tesitura de tener que escoger entre la escritura o la vida y había escogido esta última […] había escogido una prolongada cura de afasia, de amnesia deliberada para sobrevivir. […] Somos los Lázaros de esa larga muerte. […] me convertí en otro para seguir siendo yo; un superviviente, un aparecido. […] continuar simulando que se existe como si estuviera vivo […]. Había despertado de una pesadilla. ¿Había despertado? Una voz decía: “¡Crematorio! ¡Apaguen!”. Había despertado otra vez más en la realidad de Buchenwald; es que jamás había salido de allí a pesar de las apariencias, jamás saldría de allí, a pesar de los simulacros y melindreadas de la existencia. […] Primo Levi escoge la muerte tirándose por las escaleras de su casa en Turin […]. Paul Celan, después del silencio de Heidegger, se suicida tirándose al Sena.

¿Será que Primo Levi y Paul Celan nos están diciendo que la escritura tiene sus límites? ¿O, tal vez, en el caso de Jorge Semprún, cincuenta años después, que el vacío de la hoja en blanco también los tiene?

1- Teniendo en cuenta la rica teoría que construye al respecto, quisiera marcar que una de las mayores dificultades que encuentro en este autor y en otros psicoanalistas es la de tratar de reprocesar lo traumático a partir de una concepción de la subjetividad dividida en “mundo interno” y “mundo externo” que es imposible de sostener al momento actual. El trauma –entre otras temáticas– nos pone en evidencia que no hay un interior y un exterior, sino que la subjetividad actual, a partir de los desarrollos de Winnicott, Lacan y demás pensadores contemporáneos, la debemos pensar como una banda de Moebius. Su característica principal es la de ser *no orientable*, es decir que si ubicamos un punto, este no pertenece ni a una cara ni a la otra de dicha banda, porque no existe ni un adentro ni un afuera.

2- Al hablar de inscripciones negativas pienso que se benefician conceptos como el de *introyecto* e *introducto* para pensar las cuestiones inherentes al trauma, ya que, según lo que vengo exponiendo, la diferencia entre ellos también tiene que ver con cómo impacta en distintos procesos. El *introyecto* compone el registro mnémico de lo articulado, la introyección; es un proceso activo y de ligazón que despoja lo fáctico de su carga perceptual. El *introducto* es, en cambio, un proceso pasivo que se internaliza sin perder la carga perceptual, repitiendo la misma escena sin transfiguración, y en este sentido se inscribe pero en forma negativa.

3- Nicolas Abraham nos dice con respecto a los secretos una frase bella y dolorosa a la vez: “Un decir sepultado en el padre es en el hijo un muerto sin sepultura”.

4- Mis aportes al respecto constituyen el cap. 10 de mi libro anterior, ob. cit.

5- Juntamente con Ricardo Rodulfo.

6- En este peritaje trabajamos junto con Ricardo Rodulfo y discutimos las formas posibles de intervenir con Marilú Pelento.

Capítulo 8

El abuso sexual
Lo disruptivo del medio

El material de Celeste comparte con el de otros pacientes el ser una historia en dos tiempos. Muchos de los pacientes que de pequeños o de adolescentes hicieron un proceso de análisis, por las más diversas circunstancias de la vida, pueden retornar en otro momento si la transferencia pudo ser resguardada. Considero que siempre que se termina o interrumpe un tratamiento, por las razones que sean, uno como analista tiene que preservar el psicoanálisis como un lugar al cual se puede volver, aunque sea con otro analista o en otro lugar o institución. Si un paciente y su familia deciden terminar o abandonar el tratamiento uno tendrá que plantearles cómo están en ese momento el paciente y su familia, qué riesgos tienen –si los hay–, pero siempre dejando abiertas las puertas. Hay que cuidarse mucho de no entrar en situaciones de tironeos inútiles, rehuyendo de confrontaciones o luchas de poder con los padres o con el paciente, porque si uno intenta retener a un paciente, cualquiera sea la razón, este va a desconfiar no solamente del analista, sino de las herramientas con las que cuenta el psicoanálisis para poder ayudarlo. Es fundamental, entonces, dejar las puertas abiertas. Entre otras razones, la dimensión del porvenir es imprescindible para el psicoanálisis porque tanto el presente como el porvenir del paciente son aquello que más debemos preservar.

Tanto el material de Celeste como el de Gustavo (1) marcan las distintas implicancias del trauma en lo corporal, sus semejanzas y sus diferencias en tanto a la procedencia de lo potencialmente traumatogénico. Como ya he

mencionado anteriormente, Piera Aulagnier plantea que el psiquismo tiene que metabolizar tanto lo que le viene del propio cuerpo como lo que le viene de la exterioridad que lo rodea. (2)

La primera consulta de Celeste fue a los 13 años, cuando estaba empezando la escuela secundaria, y el segundo pedido de análisis a los veintidós, ya siendo una joven mujer.

En la primera ocasión la consulta fue solicitada por los padres. Ellos encontraban que, a partir de cierto momento, Celeste había empezado a cambiar. Que de niña era feliz, tenía amigos, jugaba con sus hermanos, le iba bien en la escuela, pero que con el tiempo *se había ido opacando*.

Como decía Anna Freud, si un niño es feliz en los primeros años de su vida esto no es garantía de que luego lo siga siendo. Seguramente debe haber conocido, en su larga y rica experiencia, a muchos niños y niñas como Celeste. Cuando en distintas teorizaciones se sostiene que en estos casos el niño desde antes ya no era feliz, que en verdad su felicidad era una cáscara y que ahora aparece lo que no apareció en su momento, nos encontramos ante un error fundamental. Tanto Celeste como otros niños fueron felices en los primeros años de su vida y se fueron opacando con el tiempo. El criterio que debemos sostener desde la ética del psicoanálisis al ocuparnos de cada singularidad es justamente el de poder precisar tanto las continuidades como las discontinuidades en el acontecer de una subjetividad.

En ese momento, al inicio de la pubertad, se la notaba ensimismada, aislada, ya no tenía amigas y su relación con los padres había cambiado. Cuando intentaban fotografiarla, práctica muy común en la familia, se escondía o se tapaba la cara en forma sistemática. Se olvidaba de todo, no podía recordar nada de lo que estudiaba, y además se la notaba "desafectivizada, sin respuestas, como congelada".

En la historia vital reconstruida minuciosamente con los padres no aparecía –para ese primer momento del trabajo– ningún elemento significativo, (3) nada que pudiera dar cuenta del estado de Celeste. "Quizás los cambios de la edad", dirían ellos. Pensaban que podía ser el emergente, dentro de un clima muy beligerante entre ambos, toda la problemática de la familia con cambios importantes a nivel económico que habían sucedido en el último tiempo: el cierre de una empresa familiar en la que trabajaba el padre; una importante herencia de la que este fue privado en beneficio de otros; la consiguiente búsqueda de trabajo por su parte y una posición económica y social muy distinta a los años de la infancia de las dos hermanas

mayores a Celeste. El tener que cambiar la “bella casa anterior por un departamento un tanto pequeño”; la salida de la madre a trabajar para contribuir con sus ingresos a la economía familiar –cosa que nunca había hecho hasta el momento– siendo de este modo ella la que comenzó a sostener económicamente el hogar; las disputas que esto ocasionaba entre ambos padres; distintas acusaciones o culpabilizaciones mutuas… Para ese entonces se encontraban realizando entrevistas de pareja, puesto que el clima entre ambos era por demás tenso y no cesaban de pelear por los motivos más diversos. El padre caía con facilidad en situaciones depresivas de las cuales no le era sencillo salir.

La conclusión a la que llegaban ambos era que tantas pérdidas, así como los había afectado mucho a ellos, habrían producido en Celeste un duelo con mucha dificultad de ser procesado.

Por otra parte, Celeste también hablaba, en lo poco que hablaba, de todas estas pérdidas y del cambio de escuela, el cual también debió de hacerse a causa del brusco cambio económico de la familia, no pudiendo costear para ese entonces la educación en una escuela bilingüe muy prestigiosa en la cual la niña parecía estar muy instalada.

Así la recibí en las entrevistas iniciales y a lo largo de un año y medio de trabajo Celeste siempre apareció con una actitud expectante, con sus grandes ojos también siempre muy abiertos pero, a la vez, como si algo se interpusiera en la mirada. Se mostraba reticente y evasiva. También desvitalizada, con aire de perdida, de extravío y de desconfianza.

En el transcurso de sus sesiones de análisis debía cuidar mucho mis intervenciones, ya que Celeste podía responder de dos formas muy características que llamaban mi atención: o no captaba lo que le decía o, si tenía alguna intervención que apuntara a algo positivo en ella, esto desencadenaba un profundo enojo que se presentaba a través de peleas muy bruscas, después de las cuales caía en profundos y agobiantes silencios, o a través de llantos difíciles de remitir. Contratransferencialmente, en ocasiones en que Celeste me trataba de manera violenta, quedaba paralizada, impotente y llena de furia; es que no podía entender de qué se derivaba tal ataque de furor.

Volviendo a analizar tiempo después el material, puedo percatarme de la importancia de tener en cuenta la transferencia del analista frente a estas desconcertantes actuaciones de los pacientes. ¿Cómo es posible que una intervención del analista que destaque un aspecto valioso del paciente pueda

conducir a tal ataque de ira? Creo que en estas situaciones, que no podemos pasar por alto, debemos por lo menos deducir que existe algo quebrado, algo escindido que se traduce en la transformación del *buen trato* y el *maltrato*. Y que esta relación rota entre buen trato y enojo nos hace pensar que al buen trato ha de corresponder por lo menos aceptación, alegría, a veces duda o hasta incredulidad, pero muy difícilmente enojo, ataque airado, ira… Años después, me inclino a pensar que *el rechazo por parte del paciente puede estar motorizado por la desmentida, así como la impotencia que ello genera en el analista puede favorecer procesos de desmentida*. Eso conlleva a que ciertos funcionamientos aparezcan como enigmáticos, pero con una cualidad distinta a toda nuestra práctica que, en sí, se mueve en terrenos donde el no saber es lo característico. Lo enigmático tiene la cualidad de impotentizar y dificultar el propio pensamiento del analista. Es como si "el sin sentido" ingresara a la sesión.

A lo largo de ese año y medio de trabajo con ella tuve la sensación de que algo en ese encuentro me resultaba inasible: la distancia, sus enojos y, en mi propia transferencia, el temor siempre presente a dañarla con alguna intervención que resultara desestabilizadora.

De todas formas, durante ese tiempo pudimos hacer algunos progresos –los cuales eran desmentidos por Celeste– tales como el que la muchacha pudiera construir un vínculo sólido con una amiga y consolidar verdaderas amistades con sus compañeros, además de verse efectivizados cambios sustanciales en su forma de abordar el aprendizaje, pudiendo lograr los objetivos previstos para cada año escolar.

Imprevistamente, un día, sin mediar ninguna comunicación previa conmigo, les manifestó a sus padres que estaba bien, que ya tenía una amiga, que con los otros chicos estaba más integrada y que sus notas en ese momento eran buenas; que por todas esas cosas había decidido no venir más. Literalmente, no quiso siquiera despedirse de mí, y fueron los padres, muy correctos y amables, quienes concurrieron a una entrevista de cierre para agradecerme el trabajo realizado con Celeste. "Ya sabe, doctora, cómo es ella: si dice que no va a venir más, no lo quiere hacer y nosotros no podemos obligarla."

La forma de irse fue para mí una continuación de la actitud enigmática, a la vez que hostil, que había tenido durante las situaciones de estallido a lo largo del tratamiento, dejándome abandonada y sin palabras que mediaran en esa despedida. No me sentí nada bien y más aún, me sentí mal, con la

sensación de que no había realizado un buen trabajo con Celeste; que algo estaba mal y que yo desconocía de qué se trataba, lo cual no me ocurre frecuentemente. A posteriori, en distintos momentos, revisé mi trabajo con ella y permanecía en mí la sensación de no haber podido ayudarla.

Por otro lado, en la despedida misma, había distintas piezas que no encajaban: ante mí, desconocía sus cambios, pero con los padres los había utilizado de herramienta clave para dejar el tratamiento; en las sesiones no había podido hablar ni de los cambios (que ella en el propio espacio desmentía) ni fundamentar en la desmentida de estos su decisión de concluir; y, por último, siendo ya una adolescente, desapareció sin palabras y envió a sus padres a anunciar su ida, como si fuera una niña pequeña, de otra edad.

EL SEGUNDO TIEMPO DEL TRATAMIENTO

Diez años después, con un llamado de Celeste, se inició este segundo tiempo. Al llegar a la primera entrevista comenzó a llorar sin poder detenerse y sin poder hablar. Me encontré entonces con una joven de aspecto aún adolescente, presa de una angustia que la desbordaba. Después de un tiempo prolongado de esa primera entrevista, me dijo que hacía meses sus padres le habían dicho que me viniera a ver, pero que ella había sentido que lo hacían "para sacársela de encima", lo cual le había generado mucho fastidio, por lo cual había decidido no venir.

Hasta allí mi actitud consistió en respetar su dolor y sus lágrimas sin palabras, acompañándola con calidez. Poco a poco pudo empezar a contar aquello que le había resultado, casi hasta la actualidad, imposible de poner en palabras.

Desde el comienzo del secundario tenía una sensación rara, nebulosa, como si algo se le presentara en una pesadilla; fragmentos de imágenes que no sabía si correspondían a algo soñado o realmente vivido. Siempre sentía esa extrañeza de no saber si las cosas eran de verdad o si estaba soñando. Tanto es así que había colocado en su cama, sobre su cabeza, una figura para saber si estaba dormida o no: "Si veía la figura era prueba de que estaba despierta y si no la veía era que estaba soñando o imaginando". La fuerza del sentimiento de irrealidad propio de la desmentida "Ya lo sé, pero aun así…". (4) Al día de esta entrevista y hasta que la dejé de ver, seguía conservando la

misma figura en un lugar central de su habitación.

Las imágenes eran de su niñez, de cuando tenía alrededor de 7 años y en estas veía a su primo, diez años mayor que ella, subiéndole la ropa, tocándola en sus genitales y apoyando sobre ella sus propios genitales, manchándola "con un pis blanco". Veía que eso pasaba una y otra vez y también que algunas veces su primo había estado así con su hermana. Su primo no la amenazaba, simplemente la llevaba al parque o a lugares lejos y Celeste quedaba paralizada.

Fabiana Tomei (5) nos dice al respecto que estas situaciones tienen un doble aspecto negativo que impacta sobre una subjetividad: *el traumático* y *el siniestro*. En primer lugar, *traumático* porque sucede en tiempos muy tempranos de la estructuración subjetiva –específicamente lo acontecido a Celeste– en los que a lo temprano se le suma el no poder aprehender la verdadera dimensión de lo que está ocurriendo, puesto que, aún, se anticipa a los tiempos de la maduración sexual; *traumático*, además, por la reiteración del suceso en tanto tal. En segundo lugar, *siniestro* porque el abuso sexual infantil en la mayoría de los casos –justamente, otra vez, como en Celeste– ocurren en el seno de la familia, con lo cual lo *familiar* deviene peligroso. Agregaría un tercer aspecto, que es el de la *desmentida* del entorno familiar, entre otras cosas porque se trata de un integrante de la familia o amigo cercano.

De esta forma encontramos a estos niños con una vivencia de *desamparo*, acrecentada por la *desconfianza en la comunicación*. Resulta esto paradojal, ya que estos niños no solo desean que alguien de su círculo cercano los escuche y pueda albergarlos, sino que además necesitan ser escuchados por lo propiamente enloquecedor de estas vivencias.

Cuanto más cercano es el abusador, y cuanto más comprometida esté su función en donar *amparo y protección*, mayor será el desamparo de estos niños: están en una situación sin salida, e incluso puede aparecer en el contexto de las sesiones desconfianza, clima predominante de tensión, no enfocar la mirada a los ojos, respuestas sorprendentes ante determinadas intervenciones del analista, etc. Sin embargo, en muchas situaciones, aunque no en todas, otros materiales presentados por el paciente son reveladores o por lo menos dan pistas para sospechar situaciones de abuso. En particular, en el primer tramo del trabajo con Celeste, el cual me encontró con treinta años menos de experiencia –y en un tiempo en que estos temas no estaban tan candentes ni en el psicoanálisis ni en otras disciplinas científicas, como el

campo del derecho, de la sociología, de la medicina– no pude leer ciertos indicios que la paciente traía; no me fue posible captar todos estos elementos que quizás hubieran podido orientar de mejor manera *la dirección de la cura*.

