

Dr. Sigm. Freud

Docent m. universitat.



# CONEXIONES

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

Año 2 Nº 7 Diciembre de 2006  
DISTRIBUCION GRATUITA



**Escriben:**  
**Pablo Fridman / Héctor Ferrari**  
**Roberto Mazzuca / Leonardo Peskin**  
**Jorge Bekerman / Ariel Faloff / Silvia Tendlarz**  
**Alfonso Carofile / Mario Goldenberg**



## COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande  
VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman  
SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli  
SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin  
TESORERO: Lic. Belen Baudron  
SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido  
SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano  
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán  
SECRETARIA DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi  
SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo  
SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian  
SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante  
SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff  
VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez,  
Beatriz Kennel  
COMISION REVISORA DE CUENTAS:  
TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Lic. Rosa Daniel  
SUPLENTE: Lic. Irma Zurita

## 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 Maria 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, Garcia M<sup>a</sup> Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana Edith, Nisembaun Adriana, Olivera Patricia Beatriz, Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo Bruno, Saucedo Rose Mary, Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene Raul, Villa Nora, Zirulnik Jorge

## MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega, Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen, Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato, Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro, Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

## PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

### SALUD MENTAL DE LA MUJER

PRESIDENTE: MARIA DE LAS MERCEDES BACCARO

### PREVENCION EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARIO PUENTES

### PSICOFARMACOLOGIA Y PSIQUIATRIA

PRESIDENTE: DIEGO ROBATTO

### ANSIEDAD, DEPRESION Y SOMATIZACION

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

### EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

### PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: FABIO CELNIKER

### PSICOSOMATICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY (EN FORMA INTERINA)

### PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

### ADICCIONES

PRESIDENTE: SUSANA CALERO

### ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SMUD

### SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENE UGARTE

### VIH-SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNANDEZ CABANILLAS

### MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

### TERAPIA FAMILIAR: ENFOQUE COGNITIVO SISTEMICO

PRESIDENTE: LILIANA CHAZENBALK

### REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

### CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INES MARQUIS

### ABORDAJES TERAPEUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

### SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

### PSICOONCOLOGIA

PRESIDENTE: INES BOUSO

### SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

### NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

### PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

### ESTRES Y TRAUMA

PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

### EDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RICARDO IACUB

### PSICOGERONTOLOGIA

PRESIDENTE: MARIA DELIA CAMINO

### PSICONEUROINMUOENDOCRINOLOGIA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

### PSICOANALISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

### NEUROPSIQUIATRIA

PRESIDENTE: SERGIO GUILLERMO CZERWONKO

### NEUROPSICOLOGIA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

### CLINICA Y PSICOPATOLOGIA

PRESIDENTE: HECTOR FISCHER

### SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

### DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

### CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

### MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

**CONTENIDO**

**6**

Homenaje a Sigmund Freud en el  
150 aniversario de su nacimiento

**20**

*Ariel Falcoff*  
De qué hablamos cuando hablamos  
de "depresión"

**24**

*Silvia Tendlarz*  
El autismo, entre el psicoanálisis y  
el cognitismo

**29**

*Alfonso Carofile*  
Encuentros cercanos  
entre Zurich y Viena (1900)  
Psiquiatria y Psicoanálisis

**32**

*Mario Goldenberg*  
La clínica y los nombres del padre.  
Nombre, metáfora y suplencia

Imagen de tapa:

*Carta de Freud a Fliess  
sobre el caso Dora, 14 de  
octubre de 1900*

*Freud y Charcot en el  
Hospital de la Salpêtrière  
con un caso de histeria  
(1885)*



**Director:**

*Eduardo Grande*

**Director Asociado:**

*Carlos Marachlian*

**COMITE EDITORIAL**

*Pablo Fridman  
Juan Carlos Fantín  
Alberto Trimboli  
Silvia Raggi  
Gustavo Bertran  
Dario 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  
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 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

diseño  
**carlos de pasquale**  
4697-4934



# congreso 2007

## II Congreso Argentino de Salud Mental

### Buenos Aires, Marzo de 2007

- 2<sup>da</sup>. **ENCUENTRO INTERAMERICANO DE SALUD MENTAL**
- 2<sup>da</sup>. **REUNION RIOPLATENSE DE PSICOANALISIS**
- 2<sup>da</sup>. **ENCUENTRO DE EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL**
- 6<sup>ta</sup>. **CONFERENCIA ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA CLINICA**
- 2<sup>da</sup>. **SIMPOSIO ARGENTINO DE TOXICOMANIAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS**
- 2<sup>da</sup>. **JORNADA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA, PSICOFARMACOLOGIA Y SALUD MENTAL**

### Comisión Directiva

**PRESIDENTE:**  
Dr. Eduardo Grande

**VICEPRESIDENTE:**  
Dr. Pablo Fridman

**SECRETARIO GENERAL:**  
Lic. Alberto Trimboli

**SECRETARIO CIENTIFICO:**  
Dr. Juan Carlos Fantin

**SECRETARIO DE ACTAS:**  
Dr. Nestor Saborido

**SECRETARIO DE ÉTICA:**  
Dr. Ricardo Soriano

**SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES:**  
Lic. Gustavo Bertrán

**SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES:**  
Lic. Silvia Paggi

**SECRETARIO DE PRENSA:**  
Lic. M. T. Ruben Gallardo

**SECRETARIO DE PUBLICACIONES:**  
Dr. Carlos Maracñian

**SECRETARIO DE CULTURA:**  
Dr. Roberto Bilotta

**SECRETARIO DE BIBLIOTECA:**  
Lic. Dario Galante

**TESORERO:**  
Lic. Maria Belén Baudron

**VOCALES TITULARES:**  
Dra. Susana Calero,  
Lic. Irma Domínguez

**COMISION REVISORA DE CUENTAS:**

**TITULARES:**  
Dr. Horacio Rodríguez O'Connor,  
Dr. Ariel Falcoff

**SUPLENTE:**  
Lic. Rosa Daniel

**INFORMES E INSCRIPCIÓN: AASM, Ayacucho 234, Ciudad de Buenos Aires**  
Tel: 4952-8930 / [www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar) / [administracion@aasm.org.ar](mailto:administracion@aasm.org.ar)

adhiera: **DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Realización y comercialización Integral

**GRUPO UNO**  
EVENTOS CONGRESOS

[www.gu-producciones.com](http://www.gu-producciones.com)  
[info@gu-producciones.com](mailto:info@gu-producciones.com)

adhesión:

**ELEA**  
DIRECCION  
NEUROPSIQUIATRIA

**Neurotrox CR**

**Neurotrox**  
permite ver la vida  
sin depresión, ni ansiedad

## ***A los profesionales de la Salud Mental:***

*Los días 22,23, y 24 de marzo de 2007, realizaremos nuestro II Congreso Argentino de Salud Mental, en el Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort.*

*Participarán en el mismo, tanto invitados nacionales como del exterior, aportando sus experiencias a través de cursos, conferencias, posters, jornadas, simposios, mesas redondas, presentación de libros y trabajos libres.*

*Este proceso de actualización permanente, nos ha llevado a comprender la necesidad de la participación multidisciplinaria, que es, además, el objetivo de la AASM.*

*Nuestro Congreso tiene como base, el espíritu de la cordialidad, el intercambio y el respeto.*

*Creemos que por encima de los cuestionamientos y las diferencias, debemos conservar el principio de la ética y de la responsabilidad, respetando en todo momento, los derechos de los pacientes, únicos beneficiarios de todas nuestras conclusiones.*

*Durante el año 2006 la AASM se vio honrada por la incorporación de nuevos capítulos, constituidos por profesionales que encontraron en la AASM, su anhelado espacio, trasladando a nuestra institución el nivel académico y su sólida trayectoria.*

*Apuntamos además, a no realizar un Congreso tradicional, y por ese motivo, tal como surgió naturalmente durante el 1º congreso, los miembros de la Comisión Directiva estará siempre presentes durante el evento, tomando un café con los asistentes, charlando y canalizando todas las inquietudes y escuchando sugerencias, puesto que el espíritu que inspiró su la fundación de la AASM, es que todos somos pares, seamos miembros de la comisión directiva, miembros de la AASM o profesionales participantes del congreso. Nos interesa retomar algo bastante caído en desuso en estos tiempos: el respeto.*

*Por último, quiero invitar a participar a este II Congreso, a todos los que trabajan día a día en el área de la salud mental, ya que seguramente, el mismo nos aportará nuevos conocimientos para el beneficio de los pacientes.*

*Cordialmente  
Dr.Eduardo Grande  
Presidente AASM*

# Edi to rial

## ***II Congreso Argentino de Salud Mental***



# Homenaje a Sigmund Freud en el 150 aniversario de su nacimiento

*A continuación, transcribimos las disertaciones completas (versión corregida por los autores).*

*Dr. Pablo Fridman:*

Aún el más acérrimo de sus detractores, no puede negar que la presencia de Freud en nuestra cultura ha cambiado la cultura misma. Toda su obra se prolonga en el tiempo y permanece viva actualmente. Freud ha producido un corte, un antes y un después en nuestra cultura, no sólo creando la práctica que conocemos como la práctica psicoanalítica, que es la práctica cotidiana de todos nosotros, sino también en los campos referidos a la cultura, a la propia ciencia, a lo jurídico, a lo artístico.... En todos los campos, la influencia de las ideas de Freud ha sido determinante, y ha producido un antes y un después, efecto de su llegada. Nuestro desafío actual es que Freud no sea una pieza de museo, que no se pierda esa especificidad inherente a su pensamiento, especificidad que no se subsume en ninguna otra disciplina, como el mismo Freud lo ha planteado en más de una oportunidad, y como lo han hecho a su vez sus seguidores. No perder dicha especificidad, que tiene que ver con aquello de más profundo, de más intrínseco..., más inalcanzable e inabordable de la particularidad humana. Aquello destinado a ser escondido, y que todo el tiempo aparece, reaparece, irrumpe, emerge..., e incluso perturba nuestras actividades y posibilidades, y a su vez crea en ese campo nuevas posibilidades, nuevos dominios de saber, nuevas producciones artísticas, científicas, creativas de todo orden. Es una potencialidad que se produce como perturbación, y como creación simultáneamente. El concepto de inconsciente, el concepto de pulsión, es un concepto revolucionario, que subvierte todo el saber actual y pasado, y que genera este efecto de creación y de perturbación inherente a la condición humana (que no puede expresarse sin aquello inhumano que le es pertinente).

Para conmemorar y hacer vivo este legado de Freud, hemos convocado a esta mesa: Tenemos entre nosotros, y los voy a mencionar en el orden en que después van a hacer sus intervenciones, el Dr. Héctor Ferrari, miembro de APdeBA, ex-



*Alberto Trimboli, Jorge Beckerman, Juan Carlos Fantin, Eduardo Grande, Roberto Mazzuca, Pablo Fridman, Gustavo Bertran, Silvia Raggi, Néstor Saborido, Maria Belén Baudron, Olga Sánchez, Héctor Ferrari y Leonardo Peskin*

presidente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, rector del IUSAM, (Instituto Universitario de salud Mental que depende de ApdeBA), profesor titular del departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina.

En segundo término tomará la palabra el Lic. Roberto Mazzuca, psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y de la Escuela de Orientación Lacaniana, ex – titular de la cátedra de Psicopatología de la Universidad de Buenos Aires.

En tercer lugar lo hará el Dr. Leonardo Peskin, miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina, profesor de seminarios en la APA y autor de un libro de reciente publicación (aparte de varios otros publicados), que se denomina “Los orígenes del sujeto y su lugar en la clínica psicoanalítica”.

Por último hablará el Dr. Jorge Pekerman, miembro de la EOL y de la Asociación mundial de Psicoanálisis, creador y director de la Comunidad Russell.

Entonces, para generar una conversación con ustedes y entre nosotros, le cedemos en principio la palabra al Dr. Héctor Ferrari.

*Dr. Héctor Ferrari:*

Gracias, buenos días. Realmente agradezco mucho es-

ta invitación para participar en un homenaje a una figura con la cual uno está tan entrañablemente ligado. Veía las escenas de Freud que se proyectaron y siempre me siguen causando la misma emoción, porque Freud fue una de las personas, quizás la más estudiada, la más conocida, la más indagada en su vida pública, en su vida profesional, en su intimidad. Conocemos de él lo que no conocemos de ningún otro hombre y realmente cada detalle, cada libro que sale sobre su vida y su obra, nos apasiona como si fuera la primera vez.

Mi vida profesional ha estado ligada a él desde prácticamente la adolescencia cuando me crucé con sus libros. Después estuve unos años en EEUU en momentos en que el psicoanálisis estaba en su gran apogeo. Por supuesto hice la carrera psicoanalítica en APdeBA, y durante los últimos veinte años, enseñé Freud en los seminarios.

Aparte de eso quería hablarles de otra cosa, para rendir un homenaje no sólo institucional, sino casi personal a Freud, por aquello que nos ha legado a cada uno de nosotros, por lo que significa su figura y por lo que significan sus ideas y lo que han hecho esas ideas, puestas a trabajar en distintos contextos. Su genio ha tenido eco en todos los campos del saber, pero me voy a referir especialmente a uno, que es el de la medicina. Lo hago por dos razones importantes: primero porque estamos en un contexto hospitalario. Qué mejor homenaje que rendirle a él en este acto, un recordatorio, cuando la medicina tuvo un fuerte efecto inicial de resistencia y de rechazo al Psicoanálisis, sobre todo en los primeros tiempos. Y en segundo lugar, porque en mi vida profesional he tenido, dentro de mi vocación analítica, un costado que me acercaba permanentemente a pacientes con enfermedades corporales y eso me permitió trabajar mucho en contacto, en distintos sectores que estaban ligados, utilizando el psicoanálisis como un instrumento fundamental de conocimiento, ir abordando distintos lugares donde era posible ponerlo en práctica y abriendo nuevos campos.

En ese sentido, voy a hacer brevemente la mención de tres momentos, que no necesariamente son sucesivos, pero sí de alguna manera se han continuado en el tiempo, aún hasta nuestros días, en el cual la influencia del psicoanálisis en la medicina ha tenido una trascendencia fenomenal.

El primero tiene que ver con lo que pensábamos de la enfermedad corporal y el paciente en análisis. En los primeros tiempos de mis primeros años profesionales, fue interesante ocuparse de pacientes que tenían trastornos somáticos. En aquellos tiempos estaba en auge la famosa medicina psicosomática, que como tal ha caído, con toda razón, un poco en desuso, pero estábamos muy abocados a ese trabajo. Los analistas que rodeaban a Freud también. Groddeck, de quien provino el término Ello se interesó especialmente por los pacientes somáticos. Acá los primeros pioneros de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Garma, Pichon Riviere,



**ATENEA  
CLINICA DE DIA**

**CENTRO DE SALUD MENTAL  
HOSPITAL DE DIA  
CONSULTORIOS EXTERNOS**

Directora  
Lic. ELSA BROMBERG

TALLER DE ESCRITURA  
TALLER DE DIBUJO Y MODELADO  
PRACTICA DEL RELATO  
MUSICOTERAPIA  
EXPRESION CORPORAL  
CONSULTORIOS EXTERNOS  
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

**URGENCIAS PSIQUIATRICAS  
E INTERNACION DOMICILIARIA**

**Palestina (ex Rawson) 1021 Tel: 4861-6008 / 4867-0170**

**Radiollamada:  
4527-9000 / 5288-9000 / 46783550  
ATENEA Cod. 8512**

entre otros, se ocuparon mucho de pacientes con trastornos psicósomáticos. En los primeros números de la revista de Asociación Psicoanalítica Argentina hay numerosos ejemplos de lo que estoy diciendo. Había una especie de interés por ese campo muy específico. Surgieron ahí las teorías de la psicogénesis de los trastornos somáticos, luego se pasó a distintas concepciones del paciente, que ustedes seguramente conocen: el paciente sobreadaptado (Lieberman), el paciente con trastornos operatorios en la mente (P. Marty), el paciente con trastornos en la afectividad (alexitimia), etc. Casi todas esas teorías nos sirvieron, pero declinaron, porque casi todas estaban puestas en el eje mente-cuerpo, y me parece que el eje fundamental de esta concepción pasó del eje mente-cuerpo, a la relación entre sujeto y objeto.

Fue un largo trabajo con pacientes que no sólo nos dieron una experiencia enorme para construir estas teorías, sino que además nos dio un bagaje de conocimiento que pudimos transmitir a la medicina. Porque tener pacientes en análisis a lo largo de muchos años, permitió a los analistas hacer valiosas observaciones del difícil proceso de sostener la salud, de cómo se contribuye inconscientemente a perderla o a sabotear la posibilidad de recuperarla, descubrimientos tan útiles

para la medicina. Conocimos los momentos críticos de un paciente cuando enferma, y sobre todo de la relación sistemática entre duelos no elaborados y el desencadenamiento de patología corporal. Esta última idea es actualmente reconocida por la propia medicina en una enfermedad de trabajos, y esto es parte del legado freudiano: reconocer que buena parte de los antecedentes de los pacientes que concurren con una patología corporal tienen algún duelo, o duelos mal elaborados como parte de su historia.

¿Más ideas del Psicoanálisis que enriquecieron la comprensión de problemas médicos? Muchas, como por ejemplo que cuando la enfermedad aparece, su devenir, no es ajeno a la intervención de sentimientos de culpa inconsciente, el paciente que tiene necesidad de castigo, de aferrarse al sufrimiento, etc. Estudiamos mucho el tema del dolor, que es el paradigma de los síntomas en medicina, por su conexión con el erotismo. Y sobre todo los fenómenos de la compulsión a la repetición que son una marca de los procesos de muchos pacientes somáticos, y su devenir en la clínica.

Con estas observaciones, estuvimos frente a la medicina con una clínica que rompía las expectativas de sentido común. El efecto del psicoanálisis fue poder señalarle a los médicos, que aunque para la mayoría de la gente la salud es un bien preciado cuya pérdida se teme, la salud no siempre es bienvenida, ni se la busca, ni se teme necesariamente su pérdida, y que paradójicamente, algunos no toleran el bienestar de la salud y parecen estar más a gusto en la enfermedad, el padecimiento o el sufrimiento. Estas ideas que tienen una vigencia enorme, están enclavadas en el seno de la medicina, y fue nuestra contribución hacerlo y continuar haciéndolo.

La segunda etapa de este proceso, se refirió a la relación médico-paciente. Ustedes recordarán que siempre se hizo mucho hincapié en la relación médico-paciente en medicina, pero no había instrumentos teóricos para avalar lo que queríamos obtener. Esos instrumentos los entregó el psicoanálisis, y podemos estudiar en la clínica, muchos de los avatares que ocurrían en esa relación. Hace 30 años, no había nada de esto en la medicina, es fabuloso pensar qué reciente es todo eso.

