

KLINICUS

Revista de Psicoanálisis

ISSN 3072-9068

Vol. 1 Noviembre 2025

“El psicoanálisis frente a lo incierto de la época”

Mariana Vazquez

Norberto I. J. Pisoni

Laura Sforza

Florencia Maqueiro

Marta L. Roca

Florencia Taltavull

Leandro Espinosa

Débora Salvador

Andrea Negri

Lorena Maltese

Susana Oger



Directores

Dra. Mariana Vazquez

Dr. Norberto I. J. Pisoni

Coordinación Editorial

Esp. Laura Sforza

Editores

Lic. Juan Ignacio Guida

Lic. Ariel Martinez Aráoz

Lic. Florencia Maqueiro

Lic. Amorina Calello

Palabras fundacionales

Con enorme entusiasmo presentamos el primer número de Klinikus. Esta revista surge como resultado del trabajo colectivo de colegas comprometidos con el desarrollo y la transmisión del psicoanálisis en el marco de la clínica actual.

La revista se desprende del trabajo que llevamos adelante en el Capítulo de Clínica y Psicopatología de la Asociación Argentina de Salud Mental y en el Espacio de formación y asistencia C&P.

La creación de Klinikus responde a una necesidad: generar un ambiente de intercambio, circulación y debate de saberes que nos permitan sostener la reflexión crítica sobre la práctica clínica, los desafíos actuales que la psicopatología nos presenta y el diálogo con otras disciplinas. Entendemos que el campo del psicoanálisis se enriquece en la medida en que sus producciones se abren a la lectura y al debate, confrontan puntos de vista y generan nuevas preguntas.

Nuestro objetivo es dar visibilidad a las investigaciones, experiencias clínicas y desarrollos teóricos que se producen dentro de la comunidad psicoanalítica y académica en general.

Anhelamos que este sea un lugar de encuentro entre profesionales, investigadores y estudiantes, donde los aportes individuales se conviertan en un acervo común que potencie la práctica y el pensamiento crítico.

En este acto fundacional abrimos un espacio destinado a albergar la palabra viva que surge del encuentro clínico, ese territorio tan complejo como fascinante donde el sufrimiento psíquico busca a través del síntoma su propia forma de expresión.

Invitamos a nuestros lectores a participar activamente de este proyecto: leyendo, compartiendo, escribiendo y contribuyendo con nuevas perspectivas que enriquezcan el debate. Klinikus quiere ser más que una revista: busca ser un espacio abierto y plural para pensar el psicoanálisis, en diálogo permanente con la realidad social y cultural que habitamos.

Confiamos en que esta publicación sea el inicio de un camino de producción y transmisión que se renueve en cada número, sosteniendo el compromiso de hacer circular el conocimiento científico y promover el intercambio entre pares.

Bienvenidos a Klinikus !!!!

Mariana Vazquez

Norberto I. J. Pisoni

Editorial

Inaugurar una revista de psicoanálisis es, en cierto sentido, consentir que el discurso analítico se aloje en un nuevo lugar, abriendo la posibilidad de una escritura que no busca cerrar ni definir, sino sostener un interrogante sobre la teoría, la clínica y sus fundamentos. No se trata de ofrecer certezas en el campo de los saberes, sino de alojar lo que del psicoanálisis resiste a la captura total por el saber constituido.

En tiempos donde la aceleración de los discursos y la estandarización de los padecimientos amenazan con reducir la singularidad de la experiencia subjetiva, *Klinicus* nace con el propósito de mantener abierta una lectura posible de lo clínico como aquello que no se deja asimilar por la lógica del todo. Si algo enseña el psicoanálisis es que no hay clínica sin sujeto, y que no hay sujeto sin resto, sin síntoma, sin enigma.

Klinicus, revista de psicoanálisis no es solo un título, sino una orientación. Este número inaugural busca inscribir una posición: la de quienes aún consideran que hay algo del decir que no se agota en la comunicación, algo de lo inconsciente que insiste y que merece ser escuchado. La práctica analítica no se reduce al consultorio, pero tampoco se diluye en un activismo sin transferencia. Entre una y otra, se impone la necesidad de una escritura que interroge, que transmita, que formalice sin clausurar.

Esta primera entrega se articula alrededor de una pregunta fundamental ¿Qué lugar ocupa la escucha en la diagnosis contemporánea? Frente a la hegemonía de los manuales diagnósticos y de clasificación proponemos volver a la singularidad subjetiva del consultante. Trazar un punto de partida: dar lugar a los efectos de una práctica que, más que ofrecer respuestas, sabe operar con lo que no encaja.

Este comienzo no es un punto cero, sino un gesto de apertura. Una elección sostenida por la escritura, por la transmisión, por la persistencia del deseo de saber en acto. Y, sobre todo, por una clínica que no renuncia a su singularidad ni a su ética.

ÍNDICE

La Degradación de la Neurosis.....6
Dra. Mariana Vazquez

Fronteras difusas, un recorrido por la clínica.....12
Dr. Norberto I. Pisoni

¿Qué lugar para las adicciones en el campo de la Salud Mental?.....19
Lic. Laura Sforza

Psicoanálisis y Género: un lazo necesario y posible.....22
Lic. Florencia Maqueiro

Juego de palabras o palabras en juego.....27
Lic. Marta Liliana Roca

El analista en la urgencia.....33
Lic. Florencia Taltavull

El tiempo lógico como respuesta.....38
Lic. Leandro Espinosa

El retorno de lo Real en el Vínculo: La atemporalidad como signo de la Forclusión.....43
Lic. Débora Salvador

De la interconsulta al discurso analítico.....48
Lic. M. Lorena Maltese

Dinámica familiar en el tratamiento con un niño.....53
Lic. Susana Oger

Reír también es trabajar: el humor como estrategia de bienestar y salud organizacional.....57
Lic. Andrea Negri

La degradación de las neurosis

Dra. Mariana Vazquez

Hace tiempo que la clínica me convoca a pensar y reflexionar acerca de algo que llamo la degradación de la neurosis.

Considero imprescindible situarla en el marco de las transformaciones contemporáneas que inciden en la constitución del psiquismo y su subjetividad.

La degradación la ubico en ese punto de entrecruzamiento entre la organización o complejidad psíquica y la producción de subjetividad, nociones que, si bien se articulan, no son equivalentes.

Siguiendo los desarrollos de Bleichmar, el aparato psíquico se concibe en estrecha relación con el inconsciente, el cual no se define únicamente por su posición respecto a la conciencia, sino por su legalidad y funcionamiento propio. Sabemos que la etiología de las neurosis debe buscarse en el inconsciente, cuyo origen se anuda a la sexualidad infantil, inicialmente autoerótica, pregenital y ligada a las primeras inscripciones pulsionales.

Esa satisfacción autoerótica será fijada y reprimida al inconsciente entendiendo esto

como una acción fundamental para pensar la organización psíquica.

Por lo tanto la represión define un posicionamiento en cuanto a la tónica y marca la relación entre inconsciente y preconscious consciente.

Otro punto que quiero destacar es el lugar del Otro, como representante de la cultura, en el advenimiento del sujeto. La presencia del semejante es inherente a su organización misma.

En cambio cuando hablamos de subjetividad pensamos en las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos sintónicos a ella. De este modo, hablar de producción de subjetividad hace referencia a un conjunto de elementos que van a producir un sujeto histórico.

La subjetividad es un producto histórico que varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de los cambios que se dan en los sistemas históricos – políticos, económicos.

Es en este sentido que no puede, entonces, remitir al funcionamiento psíquico

en su conjunto, sino que remite, más bien, al lugar donde se articulan los enunciados respecto al Yo, mientras que el aparato psíquico implica ciertas reglas que exceden la producción de subjetividad.

La clínica nos enfrenta hoy a una aparente degradación de la represión, lo que nos obliga a repensar la diferencia entre aparato psíquico y producción de subjetividad.

Planteo dos ejes, no antagónicos sino complementarios para poder pensar esta degradación:

- El primero remite al conflicto, en tanto el sujeto ético se encuentra atravesado por una ley que se percibe cada vez más difusa o desplazada de los principios morales.
- El segundo se refiere al efecto de la cultura: cada época produce formas singulares de manifestación del sufrimiento psíquico.

Freud escribe *El malestar en la Cultura* (1930), y allí señala que la función de la cultura es mitigar el sufrimiento humano; sin embargo, los dispositivos que crea para tales efectos son tan limitantes de placer, que prontamente es vista la misma cultura como una nueva causa de sufrimiento.

Hoy asistimos a una época donde los límites se tornan imprecisos, donde “nada parece estar prohibido”. La sociedad de

consumo persuade al sujeto mediante objetos que prometen una completud infantilmente ilusoria. Sin embargo, esta promesa tiene un carácter paradójico: el consumo ilimitado nunca colma la falta, sino que la intensifica, empujando al sujeto hacia un vacío que los objetos no pueden llenar.

Esta pretensión tiene carácter funesto cuando nos damos cuenta de lo ilimitado del consumo para llegar a ser completo; es decir, del Sin límite para alcanzar la completud.

Si asumimos que el vacío se llenará en el consumo ilimitado de objetos, estamos cayendo en un interesante contrasentido porque lo ilimitado, al no tener fin, no se completará jamás, por tanto el consumo sin límites está lejos de la ilusión de completud del sujeto; contrariamente a ello, pareciera que son los límites al goce lo que podría asumir un estado tal.

El mercado ha sabido captar la lógica de la falta y se instala allí para dictar imperativos de goce ilimitado: “todo está permitido”, “el único límite sos vos mismo”. “Que no te digan que no puedes hacerlo” o el eslogan de adidas “Impossible is nothing” Estas consignas erosionan la necesidad de inscribirse en el Otro, promoviendo formas de satisfacción individualista y desarticulando el lazo social.

En el discurso capitalista, el sujeto ocupa el lugar de “falso amo” y la verdad es instrumentalizada de tal manera que pareciera no haber castración.

Es un discurso en continuidad, donde los objetos pretenden borrar la barra de insatisfacción del sujeto, presentando múltiples variables para lograr el cometido.

En ese discurso, el deseo no nace del sujeto, sino que es inscripto por el mercado como nuevo dispositivo del saber; así, el sujeto es demandado a gozar ilimitadamente con los productos que están a su servicio.

Si la falta era estructurante del deseo, hoy en día el deseo está obturado por los objetos que el mercado impone a la demanda. Y paradójicamente nos encontramos en la clínica con sujetos que no pueden desear.

Es central para poder pensar la clínica recordar que el deseo no es en relación a un objeto, sino la relación a una *falta*.

El discurso capitalista es, aquel donde la renuncia al goce pulsional es visto como un ataque a las libertades individuales; la sociedad contemporánea tiene un nuevo guardián, esta vez con el imperativo oceánico ¡goza!

De esta manera el estatuto de la falta como organizador de la constitución psíquica y productor de deseo es lo que falla en estas neurosis degradadas.

¿Se trata de que no existe límite al deseo?

¡No! Todo lo contrario lo que no existe es el límite al goce, y cuando esto sucede lo que predomina es un vacío que los objetos pretenden, pero no pueden llenar.

La degradación nos señala la endebles de la amalgama pulsional, lo que trae como consecuencia un predominio de Tánatos sobre Eros, que lo observamos por ejemplo en la presencia de las compulsiones de repetición.

Muy a su pesar el Deseo entra en articulación con el Otro.

Este es otro punto central para pensar la degradación, la falta de ese Otro, ¿qué lugar ocupa hoy el Otro tanto en la constitución del psiquismo?

Cómo ese Otro que tiene por función significarnos va siendo reemplazado por un otro virtual. No me quiero ir por ese camino porque allí hay mucho para decir y necesitaríamos más tiempo y otro artículo. Cómo el lugar del Otro va quedando vacante o mejor dicho es reemplazado por un objeto por ej, una pantalla, un celular.

Cuando lo que se produce es una transformación de la falta, taponada con objetos que amordazan el deseo, lo que se logra, es una metamorfosis de la falta nombrada por un vacío sin palabras.

Este vacío es el que se escucha en la clínica, y es muy diferente a la insatisfacción propia de las neurosis.

Aquí quiero marcar algo que en la clínica tienen que poder escuchar y diferenciar, el vacío de la insatisfacción.

En el inicio planteaba la diferencia entre construcción psíquica y producción de subjetividad. Ahora podemos preguntarnos ¿Qué pasa si la articulación con el Otro se aligera? ¿Cómo se plantea este sujeto posmoderno ante la caída del Otro de la garantía, del Otro de la ley?

Alienados al goce irrestricto de la desvinculación con el Otro, se reniega la castración ante la saturación de objetos “deseados”, ante esa ilusión de completud que somete al yo perpetuándolo en un estado de vulnerabilidad infantil, omnipotente y narcisista.

La clínica hoy nos trae al sujeto del deseo degradado, que no es lo mismo que el sujeto del deseo insatisfecho.

El sujeto del deseo degradado se presenta con un vacío que angustia y que arrasa. La desconexión con el Otro, deja al sujeto a la deriva intentando construir algo de su subjetividad en el encuentro con los objetos.

El trabajo analítico con estos pacientes nos convoca a un trabajo de reconstrucción de

los vínculos con el Otro simbólico, destapando el vacío para emplazarlo nuevamente en su estatuto de falta.

La clínica actual nos presenta sujetos desvinculados del Otro simbólico, con vínculos, identidades y proyectos tambaleantes. Se observa angustia difusa, vacío psíquico y desesperanza.

Sabemos que el sujeto está abierto a su historia, no sólo en el pasado sino en el presente. Está entre la repetición y la creación, pero para ello debe contar con recursos provistos en tiempos constitucionales.

No podemos desconocer que nuestra sociedad sufre, en sí misma de un «malestar » que se debe, precisamente, al estatus precario de sus referencias identificadoras.

Abro un nuevo paréntesis asociativo para pensar lo que se llama clínica de lo actual y que Freud ya había tipificado en su época, porque justamente cuando referimos a patologías actuales, estas lo son en cualquier época, es aquello que se presenta en lo actual, desgajado o desconectado de la historia del sujeto.

Cuando hablamos de neurosis hablamos de represión, hablamos de retorno de lo reprimido como la modalidad en la formación del síntoma, el cual, como formación de

compromiso representa el ser del sujeto tomado por el Otro.

Cuando hablamos de degradación hablamos de un sujeto que de entrada ha tenido que prescindir en parte del vínculo con el Otro en su acción narcisizante. Presentando entonces nuevas modalidades sintomales que no pueden ser trabajadas a la manera del retorno de lo reprimido, sino que comparten con este, compulsiones de repetición predominante, expresiones como depresión, adicciones, trastornos de la alimentación, crisis de angustia o ataques de pánico.

