



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL
PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 6 Nº 21 Agosto de 2010
DISTRIBUCION GRATUITA

**Historia Clínica:
Traumatizar el goce**

**Del cuerpo en las
Psicosomáticas**

**A influência da deficiência
na subjetividade da
relação entre irmãos**

**Más allá de la clínica
protocolar en la
toxicomanía**

**El erotismo en el envejecer
Amor, Deseo, Goce, Pulsión**



**V CONGRESO ARGENTINO
DE SALUD MENTAL**





PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: *JUAN CARLOS FANTIN*

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: *GUSTAVO PABLO ROSSI*

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS FANTIN*

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS*

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y

PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: *ALBERTO TRIMBOLI*

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ALBERTO MENDES*

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: *HÉCTOR FISCHER*

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: *SILVIA KLEIBAN*

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ANA INÉS MARQUIS*

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *RAFAEL GROISMAN*

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y

SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: *HÉCTOR CASAL*

DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD

MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS

PRESIDENTE: *GUSTAVO F. BERTRAN*

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA

DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: *BEATRIZ KENNEL*

GESTIÓN, EPIDEMOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN

EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *H. HUGO BARRIONUEVO*

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *GABRIEL SCIANCA*

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *M. M. BACCARO*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PATRICIA CABRERA*

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: *GABRIELA PISANO*

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *ALBERTO COSTORE*

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: *SUSANA E. QUIROGA*

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVANA NADDEO*

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO BERRETONI*

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *BEATRIZ SCHLIEPER*

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO FRIDMAN*

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: *YANNY JARITONSKY*

PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: *INÉS BOUSO*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: *BEATRIZ GARDEY*

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: *DIEGO FEDER*

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA

PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: *CLAUDIA RODRIGUEZ*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVIA VOULLAT*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: *LILIANA MONETA*

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: *NOIDA GALLAGHER*

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: *RENÉ UGARTE*

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: *NORBERTO PISONI*

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: *DIANA ALTAVILLA*

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: *MÁXIMO RAVENNA*

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: *GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

VIOLENCIA

PRESIDENTE: *SUSANA PONTIGGIA*

AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: *Eduardo Grande*

VICEPRESIDENTE: *Pablo Fridman*

SECRETARIO GENERAL: *Alberto Trimboli*

SECRETARIO CIENTÍFICO: *Juan Carlos Fantin*

SECRETARIO DE ACTAS: *Silvia Raggi*

SECRETARIO DE ÉTICA: *Ricardo Soriano*

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: *Gustavo Bertrán*

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: *Liliana Moneta*

SECRETARIO DE PRENSA: *Ruben Gallardo*

SECRETARIO DE PUBLICACIONES: *Carlos Marachlian*

SECRETARIO DE CULTURA: *Dario Galante*

SECRETARIO DE BIBLIOTECA: *Ariel Falcoff*

TESORERO: *Nestor Saborido*

VOCALES TITULARES: *Susana Calero, Irma Dominguez, Beatriz Kennel*

SUPLENTES: *Fabio Celnikier, Beatriz Schlieper*

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: *Irma Zurita*

VOCAL TITULAR: *Rosa Daniell*

VOCAL SUPLENTE: *René Ugarte*

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Samuel Basz, Pedro Boschan, Juan Carrega, Jorge Chamorro, Carlos Coquet, Horacio Etchegoyen, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Andrea Lopez Mato, Gabriel Lombardi, Miguel Marquez, Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon, Sara Slapak, Ricardo Soriano, Jaime Yospe, Héctor Fischer

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, García M° Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaun Adriana, Oliveira Patricia B., Pontiggia Susana, Rodriguez O Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B., Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge

DELEGACION MENDOZA

PRESIDENTA: *Miriam Aparicio*

VICEPRESIDENTA: *Nancy Caballero*

SECRETARIA: *Jimena Aguirre*

DELEGACION METROPOLITANA NORTE

PRESIDENTE: *Ignacio Penecino*

VICEPRESIDENTE: *Raul Solari*

SECRETARIO CIENTÍFICO: *Lucas Leserre*

TESORERO: *Jorge Faraoni*

VOCALES: *Juan Costa, Ramiro Gomez Quarello,*

Valeria Cavalieri, Lorena Ausili

Delfina Lima Quintana

COORDINACION AREA ADMINISTRATIVA

Jorgelina Catenacci

CONTENIDO	
5	<i>Rosana Andrea Rancaño</i> Historia Clínica: Traumatizar el goce
9	<i>Alicia Donghi</i> Del cuerpo en las Psicósomáticas
18	<i>Miguel C. M. Chacon</i> A influência da deficiência na subjetividade da relação entre irmãos
22	<i>Adriano Martendal</i> Más allá de la clínica protocolar en la toxicomanía
27	<i>María Capponi</i> <i>Silvia Luchessi de Olaso</i> EL EROTISMO EN EL ENVEJECER Amor, Deseo, Goce, Pulsión



Imagen de Tapa
"Saturno devorando a
sus hijos" (1821)
Francisco José de Goya
El Prado - Madrid

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Darío Galante

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño**
carlos de pasquale
4697-4934

VI Congreso Argentino de Salud Mental



AASM2011

SEXO Y PODER

Clínica, Cultura y Sociedad

Buenos Aires, Argentina 2011

INFORMES E INSCRIPCION

AASM. Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4952-1923 / www.aasm.org.ar
administracion@aasm.org.ar

ADHESION

ELEA
NEUROCIENCIAS
Un paso adelante

Kemoter
Quetiapina
El camino a la armonía

Historia Clínica: Traumatizar el goce

Rosana Andrea Rancaño

La idea de este recorrido es plantear algunos interrogantes acerca del trabajo actual de un analista en una institución pública.

I.

Mario tiene 19 años y vivió los últimos tres en una comunidad terapéutica por consumo de marihuana, alcohol y pasta base; de allí lo mandan a tratamiento psicológico por “el control de sus impulsos”: cuando ve a una chica en la comunidad, la quiere “manosear”, dice que es porque estuvo viviendo desde los 12 años en la calle; se “juntaba con travestis y unos primos; todos se drogaban”, y eran más grandes que él. Dice que era porque sus padres tenían relaciones delante de él; luego de separarse por la violencia de su padre, su mamá con su padrastro también; él le decía a su mamá que los veía porque compartían la habitación, pero “seguían igual”.

a: Vos los veías a ellos, ¿sentirías que ellos no te veían a vos?

Desde su internación está medicado con 800 mg de logical y 20 mg de olanzapina diarios; le dijeron que lo va a tener que tomar “de por vida”, aunque el psiquiatra a quien lo derivó ha comenzado a reducirla y considera que podría dejarla.

Hace un mes que está viviendo en la casa de su mamá.

Luego de la primera sesión dice que está mal porque “no puede controlar sus impulsos”, que sigue excitado; soñó “con su anterior junta”, “no quiere volver a caer”...

a: ¿Qué soñaste?

M: Nada... soñé que tenía relaciones, me desperté excitado, y me masturbaba...

Comienzo a indagar: dice que soñó con lo que *hacía* antes; soñó que tenía relaciones con un travesti con el que tenía relaciones antes.

A medida que le pregunto, empieza a contar...* “T...un travesti...más grande que él... -tenía más de 25 cuando él tenía 12-...lo llevaba a su casa...se drogaba con él...le hablaba...le daba consejos...cuando tenían relaciones estaba vestido de mujer...No quiero volver a eso”.

a: Bueno, parece que “T” era algo más que un travesti: era un amigo, un hombre, una mujer, una pareja hombre-mujer que no te ignoraba, una persona mayor con la que podías hablar, alguien que te daba lugar en una casa... ¿Querrás dejar de soñar con todo eso?

En las sesiones siguientes insiste en que sigue mal por sus impulsos; le angustia lo que sueña porque no quiere volver a su “junta” anterior; refiere sueños de excitación sexual de los cuales se despierta y se masturba, en los que tiene relaciones con un hombre, una mujer, con alguien de su edad, gente que no conoce...

a: ¿Qué tendría de malo que quieras tener *relaciones* con otros? ¿Tus relaciones son sólo sexuales? ¿Los demás sólo se relacionaban con vos de esa manera? ¿No compartías otras cosas? ¿No te hablaban?

M: (silencio...)

a: ¿?

M: Me quedé pensando... Nunca tuve una *relación hablada*...

A partir de esta sesión pasó de la *excitación* a los *recuerdos* de su vida.

*Los puntos suspensivos (...) corresponden a silencios en su discurso, en los cuales yo introducía preguntas que M iba contestando.

Psicóloga UBA. Psicoanalista.
Postgraduada en Medicina Social Comunitaria. Univ. Maimónides. Maestranda en Psicoanálisis UJFK. Docente UJFK/UBA. Coordinadora de Adolescencia de la Dirección de Salud Mental de la Municipalidad de Lanús. Ex concurrente Htal. Tobar García. Ex integ. Consultoría Psicología Institucional y del Trabajo Fac.Psic.UBA. Miembro AASM Cap. Psicoanálisis y Salud Mental.
rosanarancanio@yahoo.com.ar

II.

¿Qué es lo que hace “sujeto” a un sujeto?

Partiendo de su indefensión inicial, ¿es posible pensar la supervivencia del ser humano sin algún punto de sujeción al Otro que lo sujete en sí? ¿Es posible pensarla sin algún punto de separación? ¿Son del mismo orden?

¿Cómo ubicar este lazo y esta supervivencia en los extremos de la subjetividad, en cuanto a la “abstinencia” del Otro, que la clínica del autismo y la toxicomanía nos presenta?

¿En qué consistiría aun allí el trabajo del analista? En *Psicología de las masas*¹, Freud (1921) nos plantea que la oposición entre los *actos anímicos sociales* que abarcan las relaciones del individuo y los *actos anímicos narcisistas* -o “autísticos”- de satisfacción, “caen dentro de los dominios de la psicología individual” y que “en la vida anímica individual aparece integrado *siempre, efectivamente*², ‘el otro’ como modelo, objeto auxiliar o adversario y, de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, ‘psicología social’”.

Desde esta perspectiva me interrogo por estos actos y los destinos actuales de los componentes de la pulsión³: el montante de afecto y la carga psíquica o idea asociada -situaré por mi parte aquí al significante-, y por las intervenciones posibles de un analista al respecto.

¿En qué podría consistir nuestro trabajo?

Recordando que Freud define a la pulsión “como una magnitud de la exigencia de *trabajo* impuesta a lo anímico”⁴, quisiera además destacar la importancia que le otorga al *trabajo* en la ligazón del sujeto.

En *El malestar de la cultura*⁵ nos señala que “Es imposible considerar adecuadamente en una exposición concisa la importancia del trabajo en la economía libidinal. Ninguna otra técnica de orientación vital liga al individuo tan fuertemente a la realidad como la acentuación del trabajo, que por lo menos lo incorpora *sólidamente* a la comunidad humana” y le posibilita desplazar “una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aun eróticos de la libido”, permitiéndole una “particular satisfacción” mediante la sublimación.

Surge pues la pregunta, en torno a la correlación del trabajo y de su falta, no sólo en la economía social sino en la economía libidinal del hombre, y hasta qué punto no son solidarias.

Freud (1920)⁶, en su análisis acerca de la falta de acuerdo sobre la existencia de la muerte natural en las investigaciones de la biología, destaca que

la muerte estaría relacionada con el “*insuficiente alejamiento de los productos del propio metabolismo*”; la vida, en cambio, con los detritos -desechos- de una especie análoga pero lejana, que pueden servir de alimento. Un organismo abandonado a sí mismo, muere; la no-separación del resto de sí llevaría a la muerte.

¿Cómo se producirán en nuestra contemporaneidad, y bajo qué forma, las condiciones del trabajo de esta separación necesaria para la vida?

En *La metamorfosis de la ciencia*⁷, Jorge Áleman refiere que no es la crisis del capitalismo lo que plantea la época actual, sino que el capitalismo *es* la crisis de todas las estructuras por el rechazo de lo imposible propio de la castración; lo que estaría en crisis son las instituciones que lo administran, que no saben qué hacer con el excedente que siempre sobrevive, destruyendo el aparato productivo, y se expande en forma ingobernable.

Podríamos decir, entonces, que Freud y Áleman coinciden: el no-distanciamiento del excedente lleva a la muerte del organismo, del aparato productivo, del aparato de goce -el lenguaje-; siguiendo a Screeber, al *almicidio* del sujeto.

La paradoja es que ese excedente puede ser tanto un detrito que intoxica o, por el contrario, el alimento que se necesita para sobrevivir; lo que importa es el intercambio. ¿Qué es lo que lo regula? En *Función y campo de la palabra*⁸, Lacan (1966) nos recuerda que, aun en el extremo de su desgaste, la palabra conserva su valor de *tesera* -moneda de cambio-. ¿Por qué conservará ese valor?