Antes de hablar Celeste con sus padres, hacía unos meses, le había pedido a su hermana –cinco años mayor– un encuentro para que la ayudara con esas imágenes que se le presentaban y la torturaban, para que le dijera si lo que le contaba era una pesadilla, algo que se había inventado, o si ella sabía si era verdad. Celeste necesitaba de algo más que la figurita pegada en el techo para saber acerca de la verdad o la fantasía. Su hermana, quien empezó también a llorar, le confirmó que su primo en algunas ocasiones había hecho lo mismo con ella pero que ella le había pegado, se había defendido y había escapado.

Este encuentro con su hermana hizo que Celeste sintiera, por un lado, cierto alivio al saber que no estaba "loca", pero, por otro, muchísima culpa por pensar que ella, a diferencia de su hermana, se había quedado con su primo porque le gustaba, lo cual le resultaba aún más enloquecedor. Celeste sentía que *era ella la culpable, la que tentaba a su primo*, sin darse cuenta –como muchas otras niñas y niños– que era una niña pequeña y que su primo era diez años mayor.

A partir de allí comenzaron a aparecer algunos *islotes*, entre ellos, el recuerdo de una vez que se había acercado a su mamá, estando ambas en la cocina, para contarle "las cosas que le hacía su primo". En ese momento su madre se había enojado con ella y le había dicho que siempre era igual, que soñaba todo el tiempo, que se imaginaba cosas y que si uno decía mentiras le hacía mal a la gente. Que su familia materna era muy unida, no como la de su papá, y que con esas mentiras ella iba a hacer que todos terminaran peleados.

Esta situación, al no haber podido ser atendida y escuchada por la madre, al haber quedado rechazada por el adulto responsable, se instaló para la niña, quien la padecía en el campo de la desmentida, en aquello que sucedía en su cuerpo pero que no se sabía si era ficción o realidad. ¿Qué era verdad y qué era mentira en su vida? ¿Qué acontecía y qué se imaginaba? ¿Sería ella mentirosa?

Como nos dice Fabiana Tomei, muchas veces, aun cuando no hay complicidad de los padres, las comunicaciones de los niños pueden no hacerse entender porque son parciales, corresponden a fragmentos que no resultan inteligibles para los mayores; otras no se entienden porque el abuso sexual y el incesto provocan horror: como adultos lo rechazamos, lo expulsamos fuera del campo de lo pensable. Además, descubrir que no se ha

podido cuidar de una hija hiere profundamente el narcisismo materno, siendo que en muchas situaciones el equilibrio narcisista de la madre puede ser frágil y no soportar tal embate.

Entonces, al haber sido expulsado del campo del pensamiento, todo quedó como antes. El abuso siguió produciéndose silenciosamente, el primo hermano continuó yendo a la casa, a los cumpleaños, incluyéndose en los paseos, de visita, etc. La familia materna siguió compartiendo la alegría de estar juntos, no como la paterna, en la cual todos estaban peleados y continuaban sin verse.

Poco tiempo antes de la segunda consulta, y después de la ratificación de su hermana, Celeste reunió a sus padres y volvió a hablar del tema, esta vez con ambos. La madre “no recordaba” que su hija hacía muchos años había hablado con ella, no lo recordaba porque algo expulsado no es evocable. Es decir, en la madre misma esto no había quedado incluido como una representación positiva, evocable, sino como una *inscripción negativa*, como algo del orden del trauma. Esta mujer estaba, literalmente, quebrada. Por su parte el padre no sabía qué responder. Ambos se sintieron cuestionados como padres en su posibilidad de cuidar y proteger a su pequeña niña y, después de días de llantos, increpaciones y peleas entre ellos, le dijeron a Celeste que me viniera a ver. Fue entonces que la muchacha sintió que nuevamente “se la sacaban de encima” y en ese momento decidió que esta vez no iba a dejar que todo se silenciara. Esperó y esperó hasta que ella misma sintió que quería venir a hablar conmigo, que necesitaba empezar a unir todos sus islotes, todos esos fragmentos que la invadían durante el día y a veces en noches insomnes o en formas de pesadilla, pero siempre, siempre en esa sensación de nube que estaba como irrealidad sobre su cabeza, necesitando mirar y seguir mirando esa figurita que le decía acerca de su estar despierta o dormida.

Lo primero que hice en esa larga primera entrevista, la cual se prolongó por espacio de mucho tiempo, fue decirle que le creía, que seguramente íbamos a poder ir adentrándonos juntas en esas nubes para tratar de despejarlas y que, muchas veces, cuando ocurren cosas muy terribles, es común que a una le pasen estas cosas de sentirse irreal una misma.

Así fue como iniciamos este segunda parte de nuestro recorrido psicoanalítico, del cual solo realizaré un punteo a propósito de preservar la confidencialidad del material.

RECORRIDO DE ESTE TRAMO DE ANÁLISIS. ASPECTOS SIGNIFICATIVOS EN LA TRANSFERENCIA

– Valorizando su pedido de ayuda, su confianza por recuperar percepciones, pensamientos y sentimientos; confirmando sus percepciones cuando ella lograba reconstruir lo ocurrido.
– Enfatizando la importancia de construir un vínculo, un lugar para trabajar *entre* ambas, creando un espacio analítico que le diera seguridad y pactando más sesiones, aunque no hubiera posibilidad de que su familia pudiera pagar por todo el tratamiento.
– Trabajando sobre lo inscripto en negativo, poniendo en relato y entramando las percepciones y sensaciones desligadas y angustiantes. Recuperando fragmentos e islotes para empezar a ligarlos. Dando figurabilidad no solo a lo acaecido, sino hacia su proyección futura, que resultaba impensable.
– Reconstruyendo los inicios del abuso: lugares, formas, frecuencias, tiempos. Situando específicamente el abuso en la figura del abusador, desresponsabilizándola a ella. Es frecuente que las víctimas de abuso se formen la idea de que fueron las incitadoras o culpables indirectas. Todos estos trabajos en las sesiones se fueron realizando de manera tal que la que iniciaba el tema siempre era Celeste. En ningún caso debemos, como analistas, empujar a la paciente para que hable del tema, ya que de esa manera se volvería a pasivizarla, a abusarla.
– Descubriendo la situación con su pareja actual, en la cual Celeste quedó invisibilizada. Esta estaba caracterizada, en primer lugar, por el secreto: la familia del novio no sabía acerca de su existencia; si ella quería comunicarse debía hacerlo solo cuando él atendiera el teléfono; sus encuentros eran exclusivamente en el espacio social, donde tampoco Celeste era presentada como novia, a pesar de llevar ya cuatro años de noviazgo; Celeste podía ir a la casa del novio solamente en circunstancias en que la familia no estuviera y no dejar huellas. En segundo lugar, y vinculado a todo lo descripto anteriormente, la relación estaba caracterizada por la repetición de la situación de abuso: tenían relaciones sexuales a escondidas y en secreto; había poca gratificación de la paciente en la relación sexual; a pesar de ser una pareja estable él seguía usando

profilácticos y dilataba el pedido de ella para realizarse el análisis del VHI, lo cual le causaba dolor a Celeste por falta de secreción, situación acerca de la cual ella se quejaba no solo sin ser escuchada, sino, además, sometiéndose a esta, sin siquiera consultar a un ginecólogo que la asistiera.

– Generando espacios para la construcción del mañana –aunque sea del día siguiente–, iniciando de a poco la construcción de proyectos, favoreciendo que pudiera abrirse al porvenir, ayudándola a verse en perspectiva, creando el espacio propicio para hablar de su carrera, promoviendo la finalización de esta –que había quedado hacía tiempo abandonada– y estimulando el inicio de su trabajo profesional.

– Apoyando sus proyectos, su posibilidad de viajar y entablar vínculos importantes con pares.

– Apoyando y promoviendo su creatividad y proyectos de trabajo así como nuevas inserciones también laborales, pero no solo laborales.

– Ayudándola a salir de una situación de sometimiento laboral en la que estaba inmersa al inicio del segundo análisis. Esto mismo hizo que ella se fuera de viaje por la realización de un trabajo para el que específicamente había estudiado, resolviéndose su inclinación profesional.

Final abierto a la vida, Celeste se fue diciendo que retornaría después de varios meses. Todavía la espero, ella sabe que la espero. "¿Sabe que la espero?" Así se lo dije. Debería saberlo, pero aún no me ha vuelto a llamar. Pienso que quizás se demore aún más. ¿Es que la vida puede esperar? En palabras de Celeste: "Soy como un zombi, no habito en ninguna parte, tampoco sé si soy de verdad".

1- Véase el cap. 9 de este libro.

2- Piera Aulagnier –al igual que otros autores– mantiene la diferenciación mundo interno/mundo externo. Recordemos que para Piera tanto el cuerpo como el mundo externo son extraños al psiquismo y es por eso que, al decir de la autora, una subjetividad tiene que metabolizar lo que le viene de ambos lados. Aunque en la actualidad he tomado distancia de esas oposiciones binarias, pregnadas de la metafísica de Platón, recojo de esta autora la conceptualización –entre muchas otras de importancia capital– según la cual el psiquismo metaboliza en forma constante lo proveniente de distintos espacios. Lo disruptivo del cuerpo y lo disruptivo del medio.

3- Cuando repienso el material de Celeste me doy cuenta de que lo que precisamos como "minucioso" en un momento dado se cruza con represiones, desmentidas, secretos encriptados, etc., que nos impiden contactarnos con los aspectos más inconscientes de esa trama singular.

4- Octave Mannoni (1969), en su texto “Ya lo sé, pero aun así…”, estudia el problema que nos plantean las creencias. Freud, en el texto *El fetichismo*, introduce el concepto de *renegación* a propósito de que el niño, cuando descubre que la niña no tiene pene, deberá negar una realidad a propósito de sostener la creencia del *falo materno*. Por un lado niega su creencia y por otro lado la sostiene.

5- Comunicación personal y de intercambio en el contexto de la Universidad de Buenos Aires. Fabiana Tomei ha realizado trabajos e investigaciones sobre el tema, que está reuniendo en un libro que todos deseamos que sea de pronta aparición.

Capítulo 9

Lo disruptivo desde lo fallido del cuerpo (1)

En la década de los ochenta, Gustavo, de 5 años se analizó conmigo por un período de tres años. Si bien fue un tratamiento muy exitoso en sus resultados, releyéndolo hoy puedo hacer un punteo de varios aspectos que en este momento incluiría decididamente y que no están en mi relato de aquella época, además de acentuar otros puntos de una manera distinta. Las características del material facilitan mucho su retrabajo.

Este pequeño fragmento de historial apareció publicado por primera vez en *Pagar de más*, el primer libro colectivo de nuestro grupo en la Facultad de Psicología de la UBA, compilado por Ricardo Rodulfo. Por esa época mi trabajo estaba marcado por el pasaje que muchos de nosotros hacíamos en Buenos Aires desde un formato kleiniano bastante rígido a lo que traía de aire fresco la inclusión del pensamiento de Jacques Lacan. Se trataba de un viraje importante, puesto que pasábamos de un enfoque demasiado centrado en un simbolismo inconsciente que tendía a cierta fijeza y demasiado centrado también en la idea de una autonomía del "mundo interno", descuidando los factores ambientales, a un enfoque que ponía el acento sobre el significante y no sobre el significado, que daba mucho relieve al "mito" y a las variantes familiares del mito y que consideraba muy importantes las funciones parentales en la estructuración subjetiva. A su vez, este aire fresco se enrarecería a su turno al convertirse también en una línea teórica rígida y en lo que Winnicott llama *lenguaje muerto*.

Mi interés nunca fue ser kleiniana ni lacaniana, sino formar mis propias posiciones a través del trabajo de distintos autores; en lo personal siempre tomé distancia de enfoques dogmáticos, en un sentido o en otro. No obstante,

cuando repaso el material, puntualizo dos puntos importantes que pienso actualmente de forma distinta: por un lado, en esa época sabíamos mucho menos que ahora de factores innatos (congénitos y genéticos) y campeaba en el psicoanálisis cierta tendencia a no tomarlos demasiado en cuenta, pese a la prudencia con que Freud siempre les había reservado un lugar en la sobredeterminación que regula el psiquismo humano. Por otro lado, tanto kleinianos como lacanianos tendían a ignorar el peso de los factores traumáticos, fuera en beneficio de la fantasía inconsciente, fuera en beneficio del fantasma. Actualmente, y desde hace ya algún tiempo, el psicoanálisis ha recuperado en buena medida su interés y consideración por el peso del trauma, incluso por el impacto entre nosotros producido por los horrores de la última dictadura cívico-militar.

Estos dos factores descuidados son los principales motivos que hoy podrían moverme a una revisión de este material clínico.

Otro inconveniente en ese entonces, que con el tiempo motivó muchos aportes nuestros, fue la escasa atención que en ambas corrientes teóricas se prestaba a la especificidad del jugar y dibujar.

Años después, mi Tesis de Doctorado fue una investigación sobre el dibujo del niño, y en este historial presté mucha atención a juegos y dibujos, desmarcándome así de la que fue quizás la principal rigidez del sistema teórico lacaniano: preconizar una centración exclusiva en el lenguaje, descuidando nada menos que la extraordinaria especificidad que en el niño tienen jugar y dibujar.

A Gustavo lo conocí en circunstancias próximas a ser operado por cuarta vez de un padecimiento congénito en las extremidades: presentaba en sus manos sindactilia completa y en sus pies, polidactilia al momento del nacimiento, con reduplicación del pulgar, que le fue amputado tempranamente.

Esta afección tenía un eco particular en esta familia, para la cual el “cuerpo bello” y todo lo emblemático ligado a su fabricación se hallaba falicizado, constituyendo un aspecto muy relevante de sus vidas.

En este contexto, el nacimiento de Gustavo con un “cuerpo fallado”, al decir de la madre, representó una herida narcisística que se trataba de aminorar a través de la insistencia en el discurso de los padres de la “perfecta normalidad” del paciente.

Por otra parte, cabe subrayar que la falla en lo Real del cuerpo y las múltiples intervenciones quirúrgicas realizadas en el exterior dieron un sello particular a las relaciones de Gustavo con sus progenitores, ya que este problema no ocurría solo a nivel del cuerpo imaginado, sino que los padres habían tenido que sostener, desde el lugar de las funciones materna y paterna, a un niño que debía ser continuamente objeto de cuidado y tenía que viajar constantemente por sus operaciones y controles, permaneciendo en el exterior (cada vez que se lo opera) por períodos muy prolongados, en los que se le enyesaban los pies y se le vendaban las manos, a veces simultáneamente. Esto daba lugar a que durante ese lapso el niño dependiera exclusivamente de la madre y de los sustitutos maternos para cubrir todas sus necesidades.

El análisis mismo revestía características particulares por darse en su seno intervenciones quirúrgicas de importancia, viajes al exterior cada seis meses por controles y hasta la sorpresa de una operación en un momento no previsto que implicó la ausencia del niño a sus sesiones durante dos meses. En ese tiempo nos comunicábamos por correspondencia: Gustavo enviaba sus gráficos y comentarios, y yo, a mi vez, cualquier palabra que creyera pudiera serle útil. En otras operaciones, cuando estas afectaron también las manos y el vendaje le impedía dibujar, enviaba sus relatos, que eran escritos por la madre.

En este momento no sostendría esto del “cuerpo fallado al decir de la madre”. No se trata de un cuerpo fallado “al decir de la madre”, sino de una patología innata que afecta el cuerpo en sus huesos, tejidos, ligamentos y piel. ¿Cómo se posiciona la familia ante semejante disrupción que implica el nacimiento de Gustavo? Y además, ¿cómo va a afectar a Gustavo no solo su patología, sino la terapéutica quirúrgica que deberá sostenerse durante años?

Con respecto al curso del trabajo analítico, en la actualidad realizaría entrevistas familiares a través de Skype u otros medios de comunicación y con el niño cuando contara con recursos psíquicos para hacerlo.

SINTOMATOLOGÍA INICIAL. ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA. REFLEXIONES TEÓRICAS

Sus síntomas revelaban un trastorno fundamental del esquema corporal pero sin base neurológica. Al llegar al tratamiento Gustavo padecía enuresis,

una obesidad incipiente y marcados trastornos del sueño.