Desde la psicopatología planteamos las neurosis, las psicosis, las perversiones y las organizaciones fronterizas como estructuras psíquicas, cada una de ellas con modalidades defensivas y síntomas específicos.

Cuando planteo neurosis degradadas lo hago pensando en estructuras que se sostienen en la represión pero en donde la relación asimétrica, la diferenciación entre adulto y niño es tan difusa que ha puesto en jaque su organización.

Hace corto circuito por un lado la represión, fundante del aparato, con la realidad que subjetiva cuestionando todo contenido a reprimir.

No podemos negar la incidencia de la realidad sobre el psiquismo, la incidencia de la

degradación de los valores y prohibiciones, como así tampoco la degradación del lugar del otro en la conformación del psiquismo y su funcionamiento, dando cuenta del fracaso de un proyecto individual y colectivo que genera condiciones de sufrimiento diferente. La degradación del Otro en relación a lo primordial, la pienso en tanto degradación del Otro diferente que me permite que me reconozca y que a su vez se mantiene totalmente asimétrico.

En ese punto considero que el trabajo clínico tiene que tender a crear condiciones de emplazamiento de la represión que ponga en marcha el sufrimiento intra- subjetivo, el funcionamiento del preconscious en lo que hace a la temporalidad, la lógica del tercero excluido y la negación, un eje que fundamentalmente se dirija al enlace con el otro.

Las neurosis degradadas como expresión del discurso capitalista tienen una característica esencial: no hace lazo social, es decir el amor no entra en su lógica, por lo cual la dimensión del otro queda fuera de juego y, por ende, la propia experiencia analítica se ve amenazada ya que necesita asentarse en el amor y la transferencia para tener lugar.

Referencias

Bleichmar, S. (1993/2002) La fundación de lo inconsciente. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1893/1990), Estudios sobre la histeria. Sobre la psicoterapia de la histeria. Punto III En Obras Completas, vol. II. Buenos Aires. Amorrortu Edit.

Freud, S. (1915/1990), La Represión En Obras Completas, vol. XIV. Buenos Aires. Amorrortu Edit.

Freud, S. (1920/1990) Más allá del principio del placer. En Obras completas. Vol. XVIII,

Buenos Aires. Buenos Aires. Amorrortu Edit.

Freud, S. (1930/1990) El malestar en la Cultura. En Obras Completas, Vol XXI. Bs. As. Amorrortu Edit.

Freud, S. (1932-36/1990) Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis; Lección XXXI “Diseccción de la Personalidad Psíquica”. En Obras Completas, Vol XXII. Bs. As. Amorrortu Edit.

Fronteras difusas; un recorrido por la clínica

Dr. Norberto I. J. Pisoni

Hoy les propongo compartir cierta revisión de nuestra práctica que ha surgido tomando en cuenta el punto de vista de la clínica contemporánea, el tema que voy abordar, forma parte de una de las problemáticas que enfrentamos en la clínica actual.

O para decirlo de otra manera, lo que les invito a compartir, tiene como como fundamento, plantear y buscar entender, ciertas cuestiones que en el transcurso de las últimas décadas nos plantea el quehacer psicoterapéutico.

“Lo que has heredado de tus padres, adquiérelolo para poseerlo”. Nuestra herencia es el espíritu científico en el campo de la palabra. (Freud citando a Goethe).

Hay una historia, una herencia. Si hemos tomado como modelo las Neurosis, es gracias a ese origen del Psicoanálisis que comienza con “Psicoterapia de la Histeria” y que nos remonta a fines del siglo XIX.

Allí Freud pone a jugar desde el comienzo, a mi entender, otra máxima que inscribe a fuego; Clínica y Teoría quedan soldadas en la praxis; con la particularidad que

la clínica es siempre soberana, esto es; si la clínica no coincide con la teoría; pues entonces hay que revisar la teoría.

De esta manera se fue gestando a lo largo del siglo pasado hasta nuestros días, la Eficacia Analítica y Psicoterapéutica. Sin embargo y a la par de las Neurosis tomadas como modelo, se han producido modificaciones en la lógica de su funcionamiento.

Paralelamente se presentaban cuadros que no coincidían con las teorías dogmáticas, esto no era algo que pasaba desapercibido para Freud, ni para los post freudianos, ni siquiera pasó desapercibido para Lacan. Me refiero a aquellos cuadros que no podían ser situados dentro de las estructuras clásicas que propone la nosografía psicoanalítica.

(Neurosis, Psicosis Perversión)

Esta herencia nos lleva a una revisión permanente de los modelos conceptuales de abordaje y tratamiento y a reformular, a mi entender, tanto desde el punto de vista psicopatológico como psicoanalítico los distintos paradigmas que involucran a las organizaciones psíquicas.

El modelo que tomamos como analistas o psicoterapeutas y que transmitimos teóricamente, es el de tener presente Método y Técnica, conceptos también acoplados e interdependientes. Partimos por pensar la técnica como “el saber hacer del método”, aquellos postulados presentes en el quehacer y la enseñanza y como parte del “saber escuchar”.

A lo largo del tiempo se fue enriqueciendo con los escritos y reflexiones de las distintas escuelas del mundo “Psi”.

Uno de los puntos a los que me quiero referir, es al férreo y particular acento de los analistas argentinos e ingleses, y su trabajo sobre el encuadre que ha permitido asimilar para los estudiosos, los distintos recorridos clínicos que transcurrieron en este más de un siglo de trabajo analítico.

Los estudios psicoanalíticos han sabido destacar los distintos momentos sociales, ubicarse y producir en muchos casos, sin perder la brújula de la dirección de la cura, que sigue y recoge los guantes y que no mira “el dedo del maestro” sino puede ver el horizonte: transformando el sueño en realización alucinatoria de deseo y leyendo o estableciendo una interpretación que levante las resistencias o una construcción que allane el camino a lo reprimido.

La propuesta es la actualización clínica, proponer miradas, respetando alcances de las distintas ciencias (método y técnica circunscripto a ellas), teniendo como objetivos centrales:

Ubicar el campo clínico específico de cada organización patognomónica; su modo de funcionamiento psíquico, considerando que la noción de realidad es compleja y multideterminada.

Caracterizar la Metapsicología en la estructuración del Aparato Psíquico que sostiene el marco conceptual Psicoanalítico y a partir de ello los distintos tipos de abordaje de acuerdo al momento constitutivos de la subjetividad.

La propuesta comienza por ubicar el campo específico, convocarlos a pensar lo que se dio en llamar desde mediados del siglo XX:

1. Patologías borderline, otros la llamaron patologías limítrofes, pues su modo de procesar se ubicaba por momentos en la Neurosis y en otros en la Psicosis.
2. Los que ponían el acento en el anegamiento del yo la llamaron patologías pulsionales, aquellos que situaban la falla en la integración del narcisismo; patologías narcisistas.

3. y otros que pusieron el acento en la falla estructural, y la llamaron organizaciones de frontera.

Aunque hay muchas otras clasificaciones. Se las ha descripto también, como “distorsiones del yo” Andree Green, “Personalidades como si”, Helen Deutsch, o “personalidades con falso self” de Winnicott, sin olvidarnos de Trastornos de identidad.

La descripción sintomática de este cuadro es amplia, su casuística muy variada, de modo que ninguna clasificación termina de presentarlo o de integrarlo. Comúnmente nos encontramos frente a una interminable cantidad de signos y síntomas que aparecen en los trabajos clínicos de referencia, que hablan de la imposibilidad definir la el proceso debido a la inestabilidad del cuadro, como si quisieran remarcar la gran desorganización que se manifiesta en los distintos planos; afectivo, social familiar, etc.

Si hay que describir el síntoma o el motivo de consulta; también es difícil de precisar, algunos autores señalan que “es la vida misma”.

Al decir de J. Mc Dougall; “La búsqueda del Otro no se relaciona tanto con el deseo como con la necesidad”.

Tal acepción define la disgregación de su personalidad, la falla de integración a nivel del

narcisismo y los serios conflictos con la identidad, en la que fluctúan entre conductas o aspiraciones megalómanas y situaciones de vulnerabilidad del yo.

Más allá de esto, el modo de procesamiento psíquico, la dinámica psíquica, y su expresión sintomática, aparecen como centrales; donde se remarcen las defensas primarias y prevalecen los síntomas impulsivos.

Lo degradado ya no es el deseo sino que el sujeto entero aparece como gozado; y el cuerpo escindido.

Comúnmente agrupamos en este cuadro: los llamados consumos problemáticos: donde se agrupan las Patologías del acto (o patologías borderline) la Psicósomática o afecciones somáticas, y los trastornos de la alimentación; Anorexia y Bulimia. Resulta por estos motivos ineludible, poder pensar cómo estas modalidades podrían instalarse en el marco psicoterapéutico, con ello nos referimos al encuadre. Definimos encuadre; como el conjunto de reglas constantes y condiciones estables que delimitan y hacen posible la regla fundamental, y por ende la asociación libre.

Desde el punto de vista de la técnica, “saber hacer del método” es crear un espacio “suficientemente seguro” y predecible y

confiable en cuanto a la apuesta defensiva que por definición impone lo inconciente.

La complejidad del cuadro en cuanto a su inestabilidad pone en jaque su modo de abordaje, hacen que el encuadre se interroge en las demandas sin medida. Tampoco son buenos promotores de la angustia señal, lo que genera transferencias desbordadas o locas y su modo particular de relación discursiva.

El dispositivo analítico, no es el esperable según los modelos de las neurosis. En rigor, existe una relación que nos posibilita acercarnos a establecer criterios que especifiquen la dirección de sus síntomas. Son pacientes que incomodan. No se adecuan al funcionamiento del dispositivo estándar, dificultades con la asociación libre, dependencia de objetos primarios.

Referencias Psicosomáticas

Hasta aquí el modelo hace que la descripción no sea única, sin embargo buscando esclarecer dentro de un mismo cuadro distintas modalidades en cuanto a la subjetividad, me propongo revisar las psicossomáticas.

Dentro de las distintas escuelas que han trabajado sobre las llamadas organizaciones fronterizas; los autores franceses y más específicamente a los trabajos realizados por la Escuela Psicosomática de París desde 1943/1993

de P. Marty en su dirección, han contribuido a comprender mejor la dinámica de estos cuadros.

Tomo como ejemplo esta afección pues tiene la particularidad de aparecer como un cuadro límite, quizás funcione como centinela del conjunto, quedando fuera de las clasificaciones nosográficas denominadas estructurales.

Comenzando por la demanda de análisis y su expectativa de cura de la enfermedad somática, por lo tanto me parece interesante porque este caso nos facilita la entrada a los estados límites o cuadros límites, en tanto se juega un cuerpo, un soma no integrado a lo psíquico.

En la psicossomática; el motivo de consulta; la afección somática (léase piel, sistemas cardiovascular, respiratorio, digestivo, que tiene nombre y apellido: soriasis, infarto, asma o colon irritable) está completamente deslindada de vida psíquica. La demanda es ser curado de una afección que para ellos no tiene ningún compromiso psíquico.

Señalaba Silvia Bleichmar que las relaciones entre lo psíquico y lo somático, parecen organizarse en tanto el ser biológico es condición de posibilidad para la materialidad psíquica, pero que por sí solo no garantiza la vida representacional.

Estamos acostumbrados a pensar en el valor del cuerpo tomando en cuenta su correlato psíquico: El esquema corporal, integrante permanente y obligado de todo acto psíquico y a la vez modelo último del funcionamiento mental, por supuesto partiendo de la neurosis, donde el cuerpo es concebido como erógeno, registro del placer fundante de lo libidinal, donde cada una de estas zonas puede arrogarse, la representación de la totalidad del mismo, siendo centro de una excitación sexual, que contempla e incluye lo genital y que pone de manifiesto las somatizaciones o conversiones histéricas a diferencia de las psicosis en el que hacen presentes las manifestaciones hipocondríacas y que en la psicósomática no se ha integrado a lo psíquico.

Quizás sería más sencillo pensar que el cuerpo de la neurosis es un cuerpo fantaseado.

Así entendemos la frase: “el yo es en un principio y ante todo un yo corporal”.

Como una especie dentro del género. En la psicósomática es una particularidad que los diferencia del constructo patognomónico de organizaciones de frontera, estableciendo un criterio paradójico: El paciente somático se presenta como muy ameno en las consultas, no

trae conflictos, ni parece tenerlos, salvo el hecho que hace específicamente a su afección que está completamente alejada de su componente psíquico.

Lo que predomina es el pasaje al acto en lo somático, en lo Real, es decir, es un modo de funcionamiento psíquico que tiende a excluir lo psíquico, marcado por la escisión.

Escisión en la que se basa la desmentida, la renegación, como mecanismos del yo, por eso se trata de pacientes en los que es muy importante un trabajo que no es tanto develar contenidos inconscientes como en la neurosis, sino mostrarle al sujeto, al yo, cómo piensa, cómo funciona, cómo opera psíquicamente.

Metapsicología

Tópico: Desde este punto de vista hay una falla en la estructuración que nos hace pensar en la marcada escisión entre lo psíquico y lo somático dejando entrever carencias en el proceso de mentalización al decir de Pierre Marty.

Falla a nivel de lo simbólico, en donde la representación palabra no opera a la manera de la metáfora, sino que la característica central es el pensamiento operatorio. La primera tónica que debería establecerse como apoyatura del plano elaborativo de lo mental queda restringido y el espesor del Precc. Imposibilita en su pobreza, el intercambio de los registros.

El Inc. No se constituye a nivel de la división del aparato.

Económico: Existen serias dificultades en mentalizar la excitación. Hay una condición desvitalizada es la consecuencia de un desequilibrio entre los instintos de vida y de muerte. “Los fenómenos de desinvestidura o descatectización y su vinculación con la pulsión de muerte. Se puede apreciar la desinvestidura en estos pacientes en distintas áreas de su personalidad: en los Afectos (alexitimia); en el Pensamiento (pensamiento operatorio); en las relaciones objetales, en la imagen corporal (dificultad de percibir señales de cansancio o de enfermedades)”. Esta dificultad se extiende a la imposibilidad de poder discriminar entre las distintas cualidades afectivas; fallas de la elaboración psíquica de las tensiones somáticas. Marca lo pulsional fenómenos de desbordamiento emocional, o explosiones de angustia.