Entonces nos ocupamos de la relación médico-paciente. Hubo analistas que especialmente introdujeron el tema, por ejemplo M. Balint, en lo que fueron los grupos Balint (donde un grupo de médicos se reunía para tratar las alternativas de la relación médico-paciente) y con eso todo un desarrollo que se abrió en el campo de la medicina para trabajar operativamente. Después en la Argentina se empezó a trabajar con ese esquema en el marco hospitalario (Balint trabajaba en privado). En eso tuvimos mucho que ver, los desarrollos que hicimos en el Hospital Ferroviario en lo que denominamos Interconsulta Médico Psicológica con Isaac Luchina, con el Hospital de Lanús, que lo conducía Goldemberg. Con el modelo de la Interconsulta se abrió una

**asappia**

Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia  
Fundada en 1969

### Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis

Vicepresidenta: Lic. Mabel Belçaguy

## ESCUELAS DE POSGRADO EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

**C I C L O 2 0 0 7**

Dirigidas a Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos  
y otros Profesionales de la Salud Mental  
Becas para Serv. Hospitalarios: Cupo limitado

### ESCUELA DE CAPITAL

Directoras: Lic. Mabel Belçaguy – Lic. Silvia Angelo  
Duración: 2 años (Sábado 9 a 13,30 hs.)

### ESCUELA PARA INTERIOR Y PAISES LIMITROFES

Directoras: Lic. Lidia Orbe – Lic. Liliana Spadoni  
Duración: 2 años (Viernes 9 a 17 hs y Sábado de 9 a 13 y 30 hs cada 2 meses)

Objetivo: Articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.

EJERCICIOS CLINICOS – ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS – SUPERVISIONES – CONFERENCIAS

Áreas de Asistencia e Investigación:  
Infancia, Adolescencia, Discapacidad,  
Familia, Orientación Vocacional y Psicopedagogía

### INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)  
Entrada 2 4to. piso dep "9" – Capital – 4953-5789  
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

posibilidad de exploración, de trabajo conjunto con los médicos que fue y sigue siendo muy efectiva. Creo que buena parte de todos los hospitales hoy tienen equipos de Interconsulta, trabajan 'asistiendo a la asistencia', trabajan ubicados en la tarea del médico con su paciente, y en las vicisitudes que significa trabajar en la clínica con el paciente. Esa fue la segunda gran idea que le entregó el psicoanálisis a la medicina, y sigue siendo muy operativa. Yo diría que es el campo más basto que se ha creado dentro de la medicina para poder trabajar en profundidad las ideas del psicoanálisis. Esto era útil, porque los médicos no fueron preparados para esta tarea, aún ahora no son preparados para entender la complejidad psicológica y emocional del ejercicio de su profesión, para lo que ocurre en la intimidad de sus pacientes, de sí mismos, y para el vínculo entre ambos, para observar los problemas de salud y enfermedad que comprometen niveles profundos, infantiles e irracionales de la mente. Esto es un hecho de la clínica que circula en todos los pasillos de cualquier hospital y de cualquier centro de salud: no reconocer los aspectos irracionales que se ponen de manifiesto cuando está afectada la salud, y para los cuales el médico no tenía instrumentos.

Por supuesto que como analistas estamos familiarizados con el tema de la transferencia y de la contratransferencia y esto juega en el campo operacional médico, no hay duda. Es difícil transmitir la idea, es difícil enseñar sobre estos aspectos, pero los médicos reciben el impacto de sus efectos. Porque son agredidos, son violentados, se les desconfía, en fin, toda una serie de hechos que nosotros podemos ayudar a dar algún tipo de explicación y atenuar el impacto negativo que tiene a veces sobre la tarea médica. Y esto es fundamental. Otra idea que me parece ha hecho pie en la medicina, y si bien hay resistencias, los médicos, como decíamos con Luchina no tienen que interpretar la transferencia, pero tienen que 'manejarla' de alguna manera, porque si no, se encuentran en problemas, sobre todo con pacientes crónicos de mucho tiempo.

También en estos estudios, destacamos el valor del encuadre. El encuadre fue estudiado a pleno en el psicoanálisis. Lo tenemos muy estudiado teóricamente, con todas sus connotaciones, con sus componentes éticos, etc, pero no hay profesión sin encuadre, y la medicina también tiene un encuadre y era fundamental que algo sobre esto se dijera, y lo venimos diciendo, acerca de cómo los médicos tienen la necesidad de aprender en qué encuadre se tienen que manejar, como para poder ser eficaces terapéuticamente.

Dejo de lado porque no hay tiempo, y porque me parece como ajeno al tema directriz, el tema de la amplia influencia que tuvo el psicoanálisis sobre la psiquiatría, sobre la cual hoy en día hay un cierto repliegue, lamentable, después de la famosa década del cerebro, pero me parece que eventualmente no va a poder quedar de lado, porque lo que fue la impronta de la psiquiatría

dinámica tiene tanto peso, que en la medida en que recurran los pacientes, sean los demandantes, el psiquiatra va a tener que estar preparado para eso y no sólo prescribiendo medicación.

El tercer lugar de esta historia es sobre la educación médica. Ustedes tienen participación en la formación de los médicos, tienen cursadas de Salud Mental, Psicosemiología y de Psiquiatría, actividades todas que dependen del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina. Hace veinte años no había nada de todo eso. Me asombra recordar a veces, que entramos en la facultad hace 25 años nada más, un grupo de analistas bastante numeroso, en la primavera democrática del año '83, sin saber qué íbamos a hacer. Teníamos el instrumento analítico que nos daba el sustento teórico, pero sin saber cómo íbamos a operar en el campo formal de la educación médica. Recordábamos los trabajos de Freud, especialmente aquel donde menciona que "No es necesario hacer de un estudiante de medicina un analista, pero algo del análisis tienen que saber, aunque sea un poco" (Psicoanálisis y Universidad). Cuánto y hasta dónde era el tema fundamental que todavía seguimos discutiendo. Pero el asunto era no quedar en agua de borraja, no diluir nuestra enseñanza en una psicología de la conciencia, las famosas fórmulas que se usaban antes: "llamen al paciente por su nombre, traten de tener una relación cálida", porque con eso no basta. La complejidad de la relación y de la tarea médica es tal, que requiere de instrumentos sólidos. Y nosotros nos decidimos a utilizar el psicoanálisis a pleno, y así en nuestras cursadas, el alumno, adolescente aún, se familiariza con la idea de conflicto psíquico, sexualidad infantil, resistencia, transferencia, pulsión, pulsión de muerte, y sobre todo le damos una idea que no la va a recibir en ninguna otra parte de su formación médica: lo que es un cuerpo erógeno, a diferencia de lo que estudian que es el cuerpo biológico.

En medicina hay una idea como si este cuerpo biológico funcionara como la máquina que creó Freud en el Proyecto, como si marchara por sí sola. La idea de que hay un Yo a cargo de todo eso, con una historia por supuesto, es algo que tiene que pesar, y es el único lugar donde reciben esta idea, la idea de un conductor, de un Yo que, aunque parece que dirige, no está a cargo de la situación, porque es inconsciente de sus motivaciones fundamentales. Esa idea, que proviene del acervo freudiano, rompe en los alumnos con todas las expectativas de sentido común.

Aun discutimos entre nosotros, analistas, cual es el valor de transmitir estas ideas provenientes del psicoanálisis a jóvenes estudiantes de medicina. Muchos de ellos las reciben favorablemente. Están encantados, dicen descubrir un mundo nuevo. Al cabo de unos meses familiarizados con estos conceptos, vuelven y están muy satisfechos y agradecidos. Otros, como era de esperar, son reacios o indiferentes. Lo que creo que no sirve es transmitirle una mera psicología de la concien-

cia a los alumnos

He reseñado alguna de las ideas que nos transmitió Freud y que se tornaron operativas en el campo de la Medicina. Lo que me dio Freud, y acá viene mi agradecimiento final a él, es esto: a la edad en que se aproximaba a la muerte, estando muy enfermo, él creía firmemente en sus ideas. Y nosotros también tenemos que sostener estas ideas, porque en cierto modo van en contra de la corriente. En Medicina, nosotros nadamos en contra de la corriente, hay que aceptarlo, pero hay que tener la fortaleza que tenía este señor, al cual le brindo nuevamente mi homenaje y agradecimiento por lo que significó para mí, para mi trabajo y el de mis colegas. Gracias.  
(Aplausos)

**Dr. P. Fridman:**

Bueno, ahora le damos la palabra a Roberto Mazzuca.

**Dr. Roberto Mazzuca:**

Desde que recibí la invitación a participar en este acto tan querido para todos nosotros, se me planteó la pregunta ¿qué elegir? Es tan vasto aquello por lo cual podemos rendir un homenaje a Freud, como lo destacaba el Dr. Fridman en su introducción, que se extiende a todos los aspectos de la cultura. En los homenajes que se le rinden en estos días en Bs. As. y en el resto del mundo, algunos destacan justamente esa contribución en la diversidad de campos culturales, otros eligen algún sector en especial de la cultura, como la literatura. En un ámbito asistencial como el de este hospital, sin duda lo más adecuado es destacar la relación de Freud con la medicina, como lo acaba de hacer tan claramente el Dr. Ferrari.

Recordaba que cuando Lacan escribe su artículo en memoria de Ernest Jones, opina que el mejor homenaje entre psicoanalistas es la solidaridad en el trabajo, y en este sentido, aunque no pertenezco a este hospital, soy un invitado, por mis colaboraciones puntuales con él, y en todo lo que se sabe del trabajo que aquí se realiza, me parece que podemos afirmar que la presencia de Freud en el trabajo de este hospital es cotidiana, y en este sentido, es el mejor homenaje. Hacer que Freud y su trabajo sigan vivos. Subrayo esto "sigan vivos" porque recordaba también que una tapa de la revista Times, que hoy vimos acá en el video, en algún momento anunció la muerte de Freud: "Freud ha muerto". Me parece que el Hospital Álvarez es una muestra de que Freud sigue vivo en las consecuencias que su obra ha hecho posibles.

Una de las características de este acto proviene de hacerse, no con motivo del aniversario de una muerte, sino del aniversario del nacimiento. Alguien dijo, antes de empezar, "se trata de un cumpleaños", y es verdad. Si bien un cumpleaños es algo que celebramos cotidiana-

mente, tal vez en exceso, es una fecha un poco fetichizada a partir de la influencia de la cultura norteamericana; no es tan común que celebremos los cumpleaños de alguien después de muerto. Es sólo para los grandes: este año celebramos el 250 cumpleaños de Mozart y 150 de Freud. Y me parece que celebrar los cumpleaños tiene un poco este sentido: mostrar la actualidad y la fuerza viva de alguien como Freud.

Por esta razón elegí para esta ocasión hacer un homenaje del hombre Freud. Y uso este término como él mismo lo usó. Respecto de su obra se suele traducir "Moisés y el monoteísmo", pero en realidad el título de Freud es "El hombre Moisés y el monoteísmo". Yo entiendo que esto quiere decir que, más allá de lo que es el personaje de Moisés como figura religiosa y como figura política del pueblo judío, Freud apuntaba al hombre de carne y hueso. Entre los múltiples aspectos que podemos destacar del hombre Freud, quisiera hacer su elogio a través de tres rasgos.

El primero, su coraje. Creo que sin duda podemos decir que Freud fue un hombre de coraje. Coraje para sostener su descubrimiento, su invención del inconsciente, a sabiendas de la herida narcisista que esto implicaba para la humanidad y que él ponía en serie con la herida cosmológica y con la herida de la teoría de la evolución del tan apreciado por él, Darwin.

El coraje en su tarea cotidiana. Hace pocos días estábamos releendo en un grupo de investigación el análisis del sueño de la inyección de Irma que hace Lacan en el Seminario 2, en el cual destaca ese momento central del sueño, momento de angustia, donde en definitiva, dice Lacan, cualquier otro en ese momento se hubiera despertado; en cambio Freud sigue soñando. Sigue soñando no sólo para continuar elaborando su sueño, y esa es la hipótesis de Lacan, que Freud no sólo utiliza este sueño para elaborar su teoría de la interpretación de los sueños, sino que en el mismo sueño Freud está planteando ese momento de duda, de incertidumbre y de angustia de hacerse cargo de su descubrimiento.

Quisiera decir también, hombre de coraje en otros sentidos. Recordaba las circunstancias en que Freud recibe la inspección de la Gestapo en su casa, en su consultorio, y al terminar, le dan un documento para firmar, para dar su conformidad, y Freud accede pero agrega "recomiendo a la Gestapo". Realmente hay que tener coraje para hacer una cosa así.

Y su posición en relación con la libertad. Me llamaron la atención en el video que vimos, dos cosas: una, cómo justifica su traslado a Londres en su deseo de vivir y morir en libertad; y otra, que da como inicial en su trabajo, "aliviar el sufrimiento de sus pacientes neuróticos". Lo que muestra que, aún cuando para el psicoanálisis puro conviene prevenirse contra un excesivo deseo de curar, originalmente el deseo de curar y de que el psicoanálisis se amalgame con las psicoterapias, es claramente un deseo de Freud.

En segundo lugar, quisiera destacar en el hombre

Freud su honestidad, y en especial su honestidad intelectual. Es a través de Freud mismo que conocemos los errores que él fue cometiendo a lo largo de su trabajo. El hecho de poder reconocerlos, comunicarlos, transmitirlos y sacar de ellos una enseñanza, me parece que es un claro ejemplo que debe guiarnos en nuestro trabajo. No me parece que en Freud reconocer sus errores sea un rasgo de modestia. De ninguna manera pondría entre sus rasgos la modestia. Él era más bien consciente de la gran tarea que le había tocado, como lo vimos también en el video, él dice "tuve que pagar caro". Lo pondría entonces a cuenta de su honestidad, y en este sentido, nos sirve de guía, dado que cotidianamente cometemos errores, sería imposible no cometerlos. Lo decisivo entonces, no es no cometerlos, sino poder reconocerlos, utilizarlos en provecho propio y de la formación de los demás.

Finalmente, en tercer lugar, quisiera destacar en el hombre Freud su tenacidad. La manera en que él trabajó pese a todas sus dificultades. Desde los obstáculos iniciales, ya que no era un burgués acaudalado como la mayoría de sus colegas; las dificultades de su condición de judío en la Viena imperial, pero sobre todo las dificultades que le imponían, como se recordó acá, las resistencias a su obra.

Realmente podemos decir que es una tenacidad asombrosa. En uno de los homenajes al que he asistido recientemente, alguien destacaba cómo Freud decía "tengo un destino que cumplir" y efectivamente, cómo se muestra que la libertad, en definitiva, para todos nosotros se presenta como una especie de elección, pero de elección forzada. A Freud se le presentó, y libremente la eligió y la sostuvo hasta el final.

Copíe unas líneas, quisiera leerlas para terminar mi elogio de Freud. Son las que escribe Lacan al final de su trabajo sobre la dirección de la cura, y que siempre me parecieron uno de los mejores homenajes a Freud que he conocido. Allí Lacan dice:

"¿Quién tendrá todavía la ingenuidad de contentarse, en cuanto a Freud, con esa figura de burgués tranquilo de Viena (...)? ¿Quién mejor que él confesando sus sueños supo trenzar la cuerda donde se desliza el anillo que nos une al ser (...)? ¿Quién ha protestado como ese hombre de gabinete contra el acaparamiento del goce por aquellos que acumulan sobre los hombros de los demás las cargas de la necesidad? ¿Quién ha interrogado tan intrépidamente como ese clínico ligado a la cotidianeidad del sufrimiento a la vida sobre su sentido (...)? Hombre de deseo, de un deseo al que siguió contra su voluntad por los caminos donde se refleja en el sentir, el dominar y el saber, pero del cual supo revelar, él solo, (...) el significante impar..."

Muchas gracias.

(Aplausos)

*Dr. P. Fridman:*

Le damos la palabra al Dr. Leonardo Peskin.

*Dr. Leonardo Peskin:*

Agradezco la invitación, la cual me trae recuerdos de hace más de 20 años, cuando en este mismo lugar había sido invitado a hablar sobre el discurso del analista. Esto muestra justamente lo que varios destacaron, la proximidad que tiene este hospital y, en particular, el servicio hacia el pensamiento psicoanalítico.

Voy a tomar dos o tres cuestiones con relación a este aniversario del nacimiento de Freud. Una de ellas es destacar cierta necesidad de desagravio frente a una cantidad de ataques, que no fueron solamente alguna tapa del Newsweek o de otra revista, sino trabajos muy complejos de denigración diseñados y contruidos con una intención que queda por verse cuál es, pero existe. Esto me llevó a pensar que aunque uno se plantee que ahora hay que desagraviarlo, en realidad, prácticamente desde el comienzo de su obra hubo que hacerlo. Freud mismo lo destaca cuando menciona lo costoso que le resultó plantear sus ideas y los sucesivos ataques y traiciones que sufrió a lo largo de toda su vida. Una de las cosas que a mí siempre me pone en cierto modo triste es que no creo que Freud haya muerto feliz y contento, habiendo perdido a casi toda su familia y teniendo que huir indignamente de la Viena nazi. Tomando la mención que hicieron sobre la GESTAPO les recordaría la descripción de la escena en la cual se habían llevado a Anna para interrogarla sobre la IPA y la tensión que él vivía, incluyendo el hecho de depender de la mucama para que vaya a ver si podían sacarla o no. Esto es comparable al momento que desgraciadamente nosotros también conocimos muy de cerca en la época del Proceso. Pensemos que Freud y su familia podrían haber sido desaparecidos perfectamente, como terminaron siendo sus parientes en el Holocausto. Justamente en ese mismo contexto es que Freud dice esa frase que mencionó Mazzuca, con ese otro rasgo a destacar de Freud, que es el del humor. Parece como un gag de Groucho Marx el haber escrito: "Puedo recomendar cordialmente la Gestapo a todos".

Otra cuestión a describir es el movimiento de la obra de Freud en dos dimensiones, que a mí me parece que no son exactamente las mismas, y justamente iba a usar el sueño princeps, inaugural del psicoanálisis, el Sueño de la Inyección a Irma para ejemplificarlo.

Siempre se dice que Freud hizo un descubrimiento. Descubrir supone develar algo que ya estaba, se descubre algo que estaba cubierto, y por lo tanto ya estaba ahí presente, y esto es cierto. Uno siempre ve, y Freud mismo dice que Sófocles o Shakespeare, o Dostoievski no necesitaron del psicoanálisis para escribir sus obras. Es casi al revés, Freud se apoyó en ese tipo de obras para formular sus hipótesis. En ese sentido revela algo

que ya estaba. Yo a veces lo comparo con Colón, que descubre una América para Occidente. América ya existía antes, vivía gente, y el descubrimiento es relativo en el sentido en que es Occidente el que descubre América, además de los indígenas que ya la habitaban hubo aparentemente chinos y vikingos que llegaron antes.