Demostraba ser reflexivo e inteligente, a raíz de lo cual resaltaba como síntoma contrastante su torpeza motriz y su dependencia del cuerpo del otro. Las cosas que no podía hacer por sí mismo inmediatamente eran realizadas por sustitutos maternos: niñeras, mucamas, etc., ataban sus cordones, lo llevaban al baño, lo vestían, estableciéndose una complementariedad imaginaria que desde el inicio se había instaurado en el centro de los intercambios corporales. Lo que pasaba en uno de ellos reflejaba lo que sucedía en el otro, puesto que el niño era identificado o se identificaba, a su vez, con un objeto parcial.

Siendo parte de un todo, Gustavo no soportaba ninguna situación que implicara separación: no podía dormir solo, tampoco ir al baño, ni atenderse.

Puntuemos:

- Sin base neurológica pero con base orgánica.
- Hablo de la dificultad para separarse, pero la “amputación” de sus pulgares es mucho más que una separación; es una pérdida que por lo menos constituye un suceso disruptivo que no podemos evaluar qué destino va a tener a lo largo de su vida.

SU DESCRIPCIÓN

A pesar de haber padecido desde pequeño situaciones de aislamiento, a causa de prolongados posoperatorios en hospitales del exterior del país que lo obligaban a estar separado de amigos y algunos miembros del grupo familiar, sostenía una vida social muy intensa. Era cariñoso y comunicativo. No era agresivo con sus pares, pero tampoco se dejaba agredir por ellos. Se manifestaba como voluntarioso y emprendedor. Enfrentaba las dificultades e intentaba, dentro de lo posible, superarlas.

A sus sesiones concurría con un interés constante. Era particularmente sutil en sus reflexiones, develando agudeza intelectual. Podía, de distintas formas, contar lo que le pasaba y sabía dónde ir a buscar ayuda.

Durante el primer tramo del tratamiento se le caía todo de las manos, su torpeza era tan grande que pasaba más tiempo recogiendo las cosas del suelo

que jugando o dibujando. Durante ese período rompió diversos objetos del consultorio en forma involuntaria.

"Se le caía todo de las manos": justamente la inscripción de las manos es una larga y difícil tarea por hacer.

PRIMERAS SESIONES

Al iniciar el análisis, contando con 5 años y medio, Gustavo solicitaba que yo entrara al baño con él, que lo atendiera, arreglara sus pantalones y aun su ropa interior. Su cuerpo no le pertenecía en tanto autonomizado; en razón de ello, él debía entregarlo. Estas demandas no fueron satisfechas, trabajándose analíticamente la carencia de autonomía. No obstante, el niño intentaba persistentemente que mi cuerpo sustituyera y reemplazara a partes del suyo.

Viéndose acorralado por la imposibilidad de situarse en el espacio, fuera de la referencia corporal al otro, cuando se dirigía al baño (acto que ejecutaba varias veces por sesión) se angustiaba y empezaba a gritar fuertemente mi nombre.

En estos momentos iniciales tampoco era capaz de arreglar sus prendas de vestir: calzoncillos, pantalones, etc. Incluso después de un tiempo de tratamiento, le resultaba imposible atarse las zapatillas. Lo que sucedía allí era que el espacio visual inmediato ejercía en él tal fascinación que lo obligaba a copiar el gesto sin corregir su sentido en relación con el cuerpo propio, llevando a cabo la acción desde el punto de vista del *partenaire*. De esta forma él se ataba los cordones como si fuera otro, por lo cual esta acción se veía impedida. Lejos de limitarse a los movimientos y dimensiones del cuerpo, la confusión del espacio propio con el del Otro se extendía al plano de la representación: gráficos en general, modelados, etc.

Una pregunta que nos viene desde Margaret Mahler: ¿qué pasa en la constitución subjetiva en niños que tienen que enfrentar padecimientos, intervenciones quirúrgicas, que se inician al poco tiempo de nacer?

Con el propósito de adentrarnos en este proceso haremos una secuencia de los materiales significantes que emergieron en el trabajo analítico y sus

elaboraciones posteriores.

SU PRIMER MODELADO

En razón de su imposibilidad de separación, el modelado realizado por Gustavo refleja lo que en la teoría de la especularidad se denomina como *espacio de inclusiones recíprocas*. Al tratar de representar a sus padres, hermana y a sí mismo, el conjunto resultó un cuerpo abigarrado de múltiples otros cuerpos y objetos, un cuerpo que era a la vez otros cuerpos.

En la medida en que en algunos aspectos él mismo no funcionaba como un sujeto separable y autónomo, no podía constituir unidades diferenciadas. Esta problemática se extendería más tarde a la confusión entre derecha e izquierda y, al inicio de la escolaridad primaria, a la lectoescritura y las matemáticas. Gustavo empezó a sustituir una letra por otra, a reduplicarlas, invertirlas, etc., y ocurrió algo similar en el plano numérico. Estas inversiones, confusiones y errores de localización que cometía el paciente se fundaba en una intuición del espacio reducido a una formación imaginaria completamente simétrica, en la cual los dos polos límites lo constituían el cuerpo del sujeto y el del otro, siendo este el referente privilegiado. Dentro de este sistema Gustavo solo estaba en condiciones de establecer relaciones espaciales irreversibles. El niño, que podía situarse en relación al otro, no podía efectuar la relación inversa. Pero este otro que funcionaba como un doble pertenecía al registro de lo imaginario, así como el campo que él mismo originaba. Ese otro era, en primera instancia, el cuerpo materno con el cual el niño formaba un todo indisoluble y complementario. En lugar de poder vivenciarse como una persona autónoma, se veía como un objeto parcial perteneciente a un cuerpo compuesto.

A lo largo del análisis pudimos seguir una progresión que fue desde una relación corporal objetal a la conquista de una imagen corporal autónoma.

¿Cómo podría ser un modelado en ese momento en que verse desde el otro y depender del otro es una constante? Es decir, si bien mis intervenciones al marcar “Gustavo, vos podés hacerlo solo” no eran erróneas y seguro le hicieron bien, lo curioso es que no me di cuenta allí de que lo que yo le estaba proponiendo a Gustavo era un juego: “¿Dale que hacemos que

podés?”. Es decir, no pude analizar en ese momento mi renegación fundante en el tratamiento con personas que padecen una discapacidad, aun considerando la importancia de sostener dicha renegación fundante. “Yo sé que te cuesta mucho poder disponer de tu cuerpo, de tus manos y de tus pies en tanto autónomos, pero aun así te digo que podés.”

EL CUERPO SIGNADO POR LA FALLA

Mencionábamos que, desde el inicio, sus dibujos constituían garabatos indiferenciados y sus modelados, grandes conglomerados de plastilina. Algo que resulta ilustrativo era que después de hacerlos me interrogaba: “¿Qué hice? Decime qué hice”, esperando una respuesta de mí como si yo fuera él.

En un momento ulterior realizó las figuras 9.1 y 9.2, siendo estas sus representaciones acerca de sí mismo y del mundo.

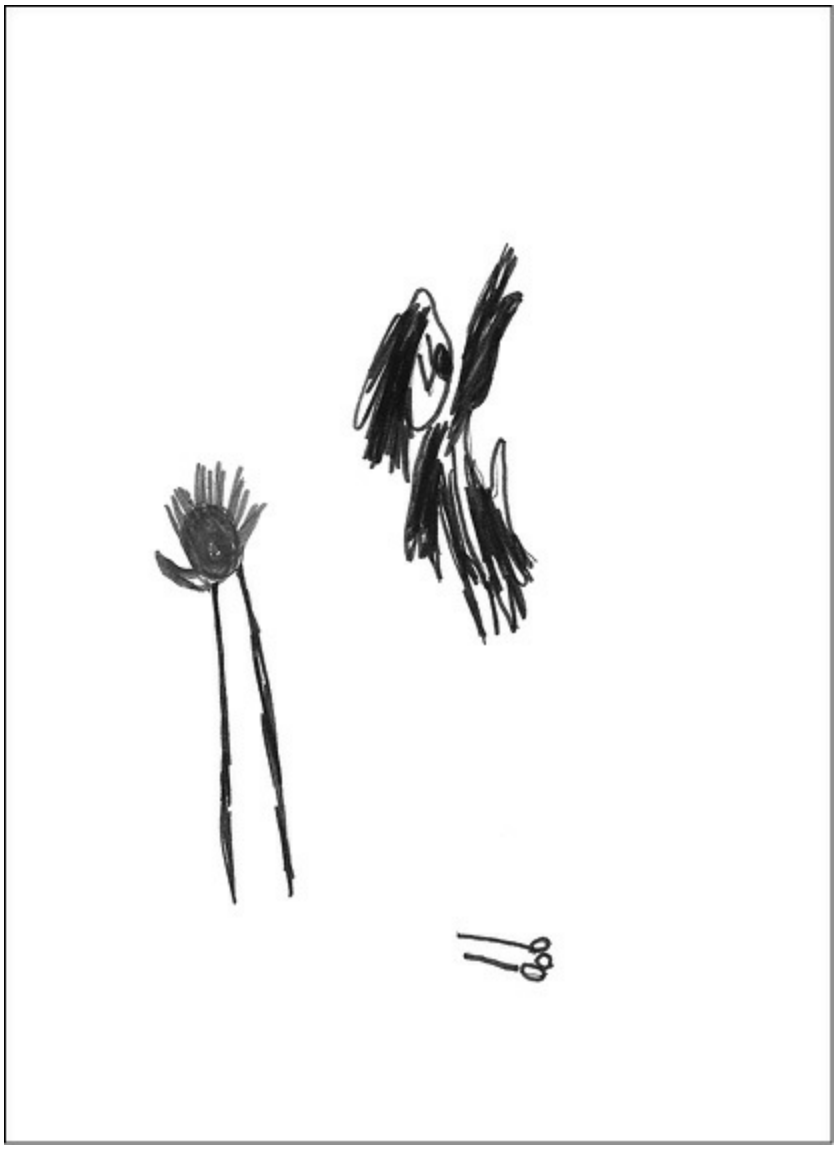
Figura 9.1. Gustavo

El primer gráfico es su propia imagen, dentro de una superficie que él denominó *casa*. Debemos puntualizar la marcada diferencia entre el nivel intelectual del niño y su expresión gráfica. En este dibujo las manos adquieren una dimensión desproporcionada. En lugar de constituir la “llave del corte” del momento de arrojar fuera, estas manos-ventosas están imposibilitadas para realizar este trámite expulsivo.

Las manos ventosas son la representación de sus propias manos, un niño pato, un niño animal, cuerpo célula signado por dichas marcas iniciales. Lo innato tiene eso, llega junto con el niño y de allí la dificultad para metabolizar: el bebé, por lo temprano de su estructuración subjetiva, y los

adultos que lo rodean, por el impacto de esta situación disruptiva. ¿Quiénes pueden actuar como otros cometabolizadores cuando se trata de este tipo de trastornos del desarrollo?

Figura 9.2. Gustavo



En el segundo gráfico realizó un elefante (figura derecha) y un árbol (figura izquierda). Agregó: “Está suelto y tiene hijitos, no nacieron los hijitos… el papá ya nacieron, la mamá no”. Creo poder puntualizar a través de este dibujo y sus asociaciones verbales que, a pesar de la emergencia de símbolos fálicos, como lo constituyen el árbol y el elefante, estos no llegaban

a inscribirse para Gustavo en una problemática de corte edípico (por ejemplo, fálico/castrado), sino que aludían a otros cortes no realizados, como los que atañen a la diferenciación entre el cuerpo del otro y el propio.

Realizaré un reanálisis de lo anterior. Para ese entonces no pude leer que la figura izquierda es un árbol-mano con una multiplicidad de dedos; que debajo, entre las dos figuras, hay un brazo cortado con mano defectuosa y que el elefante, en sus asociaciones verbales, implica una contradicción: está suelto, es decir, no está en una jaula encerrado, y tiene hijitos, pero a la vez esos son los niños soñados, son los niños que no nacieron.

A lo largo de los años, en mi trabajo con niños afectados por trastornos del desarrollo, he podido constatar –aun en niños con deficiencia mental grave– la angustia ante lo monstruoso que pueden encarnar… la angustia por el niño que no fueron.

Figura 9.3. Gustavo

En la figura 9.3 resulta significativo que Gustavo dibujara una figura humana cuyos pies tienen forma de patas de pato, y que está desprovista de una mano, cuya proyección –realizada en forma análoga a los pies– se multiplica, invadiendo el espacio de la hoja, sobre la cual realizara varios intentos.

La torpeza que se ponía de manifiesto en los gráficos no la atribuimos en ningún momento a problemas intelectuales o de maduración, como se llegó a creer en la escuela, sino que la pensamos dentro de un contexto donde las dificultades que se planteaban en la construcción del cuerpo propio eran las que concurrían una y otra vez a la sesión, en los dibujos, modelados y otras formas de expresión. La temática giraba en torno al nacimiento de los hijos,

al propio cuerpo, a su “falla”, y a la imposibilidad del logro de cortes a nivel de lo sádico anal.

Agregaría que así como para otros niños el cielo se puebla de nubes y soles, para Gustavo este paisaje doloroso estaba constituido por la proyección sensorial de un cuerpo, manos, pies, proyección que, por su repetición a lo largo de las sesiones, la pienso como camino o tránsito hacia su apropiación.

Coincidentemente con este graficar, Gustavo realizó un juego que consistía en lo siguiente: tomaba muñequitos con los que constituía dos bandos enfrentados bélicamente, comandados a su vez por dos reyes, que en un efecto de reduplicación especular se denominaban prácticamente de la misma manera: Rey Hielo y Rey Castillos de Hielo. Expondremos para una mayor comprensión un fragmento del juego. El niño decía:

> La banda le tiró un disparo al Rey Castillos de Hielo y se lastimó la pierna. Ataca y gana. Tenemos que matar a todos, los buenos matan a todos. Ellos los ayudan y van a caminar, se caen, se les sale el yeso y puede caminar. Con los puños atajan las balas y las devuelven.

Cabe destacar que la banda del Rey Hielo era la que hería al Rey Castillos de Hielo, como si algo del orden del doble surgiera como el fantasma capaz de lesionar; fantasma al que después se mata para que de esa manera, al unísono, el yeso pueda ser roto, otorgándole movilidad. Nótese que las balas que rebotaban y volvían al punto de partida seguían un movimiento también especular.

LA EMERGENCIA DE LAS MANOS EN TANTO AUTÓNOMAS

En un momento ulterior ocupaba sus sesiones en la autonomización de sus manos; todo su graficar estaba destinado a ello. Las apoyaba, intentaba hacer el contorno, las pintaba y luego las recortaba. A través de este proceso Gustavo buscaba darse a sí mismo manos no falladas. (2)

Este era un punto central del tratamiento, ligado al autoreconocimiento y

al descubrimiento de su propio cuerpo en tanto autónomo, jugados en la transferencia y no solo en ella, sino también en la mayor disponibilidad tanto de sus manos como de sus pies que le otorgaban las distintas intervenciones quirúrgicas que se realizaron sucesivamente.

Figura 9.4. Gustavo

Este hecho de darse a sí mismo unas manos capaces de actividad tórnase decisivo para un niño que había padecido y aún padecía el peso de un impedimento físico. La sindactilia le impide al sujeto que la sufre apropiarse plenamente de sus dedos y disponer de estos con la extensión que poseen otras personas. Aunque este niño había sido operado tempranamente y luego reoperado cada vez que su crecimiento así lo determinaba, la movilidad de los dedos y su apertura siempre le resultaba problemática. Pensando en la función de la mano, pieza clave del *fort-da*, en la relación con el objeto y en

la posición relativa del sujeto con respecto a este, me interrogo de qué manera se simbolizaba para Gustavo e intervenía en la constitución del mundo y de sí mismo. Lo que marcábamos es que él no se podía separar del objeto otro, y siendo su cuerpo uno con él no podía arrojar las cosas, sino que estas, al inicio del tratamiento, caían de sus manos, faltando ese movimiento de arrojar de sí.

ACERCA DEL NACIMIENTO EN LA TRANSFERENCIA: EL CORTE UMBILICAL

Teniendo como desencadenante un embarazo mío, que era ya percibido por él, se produjo un juego de nacimiento que consistía en lo siguiente: Gustavo construyó una "casa-caja" donde apareció el volumen. El niño se colocaba dibujado en la puerta en forma de mural, hecho sobre ella, mientras que todos los otros elementos de la construcción tenían la cualidad de ser agregados en forma de pegado. Lo único no agregado era justamente el niño, quien formaba parte de la casa, formaba masa con ella; no era un elemento colocado encima de la puerta, sino que el niño era la puerta y la puerta era el niño, funcionando en un espacio de inclusiones recíprocas que remitía a un niño incluido en el vientre materno (ausencia de corte umbilical).

