



# CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 5 N° 16 Marzo de 2009  
DISTRIBUCION GRATUITA



**El niño no bienvenido... y sus sueños / Clínica borderline en la confluencia del psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría / Beethoven y la Depresión / La toxicomanía y su relación con la pasión / Cuerpos desobedientes**



# capitulos

## **PRESIDENTES DE CAPITULOS**

COORDINACION GENERAL: *JUAN CARLOS FANTIN*

### **ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS**

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

### **ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO**

PRESIDENTE: *GUSTAVO PABLO ROSSI*

### **ADICCIONES**

PRESIDENTE: *SUSANA CALERO*

### **ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN**

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS FANTIN*

### **ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *ARTURO SMUD*

### **ARTE Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS*

### **CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLE- MÁTICAS ACTUALES**

PRESIDENTE: *ALBERTO TRIMBOLI*

### **REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *ALBERTO MENDES*

### **CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA**

PRESIDENTE: *HÉCTOR FISCHER*

### **CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL**

PRESIDENTE: *SILVIA KLEIBAN*

### **CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *ANA INÉS MARQUIS*

### **DEPORTE Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *RAFAEL GROISMAN*

### **DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN**

PRESIDENTE: *HÉCTOR CASAL*

### **DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS**

PRESIDENTE: *GUSTAVO F. BERTRAN*

### **EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

PRESIDENTE: *BEATRIZ KENNEL*

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

PRESIDENTE: *GABRIEL SCIANCA*

### **MUJER Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *M. M. BACCARO*

### **MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *PATRICIA CABRERA*

### **NEUROCIENCIAS**

PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

### **NEUROPSICOPATOLOGÍA**

PRESIDENTE: *GABRIELA PISANO*

### **NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS**

PRESIDENTE: *ALBERTO COSTORE*

### **NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO**

PRESIDENTE: *SUSANA E. QUIROGA*

### **PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *SILVANA NADDEO*

### **POLÍTICAS DE SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *PABLO BERRETONI*

### **PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS**

PRESIDENTE: *BEATRIZ SCHLIEPER*

### **PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *PABLO FRIDMAN*

### **PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA**

PRESIDENTE: *YANNY JARITONSKY*

### **PSICOONCOLOGÍA**

PRESIDENTE: *INÉS BOUSO*

### **PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA**

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

### **PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA**

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

### **PSICOSOMÁTICA**

PRESIDENTE: *BEATRIZ GARDEY*

### **PSICOTERAPIAS**

PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

### **PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA**

### **PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

### **REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS**

PRESIDENTE: *CLAUDIA RODRIGUEZ*

### **SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL**

PRESIDENTE: *SILVIA VOUILLAT*

### **SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL**

PRESIDENTE: *LILIANA MONETA*

### **SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL**

PRESIDENTE: *NOIDA GALLAGHER*

### **SALUD MENTAL Y LEY**

PRESIDENTE: *RENÉ UGARTE*

### **SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD**

PRESIDENTE: *NORBERTO PISONI*

### **TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD**

PRESIDENTE: *MÁXIMO RAVENNA*

### **VIIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO**

PRESIDENTE: *GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

# AASM

## Asociación Argentina de Salud Mental

## COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande

VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman

SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli

SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin

SECRETARIO DE ACTAS: Lic. Silvia Raggi

SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Dra. Liliana Moneta

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

TESORERO: Dr. Nestor Saborido

VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez,  
Lic. Beatriz Kennel

SUPLENTES: Dr. Fabio Celnikier, Dra. Beatriz Schlieper

COMISION FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Lic. Irma Zurita

VOCAL TITULAR: Lic. Rosa Daniell

VOCAL SUPLENTE: René Ugarte

## 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, Calónico 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 E., Nisembaun Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B., Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge

## 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, Héctor Fischer

**CONTENIDO**

**5**

*Dr. Pedro J. Boschan*  
"El niño no bienvenido...  
y sus sueños"

**11**

*Alfredo Ortiz Frágola*  
Clínica borderline  
en la confluencia del psicoanálisis,  
la psicopatología y la psiquiatría

**18**

*Dr. Roberto Ferraro*  
*Beethoven y la Depresión*

**24**

*Fábio Pereira Alves*  
La toxicomanía y su  
relación con la pasión

**27**

*Guillermo Belaga / Virginia Walker*  
*Valeria Cavalieri*  
Cuerpos desobedientes