Dinámico: Este aspecto marcado por la noción de conflicto psíquico, queda desvinculado como tal, en estos pacientes la noción de conflicto se trata de evitar, pasa inadvertido al punto de eclosar luego en lo corporal; algunos autores hablan de implosiones de las que no se toma conocimiento alguno. Esta dificultad se extiende a la imposibilidad de poder

discriminar entre las distintas cualidades afectivas; fallas de la elaboración psíquica de las tensiones somáticas.

Al decir de David Liberman, “es una patología de la cordura y su consecuencia la sobre adaptación”. Desde el nacimiento, existe la imposibilidad de separarse; madre-hijo / yo-no yo. Por lo tanto para este cuadro se mantiene la fusión eterna. El otro es él mismo.

Quizás se diferencien las afecciones somáticas de otros cuadros presentes en las organizaciones narcisistas, en la polarización que se presenta en el modo de procesar de la pulsión de muerte; tan amenamente silenciosa o estruendosa en esta afección.

Me gustaría acercarlos para concluir una referencia freudiana; de las Nuevas conferencias del año 1931, en ella se menciona casi al final

No se pueden concebir las separaciones del Yo; Superyo y Ello deslindada por fronteras tajantes, como se han trazado artificialmente en la geografía política. Es muy probable que la configuración de estas separaciones experimente grandes variaciones en diferentes personas y es posible que hasta se alteren en el curso de una función e involucionen temporariamente.

El recorrido por las fronteras de la clínica nunca pasó desapercibido para los

maestros de psicoanálisis, es Lacan quien plantea estar “presto” transferencia, abiertos, desde nuestra perspectiva es que cada paciente configura el espacio transferencial, esto sin duda ha contribuido a incluir las organizaciones narcisistas al encuadre psicoanalítico.

Referencias

Ey, H; Brisset, B. (1978) Neurosis de Órgano. Afecciones Psicosomáticas en Tratado de Psiquiatría. Sexta parte Ed. Toray Masson.

Freud, S. (1914) Introducción al narcisismo, puntos I y II. Obras Completas. Biblioteca Nueva 1973.

Freud S. (1924) Neurosis y Psicosis. Obras completas. Biblioteca Nueva, 1973

Freud, S. (1926) Esquema del Psicoanálisis 3ª. Parte Cap. VIII. Obras Completas. Biblioteca Nueva 1973.

Freud S.: (1938) La escisión del yo en el proceso de defensa. Obras completas. Biblioteca Nueva 1973.

Green A. (2008) Locuras Privadas, Cap. III El concepto de fronterizo Ed Amorrortu.

Green A. (2008) Locuras Privadas, Cap. XII La desligazón. Ed Amorrortu.

Khan, M.M. (2005) El concepto de trauma acumulativo. Revista de Psicoanálisis de Madrid.

Laznik D. y col. (1989) Patologías actuales y diques pulsionales. Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología Vol.1 N°1.

Lerner, H., & Sternbach, S. (2022) Organizaciones fronterizas, Fronteras del psicoanálisis. Lugar Editorial.

Marty P. (1992) La psicósomática del Adulto. Cap. I,II, III. Amorrortu .Bs.As.

Pisoni, N, y otro. (1997) Psicósomática en Conceptos Fundamentales de Psicopatología II. C.E.A.

Windaus N. (2000) Invitación para analistas. Los pacientes Narcisistas . Documenta Laboris N°3, La personalidad y sus desórdenes. Universidad Argentina J. F. Kennedy.

Zukerfeld R. (1998) Bulimias y Anorexias, Psicoanálisis actual. Zona Erógena n°40.

¿Qué lugar para las adicciones en el campo de la Salud Mental?

Lic. Laura Sforza, Esp. en Psicología Clínica

Quisiera compartir con ustedes algunas reflexiones en torno a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su vínculo con el abordaje de las adicciones como problemática de salud mental.

La ley, sancionada en 2010, incluye expresamente a las adicciones dentro del campo de la salud mental, y reconoce a las personas que las padecen como sujetos de derecho, con las mismas garantías que quienes atraviesan otras problemáticas en este campo. Sin embargo es evidente que aún persisten dudas, objeciones y resistencias en torno a la capacidad real de esta ley para abarcar de manera adecuada el fenómeno del consumo problemático. Algunos incluso sugieren que la ley es insuficiente.

Ahora bien, ¿no será también que la supuesta insuficiencia está en otro lugar? ¿Podría tratarse, en parte, de una dificultad en su implementación o interpretación por parte de los actores del sistema de salud?

Podemos pensar que estas preguntas no son patrimonio exclusivo de expertos, sino que involucran directamente a quienes diseñan y ejecutan políticas públicas, especialmente

cuando se trata de salud mental y adicciones. No podemos seguir pensando las adicciones como una problemática periférica, secundaria o separada del campo de la salud mental.

Estigmas y representaciones sociales

Sabemos que el consumo de sustancias psicoactivas despierta temores, prejuicios y estigmas muy arraigados. Las representaciones sociales predominantes asocian el uso de drogas con delincuencia, marginalidad, ilegalidad, etc.

Y en ese mismo movimiento, el tratamiento queda también reducido a imágenes igualmente rígidas: encierro, internación forzosa, comunidades terapéuticas cerradas o estrategias puramente abstencionistas. Lo más preocupante es que estas representaciones no sólo circulan entre la población general, sino también, entre muchos profesionales de la salud y de la salud mental. La lógica abstencionista-excluyente

¿De dónde proviene esta lógica abstencionista y expulsiva en el campo de los consumos? Si recurrimos a Michel Foucault en La historia de la locura, podemos recordar aquella imagen emblemática de la nave de los

locos: ese barco errante donde se expulsaba de la ciudad a los considerados “locos”, “enfermos”, “perturbados”. Más adelante, a estos sujetos, considerados improductivos socialmente se los encerraba en los llamados manicomios, se esperaba que los hombres sanos estuvieran trabajando, las mujeres haciendo tareas de cuidado y los niños y jóvenes en la escuela.

Hoy, podríamos decir que los llamados “adictos” ocupan un lugar análogo. Sujetos estigmatizados, desplazados, silenciados. Sujetos que, aunque jurídicamente tienen derechos, en la práctica siguen siendo ubicados en los márgenes de las problemáticas de salud mental. Inclusive, planteo un interrogante discursivo en torno a cómo se plantea la ley ¿por qué si al tratamiento de las “adicciones” a partir de la ley se las incluye como parte integrante de salud mental, en el propio título de la misma, se las separa? Salud mental y adicciones.

Esto tiene efectos concretos. Muchas personas que consumen sienten vergüenza, se callan. Estas personas no llegan a la consulta, hasta que la problemática estalla en la vida del sujeto. Sus familias también callan, temen el juicio, el rechazo. Se impone la idea de que el consumo le pasa “al otro”, “al que se lo busca”. Y esto también penetra y echa raíces en

nuestras instituciones y nuestros equipos. El padecimiento psíquico de estos sujetos es altísimo, y no solo es patrimonio exclusivo de quien consume, también de sus familias, que no saben cómo ayudarlos, no saben como hacer para que “deje de consumir”, se cansan, y en su gran mayoría le atribuyen el no poder parar de sus familiares a la voluntad. ¿Qué lugar ocupan las adicciones en nuestras prácticas?

La clínica con personas que consumen es muchas veces tratada como algo que se deriva rápido. Algo que no se quiere escuchar. Aparece el argumento de la “falta de expertiz”, pero muchas veces esconde una falta de deseo de implicarse. Muchas veces estás afirmaciones son resistencias de los profesionales de la salud. De las drogas no se habla, de las adicciones no se quiere saber. Cuanto más lejos estén, mejor. Pero justamente, esa exclusión es parte del problema. Si bien es cierto, que para que el abordaje sea efectivo se necesitan dispositivos articulados, el acompañamiento a las familias, talleres, grupos terapéuticos, lo primero es alojar esas consultas y armar modelos de abordaje personalizados. La ley es una herramienta vigente. La Ley Nacional de Salud Mental establece con claridad, en su artículo 4, que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud

mental. Es decir, no se trata de otro sistema, ni de otro modelo, ni de otro paradigma. Las personas con consumo problemático tienen derecho a ser atendidas por el sistema de salud mental, con los mismos estándares de dignidad, confidencialidad y respeto. Los profesionales de la salud somos los primeros responsables de cumplir con esta ley. Y eso implica, también, revisarnos, formarnos, implicarnos.

Y ¿qué modelos clínicos sostenemos? Los invito entonces a una reflexión sobre los modelos clínicos e institucionales con los que trabajamos. Porque muchas de nuestras prácticas siguen guiadas por formas de intervención heredadas de otros contextos: tiempos más punitivos, más medicalizantes o más moralizantes. Hoy el desafío es pensar una clínica ética, respetuosa de la singularidad, que entienda al consumo como una problemática compleja, y no como un diagnóstico cerrado o un déficit del sujeto.

Espero que estas palabras sirvan como punto de partida para seguir pensando, sobre las mejores prácticas que podemos ofrecer para el cuidado de la salud mental.

Referencias

Ley N.º 26.657. (2010) Ley Nacional de Salud Mental.

Edith Benedetti (2015): “Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático”

Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental.

Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Basaglia, F. (1987). La criminalización de las Necesidades. En: Los Crímenes de Paz. México: Siglo XXI.

Psicoanálisis y Género: Un lazo necesario y posible

Lic. Florencia M. Maqueiro

La época actual me convoca a abordar la importancia de pensar a la clínica y a las personas que llegan al consultorio, como parte de un contexto social y cultural determinado. De la misma manera, a las teorías que enmarcan y delimitan el espacio, las mismas tampoco son ajenas a la cultura imperante en el momento de su aparición.

Esto me invita a reflexionar sobre la importancia de llevar adelante una clínica psicoanalítica con perspectiva de género, repensando los estereotipos de género y cómo los mismos impactan en la constitución de la subjetividad. Analizar los conceptos psicoanalíticos bajo el lente de la actualidad, con los aportes de los feminismos y estudios de género, destacando la necesidad de que se continúe repensando la tarea, con la finalidad de ejercer una clínica que no sea ajena a los modos de sufrimientos actuales.

El ser humano es un ser social, esto implica que no es ajeno a la cultura que habita, y como tal, tampoco lo son sus teorizaciones.

En la actualidad, con los conceptos brindados por los estudios de género y todos aquellos que continúan surgiendo, estas

teorizaciones son puestas bajo la lupa, con la finalidad de repensarlas y adaptarlas a la realidad actual, sin desconocer ni desmerecer su importancia y vigencia.

Diversos son los conceptos psicoanalíticos que se ponen en debate ante el avance de los estudios de género. Construcciones teóricas elaboradas bajo el imperativo de una época comandada por la supremacía de lo masculino.

Cabe destacar que, como toda praxis, el psicoanálisis surgió en el marco de las ideas imperantes de una época, en su caso, la Viena de finales del siglo XIX.

En la actualidad, producto de lo incorporado por los estudios de género, surgen debates que ponen sobre la mesa la necesidad de revisar las condiciones discursivas de los inicios de la teoría, ya que las mismas hacen a los alcances de la práctica.

Y es justamente desde el psicoanálisis donde se sostiene la importancia de repensar los inicios, fundamentalmente las herencias discursivas, tanto en el marco de un tratamiento analítico, como en la teoría; ya que

ninguna práctica surge aislada de su contexto epocal.

Si pensamos que el psicoanálisis se gestó en una época cuya noción de familia, de hombre y mujer, de padre, madre e hijos distaba enormemente de la concepción actual, sabemos que la misma se encontraba cargada de significaciones sociales que respondían a la sociedad imperante de aquel momento y a la subjetividad que la atravesaba.

Esto significa que los lugares otorgados a cada miembro contaron con concepciones cargadas de prejuicios o simplemente designaciones adaptadas a la época y a la clase. Lo cual sin lugar a duda, impactó e impacta en la práctica.

Si bien en el pensamiento crítico fue esencial el psicoanálisis, esto no es excluyente de que justamente se le pueda aplicar lo crítico, el cuestionamiento del saber.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis, como el deseo, el inconsciente, lo reprimido, la pulsión, la asociación libre, constituyeron puntos de partida para el ejercicio de una práctica centrada en la subjetivación.

Ahora bien, así como no fue posible prescindir del psicoanálisis para el pensamiento crítico, tampoco debiera dejarse a un lado lo incorporado por los estudios de

género y el movimiento feminista. En pleno siglo XXI se observaron innumerables nociones que permitieron nuevos abordajes, que incluyen la noción de género y todo lo que de allí se ha desprendido.

En palabras de Meler (2020) el psicoanálisis es, aún hoy, el cuerpo teórico que mayor riqueza y profundidad ofrece para los análisis sobre el psiquismo y los vínculos intersubjetivos. Es por eso que se inauguró un diálogo complejo, muchas veces disonante y conflictivo, pero siempre fecundo, entre los estudios feministas y los estudios psicoanalíticos

El psicoanálisis con perspectiva de género considera necesario profundizar en la comprensión y en el ejercicio de un psicoanálisis contemporáneo, posheteronormativo y postpatriarcal, analizando las relaciones de poder entre los géneros y visibilizando las diferencias, considerándolas un punto de partida y no algo esencial e inmodificable, logrando modificar los hábitos de escucha.

Por otro lado, la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010), Nro. 26.657, en su artículo 2, define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya

preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

“Componentes históricos”

“componentes culturales”, “componentes biológicos y psicológicos”, me lleva a pensar que este concepto de salud mental no es ajeno a las cuestiones de género. Las mismas atraviesan a las personas desde que llegan a este mundo, y a lo largo de toda su vida, determinándolas en grandes aspectos.

La subordinación histórica del género femenino a la supremacía del masculino, así como los caracteres impartidos para una masculinidad y femineidad hegemónica, inciden en el psiquismo, y eso debe ser tenido en cuenta.

Los roles de género le confieren a las personas un lugar y una función en la sociedad. Ese lugar social, determina a su vez un posicionamiento psíquico, que condiciona la estructura psíquica de los/as sujetos. La rigidización de los estereotipos sexuales tiene consecuencias en la salud mental.

En el proceso de subjetivación confluyen prácticas y discursos sociales y culturales, así como estereotipos y relaciones desiguales de poder, que delimitan determinados

posicionamientos subjetivos, en los cuales se replica la subordinación de género

El mismo Freud (1932), al hablar del lugar de la mujer, refiere que debemos cuidarnos de pasar por alto la influencia de las normas sociales. Y de esta manera habilita a construir una teoría psicoanalítica que interpele su marco teórico en función de las representaciones sociales de época y lugar.