En una segunda dimensión hay otro proceso que es el trascendental y el más complejo, y es que eso que se reveló, se explique, se descifre. Ahí algunos dicen que Freud fue el Champollión del inconsciente, en el mismo sentido que este último encontró las claves del desciframiento de los jeroglíficos egipcios. ¿Recuerdan a Champollión, aquel personaje que a partir de una piedra gravada con jeroglíficos, la piedra de Roseta, descubre las claves de los jeroglíficos egipcios? Freud mismo considera, con relación a ese desciframiento de los sueños, que él va a descubrir las claves y habría una placa en su honor por ese desciframiento. Pero uno podría también plantear, que hizo un "ciframiento". Es decir, él construye una teoría que da ciertas nominaciones, que crea cierto dispositivo teórico, que se va enriqueciendo progresivamente y esto es una tarea de "cartografía del inconsciente".

Entonces se juega una dualidad: descubre, descifra pe-

ro al mismo tiempo al escribir su teoría, crea la escritura que caracteriza el inconsciente freudiano, por lo tanto cifra al inconsciente.

Si uno toma el ejemplo del sueño de la Inyección a Irma, el mismo que casualmente tomaba Mazzuca, es interesante cómo Lacan lo desarrolla en el Seminario 2, porque va describiendo un avance, como si se tratase de un travelling de filmación, una máquina filmadora que va avanzando desde un contexto social, en donde estaba Irma, hasta llegar a la garganta de Irma, y ahí descubre algo horroroso. Éste es el proceso de caída de las capas yoicas imaginarias. En ese punto es donde dice Lacan, siguiéndolo a Erickson, acerca de Freud observando dentro del sueño el fondo de la garganta: "ese pedazo de carne hubiese hecho despertar a cualquiera". Es la muerte, es lo innombrable, es lo terrible, y Freud atraviesa eso sin despertar (ahí estaría lo del genio) y descubre una fórmula detrás de esa imagen horrorosa, que es la trimetilamina escrita con gruesos caracteres, la cual para Freud es la solución o la clave del enigma de la sexualidad. En ese mismo sueño, ustedes van a ver que está la sexualidad, la feminidad, la muerte. Estos son los grandes enigmas que lo van a atormentar toda la vida a Freud. Desde el comienzo hasta el final, giró alrededor de los mismos temas y los fue trabajando en diferentes dimensiones.

En esta línea rescato una expresión de Mannoni, que se las voy a leer porque es muy interesante: "Se sabe que Freud, aún superándolas, nunca abandonó ni renegó de una sola de sus ideas. Su vida y el desarrollo de su pensamiento tienen la forma de una *aufhebung* continua" (*aufhebung* es una palabra en alemán que indica ocultar y al mismo tiempo conservar, guardar. Afirmando mientras se niega) "No sólo conservó, superándolas, la catarsis de Breuer, o el trauma de sus primeras hipótesis etiológicas, podemos decir que hizo lo mismo con las creencias y supersticiones del pasado más remoto, pero esto implica cierta forma de desaparición."

Esto es muy interesante, especialmente por el carácter de los múltiples estratos que va dejando la obra de Freud y que van siendo luego tomados por diferentes autores que pretenden tomar un aspecto parcial de su pensamiento y de algún modo llevarlo como a lo más importante y lo más significativo, y esto es otro de los problemas ligados al desagravio que es lo que más me interesaría destacar, algo así como descuartizar la integridad de la obra, que es la única manera de conservar cierto equilibrio.

Creo que eso pasa con los grandes autores, que logran un equilibrio por la enormidad de sus obras. Lo alcanzan Freud y Lacan, pero no todos los autores psicoanalíticos lo consiguen. Un ejemplo cómico, he aquí donde vuelve el humor de Freud, es cuando le vinieron a decir que Stekel decía que él era como "un enano en los hombros de un gigante", y por eso podía ver más lejos, planteando sus hipótesis del simbolismo, a lo que Freud responde que en ese caso se trata de "un piojo en

## Fundación Etiem

### ACTIVIDADES DE VERANO

- CURSO PREPARATORIO PARA EL EXÁMEN DE RESIDENCIAS Y CONCURRENCIAS EN PSICOLOGÍA.  
Coordinación General Carlos Gustavo Motta

### SEMINARIOS Y PASANTÍAS

- Clínica de la Psicosis, Beatriz Schlieper
- Obstáculos frecuentes en la clínica psicoanalítica, Carlos Gustavo Motta
- Psicopedagogía. Aportes para una intervención clínica posible, Marta Herrera
- El juego en la clínica psicopedagógica, Mónica Pasquini

Guatemala 5070 • Tel 4774-2389  
fundacion@etiem.com.ar - www.etiem.com.ar

la cabeza de un astrónomo". Es decir, la idea de poder ver más lejos apoyado en alguien, no siempre autoriza a ese que supone ver más lejos. Y esto no es una advertencia circunstancial. Hay un peligro que atañe a los propios psicoanalistas, que es intentar desconocer a Freud al desarrollar sus teorías. Podemos afirmar que una de las operaciones para llegar a un "discurso único", para lograr algo así como apoderarse del psicoanálisis es sacarlo a Freud. Si ustedes leen un texto, sin referencias freudianas, o sin reconocerle a Freud alguna de las cuestiones, van a ver que tiende a volverse un discurso hegemónico, y creo que el antídoto, es reintroducirlo a Freud. Es la vacuna ideal para evitar los discursos únicos, especialmente si se lo incluye de un modo integral.

Me estaba acordando, y se los traje para recordarles a algunos de ustedes si tal vez conocieron este libro que salió en relación al centésimo aniversario del nacimiento de Freud, que es de Pontalis que se llama "Vigencia de Sigmund Freud", y que apareció en Argentina en los años '70. Todo lo que este texto advierte en los '70, pero que corresponde al año '56, sigue absolutamente vigente, en cuanto a peligros que acechan al psicoanálisis, en cuanto a las traiciones y en cuanto al riesgo de que se diluya en su uso el pensamiento de Freud, detrás de otro tipo de pensamiento. Por ejemplo en este escrito, se destaca otra de las frases un tanto irónicas del humor de Freud, que parece haberle dicho a Jung cuando viajaban en 1909 a EEUU: "No saben que les estamos trayendo la peste". Pero lo que dice Pontalis y vale, es que Freud no se estaba dando cuenta de que estaban contaminando al psicoanálisis en EEUU rebajándolo.

Este es un tema, que no referiría a EEUU como cultura o como nación, sino a esos discursos globalizantes que hoy ya no son sólo de EEUU. Consideremos en esta oportunidad otro texto muy interesante de un individuo norteamericano que se llama Smiley Blanton que se analizó con Freud en los últimos años de la vida de Freud, quien escribe un libro sobre su análisis con Freud. En un párrafo Freud le dice a Blanton que en EEUU le están profanando el psicoanálisis. Se refería a Adler y a Jung que habían empezado a desparramarlo de un modo que a él no lo convenía. Y le dice entonces Freud a Blanton otra de las bromas freudianas: "Los norteamericanos dicen el ajo es bueno, el chocolate es bueno, pongamos ajo sobre el chocolate y comámoslo". Así pensaba él, que con una cierta hipótesis de lo bueno, se podía mezclar cualquier cosa con cualquier cosa. Recordemos como tanto Freud como Lacan repudian el "bien supremo".

Buscando también en el pensamiento de Lacan cuál podría ser para mí el mejor homenaje desde la perspectiva de Lacan, que creo que fue, de los autores, el más protector si se quiere, o revitalizador, o recuperador del pensamiento de Freud, elegí algunas notas de una de las últimas apariciones públicas significativas que

fue el Seminario Disolución, en Caracas, y dice esa famosa frase: "... vengo aquí antes de lanzar mi causa freudiana. Como ven no me desprendo de este adjetivo. Sean ustedes lacanianos, si quieren, yo soy freudiano. Por eso creo adecuado decirles algunas palabras del debate que mantengo con Freud y que no es de ayer" Es decir, él se proclama freudiano.

La observación sutil es que él no podría ser laciano ya que él funda la serie. En realidad, él permanece con Freud, "hace" lacanianos a los que lo siguen. Pero lo interesante de la dinámica de este último seminario es que él compara todo lo que él hizo, con lo que hizo Freud: dice cosas acerca de sus tres registros, (Simbólico, Imaginario y Real), y contrasta su topología con la topografía y los esquemas de Freud. Y dice: "...hay que decirlo, lo que Freud dibujó con su tópica llamada segunda, adolece de cierta torpeza. Me imagino que era para darse a entender dentro de los límites de su época. Pero no podríamos más bien aprovechar lo que allí figura, la aproximación a mi nudo?". Si bien parece estar criticándolo, lo está tomando y se pregunta, en qué se parece a lo suyo. Continúa irónico y preocupado por lo que él sentía como deficitario en el modelo de Freud, para dar cuenta del deseo, de la pulsión, el estatuto del cuerpo, etc. Y termina diciendo: "...con todo llama la atención que este enmarañamiento no haya impedido a Freud volver después a las indicaciones más notables sobre la práctica del análisis, y en especial, sus construcciones..." que sabemos que son temas controvertidos. Y dice: "Debo darme aliento, recordando que a mi edad Freud aún no había muerto", y tenían ambos, como ustedes saben alrededor de ochenta años. Es decir, que en esas breves tres páginas menciona unas quince veces a Freud, refiere todo lo que dice a Freud, y lo critica, es duro, pero sin embargo lo valora, y lo rescata de un modo que yo creo que permite hoy en día pensar en una especie de revitalización del pensamiento freudiano. Como si fuese reconocible como el sucesor que no lo traicionó. Ustedes saben que casi todos los otros sucesores, salvo muy pocos contemporáneos a él, de algún modo lo han traicionado.

Gracias

(Aplausos)

---

*Dr. P. Fridman:*

Damos ahora la palabra a Jorge Pekerman, y después, a ustedes, y también a los comentarios de la mesa.

---

*Dr. Jorge Bekerman:*

Agradezco la invitación de la Asociación Argentina de Salud Mental y del Hospital Alvarez para participar de este encuentro que, como se dijo, es un cumpleaños. A lo que agregó: es una fiesta de cumpleaños. Una fiesta de cumpleaños en la que por la dificultad práctica de llevarle mi regalo a Freud, lo que quiero hacer es darle



las gracias a Freud por los muchos regalos que él nos hizo a nosotros.

En este sentido, y en referencia al audiovisual con el que empezó esta actividad, podríamos aprovechar que además de ser el cumpleaños 150 de Freud también es el 250 cumpleaños de Mozart. Yo propondría hacer el mismo audiovisual, pero con alguna de las melodías más jubilosas de Mozart, como por ejemplo tantos fragmentos de "La Flauta Mágica" o de "Las Bodas de Fígaro". Ese júbilo nos daría otro Freud, más ligado a lo que dice Lacan en la conferencia que fue mencionada recién, cuando fue el cumpleaños número 100 de Freud. Ahí Lacan, en 1956, dió una conferencia en otro Hospital, donde comenzó diciendo, "se olvida frecuentemente que la palabra Freud, en alemán, viene de "alegría".

Entonces, antes de mis regalos a Freud en ocasión de su cumpleaños, me parece oportuno que reflexionemos un momento sobre este encuentro mismo. Propongo no tomarlo como lo que podríamos llamar "lo más natural del mundo". De hecho, en la enorme mayoría de los hospitales de la Argentina y del mundo no hay encuentros como éste. Y quizás, desde un punto de vista, sea esto lo más lógico, si uno se plantea algunas

de las preguntas de fondo acerca de la invención freudiana. El descubrimiento freudiano ¿tiene acaso que ver con lo que se hace todos los días en los hospitales? Quiero hacer notar que éste que estamos teniendo es un encuentro improbable, como quizás diría Borges. Sin embargo, que sea improbable no le impide existir, como decía Freud citando a su maestro Charcot. Y como nuestra condición de improbables no nos impide existir, aquí estamos y vamos a tratar de aprovechar esta oportunidad del mejor modo posible.

Nuestra condición de improbables se refiere a este encuentro, y además a cada uno de nosotros. Cada uno de nosotros es un improbable. Se habló del cuerpo erógeno, y una de las dimensiones del cuerpo erógeno es que todos nuestros cuerpos provienen de una relación sexual, que pudo no haberse dado esa noche. O pudo haberse dado esa noche, pero entraba el espermatozoide de al lado y yo era una niña.

Entonces, vamos a darle las gracias a Freud por lo que inventó: el inconsciente, la transferencia, la libido, la interpretación ... En fin, pero por sobre todas las cosas, Freud inventó una práctica de la escucha. Inventó algo que en una primera aproximación es una banalidad: la importancia que tiene para el padecimiento (y esto es algo que concierne al psicoanálisis y a la medicina) que el sufrimiento sea relatado. Y lo que ya es menos trivial, que aparte de ser relatado, sea escuchado de una cierta manera.

En un sentido Freud descubrió algo tan simple como que relatar el sufrimiento modifica (o por lo menos puede modificar) el sufrimiento. Esto de algún modo ya se sabía, claro que sí: en la confesión, por ejemplo. Es del sentido común saber que hablar alivia. Sin embargo lo que Freud inventa es el psicoanálisis como una escucha que es distinta a otras escuchas. Lo que hace recordar a una expresión de Lacan con respecto a la relación entre el psicoanálisis y las psicoterapias: "El psicoanálisis es una psicoterapia que no es como las demás". El invento freudiano es una escucha que no es como las demás escuchas. Lo voy a ilustrar con una viñeta clínica de mi práctica como psicoanalista.

Se trata de una paciente a la que vamos a llamar Claudia. Voy a mencionar solamente que su madre era una persona que -por las circunstancias que fuera- no pudo ocuparse adecuadamente de su crianza. Por suerte esta madre tenía dos hermanas solteras y sin hijos que la ayudaron a criar a Claudia. En una sesión, en el discutir de su asociación libre, comentando una pelea actual entre sus tías, la escucho decir algo así como "siempre se están peleando mis tres tías". ¿Tres tías? Le digo, ¿Cómo tres tías? ¿No eran dos? Se queda un instante en completo silencio, y dice: "Claro, si yo no tuve madre...". Conclusión que es un punto crucial de su análisis y de su vida, más allá de lo que puede dar a entender la viñeta.

En este sentido, la invención, el descubrimiento de Freud, las gracias que le debemos, es haber inventado



**Fundación FAMILIAS Y PAREJAS**  
 Instituto argentino de terapeutas relacionales

Directora General: LIC. M. ROSA GLASSERMAN  
 Directora de Docencia: LIC. ANA I. MARTÍNEZ

**ASISTENCIA - DOCENCIA - INVESTIGACIÓN**  
**CURSOS DE FORMACIÓN EN CLÍNICA**  
**SISTÉMICO-RELACIONAL 2007**  
**MODALIDADES DE CURSADA:**  
**SEMANAL - MENSUAL - INTENSIVO 3 SEMANAS AL**  
**AÑO**  
**Seminarios - Talleres - Ateneos - Presentaciones clínicas**  
**- Supervisiones - Entrenamiento Clínico Intensivo.**  
**Pasantías Participación en programas de Clínica e**  
**Investigación:**  
 Diversidades Familiares - Familias Ensambladas - Familias  
 con Niños y Adolescentes Pareja - Trastornos de la  
 Conducta Alimentaria - Violencia - Familias con conflictos  
 jurídicos.


**ES E INSCRIPCIÓN:** Beruti 4583 6º Piso - TEL/FAX: 4777-3719  
 info@familiasyparejas.com.ar WEB: www.familiasyparejas.com.ar

**"CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN**  
**TERAPIA SISTÉMICO-RELACIONAL".**  
**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**  
**SECRETARÍA DE POSGRADO**  
**INICIO: MARZO 2007**

Informes e inscripción: Avda. Independencia 3051, 2º piso, Capital Federal,

una escucha de lo que se dice sin saber que se está diciendo. Una escucha no de lo que alguien dice o quiere decir, sino de alguien que dice algo sin darse cuenta que lo dice. Esta escucha es la que puede afectar al padecimiento (esto tanto del punto de vista del psicoanálisis como de la medicina). Porque decir “yo no tuve madre” hace emerger una verdad que incide radicalmente en el padecimiento de Claudia.

Y lo que quiero subrayar desde una perspectiva epistemológica, es que esta verdad, “Yo no tuve madre”, como dice Lacan, se afirma a contrapelo de la exactitud. Lo exacto es que tuvo una madre y dos tías. Pero lo verdadero es escucharse decir lo que sin darse cuenta le vino del fondo más oscuro y doliente de sí misma: que ella tuvo tres tías y ninguna madre, que fue huérfana por partida triple.

A partir de esta práctica es que Freud se pone a construir la ciencia de esta práctica, la ciencia psicoanalítica, que no fue ni será una ciencia exacta, una ciencia de la exactitud, en tanto, como lo comentaba recién, es una ciencia de la verdad, si es que esto pudiera decirse así. Agregaría que si se entiende bien este punto se entiende también el punto de separación radical que hay entre lo que es la práctica y la ciencia psicoanalítica y cualquier reducción a las ciencias exactas, incluyendo a la neurobiología, por supuesto.

Podríamos decir que la ciencia médica forma parte de las ciencias que funcionan sobre la base de un ideal de exactitud. La ciencia psicoanalítica, no. Y esta es una de las diferencias de fondo entre el psicoanálisis por un lado y por el otro la medicina, la neurobiología, etc. Voy a terminar con una pequeña lista no exhaustiva, de las gracias a Freud en su cumpleaños 150:

Gracias a Freud por construir una teoría del sufrimiento, que es también una teoría de la felicidad. Esto no siempre se resalta: el reverso del trabajo sobre el sufrimiento es que el acceso a una vida más feliz, es posible. Gracias por enseñarnos a no tomarnos muy en serio. Aquí se recordó la respuesta de Freud a la Gestapo. Esos tipos sí que se tomaban en serio! En cambio es sustancial y es inherente a la práctica y a la ciencia que inventó Freud el chiste. El mundo le debe a la disciplina psicoanalítica la mayor cantidad de chistes sobre psicoanalistas que uno pueda imaginarse. Y esto es uno de los aspectos de la alegría freudiana, de lo que la alegría freudiana le da al mundo. Y digo que los tipos de la Gestapo sí que se tomaban en serio, ellos fueron quizás los primeros fundamentalistas, ellos sí que se creían que tenían la verdad en un puño. No me voy a extender en esto, pero la doctrina freudiana en la cultura es una especie de vacuna contra el fundamentalismo. No hay manera de ser fundamentalista freudiano. Gracias por construir una teoría partiendo de cuestiones tan triviales como los sueños, los chistes, las equívocas insignificantes, las peripecias de la vida cotidiana. Si uno se detiene a pensar un poquito cómo hizo Freud esta ciencia partiendo de las cosas que desde

el punto de vista científico nadie le daba ni cinco de boquilla, para decirlo rápidamente.