En el Seminario XI, Lacan (1966)⁹ nos señala que lo que sujeta a un sujeto, es “un significante sin-sentido, irreductible, traumático”, esencial para el advenimiento de un sujeto.

Años más tarde, en el Seminario XX (Lacan 1972-1973)¹⁰, nos referirá la arbitrariedad del signo planteada por Saussure, no a la falta de relación entre el significado y el significante, sino a que no hay ninguna relación entre el significante y lo real; eso es lo arbitrario, y en este sentido no hay relación sexual.

Entonces, no es el sentido o el sin-sentido lo que traumatiza al hombre, sino el significante, por eso el trauma es el trauma de la lengua; el significante es tanto el único aparato de goce como aquello que hace alto en él. Si el significante no traumatiza al hombre, es muy probable que la pulsión de muerte, muda, se haga oír.

En una izquierda lacaniana¹¹, Jorge Áleman plantea que “el secreto del capitalismo reside en la economía política del goce”, por la cual se despoja a las multitudes de los recursos simbólicos que permiten establecer e inventar en cada uno el recorri-

do simbólico propicio para el circuito pulsional del plus de gozar. Nos define a la *miseria* en el sentido de estar “a solas con el goce de la pulsión de muerte, en el eclipse absoluto de lo simbólico”.

Desde la clínica me pregunto aquí si el “fin de la historia” planteado por el discurso capitalista - que no es un discurso porque no tiene revés- no se corresponde entonces con la presentación en torno a la *debilidad mental*, de un sujeto que *flota* entre los discursos y *prefiere no saber*¹² sobre la castración, pues el capitalismo le ha hecho creer que en tanto pueda comprarse, no le faltará nada o podrá ser privado de todo.

Si en el discurso no hay caída del objeto, no hay hiancia, los significantes no discurren y hay detención del discurso; en ese sentido mi planteo de la *debilidad mental*.

Áleman plantea asumir que el lenguaje siempre va hacia lo universal y que, a su vez, este universal debe ser mantenido radicalmente tachado como exigencia lógica; se trata de sostener no dar por eterno el principio de dominación capitalista. ¿En qué consistiría en nuestra contemporaneidad el trabajo del analista?

¿Tendrá que *modernizarse* el psicoanálisis? ¿Cuál es su tarea actual en la *obra psíquica*?

En la *Carta 52*, Freud (1896)¹³ nos plantea que el aparato psíquico se ha originado por un proceso de estratificación; “las sucesivas transcripciones representan la obra psíquica de sucesivas épocas de la vida [...]”.

La tarea del analista es hacer surgir lo que ha sido olvidado a partir de las huellas que ha dejado tras de sí (Freud, 1937)¹⁴, puesto que en la vida psíquica “todo se conserva de alguna manera y puede volver a surgir en circunstancias favorables” (Freud, 1930)¹⁵.

Freud nos indica que el analista *debe construir esas huellas*; su herramienta es el propio psiquismo inconsciente del médico que no deberá tolerar en sí resistencia alguna, pues a cada una de sus represiones no vencidas corresponde “un *punto ciego* en su percepción analítica”.¹⁶

Esta construcción implicará, pues, que en la transferencia no se tratará de hablar del trauma original, sino de su *puesta en acto* justamente por esta imposibilidad.

Lo traumático de no tener una *relación hablada*...

Quizá, en este sentido, este sea uno de nuestros mayores desafíos en la clínica: el des-anudamiento actual del sujeto y las *circunstancias favorables* para nuestra tarea.

¿Cómo transcribir esas huellas si no es, a semejanza del arqueólogo, con una incorporación *sólida* de nuestra herramienta -nuestro inconsciente

como “órgano receptor”, según el planteo freudiano- que haga las veces de molde pero que no modele, salvo en el sentido de alojar ese vacío, esa huella, y a partir de ese trazo en el Otro un sujeto pueda sujetarse?

¿Cómo hacer para *tramar* el goce, si no traumatizándolo con el único aparato que, según Lacan, conoce nuestra técnica: el significante, y pasar entonces del exceso a la falta?

Freud nos señala que el análisis del analista permanece *inacabado* pues, continúa luego, en un autoanálisis la investigación de su propia personalidad le hará ver que siempre le es dado hallar, tanto en sí mismo como en los demás, algo *nuevo*. Quienes no accedan a ello “se inclinarán a proyectar sobre la ciencia como teoría general lo que una oscura autopercepción les descubre sobre las peculiaridades de la propia persona”.

Si la herramienta del analista es su propio inconsciente, ¿dónde habremos pues de comenzar a buscar lo *nuevo* para tratar las “nuevas patologías”?

La neutralidad analítica entonces quizá devenga un acto que nos permita acaso -cada vez- sostener la apuesta, el deseo, lo único que por la vía del lenguaje podemos oponer para *neutralizar* el goce mortífero.

III.

Cuando concurre, Marcelo tiene 18 años; viene “porque estuvo en Cromagnon”, luego de estar internado unos días por quemaduras en la garganta y por intoxicación; “por suerte no perdí a nadie...”. Dice que “está bien pero le dijeron que igual tenía que venir”. Terminó el secundario pero tiene materias previas que rendir, aunque no tiene muchas ganas; tal vez busque trabajo, no sabe qué quiere seguir.

Refiere no estar mal en su vida, y sentirse bien con su familia; dice que no le quedan secuelas de Cromagnon más que “la picazón o el ardor en la garganta a la noche, pero con levantarse a buscar un poco de agua se le pasa”; el médico le dijo que “con el tiempo la garganta iba a mejorar”.

En las entrevistas no hablaba mucho, pero venía y se sentaba... No manifestaba angustia, no “demandaba” nada; el diálogo empezaba cuando yo empezaba a hablar y le preguntaba por sus cosas, sus amigos, su familia...

Luego de varias entrevistas me empecé a preguntar: ¿a qué vendría? Venía y se sentaba... Me llegué a preguntar si no tendría que dar por finalizadas las entrevistas, ya que no hablaba y parecía estar todo bien, pero también me cuestioné si con esto

no estaría yo queriendo *evitar cierta angustia* que me despertaba su *insistencia muda* y una gran lista de espera institucional... Decido pues continuar.

a: ¿Cómo sigue tu garganta?

M: Me está empezando a molestar... Me agarra a la noche, me tengo que levantar a buscar agua... encima la cocina está abajo... y estoy medio dormido...

a: ¿Y por qué te tenés que levantar? ¿Por qué no llevas el agua a tu habitación antes de acostarte?

M: No sé...

a: ¿Se te ocurre algo con el "tener que levantarte a buscar agua"?

M: (Silencio)...Me acordé de Cromagnon... Estaban tocando... De repente caía fuego del techo... se llenó todo de humo, empecé a caminar, no se veía nada, no sabía cómo salir, había personas por todos lados... no veía nada, se me prendió fuego el pie, no podía respirar, no sabía dónde estaba mi amigo... Me saqué la zapatilla, te empujaban, caminaba arriba de personas, hasta que no di más y me senté en el piso... Pensé que ya estaba... me acordé de todos... De repente veo un hilo de agua en el piso, levanto la vista y veo por un reflejo que de un lugar caían gotas, me

levanto a buscar de dónde venía, la sigo... no se veía nada, una chica me agarró, la perdí... no pude llevarla... hasta que siento que me tiran de un brazo y me sacan... eran los bomberos que estaban tirando agua desde arriba.

Luego de esta sesión, Marcelo tuvo diferentes sueños respecto de esa noche y, si bien comenzó a angustiarse, también pudo empezar a moverse, dar las materias, comenzar a trabajar; su garganta ya no lo volvió a despertar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Freud, S. *Psicología de las masas y análisis del yo. 1920-1921 (1921)*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 2563.*
- 2 *El destacado es mío.*
- 3 Freud, S. *La represión*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996.*
- 4 Freud, Sigmund. *Los instintos y sus destinos (1915)*, en *Obras Completas. Tomo II. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996.*
- 5 Freud, S. *El malestar en la cultura (1929-1930)*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 3027. Nota al pie (El destacado es mío).*
- 6 Freud, S. *Más allá del principio del placer (1920)*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 2532.*
- 7 Aleman, J. *La metamorfosis de la Ciencia en Técnica: el Discurso Capitalista. AMP Blog. 22 de diciembre de 2008. <http://ampblog2006.blogspot.com/2008/12/la-metamorfosis-de-la-ciencia-en-tecnica.html>*
- 8 Lacan, J. *Escritos I (1966)*. Ed. S. XXI. Bs. As. 2008. Pág. 244.
- 9 Lacan, J. *El Seminario. Libro XI. Los Cuatro Conceptos fundamentales del Psicoanálisis (1964)*. Texto establecido por Jacques - Alain Miller. Ed. Paidós. Bs. As. 2007. Pág. 258.
- 10 Lacan, J. *El Seminario. Libro XX. Aún (1972-1973)*. Texto establecido por Jacques - Alain Miller. Ed. Paidós. Bs. As. 1991. Pág. 41.
- 11 Aleman, J. *Notas sobre una izquierda lacaniana*, en *Pensamiento de los confines*, n. 20, Julio de 2007. http://www.rayandolosconfines.com.ar/pc20_aleman.html
- 12 En alusión a "Bartleby, el escribiente", de Herman Melville.
- 13 Freud, S. *Los orígenes del Psicoanálisis (1887-1902)*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 3552.*
- 14 Freud, S. *Construcciones en el análisis (1937)*, en *Obras Completas. Tomo III. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 3366.*
- 15 *Op. cit.*, pág. 3020.
- 16 Freud, S. *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico (1912)*, en *Obras Completas. Tomo II. Traducción Luis López-Ballesteros y de Torres. Editorial Biblioteca Nueva. España. 1996. Pág. 1657.*

1958
Referente indiscutido en Salud Mental
desde hace 50 años

ANIVERSARIO

50

Abrines

INTERNACION
CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS
TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILIAR
PSICOMOTRICIDAD Y VIDEOCINE
EQUIPO DE ADMISION, SEGUIMIENTO Y SUPERVISION

Berito Pérez Galdós 2647 - B1879AJG - Quilmes Oeste
(+54-11) 4250-1061(L. Recepción) / Fax: 4200-0909 / info@abrines.com.ar
www.abrines.com.ar

Del cuerpo en las Psicósomáticas

Alicia Donghi

INTRODUCCIÓN

“Cuida tu cuerpo, es lo único que en realidad tienes”, versa el refrán popular. Sin embargo, arriesgaría a decir que es lo primero que perdemos o deberíamos perder para humanizarnos o acceder a transformarnos en sujetos parlantes. Hace unos años la experiencia horrorosa de tener un cuerpo con sus fibras, tendones, huesos, era patrimonio de la psicosis, cuchillos en el estómago que no eran “como si” o los famosos “ojos torcidos” de Victor Tausk, etc.

Hoy, a comienzos de este siglo, esa experiencia -gracias al capitalismo con su discurso científico a cuestas- se ha extendido, por no decir globalizado, y muchos neuróticos escuchan su corazón sin olvidarlo, calculan frenéticamente las calorías de un helado o se someten compulsivamente al bisturí. Ni qué hablar de las drogas o medicamentos del mundo feliz de Huxley, que tiene los ribetes de un malestar calculado por la globalización uniformizante que marcó el pasaje del siglo XX al XXI.

Frente a la caída feroz de los ideales, de la certeza del ideal, y con ello la del amor, pierde su sitial privilegiado el lazo social y el mañana, con su poder esperar... y desear. El ideal ayudaba con su aparato de representaciones a fijar el cuerpo, darle consistencia simbólica suficiente para producir una metáfora de ese organismo viviente. También domeñaba las pulsiones y les prestaba un hilo conductor que ayudaba al deseo, aun con su déficit represivo que ahora se tornó depresivo. La retracción pulsional estaba sujeta al ritmo y a la secuencia de una cierta temporalidad. El de hoy es un cuerpo sin consistencia, animado por la violencia de esas pulsiones que empujan al cuerpo a lo aniquilante. Ahora hay un camino sin retorno y sin demora al organismo, y estamos ante lo siniestro de un cuerpo desnudo, sin ropajes, sin poder olvidarnos de él (salvo si usamos el salvoconducto de los famosos quitapenas, como señalaba Freud). Esta otra retracción favorece, no ya el síntoma, sino la inhibición, ese estancamiento de la libido que, al no soportarse en los ideales, aleja cada vez más del acto para dar paso a una clínica del acting y del pasaje al acto. La falta orgánica de la droga o el psicofármaco del mal llamado “ataque de pánico” o cualquier objeto de consumo, va a reemplazar la falta que causa el deseo. En este sentido se ha acentuado, en los últimos años, una transformación de la problemática del deseo en una problemática del órgano, y que anuncia también su exaltación en el fenómeno psicósomático o el “look anoréxico” de cuerpos cadavéricos que bien saben denunciar las publicidades cómplices.