Imagen de Tapa  
"Casa de locos" Francisco Goya. 1815/19

**Directores:**

*Eduardo Grande*  
*Alberto Trimboli*

**Director Asociado:**

*Carlos Marachlian*

**COMITE EDITORIAL**

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

**COMITE CIENTIFICO**

*Daniel Millas*  
*Alberto Carli*  
*Ruben Gallardo*  
*Pedro Boschan*

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

**COLABORADORA:** *Estela Gagliardi*

 **diseño**  
**carlos de pasquale**  
**4697-4934**



**AASM**

Asociación Argentina  
de Salud Mental



WORLD FEDERATION  
FOR MENTAL HEALTH

# AASM 2009

## IV Congreso Argentino de Salud Mental

### "EL PADECIMIENTO MENTAL. ENTRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD"

**Buenos Aires. 11, 12 y 13 de Junio de 2009**

**Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort**

#### 4<sup>to</sup> ENCUENTRO INTERAMERICANO DE SALUD MENTAL

4<sup>ta</sup> REUNION ARGENTINA DE PSICOANALISIS

2<sup>da</sup> JORNADAS IBEROAMERICANAS DE SALUD  
MENTAL INFANTO JUVENIL

4<sup>ta</sup> JORNADA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA,  
PSICOFARMACOLOGIA Y SALUD MENTAL

4<sup>to</sup> ENCUENTRO DE EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA  
DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL

8<sup>va</sup> CONFERENCIA ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA CLINICA

4<sup>to</sup> SIMPOSIO ARGENTINO DE TOXICOMANIA  
Y CONDUCTAS ADICTIVAS

4<sup>ta</sup> JORNADA DE DEPORTE Y SALUD MENTAL

3<sup>ra</sup> JORNADA RIOPLATENSE DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

2<sup>da</sup> JORNADA DE PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA

2<sup>da</sup> JORNADA DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Fecha límite de Presentación de resúmenes de Comunicaciones Libres,  
Pósters y Mesas Redondas: 10 de abril de 2009**

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



**INFORMES E INSCRIPCION:**  
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)

adhesión:



# “El niño no bienvenido... y sus sueños”

Dr. Pedro J. Boschan

En 1929, en pleno proceso de revisión de sus concepciones psicoanalíticas, Sándor Ferenczi publica un trabajo que, en su brevedad, constituye un aporte teórico fundamental. Este trabajo, a mi entender, es la base de lo que muchos años más tarde devendrá la concepción vincular en Psicoanálisis, al enfatizar el rol fundamental de los deseos parentales en la estructuración psíquica del sujeto, y lo que podríamos denominar su modo de instalarse en la vida. Describe a sujetos que: “han percibido los signos conscientes e inconscientes de aversión o de impaciencia de parte de los padres, y su impulso a vivir se ha visto dañada por ello... Más tarde en la vida, ocasiones relativamente leves fueron entonces motivación suficiente para desear morir, aunque este deseo era resistido por un fuerte esfuerzo de la voluntad. El pesimismo moral y filosófico, el escepticismo y la desconfianza devinieron rasgos de carácter notorios en estos pacientes”. También describe en ellos una marcada tendencia a enfermarse somáticamente.

En la fundamentación teórica de sus hallazgos, Ferenczi enfatiza la preponderancia de los instintos de muerte en el recién nacido, con relativamente poco afianzamiento aún de los impulsos de vida; señala: “...y esto no es sorprendente, ya que el recién nacido está más cerca del no-ser **individualmente**”. Esta preponderancia debe ser contrarrestada por “una inmensa investidura de amor, ternura y cuidado; cuando ello no sucede, la tendencia a deslizarse de regreso al no-ser puede por lo tanto serle más fácil”.

En este trabajo en particular, Ferenczi enfatiza que el trauma está cifrado en los **deseos parentales**, línea retomada muchos años más tarde por Piera Aulagnier, cuando habla del espacio identificatorio al cual el niño habrá de advenir. Si bien el efecto traumático de las fallas ambientales tempranas fue señalado por muchos autores ulteriores (Spitz, Winnicott, Searles, por ej.), lo novedoso de esta concepción (para esa época) es el cifrar en la trama desiderativa el efecto traumático.