Estas gracias van unidas a las gracias por tratar estas trivialidades con el rigor metodológico más exigente. Etcétera.

(Aplausos)

*Dr. P. Fridman:*

---

Bien, hemos escuchado cuatro exposiciones muy interesantes. Me parece interesante el intercambio, por lo que se dijo. Por un lado no sólo aquí sino en otros lugares también, se lo menciona a Freud como padre. Me parece mucho más interesante pensarlo a Freud a título de héroe, en el sentido del héroe trágico griego, aquél que al decir de Jacques Lacan, avanza solo y traicionado, pero que de ninguna manera se pone en una posición sacrificial. Es alguien que sostiene una posición, y que no obliga a nadie a seguirlo. En todo caso, aquellos que lo siguen son quienes se identifican con esa posición. Pero no establece ninguna paternidad de hecho sobre ninguna persona, como aquellos que decía Jorge que sostienen una verdad fundamentalista, y la aplican a todos como la única verdad.

Para ser héroe trágico, me parece fundamental lo que también mencionaba Roberto Mazzuca, el coraje y la honestidad intelectual, la coherencia, es decir una posición ética referida a aquello que sostiene, y que en definitiva es el motor de lo que después se produce. Mencionando el Seminario al que se refiere Leonardo Piskin, el Seminario del Encuentro de Caracas, de Jacques Lacan, hay una frase que el mismo Lacan dice respecto de Freud, (destaco que es el último seminario de toda su enseñanza), dice “Freud, le debemos todo”. Creo que esto sigue siendo para nosotros una rigurosa verdad.

Bien, ¿hay alguna intervención?, ¿alguna idea de la mesa respecto de lo que se dijo...?

*Dr. J. Bekerman:*

---

Me quedó en el tintero del episodio de Freud con la GESTAPO, y de la irónica recomendación que hace de la GESTAPO, ahí también está la estupidez de la GESTAPO, porque no se dieron cuenta de que era imposible que alguien la recomiende. En ese sentido el psicoanálisis es una vacuna contra el extremo de la estupidez.

*Dr. P. Fridman:*

---

Me recuerda también esa broma de Freud, a otra broma de Picasso respecto de la GESTAPO, cuando entra la SS, ve el cuadro Guernica, y le preguntan a Picasso “¿Quién hizo esto?” Y Picasso les responde “Ustedes”. En ese punto, es la posición psicoanalítica respecto de -¿quién hizo eso? -¡Usted lo ha dicho!, ¡usted lo ha he-

cho!, y en definitiva hay algo ahí que se produce, que excede los márgenes de la conciencia, los márgenes de la voluntad, que justamente en ese exceso hay un no reconocimiento, pero que después aparece, se muestra ahí, y esa es la marca del sujeto que se despeja en un psicoanálisis.

---

*Dr. L. Peskin*

Yo creo que esto nos lleva a una cuestión que no es menor, que si bien Freud escribió y anticipó en sus escritos buena parte de lo que pasó con el nazismo, en algún sentido no midió la envergadura, quizás porque era demasiado horrorosa.

Ustedes recuerdan otra de las frases de Freud en relación a esto: "por suerte ahora queman libros y no queman a las personas". En ese sentido no pudo anticipar, quizás por el exagerado horror que significó esa cuestión que se gestaba en ese momento. En el mismo escenario histórico y en el mismo momento y en los mismos lugares, aparecían esas dos vertientes, que eran el psicoanálisis y el nazismo, como dos discursos totalmente contrapuestos. Coincido con Bekerman en que se contraponen, uno hace obstáculo al otro, lo que pasa es que el nazismo creo que tuvo y sigue teniendo más éxito que el psicoanálisis. Y me estoy refiriendo a los hechos que sucedieron después de la caída del régimen nazi, los discursos globalizantes, y los discursos únicos, que no terminaron ni remotamente con la muerte de Hitler, sino que empezaron.

Ahora, esa paradoja de tanta lucidez y tanta impotencia, plantea una cuestión, que si no hubiese existido Marie Bonaparte, o algún par de personas, a Freud lo hubiesen deportado y matado como pasó con toda su familia. Esto lo traigo por el hecho de que es necesario defender un pensamiento y a las personas. No necesariamente las personas más lúcidas se pueden defender a sí mismas frente a este tipo de discursos totalizantes. Creo que el psicoanálisis puede correr peligro en el tiempo. Hay una expresión que usa Lacan en una conferencia que se llama La Tercera, que es una paradoja irónica, dentro de las ironías propias de Lacan, en esa conferencia dice que el "psicoanálisis tiene que fracasar" para perdurar. Por supuesto que se está refiriendo a que no debe ser una teoría exitista, con la que se pueda explicar todo, donde se pueda cerrar la cuestión.

Pero cómo podemos pensar nosotros, psicoanalistas, la diferencia entre el tipo de fracaso que es vigorizante, del otro tipo de fracaso que sería capaz de hacerlo desaparecer. Él dice en esa misma conferencia, que "si el psicoanálisis tiene éxito, se extinguirá hasta no ser más que un síntoma olvidado". Más allá de la complejidad de la propuesta tengamos en cuenta que no hace tanto que existe, y además Lacan nos advierte que puede desaparecer. Quizás tenemos que pensar en cómo defenderlo. Yo voy a insistir, y coincido con la idea de que Freud es el mejor modo de defenderlo por el estilo de

pensamiento y por la falta de cierre de una cantidad de temas.

Por ejemplo un ataque muy frecuente en estos días que a mí me sorprende (ayer salió en un artículo en La Nación, dedicado a Freud) es que una nieta de Freud decía que Freud no entendía nada de la sexualidad femenina. Yo creo que esa es una hipótesis absolutamente rebatible, pero más allá de eso, muestra las puntas de ciertos discursos que van a tender a degradar todas las propuestas, y no como nosotros que somos psicoanalistas que estamos del mismo lado tratando de defenderlo, sino tratando de que se extinga y desaparezca, por un conjunto de intereses. Después, cada uno pensará cuáles son.

---

*Dr. Juan Carlos Fantin:*

Unas breves palabras, nada más. Yo creo que este es un encuentro improbable, pero no casual. Casi diría que es un encuentro causal, en el sentido de la subjetivación, es decir, el encuentro está hecho por el Hospital Álvarez y por la Asociación Argentina de Salud Mental. En este sentido, a mí me parece que los que hicimos la Asociación y trabajamos en este hospital siempre hemos pensado que era necesario poner en juego algo renovador algo creador, algo que sostuviera lo que luego se cristalizó como Salud Mental en nuestro tiempo. Es decir, algo que nos pusiera a trabajar a todos en relación al ser humano sin descuidar ninguna de sus aristas de sufrimiento.

Yo pensaba en esto, y la idea del cumpleaños no la había pensado, estoy más de acuerdo con eso, como algo generador, como un nacimiento, y me parece que ese sentido es lo que festejamos en Freud, que es la vigencia y la vivencia de algo renovador, da algo que nos vivifica. Y me parece que más allá de que estemos en una situación de si ha muerto o no ha muerto el psicoanálisis, (que yo tendré veinte años en esto y siempre la escuché), lo que tenemos es un pensamiento que mantiene el gran pensamiento de los grandes creadores, es decir la revivencia, la vivificación y en nuestros días, más que nunca, en este momento, si hay algo que oponerle a esa suerte de fundamentalismo que también se da en el saber, es el pensamiento freudiano, y lo llamemos freudiano, o no, igual es el pensamiento freudiano. Sin criticar ni a las neurociencias, ni a los otros tipos de psicoterapias, ni a los otros tipos de visiones sociales o políticas, sino criticando al fundamentalismo que pueden darse en cualquiera de estos espacios, aún en el psicoanálisis, ya que el pensamiento freudiano, llamado o no así es ese lugar de nacimiento, justamente vivificador, en nuestro tiempo.

---

*Lic. Silvia Raggi*

Es una pregunta a la mesa. Si alguno de ustedes tuvo oportunidad de leer el libro que salió el año pasado en

Francia, El Libro Negro del Psicoanálisis, donde se trata a Freud.

*Lic. D. Galante*

Va en la línea que decía Silvia. Yo me quedé pensando en el "Etcétera", porque me gustó mucho acentuar la posibilidad del psicoanálisis como la otra cara del sufrimiento. Y si bien estamos haciendo un homenaje a Freud, y pensando en el fracaso para el éxito del psicoanálisis la vertiente que marcaba recién en relación a "La Tercera", yo quería decir también, que me parece que lo que hace potenciar el alcance del psicoanálisis son los analizantes. Justamente, a mí me pasó por ejemplo cuando se publicó ese pasquín de la revista Noticias, de ese plagiaro que no me acuerdo el nombre, por suerte... un gordo que está siempre en los medios ahí... bueno, yo me preguntaba cómo explicarle esto a una persona que no lee a Freud, que esto es una barbaridad bajo todo punto de vista, pero convincente

en algún punto. Y para mi sorpresa me pasó que varios analizantes estaban indignados. Pero no analizantes que leen a Freud, sino simplemente analizantes, incluso uno hasta me trajo el recorte, indignado y diciéndome qué estaba yo dispuesto a hacer por eso. Me pareció que el hecho de que él esté indignado era algo interesante, pero quería rescatar esta idea de que la clínica psicoanalítica es la mejor propaganda para Freud, o sea, los analizantes atravesados por el discurso analítico.

*Dr. H. Ferrari*

Me gustó mucho esta reunión. Empecé a agradecer por el nacimiento, porque es agradecer a alguien que haya nacido y lo que le debemos en la cultura. Un agradecimiento por ideas que ya son irreversibles. Más allá del destino que tenga el psicoanálisis, hay cosas que no tienen marcha atrás. Es como la teoría de la evolución, casi ninguno de nosotros tiene los fundamentos precisos, pero ya está incluido en la cultura, sabemos que tene-

## CARRERA DE POSGRADO UNIVERSITARIO - ABRIL 2007

APROBADO POR RESOLUCION MINISTERIAL N° 512/06

### ESPECIALIZACION EN PSICOANALISIS

Director: Dr. Pedro Boschán

La Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires - APdeBA - ofrece desde hace 30 años una formación psicoanalítica que responde a las exigencias de la Asociación Psicoanalítica Internacional - IPA.

Con la inauguración de su Instituto Universitario - IUSAM -, esta formación se ha transformado en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis que no solo cuenta con las mismas exigencias, sino también con acreditación universitaria.

De acuerdo con los requisitos de la Asociación Psicoanalítica Internacional, la certificación académica que brinda IUSAM constituye una formación en psicoanálisis única a nivel local e internacional.

**Requisitos de ingreso:** Título de grado de Medicina o Psicología.

**Título otorgado:** Especialista en Psicoanálisis.



Asociación  
Psicoanalítica  
de Buenos Aires



**IUSAM**

Instituto Universitario de Salud Mental  
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

Maure 1850 C1426CUH Buenos Aires Tel : 4775 7867 / 7985 Int 14 - info@iusam.edu.ar www.iusam.edu.ar

CON EL APOYO FINANCIERO DPPT DE LA IPA • AUTORIZADO PROVISORIAMENTE POR DECRETO N° 352/05 DEL PEN ART. N° 62 LEY 24521 EDUC. SUPERIOR

mos antepasados animales comunes, y eso ya es irreversible. Lo del inconsciente, lo de la sexualidad infantil, también. Así que en eso me quedo tranquilo siempre. No sé qué va a pasar con nuestras asociaciones psicoanalíticas, esa es otra historia. Pero la vigencia que tiene el psicoanálisis dentro de otros campos, de la sociología, de la cultura, de la educación es fantástica. Otra cosa de hoy es la reflexión acerca de la muerte de Freud, porque la verdad es que no me había dado cuenta de eso, de hecho pidió que aceleraran la muerte. Debe haber vivido mal sus últimos tiempos, una muerte trágica realmente. Y después el significado de la muerte que tuvo para el movimiento psicoanalítico. Hay mucha gente que dice que nosotros no hemos digerido la muerte de Freud. Y cómo vamos a hacer para eso? Es todo un desafío, que supone un proceso de desidentificación y multitud de cosas, para pasar a otro nivel. Es obvio que estamos prendidos de su figura. Eso quería decir.

**Dr. R. Mazzuca:**

Para responder a la pregunta del Libro Negro, yo no lo he leído. He leído otro libro que se publicó recientemente, que es el Anti-Libro Negro, que en definitiva destaca que el intento de difusión de todo ese tipo de

terapias cognitivo-comportamentales. Es algo que responde a ciertas leyes de mercado, pero me parece que lo fundamental es destacar que ni siquiera son psicoterapias, sino que son re-educaciones. Así que estamos en aquella polémica de justamente el psicoanálisis vale por no ser una pedagogía. Pero en este sentido entonces yo quisiera coincidir con lo que dijo el doctor Ferrari, que efectivamente había algo ya en la contribución de Freud que hace que esta contribución sea inextinguible. Y que de algún modo va a sobrevivir por sí misma (por supuesto esto no tiene que impedir que sigamos cotidianamente trabajando porque siga existiendo)

**Dr. P. Fridman:**

A mi me llama mucho la atención siempre el esfuerzo que demanda el cuestionar a Freud. Ríos de tinta, mucho tiempo, personas dedicadas denodadamente a producir libros y materiales, y conferencias, donde todo el tiempo lo refutan, lo declaran muerto una y otra vez, y declaman que esta nueva psicoterapia viene a reemplazar a aquella otra. En fin. Evidentemente tanto esfuerzo denota que ahí hay una verdad que late, y que genera inquietud; no es de otro modo la presencia del psicoanálisis. En eso radica su profundo valor, este aspecto revulsivo en algún punto inquietante, siempre cuestionador de saberes constituidos, y que genera todo el tiempo esa necesidad de discusión, de debate, de refutación, a veces fundamentalista. Justamente esa es la esencia, y la especificidad del psicoanálisis, y de lo que se trata de no perder.

**Dr. J. Pekerman:**

Con respecto al Libro Negro, yo tampoco lo leí, no hice nada al respecto; si fuera traducido al castellano supongo que trataría de utilizar mi comunidad virtual para crear un espacio. Pero lo que quiero decir es que independientemente de los esfuerzos individuales que haga cada uno, el más importante de los cuales de todos modos pasa por el consultorio de cada uno. Ese es el mejor anti Libro Negro digamos, creo que lo dijo el doctor Ferrari. El mejor anti Libro Negro es la propia práctica, pero no quiero dejar pasar un punto me parece muy importante, la defensa del psicoanálisis en el escenario político-social, es cuestión de las instituciones psicoanalíticas, del modo en que se conciben a sí mismas y a su articulación con lo político-social, ahí se juega un aspecto fundamental de la defensa del psicoanálisis en la cultura.

**Dr. L. Peskin**

Pensaba siirme tranquilo con las afirmaciones que ustedes hicieron de que el psicoanálisis es inmortal. Yo tengo mis dudas, creo que justamente apoyadas en la

Psiquiatría dinámica en un entorno ideal para la recuperación integral

[www.abrines.com.ar](http://www.abrines.com.ar)

1958 2007



**Abrines**  
CLINICA PRIVADA

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

Benito Pérez Galdós 2647 . Quilmes Oeste  
Tel.: 4250-1061 (L. Rot.) . [info@abrines.com.ar](mailto:info@abrines.com.ar)

AlvarezHD.com.ar

política que tuvo Freud. Freud estuvo preocupadísimo porque el psicoanálisis no se tergiversase, no se transforme, no se le quite como dice sobre ciertas psicoterapias "el veneno", es decir, la esencia. Yo creo que sí hay riesgos de una dilución, han habido ya, de hecho, períodos que si no hubiese sido por la aparición de Lacan en el escenario mundial, el Freud que hoy tendríamos, o por lo menos el que yo conocí en los años '60, sería un Freud lavado. Era un Freud al que se le había quitado buena parte de su fuerza, y que la recuperó a partir del empuje, del retorno, de la recuperación de Freud que hizo Lacan. Por eso entiendo que sería muchísimo mejor si se pudiera defender solo el psicoanálisis, por sí mismo. Pero yo tengo dudas si no hacen falta personas o instituciones o actitudes; por eso enfatice tanto el desagravio, creo que uno no se puede quedar en silencio frente a cierto tipo de agravios.

Yo leí una síntesis del "Libro Negro", no todo, algunas partes me parecieron absolutamente inconsistentes, alguna argumentación casi estúpida, por ejemplo alguna crítica que se hacía tomando a la misma Anna O. como si hubiese sido paciente de Freud y después requirió internación, siendo que ni fue paciente de Freud y fue pre-psicoanalítica. No es una argumentación válida la que se manifiesta, a pesar de que el personaje que escribió el libro sabe de psicoanálisis, incluso tiene otro libro escrito sobre Lacan bastante interesante. Propongo en todo caso abrir el tema y también me parece que hay que hacer cosas para defenderlo, ya que no se defiende solo, lamentablemente. A lo mejor sería mucho mejor si pudiéramos despreocuparnos confiando en que se defiende por sí mismo.

*Dr. R. Mazzuca*

No quisiera que quedara ese malentendido, justamente por eso aclaro, insisto que lo que Freud nos legó es de tal potencia que en todo caso nos ayuda mucho a defenderlo, me parece que eso es lo destacable justamente hoy.

*Dr. P. Fridman*

Con esta inquietud que plantea Leonardo Peskin que nos convoca a trabajar (porque en definitiva se trata de eso, a seguir trabajando los textos de Freud, en nuestra clínica) damos por terminado este homenaje y agradecemos mucho a los invitados y a todos ustedes.

**(Aplausos)**

# "Mujer y Salud Mental"

El sábado 9 de septiembre de 2006 se realizó la Jornada "Mujer y Salud Mental" con la presidencia de la Dra. Maria de las Mercedes Baccaro y la Vicepresidencia de la Lic. Silvia Raggi.

Los disertantes fueron:

*María Beatriz Muller*

*Cristina Sáez de Arregghi*

*Irene Meler*

*Patricia Schwarz*

*Damián Berenstein*

*Marieke Aafjes*



*I. Meller, M. Baccaro y P. Schwarz*



*S. Raggi, C. Sáez de Arregghi y M. Aafjes*

# De qué hablamos cuando hablamos de “depresión”

Ariel D. Falcoff

Médico Psiquiatra.  
Presidente Capítulo Ansiedad,  
Depresión y Somatización.  
AASM  
Vicepresidente Capítulo  
Psiquiatría y  
Psicofarmacología. AASM  
Coordinador de los equipos de  
Trastornos de Ansiedad y  
Admisión Sala de Internación,  
Htal. Álvarez.  
Docente U.B.A.