Pienso que el ejercicio de un psicoanálisis con enfoque de género permite hacer énfasis en cómo la respuesta que cada sujeto produjo a los mandatos de género, impacta en la constitución de la subjetividad.

Las experiencias de vida de una persona se encuentran condicionadas, de forma directa, por el género. Es decir, de acuerdo con este, la sociedad y la cultura imperante determina ciertos roles, y en base a ellos se expone a determinadas experiencias que pueden afectar su salud mental.

Las relaciones de poder, la desigualdad, la violencia de género, el disciplinamiento basado en estereotipos de género, entre otros, convocan a analizar y considerar las cuestiones psíquicas con el atravesamiento de la noción de género.

Las teorizaciones de los Estudios de Género invitan a que la clínica de hoy considere cómo las concepciones de los

géneros impactan directamente en el sentir, en el vivenciar y en el enfermar de las personas.

Tomar en cuenta a los padecimientos psíquicos desde una visión con perspectiva de género, implica deconstruir lo instalado y tomar a la salud no como algo estático y determinado, sino como un concepto que se encuentra atravesado por la historia, la cultura, lo biológico y lo psíquico.

Si bien un tratamiento psicoanalítico debe estar basado en el método y en el cumplimiento de determinados lineamientos como lo son la atención flotante, la abstinencia, la asociación libre y la instauración de la transferencia, no se debiera dejar a un lado al ser humano como un ser biopsicosocial y al atravesamiento de la cultura y la época. Esto basado en que la mejor forma de sostener la fidelidad a la teoría es la coherencia entre la práctica clínica y la realidad.

Al decir de Allegue y Carril (2000) no se debe dejar de considerar la multidimensionalidad del ser humano en tanto unidad biológica, cultural y psicológica. Tampoco debemos perder el punto de vista de que es parte de una cultura y al mismo tiempo, productor de la misma, que es objeto y sujeto. Y desde esta perspectiva, el entrecruzamiento de los Estudios de Género con la teoría

psicoanalítica, lejos de significar una simplificación reduccionista, agrega una nueva mirada que complejiza aún más, la comprensión de la subjetividad.

Considerar la noción de género permite posicionarse de una manera diferente frente a la escucha. Ante situaciones de violencia, la escucha con perspectiva de género brinda diferentes interpretaciones, abriendo diferentes caminos dentro del tratamiento analítico. Considerar al género como variable permite alojar y abordar desde otra perspectiva.

Se plantea el desafío, difícil pero necesario, de extender las herramientas teóricas y clínicas, con la finalidad de deconstruirlas y contar con formas más adecuadas para abordar, en el ejercicio profesional, los sufrimientos humanos de la actualidad.

Considerando que quienes ejercemos la práctica clínica contamos con el compromiso social y ético de que nuestros dispositivos reconozcan las inquietudes de la época. Y teniendo en cuenta que, si el psicoanálisis mantiene como premisa habilitar la palabra y alojar, en el caso por caso, la subjetividad y su condición deseante, no se encuentra ajeno a tales reflexiones.

La clínica de hoy plantea la necesidad de que el psicoanálisis se repiense a sí mismo, con

la finalidad de alcanzar una clínica que no revictimice, culpabilice ni silencie las expresiones deseantes.

Trabajar en desnaturalizar aquello que se presenta como dado, y continuar cuestionando y deconstruyendo los modos de subjetivación cultural, así como visibilizar las representaciones sociales hegemónicas, permite abrir nuevos caminos para el ejercicio de una práctica profesional con enfoque de género, posheteronormativa y no binaria.

En épocas de tanta hostilidad y negacionismo hacia la temática y problemática de género, se necesitan profesionales que tengan esta perspectiva en su mirada y en su accionar, permitiendo el alojamiento de estas subjetividades, como un disparo más a los mandatos de la sociedad.

La práctica de un psicoanálisis que incluya la perspectiva de género permite la apertura de caminos de mayor comprensión en la clínica.

Referencias

- Allegue, R y Carril E. (2000). El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico. En L. Souza, L. Guerrero, A. Muñiz. (comp.). Femenino –Masculino. Perspectivas Teórico Clínicas. Udelar.
- Freud, S. (1932/1986). 33 conferencia. La feminidad. Obras completas. Vol. XXII, pp. 104-125. Trabajo Original Publicado: 1932. Amorrortu editores.
- Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Diciembre 2 de 2010
- Meler, I. (2020). Psicoanálisis y Género: debates actuales y nuevas construcciones subjetivas. Revista interdisciplinaria de feminismos y género, 4 (1), e099.
- http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11593/pr.11593.pdf

Juego de palabras o palabras en juego

Lic. Marta Liliana Roca, Especialista en Psicología Clínica

¿Cómo puede ser que el lenguaje tenga su eficacia máxima cuando logra decir algo diciendo otra cosa?

Jaques Lacan (Seminario 3 p. 322)

Lo que se busca observar, entender, y si fuera posible interpretar en el trabajo clínico analítico proviene de las palabras, de los actos del paciente y del simbolismo que cada palabra o cada acto puede intentar comunicar.

En este mundo postmoderno que atravesamos, caracterizado por el individualismo, el pluralismo y el cuestionamiento de los valores tradicionales, el lenguaje no solo representa la realidad, sino que la crea, es una construcción social y lingüística y no una verdad objetiva.

Lacan sostiene que el lenguaje pertenece al orden simbólico, no solo permite la comunicación, sino que estructura al sujeto y funda su identidad en el inconsciente. Hablamos porque somos hablados. En este sentido anuda la función de la palabra al deseo, aquello que es imposible nombrar.

Si bien los pacientes que consultan son diferentes en cuanto a recursos intelectuales, laborales o sociales, todos ellos son portadores de una voz, de una historia, que da cuenta de una manera singular de padecer y de transmitir su padecimiento.

Es en esta forma "singular" de "decir" en la que me voy a detener, desgranando conceptos sobre lingüística desde la óptica de diferentes autores.

La clínica es el campo donde se produce la "autobiografía" de una persona y que está conformada por signos diferentes que posibilitan la existencia del habla.

Teniendo como herramienta el dispositivo analítico, en donde se destaca la escucha como instrumento fundamental, solicitamos al paciente asociaciones para que los significantes que componen su relato adquieran una dimensión de significado. De esta manera despojamos a esos significantes de cualquier otro elemento para posibilitar el ejercicio del lenguaje. Es un código con correspondencia entre imagen auditiva y concepto.

Por otra parte, el habla, a diferencia de la lengua que es un acto social, es un acto individual de voluntad e inteligencia. El sujeto que habla utiliza el código de la lengua para poder expresarse, pero aún si es privado del habla, conserva la lengua, que para Lacan representa la dimensión más singular del lenguaje, ligada al goce y a la afectividad del sujeto y que emerge en el decir no reglado.

La unidad de la lengua es el signo lingüístico, que está formado por el sentido o concepto y la imagen acústica ambos unidos por un vínculo de asociación. Los dos términos son psíquicos y lo que los une, no es una cosa ni un nombre, sino el concepto, la idea y la imagen acústica no es el sonido material sino su huella psíquica. Por lo tanto, el signo es una entidad psíquica formada por dos elementos unidos por una relación de reciprocidad. Saussure reemplaza el término "concepto" por el de significado y la imagen acústica por el de significante. El significante posee un carácter lineal, se presentan uno tras otro formando una cadena.

Luego de revisar los conceptos vertidos por Saussure y otros lingüistas, Lacan utiliza el término "lenguaje" en lugar de "lengua" para referirse al inconsciente. Mientras que la lengua remite a un sistema completo, homogéneo y delimitado, el lenguaje

constituye un hecho complejo heterogéneo y difícil de fijar, no es una categoría cerrada y excede la lengua.

Teniendo en cuenta ello, en 1971 Lacan configura el término "lalangue", que es un término que permite introducir la singularidad, aquí podemos asimilarlo al concepto de "habla" saussureano. Es lo que irrumpe por fuera de la norma.

El origen de lalangue se halla en el laleo del bebé, repetición de un sonido que es puro goce. Este laleo no comunica ni porta sentido, ni arma sistema, es la madre la que puntúa, modela ese "no decir" del bebé.

La intención de este artículo no es hacer una valoración de la lingüística, sino entender cuál es el valor de la palabra en el discurso del paciente y hallar los significantes que le permitan ir construyendo su historia, su biografía.

Para ello volvamos a Lacan, quien, basado en las teorías del lenguaje de Jakobson y Saussure, entre otros, pone énfasis en la estructura de los elementos lingüísticos del material que ofrecen los pacientes, esos elementos lingüísticos perdidos, distorsionados y transformados por la subjetividad del paciente como hablante, es el material con el que debe trabajar el analista para escribir una nueva historia. -

Esta escritura particular que van elaborando terapeuta y paciente es lo que lleva a la transformación psíquica y al reposicionamiento del sujeto en relación a su historia, más allá de la disolución de sus síntomas.

Si bien no podemos cambiar su pasado, lo que resulta modificable es la versión que el sujeto tenga de este. La historia es la versión acerca del pasado. En la clínica lo que hacemos es justamente eso, es la posibilidad de transformar esa versión y esta tarea no es sin la intervención de ambos elementos, terapeuta y paciente, los que van elaborando la trama desde el vínculo transferencial puesto que es la transferencia uno de los pilares fundamentales, porque designa la relación con el otro y es desde ese otro que se organiza el discurso.

Es por lo tanto la palabra, el instrumento esencial en que se centra la modificación subjetiva, que logra el reposicionamiento del sujeto haciendo su nueva historia, reduciendo su sintomatología y quebrando las repeticiones. Componer la historia, en consecuencia, es trabajar sobre la repetición para hacerla representable y evocable.

Desviándonos un poco del tema y sin perder el hilo conductor que nos guía, podríamos pensar que se entiende por “palabra”, desde el Diccionario de la Real

Academia Española diríamos “sonido o conjunto de sonidos que expresan una idea”; “representación gráfica de esos sonidos”; “facultad de hablar” pero también ha sido definido por algunos eruditos en el tema con los sinónimos de, “vocablo” y hasta de “herida”. Para nuestro quehacer el sinónimo que más nos alerta de la posibilidad de una transformación psíquica, a través de la palabra, es el de esperanza. Es decir, cuando la palabra se pone en acción hay siempre una esperanza de cambio.

Nos ayuda a transitar este sendero el pensamiento de un poeta como Borges quien nos señala en una de sus muy famosas poesías, que “el nombre es arquetipo de la cosa”, de lo que se desprendía que aquello que nombramos podría adquirir existencia.

En este orden de ideas, John Austin, aborda el sentido del lenguaje desde una óptica filosófica analítica. La filosofía del lenguaje es para Austin la filosofía de la acción. Analiza el comportamiento humano a partir de lo que el propio ser dice acerca de su comportamiento o en lo que en términos de acción representan los diferentes sentidos comunicativos de la expresión humana, que no solo tiene una dimensión pronunciativa, sino que implica consecuencias, lo que llama acción “performative”. El discurso es acción. Es por

eso que para Austin la verdad o falsedad de un enunciado no depende solamente del significado de las palabras sino del tipo de acto que está realizando con él.

Siguiendo este pensamiento la palabra puede poner en funcionamiento ciertas acciones.

Haciendo un parangón entre las ideas de Austin con respecto a los actos de la palabra (performatives) y la idea de Lacan en cuanto a la palabra fundante, se puede concluir que el analista deberá actuar de manera de deshacer los efectos inconscientes de los actos de la palabra que emplea el paciente a pesar de sí mismo, despejando así el camino para que pueda emplear la palabra plena. Palabra que transforma al hablante en el mismo acto de decir.

La palabra es el material de trabajo del psicoanálisis. Freud descubrió que los síntomas son simbólicos y que representan pensamientos y recuerdos reprimidos, lo que indica, que los síntomas están estructurados lingüísticamente, como el inconsciente. La clave, entonces, para encontrar su significado, se encuentra en el proceso de transferencia, durante el cual el paciente traduce poco a poco, los síntomas, los patrones de conducta, los rasgos de carácter, en la palabra dirigida al analista. El analista es el otro conjurado a existir por mediación de la palabra. Lo que conteste el analista, ya sea una

respuesta inesperada u oportuna, es lo inconsciente: el inconsciente es el discurso del Otro.

Ese otro real, no está ahí, el paciente instala un otro imaginario, al que dirige su discurso y que, a diferencia del otro real, se sorprende con sus palabras, pero a la vez es una figura parental imaginaria, un super yo universal y eficiente.

El diálogo analítico sólo es posible una vez instalada la transferencia.

El acto del habla en el análisis implica una respuesta siempre que el analista desempeñe la función de oyente. Una de las principales funciones es aclarar de quien se supone que viene una respuesta. El analista no solo debe fijarse en el sujeto del enunciado (el yo) sino además en el yo que expresa la oración, al sujeto de la declaración.

Así podemos decir que el analista, no sólo tiene la función de escuchar (como si estuviera escuchando dentro), sino también oír, cuando esto involucre al que escuche en lo dicho por el que habla.

Al respecto, Lacan reconoce al discurso como material de trabajo y que la función del analista es la de escuchar e intervenir. Es decir, cómo decir lo adecuado en el momento apropiado. Entre los factores fundamentales para que el analista sepa cómo intervenir se

encuentran lo que se cree que es el referente de la intervención y a quien va dirigida.

De esta manera, transferencia por medio, porque es por ella que el discurso existe, se va constituyendo un espacio donde, paciente y analista realizarán una autobiografía y digo paciente y analista ya que ambos, trabajaran sobre la base de un texto formado por una serie de significantes que son la materia prima del trabajo.

Además de ello, el análisis está sujeto a lo imprevisible, a la irrupción de lo Real, aquello excluido del circuito del pensamiento, de la imaginación, de la representación. Lo que irrumpe bruscamente en el discurso, un acto fallido, un olvido, un lapsus. Una verdad que se expone por esta vía, que se sale del libreto. Lo real, que guarda un trozo de historia subjetiva no historizada. -

La importancia del lenguaje no solo la observamos en la neurosis, Lacan sostiene que el psicótico es sujeto del lenguaje, si bien queda fuera del discurso. La palabra puede no generar sentido de la misma forma que en la neurosis y la voz puede manifestarse como un resto del lenguaje que no participa del efecto de significación.

Sostuve que el psicótico queda por fuera del discurso, puesto que no habla con un otro, ya que ese otro es siempre delirante, fantasmático.

La cadena significativa está rota, solo hay signo.