En su Diario Clínico agrega algunas observaciones más, algunas de ellas, como lo señala Hidas (1997) provenientes de su propia experiencia vital: la cualidad de hipersensibilidad a las reacciones del otro, que llevan a “comprender al otro” como una necesidad defensiva, y los hacen especialmente sensibles, por ej. a las reacciones inconscientes del analista. Fanny Hann (1933), una de las alumnas diletas de Ferenczi, en un profundo estudio de estos mecanismos telepáticos, los correlaciona con la percepción por parte del paciente o el niño, de una falla de la investidura libidinal; el desarrollo de esta sensibilidad “telepática” lo piensa como un mecanismo vicariante.

D.W.Winnicott (1949) retoma estos, como tantos otros conceptos de Ferenczi; señala que estos sujetos “llegan a sentirse responsables del mal medio ambiente del que en realidad no son responsables y al que (si lo supieran) podrían culpar por haber perturbado la continuidad

*Miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Profesor de Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de Honor de la AASM. Presidente de la Asociación Cultural Sándor Ferenczi (en formación).*

de su proceso de desarrollo antes de que el psique-soma se hubiera organizado lo suficiente para odiar o amar". Puntualiza que "la incapacidad materna para codificar, unida a la presión que ejerce para bloquear las manifestaciones de ansiedad del bebé, confirman las fantasías infantiles omnipotentes acerca de la destructividad de sus impulsos hostiles". En el paciente que comentaré luego, esto estuvo metaforizado por el clásico chiste del japonés que apretó el botón del inodoro en el momento que explotaba la bomba de Hiroshima.

En el curso de mi trabajo analítico, tuve la oportunidad de analizar un cierto número de pacientes en los que estas características eran notorias. Recuerdo vívidamente a un adolescente a quien le llamaba la atención que hubiera gente "que al despertarse a la mañana, no necesita recordarse a sí misma que hay que vivir un día más". Pero quiero comentar más detenidamente acerca de un paciente de mediana edad, en quien algunas de estas manifestaciones se presentaron con particular nitidez, y en especial uno de sus sueños, que a mi entender figura claramente el estado mental traumático.

Como suele suceder en estos análisis, resulta difícil transmitir, en una exposición breve, los contenidos de lo que ocurre en el proceso utilizando un fragmento determinado del diálogo analítico. Elegí pues formular a manera de enunciados algunas de las comprensiones a las que fuimos llegando, para relacionarlas luego con el sueño al que me voy a referir más detalladamente.

El paciente A., de 47 años, llega consultando por depresión, angustia, insomnio y una falta absoluta de deseo sexual. Ha tenido dos tratamientos analíticos previos, de ocho y once años de duración, el último de los cuales "le aportó un cierto alivio a su depresión". Siente haber vivido deprimido toda la vida, "a veces más, a veces menos". No hay nada que lo entusiasme, vive "sin ganas de nada". Al preguntarle sobre posibles fantasías de suicidio, contesta: "Me resulta inconcebible una cosa así; y eso que en la familia hay varios". Tiene síntomas orgánicos leves y una adicción moderada al alcohol. Dice sentirse culpable siempre, por todo. Su desempeño laboral como abogado es materialmente adecuado, aunque vive en permanente ansiedad de haber cometido algún error cuyas consecuencias serían calamitosas. Desde chico ha recibido una muy intensa y compulsiva formación musical, impuesta por la madre; manifiesta haberle tenido terror a su profesor de música (este tipo de

vínculo de sometimiento aterrorizado a un objeto admirado, odiado y temido, es una pauta que se repite en muchas otras instancias de su vida). Hacía ocho años que no tocaba, no habiendo sentido placer nunca en la ejecución.