## INTRODUCCION

El enfoque de los cuadros depresivos cambió radicalmente en los últimos 25 años. Por un lado, se complejizó el número de entidades nosográficas, estableciéndose múltiples categorías allí donde sólo existía el eje endógeno-reactivo. Por otro, la aparición de nuevos antidepresivos, con mejor perfil de efectos adversos favoreció la ampliación de las indicaciones. Los IRSS, por ejemplo, se comenzaron a usar para cuadros diferentes de la Depresión Mayor (DM). En algunos casos, esto dependió de estudios controlados, tal es el caso del Trastorno Distímico. En otros, se debió a usos de los profesionales basados en la propia experiencia. Desgraciadamente, en otros casos esto se debe simple y llanamente a un insuficiente deslinde, generando un “sobrediagnóstico” de Depresión Mayor.

En alguna medida, existe hoy una tendencia difundida que hace equivaler en la práctica el concepto de “síntomas depresivos” al de DM. Éstos planteos empíricos podrían, sin embargo, verse apoyados por algunas conceptualizaciones dimensionales que llegan a plantear la utilización de un mismo tratamiento (antidepresivos de nueva generación) para todos los cuadros del espectro. Nos propondremos delinear el campo de los trastornos depresivos no bipolares, tal cual está planteado en la actualidad, para luego realizar algunas consideraciones clínicas y terapéuticas.

## ERASE UNA VEZ LA “DEPRESION REACTIVA”

Hasta la década del '80 los profesionales de la Psicopatología usamos (y tal vez también abusamos de) el término “depresión reactiva” para designar un particular tipo de trastorno afectivo, muy frecuente y de evolución relativamente benigna. Esto no es así hoy en día, cuando la sola mención del concepto parece implicar una suerte de herejía contra los modernos conceptos psiquiátricos (DSM IV e ICD 10 mediante). Repasemos junto a Steven Cole en “Textbook of Primary Care Medicine” (4) los motivos de tal situación:

“Históricamente, el término depresión reactiva sugiere

- 1) una versión leve del síndrome;
- 2) una que resulta enteramente causada por un precipitante psicológico
- 3) carente de sustrato biológico
- 4) debiendo ser abordado con psicoterapia

Ninguna de estas cuatro aseveraciones es válida para los síndromes depresivos precipitados por eventos vitales”...

“... Consecuentemente la presencia de precipitantes identificables es irrelevante para el diagnóstico de Depresión Mayor. Ésta puede ser desencadenada por eventos vitales estresantes, pero el diagnóstico debe ser basado solamente la presentación de signos y síntomas. Cuando la DM resulta de un estrés vital o una enfermedad médica, es adecuado considerarla una complicación, diagnosticando y tratando agresivamente la depresión como una condición comórbida” (5)

(el subrayado y las bastardillas son mías)

## DELINEAMIENTOS ACTUALES

Eliminadas la depresión reactiva y las presunciones subjetivas del mapa, veamos brevemente cómo se delimitan en la actualidad los cuadros depresivos no bipolares (ver cuadro 1). Podemos ubicar fundamentalmente 6 de ellos:

- 1) Trastorno Depresivo Mayor,
- 2) Trastorno Distímico
- 3) Trastorno Depresivo Menor.
- 4) Trastorno Adaptativo con ánimo Depresivo,
- 5) Trastorno Depresivo breve Recurrente
- 6) Trast. Mixto Ansiedad Depresión

Se trata de cuadros muy frecuentes de acuerdo a los estudios epidemiológicos.

Para la Depresión Mayor se estima una prevalencia de alrededor del 16% a lo largo de la vida. En el Trastorno Distímico la prevalencia vitalicia se estima en alrededor de 6%.

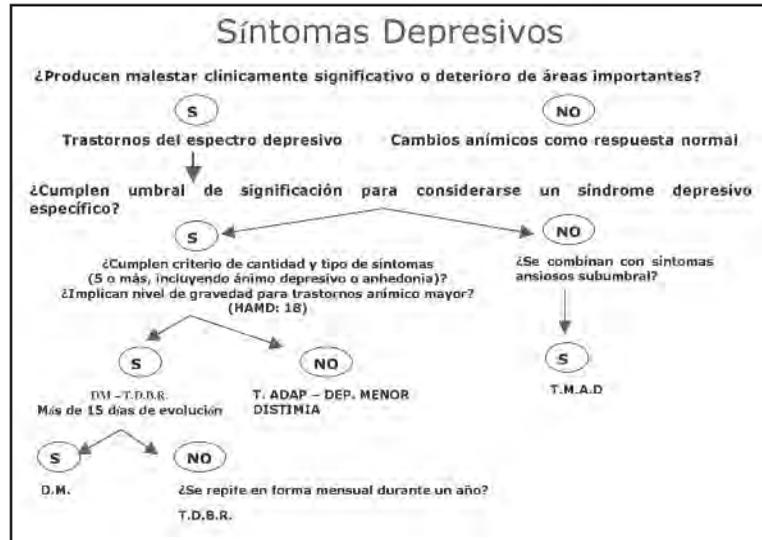
Se carece de datos realmente confiables de los demás trastornos, pero se considera que:

- La Depresión Menor tendría una prevalencia de aproximadamente 2 veces la de la Depresión Mayor.
- La prevalencia del Trastorno Adaptativo es altamente dependientes de la población estudiada y los métodos empleados. Se calcula en población general 4-7%.
- Algunos estudios dan cuenta para el Trastorno Depresivo Breve Recurrente (TDBR) de una prevalencia del 7% en población general
- En relación al Trastorno mixto Ansiedad- Depresión, aún siendo cifras mucho menores, son igualmente significativas: Población general 0,8%. Atención Primaria: 1,3 a 2%
- Los síntomas depresivos no caracterizables en categorías diagnósticas establecidas se estiman en alrededor de 17%.

## ALGUNAS DEFINICIONES DIAGNOSTICAS

Son ampliamente conocidos los criterios que definen a la Depresión Mayor. Es interesante ubicar que la serie de síntomas de aquella, son casi los mismos que se utilizan para definir a la Depresión Menor y la Distimia. Las diferencias se establecen fundamentalmente por cantidad de síntomas implicados (5 o más en la Depresión Mayor, 2 a 4 para la Depresión Menor, 3 o más para la Distimia) y la duración de los mismos (2 semanas o más para las formas mayor y menor de la depresión, 2 años o más para la Distimia). A estos puntos de corte

Cuadro 1



entre una categoría diagnóstica y otra se los denomina “umbrales diagnósticos”.

Se denomina Trastorno Depresivo Breve Recidivante a un cuadro caracterizado por:

- Cumplir los criterios diagnósticos para un Trastorno Depresivo Mayor
- Presentar períodos depresivos que duran un mínimo de dos días y menos de dos semanas,
- Con episodios depresivos que tienen lugar al menos una vez al mes, en un año y no se asocian al período menstrual
- Nunca ha habido un Trastorno Depresivo Mayor y no se cumplen criterios para Distimia.

El Trastorno Mixto Ansiedad-Depresión se encuentra, por ahora, incluido dentro de la categoría “Trastorno de Ansiedad no Especificado” y se caracteriza por presentar una combinatoria de síntomas de las series depresiva y ansiosa, que no llegan a cumplir criterios diagnósticos específicos para otros cuadros de cualquiera de las 2 esferas.

El Trastorno Adaptativo con ánimo depresivo se define como:

- una condición psiquiátrica resultante de un estresor identificable,
- que representa un nivel de afectación mayor de lo que se podría esperar en relación al factor estresante,
- con síntomas que aparecen dentro de los tres meses siguientes y no persisten más de seis meses una vez cesado el estresante.
- no cumpliendo criterios para otro trastorno del eje I (D. M) ni tratándose de una simple exacerbación de un trastorno del eje I ó II.(1)

Es el único cuadro de la serie (en su versión “con ánimo depresivo”) donde se define a categoría por la in-

ferencia que pueda realizar el clínico de una causación psicológica determinada por un hecho desencadenante. Por tanto, se acerca (aunque sólo parcialmente) al concepto de "depresión reactiva".

### UMBRALES DIAGNOSTICOS

Como vemos la distinción endógeno-reactivo que implicaba elementos de juicio clínico en relación a determinaciones pronósticas (evolución estrechamente dependiente del estresor) y terapéuticas (conducta conservadora en relación a medicar, énfasis puesto en la psicoterapia) no forma parte de la nosografía actual. Las distinciones entre los cuadros de la esfera depresiva se realizan mediante criterios operacionales que en algunos casos pueden tomar la forma de umbrales diagnósticos.

Por ejemplo, el Trastorno Depresivo Mayor reconoce 3 umbrales diagnósticos claramente especificados: 1) Patrón de síntomas (5 o más, siempre presente ánimo depresivo o anhedonia) 2) Patrón temporal (2 semanas como mínimo) 3) Significación clínica (los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes para el

individuo). Este último es inherente a la conceptualización de "Trastorno" y se repite a lo largo de la mayor parte de los cuadros, incluso los así llamados "cuadros depresivos subumbral". El comité redactor del DSM IV reconoce que implica un "juicio clínico intrínsecamente difícil".

Aunque no esté explícitamente indicado en los criterios, se asume que los síntomas en la Depresión Mayor son "de mayor gravedad" que en la Distimia o en la Depresión Menor. Esto no está explicitado como umbral debido a que aún no se han determinado criterios oficiales para establecer algún tipo de medición (aunque en muchos estudios científicos se plantea el uso de la escala Hamilton para Depresión, con valor de corte de 18 puntos).

### EL CONCEPTO DE ESPECTRO

El planteamiento categorial de los cuadros depresivos resulta, por ahora, insatisfactorio para muchos clínicos e investigadores. El diagnóstico clínico tomando rígidamente los modernos criterios operacionales ha generado un efecto indeseado en muchos casos. La necesidad de ajustarse a los parámetros "objetivos" y "suficientes", muchas veces desalienta a los clínicos a establecer un deslinde diagnóstico en el que se involucre el juicio subjetivo del profesional, producto de su propia experiencia. Muchas veces, entonces, Depresión Mayor (una categoría que al decir de Roth incluye cuadros heterogéneos como la "depresión endógena" y parte de las "neuróticas" o "reactivas") (7) termina equivaliendo al concepto de "síntomas depresivos" y se pierden de vista las otras posibilidades diagnósticas que aportan, incluso, las propias clasificaciones internacionales. Pero existe otro polo de críticas a las conceptualizaciones categoriales en el terreno de los cuadros depresivos. Estudios recientes (Angst y Col.) muestran que suele existir poca estabilidad entre los subtipos específicos de trastornos en aquellos pacientes que consultan por depresión en el período de seguimiento. Cambios en la presentación clínica y en la severidad de la depresión son encontrados frecuentemente a lo largo del tiempo. Así es frecuente ver, en la práctica, que un cuadro diagnosticable como Depresión Menor vira a Mayor, a Distimia, etc. El Colegio Internacional de Psicofarmacología estableció ya en el '96 que "la depresión es un desorden pleomórfico del ánimo consistente en un cluster de subtipos depresivos existiendo en un relativamente homogéneo continuum. Se extiende desde los síntomas depresivos subsindrómicos, a través de la Depresión Menor, la Distimia, la Depresión Mayor, la "doble depresión", etc.. Depresión Menor y Síntomas. Depresivos Subsindrómicos representarían subtipos clínicamente significativos observados durante el curso de la DM"(9).



## Especialización en Psiquiatría

Director:

Prof. Dr. Gustavo Tafet

Comité Asesor:

Prof. Dr. Jaime Smolovich

Prof. Dr. Cesar Cabral

Informes e Inscripción:

psiquiatria@maimonides.edu

15-5332-9082

Universidad Maimónides:

Hidalgo 775, Buenos Aires / 4905-1101

## SIN EMBARGO...

Hasta el momento cuadros como la Depresión Menor, el Trastorno Adaptativo y los síntomas depresivos sub-sindrómicos han mostrado ser mucho más inestables en su evolución que el Trastorno Depresivo Mayor. Por otro lado, como muestran muchos estudios existe carencia de resultados consistentes en cuanto a la respuesta farmacológica de cuadros como la Depresión Menor el Trastorno Adaptativo y el Trastorno Depresivo Breve Recurrente (ver cuadro 2). Como plantean Lavretsky y Kumar: "Claramente las sostenidas y más extremas formas de trastornos del ánimo son más fáciles de conceptualizar como desórdenes clínicos. La precisa distinción entre cambios del ánimo como una respuesta normal a la vicisitudes de la vida y los cuadros depresivos es más nebulosa en los estados depresivos leves..." (5)

## PARA CONCLUIR

De lo expuesto se deduce que los trastornos de la esfera depresiva constituyen un conjunto heterogéneo, aún cuando parecen organizarse en un espectro de gravedad y patrón evolutivo. Los hallazgos actuales no justifican tratarlos como si fueran una unidad. Hasta el punto al que llegan nuestros conocimientos, discriminar exhaustivamente Depresión Mayor de los otros cuadros depresivos es fundamental a la luz de criterios evolutivos y terapéuticos.

**Cuadro 2**



## BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Psychiatric Association "DSM IV TR". Ed. Masson, 2002.
- 2) Barrett JE, y col.(2001) "Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial". J Fam Pract. May;50(5):413.
- 3) Carta, M y col.(2003) "Is recurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Eur Arch Psychiatry Clin 253:149-153
- 4) Hamed, U y col.(2005) "Antidepressant treatment in the primary care office". Ann Psychiatry; Apr-June 17 (2): 77-81
- 5) Oxman, Thomas Sengupta, Anjana. "Treatment of Minor Depression" Am J Geriatr Psychiatry 10:3, May-June 2002
- 6) Pezowas, Jules y col. (2003) "Recurrent brief depression, past and future". Progress in Neuropsychopharmacology", 27: 75-83
- 7) Roth, M y Kerr, T A "El concepto de depresión neurótica, alegato por una reintegración" en "El abordaje clínico en Psiquiatría". Ed Polemos, (1995): 95-117
- 8) Sampany, J A. (2003) "Adjustment disorder with depressed mood. A review of diagnosis and treatment". Adv Nurse Pract. 11 (4):51-54
- 9) Travis, L ; Lyness, J. "Minor Depression: Diagnosis y Management" (2002). Geriatrics 2002: 57-65

# El autismo, entre el psicoanálisis y el cognitismo

*Silvia Tendlarz*

*Doctorado de Psicología DEA  
y Doctorado en Psicoanálisis,  
Departamento de Psicoanálisis,  
Universidad de París VIII  
(Francia)*

*Docente del Instituto Clínico  
de Buenos Aires (ICBA)  
Miembro de la Escuela de la  
Orientación Lacaniana*

El autismo infantil, forma extrema de la esquizofrenia infantil, tiene su historia. Leo Kanner introduce en 1943 el concepto de "autismo infantil precoz". Pocos meses después, en 1944, y en otro contexto, Asperger inicia su desarrollo sobre el llamado "síndrome de Asperger". El primero queda como una interfaz entre la psiquiatría y el psicoanálisis. El segundo sigue su derrotero educativo puesto que Asperger propone desde el inicio una "pedagogía curativa" para la atención de este tipo de pacientes. Y frente a este peculiar inicio podemos retrazar su continuación que opone radicalmente el tratamiento analítico del puramente educativo-comportamental.

En realidad el concepto mismo de autismo resulta particular. Es el gran sobreviviente de la devacle diagnóstica que propone el DSM IV. Tanto el "autismo infantil precoz" de Kanner como el "síndrome de Asperger" forman parte de los "trastornos generalizados del desarrollo", modo de nombrar la psicosis en la infancia que pone el acento en la perturbación evolutiva.

Los niños autistas presentan trastornos en la relación con el otro (rechazo de la mirada, ausencia de conductas espontáneas como señalar objetos de interés o falta de reciprocidad social o emocional), en la comunicación (retraso o ausencia del lenguaje oral, su uso estereotipado o incapacidad de establecer conversaciones) y en el comportamiento (falta de flexibilidad, rituales, falta de juego simbólico). Esta descripción del DSM IV de niños menores de 3 años corresponde a la dada por Kanner. Se distingue del síndrome de Asperger en cuanto a que falta en éste último el retraso del lenguaje, y por el hecho de que es reconocido o se inicia después. Los dos son diferenciados de la esquizofrenia infantil por la supuesta ausencia de alucinaciones -tajantemente desmentido por el propio Lacan que afirma en dos oportunidades que el niño autista alucina y escucha voces, por lo que la distinción autismo-esquizofrenia se desmorona.

## 1. Organicidad

La descripción usual del autismo pone el acento en el comportamiento y diluye las manifestaciones del fenómeno psicótico. En definitiva se trata de poder educarlos para asegurarse de una adecuada inserción social o laboral. Y en esta vertiente de duplicación de la alienación del niño como objeto, de desconocimiento del sujeto, es más, de su reducción a un puro organismo enfermo, encontramos al cognitivismo en oposición al psicoanálisis.

La búsqueda de la organicidad alivia a algunos padres, en quienes los médicos encuentran sus aliados: si el niño está enfermo es consecuencia del azar genético, de un mal desarrollo cerebral o de una enfermedad congénita. Los sujetos de ninguna manera quedan involucrados. Son los poderes de la naturaleza y la implacable fuerza del destino que determinan su producción.

No podemos desconocer que existen muchos casos en los que el trastorno autista aparece como secundario a una enfermedad orgánica. Pero este planteo de por sí resulta diferente a considerar que en todos los casos la organicidad prevalece.

El enfoque cognitivo parte de afirmar que en el autismo existe una anormali-

dad en el desarrollo del cerebro que hace que queden afectadas las estructuras mediales del lóbulo temporal, en especial el hipocampo y la amígdala, ambos de particular importancia -de acuerdo a este planteo- en la cognición, en el aprendizaje, en las emociones y en la conducta.

El lóbulo frontal permite comprender las conductas de otras personas, controlar nuestros impulsos, planificar actividades y resolver problemas. El hipocampo permite recordar experiencias recientes y nueva información, por lo que se vuelve esencial en el aprendizaje y en la memoria. La amígdala está relacionada con las respuestas emocionales, el reconocimiento afectivo del estímulo, la memoria a largo plazo, la orientación del estímulo social, la percepción de la orientación de la mirada y las asociaciones cruzadas.

Dadas las alteraciones que presentan los autistas, se infiere que todos ellos están alterados de alguna manera, como así también el cerebelo, el cuerpo caloso y las áreas parietales.

Desde la perspectiva cromosómica, los estudios muestran que el factor cromosómico o congénito representa del 5 al 14% de los casos estudiados, es decir, no en todos los casos. Por ejemplo, en el conocido síndrome de Asperger la posible causa orgánica resulta aún desconocida.

Por ser orgánico el autismo es considerado como un déficit incurable. Eso hace que el tratamiento propuesto esté orientado a técnicas educativas-conductuales que permitan mejorar la conducta, y eventualmente se recurre al uso de la farmacoterapia, a sabiendas que su eficacia en el autismo aún es limitada dado que ningún medicamento puede corregir ese trastorno, a lo sumo mejorar algunos de los síntomas asociados -posición sostenida por los propios psiquiatras que administran las medicaciones.