Más que nunca el psicoanálisis es el porvenir (al revés de lo que anunciaban Freud y Lacan), para dar lugar a ese sujeto tan vapuleado por la ciencia, tan objeto. Y aunque no pueda prometer ni armonía, ni progreso, deberá estar, eso sí, a la altura de su época, o sea a la altura de su exceso, que hoy por hoy, y como siempre, es del cuerpo.

Profesora regular asociada de Clínica de Adultos I. Fac. Psicología UBA - Directora AAbra (Centro de día problemáticas del consumo). Secretaria de Posgrado y de la Pasantía correspondiente en Secretaría de Extensión Facultad de Psicología UBA. Psicóloga del Hospital Piñero del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

DESARROLLO

"Un sujeto es lo que representa un significante para otro significante". Así, Lacan nos plantea en sus primeras enseñanzas la representación significativa del sujeto, para lo cual se hacen necesarios un S1 y un S2, es decir, tiene una estructura que hace imprescindible "algún dos" para que pueda aparecer el sentido. Para la aparición del sujeto es necesario un S1 y un S2. En la hiancia que se produce entre el S1 y el S2, es el lugar de aparición y desaparición del sujeto. Podríamos decir que el síntoma tiene una estructura de metáfora, es decir, una estructura de sustitución de significantes. El fenómeno psicossomático no es un síntoma. Esta oposición podemos sustentarla apoyándonos en las indicaciones dadas por Lacan en el Seminario 11. Allí nos encontramos con la holofrase donde el S1 (significante unario) y el S2 (significante que viene del Otro, bajo la forma de un saber inconsciente), están aglutinados, congelados, "pegoteados" (pegoteo S1/S2). Es decir, redu-

ce el par de significantes al Uno, pero un Uno más absoluto que no puede representar al sujeto. No existe el intervalo, la hiancia donde el sujeto aparece y desaparece. Lacan dice que el FPS puede compararse con un jeroglífico en el desierto, es decir, escrito para no ser leído. No es un llamado al Otro del significante para que lo descifre. Si bien es una marca, no representa al sujeto. Pero entonces, ¿dónde está el sujeto? Ya que no existe afánisis del sujeto. Pero, aunque la falla se hace presente a nivel simbólico, por eso hay marca, el lenguaje como tal no puede cumplir con la función de separar el goce del cuerpo, dejando reservado el goce a las zonas erógenas, en una suerte de fragmentación del cuerpo que, si bien es simbólica, no es tributaria de la fragmentación propia del síntoma conversivo, sino más bien lleva en sí el poderoso bisturí del S1.

En la operación de alienación, el sujeto se identifica con los significantes que provienen del campo del Otro. En la separación, el sujeto apunta a la falta en el Otro; hay una intersección de las dos faltas, una falta recubre a la otra. Pero, en el FPS no se produce la hiancia entre el S1 y el S2. El S2, como significante que viene del Otro, queda holofraseado con el S1, no pudo producirse la "juntura" de las dos faltas, la del sujeto y la del Otro. ¿Cuál es la consecuencia de la falta de intervalo? La respuesta es que al no existir intervalo entre el S1 y el S2, no hay caída del objeto a, lo que significa que no hay agujero ni en el Otro ni en el sujeto. La falla a nivel simbólico, donde el lenguaje no cumple con la función de separar el goce del cuerpo, hace que el goce no irrumpa en forma localizada, tomando el cuerpo propio como cuerpo del Otro; por eso el que se agujerea es el cuerpo/organismo, por ello hay lesión que deja marca, no es la parálisis inocua de Isabel de R.

¿De qué goce se trata? No se trata del goce fálico regulado por el significante. Hay un retorno del goce a nivel del cuerpo. Existe un rechazo del inconsciente ligado a la forclusión del sujeto. Por eso Lacan admite encontrar este tipo de operatoria en la psicosis y en la debilidad mental. ¿Qué es lo no inscripto? Una falla localizada en un par de significantes que no hace a la cuestión de la estructura, es un fenómeno que se puede manifestar en la neurosis, la psicosis o la perversión, que no afecta al conjunto de la cadena significante. Quizás la estasis, el congelamiento o la forclusión de una secuencia de la cadena nos permita

Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia. Psicoanálisis e Interdisciplina
Miembro de Flappisip (Federación Latinoamericana Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis)

JORNADA ANUAL 2010

Niñez y adolescencia. Historia y proyecto Una mirada psicoanalítica

Viernes 1 de Octubre de 18 y 30 a 21 hs.
Sábado 2 de Octubre de 9 y 30 a 17 y 30 hs.

Lugar de realización:

Facultad de Psicología y Psicopedagogía
Universidad del Salvador

Paneles con Invitados y Miembros Asappia

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo) - ENTRADA 2
- 4to. piso dep "9" - Capital TE / FAX: 49535789
asappia@intramed.net • www.asappia.com.ar

entender por qué puede aparecer en las diferentes estructuras. Esta suerte de localización forclusiva puede ser la responsable del retorno del goce a nivel del cuerpo, goce específico que lesiona el cuerpo propio, no el cuerpo fantasmático. Por este rodeo se hace un nombre propio por el artificio corporal que tal vez sutura esa falla simbólica, dejando de lado el nombre del padre en el punto preciso en que ha fallado, en ese agujero que podríamos llamar, junto con J. D. Nasio: forclusión parcial.

Cuando en el FPS el significante se holofrusea, pierde su valor simbólico y aparece como signo, es decir, se imaginariza. Por esta razón Lacan habla de enraizamiento imaginario. Así encontramos frecuentemente manifestaciones de mimetismo por identificación a un modelo. La lesión está del lado de lo real, es del orden del escrito jergológico sobre el cuerpo propio. No es un mensaje cifrado. Eso no se lee, no se trata de cifrado de sentido sino de la emergencia de un Uno que se manifiesta por brotes, contabilizando goce.

¿Por qué muchas veces estos fenómenos desaparecen sin la menor intervención? ¿Podrá relacionarse su frecuencia con fechas que actualicen la historia del sujeto, o también con las vueltas del nombre propio, del orden de las cifras que designan el ser del sujeto como único e irremplazable? La respuesta por el abordaje es compleja, no es la clásica, la de dar sentido a través del sinsentido al goce específico. Hay quienes pasan la vida con este problema y no demandan a nadie; muchos lo hacen cuando se convierte en invalidante y en otros -como el caso que desarrollaremos- su motivo de consulta es por otros síntomas, y en el tránsito de la cura emerge el FPS como nunca antes tenido en cuenta, como naturalizado para el sujeto.

La remisión del fenómeno no significa curación, ya que frecuentemente sobrevienen brotes. La cura en cuestión, por supuesto, no recorre los derroteros de la sugestión, que muchas veces dio resultado a nivel del discurso médico; tampoco consiste en darle sentido a todo a través de racionalizaciones del sujeto para explicar su problemática. ¿Cuál sería la estrategia a seguir según las indicaciones de Lacan? Es preciso quebrar la petrificación del sujeto, su fijación a ese goce específico. Al FPS podemos situarlo por fuera del campo propiamente afectivo, ya que la emergencia de la angustia se "satura" con el FPS. O sea,

esa emergencia, que es motor de un análisis en la puesta en forma del síntoma, quizás haya que dosificarla cuando está en juego la holofrase. Podríamos pensar en un punto de corte, de reducción de goce, como si su fijación al goce específico pudiera quebrarse. Es necesario ir del goce, fijado a nivel del cuerpo propio, al goce-sentido, en tanto pueda ser "escuchado" por el sujeto. Es posible que esto suceda por un nuevo ordenamiento, en una cadena ahora significativa, de lo que antes era holofrase. Pero esta apuesta es riesgosa, porque cabalgamos sobre la producción de FSP, allí, donde la angustia inunda el aparato. La prudencia entonces y sólo ser "testigos", tal vez "secretarios"¹, tratándose de forclusión, aunque sea parcial.

EJEMPLIFICACIÓN

En una oportunidad llega a la consulta un paciente cuyo motivo de consulta eran sus celos exagerados, que le hacían tener conductas extrañas e inapropiadas. Compulsivamente, casi cotidianamente, salía antes de su trabajo para ver salir a su novia del suyo, la seguía y la iba espionando hasta su casa. Luego, en ocasiones, le tocaba el timbre de su casa y aparecía como habían acordado. Esto en algún momento se "justificó" para él, ya que su novia tenía un pasado sexual interesante, causa entre otras de su pasión (digamos ¿homosexual?). Pero, luego, el compromiso de ella y sus signos de amor hacían inexplicable su compulsión. Madre depresiva durante su infancia por el duelo patológico de su padre, quien se había suicidado no se sabía por qué causa, según los dichos del paciente. Yo lo recibo en mi consultorio a principios del otoño; siempre portaba un pañuelito en su cuello que podía pasar desapercibido por su concordancia con la moda del momento, pero llegada la primavera de ese año y el calor hacían inexplicable portarlo. En una oportunidad le llamo la atención sobre eso y contesta con evasivas. Luego produce lo que a mí entender puede considerarse un *acting in*: el pañuelo está corrido y deja ver como una marca, una herida. Pregunto sobre ello y responde con una pregunta: *¿Nunca le dije que tengo soriasis? Me*

¹ "Secretarios del alienado...", al decir de Lacan en el Seminario III, es decir, testigo y guardián de los secretos.



dice que la tiene controlada en codos y rodillas, pero los médicos no se explican por qué se mantiene sin modificaciones en su cuello. Cuando se saca el pañuelo me sorprende su marca, ya que parece una cuerda o algo así. Se lo hago saber y le pido que asocie, y dice no ocurrírsele nada. Le pregunto cómo se suicidó su abuelo, y dice sin emoción alguna: *“Se colgó de una soga del árbol de la casa; la primera en verlo fue mi madre... creo que nunca se repuso de eso”*. Le digo: *“Llevas la marca de esa situación, parece una cuerda”*. Se toca el cuello

irritado, como descubierto. Le propongo verlo al día siguiente y falta. Lo tomo como una indicación de no ir por ahí. Me centro en su vida y en las ocasiones donde el malestar aparece, tratando, aun con directivas y consejos, de que reduzca ese malestar. Pide venir dos veces por semana, ya que le sirve la terapia para resolver asuntos pendientes. Nunca más habla del tema de su abuelo, pero si bien se mantiene su marca de la soriasis en el cuello, es casi imperceptible, y en una sesión se saca el pañuelo y nunca más lo veo con él.

INSTITUTO ARGENTINO DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Miembro de la World Federation for Mental Health (WFMH)

CONSEJO ACADÉMICO

Alberto Trimboli, Eduardo Grande, Juan Carlos Fantin, Silvia Raggi, Pablo Fridman, Gustavo Bertran

CURSOS PRESENCIALES, SEMI-PRESENCIALES Y A DISTANCIA

Se otorgan certificados de participación y/o aprobación. Otorgan puntaje para recertificación del título de psiquiatra y para acreditar horas de capacitación para los profesionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

CURSOS A DISTANCIA

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Directores: Beatriz Kennel, Alberto Carli
Inicio: 1 de agosto

LO PSICOSOMÁTICO: UNA PUESTA AL DÍA - ACTUALIZACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA

Director: Roberto Sivak
Inicio: 2 de agosto

¿QUÉ ES HOY ENVEJECER? CONCEPTUALIZACIONES Y PROBLEMÁTICAS

Directores: Marta Leonor Méndez y Héctor Casal
Inicio: 13 de agosto

VIOLENCIA ESCOLAR Y TRASTORNOS DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Director: Eduardo Grande
Inicio: 13 de agosto

PSICOANÁLISIS - PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA (6 LECCIONES ELEMENTALES)

Director: Manfredo Teicher
Inicio: 16 de agosto

PSICOANÁLISIS - PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA (EN 18 LECCIONES)

Director: Manfredo Teicher
Inicio: 16 de agosto

DETERIORO COGNITIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Directores: M. Roncoroni, R. Andracchi, J. Elli
Inicio: 22 de septiembre

EL DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA. UNA PRAXIS A CONTRAMANO DE LA CRONIFICACIÓN

Director: Gustavo Fernando Bertrán
Inicio: 18 de octubre

CURSOS PRESENCIALES

ENCUENTROS SOBRE DUELOS

Inicio: 12 y 19 de noviembre
Directora: Ana Inés Marquis

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA VULNERABLE: UN RECORRIDO POR LA CLÍNICA

Inicio: 4 de septiembre
Directora: Liliana Moneta

PSICOANÁLISIS EN PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Inicio: 27 de agosto
Directora: Ana Inés Marquis

LA SEXUALIDAD EN S. DALÍ, F. GARCÍA LORCA Y L. BUÑUEL

Inicio: 6 de agosto
Directora: Ma. Julia Cebolla Las Heras

INFORMES E INSCRIPCIÓN

AASM. Asociación Argentina de Salud Mental
Ayacucho 234 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 4952-1923
www.aasm.org.ar - administracion@aasm.org.ar

V Congreso Argentino de Salud Mental



La Lic. Silvia Raggi fue la Presidenta del V Congreso Argentino de Salud Mental

En mayo de 2010 se realizó el V Congreso Argentino de Salud Mental. Como todos los años, fue organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). El mismo se celebró en el Hotel Panamericano de la Ciudad de Buenos Aires.