¿De qué habla el psicótico? Habla de él, de algo que le hablaron. No cuenta con herramientas para separarse del otro (nombre del padre) no puede separarse del lenguaje del otro, queda fuera de toda dialéctica porque no hay otro.

No quiero extenderme sobre una estructura tan apasionante como la psicosis, pero sí hacer notar que siguiendo los conceptos lacanianos hay un posible tratamiento de la psicosis siempre que la consideremos dentro del lenguaje, aun cuando podamos leer el delirio en el cuerpo.

De esta manera creo destacar, como ya muchos lo han reflejado, la importancia del lenguaje, de la palabra plena, llevada a análisis que permite modificar, reescribir la historia del sujeto y en otros aliviar, al menos su dolor.

Referencias

Austin, John. (1971) "Cómo hacer cosas con palabras" Ed. Paidós Buenos Aires.

Lacan, J. (1990) "Escritos 1"; "Seminario 3", México Siglo XXI (traducción de Tomás Segovia).

Forrester, J. (1995) "Seducciones del Psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida" Edit. Fondo de Cultura Económica México pág.

128/168.- “El lenguaje y los orígenes del psicoanálisis” en “Seducciones del Psicoanálisis”

Helman, J. (1967) “La clínica como escritura”
Revista de la Universidad Kennedy (Temas de Psicología clínica) N 2 1998

“La Palabra y el cambio psíquico” Revista
Campo Grupal N 50. Octubre 2003. Bs. As
Saussure, F “Curso de Lingüística General”
Editorial Losada, Buenos Aires.

El analista en la urgencia

Lic. Florencia Taltavull

No todos los pacientes llegan del mismo modo, ni buscando lo mismo a un consultorio psicológico, cada uno se moviliza por circunstancias subjetivas propias y en muchos casos durante el desarrollo del análisis emergen razones de las que el sujeto nada sabía, razones que en el mejor de los casos motorizan la continuidad del tratamiento. Partiendo de esta singularidad es que se puede pensar en aquello que, en algún modo, los iguala; la posibilidad de percibir las señales de que algo no anda bien, la consulta funciona como un movimiento anticipatorio que protege al sujeto, y lo advierte frente a la emergencia de la angustia.

Pero no es este mismo sentido el que opera con los pacientes de la urgencia. En estos casos no hay anticipación posible, la angustia se presenta arrasadora dejando al sujeto en un estado extremo de vulnerabilidad. Inés Sotelo refiere al respecto: “La urgencia en general se presenta como dolor, como sufrimiento insoportable, como ruptura aguda.” De alguna manera se puede afirmar que la urgencia pone en crisis toda la relación del sujeto con el

adentro y con el afuera. Dice Sotelo: “En cierto momento, que no siempre coincide con hechos extremadamente graves, se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría, se rompe el equilibrio que sostenía las relaciones con los otros, con el trabajo, con los lazos amorosos y familiares, con los pensamientos y hasta con el propio cuerpo.”

Este quiebre del equilibrio hace que en las guardias de los hospitales sea frecuente encontrar pacientes que llegan más cerca de la acción que de la palabra; conductas heteroagresivas, cortes, ingestas tóxicas, intentos de suicidio, escenas que han quedado por fuera de la palabra para el sujeto.

Es interesante pensar la función analítica en relación a la urgencia, considerando a la misma en dos dimensiones; por un lado la que refiere a la presentación en sí misma, la dimensión subjetiva de la urgencia, donde el psicoanálisis tendrá que maniobrar frente al sujeto arrojado al acto; y por el otro, la dimensión del tiempo, la urgencia temporal, el apremio por devolver al sujeto a un estado de normalidad, empuje que

en las instituciones viene dado por distintos actores sociales; la familia, la escuela, el juez, y en ocasiones el paciente mismo que nada quiere saber sobre lo que le pasa. En este aspecto el analista tendrá que ingeniárselas para introducir una pausa en medio de la prisa que rodea a estos casos.

Se despliega a continuación una breve viñeta clínica para seguir pensando a la salud mental al interior de las instituciones públicas y al psicoanálisis como práctica posible en su encuentro con la urgencia:

M tiene 17 años, ingresa por guardia del hospital traída por su padre, por conductas de riesgo e ideación suicida. El padre refiere que luego de una discusión con la madre, en horas de la madrugada, M sale corriendo de la casa en dirección a las vías del tren, la reacción repentina no permite que puedan detenerla, él sale corriendo detrás de ella y logra encontrarla varias horas después a 20 cuadras de su casa en estado de excitación psicomotriz. Los profesionales de guardia evalúan el riesgo inminente y proceden a su internación.

La paciente relata que hace un mes aproximadamente se muda a Benavidez con su familia y eso la afectó mucho, ella no quería mudarse. En ese contexto abandona la medicación y el tratamiento que realizaba por consultorios externos en el hospital.

Como antecedentes se destaca: tratamiento psicológico a los 12 años por conductas heteroagresivas; tratamiento psicológico entre los 12 y los 15 años por conductas autolíticas; y una primera internación cursada en el año 2024, a la que llega debido a presentarse acompañada por su padre a un centro de atención primaria de salud en la zona norte de Buenos Aires, en similares condiciones que en la internación en curso, durante la entrevista de admisión la profesional que la atiende advierte la presencia de pensamientos intrusivos e ideas de muerte; por lo que es derivada a la guardia del hospital con expresa indicación de acompañamiento permanente. Al llegar al mismo se la evalúa y se valida el criterio de internación.

De las sucesivas entrevistas llevadas a cabo con M se escucha la conflictiva vincular con la madre a la que considera violenta y agresiva, refiere que tanto ella como su hermano la maltratan permanentemente, y ubica al padre como el único con el que puede tener un poco de entendimiento. Con el correr de los días, luego de instaurado su plan farmacológico, y recibida atención psicológica diaria, la paciente rectifica las ideas de muerte, dice sentirse mejor y enlaza dicha mejoría con los efectos de la medicación y con la lectura de la biblia y de diferentes oraciones religiosas.

Piensa en la posibilidad de externación a partir de que su madre pueda encarar un tratamiento que la ayude a lidiar con su agresividad. Desde que manifiesta sentirse mejor habla recurrentemente sobre Dios, y refiere que le encuentra un propósito a la internación; ayudar a sus compañeros de sala, dice explícitamente: "predicar me hace bien, me genera satisfacción acercar a los otros la palabra de dios".

Durante la internación se trabaja con la paciente desde la historización; a los efectos de ir ubicando los momentos de ruptura, menciona que, a los 11 años, su madre es diagnosticada con síndrome de burnout, y en ese momento todo cambia; a partir de allí se deteriora el vínculo con ella y con su hermano, situación que luego se agrava con la llegada de la pandemia. M relata que con la medicación ha logrado recuperar su antigua personalidad, cuando se le pregunta a qué momento de su historia refiere y cuál es esa personalidad de la que habla, indica que se trata de su infancia, antes de los 11, dice: "cuando era chica era súper sociable, estaba alegre, feliz, me gustaba estar con otros".

Asimismo, durante las entrevistas, se piensa en cómo hacerle frente a posibles situaciones de conflicto que pudieran surgir luego de la externación, específicamente con su

madre, para evitar ponerse en riesgo como en veces anteriores donde terminaba huyendo de la casa hacia las vías del tren. La paciente expresa que encerrarse en su habitación y escuchar música o leer podrían funcionar como maniobras para desarticular las discusiones.

Luego de dos meses de internación el equipo tratante le otorga permiso de salida con exhaustivos controles diarios, hasta que finalmente es dada de alta. En la actualidad la paciente realiza tratamiento ambulatorio en el dispositivo de consultorios externos del hospital.

En primer lugar; teniendo en cuenta los antecedentes, es interesante pensar en cómo llega la paciente a su primera internación, ya que la misma tiene lugar en el contexto de una consulta de admisión en un centro de atención primaria de salud, esto da cuenta, de algún modo, del posicionamiento familiar respecto a la situación de M, una imposibilidad de leer el sufrimiento, la vulnerabilidad y la urgencia que se estaba manifestando. En este sentido, se destaca la función de la profesional que la atiende en la admisión, quien advierte el riesgo inminente y la deriva con nota al hospital para su atención inmediata. Es importante el rol de los psicólogos que operan en la primera línea de atención, teniendo en cuenta que en

muchos casos la urgencia no se homologa con la gravedad del caso. El analista que recibe la urgencia en las guardias o admisiones, apuesta a que se produzca con el relato del paciente un decir en el cual el sujeto este concernido, un decir que lo ligue al otro, siendo necesario localizar y enmarcar la angustia, así lo afirma Alejandra Rojas.

Asimismo, cabe señalar el trabajo llevado adelante por el equipo tratante en cada encuentro con los familiares, un trabajo progresivo que va desde un primer tiempo de contención frente al desconcierto y la angustia, hasta el acompañamiento en la subjetivación del diagnóstico. La tarea implica un proceso mediante el cual los familiares se interiorizan de los síntomas, van asimilando los comportamientos de la paciente de acuerdo a esos síntomas, e inician un camino de reformulación del vínculo. Los analistas saben que subjetivar el diagnóstico por parte de la red que contiene es clave para el futuro de la paciente fuera del hospital.

En lo que respecta a la tarea analítica propiamente dicha, de cara a la atención de la paciente no puede desconocerse la mirada en torno al diagnóstico. Teniendo en cuenta el recorrido clínico de la paciente, el diagnóstico se fue construyendo en virtud de los antecedentes. En un primer momento, durante

la primera internación, y teniendo en cuenta la edad de M no se arriba a una conclusión diagnóstica, se trabaja terapéuticamente en función de la escucha analítica. El segundo episodio, que da lugar a la segunda internación permite vislumbrar características propias de la psicosis, el equipo va detectando los fenómenos elementales de la estructura, en M específicamente, durante el tiempo de internación se pesquisó la presencia de pensamiento anticipado o mentismo, fenómenos de no sentido, y vacío del pensamiento. Jacques Alain Miller propone que el fenómeno elemental es a la psicosis lo que la formación del inconsciente es a la neurosis y como tal muestra la estructura de toda la enfermedad.

De alguna manera estas revelaciones que surgen a medida que la paciente va escribiendo su historia hospitalaria, dan cuenta de lo traumático estructural en M. Colette Soler enfatiza: “La estructura del trauma es una estructura de forclusión. Es decir, un real que no tiene su correspondiente en la memoria, en lo simbólico, en la inscripción”. Se puede pensar al analista en su quehacer frente a la urgencia, como aquel que mediante la escucha se vuelve testigo de la historia del paciente, casi como un sustituto de aquella función psíquica que a causa de lo

traumático no ha podido inscribir. Al respecto, dice Davoine Francoise al referirse a la función del analista en estos casos: “actuar como cera blanda, como plancha de grabado para las palabras salidas del lenguaje”, propiciando de esta forma una inscripción posible.

Para finalizar, como refiere Inés Sotelo; el trabajo de los analistas en las instituciones se abre paso en tiempos de lo que llama “la civilización del trauma”, tiempos de “la urgencia generalizada” o “Tiempos del Otro que no existe”. Es decir, estamos en los tiempos que muestran la consecuencia de la caída de los grandes relatos, de los ideales, y de las tradiciones que antes daban cobijo a los sujetos, estamos en la época postradicional, la época de los sujetos desorientados, sin brújula. Todo lo cual se manifiesta en una clínica muy precisa; hecha del trauma y de su correlato, la angustia; que bien podríamos llamar: una clínica del desamparo.

Referencias

Davoine, Francoise y Gaudillière, Jean Max. (1998) “El discurso analítico del Trauma”. Seminario en Buenos Aires, versión inédita.

Miller, J. (2005) “La invención del delirio” (El saber delirante), Paidós.

Rojas A. (2005) “Un trabajo de Urgencia”. Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto,

estrategias del analista. Sotelo Inés (comp.), Buenos Aires, JCE Ediciones.

Soler, Colette. “Conferencia sobre el Trauma”, “¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?”. Ed: Letra Viva.

Sotelo, I. (2007) “Clínica de la urgencia”, JCE Ediciones.

El tiempo lógico como respuesta

Lic. Leandro Espinosa

¿Qué puede hacer el psicoanálisis ante lo incierto de la época? Pensé muchos días sobre cómo abordar un tema tan amplio, con múltiples derivas posibles. Entre preguntas y comenzando desde distintas direcciones, caí en la cuenta de que escribir hoy —cuando constantemente uno es bombardeado por escritos de otros en las redes sociales las 24 horas del día— no iba a ser tan sencillo encontrar mi letra.

En psicoanálisis, siempre se trata de una posición ética; hacía falta un cambio de posición ante lo incierto que plantea una página en blanco. Recordando la cita que trae Lacan de Picasso en su Seminario de la Ética —“No busco, encuentro” (Lacan, 1998, p.149)— y evocando la figura del flâneur de Baudelaire, decidí salir a pasear y esperar. “El flâneur es el que consagra su vida al instante, a las cosas efímeras” (Castigliano, 2016, p.123), dice Federico Castigliano. Bueno, por ahí no se puede consagrar toda la vida, pero al menos un ratito, a ver qué pasa.

Algunos días después, sosteniendo la misma posición, vino a mi mente una idea:

“martes 19.30 hs. Mis sesiones de análisis”. La encontré justamente cuando dejé de buscar.

Hace varios años mis sesiones transcurren en ese día y horario. ¿Será que construir y sostener un encuadre es lo que el psicoanálisis puede hacer ante lo incierto de la época? ¿La batalla se da ahí? Automáticamente pienso: “sé que en ese día y horario tengo mi espacio”. ¿Lo sé? Ese primer pensamiento es desde mi lugar de analizante.

Volvamos a la ética y pensemos desde el lugar del analista. Freud (1912/1976), en sus escritos técnicos, subraya que el analista no puede garantizar resultados ni prometer la cura o el éxito de la terapia, porque lo que ocurre en el análisis depende del trabajo del inconsciente del paciente y del encuentro singular con el analista. Entonces, ¿por qué el efecto aparece ahí, en la idea de la próxima sesión? No se trata de eso. Eso engaña. Gustavo Cerati decía: “y lo más resbaladizo es creernos sin memoria”. Lo que sostiene lo incierto no es el futuro, sino lo que ya aconteció: se trata de “la sesión anterior”.

Lo dicho en ese encuentro, incluso lo que parecía pasajero o trivial, queda registrado en las palabras pronunciadas, en el vínculo que se construye en la transferencia y en la constancia del encuadre. Lacan señala que “cada vez que un hombre habla a otro de modo auténtico y pleno, hay en el sentido propio del término, transferencia, transferencia simbólica: algo sucede que cambia la naturaleza de los dos seres que están presentes” (Lacan, 1981, p. 114).