El recurso a los estudios cuantitativos se vuelve indispensable para probar lo bien fundado de esta orientación. Tanto para establecer la organicidad como para evaluar a cada paso el nivel cognitivo del niño y los niveles alcanzados gracias a los buenos oficios educativos. En definitiva, el autismo es considerado como un conjunto de síntomas que aparece en distintos trastornos neurobiológicos y en niños con niveles intelectuales muy variados.

## 2. La teoría de la mente

Existen distintas teorías cognitivas que explican el autismo que atañen fundamentalmente a dos cuestiones. El primer grupo de teorías, en particular la teoría de la mente y del déficit metarepresentacional, exploran las alteraciones que conciernen a la comprensión de la significación. El segundo grupo se ocupa de las anomalías en el tratamiento de la información y han sido desarrolladas por los estudios sobre la función ejecutiva.

El término "Theory of mind" viene de dos investigadores llamados Premack y Woodruff. Lo utilizaron por primera vez en 1978 para explicar la capacidad de engaño de los chimpancés. La definen como la capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a otros. Este sistema de deducción no es directamente observable pero permite hacer predicciones, en particular relativas al comportamiento de los otros.

Baron-Cohen, en 1985, fue el pionero de los trabajos que siguen esta perspectiva. La teoría de la mente proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. La capacidad para construir "teorías de la mente", según Leslie (1991) es el resultado de un mecanismo cognitivo innato, biológicamente determinado y especializado en la elaboración de metarepresentaciones, que son representaciones de los estados mentales que posibilitan atribuirles a otros estados mentales, desdoblándose así cognitivamente de las percepciones primarias. Se trata entonces de un trastorno en la capacidad de atribuir una mente a otros, en inferir estados mentales.

El déficit de la teoría de la mente produce una falta de comprensión de las reacciones emocionales y de los intereses del otro; un déficit en la atribución de una intencionalidad, en la idea de lo que el otro puede saber, en la anticipación de lo que el otro puede pensar, en la comprensión de las creencias falsas, en el engaño y en la motivación de una acción. Todo esto se trata entonces de medir a través de diversos estudios para aprehender el estado de alteración que un individuo puede tener de su teoría de la mente.

Baron-Cohen creó la prueba de Sally y Ana como una versión simple de la tarea de creencia falsa. Se le presentan al niño mayor de cuatro años dos muñecas, Sally y Ana, Sally tiene una cesta y Ana una caja. Sally pone una canica en la cesta y se va. Ana cambia de lugar la canica y la pone en su caja. Se le pregunta entonces al niño en dónde buscará Sally su canica. El 80% de los niños autistas, a diferencia de los niños normales o con el síndrome de Down, contestaron que lo buscaría en la caja de Ana y no en el lugar en donde originalmente se suponía que estaba, es decir, en donde ella misma la puso. No lograron pues aprehender la creencia falsa de Sally. Esta prueba se supone que permite comprender la incapacidad del niño autista de atribuirle un estado mental diferenciado de su percepción a Sally. En realidad el niño ubica metonímicamente a la canica de acuerdo a su desplazamiento espacial de la cesta a la caja y nada tiene que ver con la atribución de estados mentales.

El punto clave de la discusión entre los autores que siguen esta orientación se centra en la causalidad de la alteración de la teoría de la mente.

Baron-Cohen (1985) formula que en el autismo el mecanismo de atención compartida, responsable de establecer la relación entre un agente, uno mismo y un tercer objeto, está alterado por lo que no habría un flujo

de información hacia el mecanismo de la teoría de la mente. Eso hace que este módulo cognitivo esté ausente o deficitario en el autismo. Leslie y Frith siguen esta misma orientación.

Otras teorías desplazan el énfasis a la falla en la intersubjetividad. Peter Hobson (1988), en base a sus experimentos sobre el reconocimiento de emociones, plantea que es el resultado de un déficit emocional primario en la relación interpersonal. La dificultad para procesar estímulos afectivos produce el déficit metarepresentacional.

Trevarthen enfatiza el daño cerebral que regula la motivación del niño para aprender significados en la comunicación. Rogers y Pennington acentúan los déficits socio-cognitivos primarios que impiden compartir emociones y, por ende, afectan la capacidad de organizar la información social. Uta Frith propone una teoría de "coherencia central débil", expresión que luego fue reemplazada por la de "tipo de estilo cognitivo", que produce que los autistas tengan dificultad en elaborar interpretaciones comprensivas de las situaciones mediante la lectura de las intenciones de los participantes, a partir de los movimientos de los ojos y de las manos y de las pistas contextuales. Para Harris se trata de una deficiencia en la capacidad imaginativa necesaria para ponerse en el lugar del otro.

Todas estas teorías acentúan la dificultad de comprensión, en la comunicación y en la aprehensión de los significados sociales desconociendo que en realidad son ya fenómenos productivos de una causalidad significativa puntuada por Lacan como la forclusión del significante del Nombre del Padre.

Eric Laurent señala que la teoría de la mente atribuida al otro permite dar una versión imaginaria del lugar del Otro. "El recurso a la empatía, dice Laurent en "Las vías sin salida del psicoanálisis cognitivo", define de este modo la posibilidad del acceso al sentido de lo que el analizante dice".

Esta perspectiva deja entonces al autismo por fuera de un tratamiento posible que no sea educativo por falta de empatía y de sentidos compartidos.

### 3. La teoría de la función ejecutiva

La función ejecutiva es una construcción cognitiva utilizada para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales. El neurólogo Damasio, en su libro *El error de Descartes*, comenta que los trastornos autistas le recuerdan a lo que ve en personas con trastornos neurológicos definidos. Junto con Maurer en 1985 plantearon la existencia en esos casos de alteraciones en la corteza mesolímbica, en los lóbulos frontal y temporal.

Dado que los niños autistas presentan trastornos similares a las personas con lesiones frontales que poseen un déficit en la función ejecutiva, que se expresa como

rigidez e inflexibilidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, algunos estudios más recientes propusieron que existe una disfunción en el córtex prefrontal en el autismo. De esta manera, han encontrado un sustrato empírico a la psicología cognitiva de la teoría de la mente.

Consideran que el problema fundamental del autista es su inflexibilidad y que lo demás es su consecuencia puesto que perturba sus relaciones sociales.

La inflexibilidad aquí invocada implica también la literalidad en la comprensión, es decir, la imposibilidad de captación de metáforas, de advertir que las cosas pueden tener un doble sentido.

El problema que se plantea entonces es cuánto incide la teoría de la mente y cuánto la función de la función ejecutiva en la causación del autismo. Todo esto conduce a estudios cada vez más sofisticados en vistas de poder llegar a una medición certera a partir de la premisa de que "no hay niño autista que no sea testeable". Dada la diversidad de evaluaciones creadas desde 1985 hasta el día de la fecha, el verdadero desafío que proponen desde el punto de vista de la investigación, es el de elaborar pruebas cada vez más eficientes para ser aplicadas no solo a niños sino también a adultos, autistas de alto nivel o con el síndrome de Asperger, para que pueda detectarse en una población global espectros autistas leves.

Por ejemplo la "tarea de los ojos" o "leer la mente en los ojos". La tarea implica mirar fotos de la zona de los ojos y realizar una elección forzada entre dos palabras que describan mejor lo que la persona de la foto está pensando o sintiendo. Los adultos con autismo o síndrome de Asperger, a pesar de tener un coeficiente intelectual normal o por encima de la media, presentan un déficit en esta prueba.

También podríamos decir que es la prueba de que no leen los pensamientos, ni siquiera a través de los ojos, pero el acento aquí está puesto en la incapacidad para comprender estados mentales y relacionarlos con caras que expresaría su dificultad de empatía.

Nos vemos así llevados por el organicismo a los trastornos del lenguaje. Nuevamente se pone en evidencia que los organismos evaluados están parasitados por el lenguaje y que las clasificaciones y las mediciones se hurtan irremediabilmente de la causa dejándose seducir por teorías que proponen una corrección de los programas cognitivos alterados.

### 4. Tratamientos propuestos

Inicialmente el método comportamental encontró un gran auge, luego se produjo un pasaje del conductismo al cognitivismo como efecto del desarrollo de éste último y su incidencia generalizada. En ambos casos se incluye a los padres, a sus asociaciones de autoayuda y sostén, y toda la cohorte de la Web en la que se multi-

plican sitios en donde informarse acerca del autismo y qué libros y DVD comprar para orientarse. Casi se podría decir que existe un inmenso mundo creado alrededor del autismo y de todas las personas que intervienen en los tratamientos.

El método TEACCH (Treatment of Autistic and Communication Handicapped Children) fue creado por Eric Schloper y Robert Reichler en la Universidad de Carolina del Norte. Parten de la idea de que el autismo no es un trastorno afectivo sino cognitivo, por lo que se trata de sobrellevar ese déficit a través de una educación adecuada. Antes que nada se utiliza un inventario de aptitudes para paliar adecuadamente el déficit de cada niño de acuerdo a un programa educativo personalizado que tenga en cuenta sus aptitudes más útiles para una inclusión social y laboral. Esto se lleva a cabo con la colaboración de los padres que contribuyen en la reeducación del niño deficitario..

Esta orientación tiene por ejemplo sus adeptos en Inglaterra en la Nacional Autistic Society que lo propone en su página Web, junto al PECS (Pictorial Exchange Communication System) o el ABA (Applied Behavioural Analysis), como los abordajes posibles puesto que se desconoce hasta el momento una cura del niño autista. Como terapias alternativas se incluyen las dietas, los medicamentos, nadar con delfines, la aromaterapia, el masaje y el psicoanálisis. En ese orden.

Junto a este tratamiento exclusivamente comportamental en la actualidad también se ha puesto en funcionamiento otro tipo de reeducación sobre la base de estudios cognitivos. El programa neurocognitivo incluye la estimulación de las funciones cerebrales previamente estudiadas e implementa estrategias de compensación. La ideología de base es que "el niño autista es un conductista nato". Se trata pues de modificar su desempeño rígido y estereotipado compensando las disfunciones cerebrales.

Ahora bien, ¿cómo interviene el sustrato cognitivo y emocional del entrevistador cuando debe ponerse en contacto con el paciente y establecer una "intersubjetividad"? Las fuentes de datos son: las señales que el paciente brinda a través de su conducta, lo que se percibe de ellas, lo que evocan al entrevistador, y las inferencias que se elaboran (metarepresentaciones) acerca del estado mental del paciente. En definitiva, la subje-

tividad del entrevistador junto a sus ideales acerca de la normalidad, aunque aquí se nombre en términos cognitivos, regula el proceso de enseñanza. El niño autista se vuelve entonces un objeto de aprendizaje capturado en un discurso universitario en un doble sentido: se le enseña a hablar y da que a hablar a toda una comunidad científica que se ocupa de mediciones cognitivas.

El programa individualizado consta de distintos pasos que incluyen la evaluación diagnóstica de acuerdo a cuestionarios y evaluaciones cognitivas, y la exploración neuropsicológica de la conducta para precisar las disfunciones, a fin de establecer intervenciones educativas y producir una estimulación focal y general. Por supuesto con un trabajo familiar que de integración y de sostén imaginario.

En realidad, el programa cognitivo no es ya un tratamiento comportamentalista, pero tampoco presenta ninguna alternativa terapéutica. Se investiga la relación entre el cerebro y la organización de la información y sus vías de comunicación planteándose así como el paradigma de la objetividad. Desconoce así el verdadero motor que los mueve: el poder de la sugestión y de la ideología de un discurso que determina los criterios de adaptación y de rendimiento. En todo ello no hay ya sujeto sino una subjetividad hurtada y alienada en nombre de la ciencia.

## 5. Del lado del psicoanálisis

El psicoanálisis toma como punto de partida los trastornos del lenguaje para el diagnóstico de psicosis. Y eso vale tanto para adultos como para niños. Incluso si son autistas. No hay otro útil en juego más que la palabra y los objetos que cobran un valor simbólico. La unidad de medida, fálica, está ausente en la psicosis. Se trata de dilucidar cómo se construye una suplencia de ese agujero que coexiste con el agujero de la forclusión del Nombre del Padre. Las mediciones y las comparaciones cuantitativas no tienen pues su lugar en el tratamiento.

En cuanto al lenguaje, en el autismo hay alienación en el Otro, falla la operación de separación. El niño está incluido en el lenguaje, aunque a veces no haga uso o

**Para publicar en esta revista comunicarse con  
Anabella Romano (Representante Comercial)  
Tel 4432-1746 / 15-4436-2154**

tenga dificultades con él. Eso da una vía de acceso totalmente diferente al cognitivista.

La estructura holofraseada del lenguaje se manifiesta por el uso de frases fijas utilizadas para cualquier ocasión, o por las sílabas, sonidos o palabras pronunciadas ininterrumpidamente. Las palabras no cobran una nueva significación al relacionarse con otras sino que guardan un sentido unívoco. De esta manera, la utilización de la frase holofraseada no remite a un efecto de sentido sino a un vacío de significación.

Aquello que los cognitivistas describen como el pointing, señalar hacia cualquier lado repitiendo una palabra o sin decir nada, y que interpretan como una falla de la comunicación, en realidad se vuelve otra manifestación del vacío de significación.

El uso ecológico del lenguaje, repetición de frases escuchadas por otros, así como la ecopraxia, repetición de movimientos, son la proyección en lo imaginario de un trastorno simbólico. También encontramos trastornos espacio-temporales por la falta de unidad de medida fálica.

El uso de la tercera persona, dan cuenta de lo que Lacan señala como la dificultad que aparezca el yo en la psicosis. En su ser hablados resultan "marionetas del Otro", según la expresión de Lacan, por causa del funcionamiento automático del lenguaje. Eso produce que falte la dimensión de la demanda y que su lenguaje sea metonímico pero no metafórico. Por otra parte, sin un orden simbólico los cuidados no son vividos como tales sino se experimentan como una intrusión. De allí su repliegue autista. Recurren a movimientos estereotipados que no logran verdaderamente a constituirse como juegos puesto que falta la estructuración simbólica necesaria.

Las alucinaciones no faltan, como señala Lacan, y la dirección de la cura tiene especial énfasis en el tratamiento del objeto voz y mirada. Justamente su positivación produce el efecto persecutorio en la transferencia por lo que es especialmente tenida en cuenta en tratamiento. La dirección de la cura apunta a la operación lógica de separación, no para lograr su inscripción imposible, sino para disminuir el efecto persecutorio de la positivación del objeto y producir efectos subjetivos. Así, el niño no queda petrificado en la posición de objeto en el fantasma materno. El analista se dirige al sujeto que se manifiesta en esporádicas palpitaciones que indican su presencia en lo real y estas puntuales escansiones actúan en los tres registros: extracción de goce, hiancia en la estructuración holofrásica del lenguaje, textura imaginaria dada por la constitución del espacio simbólico. Todo esto se lleva a cabo en niños pequeños con la presencia de objetos aislados por distintos autores de otras orientaciones analíticas, como por ejemplo el "objeto fetiche" de Meltzer, o el "objeto autista" de Tustin. Estos objetos no están simbolizados y tienen una función específica: forman parte del cuerpo del niño y traducen

la imposibilidad de cederlos. Vale decir, son reales, no transicionales. La substitución del objeto se produce bajo transferencia e inaugura un deslizamiento metonímico de objetos que a través del proceso de simbolización pueden producir una suplencia bajo transferencia, por lo que el analista logra sostener un anudamiento que toma el valor de *sinthome*.

La eventual construcción de un delirio forma parte de los avatares del trabajo de la psicosis.

## 6. A modo de conclusión

Paradójicamente, sólo los psicoanalistas, incluso desde orientaciones teóricas no lacanianas (como por ejemplo Melanie Klein, Meltzer, Margaret Mahler, Tustin, Bettelheim) consideran que existe un tratamiento posible para un niño autista. ¿Cómo podría entonces cognitivizarse el psicoanálisis en un campo en donde no existe ningún tipo de convergencia?

Allí en donde el cognitivismo ve trastornos del lenguaje como déficits producidos por los trastornos cerebrales, para el psicoanálisis se tratan de fenómenos productivos que dan cuenta del diagnóstico de psicosis. El cognitivismo se ocupa de restituir sentidos allí en donde la empatía y la significación imaginaria falla, el psicoanálisis toma nota de los fenómenos de sin-sentido, del lenguaje holofraseado, de la emergencia de fenómenos elementales y del vacío de significación para no enmascararlos con falsas significaciones imaginarias otorgadas por la imitación o la sugestión. Si para el cognitivismo la medición y la evaluación resultan esenciales, para el psicoanálisis nada dice de la posición del sujeto y de sus posibilidades de construcción de un mundo vivible. Para el cognitivismo el niño autista es un organismo enfermo, en cambio para el psicoanálisis el sujeto nunca se reduce a un organismo.

Se trata de dos reales en juego que no se conectan de ningún modo. "El real producido por el lenguaje -dice Miquel Bassols en el prólogo al libro *Lost in cognition*- y el real observable por el escáner, el real de goce del cuerpo y el real modificado por el fármaco".

La distinción establecida por Eric Laurent entre objetividad científica y objetividad del psicoanálisis permite interrogar las certezas de la ciencia que reduce los cuerpos a organismos regulados, metamorfoseándolos en objetos producidos por el discurso científico.

El nuevo panóptico evaluativo recientemente evocado por Eric Laurent por internet pone en evidencia que cuanto más se evalúa al organismo, más se pierde al sujeto y menos encuentra éste su salida. Apostemos junto con el psicoanálisis a que el niño autista deponga su caricatura de autómatas domesticado, y apuntemos al sujeto que palpita en lo real para que construya una vida no encajada en la adaptación al otro sino en mundo a su medida.

# Encuentros cercanos entre Zurich y Viena (1900) Psiquiatría y Psicoanálisis

Alfonso Carofile

*El paciente era el centro de interés. Los estudiantes aprendían a hablar con él. Burghölzli era en aquella época una especie de fábrica en la que se trabajaba mucho y por muy poco dinero. Todo el mundo, desde el profesor Bleuler hasta el residente más joven estaba totalmente absorbido por su trabajo. La abstinencia de bebidas alcohólicas era una norma general. Bleuler se mostraba amable con todos y nunca se comportaba como jefe.*  
Dr. Alphonse Maeder

Medico psiquiatra  
Vicedirector del Hospital  
Jose T. Borda.

Si leemos el manual planetario DSM IV, los síndromes y las enfermedades parecen a-históricas, son trastornos, "disorders", afectaciones que no tocan al ser. Incluso los nombres de los grandes alienistas, de los psiquiatras descriptores ya no existen. Trataré de rescatar en esta breve semblanza la figura de Eugen Bleuler (1857-1939) el psiquiatra más prominente de Suiza, discípulo del gran Auguste Forel (1848-1931). Bleuler era conocido durante los años en los que imperó el paradigma estructural (1926-1977) por su teoría y descripción minuciosa de la esquizofrenia.