Después de una intervención en la que interpreté su fantasía, Gustavo puso la "casa-caja" en el suelo y comenzó a entrar y salir de ella varias veces, como si tuviera que renacer para investirse de otra manera. Trabajamos allí la fantasía de un renacimiento posibilitado por la transferencia, emergencia nueva, sin malformaciones. Nacer a un espacio autónomo, libre de envolturas placentarias tentaculizantes.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CUERPO

Posteriormente el paciente me solicitó que lo dibujara de cuerpo entero. Pocas sesiones más tarde trajo una foto suya como para que me sirviera de modelo. En ese momento tomó una posición más activa, completando estos dibujos con el agregado de detalles: "Le hago mis pecas, también mis rulitos,

etc.”. Este pedido estaba ligado a la posibilidad naciente de apropiarse de un cuerpo que no conllevara los significantes de la anormalidad. Por esa misma época recurrió a un espejo donde podía jugar con su imagen reflejada. Debemos aquí puntuar dos momentos: el primero, en el que debí convertirme en un espejo que le posibilitara reflejarse; el segundo, frente al espejo óptico en el cual podía recrear su propia imagen.

A posteriori de este trabajo pudo emerger por primera vez la figura humana con otras características. Figura humana en movimiento, figura humana en actitud de jugar; un ramillete de niños diferenciados y autónomos correteando en una plaza. Se trataba de figuras no parciales, no monstruosas y en movimiento lúdico, figuras que emergieron por primera vez.

Debemos señalar sobre este gráfico que su importancia radicó en que se pudo establecer en él un corte: se trataba de un momento de ruptura, lugar de quiebre que le daba la posibilidad de recrearse a sí mismo como ser distinto. Si tenía valor el trabajo analítico, lo era en este sentido y no en el estético. No era que el gráfico resultaba significativo porque entonces el paciente dibujaba mejor, sino porque en ese recorrido Gustavo había logrado darse a sí mismo un cuerpo autónomo. Era a través de ese tránsito que había podido sustraerse de los significantes que lo marcaban como defectuoso, para apropiarse de su cuerpo en forma diferente.

ACERCA DE CÓMO EL *FORT-DA* NOS SORPRENDE

Después de la elaboración de la separación del cuerpo materno, en una sesión me solicitó latas para construir un teléfono. Una vez conseguidas estas surgió una secuencia conducente a la posibilidad de un *fort-da*.

La serie comenzó con la construcción, por parte del paciente, de un aparato de teléfono con dos latas unidas y separadas a la vez por un hilo (versión transformada del carretel freudiano). Este aparato era usado al principio en juegos en los que, estando ambos en la misma habitación, podíamos mirarnos.

La primera transformación ocurrió cuando el niño abandonó la habitación en la que trabajamos: “teléfono” en mano, nos encontrábamos cada uno en una habitación con la puerta abierta.

Segunda transformación: colocados él en una habitación y yo en otra (a

pedido suyo), cada uno con un extremo del "teléfono" en la mano, Gustavo cerró la puerta.

Tercera transformación: abandonó el teléfono. Esta vez se fue él de la habitación a dibujar a otra, pidiéndome que no me moviera de allí hasta que no me llamara. Cerró la puerta. Fue significativa la introducción de este nuevo elemento, la puerta, tan ausente cuando su cuerpo hacía masa con las manos del otro. Tal puerta tiene el valor de un esfínter que corta y regula el paso.

Cuarta transformación: jugando al almacén confeccionó un cartelito donde escribió de un lado "Abierto" y del otro, "Cerrado".

El niño logró, a partir de esta secuencia –la cual desplegó en un largo período– establecer una separación radical, porque lo interesante de esta última transformación era que el "*Cerrado*" operaba como categoría *fort*: aunque el niño se hallara dentro del almacén al golpear la puerta, señalaba con su índice el cartel y no abría. El negocio cerrado marcaba la ausencia en el plano simbólico. Él podía decir: "No estoy aquí aunque esté aquí mi cuerpo, no estoy disponible incondicionalmente. Puedo nombrar mi ausencia y enmarcarla con un significante verbal: cerrado. No estoy disponible para vos" (Punta Rodulfo, 1986).

El esfínter se repetía allí en un mayor nivel de abstracción que permitía instaurar definitivamente la categoría de la ausencia, a partir de la cual sus letras comenzaron a constituirse como tales, a dejar de ser un garabato escasamente diferenciado.

En ese momento de mi formación profesional eran para nosotros oposicionales presencia/ausencia. La diferenciación presencia/no presencia/ausencia fue mucho más tardía en aparecer para mí como concepto.

EL MOMENTO DE LA INCLUSIÓN DE OTROS PROFESIONALES

En aquellos tratamientos en que desde el inicio evalúo como necesaria la presencia de, por ejemplo, un fonoaudiólogo, psicopedagogo, etc., para trabajar un aspecto en el cual hay un déficit marcado instaurado, introduzco a ese otro profesional solo en el momento más beneficioso para el paciente.

Considero que este va a producirse después de entablada una sólida transferencia en el análisis, acompañada de la elaboración de los aspectos conflictivos ligados a la emergencia de esas dificultades. Sugiero en este tipo de casos trabajar desde un comienzo solo con el tratamiento psicoanalítico, ya que por mi experiencia en más de una oportunidad no hubo necesidad de recurrir a otros tratamientos, pues desde el análisis remitió el síntoma, y en los casos en que así no fuera recién allí se habrán creado las condiciones de posibilidad para inaugurar otro tipo de trabajo.

Cuando existen dificultades psicomotrices sin base neurológica por problemas en la constitución de la especularidad, desde mi punto de vista, emprender un tratamiento solo de reeducación psicomotriz es negativo, ya que conduce –en el mejor de los casos– a la adaptación. En cambio, poder desarrollar un psicoanálisis en el cual se puedan trabajar estos trastornos resulta clave para la apropiación del cuerpo propio y, desde allí, para la concomitante adquisición de conocimientos.

En el momento en que fue realizado el trabajo con Gustavo, y aun actualmente, ante situaciones como esta, se tiende a reeducar el cuerpo en lugar de que el niño pueda subjetivarlo. No obstante, hoy en día considero que, si bien “normalizar-robotizar” a un niño no es justamente lo que más lo beneficia, el trabajo en equipo, con otros profesionales de la salud desde inicios permite el establecimiento de logros que de otra manera resultarían más difíciles de adquirir. Además perderíamos tiempo muy valioso para la recuperación del niño.

EL MATERIAL DE UN SUEÑO

En épocas en que transcurría un paréntesis en el tratamiento, motivado por mi licencia por maternidad, Gustavo tuvo un sueño de angustia que lo aterrorizó durante algunos días, y repitió inclusive en otras oportunidades, a raíz de lo cual solicitó que se me llamase para contármelo.

El texto del sueño era el siguiente: “Soñé que mis manos se volvían de piedra y me desperté llorando asustado”. Comenta que lo tuvo después de ver una película por televisión que le impresionó mucho, en la cual los hombres se convertían en piedras.

En el sueño se puso en evidencia de qué manera mi ausencia, que en la transferencia ocupó el lugar del Otro, era vivenciada por Gustavo como un deshacerme de él debido a sus malformaciones. Como mi amor le era negado, sus manos pasaban a ser de piedra. Manos desinvertidas sería el equivalente a manos de piedra, cuerpo no disponible para el deseo, manos no disponibles para el juego. En épocas previas a la interrupción surgía con insistencia la idea de que todo le salía mal, que no podía, que no sabía. Insistencia en el discurso de juicios de imposibilidad, pero esta impotencia la encontramos luego en grado superlativo presentificada en ese cuerpo-piedra, mortífero, aterrorizante y siniestro.

Las manos de piedra-yeso-férulas, impedidas de movimiento. Cuánto dolor…

SÍNTESIS FINAL

Para el momento final, su corporalidad se hallaba constituida como separable del cuerpo del otro. Su enuresis había desaparecido, juntamente con los trastornos del sueño. Realizaba deportes, aquellos que no implicaran mayor despliegue que el que permitían sus pies con férulas. Su ansiedad lo llevaba a veces a comer en forma exagerada. En la escolaridad se había nivelado con el resto de sus compañeros en la parte escrita, y demostraba en lo oral y el cálculo cualidades que lo hacían destacar. El por entonces reciente embarazo de su madre lo estaba elaborando, tratando de lograr lugares privilegiados dentro de la escuela que lo marcaran como el mayor, diferenciado del resto de sus hermanos. Se lo veía con capacidad para crear y disfrutar de los juegos con pares, mayores o en forma solitaria.

Al cabo de todo este recorrido, nos empezamos a plantear el término de su análisis.

Leo este texto, escrito hace ya muchos años, y recuerdo a Gustavo, en tratamiento desde hace más tiempo aún. Lo leo una y otra vez y se entretejen en mí sentimientos de los más diversos. Quisiera transmitir que, si bien los años nos pueden tornar más sabios –en algunos casos–, siempre debemos dar batalla a no perder la espontaneidad y recordar que para sostener una actitud

psicoanalítica tenemos que poder olvidar, tenemos que poder sostener la "ficción" para poder seguir diciendo: "Yo sé que no, pero aun así… dale, Gustavo, hacemos que podés".

1- Este texto de mi autoría apareció bajo el nombre "El caso Gustavo" en el libro *Pagar de más* (1986). Veinte años después, y con una óptica distinta en mis teorizaciones, he producido esta versión. La parte original irá en formato Times New Roman 12 y la parte nueva, en Arial 12.

2- Agradezco a Adriana Franco su puntualización acerca de que Gustavo realizaba en sus gráficos las dos manos superpuestas: la fallada y la finalmente alcanzada.

Quinta parte
Cuerpo y subjetividad

Capítulo 10

¿Por dónde… la locura?
Un estudio del espectro epiléptico. Especificidades de la producción gráfica

Las problemáticas de las escisiones en el ego y, muy en particular, las operaciones renegatorias, volvían a retomar un tema de los primeros años de la vida de Freud con respecto a la vida anímica humana, vale decir, el de las alteraciones en la conciencia misma, y no solo el de la opacidad radical del inconsciente.

RICARDO RODULFO (2013)

Historias entrelazadas, las de varios niños y jóvenes que llegan a la consulta, dibujando, jugando, hablando o soñando, transmitiendo raras sensaciones que ni ellos mismos pueden apresar… Busco en mi archivo de recuerdos y encuentro en uno de sus rincones más lejanos a una adolescente a quien conozco porque le dijeron: "Andá a ver a esta doctora porque te va ayudar con tus 'mareos'". Así se inició ese primer encuentro, que luego se convirtiera en un espacio de trabajo psicoanalítico sostenido por varios años. Es que Cecilia había comenzado desde los 5 años con episodios "raros": transcurrían casi siempre en el colegio, se quedaba "dormida" y, según su relato, se despertaba en casa de una tía, quien vivía a una distancia muy próxima de la escuela. Cuando le preguntaban acerca de lo sucedido, no lograba recordar nada. La familia recurrió entonces a los más diversos

intentos de curación: desde cortarle las trenzas (¿será porque el problema parecía venir de la cabeza?), pasando por desparasitarla (¿será que si tiene parásitos estos le afectan la cabeza?), curas de "empacho" mediante y muchas otras cosas hasta que finalmente el pediatra consideró que era hora de consultar, y, a partir de un electroencefalograma, encontraron que "algo no andaba bien en su cabeza". A Cecilia no le contaron qué era exactamente lo que no andaba bien, y cuando preguntaba su familia tampoco sabía qué responderle… Mucho no entendía, pero lo que sí recordaba era que le habían indicado Saceril (un medicamento que en ese momento era de difícil acceso en el país).

Con el crecimiento, estos episodios se espaciaron y finalmente la medicación fue quitada. En la adolescencia se presentaron otros episodios también "raros", aunque de características distintas: ya no se quedaba dormida, pero aparecían los llamados *mareos*. Al decir de Cecilia:

> Son raros, en general se inician a la mañana… Es como estar en las nubes, pero es un mareo sin mareo, es que nada te da vueltas… Es una sensación… como que la cabeza está flotando… El cráneo es como un envoltorio y luego parece que hay una capa de aire y después adentro, el resto de la cabeza.

Sensaciones que se acompañaban de "náuseas". Cecilia se había acostumbrado a vivir de esa manera, sin interrumpir ninguna de las tareas que para ese entonces realizaba. Empezó su primer análisis con una persona capacitada y muy buena psicoanalista, pero que confundió lo que le pasaba a la muchacha con una formación histérica. Después de un largo análisis muchas cosas cambiaron en su vida, pero *la cabeza acolchada*, como la llamaba Cecilia, seguía habitándola, como un *intruso*. No siempre, no todos los días, no todo el día… pero cuando se despertaba con esta sensación ya sabía lo que le espera… habitaría en ella durante un tiempo ese malestar que la *extranjerizaba*.

Más adelante, todavía adolescente, Cecilia inició un noviazgo no aceptado por la familia del novio por provenir de extracciones sociales diferentes. Cuando la madre del novio se enteró de las dificultades de Cecilia le "recomendó" fervientemente a su neurólogo de confianza, de corte marcadamente organicista y autoritario, conocido en nuestro medio por esas características negativas. Este pronunció un diagnóstico que la sepultó,

cayendo sobre su cabeza ya dañada: “Sos epiléptica. La epilepsia es hereditaria, eso quiere decir que no podés tener hijos, porque les vas a transmitir esta enfermedad”. Cecilia pensó –como cuando era pequeña– que entonces lo que la “mareaba” era no solo un *cuco* que había en ella, no solo un *monstruo*, sino que *ella era* el “mareo”. Pero entonces, ¿quién era ella? ¿Era “la epiléptica”? ¿Era Cecilia? ¿También era el “mareo”? Su supuesta enfermedad, así la autodefinía, *era su esencia*, *era la esencia de su ser*.

Cecilia no se sometió y, a pesar de sus 19 años, literalmente huyó, concediéndose un tiempo lo suficientemente largo para “olvidar” el peso de semejante intervención iatrogénica.

A los 20 años inició una terapia de grupo, también con un analista muy reconocido. En ese segundo tramo de análisis muchos temas de su vida fueron resueltos pero, al finalizar este, sus “mareos” seguían estando en el horizonte. Bastaba que se produjera cualquier situación vivida como un verdadero acontecimiento para que los “mareos” se instalaran, con toda la perturbación que eso provocaba. Se preguntaba acerca de sus “conversiones”: eran ya dos analistas “didactas” los que habían emitido ese veredicto, para ella más tranquilizador que el vociferado por el psiquiatra.

A los 22 años, inquieta y cabeza dura, aunque mareada, su-puestamente por sus “conversiones”, siguió queriendo encontrar alivio para su sufrimiento y esto la hizo llegar a mi consultorio.

Volviendo a las palabras del comienzo: “Me dijeron que usted es una doctora que me va a ayudar con mis mareos”. Cecilia desplegó entonces su historia. Ya sabía muy bien cómo hacerlo: después de varios años de análisis, como “buena alumna”, había aprendido psicoanálisis y también había sido adoctrinada. Es que parecía ser que “ella producía sus mareos”, por ello no dejaba de culparse por su propia posibilidad de generar dichas sensaciones.

No obstante, seguía insistiendo acerca de la naturaleza de que algo ocurría en su cuerpo:

> Es algo raro, aparece como algo extraño, que no termina de ser mío, pero a la vez lo es, porque es mi cabeza… pero no importa del humor que esté, contenta o triste […] aunque a veces aparece en situaciones que me conmueven, pero no en ese mismo momento, puede ser un tiempo después.

A lo largo de las entrevistas recordó que de pequeña le pasaban otras

cosas: era capaz de comer un helado, si le convidaban, aun estando dormida, sin despertarse y cuando se lo comentaban no podía recordar que eso había acontecido; o capaz de enojarse mucho, hacer verdaderos berrinches y, ante el enojo de los mayores, no tener conciencia de lo que había ocurrido. Otras veces, casi siempre antes de dormir, pronunciaba parlamentos verdaderamente lúcidos en los que realizaba críticas agudas a algún adulto de su entorno, parlamentos que tampoco recordaba haberlos pronunciado. Pero si bien no recordaba, la invadía una sensación difusa de que algo feo había acontecido. Trataba de recordar y no podía, pero la sensación estaba instalada, un malestar no localizable.