Carmen González Táboas enfatiza que “en el lugar del analista se juega, por la transferencia, el acceso al inconsciente donde se traman los embrujos” (González Táboas, 2025, p. 96), subrayando el rol del analista en facilitar el acceso al inconsciente del paciente.

Este material, trabajado por el inconsciente del paciente y sostenido por la escucha del analista, genera un efecto anticipado: crea un marco, una expectativa que no promete nada, pero que prepara el terreno para lo que puede suceder. No es la certeza de lo que vendrá lo que da sostén, sino la certeza de que algo ya ha tenido lugar, que algo se ha depositado en la relación analítica y puede ser retomado. Ese es el efecto que se manifiesta: un sostén construido sobre lo que ya se hizo, sobre lo que ya se dijo, y no sobre un futuro garantizado.

Un nudo que sostiene y, volviendo a pedirle prestadas algunas palabras a Cerati, podemos decir: “las luces de la costa son faros del pasado”. Ese anudamiento, que no promete la sesión por venir, sí permite que algo se sostenga.

Resuena el texto de Lacan (1945/2008) El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada, con el célebre sofisma de los tres prisioneros. Allí, Lacan muestra que la certeza no depende de un saber absoluto ni de una promesa cumplida, sino de la posición subjetiva frente a un vacío de garantías. El deseo de salir del analizante.

De manera muy resumida, el sofisma presenta al director de la cárcel que llama a tres prisioneros, que Lacan dice muy claramente que no hay prisionero que salga si no tiene el deseo desesperado de salir. Esos son los analizantes: un deseo de salir irrenunciable. El director tiene cinco discos (tres blancos y dos negros) y coloca a cada uno un disco en la espalda, que deben deducir el color que portan a partir de lo que ven en los otros. No pueden hablar entre ellos ni hacerse señas; solo pueden caminar y mirar los colores de los otros dos.

Deben presentar una solución lógica sobre el color de su disco para poder salir.

Lo decisivo no está en la información inmediata, sino en el modo en que cada uno se

sitúa en relación con el tiempo. Lacan formula tres momentos: el instante de la mirada, donde el sujeto percibe algo que lo confronta con un enigma; el tiempo para comprender, donde se despliega la reflexión, las conjeturas, la espera; y el momento de concluir, que implica un salto, un acto que no se deduce mecánicamente del saber previo, sino que compromete al sujeto en su decisión. De este modo, el sofisma enseña que la certeza no proviene de la acumulación de datos ni de la promesa de un desenlace, sino del movimiento lógico que lleva a concluir en ausencia de garantías. Hay, en el momento de concluir, un anticipo: una decisión que no se apoya en el futuro asegurado, sino que arriesga. No es extraño, entonces, que Lacan hable de un “aserto de certidumbre anticipada”. Se trata de un tiempo en el que el sujeto se autoriza a decidir, aunque lo real de la situación siga velado.

Si volvemos a la práctica analítica, este esquema ilumina la paradoja que nos ocupa: el sostén del análisis no está en la promesa de una próxima sesión asegurada ni en el encuentro con una verdad, sino con cómo cada uno encuentra su salida. Tal como en el sofisma, el analizante no cuenta con la garantía de que el futuro cumplirá lo pactado; lo que sostiene su posición es que ya se ha inscrito un tiempo de palabra. El encuadre opera como condición,

pero el efecto subjetivo se decide en otro lugar: en la apuesta que el sujeto hace con su palabra y su deseo, en la certidumbre que se genera de manera anticipada respecto a lo que está por venir.

¿Por qué traer este sofisma? Cito a Carmen González Táboas: “introducir la cuestión del tiempo lógico tiene la inmediata consecuencia de evitarnos los tiempos lineales que mienten la historia” (González Táboas, 2019, p. 29). ¿De qué tres prisioneros hablamos?

Carmen prosigue:

El discurso analítico sabe de los tres que deben comparecer en un análisis; los tres están en mí: uno: el que cree las ficciones simbólicas que sostiene la conciencia, dos: el aprisionado en los espejismos que introducen el malestar en la relación con los otros, tres: el que no sabe que atasca su vida en una repetición que compromete su sexualidad y destruye su vida amorosa. He ahí los tres prisioneros. El yo-parlante no sabe el color del disco que pesa sobre sus espaldas. Le habla al analista de los pequeños otros, tropieza en un malestar que insiste y se repite. Los celos, los pensamientos fijos, las anticipaciones nefastas, las adicciones, las compulsiones, los miedos. En realidad, quiere y no quiere saber nada. Diría que los tres prisioneros querrán salir... con la suya” (González Táboas, 2019, p. 31 y 32).

Estos elementos pueden pensarse como pequeños gritos del yo parlante, manifestaciones insistentes del goce que se repiten en la vida del sujeto. El análisis, a través de la función del analista —su deseo, el encuadre y la transferencia— crea un vacío donde esos gritos pueden depositarse. Como dice Lacan al evocar el cuadro del grito de Munch, “es el grito el que crea el abismo por donde se precipita el silencio” (Lacan, clase del 17 de marzo de 1965). El análisis permite la creación de ese abismo para poder hacer algo con eso que queda en silencio, corriendo al sujeto de un pasaje constante entre gritos y silencios, acomodados a los tiempos de la pulsión de muerte y la compulsión de repetición. Gracias a ese abismo sostenido por la función analítica, los pequeños gritos de lo incierto de la época, pueden ir cifrándose, anudándose a nuevas significaciones que permitan otros tiempos, los tiempos lógicos analíticos y no los tiempos de la época.

Para concluir, traigo un ejemplo clínico de una mujer de 30 años que consulta por su consumo incontrolable de cocaína. Aún está en entrevistas, esto quiere decir que aún no ha entrado en análisis.

Lo que se observa en estas entrevistas es que, al presentarse y hablar, tiende a “consumir” la sesión: no se detiene sobre

ningún tema, muchos de ellos importantes, las puntuaciones que se le hacen pasan de largo, como si nada pudiera interrumpir su monólogo de gritos. En casi todas las entrevistas nombra los mismos temas con mínimas diferencias en su discurso. Las sesiones, los temas, todo se consume y se repite. No hay lugar para un otro diferente.

A partir de estas entrevistas, lo que se intenta es generar un tejido. Entretejer elementos de las entrevistas anteriores con la actual. Cada vez que se le nombra que algo de lo que está contando ya había sido dicho, se busca que tome contacto con ese material de otra manera: “esto lo habías mencionado de otra manera la entrevista anterior”, “esto me hace acordar a lo que contabas la vez anterior”, “me acuerdo, le agregaste tal cosa hoy a lo que narrabas hace dos semanas”, etc. La función del analista acá es crear un sostén para ir agujereando ese discurso, de modo que lo que aparece inicialmente como un monólogo incesante y compulsivo comience a depositarse, a organizarse y a permitir que emerjan nuevas temporalidades. Así, aunque todavía no ha entrado en análisis y habrá que ver si lo logra, se empieza a generar un espacio donde los “pequeños gritos” de su incertidumbre pueden ser escuchados y anudarse a algo distinto de la compulsión de

repetición. Por ahora, parafraseando a Cerati, hay un hombre al agua. Veremos si llega a la costa donde lo esperan los faros del pasado.

Referencias

Castigliano, F. (2017). *Flâneur: The art of wandering the streets of Paris*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

Lacan, J. (1981). *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1988). *El seminario. Libro 7: La ética del psicoanálisis (1959-1960)*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964-1965). *Seminario 12: Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Traducción oficial no publicada.

Lacan, J. (2008). *Escritos 1*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (2013). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber), Trabajos sobre la técnica psicoanalítica y otras obras (1911-1913)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

González Táboas, C. (2019). *La cita fallida 3: En Argentina. De la mirada al inventario*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

González Táboas, C. (2025). *La cita fallida 4. El país del psicoanálisis. La erótica más ignorada*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

El Retorno de lo Real en el Vínculo: La Atemporalidad como Signo de la Forclusión

Lic. Débora Salvador

"El tiempo del sujeto es el de la incertidumbre a la que se lo obliga en su aserción. No hay tiempo para comprender sin el momento de la conclusión, en que se decide el acto. Y la conclusión solo se verifica como tal retroactivamente."

Lacan, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada.

Me contactan por un caso que, en primera instancia, es descrito como "sencillo". El paciente, un niño tranquilo y amoroso, tiene un diagnóstico presuntivo de retraso madurativo sin especificar.

En el primer encuentro, la madre manifiesta que, según las evaluaciones médicas, su hijo no presenta ningún defecto orgánico que justifique dicho diagnóstico.

Biológicamente, es un cuerpo sano. Ella recuerda que durante el primer año de vida el pediatra le aconsejaba poner a Fausto en el piso para que pudiera moverse y estimular sus músculos. Pero Belén rememora que no

toleraba que su hijo ensuciara su ropa o que sus movimientos quedaran fuera de su control, por lo que no seguía las indicaciones médicas.

Durante el embarazo y los primeros meses de vida de su hijo, Belén se fue a vivir a otra provincia debido al trabajo del padre de Fausto. Pasaba todo el día sola, sin familiares cercanos ni amigos. En medio de tanto cambio, Belén recuerda haberse aferrado a Fausto, como si fuera lo único que tenía en la vida. Lo tenía a upa todo el tiempo posible. Dejó de dormir con su marido para dormir en el cuarto con su hijo. Finalmente, Belén pone fin a la relación con su marido y se divorcian. Ella y Fausto regresan a su ciudad de origen. El niño tenía ya 18 meses de vida.

Desde entonces el padre de Fausto no sostuvo un vínculo fluido con su hijo. Fausto lo veía de manera esporádica, una vez cada dos meses, y los encuentros solían ser paseos cortos. Pese a los intentos de contacto por parte de nuestro espacio, el padre nunca se mostró dispuesto a conversar. La figura

paterna se desdibujaba en todos los sentidos. Carecía de voz y presencia.

Para el momento que me contactan Fausto tenía siete años. No había desarrollado lenguaje oral fluido ni escrito. El tratamiento que se había propuesto contaba con el siguiente encuadre: atención domiciliaria y frecuencia de tres veces por semana.

El cuerpo en el Umbral del Caos

En el primer encuentro Fausto se muestra dispuesto a vincularse. Su acercamiento físico era masivo. Quería abrazarme, sentarse en upa, darme besos. Abstenerse de actuar el goce de fusión del niño fue el primer paso claro para comenzar a convocar algo del orden de la ley.

Los movimientos de su cuerpo eran visiblemente fragmentados. De a ratos se perdía su mirada. Fausto no respondía a las indicaciones. Hacía lo que le surgía en ganas. Comenzó a sacar los juguetes de su baúl. Los agarraba de la misma manera que intentaba acercarse a mí: masivamente. Cada vez con mayor intensidad. Gritaba, tiraba las cosas al piso. Rompía algunas con las manos, otras con la boca. También había intentado morderme. No había palabras que pudieran poner borde a su estado. El escenario era abrumador. Del otro lado de la casa su madre empieza a gritar y

llorar: "¿por qué sos así Fausto? ¿por qué haces esto?"

Fausto parecía responder con más ira, y rompiendo más cosas. Algo invisible sucedía entre ellos. Mi figura quedaba completamente fuera de escena. Fausto y su madre me estaban contando en actos el síntoma vincular. El caos era absoluto y en todos los sentidos.

En un segundo encuentro con el niño le pido a la madre que no esté presente en la casa. Pactamos que ella estará atenta al teléfono en caso de que requiera su presencia. Y por cualquier imprevisto se encontraba Julia, la empleada doméstica que vivía algunos días de la semana con ellos.

Fausto me saluda, comenzamos a interactuar. Va de un lado al otro, comienza a reírse y hacer sonidos con su boca. Logramos sostener un rato de interacción escuchando música, canciones infantiles que parecían gustarle. Comienza a desorganizarse nuevamente. Me muestra cosas pero no se queda con nada. Deambula. Lo sigo por la casa. Al cabo de ir y venir con él, me doy cuenta que había perdido la noción del tiempo. No sabía cuánto tiempo había estado allí, no tenía dónde fijarme y noto que no había relojes en la casa. Defino que es momento de terminar el encuentro. Al salir a la calle la sensación de atemporalidad me persigue. El diagnóstico se

imprimía en las recientes vivencias. El vínculo mortífero de madre-hijo era un agujero negro, un momento detenido en el tiempo. Sin leyes lógicas y con primacía del caos. Entrar a esa casa era como estar en un sueño.

En una de las entrevistas con la madre, Belén me comenta que Fausto por las noches usaba chupete y jugaba a ser bebé. Anteriormente había comentado que dormía con ella, en la misma cama. El cuerpo del niño funcionaba como marioneta al servicio del goce del Otro.

Fausto solía atorarse con comida, hacerse pis, jugar con su propia materia fecal, golpearse y morderse a sí mismo.

La escena primaria no había sido inscripta, tal como lo describe Freud en 1895, al haber fallado la ligazón psíquica inicial, aquello traumático retorna desde lo Real y se revive de manera constante, manifestándose como la falla en la elaboración en dos tiempos.

Fausto y su madre permanecen en una inmediatez de afecto y acto. En un único tiempo. Amor y odio coexisten en el mismo instante. Fausto lo marcaba de manera clara cuando el abrazo y el cachetazo sucedían en el mismo segundo. La experiencia en este caso es una demostración clínica de la falla en el mecanismo de la represión y la primacía de la forclusión del Nombre del Padre, que impide la

elaboración en dos tiempos. Al no haber dos tiempos, no existe ninguno.

La inexistencia de leyes generan un ambiente ingrátido. Lo que sucede no tiene sentido simbólico. Acontece en lo Real, y es desde el “saber hacer con lo real” que se debe trabajar.

El desafío de no actuar tal agobio fue un aprendizaje fundamental para ello.

Al cabo de algunas sesiones Fausto comienza a venir al consultorio. Este cambio fue positivo.

Armar un espacio propio, por fuera de la casa con su madre. Lo traía la empleada. El trabajo era arduo y dedicado. El niño requería de atención y contención completa. La demanda energética era muy grande; se trabajaba con un bebé pero en un cuerpo de niño grande y con fuerza. Las sesiones trataban de ofrecer borde y sostén.

Comenzamos en simultáneo a trabajar con la madre para establecer algunas intervenciones.

Era importante ir poniendo fin a la etapa del chupete. Ambos debían trabajar en asumir que el cuerpo de Fausto había crecido y ya no era un bebé.