El término mismo, esquizofrenia, fue ideado por él, para reemplazar la demencia precoz kraepeliniana.

Su texto principal aparece en 1911 en el Handbuch der Psychiatrie, dirigido por Gustav Aschaffenburg, con el título Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Este texto produce una virtual ruptura epistemológica que aún no a sido debidamente considerada.

Dementia praecox está en singular, sin artículo pues se trata de un término latino y es una enfermedad en el sentido médico del término (Kraepelin).

"Gruppe der Schizophrenien" está en plural, y "oder" no es una equivalencia, sino más bien un término que indica, que el segundo debe sustituir al primero.

Grupo de las esquizofrenias no es una descripción, nos habla desde una perspectiva psicopatológica, donde la clínica clásica kraepeliniana se desplaza suavemente hacia la sincronía. Para Jaspers: "es un libro que ha sabido emplear la psicología comprensiva en el análisis de las psicosis esquizofrénicas, lleno de notables observaciones clínicas, rico en detalles..." (Escritos Psicopatológicos). Su definición incluye como rasgo central de la enfermedad, no ya el "desmoronamiento endógeno" kraepeliniano, sino un estado, una escisión, una Spaltung, un hendimiento de las funciones psíquicas.

Junto al Spaltung aparecen los "complejos psíquicos"; tan de moda desde la "Interpretación de los sueños" freudiana. Como consecuencia directa de la escisión no solamente se disloca la personalidad sino que se produce una profunda pérdida de contacto con el medio social. Es lo que Bleuler llamará autismo en sus distintas modalidades.

Su psicopatología invita a considerar síntomas primarios o fisiógenos y secun-

darios o psicógenos. Son primarios los que surgen del proceso patológico; secundarios los que comienzan a operar cuando la psique enferma reacciona ante algunos procesos internos o externos.

Los secundarios son consecuencia del trastorno asociativo: “el empleo de meros fragmentos de ideas en el pensamiento, con sus falsas conclusiones, los desplazamientos, la simbolización, las condensaciones, el pensamiento errático y sin objetivo”. También es importante el trastorno de la afectividad con su tendencia a situar las fantasías por encima de la realidad y a atrincherarse frente a ella, siendo su consecuencia el autismo.

Esta concepción de 1911 pone en crisis el paradigma kraepeliniano e introduce por primera vez las ideas freudianas en el campo de la dura psiquiatría académica alemana. Bleuler declara abiertamente que los síntomas tienen un sentido psíquico y plantea que aunque se sabe hacia donde va la psicosis (Richtungsprognose) no cabe predecir hasta que punto llegará ni la celeridad con que se desarrollará el proceso (Streckenprognose).

La escuela de Zurich, es reconocida públicamente por Freud en 1911.

Ya en 1906 Jung y Binswanger visitan a Freud, “pues tenían un buen número de preguntas para hacerle respecto a la psicosis”.

En 1907 Jung había publicado *Psychologie der Dementia Praecox*.

Rapidamente se forma un núcleo de psicoanalistas que realizan una formación intensiva en el Sanatorio Burghölzli. Son ellos: Karl Abraham, Max Eitington, Herman Nunberg, también Alfonso Maeder quien junto a Rikling seguirá a Jung luego de la escisión; Ludwig Binswanger, E. Jones el biógrafo de Freud, James Jakson Putnam, Oskar Pfister, Abraham A. Brill, Oberndorf y una mujer, una soviética: Sabina Spielrein, asesinada en 1942 por los nazis en Ucrania.

Oberndorf escribe que si bien la psiquiatría oficial ignoraba a Freud, en Burghölzli: “Se aplicaba el psicoanálisis diariamente”. (Kindler H. *Die Schule Bleuler*).

En 1908 en el Congreso Internacional de Salzburg se funda el *Jahrbuch*, órgano oficial del psicoanálisis: Bleuler y Freud son sus directores, Jung el editor.

El *Jahrbuch* es un símbolo de la alianza entre Viena y Zurich y una prueba de la adhesión de Bleuler a la causa freudiana.

En el *Jahrbuch* se publica por primera vez el trabajo de Freud sobre el Presidente Schreber. Cita en este trabajo varios casos de análisis de paranoicos llevados a cabo por Maeder y Ferenczi de Budapest.

La postura de la escuela es clara: el delirio implica un cambio en las estructuras del lenguaje, no es una parte de la realidad la que se modifica, sino que se modifica la relación con la realidad como tal.

En esta urdimbre Sabina Spielrein escribe su tesis: “Sobre el contenido psicológico

de un caso de esquizofrenia”, donde, apartándose de las tesis habituales ofrece esperanzas terapéuticas restableciendo al psicótico su estatuto de ser del lenguaje y ser sexuado.

Recién en 1926 en el Congreso de Ginebra-Lausana en su famoso discurso en lengua francesa, Bleuler logra que el mundo académico galo acepte el concepto de esquizofrenia; Claude, al que Lacan dedica su tesis, está entre los académicos.

Recordemos que la clínica de Burghölzli no fue solo un espacio para el comienzo de la psiquiatría dinámica, sino que fue el origen de la psiquiatría fenomenológica francesa de Eugène Minkowski y la suiza-alemana de Ludwig Binswanger.

Primera “comunidad terapéutica” que no funcionó bajo ese nombre, lugar de la psicoterapia, de la ergoterapia de Simon y de la terapia institucional, es interesante recordar algunas notas de Bleuler sobre la paranoica I.J.M ; mujer soltera, nacida en 1853, tal como dice la historia clínica, Jefa de secretarías de la Clínica (jj):

“Nuestra paciente fue, durante muchos años un modelo de escrupulosidad, y todavía me merece mucha más confianza; que los empleados sanos. Siempre conservó la ética como tal, el defecto consiste sólo en que el complejo afectivo intercepta, cada vez con mayor frecuencia, su aplicación a una situación determinada”; del texto:

“Affektivität, Suggestibilität, Paranoia 1906”.

Nunca en la historia de Occidente se dio un espacio dialógico-curativo de este nivel, nunca el psicoanálisis llegó a transformarse en una esperanza para los cientos de pacientes que pasaron por esta experiencia.

Quedaron sin embargo algunas palabras: autismo, que algunos derivan del término autoerotismo freudiano, ambivalencia, disgregación asociativa, síntomas primarios y secundarios, Richtungsprognose, Streckenprognose y su famosa forma simple de la esquizofrenia. Esta le parece a Bleuler extremadamente frecuente fuera de los asilos y cubre gran número de “pseudoneuróticos, psicópatas, degenerados, alcohólicos, vagabundos y mendigos, prostitutas, excéntricos, etc...” que bajo un examen más cuidadosos revelan “un debilitamiento asociativo” y su vida termina en la apatía o en la pérdida del lazo social que significa el asilo. En este marco Bleuler evoca también la esquizofrenia latente diciendo “Son personas irritables, bizarras, morosas, replegadas o exageradamente puntillosas en las que a menudo se descubre un síntoma catatónico o paranoide disimulado y exacerbaciones en el curso de su vida...”. Estos criterios abren el gran espacio de los llamados hoy día pacientes límites, personalidades narcisistas, esquizoides o borderline.

Vemos la fuerte influencia que Bleuler ha ejercido con su primera concepción órgano-dinámica sobre Henri Ey, Ernest Kretschmer, Minkowski y en la tesis de Lacan. Recordemos a Jacob Kläsi y su intento de curar a través del primer tratamiento biológico o de “sueño ar-

tificial”, a Herman Rorschach y su famoso test de las manchas de tinta, a Charles Odier que fue enviado a París para instalar allí el psicoanálisis, pero principalmente a la “molesta” Sabina Spielrein, de quién escribe Freud a Jung el 30 de noviembre de 1911:

“Fraulein Spielrein leyó ayer un capítulo de su ensayo La destrucción como causa del devenir. Hice algunas objeciones... y las presenté en la discusión con la muchacha (Weibsbild). Debo decirle que ella es bastante atractiva, muy inteligente y por lo tanto, empiezo a comprender algunas cosas”.

Vemos aquí un “síntoma” de la escuela de Zurich; algo a irrumpido en el rígido y amable psicoanálisis de la

primera tópica, es esta muchacha de la que Freud dice “empiezo a comprender algunas cosas”.

*Bibliografía Básica:*

Bleuler E. “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*”, *Aschaffenburgs Handb. Der Psychiatrie, Leipzig y Viena 1911.*  
*Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Madrid Morata. 1942.*

*Lehrbuch der Psychiatrie, Berlín 1937.*

Lacan Jacques, *De la Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité 1932.*

# Jornada

El 12 de Septiembre de 2006 se realizó la **Jornada Violencia, Agresividad e Ira** con la presidencia del Dr. Héctor Fischer y el Dr. Eduardo Grande y la coordinación del Dr. Norberto Pisoni y el Lic. Alberto Trimboli. La misma fue organizada por el

Capítulo Universidad y Salud Mental de la AASM, el Capítulo Clínica y Psicopatología de la AASM, la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad J. F. Kennedy y el Laboratorio Elea. Los disertantes fueron Howard Kassinove (Hofstra University - New York, USA), Marc Summer (Hofstra University - New York, USA), Héctor R. Fischer (Presidente Comité Académico de la Especialidad en Psicología Clínica UAJK), Eduardo Grande (Presidente de la AASM), Adhelma Pereira (Profesora UAJK - Miembro de APSA), Daniel Mosca (Presidente de SAPSI), Roger Montenegro (Vicepresidente para Latinoamérica de WFMH)



Dr. D. Mosca, Dr. R. Montenegro,  
 Dr. E. Grande y Dra. A. Pereira



Dr. H. Fischer,  
 Dr. H. Kassinove (USA)  
 y Dr. M. Summer (USA)

# La clínica y los nombres del padre. Nombre, metáfora y suplencia.

Mario Goldenberg

*Psicoanalista, AME de la Escuela de la Orientación Lacaniana (director del 2002-2004), miembro de la AMP, prof. de la Universidad de Buenos Aires, responsable del Departamento de Psicoanálisis y Filosofía CICBA, y ex- director y actual asesor de Virtualia [www.eol.org.ar/virtualia](http://www.eol.org.ar/virtualia) <<http://www.eol.org.ar/virtualia>>, compilador con Diana Chorne del Psicoanálisis y la Creencia, FCE 2006. autor con Osvaldo Delgado "La causa freudiana" 1988 Tekne. "La transferencia en la clínica psicoanalítica" 1994 Lugar, "El padre y La/ mujer" 1996 Atuel.*

La primera referencia que hace Lacan a los nombres del padre, está en "Función y campo de la palabra", un escrito del año 1953, donde articula el concepto de Nombre del Padre a la clínica.

Anterior a este escrito, es la conferencia que da Lacan en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis en el momento en que se funda, titulada "Simbólico, imaginario y real" -que actualmente salió publicada en un libro en francés bajo el título de "Los nombres del padre". Para ubicar la cuestión históricamente, la IPA francesa es la SPP, la Sociedad Psicoanalítica de París, que en el año '53 por cierta cuestión interna, como pasa siempre en el mundo del psicoanálisis, se produce una ruptura de Lacan, Dolto, Lagache y otros con la SPP, y se funda la Sociedad Francesa de Psicoanálisis que todavía existe. La primera comunicación científica allí de Jacques Lacan es "Simbólico, imaginario y real". Lo que es llamativo de esa conferencia es que Lacan introduce allí, por primera vez, los tres registros como registros distintos, pero no hay ninguna referencia al Nombre del Padre. El Nombre del Padre aparece dos meses después, en "Función y Campo de la palabra" y articulado directamente a la clínica.

Plantea lo siguiente: "en el Nombre del Padre es donde tenemos que reconocer el sostén de la función simbólica que desde el albor de los tiempos históricos, identifica a su persona con la figura de la ley. Esta concepción... y de ello resulta un modo de comprensión que va a resonar en la conducción misma de las intervenciones. La práctica nos ha confirmado su fecundidad tanto a nosotros como a los alumnos a quienes hemos inducidos a este método. Hemos tenido a menudo la oportunidad de los controles y en los casos comunicados de subrayar las confusiones nocivas que engendra su desconocimiento".

La apuesta de Lacan está directamente relacionada con la práctica, el control y la dirección de la cura.

Es en ese momento que Lacan introduce los tres registros, es la base de su plataforma de retorno a Freud. Son los tres nombres, ya que justamente se trata de un acto de nominación -real, simbólico e imaginario- a partir de los cuales gira la enseñanza y la práctica de Lacan. En toda la obra de Lacan, a partir de esa conferencia, se debate entre lo simbólico, lo imaginario y lo real.

Inmediatamente aparece un cuarto término, que si bien es un significante referido a la ley simbólica, es un cuarto término en la medida en que siempre aparece el Nombre del Padre como algo que pertenece al Otro pero no es del Otro, o es el Otro de la ley respecto del Otro, o es un significante que sostiene la cadena en más o en menos. Lo que queda claro es que se trata de un cuarto elemento. Este cuarto elemento, con distintas variantes, lo vamos a encontrar a lo largo de toda su enseñanza.

Hay una referencia de "Moisés y la religión monoteísta", el capítulo se titula La renuncia de lo pulsional, allí Freud utiliza el término Nombre del Padre. Creo que el planteo lacaniano del Nombre del Padre, que es un término que proviene de la religión, continúa esta línea de Freud en el Moisés.

Freud comienza diciendo que no es evidente la razón por la cual un progreso en la espiritualidad, un relegamiento de la sensualidad, hayan de elevar la conciencia de sí de la persona o de un pueblo. Opone el progreso en la espirituali-

dad al relegamiento de lo sensual, esto es, la satisfacción pulsional. Lo que va a plantear aquí como algo novedoso –es ubicado por él de esa manera– es que toda renuncia pulsional produce un afecto displacentero. Sin embargo, el progreso en la espiritualidad - dice por razones internas, y aquí ubica al superyó- permite un enaltecimiento del yo, un nuevo beneficio económico que sería esa ganancia de placer de otra índole que la llama aquí satisfacción sustitutiva. Es un término ya conocido de Freud, pero no se trata de la satisfacción sustitutiva del síntoma, sino de la satisfacción sustitutiva por el sacrificio, por la renuncia pulsional, que permite un progreso en la espiritualidad.

Para entrar en debate con el planteo de Freud, podemos decir que nuestra época no es la época del progreso en la espiritualidad y la renuncia de lo sensual, de lo sensorial. La cultura, la civilización actual, no se sostiene de la renuncia sino más bien en un mandato de goce, en una promoción de lo sensorial, del goce, de la sensualidad. No es el ideal del progreso en la espiritualidad del iluminismo, de la ciencia positivista que todavía se sostenían en la época de Freud.

El planteo freudiano es el siguiente: “El progreso en la

espiritualidad consiste en decidirse uno en contra de la percepción sensorial directa en favor de los procesos intelectuales llamados superiores, vale decir, recuerdos, reflexiones, razonamientos y determinar, por ejemplo, que la paternidad es más importante que la maternidad aunque no pueda ser demostrada como esta última por el testimonio de los sentidos. Por eso el hijo debe llevar el nombre del padre y heredar patrilinealmente. Así nuestro Dios es el más grande, el más poderoso, aunque sea invisible como los vientos del huracán y las almas”.

En la ópera de Mozart La flauta mágica, hay una lucha entre la reina de la noche, la maldad femenina, y esa cofradía fraterna que trae la razón, la ley de los hombres. Ahí podríamos encontrar esta oposición que plantea Freud, el padre del lado de la civilización y, lo femenino, la madre, del lado de esta reina oscura de la noche. Se podría decir que es una manera de escribir la metáfora paterna. Por un lado, la ley, por otro lado, la boca del cocodrilo, parafraseando al Lacan del seminario XVII.

Freud plantea un progreso en la espiritualidad y una renuncia en lo sensorial, pero las condiciones discursi-



## Para un mayor desarrollo profesional Capacítense en Gestión de Salud

Si necesita dar un salto cualitativo en su formación profesional, porque su carrera laboral se lo exige, porque su experiencia requiere de nuevas perspectivas, o porque desea trascender hacia el desarrollo de políticas y estrategias de salud, capacítense con los especialistas.

### Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Director de la Carrera: Dr. Hugo Barrionuevo

Aprobada por Resolución N° 499/02 MCE - Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04

### Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Director de la Carrera: Mag. Arturo Schweiger

Aprobada por Resolución N° 184/99 - M.C.E.-Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

### Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Directora de la Carrera: Mag. Silvia Gascón

Aprobada por Resolución N° 275/00 ME - Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02



vas actuales han cambiado. El progreso en la espiritualidad no es un ideal de esta época. El ideal de esta época es cómo gozar más, la cultura misma como mandato de goce. Lo cual también es un punto relevante para plantear, en la medida en que el lugar donde Freud ubica la ley paterna, la autoridad paterna, es distinto de la problemática del padre en esta época.

En la década del noventa se decía que ya no había clínica del Nombre del Padre, que ésta había quedado atrás. Parece que no fue tan así. El próximo Congreso de Roma de la Asociación Mundial del Psicoanálisis es sobre el Nombre del Padre; también en el arte, en la literatura, en el cine fundamentalmente, hay un retorno de la cuestión del padre. En este retorno, en general, se trata de argumentos donde los lazos se rompieron en algún momento y, posteriormente hay un retorno. Se podrían ubicar una serie de películas: El abrazo partido, Herencia de sangre, Las invasiones bárbaras, El gran pez. Es sorprendente cómo en todas las películas vuelve la cuestión del padre.

Volviendo a Lacan, al modo en que introduce la cuestión del Nombre del Padre, podríamos ubicar que en la primera enseñanza de Lacan, el Nombre del Padre, tiene una función teórica. Hay un Nombre del Padre como función simbólica, que ningún padre la alcanza, todo padre es discordante con esta función. Es muy llamativo, por ejemplo, en relación al caso Juanito; al padre, Lacan lo elogia como inteligente, macanudo, compañero, etc. pero como función carente, el único mérito –dice Lacan– es haberlo llevado a Freud. Entonces, en El Seminario 4 Lacan ubica su análisis del caso Juanito a partir de la carencia paterna.

Lo dice también en relación al hombre de las ratas: “El padre no sólo sería el Nombre del Padre sino, realmente un padre que asume y representa en toda su plenitud esta función simbólica, encarnada, cristalizada en la función del padre. Pero resulta claro, que ese descubrimiento de lo simbólico y lo real, es completamente inasible, que al menos en una estructura social similar a la nuestra, el padre siempre en algún aspecto es un

padre discordante en relación con su función. Un padre carente, un padre humillado como diría Claudel. Existiendo siempre una discordancia extremadamente neta entre lo percibido por el sujeto a nivel de lo real y esta función simbólica”... “En esa desviación reside ese algo que hace que el Complejo de Edipo tenga su valor de ningún modo normativizante, sino generalmente patógeno”.