Participaron profesionales de todas las provincias argentinas, de Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Guatemala, Puerto Rico, Estados Unidos, Paraguay, Perú, México, España, Portugal, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Italia, Venezuela, Ecuador, Honduras, Uruguay, entre otros.



Dr. Pablo Fridman (Vicepresidente de la AASM y Jefe de Salud Mental del Hospital Álvarez de Buenos Aires), Lic. Yago di Nella (Director Nacional de Salud Mental y Adicciones), Dra. Diana Galimberti (Directora del Hospital Dr. Teodoro Álvarez), Dr. Aníbal Areco (Director de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires), Dr. Ricardo Soriano (Secretario de Ética de la AASM y Director del Centro de Salud Mental N° 1 de la Ciudad de Buenos Aires)



Dr. Juan Carlos Fantin (Secretario Científico de la AASM), Dr. Juan Carlos Stagnaro (Presidente de APSA y Director del Departamento de Salud Mental de la Fac. de Medicina de la UBA), Dr. Pablo Fridman (Vicepresidente de la AASM), Lic. Yago di Nella (Director Nacional de Salud Mental y Adicciones).

Encuentro de Políticas y Estrategias en Salud Mental: "Debate sobre la Ley Nacional de Salud Mental"



Dentro del Marco del V Congreso se llevó a cabo el Encuentro de Políticas y Estrategias en Salud Mental, donde se debatió la Ley Nacional de Salud Mental, que cuenta con media sanción de diputados. El intercambio de ideas fue fructífero, aunque se mostraron serias diferencias en algunos puntos que contiene la ley. La AASM mantiene su posición inalienable en defensa de los derechos de los pacientes y sus familias, manteniendo la idea que originó la fundación de esta Asociación Argentina de Salud Mental: no hay salud mental sin interdisciplina. La AASM es la única asociación que reúne a todas las profesiones de la salud mental. Estuvieron presentes los siguientes profesionales: Lic. Jorge Rosetto (Director de la Colonia Montes de Oca), Dr. Eduardo Grande (Presidente de la AASM), Dr. Juan Carlos Fantin (Secretario Científico de la AASM), Lic. Alberto Trimboli (Secretario General de la AASM), Lic. Gustavo Bertran (Vicepresidente del V Congreso y Secretario de Asuntos profesionales de la AASM), Dr. Horacio Vommaro (Secretario de APSA), Dr. Ricardo Soriano (Secretario de Ética de la AASM y Director del Centro de Salud Mental N° 1 de la Ciudad de Buenos Aires) y Dr. Pablo Armando Berrettoni, Jefe del Departamento de Agudos del Hospital de Salud Mental Braulio Moyano (Ex Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires)



V Congreso Argentino de Salud Mental

Las modalidades de presentación fueron Mesas redondas, mesas debate, comunicaciones libres, presentaciones de libros, cursos y talleres. Algunos de los ejes temáticos fueron: ética, psiquiatría, psicopedagogía, estrés, burnt out, violencia laboral, psiquiatría infantil, políticas públicas, adicciones, nuevas tecnologías, psicoanálisis, psicoterapias, historia y trauma.

El tema del congreso tuvo que ver con el Bicentenario de la Revolución de Mayo. El título: "Trauma, Historia y Subjetividad" brindó la oportunidad de escuchar aportes referidos, no sólo al trauma y a la memoria individual, sino también a la colectiva.

El congreso convocó a unos 3.800 profesionales de la salud mental: psicólogos, médicos, psicopedagogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas y trabajadores sociales, entre otros.

La cantidad de expositores superó holgadamente la de años anteriores (cerca de 1.800).

La convocatoria lograda demostró nuevamente que este congreso se ha convertido en uno de los más importantes de la región entre los de la especialidad, y el más importante de la Ciudad de Buenos Aires, no sólo por la convocatoria, sino también por la calidad y excelencia de las presentaciones.

La presidenta del congreso fue Silvia Raggi; Vicepresidente, Gustavo Bertrán; Secretario General, Ricardo Soriano; Secretario Científico, Rubén Gallardo; Secretario Ejecutivo, Carlos Marachlian; Secretario de Actas, Ariel Falcoff; Secretaria de Prensa, Liliana Moneta; Secretario de Relaciones Interinstitucionales, Darío Galante; Tesorero, Néstor Saborido, y como vocales: Beatriz Kennel, Fabio Celnikier, Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Rosa Daniell, Irma Domínguez y René Ugarte. Los presidentes Honorarios fueron los doctores Grande, Fridman, Fantin, y el Lic. Trimboli.

Este año se ha logrado reunir a varias personalidades de la Salud Mental en un "Conversatorio" dentro del marco del "2º Encuentro sobre políticas y estrategias en Salud Mental". Se debatió la Ley Nacional de Salud Mental, que cuenta con media sanción en la Cámara de Diputados. Participaron: Horacio Vommaro (SECRETARIO

DE LA ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS - APSA), Eduardo Grande (PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL - AASM), Juan Carlos Fantin (SECRETARIO CIENTÍFICO DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL - AASM), Jorge Rosetto (DIRECTOR COLONIA MONTES DE OCA), Ricardo Soriano (DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD MENTAL Nº 1 - EX DIRECTOR DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES y MIEMBRO DE LA COMISIÓN DIRECTIVA de la AASM), Pablo Berrettoni (HOSPITAL MOYANO - EX DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES), Alberto Trimboli (SECRETARIO GENERAL DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL - AASM), COORDINA: Gustavo Bertrán (SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL - AASM).

La comisión directiva de la AASM desea felicitar a quienes han sido seleccionados para que sus trabajos sean incluidos en el programa oficial del congreso, y pedimos disculpas para los cerca de quinientos que, por falta de espacio, no han tenido la posibilidad de ser incluidos esta vez, a pesar del excelente nivel demostrado.

También felicitamos a los que fueron seleccionados para integrar con sus artículos el libro "Trauma, Historia y Subjetividad".

Queremos, además, felicitar a los presidentes e integrantes de los capítulos de la AASM que han trabajado en la presentación de las mesas, jornadas y cursos.

También agradecemos a todos los asistentes que año tras año confían en nuestro congreso y lo eligen para dar a conocer sus investigaciones.

Los esperamos en el congreso de 2011, que llevará por título "SEXO Y PODER. CLÍNICA, CULTURA Y SOCIEDAD", deseando que la convocatoria siga en su camino ascendente. Su presidente será Gustavo Bertrán.

Un fuerte abrazo,
LA COMISIÓN DIRECTIVA





INICIO DE
ACTIVIDADES
AGOSTO DE 2010
MARZO DE 2011

Dirección General: Lic. Darío Galante

Dirección Área Clínica: Dra. Patricia Schnirelman

Dirección Área Docencia: Lic. Alicia Prefumo

OBJETIVOS

Instituir un ámbito orientado a la formación clínica en su articulación con la teoría y al intercambio de experiencias entre los participantes.

Objetivos específicos

Conformar un dispositivo para la atención de pacientes a cargo de los participantes de la Escuela.

Constituir equipos de supervisión clínica donde se trabajarán los casos aportados por los participantes para su discusión y orientación clínica de la cura.

Brindar seminarios de formación psicoanalítica orientados hacia dos temáticas centrales: las Estructuras clínicas y los Síntomas actuales.

Inicio de Actividades: Agosto de 2010 y Marzo de 2011

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología y Medicina, y afines a la salud mental (entrevista previa), que se encuentren transitando distintos momentos en su formación en el campo de la salud mental, interesados en la práctica clínica y su articulación con la teoría.

A su vez, se prevé la participación de estudiantes avanzados para efectuar un acercamiento a la clínica, mediante su participación en los espacios de supervisión y en los seminarios.

ORGANIZACIÓN Y CONTENIDOS DE LA ESCUELA CLÍNICA

La duración de la escuela será de dos años, con la posibilidad de ingresar en los meses de agosto y marzo.

La carga horaria será de 120 horas anuales compuestas por:

40 horas de seminario en la modalidad de un encuentro mensual los días sábados de 08.30 a 13.00 hs

80 horas de supervisión clínica, compuestas por encuentros semanales grupales de 2 horas de duración cada uno.

Seminarios

Los seminarios se organizarán en torno a dos módulos anuales.

1° Módulo:

Estructuras clínicas

- 1) Presentación - Conversación clínica.
- 2) Neurosis: Histeria. Fobia. Neurosis Obsesiva.
- 3) Psicosis.
- 4) Perversión.
- 5) Rasgos perversos en las estructuras clínicas - Diagnóstico diferencial entre locura y Psicosis.
- 6) Psicofarmacología.

2° Módulo

Síntomas actuales: Toxicomanía. Anorexia-Bulimia. Obesidad. ADD. Ludopatías. Patologías del acto.

Incluye Supervisiones clínicas y Práctica clínica.

Certificación:

El certificado de aprobación habilitará la posibilidad de incluirse en el staff del Departamento de Asistencia de la Asociación Argentina de Salud Mental.

Informes e inscripción: AASM. Asociación Argentina de Salud Mental
Ayacucho 234 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 4952-1923
www.aasm.org.ar - administracion@aasm.org.ar

publicidad
Para publicitar en esta revista comunicarse con
Alejandra Reyes (Representante Comercial)
Tel 4952-1923 - revistaconexiones@hotmail.com



Shoras[®]

Eszopiclona

El sueño posible



*Ahora,
tratar exitosamente el insomnio,
no es más un sueño imposible.*



Comprobada eficacia en el tratamiento del insomnio de conciliación y fragmentación.



Eficacia y seguridad en el tratamiento del insomnio a largo plazo.



Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.



Presentaciones:

8 horas 1 mg y 3 mg

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

8 horas 2 mg

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

A influência da deficiência na subjetividade da relação entre irmãos

Miguel C. M. Chacon

*Professor titular de la
Universidade Estadual
Paulista – UNESP
(Brasil)*

Desde a implantação da última forma de família, a monogâmica, até os dias de hoje é notória a busca de superação na relação homem/mulher, em que o homem está perdendo poder e em contrapartida a mulher está adquirindo-o. Essa mudança, reivindicada pelos movimentos de libertação feminina, provocou grandes alterações, reforçadas pelos meios de produção capitalista. Conseqüentemente assistimos, hoje, a uma transição da família monogâmica para uma outra forma de instituição familiar “pós-monogâmica”, que é a família contemporânea, que, de modo geral, mas nem sempre, se constitui em torno de um homem, uma mulher e filho(s), sendo os pais não necessariamente os genitores, é uma família modificada em grande número de funções sociais e de valores morais; em que os filhos (nem sempre legítimos), desde cedo, passam a freqüentar creches, escolas, ou instituições especializadas; uma família em que não apenas o homem é o provedor do sustento; e que se percebe a existência de um sentimento intergrupar, mas que não impede relações e sentimentos extra grupo familiar. Essa família, muito marcada por alguns traços da família monogâmica no seu início, mas bastante modificada já pelos meios de produção e reprodução, pela ciência, pela tecnologia, e pelos valores atuais de relacionamento, é a família de hoje com a qual trabalhamos (CHACON, 1995). Há na literatura brasileira pouca produção científica acerca dos irmãos de deficientes. Tomando por base a Revista Brasileira de Educação Especial constatamos até 2009, apenas dois artigos sobre irmãos de deficientes (PETEAN e SUGUIHURA, 2005; NUNES e AIELLO, 2004). Em análises pormenorizadas da relação fraterna, Powell (1992) coloca os irmãos como “agentes de socialização”, pois por meio das interações longitudinais ensinam uns aos outros habilidades sociais. Apesar da importância atribuída à família, sabe-se relativamente pouco sobre sua dinâmica das relações, e menos ainda quando um de seus membros possui deficiência. Para o autor “esses relacionamentos são tão complexos e variados, e diferem tanto que é impossível fazer generalizações uni-versais sobre sua natureza e suas influências”. Pesquisamos a percepção que o irmão não deficiente tem do irmão deficiente, com o objetivo de entender melhor as influências subjetivas desta relação. Quanto ao método participaram da pesquisa 80 irmãos, sendo 20 de deficientes físicos (DF), 20 de deficientes mentais (DM), 20 de deficientes auditivos (DA) e 20 de irmãos não deficientes (SD), todos com idade entre 14 e 26 anos. Dos irmãos participantes: 76 eram solteiros e quatro casados; 50 do sexo feminino e 30 do sexo masculino; 38 são primogênitos, 25 está na segunda posição, 13 na terceira, três na quarta e apenas um na quinta; 17 possuem o 1º grau incompleto, três o 1º Grau completo, 20 o 2º Grau incompleto, 21 o 2º Grau completo, 12 o 3º Grau incompleto, e sete o 3º Grau completo; 33 declararam atividade profissional. Os participantes preencheram um formulário contendo “características da pessoa deficiente”, “características do(a) irmão(ã) respondente”, “características da família”, e um questionário com onze questões fechadas e uma aberta, sendo que para os irmãos