En todos los relatos empecé a encontrar una constante: su memoria evocativa llegaba a un punto, a un cierto lugar lacunar en que aparecía "el agujero", según Cecilia, y eran los otros quienes tenían que completar su historia. Aparecía un obstáculo en el cual la memoria se detenía, queriendo atrapar fragmentos inasequibles, arañando el recuerdo que no podía ser recordado… Esto me remitió a los distintos tipos de memoria establecidos por Micheline Enriquez (1987). (1)

En otro orden de cosas, retomando la conceptualización de Piera Aulagnier ([1975] 1977), el psiquismo está condenado a representar y a metabolizar los procesos llevados por la subjetividad en relación a los estímulos provenientes del *propio cuerpo* así como a los provenientes del mundo exterior. En estos casos de los que nos ocupamos, entre los cuales se encontraba Cecilia, se trata de que lo traumático proviene del propio cuerpo: el cuerpo enloquece, me enloquece y lo enloquezco…

Por otra parte, sabemos que los sucesos *disruptivos* serán aquellos que impactan sobre el psiquismo en forma variable pero que generan efectos desestabilizadores; su carácter de disruptivo proviene de una cualidad propia del suceso, más allá de los deseos o fantasías activados en la subjetividad. La cualidad disruptiva afecta la continuidad narcisista al ser impactada por dicho evento (Benyakar y Lezica, 2005-2006). Estas situaciones disruptivas pueden llevar a reacciones que culminen en un cuadro traumático, y el impacto traumático puede estabilizarse en un contínuum. Los otros cometabolizadores tienen una función privilegiada, ya que lo que más ayuda a un ser humano a elaborar lo traumático, a metabolizarlo, es justamente el compartirlo con otros. Si bien esta es una función del grupo que rodea al que padece esta situación, la ubico como una de las funciones del analista para la elaboración de los sucesos traumáticos.

Resulta de relevancia el concepto de *implante* de Julio Moreno con respecto a la reconstrucción de los sucesos vividos pero a la vez *encriptados* para el que los vivió efectivamente. En uno de sus textos Moreno (2010) nos plantea de manera precisa, lúcida y a la vez dolorosa las vicisitudes de Goyo y del modo en que una situación traumática de lo acaecido propiamente en su cuerpo impactó en su subjetividad. Después de haber sufrido un accidente cerebrovascular, "constantemente Goyo se preguntaba […] si la historia que le habían contado era realmente 'de él'", lo cual lleva a Moreno a cuestionar si la unidad *Yo* que creemos que nos representa es tan coherente o sólida como suponemos.

> Tal vez son más genuinos los fragmentos deshilvanados que conservan el carácter trágico y misterioso de la oscuridad evocada en las interminables charlas con las que Goyo nos solía abrumar […] le resultaba particularmente trabajoso en esa época anexar cada fragmento de información que recibía de terceros a su enciclopedia de recuerdos. Así iba construyendo una narrativa que era crecientemente compleja y cada vez más similar a la que tenían los testigos de la internación como "verdadera". Se sometía dócilmente a la versión de los hechos que le acercaban. Eran *recuerdos implantados*. Ahora, Goyo los ha hecho casi suyos. Una de las dudas […] es si él se apoderó de los relatos o si estos se han apropiado de él.
>
> Se pregunta Goyo con razón:
>
> "¿Cómo sé que el que estuvo internado en el sanatorio es el que soy ahora?" Para los que lo acompañaron era algo obvio: el Goyo de antes y el de ahora son el mismo. Sin embargo, Goyo no tuvo ni tiene ninguna confirmación vivencial […]. A él no le era posible evitar una cierta duda acerca de si los recuerdos que le aportaron acerca de él […] se corresponden a experiencias vividas por él. Ahora, años después de lo ocurrido, ya le es casi imposible diferenciar el implante mnémico de esos relatos de los recuerdos genuinos vividos por él. Su pensamiento ha sellado una continuidad que hará cada vez más difícil distinguir lo vivido de lo implantado.
>
> Volvamos con todos estos elementos a Cecilia. A esta altura estamos en

condiciones de realizar otra lectura y, además, una lectura distinta, más ampliada, más fundamentada que la que pudimos hacer en aquel momento. Lo que acontecía “en su cabeza” no era un síntoma neurótico que se manifestaba en forma conversiva, como las parálisis histéricas que Freud descubre en los principios del psicoanálisis, sino una crisis de ausencia de carácter simple, producto de una actividad eléctrica cerebral inadecuada. Sus llamados *mareos* se correspondían a sensaciones que mucho tiempo después (2) pude vincular como de un origen común, provenientes de una irrupción de lo corporal sobre el psiquismo. Es decir, lo traumático, en tanto fenómeno disruptivo proveniente del propio cuerpo, hace su propio quiebre en la subjetividad.

En ese entonces, siendo una psicoanalista recién estrenada, le creí a Cecilia y la derivé a un neurólogo de mi confianza para que realizara un diagnóstico diferencial. El electroencefalograma arrojó un diagnóstico que era de uso frecuente en esa época pero que actualmente cayó en desuso: disritmia paroxística, con localización en el lóbulo temporal. Cecilia fue medicada con Tegretol a la vez que emprendimos un tratamiento psicoanalítico a razón de dos veces por semana, el cual duró varios años. Durante todo ese período fue monitoreada por el neurólogo, quien también realizaba controles electroencefalográficos a la joven. Al finalizar el tratamiento no solo cedieron variedad de otros síntomas que la habían traído a la consulta, sino también aquellos vinculados a sus “mareos”, y sus electroencefalogramas mostraron una normalización de su actividad eléctrica.

Tuve noticias de ella años más tarde: pudo concretar una vida familiar feliz, tener hijos sanos y realizar sus proyectos profesionales en una actividad ligada a lo artístico en la cual se destacó. Cayeron las etiquetas que a su vez habían caído sobre su cabeza: ni histérica conversiva, ni epiléptica condenada, simplemente una joven sufriente que no pudo ser vista como una subjetividad cuyo cuerpo la enloquecía.

No siempre es posible lograr una intervención feliz, a veces los enigmas de lo corporal y de la subjetividad resisten. En contraposición con el caso de Cecilia, Juan Pablo, de 34 años, fue derivado por un médico neuroftalmólogo con un diagnóstico de “coroiditis central serosa”. Se trata de una enfermedad que provoca la acumulación de líquidos por debajo de la retina y, aunque su causa se desconoce, el estrés parece ser uno de los primeros factores de riesgo. La sintomatología suele ser:

• Un punto ciego borroso por debajo de la visión.
• Distorsión de las líneas rectas del ojo afectado.
• Objetos que parecen más lejos o más pequeños a la vista del ojo afectado.

La patología inicial ya debía haber curado, pero ello no había ocurrido, lo cual incrementaba exponencialmente la angustia del paciente, siendo su ansiedad extrema. La mayoría de los casos se resuelven solos, en uno o dos meses, y a aquellos pacientes que no responden a una mejoría espontánea se les aplica láser para intentar sellar la fuga y restaurar la visión. Pero este no era el caso de Juan Pablo. En las entrevistas su estado de angustia se exteriorizaba en taquilalia, sudoración extrema, modalidad hipocondríaca con multiplicación de consultas. Además, no había manera de que las entrevistas pudieran desviarse de este tema o abrir un campo asociativo, sino que las mismas estaban caracterizadas por lo monotemático de este asunto.

El cuadro inició en principio en un solo ojo, el izquierdo. Le molestaban las luces y veía todo oscuro. En ese momento le diagnosticaron conjuntivitis, pero después de unos meses se vio comprometido también el ojo derecho. Se tardó en realizar un diagnóstico preciso, no solo debido a la rareza de la afección, sino a la ligereza con que fue atendido hasta ese momento. Si bien en un principio se evidenciaba una pequeña mejoría, luego no solo recrudecían los síntomas, sino que se sumaban otros que no correspondían al cuadro tal como había sido descripto… Los relatos eran de tipo alucinatorio pero no por ofrecer un contenido o una modalidad de pensamiento psicótico, sino porque describían fenómenos visuales fuera de toda normalidad: Juan Pablo veía luces, rayos, tenía fotofobia, se miraba las manos y no veía los dedos, o miraba una lámina y veía solo una parte. Si salía de su casa se descomponía, tenía ganas de vomitar, se asustaba y terminaba en el hospital.

En el diagnóstico neuroftálmico se descartó enfermedad ocular de otro tipo y se diagnosticó que la visión estaba conservada, pudiendo llegar a leer Juan Pablo las letras aún más pequeñas. Teniendo presentes las características de las epilepsias occipitales –que a continuación puntualizaré– realicé la derivación a un neurólogo especializado en estos temas.

> Las alucinaciones visuales son patognomónicas de la EO, pero no están invariablemente presentes. Típicamente se inician en el campo visual contralateral a la corteza visual afectada y se propagan hasta abarcar todo

> el campo visual. Se caracterizan por manifestaciones visuales positivas (flashes, fosfenos) y negativas (escotomas, hemianopsia, amaurosis). Si está involucrada la corteza occipito-temporal las alucinaciones visuales son complejas y coloridas. Pueden producirse ilusiones perceptivas simples (macropsia, micropsia, metamorfopsia, dismorfopsia, acromatopsia, etc.) o complejas (macroproxiopia, microtelepsia, teleopsia, palinopsia, etc.) (Taylor, Scheffer y otros, 2003).

Sin embargo, el diagnóstico neurológico la desconfirmó: no existía actividad eléctrica inusual en el lóbulo occipital.

Tampoco en el estudio por mí realizado observé contenidos delirantes ni alucinaciones de tipo psicótico. Juan Pablo, a pesar de manifestar "sentirse escuchado", dejó de venir.

Subrayemos, para terminar con la exposición de este caso, la incongruencia de la sintomatología y los posibles diagnósticos alternativos y el fracaso de las categorías psicoanalíticas y médicas habituales como para obligarnos a una posición de modestia. Hasta el momento nada se pudo hacer para aliviarlo y el caso permaneció enigmático aun después de haber pasado por diversos especialistas. Estos cursos atípicos son también los que estimulan nuestro espíritu de investigación.

Para concluir con este material me parece interesante citar una reflexión de Juan Pablo respecto de su situación:

> Seguro que todos los que me conocen ahora piensan que estoy loco o que soy un simulador, sobre todo los médicos del trabajo. Pero lo que sucede es que lo de la vista "me enloquece", por momentos no ver nada, o ver todo oscuro o aunque cierre los párpados seguir viendo las luces […]. Es que no puedo más, ahora ya ni duermo.

Pasaremos a continuación al análisis que realizo de los gráficos sobre la investigación de epilepsia mencionada supra. Estos corresponden, como dijéramos, a varios niños con diagnóstico de epilepsia.

Las gráficas 10.1, 10.2 y 10.3 corresponden a una niña de 7 años que padeció crisis convulsivas en la infancia, tratadas en forma integral con psicofármacos y psicoanálisis.

En "Señor dedos" (figura 10.1) observamos una constante de sus dibujos: la multiplicación de los cuerpos. Podemos observar una figura sobre la

cabeza de la otra, con un tronco superpuesto. A su vez, la figura principal se apoya en nueve piernas-dedos. El dibujo de la camisa también se construye sobre la base de nueve dedos.

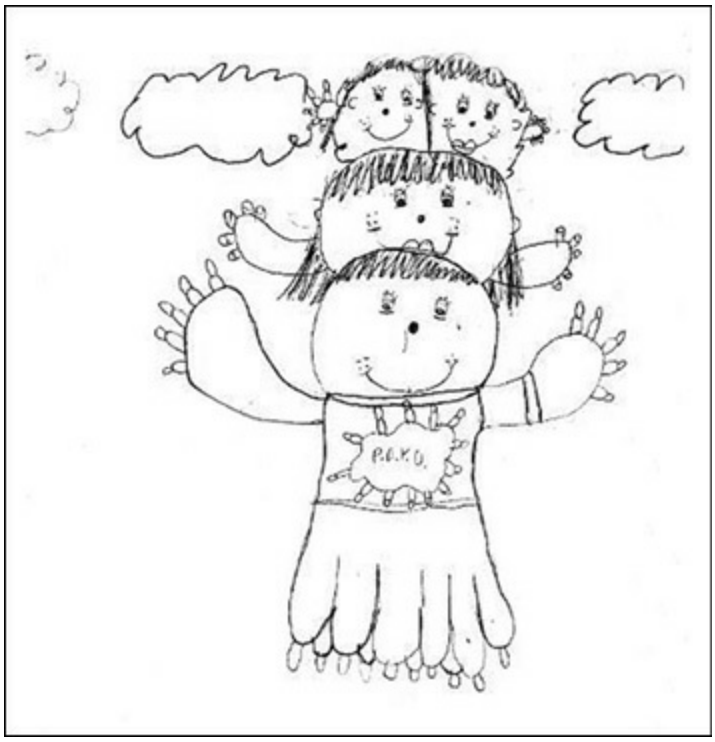
Figura 10.1. Epilepsia

En “Señora dedos” (figura 10.2) la niña se halla flotando, también con una figura superpuesta, cuya cabeza se entremezcla con las nubes, mientras que el tronco se apoya en dedos-piernas, en este caso diez.

Figura 10.2. Epilepsia

En el tercer dibujo (figura 10.3) la figura se complejiza aún más: la reduplicación es mayor, acentuándose el desdoblamiento con la coronación de dos cabezas, una al lado de la otra. El tema es la multiplicación al infinito de cuerpos, troncos, cabezas, todo lo cual flota en un espacio signado por las nubes.

Figura 10.3. Epilepsia

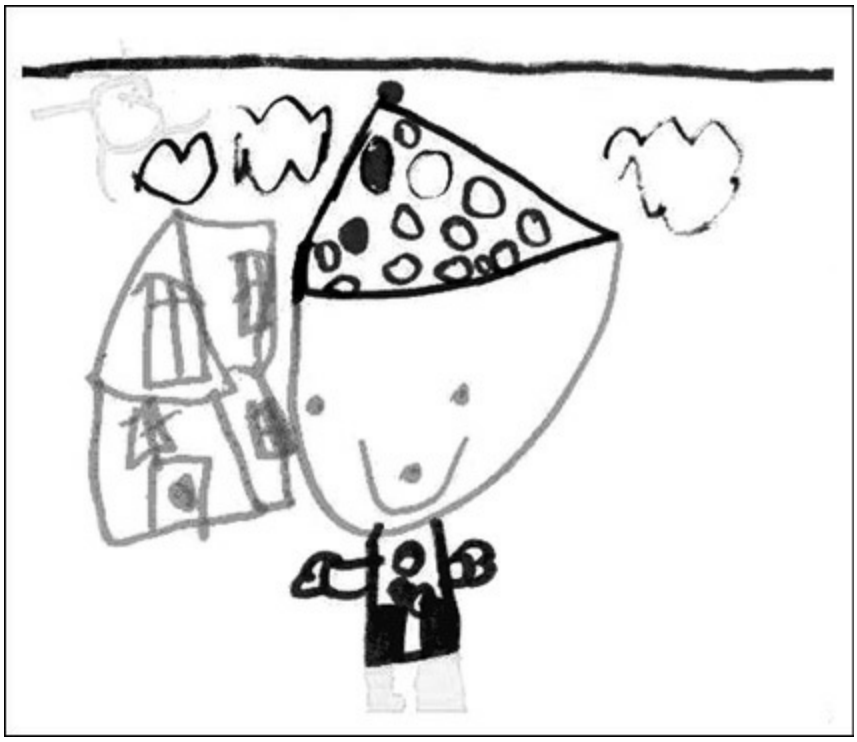


Pensemos en la regla de Freud (1900) acerca de los sueños: la insistencia de la multiplicación de las cabezas se corresponde con la falta de una cabeza integrada e integradora, unificada y unificadora.

Estas eran algunas de las sensaciones que Cecilia intentaba apresar y transmitir, para las cuales muchas veces no encontraba palabras, ya que, justamente, una de las características es que son sensaciones poco traducibles al lenguaje. A veces, como en estos casos, la gráfica es un buen vehículo; otras veces lo pueden ser la voz, la danza, el teatro, etc.

El cuarto dibujo (figura 10.4) lo realiza un niño de 5 años con buen nivel intelectual. Se trata de una figura amena pero donde podemos observar las sensaciones de cabeza agujereada, en el aire, junto a las nubes y la casa-cabeza también flotando en ese espacio aéreo que es para esos niños el lugar que habitan, deshabitándolos a la vez.