Hay una dificultad con este planteo acerca del Nombre del Padre, es el mismo Lacan el que lo va a reformular en la clase del seminario inexistente, “Los nombres del padre”. La función del padre, esta función simbólica, teórica, ideal, en el sentido hegeliano. (La función para Hegel es una función universal, que deja de lado lo particular). Lacan realiza una gran reformulación a partir del seminario de la angustia y del seminario Los nombres del padre, del cual sólo hay una clase, ya que no continuó su dictado. Antes de Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, da la única clase de este seminario y es excluido de la lista de didactas en la IPA.

Suspende el seminario de los nombres del padre y comienza el seminario de los cuatro conceptos, cuyo título inicial era “Los fundamentos del psicoanálisis”, luego se lo llamó “Los cuatro conceptos...”. Cambia de lugar y también cambia de público, el público de los cuatro conceptos es Levi-Strauss, Henry Ey, etc. Su excomunión de la Asociación Psicoanalítica Internacional, constituye una especie de ruptura con el Nombre del Padre del psicoanálisis.

La primer ruptura está en el planteo de “Simbólico, imaginario y real” del ‘53 y, la segunda ruptura es en el ‘63, donde hay un pasaje del Nombre del Padre como función ideal, universal, a los nombres del padre.

En el Seminario 23, RSI, que es del ‘73 Lacan plantea: Real, simbólico e imaginario –invierte el orden de las letras–, llama justamente a real, simbólico e imaginario: nombres del padre, que constituyó en su acto de nombrar. Es decir que ubica su primer formulación de los tres registros e inmediatamente introduce al Nombre

**informa**

**AASM**

**Asociación  
Argentina de  
Salud Mental**

## **RECERTIFICACION PARA MEDICOS PSIQUIATRAS**

*La Comisión Directiva de la AASM comunica por este medio que el Dr. Eduardo F. Grande, ha sido nombrado Presidente del Jurado para la Recertificación del título de las especialidades de Psiquiatría, Psiquiatría Infanto Juvenil y Psicología Médica ante al CRAMA de la Asociación Médica Argentina.*

*Lo felicitamos y les deseamos una responsable gestión*

*La Comisión Directiva*

del Padre; posteriormente en la última enseñanza van a aparecer los tres registros como nombres. Allí, el nombre está referido a un acto y el significante está referido a la cadena significante o al S1.

Lacan en su primera época llama al Nombre del Padre, significante del Nombre del Padre. Es un significante que tiene la particularidad de que no va bien con el conjunto, aunque tiene una función respecto del conjunto. En la última parte de su enseñanza, a los tres registros, Lacan los llama nombres del padre.

Hay una formulación en El Seminario 23, donde dice que del Nombre del Padre, se puede prescindir, a condición de servirse. Respecto de esto, encontramos un debate en Lacan mismo, ya que en el El Seminario 22 encontramos que del Nombre del Padre no se puede prescindir, porque si se prescinde, los registros se sueltan.

Entonces, hay un momento de Lacan donde pone en el centro el objeto a y parece que es posible un nudo borromeo donde real, simbólico e imaginario están anudados. Luego, hay algo en el nudo de tres que no cierra, tal como al inicio de su enseñanza hay algo que en el Otro no cierra.

Se puede decir que hay un salto, hay pasaje, entre estructura y topología, que es el pasaje de escribir al sujeto como sujeto barrado representado por un significante para otro, a ubicar el anudamiento en real, simbólico e imaginario como nudo borromeo o –más adelante– como real, simbólico e imaginario y un cuarto término que es el *sínthome*. La estructura del sujeto barrado proviene de la lingüística, de la vertiente de Levi-Strauss en su antropología estructural.

La escritura de real, simbólico e imaginario es topológica y, la escritura de sujeto, Otro, objeto a, S1, S2, se ubicaría más del lado de una estructura lógica. Lacan hace una distinción entre su primera época, donde plantea que intenta demostrar que es una operación lógica; posteriormente pasa a la topología, donde se trata más bien de mostrar y no de demostrar.

A modo de síntesis, en el '53, tenemos la constitución de los tres registros y el Nombre del Padre; en el '63, hay un pasaje del Nombre del Padre a los nombres del padre; y en el '73, hay una reformulación, donde los tres registros son nombres del padre y donde se hace necesario un cuarto elemento. Lacan tiene que pasar del nudo de tres al nudo de cuatro. Se puede señalar, en distintos mo-



**Hospital General de Agudos  
DR. TEODORO ALVAREZ**

## **CONFERENCIA MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL**

El día 17 de noviembre de 2006 se realizó en el Aula Magna del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, la presentación del Capítulo Medicina Interna y Salud Mental con una concurrencia que superó la capacidad de las instalaciones.

La conferencia trató los siguientes temas: Depresión postinfarto de miocardio, a cargo del Dr. Gabriel Scianca y del Dr. Daniel López, presidente y vicepresidente del capítulo. Enfermedades Autoinmunes y Salud Mental a cargo de la Dra. Inés Barrio, y el tema Psicología y Salud a cargo de la Lic. María del Carmen Mucci donde mostró su experiencia hospitalaria. La mesa fue excelentemente coordinada por la Dra. Estela Contreras y la Licenciada Irma Zurita. La AASM desea agradecer al Dr. Jorge Pedace, Jefe de División de Clínica Médica del Hospital Álvarez, su participación durante el evento.

mentos, una lectura en que la estructura siempre falla –por ejemplo cuando plantea que el padre siempre es discordante en relación a su función, o que el Edipo es siempre patógeno-, y también decir que siempre hay un elemento que va a sostener la estructura.

El modo en que Lacan piensa la psicosis en El Seminario 3 es la forclusión del Nombre del Padre, y un elemento que va a suplir la metáfora paterna que falta: la metáfora delirante, es decir que ya el término suplencia lo tenemos allí.

El término suplencia no remite solamente a las psicosis, en El seminario 4, justamente hablando de Juanito y su carencia paterna, Lacan va a plantear que la fobia suple la carencia paterna en Juanito. Ya el término suplencia no es utilizado solamente para la psicosis, sino que también aparece como término respecto de la fobia.

El término suplencia va a adquirir todo su relieve en la última enseñanza y, podemos decir que hay un encuentro entre el Nombre del Padre, suplencia y síntoma, en la última época de su enseñanza.

En el párrafo citado anteriormente referido al padre discordante, carente, este padre que siempre está en discordancia con la función, parecería que es un padre sintomático respecto de una función ideal.

Lacan vuelve en varios momentos de su enseñanza a reformular la fobia de Juanito por ejemplo en RSI, en la Conferencia de Ginebra sobre el síntoma-; no habla allí de la función paterna, ni del padre de Juanito, sino que se va a centrar en el sentido del síntoma y toma la fobia de Juanito como un paradigma del síntoma neurótico. Se puede decir, que allí la fobia es un nombre del padre, no es lo que suple la carencia paterna. La fobia tiene una función específica, y Lacan en la Conferencia de Ginebra se ocupa de dar una interpretación precisa de ésta. Se podría hacer un contrapunto del primer Lacan, con el Freud de Inhibición, síntoma y angustia, respecto del caso Juanito: Lacan postula, en la Conferencia de Ginebra, que Juanito se angustia ante el encuentro con un goce que no es autoerótico, sino que es hétero, que es ajeno, se refiere al encuentro con el goce

fálico, con sus primeras erecciones, un goce fuera del cuerpo que rompe el juego de engaños con la madre. Allí ubica a la angustia. Inmediatamente, plantea que la fobia va a aparecer como una respuesta sintomática. La interpretación que hace Lacan de la fobia de Juanito, es que Juanito “está amedrentado por ese goce”; este es el sentido que le da a la fobia.

Resulta llamativo el hecho de que toma un síntoma de una neurosis infantil, que no es un síntoma definitivo, sino que -en el mismo trabajo del padre, de Freud, y a lo largo del caso- va variando en sus formas hasta que desaparece. Lacan en ese punto es muy preciso ya que ubica a todos los mitos que construye Juanito como intentos de simbolizar ese goce. Concretamente, simbolizar el pene, con la mejor resolución que pudo tener Juanito. En ese punto, no es la carencia paterna, sino el modo en que esa respuesta está anclada en los nombres del padre; la fobia misma ya no es suplencia de una carencia, sino que es un recurso, es un modo de respuesta.

El pensamiento de Lacan -el uso de la retórica y fundamentalmente de la metáfora- continúa el pensamiento freudiano, tomando la antropología estructural, la lingüística, la ciencia de la época. La metáfora es un recurso que toma Lacan de la retórica para dar cuenta de la represión freudiana, la cual es metafórica, se trata de sustitución. Sin embargo, la teoría freudiana no se agota en la teoría de la represión. Freud va a plantear, a partir de La interpretación de los sueños, de El chiste..., que las operaciones del inconsciente son de cifrado, de sustitución de representaciones, donde hay representaciones que se reprimen y la carga de afecto pasa a otras, sea en el cuerpo, sea en el pensamiento. El primer Freud y, el Freud de la metapsicología, es un Freud de la represión. El punto cúlmine sería la teoría de la represión primordial y la represión secundaria. Pero con el concepto de metáfora a Freud no le alcanza para dar cuenta de la clínica. En Inhibición, síntoma y angustia va a decir que la represión es un modo de defensa más. Allí no está en el centro la represión, sino la angustia de castración.



**moebius**  
difusión psi

**MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con 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. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:**

**[info@moebiusdifusion.com](mailto:info@moebiusdifusion.com)**

Lacan, a su manera, sigue este movimiento. El Freud de la época de El chiste..., de Psicopatología de la vida cotidiana, de La interpretación de los sueños -que es donde Lacan plantea su retorno a Freud- es un Freud que armoniza con Función y campo de la palabra, con La Instancia de la letra, con toda la primera enseñanza de Lacan. En este sentido, el término metáfora acuerda muy bien respecto de la función del padre, puesto que la función del padre es metaforizar la reina de la noche, la Diosa blanca, esa deidad femenina, en la fórmula de Lacan: "La palabra mata la cosa". En El Seminario 17 vuelve a la cuestión de la metáfora paterna, cuando plantea el apólogo del cocodrilo y el palo, ubica al deseo de la madre como un cocodrilo y al Nombre del Padre, o el falo, como aquello que impide que esa boca se cierre.

Aquello que es del orden del sujeto de la cultura, del progreso en la espiritualidad tiene que ver con poder metaforizar la cosa, das ding, el deseo materno. La metáfora paterna, está en la misma línea de "la palabra mata a la cosa", el significante ya es una especie de interpretación del objeto primordial. El movimiento en Freud en la metapsicología, es un punto muy importante en su enseñanza, pero no es a donde Freud llega. Se encuentra, después de pensar el aparato sostenido en la represión, con niveles de resistencia. La primera resistencia que se podría ubicar, en la época de la metapsicología, es la transferencia. El modelo de la represión había sido la histeria, y el modelo de la compulsión, la neurosis obsesiva. Freud se empieza a preguntar por la compulsión, por los estragos de la guerra, que era el gran problema político de aquel momento (las neurosis de guerra), e introduce la pulsión de muerte. Ya la pulsión de muerte, el recuerdo en acto, la compulsión, no van en una misma línea metafórica. La metáfora es un intento defensivo, mediante el cifrado, de hacer con lo traumático. Sin embargo en Más allá del principio del placer plantea la compulsión a la repetición, los sueños traumáticos, el fort-da, las resistencias en transferencia, como un intento de ligar. También

# 1<sup>ra</sup>

## Jornada

### ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN. ARTICULACIONES TEÓRICAS

*Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología*

El día 4 de noviembre de 2006 el Capítulo Depresión, Ansiedad y Somatización de la AASM realizó en la Sala Pablo Picasso del Paseo La Plaza, la "Primera Jornada sobre Ansiedad, Depresión y Somatización. Articulaciones Teóricas: Psiquiatría, Psicoanálisis y Psicología". Su presidente fue Ariel Falcoff y el Vicepresidente el Juan Carlos Fantin.

Además de los nombrados participaron:

*Julio Moizesowicz (Fundopsi),  
Mario Goldemberg (E.O.L),  
Eduardo Keegan (U.B.A.),  
Miguel Márquez (A.T.A),  
Martín Wainstein (U.B.A),  
Rubén Zukerfeld (A.P.A, S.A.P.)  
Liliana Moneta (AASM)*



*Miguel Márquez, Ricardo Avenvurg y Ariel Falcoff*

hay allí un pensamiento topológico. Hay un intento de enganchar, de enlazar aquello que no se puede terminar de ligar. Es verdad que el primer Freud tenía la ilusión que por la palabra se podía tramitar lo traumático y se podía reducir lo real.

El primer Lacan, de El Seminario 1, si bien tiene un real externo, la operación del análisis es un trabajo de simbolización de lo imaginario.

En Freud, después las Conferencias de introducción al psicoanálisis, lo que se ubica en el centro de su teoría, no es la metáfora, sino la angustia de castración como motor de la defensa. Usa tres nombres que son: inhibición, síntoma y angustia. Podríamos decir que hay una especie de solidaridad entre inhibición, síntoma y angustia, y real, simbólico e imaginario. Para ser precisos, la inhibición estaría del lado de lo imaginario, el síntoma de lo simbólico y la angustia de lo real.

Freud pasa de la teoría de la represión, a Inhibición, síntoma y angustia y es muy importante tener presente este pasaje para poder entender el devenir del Nombre del Padre en Lacan. El Nombre del Padre, inicialmente es metáfora y al final ya no lo es, es algo distinto a la metáfora. El síntoma en Freud inicialmente es metafórico, es formación de sustitutos; luego introduce el término de satisfacción sustitutiva. La primera formulación del síntoma freudiano es que éste es defensivo respecto de la satisfacción. El término satisfacción sustitutiva y sentido de los síntomas, son términos tardíos, aparecen recién después de la metapsicología, en las Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916/7).

La formulación de que hay un goce en el síntoma –como lo plantea Lacan– aparece después de un largo desarrollo en Freud. Lacan mismo tiene que realizar un largo recorrido para llegar a la concepción de que el síntoma es una manera de gozar, ya que inicialmente el síntoma es una manera de decir y es un efecto de verdad.

En la obra freudiana, inicialmente, el síntoma es solidario de la metáfora; en La interpretación de los sueños, Freud postula que el síntoma neurótico tiene una estructura homóloga al sueño, lo cual no quiere decir que síntoma y sueño son lo mismo, sino que tienen una estructura homóloga. El cifrado del sueño es solidario del síntoma como cifrado.

La comparación que hace Lacan en El Seminario 1 es muy esclarecedora, plantea que entre sueño y síntoma hay una diferencia: el sueño estaría más del lado de un poema épico y el síntoma de un tratado de termodinámica, por la cuestión económica. El goce del síntoma, el síntoma como satisfacción sustitutiva, el núcleo resistencial respecto de la interpretación, las resistencias del superyó, las resistencias del ello, lo que Freud llama reacción terapéutica negativa; aparecen como núcleos donde no se trata de descifrar un mensaje cifrado, sino que hay un núcleo resistente a la palabra y a la interpretación. Freud llega a un impasse y le deja a La-

can la cuestión de qué operación le queda al psicoanálisis respecto de ese núcleo resistente.

Es por eso que el Nombre del Padre –que es un término que Lacan toma de la religión para dar cuenta de la función simbólica padre– tiene inicialmente una función metafórica y posteriormente, con el paso a los nombres del padre, va a tener otro estatuto, la nominación.

La Biblia comienza con el acto de nombrar, se trata de un nombrar por la palabra. Lacan postula que el Nombre del Padre en la Biblia, cuando aparece en la zarza ardiente, es “soy el que soy”, no es un nombre propio, sino que es el nombre que no se puede decir.

Sobre la cuestión del nombre, es muy interesante toda la tradición religiosa respecto del acto de nombrar, ya que justamente, el último Lacan va a ubicar en el centro una función de la palabra, el acto de nombrar, distinta a su función metafórica, significante. Ya no se trata de que “la palabra mata a la cosa”, sino que, extremando el asunto, que la palabra es la cosa. Para decirlo de otro modo, el fundamento del lenguaje no es la cosa, sino, el lenguaje como real.

*Versión corregida por el autor*

*Texto establecido por Natalia Capriati y Marina Carreiro.*

# AASM

**Asociación Argentina  
de Salud Mental**

Ayacucho 234  
Ciudad de Buenos Aires  
Tel.: 4952-8930  
[www.aasm.org.ar](http://www.aasm.org.ar)  
[administracion@org.ar](mailto:administracion@org.ar)

# Mesa Redonda

En el marco de las "XLI Jornadas Científicas del Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez", se presentó la Mesa Redonda: "Estrés Pre-Quirúrgico", Coordinada por la Lic. Irma Zurita, Presidenta del Capítulo Psicoprofilaxis Clínica Y Quirúrgica de la AASM y Coordinadora del Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgica del Hospital Álvarez).

Las Palabras de Apertura de dicha Mesa, estuvieron a cargo del Presidente de la AASM Dr. Eduardo Grande.

Los disertantes (todos del Hosp. Álvarez fueron: Dr. Osvaldo Salhé (Médico Cardiólogo), el Lic. Gustavo Nahmod (Psicólogo Integrante del Equipo de psicoprofilaxis Quirúrgica y Tesorero del Capítulo mencionado), el Enfermero Profesional Amancio Gonzalez (Coordinador de Enfermería de la Planta Quirúrgica), el Dr. César Pérez (Médico Cirujano, Jefe de la Unidad de Internación de hombres del Servicio de Cirugía General) y la Dra. Silvina Pantaleone (Médica Anestesióloga).

Dentro de estas Jornadas Científicas, la Lic. Irma Zurita y el Lic. Gustavo Nahmod, Referente de dicho Equipo en el Servicio de Anestesiología, han sido premiados por su trabajo su trabajo: "Un desvío posible en la hoja de ruta".



## REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN 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 sea 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 remitidos al autor responsable para su modificación.



**Si su paciente  
se siente a la deriva  
en el mar de la  
depresión y la ansiedad...**

**NUEVO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO**

**ARAMIX<sup>®</sup>**

Escitalopram 10 y 20 mg

**El rumbo exacto**

-  Reducción inmediata de los síntomas de ansiedad asociados a depresión.
-  Sin contraindicaciones en pacientes que cursan con Glaucoma e Hipertrofia Prostática.
-  Sin efectos secundarios indeseables tales como:  
-Sequedad de mucosas -Visión borrosa -Constipación



**IOMA**



**PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE**

**Bonificación Directa  
en Farmacia**



Presentaciones:  
**Aramix<sup>®</sup> 10 y 20 mg**  
en envases conteniendo 15 ó  
30 comprimidos recubiertos

**ELEA**  
DIVISION  
NEUROPSIQUIATRIA

Para mayor información dirigirse al  
Dpto. Médico de **Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y A.**  
Santo Tomé 4340 - Buenos Aires - Tel. 4379-4300  
[www.laboratorioelea.com.ar](http://www.laboratorioelea.com.ar)