En la actualidad tiene una excelente relación con los padres, que contrasta con sus experiencias infantiles. El embarazo fue, según le contó la madre, ni deseado ni registrado; a los cinco meses, al darse cuenta, la madre decidió abortar, pero le dijeron que era demasiado tarde. Durante el parto, la madre "no pudo hacer el trabajo de parto, el trabajo lo tuve que hacer yo; se ve que trabajé demasiado, era una masa colorada". Su padre estuvo tan avergonzado de su aspecto que no quería que lo viera nadie. La madre hizo una intensa depresión puerperal, quedando él a cargo de la abuela materna. Más tarde, la madre tenía severos ataques de jaqueca, quedando durante días enteros aislada en una habitación oscura, no se la podía "molestar por nada". Quizás convenga señalar que estos datos le fueron siendo provistos por la madre durante el curso de este análisis, al comenzar el paciente a averiguar sobre las circunstancias que rodearon su nacimiento; previamente no las conocía, nunca había querido "saber nada de todo eso". Una característica que se hizo evidente en el curso del análisis, era la tendencia a someterse a "contratos leoninos" (expresión que utilizaba con frecuencia en relación a lo laboral) para mantener el amparo de figuras tiránicas cuyo abandono de él sería catastrófico, o a convertir en tales en su fantasía a otros que no lo eran. El terror a ser abandonado por alguna falta o falencia era constante, y trataba de contrarrestarlo "cumpliendo al pie de la letra, y un 50% más por las dudas", exigencias reales o imaginarias.

A pesar de su proclamada apatía y falta de entusiasmo, pudo participar intensamente en el trabajo analítico, sin dejar en ningún momento de expresar manifiestamente su escepticismo. Sesiones que comenzaban con "Hoy realmente no sé por qué vine, se va a embolar (sgunfiare), no tengo nada para decir", terminaban siendo de gran riqueza; habitualmente quedaban completamente olvidadas para la sesión siguiente, siendo "No me quedó nada" una expresión habitual de comienzo de sesión. Durante los primeros años no recordaba sueños; se despertaba a la mañana cansado, mal dormido (el insomnio había cedido, así como la impotencia y en menor medida la apatía), con la sensación de haber experimentado molestias físicas durante el dormir (opresión torácica por ej.), así como movi-

mientos y sensaciones corporales, que me hacían recordar lo planteado por Ferenczi sobre la 1ª fase de los sueños traumáticos, que no tienen acceso a la imaginización onírica. Luego comenzaron a aparecer sueños breves, sin asociaciones; en el tercer año de su tratamiento recuerda el sueño cuyo análisis voy a transcribir sintéticamente. Este sueño se produce en un momento de bienestar, luego de un período de depresión y angustia muy intenso.

P: “No puedo creer lo bien que estoy. Me da desconfianza cuando estoy así, pienso ¿qué se viene después? Como me pasa cuando tengo éxito en algo, siempre pensando cuándo caerá el palazo. Anoche tuve un sueño muy largo, muy loco; soñé que estaba con Cavallo<sup>1</sup> y sucede un terremoto muy grande. Yo le digo: esto no es nada, terremoto terrible es el que viví aquella vez que viajaba en avión. En el sueño mismo pensé: ¿cómo puede ser terremoto en un avión? De repente cambió el panorama, se dividió el país, quedaba como una cintita que conecta, vamos a tener que construir una carretera, algo que uniera los dos pedazos. No había destrucción; no sé si se abrió, o se hundió el resto”.

Asocia: Siempre vinculé el terremoto, el mar y el avión con mi vieja. La tierra, madre tierra, la que te trae y te lleva del mundo. Aparte, en todas las mitologías la tierra es la madre. Me impactó mucho lo que usted me dijo en la última sesión, que no es posible cambiar lo que pasó entonces, el problema no es cambiar lo que pasó entonces, sino cómo me pasa hoy, acá. Se me junta con otra cosa que usted me dijo, lo de repetir. ¿Cuánta garantía hay de que si yo hoy reproduzco una situación jodida en el análisis, no va pasar lo mismo que entonces?

Pero no llegué más allá; miento, algo más pensé. Me había puesto a pensar en un momento ¿qué me habría producido en aquella época una situación de tanta angustia, y qué es lo que yo viví como un éxito o un logro en la angustia que viví? (sic)

¿Cavallo? Para mí significa cambio. Siempre lo vinculé con los cambios acá; después empecé a echarle la culpa al turco. Huevos, es un tipo que tiene huevos; al mismo tiempo me pareció medio desbocado. Capacidad, es un tipo capaz. No sé qué hacía en el sueño, escuchaba.

I: Como yo.

P: Pensé justo eso cuando miré la biblioteca y vi la oreja (es una escultura que es una pequeña oreja de plata).