Figura 10.4. Epilepsia



El quinto y el sexto dibujo (figuras 10.5 y 10.6) se corresponden con lo que yo denomino *otra serie*. Así como en la primera se insiste en la multiplicación de cabezas y miembros, es en esta (de la cual elijo entre múltiples dibujos y múltiples niños) donde las cabezas con características eléctricas y rojas invaden la escena. En algunos casos son figuras que nos marcan un cierto deterioro, en cambio en otras la imagen inconsciente del cuerpo aparece preservada. En la quinta gráfica el efecto rojo-cabeza se transmite a todo el cuerpo, cuerpo-cabeza, cuerpo eléctrico, para pasar en la sexta gráfica a una cabeza cuerpo que evoca a un comic donde la cabeza ya es la persona, justamente una persona de cuya mano derecha pende una pequeña cabeza invertida…

Figura 10.5. Epilepsia (3)

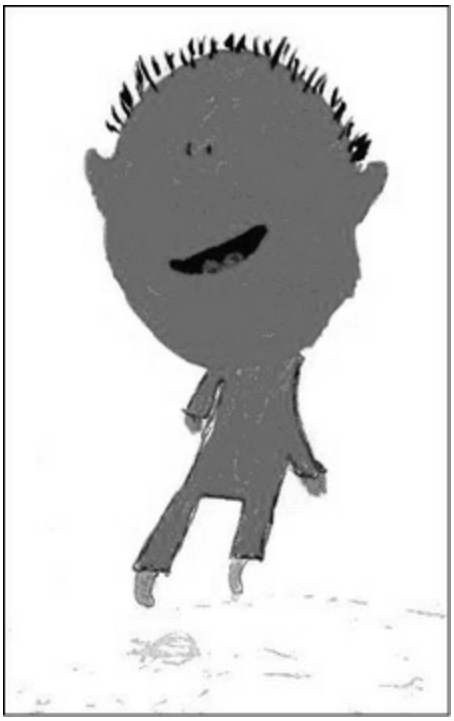
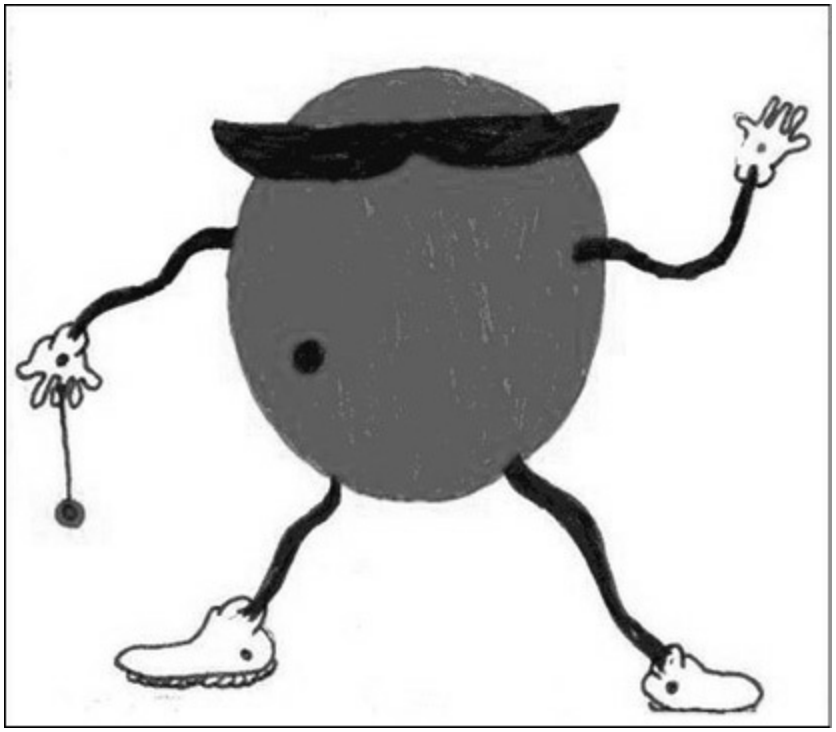


Figura 10.6. Epilepsia



En el séptimo dibujo (figura 10.7), casa y camino son el equivalente a

cabeza y cuerpo de persona: la casa, como una cabeza horizontal, sobre un camino, como un tronco vertical. Notemos que al final del camino se ubican los pies y que dentro de esta casa-cabeza-tronco-camino aparecen dos figuras de niños poblándola; es como si uno de ellos habitara en la cabeza y el otro en el tronco. Nuevamente se hace presente la disociación y la dislocación de la que nos hablara Cecilia; disociación reduplicada por la exteriorización de los frutos-cabezas del árbol situado en el margen de la hoja. Tanto en esta como en las otras gráficas podemos observar cabezas que aparecen por todos lados: colgadas de una mano, una arriba de otra, acolchadas, fuera de lugar… nunca en su lugar.

Figura 10.7. Epilepsia

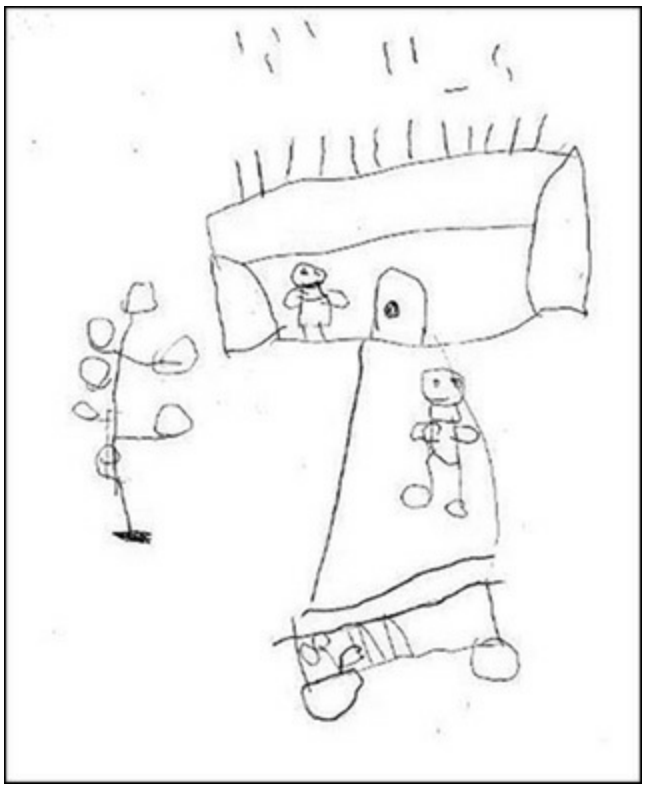


Figura 10.8. Epilepsia

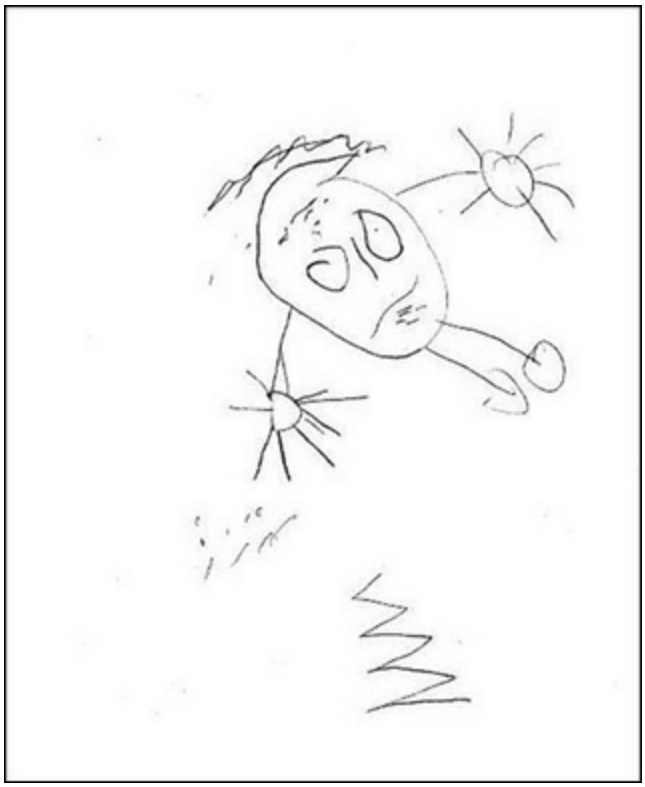
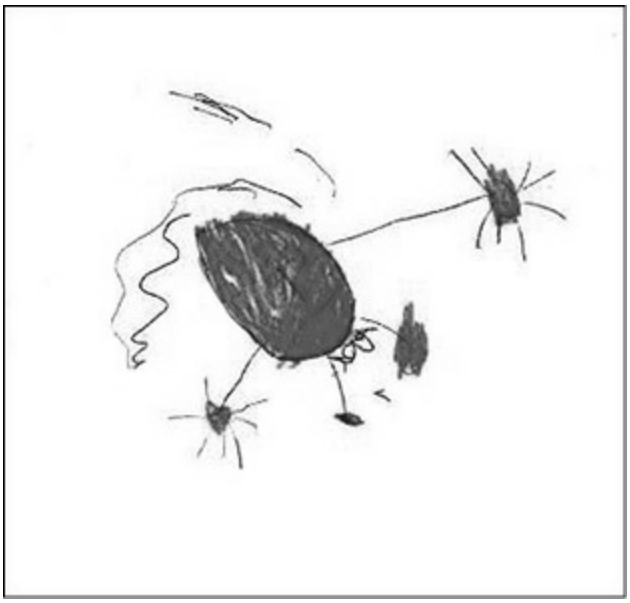


Figura 10.9. Epilepsia



En este dibujo (figura 10.8) el panorama es más desalentador, pues se trata de un niño ya dañado por la enfermedad: su cuerpo es precario; un monigote con una cabeza enorme que flota en el aire, sin pupilas, con manos en flor

que portan gran cantidad de dedos; en varios lugares del dibujo observamos descargas eléctricas. El mismo niño realiza otro dibujo (figura 10.9), esta vez con color y nuevamente insiste el rojo. ¿Será que la sensación de que algo brota como un terremoto desde el interior del cuerpo nos hace sentir que explotamos? La cabeza roja se asocia en los más diversos lugares a estallidos de furor y locura. En estos casos la locura desorganizativa irrumpe disruptivamente en la cotidianeidad: otra vez esa sensación no se queda quieta e invade el cuerpo todo, brazos, piernas, pies, y arriba la electricidad de un cuerpo eléctrico, enchufado. La silla eléctrica personal que amenaza cada vez con más. En los niños saludables lo eléctrico se integra a un relato, por ejemplo, en la forma de rayo, mientras que en estos casos surge desintegrado.

Al igual que Cecilia, una niña de 6 años nos decía que una enfermedad “es como si desde adentro un *cuco* te asustara”. Es que la enfermedad es un cuco que viene, ficcionalmente, desde adentro mismo de nuestro cuerpo y allí arde en el dolor del deterioro o del trauma “seco” del que no portamos más que una sensación dolorosa.

La enfermedad no es solo un gran cuco que viene desde adentro, sino también un monstruo siempre amenazante. Además, se trata de, por lo menos, una doble amenaza: es monstruo o cuco que nos viene a atacar pero también es el miedo de ser nosotros ese monstruo o cuco que puede atacar, hacer cosas malas, infligir daños en estado de conciencia alterada. Recordemos la dolorosa película *Deceiver*, denominada en nuestro país *El farsante*, escrita y dirigida por Joshua y Jonas Pate, en la cual Tim Roth interpreta el papel de un epiléptico temporal cuyas “crisis” durante el interrogatorio –ficción o ficción de la ficción: pregunta que quedará abierta– no hacen sino recordarme a estas descargas vueltas hacia el otro, en este caso, tal como el final nos permite inferir, el asesinato de la prostituta del cual sale absuelto. La duda que nos plantea es hacia quién es farsante el protagonista: ¿hacia sí mismo, ya que su conciencia obnubilada le impone una realidad de la cual no puede apropiarse? ¿O farsante para los demás, para salvarse del crimen efectivamente realizado?

Figura 10.10. Epilepsia

Este dibujo (figura 10.10) nos presenta un desdoblamiento distinto entre las grandes figuras del sol-cabeza y el árbol-cabeza en relación a la pequeña cabeza de la niña. Sol con manifiesto asombro y árbol con rasgos humanos. La característica de lo aéreo, de lo etéreo, es decir, de cuerpo flotando en el éter, de estar en las nubes, de la cabeza que está en las nubes, allí arriba, y que no se puede agarrar, se reitera en los relatos de estos niños y me permite hoy conocer más acerca de las sensaciones de Cecilia: pequeña bella durmiente de esa escuelita de barrio, protagonista de una historia que la desprotagonizaba porque no podía –nunca pudo– reconstruirla ella misma.

En los dibujos doce y trece (figuras 10.11 y 10.12) hemos de establecer similitudes y divergencias: ambas figuras se encuentran envueltas por una membrana; figuras disímiles por el tamaño, la posición, la partición humano animal. En la gráfica trece el espacio aéreo está minuciosamente realizado; no hay duda de la atmósfera de flotación que envuelve el dibujo todo; flotación sin gravedad, cuerpos suspendidos en un espacio quizás donde ese “otro”, “cuco-monstruo” pueda advenir, disrumpir, “malarme” o “enmalarme”… Pero en la 10.12 lo disruptivo ya dio en el blanco, ya hizo impacto como una bomba que implosiona en la subjetividad, destruyéndola.

Figura 10.11. Epilepsia

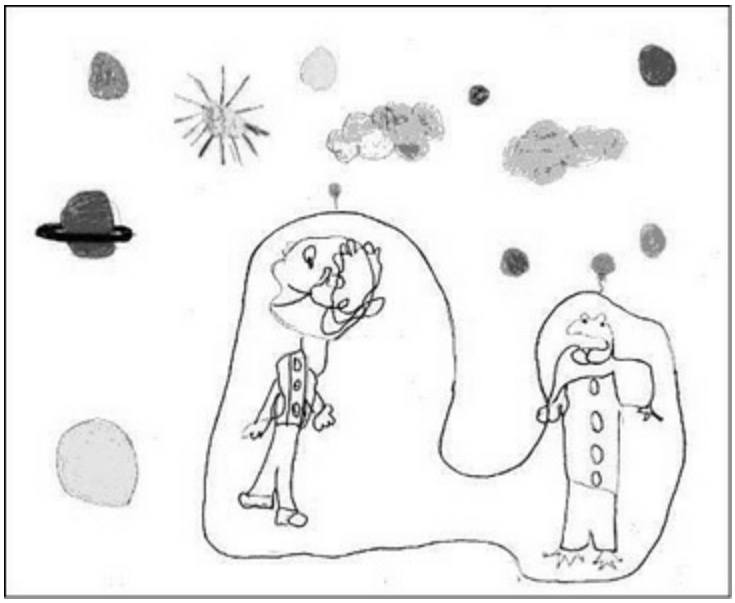
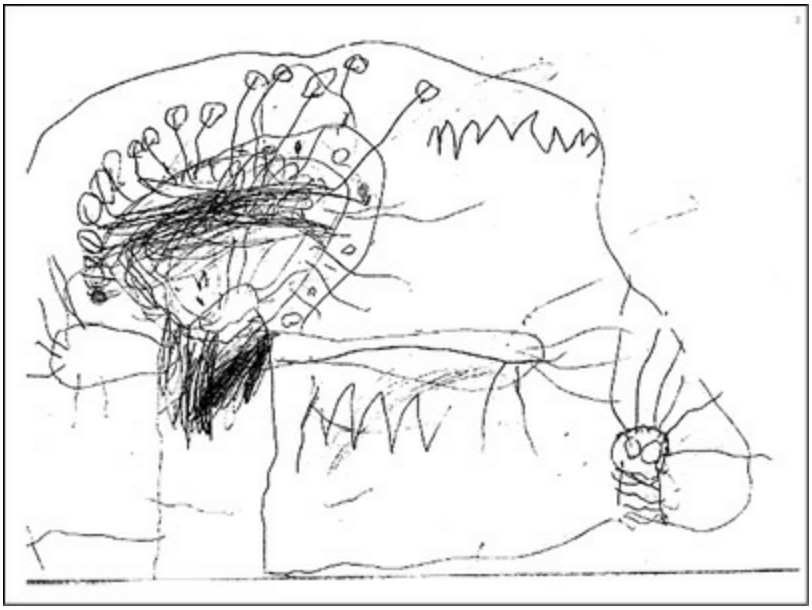


Figura 10.12. Epilepsia



"Corpus meum e interior intimo meo" (Nancy, 2007), las dos expresiones juntas para decir, con gran exactitud, en una configuración completa de la muerte de dios, que la verdad del sujeto es su exterioridad y su excesividad: su exposición infinita. El intruso me expone excesivamente. Me extrude, me exporta, me expropia.