El Tiempo como Apuesta Ética

La noción de tiempo como ordenador simbólico debía atravesar el vínculo y sus

cuerpos. El tiempo es la dimensión que permite la inscripción de la Ley y la diferencia. Sin una estructura temporal, el sujeto queda atrapado en la inmediatez de lo Real. Sin diferentes momentos (sin corte de simbiosis, sin los lapsos que permite la espera) todo sucede en el mismo instante. No hay posibilidad de recordar ni elaborar. Todo sucede por única vez, no se enlaza a ningún otro significante, porque no hay significantes nombrados (no hay necesidad de nombrar aquello que no falta).

En psicoanálisis, la función ordenadora del tiempo se basa en la capacidad de generar articulación, espera y retroactividad (cadena de significantes). En la actualidad la inmediatez, el arrebató del fantaseo y de la espera, la exacerbación de un mundo visual por sobre el hablado o imaginado, nos enfrenta como analistas a un contexto donde lo Real apremia (se impone por sobre lo simbólico)

En el caso de Fausto, la apuesta a la estabilización operando desde lo Simbólico sobre lo Real, sin prometer una "cura", sino la invención de un modo de vida singular, se erige como un discurso capaz de afrontar la incerteza sin recurrir a la ilusión de control o la estandarización. Esta es la apuesta ética del psicoanálisis frente a lo incierto de las estructuras psicóticas, y me atrevo a pensar, frente al mundo de hoy. La desorganización

simbólica que se produce al fallar la represión revela la vulnerabilidad del sujeto ante la ausencia del significante fundamental. Nos permite visualizar, como un microcosmos clínico, la incertidumbre estructural que acecha a la subjetividad contemporánea. Desesperación, ansiedad, ira, intolerancia, desconexión de los sentimientos, falta de motivación, son algunas palabras que resuenan en los consultorios.

Restaurar la Dimensión Temporal

La lección de Fausto reside, precisamente, en la necesidad de sostener un lugar para la Ley y el tiempo, allí donde todo se desvanece. Ante la atemporalidad que anula la posibilidad de recordar y elaborar, el psicoanálisis ofrece la presencia inmutable del analista como borde, límite y testigo, capaz de sobrevivir al caos sin responder con acting.

Lo incierto de nuestra época, marcada por la inmediatez tecnológica y la caída de los significantes sociales, resuena en la atemporalidad que atrapa a Fausto. El psicoanálisis se postula como un discurso capaz de restaurar el tiempo al sujeto. Al poner fin a la inmediatez del goce fusional (el "tiempo cero" de la psicosis), el analista habilita la espera, la articulación y el doble tiempo de la retroactividad. El trabajo con Fausto es la apuesta a que, incluso ante la forclusión de la

Ley es posible devolver al sujeto algo de su propia historia, permitiéndole dejar de ser una marioneta del goce ajeno para, finalmente, ser el autor incierto y singular de su propio acto.

Referencias

Dolto, F. (1984). La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Paidós. (Obra original publicada en 1984)

Freud, S. (1986). Proyecto de psicología. En Obras completas: Vol. 1. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (1886-1899) (J. L. Etcheverry, Trad.; pp. 323-445). Amorrortu Editores. (Obra original redactada en 1895)

Lacan, J. (1987). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada: Un nuevo sofisma. En Escritos 1 (pp. 187-203). Siglo XXI Editores.

(Obra original publicada en 1945)

Lacan, J. (2007). El Seminario de Jacques

Lacan: Libro 3, Las Psicosis (1955-1956). Paidós.

(Obra original publicada en 1981)

De la interconsulta al discurso analítico

Lic. M. Lorena Maltese, Esp. en Psicología Clínica

La experiencia de transitar por un dispositivo de Interconsulta en un Hospital General de Agudos durante más de dos años y medio, los distintos casos y situaciones vividas con el equipo, funcionaron como disparador a la lectura y reflexión para pensar las dificultades con las que se encuentra el Psicoanálisis al modificar los elementos constitutivos del dispositivo analítico para conformar el dispositivo de interconsulta.

En el hospital, estamos acostumbrados a las intervenciones como psicoanalistas dentro de CE, en la Guardia, o en Internación de Salud Mental, sin embargo, la Interconsulta nos sitúa en un lugar distinto dentro del Hospital, al proponer un trabajo interdisciplinario, atravesado por un entrelazamiento de discursos. El cual, nos encuentra despojados del consultorio, del diván, del espacio de intimidad y silencio, para desarrollar una intervención en la sala de internación, en territorio médico, al cual ya desde el inicio, ingresamos como “externos”.

Ahora, ¿Qué es la interconsulta? Cuando hablamos de interconsulta dentro de un hospital general de agudos, hacemos referencia al pedido o consulta que realiza un equipo médico a una especialidad o subespecialidad dentro del mismo. La mayoría de las veces por la necesidad de definir un diagnóstico, por un diagnóstico diferencial, que puede concluir en una derivación a otra área, o, porque la terapéutica implementada no funciona.

¿Qué diferencia la interconsulta en salud mental de cualquier otra interconsulta a una especialidad dentro del hospital? Es lo primero de lo que tenemos que estar advertidos: que, para el médico, residente, enfermero/a etc., que realiza el pedido de interconsulta a salud mental, no hay diferencia. Y, por cierto, lo más importante, es que no tiene por qué haberla de parte del médico. Siguiendo a Gamsie (2009), será “nuestra escucha y lectura psicoanalítica de ese pedido” lo que la hará diferente y va a marcar, la respuesta e intervención ante el mismo.

Nos interrogamos así sobre la intervención del analista ahí, donde no se trata solo de quién es señalado inicialmente en la solicitud de IC como “paciente”, sino que la misma se realiza en función de todos los actores intervinientes; médicos, familiares, trabajadores sociales, enfermeros, etc., tomando en cuenta en cada caso ¿qué motiva el pedido?, ¿quién está angustiado?, o sea, ¿quién demanda?, ¿qué demanda? y ¿a quién demanda? Para luego poder pensar la intervención.

Además de tener en cuenta los actores intervinientes en función de poder ubicar quién será nuestro paciente o nuestros pacientes en cada interconsulta, no es menor tener en cuenta y hacer referencia al lugar donde la misma se desarrolla, muy distinto al silencio y soledad de nuestro consultorio. Desde este mismo lugar B. Uzorskis, en Clínica de la Subjetividad en territorio médico (2002) haciendo referencia al trabajo de interconsulta nos dice “nuestra inserción en los servicios médicos es compleja. Y en ese sentido es fundamental tener muy claro, que, por ahora, y no sabemos por cuánto tiempo, se trata de ingresar a un territorio que es médico”. Al ingresar a la sala, lo hacemos como externos, y debemos poder soportarlo, aquí se presenta una gran dificultad que puede operar como

resistencia del analista, si no estamos advertidos, puede que el horror de ingresar a la sala nos deje sin poder escuchar, ni intervenir.

Encontrarse con cuerpos sufrientes, olores, muchas veces sin sábanas que cubran heridas, lesiones, etc. Esto puede obturar nuestra escucha y nuestra mirada que puede quedar tomada por esa escena. Mirada, que, de estar advertidos, cumple función de escucha. entre ver una escena. Por lo tanto la interconsulta nos propone una escena diferente, podríamos pensar “la escena de la sala” médicos que van y vienen, enfermeras, pacientes que hablan, se quejan, lo cual desafía la perspectiva psicoanalítica, en términos de sostener la “escucha” y “leer” para “intervenir”. Ya Lacan nos advirtió en su Seminario 2, “Resistencia hay una sola, la resistencia del analista”.

Por lo tanto nos parece importante señalar el entrecruzamiento de discursos que se plantean en el espacio de interconsulta y la riqueza que tiene la mirada que pueda hacer el psicoanálisis si estamos advertidos que se trata de intervenir ahí, y no de debatir, discutir, mucho menos “explicar o enseñar” etc.

Neoburger (1995) tomando los cuatro discursos de Lacan en su Seminario 17, hace referencia al entrecruzamiento entre el discurso del médico, al cual le asigna el

discurso del Amo, y el discurso analítico. El médico para ejercer su función, procura servirse del discurso del Amo, tributario de la ciencia, donde para poder llevar adelante el acto médico, requiere de la elisión del sujeto, dejando por fuera su subjetividad, convirtiéndolo en un objeto de estudio. El cuerpo aquí es objetivable y mensurable.

Ante la proximidad de lo real de la angustia, este discurso sufre una fisura, un impasse, y es ahí cuando aparece la interconsulta con salud mental. En este sentido, no se diferencia de las demandas que llegan a consulta, “cuando algo no anda”, “no funciona”.

Es importante entonces escuchar al médico, paciente, familiares, enfermería e incluso, muchas veces otras especialidades que intervienen en el caso. Allí, nos encontraremos con distintas transferencias cruzadas que estarán en juego antes de intervenir, o, que puedan ir sumándose mientras llevamos adelante nuestra intervención.

El médico realiza el pedido en nombre de un paciente o de los familiares que muchas veces ni están al tanto de ese pedido. Insistimos, ante el mismo, nuestra primera pregunta será ¿quién demanda?, las respuestas pueden ser muchas, puede ser el paciente, ante el encuentro con lo traumático demande en

forma directa, o en forma indirecta, a través de su angustia, llanto, y sea el médico, quien lea y mediatiza esta demanda. Aquí, el discurso analítico, que tiene otra concepción del cuerpo, armazón significante, acude ahí para poder restituir a ese cuerpo su subjetividad. También puede suceder que la familia demande, O, muchas veces (más de las que creemos) la demanda es del médico o equipo médico, y lo que está en juego es la restauración de un saber, “reinstalar al médico en su función”, tal como lo expresa Gamsie. De este modo, somos llamados donde algo no funciona en los impasses del accionar médico, y aquí la intervención pretende que puedan interrogarse sobre su malestar, y de ese modo, restablecer al médico en su función.

Recibimos un pedido de Interconsulta de Sala Clínica de hombres, paciente de 62 años, a quién llamaremos Carlos, padecía una patología cardíaca y evaluaban entre realizar un trasplante de corazón, o una cirugía de válvula. Cirugía que se realizaría en otro hospital. El pedido no aclara mucho más que el diagnóstico y solicitar ic con psicología. Al hablar con el médico tratante, expresa que “quería controlar las tareas de los médicos” les exigía le digan exactamente a qué hora pasarían, refiere que hacía más de 3 meses que

estaba internado, y no sabían ya cómo hacer para que esté tranquilo y pueda estabilizarse.

Manifestaban que su impaciencia y poca tolerancia dificultaban su mejoría para que pueda así, continuar el tratamiento en forma ambulatoria hasta la cirugía, lo que prolongaba cada vez más la internación.

Al entrevistar a Carlos, relata que convivía con su mujer y su hijastro, ambos con discapacidad. En la casa él era quién marcaba los tiempos, las actividades, y se ocupaba de los turnos médicos y cuestiones escolares del hijastro, etc. Hacía referencia a que, si él no anotaba los horarios y turnos, nada salía bien.

En relación a los médicos, se expresa muy enojado, ya que él debía ocuparse de insistir para que lo atiendan, como ejemplo menciona que le decían “mañana tempranito pasamos”, y luego, siendo las 11 o 12 no había pasado. Relata que si él no se quejaba podrían llegar las 13 hrs y entonces ya no le podrían hacer estudios. Refiere que eso lo amargaba, y lo llegaba a poner muy nervioso, cuando ellos venían le decían “tiene que calmarse porque usted es una bomba de tiempo” lo que lo alteraba más aún, incluso llevándolo a desesperarse y pensar que prefería morir. Dice “cuando dicen bomba de tiempo, siento que los minutos marcan el tiempo, y como con las bombas, se trata solo de una cuestión de

tiempo para que mi corazón simplemente estalle, no puedo calmarme, es más contándotelo ahora, me pongo nervioso”.

En las entrevistas que sucedieron, se trabajó con Carlos, sobre cómo funciona la sala, como son los horarios y tiempos de los residentes, que son en definitiva quienes llevaban adelante los controles y están hasta las 17 hrs en el hospital. Todo esto colaboró en que él comprendiera que, aunque a las 13 se iba “su médico”, no significaba que no lo atenderían después. Así pudo poner en palabras sucede que no puedo ceder el control, esto me pasa en todos lados, pero acá encerrado me resulta más difícil.

Con los médicos tratantes, se trabajó poniendo en palabras e intentado se interroguen sobre su malestar, donde surgían cuestiones como las presiones por liberar la cama, la irritación por los constantes llamados y reclamos de Carlos, siendo que por ej estaban atendiendo una urgencia en otra habitación. Se brinda como indicación (sin explicación) “no utilizar nunca más la expresión bomba de tiempo, a punto de estallar” y además no hacer referencia a horarios concretos, sino a franjas horarias amplias al comentarle que pasarían. Estas cuestiones llevaron a que el diálogo pueda restituirse.

Semanas posteriores, al llevarse adelante el alta para continuar en forma ambulatoria hasta la cirugía, el paciente se interroga sobre su necesidad de control, lo cual asocia a su historia con su padre, y demanda continuar tratamiento por consultorios externos.

A modo de conclusión, pensamos el caso de Carlos, como un camino “de la interconsulta al discurso analítico”. Nos enseña sobre lo que puede aportar la escucha y lectura psicoanalítica cuando un psicoanalista interviene en la sala, en territorio médico.

Creemos que el trabajo con el equipo médico, permitió restituir el diálogo interrumpido, lo que facilitó puedan volver a tomar a su nombre el acto médico, y las decisiones que conlleva.

Nos parece importante mencionar, la preocupación que expresaban ante la ocupación prolongada de la cama, lo que, tratándose de un hospital general de agudos, no resulta una cuestión menor, sino, por el contrario, se repite mucho y atraviesa las transferencias, demandas y exigencias que reciben los médicos. “Liberar la cama”. A esto se sumaba, que al realizarse la cirugía en otro hospital, había pedido de IC en este otro hospital, quienes también realizaban

interrogantes y cuestionamientos al equipo médico, cuando estando por producirse el alta, se presentaba un empeoramiento repentino.

Empeoramiento que los médicos, llegaban a leer como “apropósito” y le decían, “tiene que tranquilizarse porque usted es una bomba de tiempo”, intentando así, según ellos, “ser claros” para que colabore.

En conclusión, en términos de Gamsie “Uno de los mayores desafíos actuales en la tarea de la interconsulta es como producir intervenciones que apunten a interrogar la relación responsable de cada cual en el ejercicio de aquello para lo que ha sido formado”.