I: Le cuesta aceptar la “locura” de su inconsciente como es producir un sueño. El terremoto parece representar el parto. Donde no se sabe si se abrieron o el otro se hundió; sólo quedó un hilo que mantiene una unión. Volver a la situación de terremoto del que sobrevivir fue un éxito, aun a costa de quedar dividido usted, así como la madre dentro suyo.

P (me aclara): La fantasía es que se hundió, porque había quedado un hilo de tierra (¿el cordón?, pensé yo), la diferencia de altura; no es que se separó, se hundió.

I: Hundirse como muerte. Usted muchas veces habla de hundirse en la depresión.

P: No quiero pensar más, siento que es algo peligroso. Me siento como un flan recién sacado del horno, sin consistencia, vulnerable.

I: Como un recién nacido.

P: Cuando me agarra la depresión, la angustia, la sensación es que no voy a salir más; cuando estoy así como hoy, que es salir demasiado pronto.

I: Parece hablar de un parto; creo que acá también se está planteando si el trabajo de parto es entre los dos, o si va a tener que hacer el trabajo de parto solo. Lo que habla con Cavallo es que este terremoto que podría reproducirse actualmente, no tiene la magnitud de aquel terremoto original en el que se le hundió el mundo; acá tenemos un hilo que quizás permita reconstruir el camino.

P: Fíjese que casi le tengo más miedo a esto, como estoy ahora, que a la angustia y a la depresión.

I: Es que quizás siente este estar bien como una transgresión a la ley que establecía que usted no debía existir, no debía poder disfrutar de la vida.

P (sobre el final de la hora): Ah, el otro día también tuve un sueño, no me acuerdo casi nada, era un nazi que me robaba la videofilmadora (aparato muy apreciado por él), yo lo corría, en eso me desperté, no sé si lo alcanzaba.

I: Algo nazi que le robó su capacidad de registro, no se sabe si vamos a poder alcanzarlo y recuperarlo. (Pienso en cómo él “olvida” después de la sesión, lo que en esta ocasión **no ocurrió**, pudiendo en vez simbolizar dicha pérdida en este sueño recordado cuando la sesión finalizaba y nos separábamos.)

#### COMENTARIO

En uno de sus escritos póstumos sobre trauma, Ferenczi (1931) plantea una revisión de la teoría de los sueños para las situaciones de trauma. Enfatiza la función traumatológica del sueño; el

<sup>1</sup> En ese tiempo, ministro de Economía.

hecho de que el sueño puede figurar el estado mental del soñante en el momento del trauma (una auto-representación onírica, al estilo del "fenómeno autosimbólico" descrito por Silberer (1909), así como la situación traumática misma, en la que el shock produciría una "suspensión total de todo tipo de actividad psíquica". Describe dos fases de actividad onírica en estos casos: una primera fase, un "sueño de pura repetición", sin imágenes oníricas, consistente en sensaciones corporales (opresión, dolor, congestión, parálisis); una fase segunda en la que la situación traumática cobra representabilidad y puede expresarse en imágenes oníricas. Señala, como condición necesaria para que pueda producirse este "sueño secundario", la constitución de una escisión narcisista del Yo que asume la función de censura, que "observa y evalúa" la tolerabilidad para el aparato psíquico de la magnitud de la situación traumática a repetir, permi-

tiendo sólo a lo tolerable pasar a formar el sueño, a su vez sujeto a la deformación desiderativa. Del primer tipo de sueño el paciente se despierta sintiéndose molido, congestionado, con dolores, agotamiento, sin recuerdo de haber soñado. Dentro de este tipo de sueños quizás podríamos incluir los sueños de caída puros, como los que describe por ej. Carmen Médici en su paciente Annie (1995). Ferenczi señala que de la posibilidad de acceso al "sueño secundario" depende la eficacia traumatolítica del soñar. Podríamos comparar este proceso con los procesos "traducción" entre distintos niveles que describe Freud en la carta 52.