Es el cuerpo el que ataca, que enloquece, que electriza… ¡qué dolor! Soy

mi cuerpo que me duelo… Soy la convulsión y mis mareos, soy el extraño, el extranjero, el intruso de mí mismo, como tan magníficamente teoriza Jean-Luc Nancy.

Esa ajenidad de no poder apresar a mi yo. ¿Dónde estará mi yo, mi pobre yo?

1- Véase también la explicación citada en el cap. 2 respecto de estos dos tipos de memoria planteados por Enriquez.

2- A raíz de una investigación realizada por Virginia Moretti sobre pacientes que padecían crisis epilépticas, cuyos gráficos han sido objeto de un análisis llevado a cabo por mí.

3- Como la edición de este libro es en blanco y negro, aclaro que las figuras intensamente coloreadas son de color rojo.

Capítulo 11

Una reflexión crítica acerca del concepto de *anorexia* (1)

I

Tomando en cuenta el palpable aumento de los trastornos alimenticios en la pubertad y adolescencia en los últimos tiempos, particularmente en las jóvenes, me ceñiré a cuestiones específicamente clínicas que vengo investigando. Mi pregunta será, a modo de punto de partida, ¿con qué podemos contribuir desde el psicoanálisis para reconceptualizar estos trastornos sin reducirlos a una sumatoria de "siempre los mismos nuevos viejos clichés"?

Probablemente el mejor camino para abordar y discutir aquellos estereotipos psicoanalíticos sobre las patologías alimentarias sea examinar un texto que, en mi opinión, puede considerarse paradigmático en cuanto a los habituales *impasses* psicoanalíticos sobre la cuestión. Se trata del libro *Las indomables: figuras de la anorexia* (Raimbault y Eliacheff, 1991). En esta obra la estrategia consiste en separar una entidad que se llamará *anorexia* del resto de los problemas alimentarios, movimiento que permitirá quitar relevancia a todos los factores de variabilidad histórica, entre los cuales se encuentra el incremento que acabo de mencionar, haciendo de esa entidad, *la anorexia, una esencia trascendente, suprahistórica*. A pesar de que las autoras reconocen que "aunque resulte difícil probar el número no varía" –refiriéndose a la epidemiología de este cuadro a lo largo de la historia– se

moverán como si esa más que arriesgada hipótesis estuviera fehacientemente comprobada.

Los factores culturales son reducidos al rango de meras "etiquetas", lo cual es sorprendente dado el marco de referencia lacaniano de las que escriben. La teoría del significante demuestra que las etiquetas poseen propiedades de marca y de estructuración a veces temibles, y por lo tanto no se pueden limitar a denominaciones extrínsecas a los fenómenos considerados. Pero este golpe significante de llamar *etiquetas* a significantes históricos permite poner en el mismo lugar a "la santa", "la histérica", "la enferma", etc., haciendo de ellas un conjunto homogéneo, indiferente a las variaciones sociales y culturales. *Sissí, Simone Weil, Santa Catalina y hasta Antígona serán ejemplos de la entidad anorexia*, invariante en tanto tal.

Esta sustancialización de la anorexia posibilita a su vez hacer girar la noción en torno a un rasgo central, a saber, el de mujer *indomable*, desde el cual las autoras van a explicar todo lo demás:

> Su sufrimiento no se debe a un vacío material sino al vacío del mundo interior de sus padres. Por medio de la anorexia, se queja de esta in-significancia que le quita todo sentido a la vida de ser humano, y su cuerpo demacrado se yergue, como el representante de ese Otro, lugar no de una palabra viva, sino de un discurso común, en el que ella ha sido sumergida incluso antes de nacer, un discurso que no se refiere más que a necesidades […]. Comer significa entonces ceder a la omnipotencia materna, que impone un objeto real, la comida, y reduce así al ser alimentado en un ser de necesidad […]. Cuando la anoréxica se niega a comer está intentando decir qué es lo que quiere: palabras, esas palabras que hacen lo humano, que lo insertan en una historia, que lo vinculan con el Otro en una dependencia distinta a la de la comida, que lo inscriben como un ser de deseo y no de necesidades […]. Cuando ya no se trata de defender el síntoma, las anoréxicas pueden extenderse al activismo social sirviéndose de sus cuerpos o de sus talentos intelectuales.

La disparidad de sus causas no es más que aparente. Militantes (Simone Weil), modelos (Twiggy), escritoras (Elizabeth Barrett-Browning, Sylvia Plath, Virginia Woolf, Karen Blixen, Valérie Valère), místicas (Catalina de Siena, Teresa de Lisieux) o gerentes de empresas,

el fin inconsciente perseguido es siempre el mismo: restablecer en el parentesco la ley de la alianza y el orden simbólico cuando estos han sido maltratados en las generaciones anteriores y/o significar que la calidad de vida está antes que la supervivencia. (2)

Como podemos advertir fácilmente, subtiende a toda esta concepción un mito psicoanalítico de género cuyo carácter de cliché, a esta altura del siglo, es cada vez más inocultable. Este cliché nos dice siempre lo mismo. Una y otra vez nos refiere la conjunción entre una madre atiborrante, incapaz de acceder al plano del deseo y salir del plano de la necesidad; del lado de la naturaleza, incapaz de acceder al plano de la cultura; una mujer del lado de lo real, y un padre siempre insuficiente en el cumplimiento de sus funciones, débil para ponerle límites y facilitar el pasaje a un funcionamiento simbólico. Este esquema, sumario, simplista y monocausal, se repite incesantemente en las más diversas posturas psicoanalíticas y aún más allá de sus fronteras, como en versiones sistémicas cuando abordan el mismo problema (Rausch Herscovici, 1995).

Volviendo al texto de inicio, *Las indomables: figuras de la anorexia*, en otro pasaje, prosiguiendo en la misma dirección del análisis de las determinaciones, nos dirán: “La in-significancia a la cual fue arrojada por el mito familiar está allí incluso antes de nacer”.

De esta manera, una serie de fenómenos muy complejos y específicos, como la emergencia de la anorexia en el proceso adolescente, la búsqueda de ideales extrafamiliares, la incidencia notable de lo tele-tecno-mediático (Derrida, 1997) en la estructuración subjetiva en estos tiempos de la existencia (Sibilia, 2008), la relación con los pares, etc., no solo no son analizados, sino que quedan reducidos a una causación simple, prepsicoanalítica.

II

En este momento la inmensa mayoría de las pacientes púberes y adolescentes en curso de análisis conmigo dietan. Dietan por las razones más diversas en las formaciones clínicas más variadas. La dieta asume, a la vez, la singularidad de cada paciente; en eso sí se diferencian. Es así que una de ellas

“se sacrificará” comiendo las peores cosas, las sobras y hasta alimentos en mal estado, mientras que otra pensará que solo basta la más mínima transgresión para que se le derrumbe el cuidado de varios meses. Una tercera no mezclará jamás un alimento con otro, segmentando así los días de la semana en el de los líquidos, de las manzanas, de los lácteos y así sucesivamente. ¿Cómo dar cuenta de este polimorfismo sin tener un pensamiento reduccionista al respecto, ya sea del campo de la sociología como del psicoanálisis?

Sostenemos junto con Gutton (1993) que pubertad y adolescencia implican una crisis de autoorganización de todas las instancias psíquicas. Esto nos plantea varias cuestiones fundamentales: ¿cómo pensamos a la luz de los nuevos paradigmas la tópica psíquica?, ¿como un sistema abierto o como un sistema cerrado? ¿Cómo definimos en la actualidad las series de la sobredeterminación?, ¿las seguimos pensando en términos de una complementariedad propia de un sistema cerrado o las reconceptualizamos como *series suplementarias*? (Rodulfo, 1995c y 2004); ¿cómo pensamos la relación pasado-presente?

Hemos de sostener también que el pasaje de la infancia a la latencia y luego de esta a la pubertad implica una ampliación social de la subjetividad, no meramente como una defensa ante lo pulsional, sino como una nueva investidura al aparecer nuevos referentes idealizados. De esta manera surgen influencias heterogéneas a la familiar en la constitución de la instancia que aloja los objetos ideales. Gutton insiste en la transformación profunda que se da en la pubertad de todas las instancias psíquicas (del Superyó, del Ello y de los vínculos del Yo) y la articulación de estas con la realidad.

Tal como lo he desarrollado en otros lugares (Punta Rodulfo, 1995), las metamorfosis puberales se desarrollan bajo el signo de la exterioridad. Las transformaciones del cuerpo son percibidas con extrañeza y asombro. Uno de los destinos patológicos lo constituye la neutralización de la erogeneidad genital del cuerpo, y, en los casos de los trastornos en la modalidad alimentaria, esta neutralización llega al ataque biológico donde el cuerpo entero se hace víctima. Contrainvestir el cuerpo erógeno conduce a la construcción de un *contracuerpo* (Brusset, 1994) o *cuerpo estético*, *sublime* (Hekier y Miller, 1995), y este desplazamiento sobre otras zonas no implicadas por la erogeneidad genital constituye una defensa privilegiada en la pubertad (Gutton, 1993).

A la vez, dichas prácticas ponen de manifiesto el fracaso de

identificaciones, entrañando al mismo tiempo una dimensión identificante: puesta en acto de una autofiliación. Todo esto se ensambla con una multiplicidad de operaciones del imaginario social que promueven al cuerpo como objeto de culto, dándose, paradójicamente, una idolatría corporal que despoja al cuerpo de su alteridad. Allí funcionan las imágenes televisivas, por ejemplo, convirtiendo lo que hubieran sido cuerpos libidinales en *cuerpos-esqueletos*, muñecas plásticas de parecida espectralidad, planas y angostas, que no comen, ni menstrúan, ni evacúan. El cuerpo propio queda apresado en los procedimientos de una *estética-dietética* racionalizada por un discurso de lo saludable, bajo la égida de modelos imperativamente directivos.

A diferencia del deseo de reconocimiento puesto en juego en el amor identificatorio, que es sobre todo deseo de alteridad, este segundo reconocimiento puberal por aproximación a un ideal despótico conduce al sacrificio de dicha alteridad: hay un punto en que todas las muñecas son iguales entre sí.

La búsqueda de la identidad es una pieza no negociable y contiene facetas relativas a la formación del carácter y facetas ligadas a la reestructuración de *la imagen inconsciente del cuerpo* y de *la imagen especular*. Esta búsqueda de la identidad se da solo a partir del reconocimiento del otro y por trámites de identificación que siguen las vías de facilitación que ofrecen los dispositivos sociales, encontrando actualmente su referencia ejemplar en “las modelos” publicitarias.

Episodios difundidos desde hace un tiempo, tanto en nuestro país como en el exterior, nos permiten poner la lupa sobre este mundo: la lipoaspiración que casi le cuesta la vida hace años a la modelo argentina Raquel Mancini, el desmayo por el ayuno al cual debió someterse Valeria Mazza antes de un desfile, el accidente que sufrió en Brasil la modelo Cláudia Liz, etc. Una investigación periodística publicada en el diario *Página/12* (Febbro, 1996) constata que el mundo de la moda ha impuesto las mujeres “sombra de piolín”. En el Festival de Fotografía de Biarritz realizado en 1995, los fotógrafos británicos favorecieron las imágenes de mujeres “casi invisibles”. Como marcara Febbro, “La anorexia está de moda, encarnada por la modelo Kate Moss (cuarenta y cuatro kilos)”. El cuerpo “filiforme” –en forma de sombra de hilo– es el que ha conquistado definitivamente las pasarelas, y Karl Lagerfeld ha decretado la muerte del cuerpo multiforme, encarnado por Claudia Schiffer.

Pero no debemos ser tan ingenuos en pensar que todo esto no es más que

cosa de pasarelas, ya que estas *modelos* encarnan el ideal del cuerpo como *cuerpo Ideal*. Evoquemos el concepto de *cuerpo espectral* (Rodulfo, 1995b y 2004), que bajo los nuevos titulares cobra aún más vigencia ya que evoca la dimensión negativa de la antimateria. Ninguna *indomabilidad* entonces. Estos casos nos muestran hasta qué punto se puede llevar el sometimiento incondicional a un imperativo de la cultura interiorizado en el Superyó.

Así como es peligroso psicopatologizar, idealizar una problemática tan severa elevándola al plano de la indomabilidad no lo es menos. Para una de estas pacientes, que en su análisis se reproduzca algo de la idealización que su figura filiforme suscita en el plano social se constituye en un potencial iatrogénico. Para el psicoanalista, caer en la fórmula a partir de la cual el rechazo al alimento implica un acto de rebeldía y de "no dejarse llenar", de poner en juego su deseo en lugar de reducirse al plano de la necesidad, lo lleva a negar el profundo sometimiento de estas jóvenes, su convencionalismo, su frecuente incapacidad para cualquier acto de rebeldía. Convendría en este punto retener el material expuesto por Marité Cena (1995) sobre la paciente Vestal. Allí queda puesta de relieve la sumisión al goce del otro. La joven entrega su cuerpo a través de la anorexia a la perversión del padre incestuoso, quien se apropió de la virginidad de sus restantes hijas dejando en su caso otra exigencia no menos aberrante: el que la paciente quede, según la autora, en posición de Vestal (sacerdotisa virgen: "las vestales") y no supere jamás los veinte kilogramos de peso. Obviamente, el cumplimiento de semejante condición es incompatible con cualquier autoafirmación de un deseo propio; más bien precipita a la joven a una abolición radical de sí misma como sujeto de deseo en tanto se encuentra totalmente *domada* por la exigencia paterna a la cual no puede cuestionar.

Este no es un caso aislado. Podríamos asociar al material de Marité Cena otros de mi propia experiencia que me ponen en contacto con jóvenes dependientes, ajenas a cualquier proeza o afirmación de sí mismas en el campo social, plegadas sin margen alguno para el cuestionamiento del otro, ni de los imperativos del cuerpo ideal. Uno entre otros es el de Fernanda, de 17 años al momento de la consulta. Su piel estaba lacerada por la trincheta para cortar cuero, su cama era el cemento del piso, su único abrigo, un sweater agujereado que había logrado conservar –probablemente por su raída condición– a pesar de su compulsión a donar sacrificialmente todos sus bienes terrenales. Su vida misma se reducía a la lectura de la Biblia, al encierro y a la invención de diversos actos de sacrificio. Luchar contra la

severidad de un Superyó sádico fue y sigue siendo el principal objetivo de su análisis. Lejos de ser una *indomable*, esta joven se nos presenta en una posición opuesta. La falta de ingesta tampoco está ligada a una gran proeza. No es heroica, no es una mujer que se ha destacado en la historia. Simplemente dedica gran parte del día a estrictos rituales obsesivos ligados al *decomer* (Rodulfo, 1995b y 2004).

Además, que en algún caso una joven se haya levantado, rebelándose, contra la atadura de mujer a madre y de madre a la vez ligada a formas redondas, oponiendo su figura fálica de extrema delgadez a esa reducción de la mujer, sería justamente el más claro ejemplo del anudamiento de dicha actitud a circunstancias históricas como las que se vienen produciendo en los últimos años a partir de la emergencia de los movimientos feministas.

Siguiendo a Eckart Leiser (1998) (3) hemos de sostener que la desaparición de la mujer se basa en la histórica dicotomía primordial del *yo* contra *otro*, que se concreta en la dicotomía *lo masculino* contra *lo femenino*. Esta función clave de la dicotomía –que podemos rastrear hasta los *Diálogos de Platón* (Platón, 1871-1872)– sigue manifestándose en las connotaciones asociadas a la oposición de los sexos que sitúan a la mujer del lado de lo *negativo*. *Tierra*, *materia*, *cuerpo*, *ilusivo*, *oscuro*, etc., son asociaciones que vienen funcionando desde la cultura griega.

La búsqueda del Ideal se objetiviza a través de la búsqueda del cuerpo-Ideal, que de esta manera se constituye en soporte del *Ideal del Yo*. Es aquí donde se produce, según Ricardo Rodulfo,

> el atamiento de lo tele-tecno-mediático a lo espectral […] de cuerpo sin cuerpo, al extremo *diet*, al extremo *light*, al extremo cero calorías […]. ¿Qué mejor cuerpo que el sin volumen? […] cuerpo idolizado, que circula en este espacio tele-tecno-mediático sin espesor […]. Vida desprovista de substancia tocable [que se articula con] las necesidades y deseos pospuberales de deshacerse de lo genital […], rechazando ese excedente asimilable a la sexualidad infantil (Rodulfo, 1995b y 2004).