Referencias

- Gamsie, S. (2009) La interconsulta una práctica del malestar. Bs As: Del Seminario Editores.
- Uzorskis, B. (2002) Clínica de la Subjetividad en territorio médico. Letra Viva Editores, Bs As..
- Lacan, J. (1954-1955) El Seminario, Libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Bs As: Editorial Paidós. 1988
- Neuburger, R. (1995) Formación del equipo de interconsulta psicoanalítica en el hospital en Psicoanálisis y el Hospital, Año 4 No. 7, Buenos Aires, E. del Seminario.

Dinámica familiar en el tratamiento con un niño

Lic. Susana Oger

El presente escrito relata la llegada de un niño de ocho años a un tratamiento y como la transferencia se instala en el dispositivo. La familia consulta, según relatan sus padres, por los miedos de Juan, el temor a la oscuridad, los trastornos del sueño y las reiteradas peleas con sus compañeros.

Tuve tres entrevistas con los padres, antes de ver al niño. Fueron en ellas donde dicen que no saben qué hacer con Juan, y que hace ya un tiempo los mandaron a llamar de la escuela porque el niño, pega, empuja, no acepta límites. Juan llega al consultorio, pide que sus padres lo acompañen, subimos los cuatro, empieza a hacer un reconocimiento del lugar, avanzando con los elementos que encontraba y preguntando que íbamos a hacer, a lo cual le pregunto, qué te interesa? , elige jugar con cartas circulares, le pregunto si quiere invitar a sus papás a lo cual responde que sí, y elige jugar con el padre.

A partir de ese momento se abre un juego donde se plasma el hacer trampa, el padre escondía las cartas, Juan lo descubría,

lloraba porque el padre le hacía trampa, la situación se tornó complicada.

A la sesión siguiente Juan sube solo, elige jugar a la pelota, patear penales, comenzamos a jugar, pero en un momento la agresión en el juego era notable, a lo cual yo le pregunto...si su intención era romper el consultorio, me mira sorprendido y comienza a relatar que está muy enojado, cuando le pregunto con quién, dice con mis padres.

A la sesión siguiente, cito a los padres, para ver la posibilidad de ir poniendo palabras a las acciones sucedidas en las sesiones anteriores.

Cuando nos preguntamos cómo se estructura psíquicamente un niño, tenemos que analizar los elementos o personajes que intervienen en su configuración psíquica, los avatares por los cuales transita un niño durante su infancia, las dificultades y sufrimiento por los cuales atraviesa la familia, resaltando la voz de ese niño que a nombre propio relata sus miedos, sus defensas, sus síntomas. Cada niño y cada familia que llega al consultorio son diferentes porque el padecimiento es singular.

Los motivos de consulta, pueden enunciarse de manera similar pero las dinámicas que llevan a la conformación de los síntomas o trastornos tienen el sello de lo particular.

Por esta razón es tan importante permitirles hablar, darles espera a las conclusiones definitivas, a las soluciones prefabricadas y a los protocolos de intervención.

El análisis es de diseño, es único para cada paciente.

Hay algo que creo sostiene mi deseo en el tratamiento con niños y es pensar que el análisis es también darles la posibilidad de crear una nueva mirada sobre ese niño. Sabemos que el desarrollo psíquico en un niño es una secuencia compleja donde interactúan procesos evolutivos, relacionados con la complejidad de la creciente organización del aparato psíquico.

A partir de ello, y si todo va bien, se va a ir constituyendo la neurosis en la infancia como un modo de “organizador” lógico.

La estructuración psíquica en la infancia está atravesada por múltiples avatares, no es un proceso lineal, sino que es un proceso complejo, toda organización psíquica es del orden de la complejidad, la infancia sería

también un tiempo de miedos, angustias y temores.

En la organización psíquica se encuentra implicada la historia familiar, los procesos psíquicos de los padres, el lugar que se le da al niño y lo que subjetiva al niño de esa historia familiar.

Durante este proceso y durante el tratamiento las dificultades pueden ser múltiples y el sufrimiento del niño y de sus padres no están ausentes, podríamos pensar que del lado del adulto se presenta una actualización de sus propios fantasmas y recorrido frente al lugar que tiene la infancia.

Muchas veces el niño se ubica a modo de sustitución y de metáfora en lo que hay de sintomático dentro de la estructura familiar, quedando muchas veces en lugar de resto.

Los niños, muchas veces, están tomados por diferentes miedos, figuras imaginarias, la oscuridad, el daño físico y el miedo a la muerte. A medida que aumentan las interacciones con el ambiente, esto puede expandirse y comenzar a quedar expuesto a objetos más temibles.

Los analistas, desplegamos el valor de la transferencia, podríamos tomarla como un indicador diagnóstico, pues a través de su relato, vamos a escuchar e intentaremos descubrir por qué el niño está allí, junto a un

despliegue de variables que nos servirán como indicadores.

Diagnosticar en psicoanálisis, no es rotular, no es estigmatizar, no busca darle una identidad al niño con un trastorno, el relato del niño es tomado para ir trabajando sobre las diferentes hipótesis diagnósticas, que nos orientarán a construir estrategias de trabajo.

Considero que la especificidad del psicoanálisis con niños reside en dos vectores: La inclusión de los padres en el análisis del niño y que las intervenciones con el niño puedan ser disparadoras de una transformación estructurante pero que también incluya la dinámica familiar

Hay un momento que el consultorio se llena de quejas “tiene dificultades en la escuela” “no quiere dormir solo” “se pelea con todos los compañeros”, va apareciendo desordenadamente una historia. Ubicarse como analista frente a los padres implica escuchar todo sus discursos sin establecer privilegios, sino remitiéndolos a sus propias vivencias, sentimientos e ideas. Consultar por un hijo implica generalmente una herida narcisista, herida que genera dolor. Aquel en donde se depositaron sus sueños, ¿tiene problemas? Como analistas maniobramos en transferencia la introducción en el espacio familiar orientado hacia la instauración de la

transferencia con los padres y con el niño, donde el niño pueda revivir a través del vínculo con el analista, emociones y formas de relación, principalmente a través del juego, el dibujo y la fantasía.

El juego terapéutico es el medio donde se manifiesta la transferencia, a través del mismo, el niño repite, simboliza y reelabora experiencias internas, dando lugar a el analista a observar su mundo interno.

La transferencia le va a permitir al niño la posibilidad de construir nuevas formas de relación, por lo tanto el trabajo transferencial posibilita el cambio psíquico y emocional en el niño.

Así transcurrieron las sesiones, donde Juan asistía todas las semanas, donde buscaba en el dispositivo un lugar, se expresaba a través del pizarrón magnético, cuestionaba a sus padres, pudiendo construir una historia, donde pudo simbolizar, traducir y resignificar situaciones.

El dispositivo con niños, es pensar un lugar donde se pueda alojar el padecimiento del niño pero también el de los padres. El psicoanálisis con niños implica crear un espacio donde la palabra circule en todas sus variantes, (como las cartas circulares), con dibujos, con juegos y también con silencios, el

trabajo con niños es sobre todo un trabajo de construcción.

Referencias

Freud, S. (2009) “Lecciones Introductorias al Psicoanálisis”, Obras completas, Tomo 17 Amorrortu.

Messing, C. (2020) “Terapia Vincular-Familiar”, Novedad, Buenos Aires.

Flesler, A. (2016) El niño en análisis y las intervenciones del analista. Paidós, Ciudad de Buenos Aires.

Reír también es trabajar: el humor como estrategia de bienestar y salud organizacional

Lic. Andrea Negri

Resumen

Este artículo explora el papel del humor como herramienta psicológica en la promoción del bienestar y la salud en las organizaciones contemporáneas. Desde la perspectiva de la Psicología Positiva, se propone al sentido del humor como una fortaleza de carácter y un recurso de afrontamiento ante el estrés, demostrando sus beneficios psicofísicos, como favorecer la cohesión de equipos, potenciar la creatividad y aumentar la satisfacción laboral. Además, se abordan las implicancias del humor positivo en el liderazgo y en la construcción de climas organizacionales saludables.

Introducción

El bienestar en el trabajo se ha consolidado como una prioridad estratégica para las organizaciones que buscan sostener su productividad y la salud psicológica de sus colaboradores. En este contexto, el humor emerge como una herramienta de intervención que trasciende la mera diversión, representando un factor protector ante el estrés

y un promotor de vínculos saludables. Este trabajo se propone revisar los principales aportes teóricos sobre el humor desde una perspectiva psicológica y analizar su aplicación en el ámbito organizacional.

Definición de humor y sentido del humor: aportes teóricos y diferencias conceptuales

El humor es un fenómeno humano complejo que no puede explicarse con un solo concepto. Se trata de un constructo en el que intervienen aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. El aspecto cognitivo se relaciona con la capacidad de apreciar o generar humor; el emocional, con las sensaciones de alegría, diversión y bienestar; y el conductual, con manifestaciones como la risa, la sonrisa y los cambios posturales.

Si bien la mayoría de las personas lo asocia al chiste, la risa o la comicidad, el humor es un fenómeno mucho más amplio. Como menciona Carbelo Baquero (2005), va más allá de la risa o la sonrisa, aunque generalmente son el baremo con el que se lo mide. El humor es una percepción relacionada con un hecho

puntual o un estímulo específico que provoca risa o sonrisa, mientras que el sentido del humor se vincula con la capacidad de la persona para crear situaciones humorísticas y constituye una característica de la personalidad. En este sentido, el humor puede entenderse como un equilibrio entre lo que ocurre y cómo lo interpreta la persona, mientras que el sentido del humor representa un conjunto de estrategias psicoemocionales que favorecen la adaptación, el optimismo, la empatía y la resiliencia.

El humor es un elemento de lo cómico, como también lo son el ingenio, la ironía, el sarcasmo, la sátira y el ridículo, pero se diferencia de ellos al denotar un estilo afectivo y cognitivo sonriente hacia la vida y sus adversidades (Ruch, 1997).

El humor como estrategia de afrontamiento

La investigación contemporánea en psicología establece que el humor debe entenderse como un fenómeno inherentemente multidimensional. Autores como Rod Martin (2007) y Willibald Ruch (1998) han sido fundamentales en el estudio del humor desde diferentes enfoques. Martin (2007) destaca el humor como una estrategia de afrontamiento y desarrolló el Humor Styles Questionnaire (HSQ, 2003), que permite medir el uso espontáneo del humor en la vida cotidiana,

especialmente en la interacción social y en el manejo del estrés. Esta herramienta distingue cuatro estilos de humor: afiliativo, autoestimulante, agresivo y autoderrotista.

El humor afiliativo o social se asocia con el uso del humor para facilitar las relaciones interpersonales, promover la cohesión y reducir tensiones. El humor autoestimulante se relaciona con el afrontamiento saludable del estrés y con una visión optimista de la vida.

Ambos tipos se vinculan positivamente con el bienestar subjetivo y la reducción del estrés, a estos dos estilos Martin (2007) lo denomina humor saludable. En cambio, el humor agresivo, basado en la ridiculización o humillación de otros, y el humor autoderrotista, caracterizado por la autodescalificación para agradar o ser aceptado, se relacionan con malestar psicológico y baja autoestima, ambos estilos no saludables de humor.

El humor como fortaleza de carácter

Impulsada por Martin Seligman (2002), la Psicología Positiva propone el estudio científico de las fortalezas humanas. Esta corriente teórica adopta una mirada salugénica que se suma al modelo tradicional patogénico, promoviendo los recursos internos que fortalecen la salud mental y emocional. En este marco, el sentido del humor se considera una

de las 24 fortalezas universales del ser humano (Peterson & Seligman, 2004), asociada con la capacidad de generar emociones positivas, afrontar las adversidades con optimismo y favorecer el bienestar subjetivo.

Psicología Organizacional Positiva (POP) y bienestar en el trabajo

La POP (Salanova, 2019; Vázquez & Hervás, 2009) extiende estos principios al ámbito laboral, reconociendo que la salud psicológica del trabajador es un fin en sí mismo. El concepto de “organización saludable” alude a instituciones que promueven activamente la colaboración, la autonomía y la satisfacción. Dentro de este modelo, el humor positivo o saludable se integra como una práctica que facilita la comunicación, la confianza y el sentido de pertenencia.

Liderazgo positivo

Los estudios sobre liderazgo positivo destacan competencias vinculadas con la comunicación efectiva, la toma de decisiones, la influencia y la construcción de relaciones interpersonales saludables. Los líderes que utilizan el humor saludable tienden a generar mayor compromiso, cohesión y motivación en sus equipos. Son más efectivos a la hora de negociar y gestionar el conflicto. Según estudios de Ipsos (citado en De la Calle, 2020),

los colaboradores que perciben a sus líderes con sentido del humor presentan un 90% más de intención de permanencia en la organización. Además, existe una correlación entre la percepción de un líder con sentido del humor y la satisfacción laboral. Un líder con sentido del humor favorece un clima de confianza, facilita la comunicación empática y estimula la creatividad colectiva, características esenciales en las organizaciones ágiles y colaborativas del siglo XXI.

Conclusiones

Incorporar el humor y la risa en la cultura organizacional no implica trivializar el trabajo, sino reconocer su potencial transformador en la salud emocional y social de los equipos.

Las organizaciones que integran el humor saludable como parte de su cultura promueven entornos más humanos, resilientes y productivos. Desde la Psicología Positiva, el humor representa una fortaleza que favorece la autorregulación emocional, el optimismo y el bienestar subjetivo. En definitiva, reír también es trabajar: es cuidar la salud psicológica colectiva y fortalecer los lazos humanos que sostienen a las organizaciones.

Referencias

- Carbelo Baquero, B. (2005). Humor y salud: la risa como herramienta terapéutica. Fundación Salud y Humor Social.
- De la Calle, M. (2020). Liderazgo con sentido del humor. Editorial Kolima.
- García Larrauri, R. (2008). El humor positivo: recurso para la salud y la convivencia. Ediciones SM.
- Martin, R. (2007). The Psychology of Humor: An Integrative Approach. Elsevier Academic Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification. Oxford University Press.
- Ruch, W. (1998, 2007). The sense of Humor: Explorations of a Personality Characteristic. Mouton de Gruyter.
- Salanova, M. (2019). Psicología Organizacional Positiva: El bienestar en el trabajo. Editorial Síntesis.
- Seligman, M. E. P. (2002). La auténtica felicidad. Vergara.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). La ciencia del bienestar: Fundamentos de la Psicología Positiva. Alianza Editorial