En mi paciente, el comentario del "sueño muy raro, muy loco" creo que es indicativo de la existencia de una escisión narcisista como la que describe Ferenczi; escisión narcisista que, a mi criterio, es una repetición de la que originariamente permitió la supervivencia del paciente a



## 7ª Conferencia Internacional Sandor Ferenczi 2009

Octubre 21 / 24 de 2009

Sede: APdeBA - Maure 1850 Ciudad Aut. de Buenos Aires - República Argentina

### "Introyección, Transferencia y el Analista en el Mundo de Hoy"

Presidentes de Honor:

*R. Horacio Etchegoyen  
Judith Dupont*

Presidente de la Conferencia:

*Pedro J. Boschan*

Con la participación de los renombrados especialistas nacionales e internacionales:

*Emanuel Berman (Israel) - Carlo Bonomi (Italia) - Franco Borgogno (Italia)  
Luis Martin Cabre (España) - Christopher Fortune (USA) - Giselle Galdi (USA)  
Jorge García Badaracco (Argentina) - Josette Garon (Canadá)  
André Haynal (Switzerland) - Alex Hoffer (USA)  
José Jimenez Avello (España) - Judit Meszaros (Hungría)  
Michelle Moreau Ricaud (Francia) - Gilda Sabsay de Foks (ALHP - Argentina)*

**Organización, Informes e Inscripción:**

**Asociación Cultural Sandor Ferenczi**

[conferenci09@gmail.com](mailto:conferenci09@gmail.com)

[www.conferenci09.com](http://www.conferenci09.com)

expensas de la constitución de un falso self (“el trabajo de parto lo tuve que hacer yo”). El agotamiento al despertar, los movimientos y sensaciones corporales durante el dormir, parecen corresponder a sueños primarios; se podría vincular su pertinaz insomnio de esa etapa con el terror a revivir el terremoto durante el sueño, percibiéndose todavía carente de la capacidad de procesamiento para secundarizarlo. Esto parece comparable a su terror a revivir en la sesión situaciones angustiosas que lo llevan habitualmente a tratar de suprimir los afectos que podrían surgir y que él siente como catastróficos. Creo que el establecimiento de la escisión “operativa” puede realizarse, mediatizándola con “la oreja”, pasaje por un objeto contenedor que no repite (al menos completamente) el fracaso original.

Esto permite la secundarización (en el sentido de Ferenczi) del sueño, donde aparece comparando el terremoto con un otro, anterior, el de su nacimiento; y la división que quedó instaurada con sólo un hilo manteniendo la conexión. El sentirse como un flan recién sacado del horno, sin consistencia, vulnerable, parece aludir a que la experiencia de relatar este sueño en sesión entraña un cierto grado de repetición dentro de la sesión, repetición “vigilada y controlada” por la parte escindida del Yo, depositada en mí.

El segundo sueño, recordado sobre el final de la sesión, después del análisis del sueño previo, probablemente imaginaria la pérdida/destrucción de su capacidad de registro por la violencia, esa parálisis psíquica en el trauma del que nos habla Ferenczi.

El tema del trauma y su relación con la realidad psíquica ha vuelto a ser un tema esencial en la teoría y la técnica psicoanalítica en estos últimos años. La inclusión de la trama desiderativa parental como factor de trauma nos brinda, a mi entender, una comprensión ampliada de estos fenómenos, de gran relevancia clínica. Ferenczi señalaba, en su último trabajo de 1932, que el desconocimiento de la realidad del trauma por parte del analista lleva a repetirlo en la situación

terapéutica, ya que un componente constitutivo del mismo es su desconocimiento o desmentida por parte del objeto (Boschan, 1995).

El tema del éxito y la angustia, que no fue tomado en la sesión precedente, puede ser pensado como el tener éxito o triunfar en relación a un deseo de muerte atribuido a la madre. Esto puede verse en la siguiente viñeta de una sesión dos años más tarde.

En esta sesión yo había usado la palabra “post-prandial” en una interpretación (lo que me resultó sorprendente a mí mismo, no siendo un término que formara parte de mi modo de hablar habitual, aunque sí lo usaban frecuentemente algunos pacientes diabéticos que yo estaba atendiendo por esa época).

P: Es una palabra rara; lo asocio con “puerperal”, con infanticidio, el asesinato del hijo. (Se ríe.) Yo hablo de la depresión puerperal como si todas las mujeres la tuvieran que tener; debe ser muy frecuente, ya que la ley habla de la depresión puerperal como una circunstancia atenuante del asesinato. Yo nunca pude conectar “puerperio” con nacimiento, como si fuera algo que sólo tiene que ver con el chico, fuera sólo del chico. Puerperio y depresión, qué horrible, la pérdida de algo vital.