Según las hipótesis en cuyo desarrollo vengo trabajando, el alcanzar un Ideal respondería a un estereotipo, a una uniformidad, lo que Lippe (1994) conceptualiza como una pérdida de identidad. Sin embargo, desde el punto de vista que sostengo, esta alienación en la *imagen Ideal* debe entenderse como una tentativa de curación de la púber o adolescente, pues por su sesgo,

realizaría el intento de ser reconocida por el otro. O sea que el alcanzar el Ideal es a riesgo de perder la identidad en tanto diferencial, pero de esta manera, por identificación, obtener el reconocimiento del otro. Renunciar al Ideal podría exponer a la joven a la pérdida de este reconocimiento y de esa manera correr el riesgo de un derrumbe narcisista. Esto coincide con lo sostenido por algunos autores que afirman que se produce en este tipo de pacientes una descalificación del *verse* en favor del *ser vistas* (deseo de reconocimiento).

Esta búsqueda de reconocimiento (Benjamin, 1996) parecería centrarse en este momento de la pubertad y adolescencia, vía identificación, en este *cuerpo-idolizado*: "las modelos". El *contagio identificatorio* (Freud, 1921) (4) (garantía de reconocimiento) hace que todas hagan dietas, vayan al gimnasio, cuenten calorías, ingieran laxantes y diuréticos, padezcan disfunciones menstruales, etc.

Todas *se reconocen* en este cuerpo sin cuerpo: *estético-dietético*, sublime, disciplinado. Todas se reconocen en este ser sin carne, sin formas, *uni-forme* (Lippe, 1994), que, desde mi punto de vista, es consecuencia del fracaso del amor identificatorio y lleva al borramiento de la diferencia de los sexos, así como a la conservación de la bisexualidad psíquica, como derivación psicopatológica y no como punto de partida.

Cuerpo contra-seña que es a la vez cuerpo-contracuerpo. Nuevas formas –sin formas– de exorcizar los demonios, nuevas formas de control de la carne, sin carne**.** Este es el precio que la púber paga "con más de una libra" para ser reconocida en su *ser de mujer* –en tanto diferencia– que a la vez le implica, por otro lado, la renuncia a *su diferencia*. He aquí una trampa en la que las jóvenes contemporáneas caen demasiado a menudo.

1- La primera versión de este texto la constituyó una conferencia sobre el tema, dictada en la Asociación Psicoanalítica de Salzburgo en el año 2003.

2- El destacado me pertenece.

3- En *Cruzar las fronteras* este autor analiza categorías metafísicas presentes en la cultura occidental y que luego atraviesan el psicoanálisis.

4- Recordemos que Freud plantea en *Psicología de las masas y análisis del Yo* que sostener el carácter grupal y de contagio "no es una simple imitación sino una apropiación sobre la base de la misma reivindicación etiológica, que expresa un *igual que* y se refiere a algo común que permanece en el inconsciente".

Bibliografía general

Abraham, N. y Torok, M. (1978): *L'ecorce et le noyau*, París, Flammarion.

Agamben, G. (1990): *La comunidad que viene*, Valencia, Pretextos.

Ajuriaguerra, J. (1976): *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona, Toray Masson.

Allouch, J. (2006): *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*, Buenos Aires-Córdoba, Cuenco de Plata-Ediciones Literales.

American Psychiatric Association (1995): *DSM IV*, Washington, American Psychiatric Association.

Aulagnier, P. ([1978] 1994): *Los destinos del placer*, Buenos Aires, Paidós.

— ([1975] 1977): *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu.

Azcoaga, J. (1987): *Los retardos del lenguaje en el niño*, Barcelona, Paidós.

Benjamin, J. (1997): *Sujetos iguales, objetos de amor*, Buenos Aires, Paidós.

— (1996): *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*, Buenos Aires, Paidós.

Benyakar, M. y Lezica, A. (2005-2006): *Lo traumático. Clínica y paradoja*, ts. I y II, Buenos Aires, Biblos.

Bleichmar, S. (1999): *Clínica psicoanalítica y neogénesis*, Buenos Aires, Amorrortu.

Brusset, B. (1994): "El ayuno y la purificación", en *Actualidad Psicológica*, nº 216, Buenos Aires.

Castel, R. (1980): *El orden psiquiátrico*, Madrid, Las Ediciones de la Piqueta.

Cena, M. T. (1995): "Las figuras de la anorexia nerviosa", presentado en las Jornadas Anuales de Fundación Estudios Clínicos, Buenos Aires.

— (1994): "La anorexia masculina", presentado en Jornadas Anuales de Referencia, Buenos Aires.

Cronister, A. (1996): *"Genetic counseling". Syndrome: diagnosis, treatment and research*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2ª ed.

Deleuze, G. y Guattari, F. ([1972] 2005): *El Antiedipo*, Buenos Aires, Paidós.

Derrida, J. (2001): *Estados de ánimo del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.

— (1997): *Ecografías de la televisión*, Buenos Aires, Eudeba.

— (1989): *Memorias para Paul de Man*, Barcelona, Gedisa.
— (1975): *La diseminación*, Madrid, Fundamentos.
— (1967): *De la gramatología*, México, Siglo XXI.
Deustch, H. (1994): "Anorexia nerviosa", en *N. A. Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, nº 6, Buenos Aires.
DeVries, B. B. A. y otros (1996): "Mental status of females with an FMR1 gene full mutation", en *The American Journal of Human Genetics*, 58, pp. 1025-1032.
Dolto, F. (1986): *La imagen inconsciente del cuerpo*, Buenos Aires, Paidós.
Enriquez, M. (1987): "Las envolturas de la memoria y sus huecos", en *Las envolturas psíquicas*, Buenos Aires, Amorrortu.
Esquivel, L. (1989): *Como agua para chocolate*, México, Bibliotex.
Febbro, E. (1996): "Esqueletos a la moda", *Página/12*, 20 de octubre.
Fernández, A. (1994): *La invención de la niña*, Buenos Aires, Unicef.
Freud, A. ([1958] 1980): *El psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*, Barcelona, Paidós.
Freud, S. ([1936] 1980): *El Yo y los mecanismos de defensa*, Barcelona, Paidós.
— ([1927] 1981): *El psicoanálisis de niños*, Buenos Aires, Paidós.
— ([1924] 1988): *El block maravilloso*, Buenos Aires, Hyspamérica.
— ([1921] 1979): *Más allá del principio de placer*, en *Psicología de las masas y análisis del Yo*, *Obras completas*, t. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu.
— ([1915] 1993): "Duelo y melancolía", en *Trabajos sobre metapsicología*, *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu.
— (1913): *El múltiple interés del psicoanálisis*.
— ([1905] 1979): *El chiste y su relación con el inconsciente*, en *Obras completas*, t. VIII, Buenos Aires, Amorrortu.
— ([1900a] 1979): *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, ts. IV y V, Buenos Aires, Amorrortu.
— ([1900b] 1979): "El sueño de la monografía botánica", en *La interpretación de los sueños*, *Obras completas*, ts. IV y V, Buenos Aires, Amorrortu.
— ([1895] 1982): *Proyecto de una psicología para neurólogos*, en *Obras completas*, t. I, Buenos Aires, Amorrortu.
García Reinoso, D. (1980): "El discurso familiar como escritura transindividual", en *Revista Diarios Clínicos*, nº 5, Buenos Aires.

Giberti, E. (1989): “Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicosomáticos”, en E. Giberti y A. M. Fernández (comps.), *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Sudamericana.
Golombek, D. (2011): *Cavernas y palacios. En busca de la conciencia en el cerebro*, Buenos Aires, Siglo XXI.
Green, A. (1995): *El trabajo de lo negativo*, Buenos Aires, Amorrortu.
— (1990): *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires, Amorrortu.
Gutton, P. (1993): *Lo puberal*, Buenos Aires, Paidós.
Hekier, M. y Miller, C. (1995): *Anorexia-bulimia: deseo de nada*, Buenos Aires, Paidós.
Hochman J. (1997): *Pour soigner l’enfant autiste*, París, Odile Jacob.
Kristeva, J. (2000): *El genio femenino*, t. 1, *Hannah Arendt*, Buenos Aires, Paidós.
Lacan, J. (1961-1962): *Seminario 9. La identificación*, Buenos Aires, Paidós.
Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971): *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Labor.
Lebovici, S.; Diatkine, R. y Soulé, M. (1990): *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, obra completa, Madrid, Biblioteca Nueva.
Lefort, R. y Lefort, R. (1983): *Nacimiento del Otro*, Buenos Aires, Paidós.
Leiser, E. (1998): *Cruzar las fronteras*, Rosario, Homo Sapiens.
Lippe, D. (1994): “Trastornos de las conductas alimentarias e Ideal”, en *N. A. Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, nº 6, Buenos Aires.
Lo Giúdice, A. (2007): “Derecho a la identidad: restitución, apropiación, filiación. Desplazando los límites del discurso”, en A. Lo Giúdice (comp.), *Psicoanálisis: identidad y transmisión*, Buenos Aires, Centro de Atención por el Derecho a la Identidad Abuelas de Plaza de Mayo-Gobierno Vasco, pp. 25-33.
— (2005a): “Derecho a la identidad”, en A. Lo Giúdice (comp.), *Psicoanálisis: restitución, filiación, apropiación*, Buenos Aires, Centro de Atención por el Derecho a la Identidad Abuelas de Plaza de Mayo-Comunidad Europea, pp. 29-41.
— (2005b): “Artificio jurídico-artificio analítico”, en A. Lo Giúdice (comp.), *Psicoanálisis: restitución, filiación, aprobación*, Buenos Aires, Centro de Atención por el Derecho a la Identidad Abuelas de Plaza de Mayo-Comunidad Europea, pp. 77-82.
— (2000): “Lo que se restituye en un análisis”, en A. Altieri, M. Baccino y

otros, *Psicoanálisis de los derechos de las personas*, Buenos Aires, Tres Haches, pp. 25-36.
Mannoni, M. (1976): *El niño, su enfermedad y los otros*, Buenos Aires, Nueva Visión.
— (1971): *El niño retrasado y su madre*, Madrid, Fax.
— (1969): "Ya lo sé, pero aun así…", en *La otra escena. Claves de lo imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu.
Moreno, J. (2014): *La infancia y sus bordes*, Buenos Aires, Paidós.
— (2010): *Tiempo y trauma. Continuidades rotas*, Buenos Aires, Lugar.
— (2002): *Ser humano*, Buenos Aires, El Zorzal.
Nancy, J.-L. (2007): *El intruso*, Buenos Aires, Amorrortu.
Nasio, D. (1998): *Los ojos de Laura*, Buenos Aires, Amorrortu.
— (1992): *El dolor de la histeria*, Buenos Aires, Paidós.
Nasio, D. y Dolto, F. (1992): *El niño del espejo: el trabajo psicoterapéutico*, Buenos Aires, Gedisa.
Oé, K. (2011): *Agui, el monstruo del cielo*, Buenos Aires, Anagrama.
— (2007): *Dinos cómo sobrevivir a nuestra locura*, Buenos Aires, Anagrama.
Pankow, G. (1979): *Estructura familiar y psicosis*, Buenos Aires, Paidós.
Paz, J. R. (2008): *Cuestiones disputadas en la teoría y la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Biebel.
— (1976): *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*, Buenos Aires, Nueva Visión.
Pelento, M. (1993): "Duelos en la infancia", en *Diarios Clínicos*, nº VI, Buenos Aires, Lugar.
Pirandello, L. (1965): *Obras completas*, Buenos Aires, Plaza & Janés.
Platón ([393-389 a. C.] 1871-1872): *Diálogos*, en *Obras completas*, Barcelona, Ibéricas.
Punta Rodulfo, M. (2006a): "Dietantes y anoréxicas. Una delimitación necesaria", en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Buenos Aires, Paidós.
— (2006b): "ADD como caso testigo de la patologización de la diferencia", en *Actualidad Psicológica*, nº 342, junio, Buenos Aires.
— (2005): *La clínica del niño y su interior. Un estudio en detalle*, Buenos Aires, Paidós.
— (2002): "Violencias de la interpretación: acerca de la iatrogenia en psicoterapia", en *Actualidad Psicológica*, nº 299, julio, Buenos Aires.

— (1998): “Los modos de representación característicos en la patología autista: un estudio psicoanalítico”, en J. Tallis (coord.), *Autismo infantil, lejos de los dogmas*, Buenos Aires, Miño Dávila.
— (1995): “Las muñecas: dietantes y anoréxicas. Una cuestión de género”, en *Actualidad Psicológica*, nº 226, Buenos Aires.
— (1992): *El niño del dibujo*, Buenos Aires, Paidós.
— (1986): “El caso Gustavo”, en R. Rodulfo (comp.), *Pagar de más*, Buenos Aires, Nueva Visión.
— (1974): *Teoría y técnica psicológica en comunidades marginales*, Buenos Aires, Nueva Visión.
Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991): *Las indomables: figuras de la anorexia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
Rauch Herscovici, C. (1995): *Anorexia nerviosa y bulimia*, Buenos Aires, Paidós.
Real Academia Española (1992): *Diccionario de la lengua española*, 21ª edición, Madrid, Espasa.
Rodulfo, R. (2013): *Andamios del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.
— (2008): *Futuro porvenir*, Buenos Aires, Noveduc.
— (2004): *El psicoanálisis de nuevo*, Buenos Aires, Eudeba.
— (1995a): *Trastornos narcisistas no psicóticos*, Buenos Aires, Paidós.
— (1995b): “Del cuerpo espectral”, en *Actualidad Psicológica*, año XX, nº 220, Buenos Aires.
— (1995c): “Serie y suplemento”, en revista *Cenario*, Belo Horizonte.
— (1994): “El territorio de las fobias alimentarias”, en *Actualidad Psicológica*, año XIX, nº 216, Buenos Aires.
— (1989): *El niño y el significante*, Buenos Aires, Paidós.
Roussillon, R. (2013): *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu.
Sami-Ali, M. (1991): *Pensar lo somático*, Buenos Aires, Paidós.
— (1974): *El espacio imaginario*, Buenos Aires, Amorrortu.
Semprún, J. (1991): *La escritura o la vida*, Buenos Aires, Tusquets.
Sibilia, P. (2009): *El hombre postorgánico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
— (2008): *La intimidad como espectáculo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
Taylor, I.; Scheffer, I. E. y otros (2003): “Occipital epilepsies: identification of specific and newly recognized syndromes”, *Brain*, 126, 4, 753-769,

abril.
Tizón García, J. (2009): *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*, Barcelona, Herder.
Torok, M.; Abraham, N. y otros (1995): *El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu.
Tustin, F. (1990): *El cascarón protector en pacientes autistas*, Buenos Aires, Amorrortu.
— (1989): *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Buenos Aires, Amorrortu.
Volnovich, J. C. (1995): "Todas las mujeres son enanas", en *De eso no se habla*, revista EPSIBA, nº 1, Buenos Aires.
Winnicott, D. ([1961] 1991): "La psiconeurosis en la niñez", en *Exploraciones psicoanalíticas*, t. I, Buenos Aires, Paidós.
Zirlinger, A. (1996): "Anorexia en la adolescencia. ¿Ropaje actual de la histeria?", en S. Peña Kolenkautsky y D. Cáceres, *Psicoanálisis con niños y adolescentes en América Latina: desarrollos y perspectivas*, Córdoba, FEPAL.

Índice

Portadilla 3
Legales 5
Reconocimientos 7
Prólogo 8
Prefacio 10
Primera parte. El gran problema de la psicopatología: diagnosticar la enfermedad sin patologizar la singularidad 12
1. Acerca de la especificidad de la psicopatología infanto-juvenil. Diagnóstico diferencial-Diagnóstico de la diferencia 13
Segunda parte. El psicoanálisis abierto al porvenir 35
2. El trabajo actual en los trastornos del desarrollo 36
Tercera parte. Un aporte teórico-clínico para la comprensión de las llamadas patologías graves 57
3. Diferencias entre separación y pérdida 58
4. El duelo y sus derivaciones 69
5. Especificidades de la depresión en la niñez 79
6. Del paso de las formaciones autísticasa las formaciones psicóticasUn estudio clínico a través del dibujo 98
Cuarta parte. Lo traumático, sus tiempos y el elemento de la disrupción 116
7. La dimensión individual y social del trauma 117
8. El abuso sexual Lo disruptivo del medio 131
9. Lo disruptivo desde lo fallido del cuerpo 142
Quinta parte. Cuerpo y subjetividad 161
10. ¿Por dónde… la locura?Un estudio del espectro epiléptico. Especificidades de la producción gráfica 162
11. Una reflexión crítica acerca del concepto de anorexia 181
Bibliografía general 189