de irmãos SD, havia onze questões fechadas e uma aberta. Discutindo os resultados, ao expressar sua opinião sobre a preocupação dos pais, as respostas foram diferentes para cada modalidade de irmão, sendo que a distribuição é mais equilibrada entre os irmãos de DF. É alto o número de irmãos de DM (80%) que percebem preocupação maior para com o irmão deficiente. O número de irmãos de DA (60%) e de irmãos de irmãos SD (40%) que dão a mesma resposta também é mais elevado. Os dados mostram que tal percepção de maneira geral está presente nos irmãos, mas entre os irmãos de DM é fortemente marcado pela deficiência. Quanto a necessidade de maior atenção e cuidados para com o irmão, os irmãos de deficientes concordam que seus irmãos necessitam mais que eles (DF – 85%, DM e DA – 80%) em contrapartida, o irmãos de irmãos SD afirmam que ambos necessitam de mesma atenção e cuidados. Trata-se de um sentimento fortemente marcada pela presença da deficiência. Quando questionados se em lugares públicos percebem que seus irmãos chamam ou não a atenção das pessoas, irmãos de deficientes percebem que seus irmãos chamam muito (DF – 55%, DM – 50%) ou pouco (DF – 40%, DM – 30%, DA – 50%) a atenção, mas chamam. Esses irmãos carregam o “estigma de cortesia” (GOFFMAN, 1988). Assim sendo, por estarem na presença física imediata daqueles que observam seus irmãos, automaticamente tomam para si as “dores” da situação. Tal fenômeno parece ser fortemente marcado pela deficiência. Sobre o tipo de relação que têm com seus irmãos, de maneira geral, percebem que sua relação com o irmão ou é basicamente positiva (57,5%), ou às vezes positiva e às vezes negativa (40%), apenas dois irmãos de irmãos SD (2,5%) não soube responder. Não é o fato de o irmão ser ou não deficiente que estabelece maior ou menor positividade no relacionamento. “A metade dos irmãos de crianças com alguma deficiência vê suas relações fraternas como positivas e a outra metade como negativas, relações muito parecidas às dos irmãos normais” (Mc Hale, Sloan & Simeonsson, 1986, Apud NIELLA, 1993). Questionados se em algum momento de suas vidas sentiram vergonha do irmão deficiente, os participantes, de maneira geral, disseram não sentir vergonha de seus irmãos (66,5%). Dos que responderam afirmativamente, o maior número são irmãos de DM (40%), seguidos pelos de DF e SD (25%) e DA (10%). O fenômeno é parecido em todas as modalidades podendo-se dizer que a vergonha é um sentimento associada às relações sociais, e não

necessariamente a um atributo diferencial localizado na pessoa. Questionados acerca de possuir ou não maior responsabilidade na família por ser irmão de deficientes e o grupo controle, por ter algum irmão, observou-se que pais de pessoas com deficiência tendem a atribuir maior responsabilidade para os irmãos não deficientes (70%) contrário aos irmãos de irmãos SD (60%) que dizem não ter essa responsabilidade. Os resultados apontam diferenças aparentemente significantes nas respostas dos irmãos de DF e DM, e diferenças aparentemente não significantes nas respostas dos irmãos de DA e SD, conseqüentemente estamos diante de um fenômeno que funciona diferentemente em função da deficiência, mais fortemente marcado em irmãos de DF e DM. Quanto à tarefa de cuidar ou não do irmão atribuída pelos pais, a maioria dos irmãos de deficientes afirmaram desempenhar tal tarefa às vezes (66,7%), enquanto que a maioria dos irmãos de irmãos SD (60%) não desempenham tal tarefa. Os dados reafirmam a percepção de que pais daqueles têm os outros filhos como suporte auxiliar no cuidado do irmão enquanto os pais destes não. Tal tarefa, segundo Niella (1993) é mais estressante para as filhas mais velhas. A respeito da existência de diálogo com os pais sobre o desenvolvimento de seus irmãos, 36 (60%) irmãos de deficientes e 12 (60%) irmãos de irmãos SD responderam conversar com frequência (DF – 50%, DM – 80%, DA – 50%), quatro responderam não conversar sobre o assunto (DF – 5%, DM – 5%, DA – 10%) e 20 conversam “às vezes” (DF – 40%, DM – 15%, DA – 40%). Entre os irmãos de irmãos SD, 12 (60%) conversam com frequência, quatro (20%) não conversam, e quatro (20%) conversam “às vezes”. As respostas dos irmãos de DF e DA comportam-se de maneira análoga, ou seja, ambos deixam clara a existência de diálogo quase que na mesma proporção que os que dizem dialogar “às vezes”. Há uma diferença aparentemente significativa entre os irmãos de DM que dizem conversar e os que conversam “às vezes”. “Algumas famílias preferem o silêncio aos possíveis riscos da comunicação. Entretanto, jamais experimentaram o valor de uma discussão franca nem sentiram as vantagens de procurar juntas as respostas às perguntas compartilhadas” (POWELL, 1992). Sobre o conhecimento que possuem a respeito da causalidade da deficiência do irmão, questão esta respondida apenas por irmãos de deficientes, dos 60 participantes, 34 (56,7%) acreditam que seu irmão já nasceu com ela, cinco (8,3%) crêem ter adquirido no parto, para 13 (21,7%) foi algum pro-

blema de saúde, dois (3,3%) crêem ter adquirido em acidente, dois (3,3%) crêem que a causa foi medicamentos ingeridos na gravidez, e quatro (6,7%) atribuem a outros fatores. “Os irmãos precisam de um tempo para ficar a sós, para discutir problemas e procurar informações sem a influência dos pais. (...) Uma maneira um tanto informal, embora eficaz, de fornecer importantes informações aos irmãos é através de material de leitura” (POWELL, 1992). Nossos dados apontam para uma crença maior dos fatores hereditários e congênitos do que para os fatores adquiridos, crença está influenciada pela biologização da deficiência no decorrer da história. Vygotsky (1989) opôs-se às tentativas de biologizar as concepções que existiam sobre a deficiência. Para ele as particularidades psicológicas da pessoa deficiente têm como base não a esfera biológica, mas a social. Questionados a esse respeito do medo de ter um filho deficiente, 18 (30%) irmãos deficientes e quatro (6,7%) de SD afirmaram ter medo de ter um(a) filho(a) como seu/sua irmão(ã), 19 (31,7%) irmãos daqueles e 13 (21,7%) destes não têm medo e 23 (38,3%) daqueles e três (5%) destes disseram nunca ter pensado nisso. Nas respostas dos irmãos SD, a grande maioria afirma não possuir medo de ter um filho como seu irmão, enquanto que entre os irmãos de deficientes as respostas estão quase que equilibradamente distribuídas, com pouca discrepância entre os irmãos de DF. Se comparadas as respostas nas três modalidades de irmãos de deficientes com a de irmãos SD, a diferença não parece ser significativa nas alternativas “a - Sim” e “c - Nunca pensei nisso”, de onde se pode considerar que a presença, convivência e conhecimento do processo de criação de um irmão deficiente levam os irmãos de deficientes ou a sentirem maior medo ou a não pensar no assunto. O sentimento de medo pode ser compulsivo ou real “o medo de estar no escuro é um

medo real, ou medo da realidade. O medo de colapso e morte iminente, quando se goza de perfeita saúde, é um medo compulsivo” (CAMPBELL, 1986). Quando se tem um irmão deficiente o medo de se ter um filho também deficiente é real. Além do enfrentamento sócio-cultural, “a adaptação do irmão não deficiente a estes sentimentos [raiva, culpa, e medo] é um processo muito subjetivo que está relacionado com suas características de temperamento e personalidade” (NIELLA, 1983). Ao indagá-los sobre a crença na (in)dependência do irmão, 16 (26,7%) irmãos de deficiente e 10 (50%) irmãos de SD acreditam que seu/sua irmão(ã) poderão ser totalmente independente, 29 (48,3%) daqueles e nove (45%) destes acreditam que serão parcialmente independente, 10 (16,7%) daqueles e apenas um (5%) destes acreditam que serão sempre dependentes, cinco (8,3%) irmãos de deficiente não souberam responder. Irmãos de DF e de DM percebem seus respectivos irmãos como mais dependentes que irmãos de DA e SD. Há uma diferença significativa na resposta dos irmãos de DM em relação à dependência parcial (60%) e total (5%). Irmãos de SD percebem seus próprios irmãos com capacidade para ser totalmente independente (50%) ou parcialmente independente (45%), respostas que se aproximam, neste caso, mais das de irmãos de DA seguida por irmãos de DF. Tais percepções reforçam os estigmas de passividade e dependência maior em relação ao DM que em relação às outras modalidades. “A dependência reflete necessidade de proteção materna, amor, afeição, amparo, segurança, alimento, carinho, etc.” (CAMPBELL, 1986). A última questão era aberta e possibilitava aos irmãos falarem alguma coisa de que julgassem importante sobre sua relação fraterna, não abordada no questionário. As falas foram muito diversificadas e, de maneira geral, sobre a deficiência como fator inerente à pessoa.


moebiusdifusión



MOEBIUS DIFUSIÓN PSI se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con el psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, la salud mental y la cultura en general: Congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi y actividades vinculadas. También se especializa en organización de eventos, así como también edición de libros y gráfica en general con precios muy convenientes. Contamos con la lista más grande de suscriptos PSI de todo el mundo. La lista está compuesta por e-mails de instituciones y profesionales de la Salud Mental residentes en Argentina y del resto del mundo.

Además, en la página web encontrará una selección de videos y artículos que serán de su interés.

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com

Concluimos que as famílias de pessoas deficientes possuem necessidades diferenciadas, e suas dinâmicas diferem em alguns aspectos das dinâmicas das outras famílias. As relações fraternas ficam parcialmente afetadas pela presença da deficiência em graus diferenciados dependendo da modalidade em que o irmão está circunscrito e daquilo que está em questão, de tal forma que pode repercutir na subjetividade das relações. É preciso olhar para os efeitos positivos da relação fraterna, os irmãos desenvolvem maior tolerância e compreensão, capacidade de cooperação, resistência à frustração, dentre outros comportamentos e sentimentos. Com o passar dos anos adaptam-se e a com-preendem melhor as diferenças na relação. Diferentemente dos irmãos de irmãos SD, aqueles precisam de informações corretas, bem como de apoio terapêutico. Cabe salientar, também a necessidade que irmãos têm de serem eles mesmos sem o rótulo de irmãos de deficientes (estigma de cortesia).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPBELL, R.J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- CHACON, M.C.M. *A integração social do deficiente mental: um processo que se inicia na família*. Campinas: UNICAMP, 1995.
- _____. *Deficiência Mental e Integração Social: o Papel da Mãe*. *Revista Brasileira de Educação Especial*. v. 3, n. 5, 1999. Piracicaba: Unimep, 1999, p. 87-96.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Guanabara: Koogan, 1988.
- NIELLA, M.F. *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amari ediciones, 1993.
- NUNES, C.C.; AIELLO, A.L.R. *O convívio com irmão especial e a caracterização da interação: um estudo descritivo*. *Revista Brasileira de Educação Especial*. v. 10, n. 2, 2004. Marília: ABPEE/FFC-Unesp-Publicações, 2004, p. 143-160.
- PETEAN, E.B.L.; SUGUIHURA, A.L.M. *Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down*. *Revista Brasileira de Educação Especial*. v. 11, n. 3, 2005. Marília: ABPEE/FFC-Unesp-Publicações, 2005, p. 445-460.
- POWELL, T.H.; OGLE, P.A. *Irmãos especiais: técnicas de orientação e apoio para o relacionamento com o deficiente*. Trad. L.E. Passalacqua. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.
- VYGOTSKY, L.S. *Fundamentos da defectologia*. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1989.

2^o

Simposio Argentino de Psiquiatria, Psicopatología y Salud Mental

Abasto Plaza Hotel, 26 y 27 de Noviembre de 2010

Av. Corrientes 3190, Buenos Aires, Argentina

PRESIDENTE

Dr. Miguel Marquez

COMITÉ CIENTÍFICO DEL SIMPOSIO

- Dr. Guillermo Belaga
- Dr. Oscar Boulosa
- Dra. Judith Butman
- Dr. Alfonso Carofilo
- Dr. Daniel Fadel
- Dr. Ariel Falcoff
- Dr. Juan C. Fantín
- Lic. Silvia Figacone
- Dr. Pablo Fridman
- Dr. Guillermo Fernández D´adam
- Dra. V. Fernández Pinto
- Dr. Héctor Fisher
- Dr. Miguel Márquez
- Dr. Juan Manuel Maison
- Dra. Clelia Manfredi
- Dra. Liliana Moneta
- Dr. Roger Montenegro
- Dr. Norberto Pisoni
- Dr. Martín Puricelli
- Dr. Ricardo Soriano
- Lic. T O Gladys Rearte
- Dr. Gerardo Spátola
- Dr. Martín Wainstein

Ejes Temáticos: Psiquiatria Clásica - Psicofarmacología - Psicopatología - Nosografías - Psicoanálisis - Terapia Cognitiva - Terapia Sistémica - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos - Trastornos del Estado de Ánimo - Demencias y otros cuadros mentales orgánicos - Trastornos de Ansiedad - Somatización - Trastornos por Consumo de Sustancias - Trastornos de la Alimentación - Trastornos de Personalidad - Calidad de Vida - Psicopatología Infante Juvenil - Sociedad y Salud Mental - Violencia - Interconsulta-interfase psiquiatria y psicoanálisis.

Fecha Límite: de presentación de resúmenes de comunicaciones libres y pósters: **1^o de octubre de 2010**

Los colegas que se inscriban en este Simposio contarán con 20% de descuento para el VI Congreso Argentino de Salud Mental 2011.

Informes, costos e inscripción:

Ayacucho 234. Ciudad Autónoma de Bs. As.
República Argentina
Tel: (54-11) 4952-1923/8930
Móvil: (54-11) 15-3013-0929
administracion@aasm.org.ar

Más allá de la clínica protocolar en la toxicomanía

Adriano Martendal

Doctorando en Psicología en la
Universidad de Buenos Aires -
UBA; Maestría en Literatura
Brasileña; Especialidad en
Psicoanálisis; ex-jefe de Gabinete
de la Secretaría de Estado de
Salud de Santa Catarina (Brasil);
autor del libro "A escrita no
limiar do sentido"
ed. Escuta 2007
admartendal@gmail.com

Ponerse a hablar de la relación del adicto con las drogas es siempre el mayor desafío que se puede tener cuando el tema es la toxicomanía. Pero se hace necesario, primero, decir de la naturaleza de la droga, sus acciones, la repercusión social, política, económica y legal que produce. Veamos algunos de esos aspectos.

LA POSMODERNIDAD

Lo posmoderno es marcadamente reconocido por la pérdida de los referenciales conocidos hace pocas décadas, y por la actuación de un incómodo que perdura. El malestar, descrito por Freud en la década de 1930¹, puede ser tomado hoy de diversas maneras por diferentes sujetos. Eso ocurre en la subjetividad del sujeto, al mismo tiempo en que hace parte de los debates públicos políticos y sanitarios. Los *sujetos-ciudadanos* esperan del Estado el control del uso de las drogas porque imaginan que es una de sus preocupaciones, pero lo que pasa es que las acciones estatales están frecuentemente volcadas a ese combate para obtener control económico y político. Esa es la realidad de la intimidad del poder, que se contrapone a la expectativa ciudadana.

Si no hay más referencias es posible decir, a partir de eso, que el uso de diferentes drogas por diferentes sujetos tampoco está calcado en una tabla reguladora. La existencia de las sustancias es muy antigua, pero la posibilidad inmediata de compra y uso en masa hace parte de una nueva época. Podría decirse que su función cambió porque nos ponemos a pensar en sus mecanismos de acción, sus efectos terapéuticos y adversos, su farmacocinética, las formas de bloqueo, la dosis recomendada para niños y ancianos..., finalmente, cambió porque hay un conjunto que apunta a la necesidad de comprender cómo actúa en el cuerpo; aquí tenemos una primera percepción.

Todos aquellos que forman parte de la clínica de la toxicomanía, investigadores y adictos, desean saber algo. Si el adicto es alguien que, *a priori*, no sabe decir por qué comenzó, en poco tiempo tiene la certeza de que aquello que imaginaba libertarlo lo aprisionó. Se puede pensar, entonces, desde ya, que *un adicto es alguien que perdió la capacidad de decirse a partir de sí mismo y de establecer parámetros para su sufrimiento*. Aquí tenemos una segunda percepción del cambio que se opera en la toxicomanía. Diciendo así, *la droga es una sustancia capaz de provocar roturas subjetivas significativas*. Mientras tanto, una red de servicios médicos, asistenciales y epidemiológicos intentan dar cuenta de las perspectivas y de entender lo que pasa.

¹ El Malestar en la Cultura.

NIVELES DE ATENCIÓN

La institución volcada a la atención en drogadicción en todos los niveles de operación (prevención, asistencia, investigación, tratamiento y constante perfeccionamiento de recursos humanos), dejó de tener, hace algún tiempo, la perspectiva única del hogar asilar para tomar una función más difícil: la de la intervención. Ésta, como sinónimo de clínica, exige acciones que van más allá del acompañamiento y del mantenimiento de parámetros clínicos y laboratoriales volcados a la “estabilidad” del adicto, planteando maneras de promover un pronóstico sostenido en la implicación del usuario, considerando su contexto social y legal.

Así, vimos en la historia una secuencia de modelos preventivos², a veces criticados pero también utilizados a partir de la década del 40. Primeramente tuvimos el modelo médico sanitario, que tenía en la drogadicción un problema de la clínica médica, como lo es la neumonía: como esa, tenía sus medios de prevención, y la drogadicción también podría prevenirse de manera sencilla. Esta percepción no permanecería así por mucho tiempo. Luego ganó el refuerzo del modelo ético-jurídico, que visaba sobre todo prohibir el consumo de drogas. El aparato estatal fue empleado para hacer valer el orden de “no a las drogas”³. El modelo psicosocial surgió en la década del 60, y llevaba a pensar en la prevención instaurada a partir de un síntoma individual junto a una sintomatología social. La responsabilidad por consumir tomaba una mayor dimensión. En la década del 70, el predominio del modelo socio-cultural, unido al valor socioeconómico, surgió como de fundamental importancia para comprender las redes del consumo y del uso. Por fin, se puede decir que la herencia de todos los modelos constituyó la base de lo utilizado hoy en la prevención, en la reducción de daños y de todos los otros aspectos que cercan la drogadicción.

La propuesta hoy es de integralidad, buscando premiar a todos los segmentos de la vida del sujeto, sin jamás olvidar que la implicación primera es de origen singular. Ésta la entiendo como de carácter más puntual que aquella que designa las particularidades de un sujeto. Pero, como costo-

samente está presente, cabe a las instituciones públicas y privadas acompañar su desarrollo con propuestas y acciones sobre lo individual, lo familiar y lo social, lugares donde la escucha puede hacerse presente para sólo entonces proponer intervenciones.

LA PROBLEMÁTICA LEGAL

La problemática de la droga es actuante en todos los niveles: internacional, nacional y en las ciudades, pero también en todos los niveles subjetivos. En los dos aspectos, hay *legislaciones* que suelen decir lo que *no hacer*. De inicio, es necesario decir que se pueden comprender los aspectos macropolíticos del narcotráfico si miramos para los micropolíticos del *sujeto-adicto*.

Resulta difícil hoy decir qué país o, mejor dicho, qué nación, está alejada de la producción de drogas, o también del aparente e inocente préstamo del territorio para el transporte de grandes cargas. La América Latina se destaca en el contexto mundial, y ahí se incluyen Brasil, Perú, Colombia, Bolivia, México, Paraguay, Argentina y Venezuela⁴. En otros continentes hay también importantes países, pero podemos dejar esta discusión en nuestros barrios. En Brasil dejan de existir puntos de venta del narcotráfico, porque cualquier droga puede ser comprada con una coca-cola y un pancho, y eso no es un privilegio de los grandes centros.

La búsqueda de cocaína, LSD, crack, éxtasis y marihuana aumenta (ilícita), pero aumentan también los índices de compras de drogas lícitas: alcohol, tabaco... Los ansiolíticos fueron las medicinas más vendidas en Brasil, después de los contraceptivos, en 2008. Creo poder decir que *la droga es la sustancia que lleva al sujeto muy cerca de un límite que es insoportable*, financiado primero por su propia necesidad pulsional (una fuerza constante y anárquica que requiere una traducción singular) que precisa ser conocida por sí mismo.

En este contexto, la preocupación y la acción estatal no ganan expresión por emplear una manera primitiva de intervención: la represión y la punición, esa es la función del padre primitivo. Mientras tanto, si el Estado (en cualquier nivel)

² Según la clasificación de Helen Nowlis, como recuerda Rubén Ghia en su recorrido “Prevención y drogadicción. Una perspectiva integral de intervención en el marco de una institución pública para adictos a drogas”. AASM, 2010.

³ Lema empleado hasta hoy en Brasil: “Não às drogas!”.

⁴ Información ofrecida por Claudio Gutiérrez de la Cárcova, en “La problemática de la droga a nivel mundial y nacional. Tráfico, tenencia, consumo, aspectos legales”. AASM, 2010.

llega a salir de su función política ortodoxa y ofrece algo más que las letras de la ley, puede sorprender a todos; pequeños casos comienzan a ser conocidos en el mundo, con la divulgación de trabajos efectivos que se asemejan al que se basa en la escucha clínica: un lugar posible de resurgimiento de lo que está reprimido.

Hay una pregunta que se puede plantear de este modo: ¿cuál es el peligro que se produce al emplear drogas? ¿A quién? Todos sabemos lo que ocurre en el campo social, jurídico y también familiar, pero quedamos siempre con la indagación –sin respuesta que pueda satisfacer– del peligro al que el sujeto se lanza al hacer que una sustancia integre su subjetividad y su cuerpo. Y más: ¿dicho peligro exige una cura? Podríamos pensar que es muy difícil la no responsabilización de un sujeto por su acto (lo que Freud llamó *alma bella*). El sentido común exige una consecuencia a eso: el castigo, una práctica penal muy antigua, pero que está alejada del propósito que intento delinear. Veamos lo que nos dicen Tendlarz y García: “Si el sujeto no reconoce su falta, no puede dar una significación a la sanción que se le aplica por el delito que cometió; de este modo, el castigo no modifica su acto criminal”⁵.

Es el momento de dar respuestas: el mayor peligro al que el sujeto está sometido es el de caminar en la ilusión de la alienación, la supuesta irresponsabilidad. La cura y el tratamiento posible pasan por comenzar a preguntarse acerca de la función y del lugar que la droga ocupa en su existencia. Eso es un *imperativo legal personal* que apunta a tomar su deseo (narcotizado por las drogas hasta entonces) en las manos, y a responsabilizarse por él.

EL PSICOANÁLISIS

El uso, la intoxicación aguda, la dependencia y la abstinencia, forman un recorrido vacilante donde el adicto tiene poca posibilidad de saber lo que le ocurre, de rescatar sus propias perspectivas en relación al deseo narcotizado por las *compañeras sustancias*. El Psicoanálisis, frente a una infinidad de protocolos, va más allá de los criterios técnicos de análisis de los trastornos de intoxicación y de consumo de sustancias, para preguntar: ¿qué

lugar ejerce la droga en la subjetividad singular? ¿Qué función ejerce en la vida del adicto? Y quizá, ¿qué sabe el adicto de todo eso y qué puede decir acerca de esa especial relación? Inés Sotelo comenta: “Considero crucial para el analista ubicar con qué significativo un sujeto se siente representado, qué acontecimientos, qué rasgos, qué datos selecciona para presentarse. Suelen ser datos que se articulan con su posición subjetiva”⁶. No hay nosología capaz de delimitar un sujeto: lo que pasa en el momento anterior al consumo, durante el uso, en los efectos de su efecto, en el espacio entre un consumo y otro, son tiempos donde es posible pensar en el surgimiento de una implicación que permita romper el sueño reiterado por una pastilla más. Sin olvidar que la Epidemiología no formula cuestiones psicoanalíticas, porque no le son afectas, apenas el propio adicto podrá irrumpir en su discurso pedazos de verdad sobre lo que le pasa, independientemente de su participación estadística en cualquier clasificación. El uso tóxico y agudo de la cocaína, de la marihuana y del LSD, como tantos otros, provocan manifestaciones físicas y psíquicas que pueden pedir intervención clínica de *contención*. Eso no es exclusivo del cuerpo, que vive intensa excitación motriz, sino del psíquico, que vive el goce del caos pulsional que provoca el malestar. *La búsqueda de la droga, de la misma o de otra, es un intento de volver a vivir la satisfacción que no se sabe dónde está, y que paradójicamente se sabe que no está ahí*; es en este punto en el que la intervención clínica actúa como limitante del goce. Evocando a Freud, Jesus Santiago nos dice que la “satisfação obtida na tentativa desesperada de evitar o sofrimento carrega consigo, em contrapartida, a nocividade inerente à pulsão de morte”⁷.

En la concepción psicoanalítica, el adicto prescinde del Otro en su goce y vive en el real del cuerpo el daño que tiene *causa* en la sustancia, pero que también se origina en el desenfrenado malestar donde insiste estar. Es lo que nos trae Helena Chada y Viviana Carew: “la sustancia intoxicante que se ingiere es en realidad una réplica mundana de la toxicidad de la pulsión”⁸. A ver, si hablamos de la relación de la droga con la pulsión, hablamos de la manera en que el deseo circula y se hace notar. Aquí está el mayor tesoro para explorar: la función de la droga, lícita o no.

5 Tendlarz, S. E.; García, C. D. “¿A quién mata el asesino?”. *Psicoanálisis y Criminología*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008, p. 56.

6 Sotelo, Inés. “Clínica de la Urgencia”. *JCE: Buenos Aires*, 2007, p. 143.

7 Santiago, Jesus. “A droga do toxicômano – uma parceria cínica na era da ciência”. *Rio de Janeiro: JZE*, 2001, p. 107.

EL MÁS ALLÁ DE LA CLÍNICA PROTOCOLAR

El uso de diferentes drogas a lo largo de la historia de la humanidad, no es ajeno a la historia del hombre. En este contexto, la clínica necesita, hace tiempo, ampliar su mirada, pues no sólo cambió el consumo, sino los consumidores y sus *intenciones*. Por otro lado, la preocupación en general continúa en el orden moral, como en el siglo XIX. Evoco a Ariès & Duby, que se refieren aún a la peste de antaño:

"Para debelar esta nova peste [alcohol] que desorganiza a familia, contraria o imperativo da contenção, favorece o despovoamento, acelera a degeneração da raça, atíça a desordem social, atenta contra a grandeza da pátria, é conveniente antes de mais nada moralizar o proletário. Uma campanha antialcoólica se inicia; a partir de 1873 criam-se ligas que se apóiam na escola, na caserna, na vila-jardim para enquadrarem os lazeres operários"⁹.

El lugar ofrecido por la droga es el de goce, que tiene su espacio yuxtapuesto al del malestar. Es ahí que el sujeto es tragado por sí mismo, donde lo real se manifiesta de la manera más contundente. Eso no sería diferente con las drogas lícitas. Si pensamos una vez más en la intoxicación, ¿no es esa una señal de que se agotaron los mecanismos para lidiar con lo real de la angustia, causada por la falta de recursos subjetivos y por la imposibilidad del *cuero* de soportarse? Es necesario evocar aquí el recuerdo de que el cuerpo a que me refiero no es aquel que está acostado en una cama, sino el *cuero* que sufre y pide intervención. Este *cuero* es el propio sujeto que desea y que vacila. Es lo que nos dice Eric Laurent: "El malestar no reside en un déficit sino, más bien, en un exceso de cargo por un goce oscuro que no llega a dejarse reconocer"¹⁰.

La idea que pienso es hegemónica en el más allá de la clínica, es la de la presencia del otro. Conocemos las técnicas de tratamiento, las posibilidades genéticas, la amplitud de los datos estadísticos que intentan comprender algo, y los determinantes sociales. Pero muchas veces olvidamos el goce, que dispensa el lazo relacional. Si los informes establecen el promedio de ingreso en las toxicomanías a los 14 años, se puede pensar que, hasta ahí, algo muy importante quedó por

⁹ Ariès, Philippe; Duby, Georges. "História da Vida Privada 4". São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p. 579.

¹⁰ Laurent, Eric. "Psicoanálisis y Salud Mental". Buenos Aires: Tres Haches, 2000, p. 106.



SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a administracion@aasm.org.ar consignando:

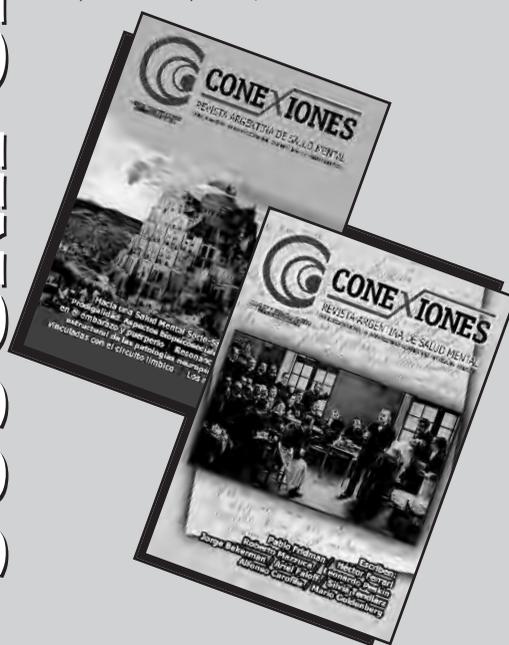
- Nombre y apellido
- Domicilio
- Mail
- Teléfono

(si desea que la revista llegue a su lugar de trabajo, consignar nombre de la institución)

La revista es gratuita, sólo se deberá abonar un costo de envío de:

\$ 4,50 C/U o \$ 18 los cuatro números del año.

(Para el exterior los precios son U\$S 6 o U\$S 24)





ser dicho y escuchado. Si el *otro* tiene la capacidad de evocar el deseo, podemos quedarnos con la buenísima definición de Juan Dobón: "Un adicto no es aquel que ha perdido la voluntad y no puede controlar el consumo, sino el que ha renunciado a preguntarse si existe otra voluntad"¹¹.

No existe la posibilidad de haber *otra voluntad* si falta un *otro* a direccionarla. Si sabemos que los tratamientos y las prevenciones no tienen éxito en muchos de los casos, si las derivaciones judiciales fracasan en casi la mitad de los casos y la permanencia en tratamiento es mínima, hay otro lado a mirar. No confundamos los esfuerzos de los órganos gubernamentales con lo que se puede hacer en la clínica o, mejor dicho, que es debido en la clínica. Los últimos indicativos investigativos retoman un eje antiguo de trabajo: la participación, en la *recuperación* del adicto, de una presencia marcante; suele aparecer con el nombre de "familia" (según Freud, el lugar de origen de las neurosis). Para finalizar, es fundamental en cualquier proposición de tratamiento el rescate de la función de la droga, de la función del otro y de la calidad del lazo que ahí se establece. Eso es ir *más allá* de los números, de las prescripciones y de las derivaciones, es proponer un retorno al deseo, y si hablo así, digo también de un retorno al Otro. Esa es la tercera y última percepción que me propongo: el cambio de dirección, no en todo lo que

está puesto y duramente desarrollado a lo largo del tiempo, sino en la intensificación de la presencia en lo que llamamos tratamiento, a través del simple pero importantísimo ofrecimiento del recuerdo de la existencia de otra posibilidad al sujeto, y eso se opera con la escucha del Otro por un *otro* que porta su Otro.

A partir de ahí se rescata, en el sujeto, la posibilidad de reconocerse en su deseo, lo que es imposible de integrar en cualquier método protocolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁRIES, Philippe; DUBY, Georges. *História da Vida Privada 4. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.*
 CHADA, Helena; CAREW, Viviana in DELGADO, Osvaldo (Comp.). *Los Bordes en la Clínica. Buenos Aires: JVE, 1999.*
 DELA CÁRCOVA, Claudio Gutiérrez. *La problemática de la droga a nivel mundial y nacional. Tráfico, tenencia, consumo, aspectos legales. Asociación Argentina de Salud Mental, 2010.*
 DOBÓN, Juan. *Patologías del Consumo. Drogadependencias. Abordajes Múltiples. Biblioteca Médica Digital. AMA.*
 GHIA, Rubén. *Prevención y drogadicción. Una perspectiva integral de intervención en el marco de una institución pública para adictos a drogas. Asociación Argentina de Salud Mental, 2010.*
 LAURENT, Eric. *Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Tres Haches, 2000.*
 SANTIAGO, Jesus. *A droga do toxicômano – uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro: JZE, 2001.*
 SOTELO, Inês. *Clínica de la Urgencia. JCE: Buenos Aires, 2007.*
 TENDLARZ, S. E.; GARCÍA, C. D. *¿A quién mata el asesino? Psicoanálisis y Criminología. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2008.*

¹¹ Dobón, Juan. "Patologías del Consumo. Drogadependencias. Abordajes Múltiples". *Biblioteca Médica*

AASM

CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 30 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 25 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 20 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones por pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados. Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno. Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés. Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva.

Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM. Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM. Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se regirá por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

E-mail: administracion@aaludmental.org - www.aasm.org.ar

EL EROTISMO EN EL ENVEJECER

Amor, Deseo, Goce, Pulsión

María Capponi
Silvia Luchessi de Olaso

capponimaria@yahoo.com.ar

"El erotismo es la aprobación de la vida hasta la muerte"
(Bataille, G.)

Nuestro trabajo se basa en la temática del envejecimiento y sus vicisitudes, siendo el erotismo uno de los temas básicos de esta presentación, el que articularemos a la concepción de goce, deseo, pulsión, amor, en sus similitudes y sus diferencias, y a la implicancia del sujeto en este acontecer.

Nuestro primer impulso es tomar una frase de nuestro libro "Sujeto y edad. Clínica y Psicoanálisis": "la vejez es el precio que se paga para seguir con vida".

Partimos de la idea de que no hay saber acabado sino que, por el contrario, toda apertura nos invita de manera continua a la novedad que aparece, aun tratándose de temas ya abordados.

Nuestra posición teórica implica tomar al hombre en su dimensión de falta, en que lo básico de su existencia es la división subjetiva y la imposibilidad de completar el saber.

Este pensamiento es nuestro eje particularmente importante para enfocar el tema de todo lo que acontece en la vida.

Este saber no todo, lejos de provocar frustración, nos allana el camino para la creación de aquellas acciones que nos protegen de la caída en el vacío, en tanto el sujeto se implique en la construcción de su propia vida, de su propio destino.

De aquí se desprende que los planteos contundentes, taxativos, ciertos y cerrados, son caminos que conducen a la frustración.

Alejandra Makintach, colega de nuestra Institución, en uno de sus trabajos sobre el tema del erotismo, presentado en la Jornada del Espacio de Adultos Mayores de la AAPPG, en un estético juego de palabras, afirma que podemos interrogarnos acerca de si se trata de "el erotismo en el envejecer", tal como lo consigna nuestro trabajo, o si a través de los resortes del lenguaje se puede decir: "el envejecer del erotismo".

¿Envejece el erotismo? ¿Envejece el amor? ¿La pulsión? ¿El deseo? ¿El sujeto? Esta es una pregunta que habremos de sostener.

La sexualidad y el erotismo merecen un esclarecimiento particular.

En un planteo psicoanalítico, la sexualidad está presente desde el comienzo hasta el fin de la vida, aun en el proceso de envejecimiento. En todo tiempo hay sexualidad, pero absolutamente diferenciada no sólo de sujeto a sujeto, sino a través de los distintos momentos vitales. El reconocimiento de las limitaciones que nos impone el proceso de evolución e involución corporal, nos abre las puertas a centrarnos en todo aquello que es vital y rescatable en el hombre que envejece.

Por otra parte, este reconocer, este admitir, nos conduce a eliminar aquel sufrimiento del que se puede prescindir, que sólo está ligado a los ideales sociales que impulsan a la rivalidad, a la competencia y al logro sin tope.

Además nos induce a hacernos cargo de aquel sufrimiento que es inherente a nuestra condición de humanos, que sólo podemos aliviar construyendo a través de todo lo que tenemos a nuestro alcance.

Atravesamos la vida con la mochila a cuestas. Ella contiene todos los mandatos, ideales, palabras que vienen del otro y del Otro, lugar del código.

Asumirnos como sujetos que hablamos en nuestro propio nombre, es toda una construcción y un desafío. Es recorrer el trayecto desde un sujeto dividido a un sujeto construido.

“Esta construcción del sujeto que le introduce al lazo social, que evita la enajenación entendida como falta de obra, como solipsismo empobrecedor cuyo máximo exponente es la ‘libertad’ psicótica, es responsabilidad del sujeto... Hay una exigencia ética que invita, Lacan nos invita, a que cada uno rehaga el camino de la duda y haga suya la duda cartesiana que desemboca, si hay suerte y el proceso analítico llega a su término con la certeza de la separación, que es articulación de la pura diferencia en la red del discurso social” (Marqués Rodilla, Cristina).

De la misma manera, asumir el erotismo en la lucha entre Eros y Thanatos es toda una construcción y ¿por qué no? una responsabilidad que nos debemos como sujetos.

Es dar respuesta a una posición frente a la vida. Es crear lazos más sustentables con ese otro semejante y al mismo tiempo diferente. Es hacer triunfar al deseo frente a la cobardía de “no arriesgar”, de no asumir los riesgos que implican esta lucha y este verdadero trabajo psíquico. Según Dobón, “hay que responder por lo que me causa, por lo que me provoca decir, por lo que me provoca desear”.

El mismo autor señala que “para Lacan, las posiciones del sujeto son básicamente dos, y tienen que ver con las versiones de uno, o las versiones del otro. Cuando las versiones son del otro o el decir es del otro, eso se denomina ‘alienación’. Cuando las versiones son construidas por el uno, comienza el proceso de separación. De nuestras separaciones somos responsables”.

Miller, en “Conferencias Porteñas”, Tomo I, dice: “Para llegar a formular que el goce es goce del Otro, es necesaria una enorme construcción, no es en lo más mínimo un punto de partida, como lo es en el caso del deseo”.

Retomando nuestra línea “el punto de partida, tratándose de goce, es el cuerpo. Lo que toma el lugar del deseo es el deseo del Otro (simbólico);

en lo que respecta al goce, es que el goce sólo se aprehende por lo que es cuerpo, que sólo un cuerpo puede o no gozar” (real).

Desde que nacemos estamos a merced del Otro. Hay una cultura que nos espera, incluido un nombre.

El otro es nuestro interlocutor permanente para nuestra evolución como sujetos, para lo que llamamos nuestra salud, nuestra neurosis y nuestra cura.

En este sentido esta presencia es una gran fuente de conflictos, porque por una parte es indispensable para la vida y, por otra, nuestro narcisismo le hace frente siempre que el otro aparece. Es como si dijera “Acá estoy yo”.

Vivimos rodeados de otros, nuestros semejantes y, aún más, vivimos en representaciones y concepciones, con otros ausentes.

Este Otro da origen al deseo, en tanto es capaz de hacer marca para acotar la embestida de un goce ilimitado. Un ejemplo claro lo podemos tener en el tema de las adicciones.

En todo esto ha tenido un gran papel el amor. Por amor, siguiendo expresiones de Miller, el niño hace condescender el goce al deseo, es decir, el niño para complacer a sus padres y por amor a ellos puede autoprohibirse de aquello de lo cual goza, dando lugar al deseo siempre incitante a la realización. Queda claro por qué el deseo es el deseo del Otro.

¿Cómo hablar de sexualidad, de erotismo, si no desplegamos estas ideas del amor, goce, deseo, que se articulan en sus diferencias?

AMOR, DESEO, PULSIÓN, GOCE

Comencemos por el amor, ese sentimiento que parecería tener cualidades mágicas.

Va de la mano de la ilusión de que con él llegaríamos a la completud.

Siguiendo a Colette Soler, decimos con ella que el amor momentáneamente nos cubre del sentimiento de desamparo que subyace a la falta. Más allá de que se trate de una ilusión, ésta tiene su veta de real, en tanto se ligue al deseo, llevando al hombre a la construcción permanente de lazos sociales.

Es sabido que en el encuentro inicial del viviente humano con la cultura, con el Otro, con el lenguaje, éste hace marca de modo tal que respecto del hombre ya no hablamos de instinto, sino de pulsión. Por lo tanto, ésta pertenece al orden exclusivo de lo humano.

Desde la teoría del psicoanálisis vincular hay quienes sostienen que la pulsión es el nudo, el ombligo de lo vincular.

La pulsión empuja en su búsqueda del objeto, empuje que deberá tener su tope, a través del deseo que orienta al sujeto y que, junto al sentimiento de amor, evitará todo exceso y sus consecuencias.

¿Qué hay del erotismo?

Georges Bataille presenta una cita de Michel Leiris que transcribimos: "El erotismo es considerado como una experiencia vinculada a la vida, no como objeto de una ciencia, sino como objeto de la pasión o, más profundamente, como objeto de una contemplación poética" (Bataille, G.: "El erotismo", pág. 13).

Este mismo autor, en otro párrafo de su autoría, dice:

"El erotismo es la aprobación de la vida hasta la muerte" (ídem, pág. 13).

Cuando nos referimos al erotismo no podemos dejar de vincularlo a la sexualidad, sexualidad que está inscripta tanto en la vida del hombre como en la del animal, ya que en ambos la sexualidad reproductiva es el eje de esta misma actividad. Pero, como dijimos en el título, ¿qué hay del erotismo?, ¿cómo se articula con la sexualidad?, ¿cómo se distingue?

En primer término, a diferencia de la sexualidad, el erotismo es una actividad estrictamente humana.

1º

Encuentro Interinstitucional sobre Adicciones. ¿En qué ESTADO?

Ante una sala colmada, se realizó en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires el **1º Encuentro Interinstitucional sobre Adicciones... ¿En qué ESTADO?**

Se expuso sobre la problemática de las Adicciones en la Ciudad de Buenos Aires. Presentaron sus ponencias los principales efectores estatales de la Ciudad y también un grupo de madres de pacientes que padecen la problemática.

El encuentro apuntó a profundizar los acuerdos en relación a las necesidades que la Ciudad presenta, en materia de atención a los consumidores de drogas, haciendo hincapié en responder a las demandas sobre la salud y la resocialización de los mismos en el marco de las instituciones.

Al evento fue invitado como disertante, el Lic. Alberto Trimboli, Secretario General de la AASM y Coordinador General del Grupo de Trabajo de Adicciones del Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". Además expusieron el Dip. Jorge Selser, Presidente de la Comisión de Salud de la Legislatura; Gloria Martínez, Presidenta de Madres y Familiares de Víctimas de Drogas; la Lic. Graciela Doubrez; la Lic. Beatriz Baldelli (La Otra Base de Encuentro); el Dr. Mario Kameniecki (Centro Carlos Gardel); el Dr. Carlos Damin (Hospital Fernández - Serv. de Toxicología), y el Lic. Carlos De Marco (CPA Prov. de Buenos Aires). El encuentro fue organizado por los diputados Jorge Selser (Pte. de la Comisión de Salud), María Elena Naddeo (Pte. de la Comisión de Salud Mental) y Diana Maffía (Pte. de la Comisión de Mujer, Infancia, Adolescencia y Juventud).

Al frente de la coordinación, la difusión y la convocatoria de este primer encuentro, estuvieron el Lic. Alfredo País y el Dr. Silvio Bodnar.



Esto requiere algunas reflexiones: Sólo el hombre ha revestido su sexualidad con el manto del erotismo.

De este modo esta actividad, si bien en el hombre cumple una función importante en la sexualidad reproductiva, puede muy bien separarse de ella, ejerciendo las sutilezas de la sexualidad erótica.

En nuestro intento de encontrar fundamentos a estas aseveraciones, tomamos como base la adquisición del lenguaje, acontecimiento que impregna la cultura toda.

Cada hombre, en su condición de sujeto, hará de este acontecer una marca propia, única, peculiar. En esta complejidad humana que separa al hombre del animal, hay autores -con quienes compartimos algunos puntos de sus posiciones teóricas acerca del tema- que incluyen a la muerte como rasgo presente del accionar erótico.

En el recóndito mundo interno del hombre hay espacios en los que la muerte y el goce cabalgan junto al erotismo.

DE LA SEDUCCIÓN

Hay una liberación y una superproducción de sexo y de goce. La fragilidad de la prohibición lleva a los excesos (antítesis de la carencia). En un sentido, la liberación hace posible una realización en plenitud, pero si lo pensamos en función y en consonancia con el deseo, esta realización diluye el pesar de la carencia, que es precisamente la que sostiene al deseo.

El fantasma, el imaginario, se esparcen por doquier, operando sin límites, dejando a la demanda fuera de circulación y sin vida. La demanda ya satisfecha pierde su lugar de existencia. Por ello es que Barthes dice: “el sexo está en todos lados, salvo en la sexualidad” (Baudrillard, pág. 13). “Basta ver un programa de televisión”.

Nuestra pretensión, nuestro interés, es llegar a -aunque más no sea- verbalizar alguna cuestión del paso de los años para acercarnos a los mayores en lo que hace a su sexualidad, sin por ello dejar de hacer referencias al género.

Freud sostuvo la idea de una sola sexualidad, una única sexualidad apoyada en una sola libido -la masculina-, teniendo como eje el falo, el nombre del padre y en medio de las ideas de castración y represión.

No se trata de encerrar lo femenino en esta estructura, haciendo una discriminación negativa, ni tampoco de hacer pasar lo femenino como lo opuesto a lo masculino. Lo femenino es otra cosa. Está en otra parte.

Lo dice Baudrillard de esta manera: “Lo femenino seduce porque nunca está donde se piensa” (“De la seducción”, pág. 14).

A propósito, y algo para que podamos pensar, este autor se aparta un poco del psicoanálisis y, en lugar de hacer planteos en términos de relaciones psíquicas de represión o de inconsciente, como él lo consigna, “lo hace en términos de juegos, de desafíos y de seducción”, a la que define como “la estrategia de las apariencias”. Así, termina definiendo a lo femenino no como lo que se opone a lo masculino, sino como lo que seduce al hombre.

¡¡Felicitaciones, Dr. Pablo Fridman!!



La Asociación Argentina de Salud Mental tiene el agrado de comunicar a los colegas y amigos que el Dr. Pablo Fridman, Vicepresidente de nuestra institución, ha sido designado por concurso, obteniendo el puntaje más alto, Jefe de División Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. De esta manera, el Dr. Fridman se convierte en la máxima autoridad del Servicio de Salud Mental del Hospital Álvarez, uno de los de mayor complejidad y prestigio dentro del ámbito del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo, es modelo de asistencia a las personas que consultan por problemáticas ligadas a la salud mental porque cumple con los lineamientos ordenados por la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Felicitamos al Dr. Fridman por este merecido logro y le deseamos una exitosa y responsable gestión.

La Comisión Directiva de la AASM

No se nos escapa el rasgo de ficción que define a los ideales y a las identificaciones en la cultura. Hay, en el momento actual, una apertura al derecho de gozar -aunque de manera ficcional tal vez-; es válido para las mujeres, quienes decididamente han estado al margen de ese derecho. Basta recordar, muchas veces mencionado, la época en la que Freud lanza su teoría sobre la sexualidad. Eran otros momentos, momentos de auge de la burguesía vienesa. Este cambio de rumbo unido a la evolución y profundización de la vida psíquica del sujeto, ha alcanzado y se ha insertado en el acontecer de la longevidad. Se tiende a derribar la barrera de los prejuicios que al adulto mayor lo separan del resto de los hombres. Tenemos la certeza de que no procrean, pero sí pueden gozar.

Entonces, retomemos la idea de que el erotismo se diferencia de la sexualidad reproductiva. Ofrece al sujeto la posibilidad de un goce libre, de un goce otro, sin exigencias... Estos cambios -a diferencia de la pulsión- son inherentes a la evolución cultural de los tiempos.

La pulsión tiene otro camino. Podríamos decir que, dada la incompatibilidad estructural de la cultura con la pulsión, esta es independiente y genera lo que Freud llamó "El malestar en la cultura".

Para concluir, una cita de la psicoanalista francesa Maud Mannoni, quien nos transmite a todos esta idea, que puede ser fecunda y pertinente en la relación con nuestros mayores:

"No estamos preparados para vincularnos con las personas de edad, nuestra sordera nos quita recursos para que vuelvan a arrancar como sujetos deseantes...".

BIBLIOGRAFÍA

- Bataille, Georges: "El erotismo". Fábula. Tusquets Editores. Buenos Aires. 2006.*
- Bataille, Georges: "La felicidad, el erotismo y la literatura". Ensayos 1944-1961. Adriana Hidalgo editora. Buenos Aires. 2008.*
- Baudrillard, Jean: "De la seducción". Editorial Cátedra. Teorema. 2ª edición. Madrid. 1984.*
- Capponi, M. y Luchessi de Olaso, S.: "Sujeto y edad. Clínica y Psicoanálisis". Edit. Prometeo. Buenos Aires. 2008.*
- Dobón, Juan: "Responsabilidad, culpa y lazo". Espacio "Pensando lo vincular". AAPP. 30 de octubre de 2009.*
- Makintach, Alejandra: "Erotismo en el envejecer". Jornada Espacio de Adultos Mayores. AAPP. 22 de agosto de 2009.*
- Mannoni, Maud: "Lo nombrable y lo innombrable. La última palabra de la vida". Nueva Visión. Buenos Aires. 1992.*
- Marqués Rodilla, Cristina: "El sujeto tachado: un sujeto construido". Instituto Ramiro de Maeztu. Madrid.*
- Miller, Jacques: "Conferencias Porteñas". Tomo I. Edit. Paidós.*

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo es considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.

Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.

- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés, y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas, para que sea considerada su publicación, que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente, serán remitidas al autor responsable para su modificación.

BIENVENIDO A
LA ARMONIA

NUEVO **Kemoter**

Quetiapina

El camino a la armonía

El antipsicótico atípico con eficacia
y tolerabilidad demostradas en:

- Ambas fases del Trastorno Bipolar.
- Esquizofrenia aguda y de mantenimiento.



Presentaciones:

Kemoter 25 mg Envases con 10 y 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 100 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 200 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

Para mayor información
llámenos al: 0800 999 2495
o visite nuestro sitio web:
www.elea.com