A (interpretación condensada): El haber tenido que tomar sobre sí mismo la depresión de su madre fue como un mini-infanticidio, algo de usted que quedó asesinado ahí. Si no quedaba excluido, de modo que en su fantasía tuvo que hacer de salvador de su madre, para no perderla. Según entiendo, el material que presento nos permite intercambiar ideas al respecto de estos temas. Un cuestionamiento posible, que yo me he formulado al respecto de este y de muchos otros materiales clínicos, es hasta qué punto, en un paciente con estas características, puede haber una distorsión del material en función de una transferencia idealizada que evidentemente está presente (y que entiendo que en esta etapa le es necesaria), adaptándose a las expectativas del objeto como tantas veces lo ha hecho. Si bien es imposible contestar negativamente a tal pre-

**publicidad**

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



gunta, en lo esencial no es esta mi impresión por el momento; como el mismo Ferenczi nos lo señala, un analista puede errar por confiar o por desconfiar en demasía; si bien el primer tipo de error es grave, el segundo expone al paciente una vez más al trauma de ser desconocido.

Otro aspecto a considerar es la relativa falta de los mecanismos de distorsión onírica al que estamos acostumbrados en el análisis de los sueños en los pacientes neuróticos. En mi criterio ello se debe a que los mecanismos defensivos prevalentes son la disociación y el encapsulamiento, más que la represión, como sucede en las neurosis.

#### BIBLIOGRAFÍA

Boschan P.J. 1995: *La controversia Freud-Ferenczi y el problema de la realidad psíquica.*

39° Congreso Psicoanalítico Internacional, San Francisco, 1995.

Ferenczi S. 1929: *El niño no bienvenido y su instinto de muerte.* En *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, Karnac, 1994.

— — — — 1931: *Revisión de la interpretación de los sueños.* Op. Cit.

— — — — 1933: *La confusión de lenguas entre los adultos y el niño.* Op. Cit.

— — — — 1933: *Diario Clínico. Conjetural*, 1988.

Freud S. 1896: *Carta 52*

Hann F. 1933: *Az áttétel és vizontáttétel szerepéhez a pszichoanalízisbe (The rol of transference and countertransference in psychoanalysis) in Lélekelemzési Tanulmányok*, Somló, Budapest, 1933.

Hidas Gy. 1997: *Sándor Ferenczi, the Unwelcome Child and his Death Instinct.* Int. J.

*Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9:2 155.

Médici de Steiner C. 1995: *Analizando sueños de niños.* 39° Congreso Psicoanalítico Internacional, San Francisco, 1995.

Winnicott D.W. 1949: *La mente y su relación con el psique-soma.* En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Laia, 1988.

# CURSOS DE LA AASM

## A Distancia Por internet

### 1 Posgrado en Psicopatología y Salud Mental

Directores: *Alberto Trimboli, Juan Carlos Fantin, Pablo Fridman*

Coordinadores Docentes:

*Silvia Raggi, Gustavo Bertrán*

Carga horaria: 160 horas

Inicio: 20 de abril

### 2 Postgrado sobre Toxicomanías y Conductas Adictivas

Directores: *Susana Calero,*

*Silvia Raggi, Alberto Trimboli*

Carga horaria: 160 horas

Inicio: 16 de abril

### 3 Trastornos en el aprendizaje escolar

Director: *Eduardo Grande*

Carga horaria: 80 horas

Inicio: 6 de abril

## Presenciales

### 4 Salud Mental y Perinatología

Directores: *Silvana Naddeo,*

*María Aurelia González*

Carga horaria: 96 horas

Inicio: 6 de abril

#### INFORMES E INSCRIPCIÓN

Lugar: Ayacucho 234 -

Ciudad de Buenos Aires

Tel/fax: (5411) 4952-1923 / 8930

(lunes a viernes de 13 a 19 hs.)

administracion@aasaludmental.org

www.aasm.org.ar

# Clínica borderline en la confluencia del psicoanálisis, la psicopatología y la psiquiatría

Alfredo Ortiz Frágola

En el imaginario psicológico subyace una fuerte asociación entre patología borderline -paciente grave- pronóstico ominoso. Desde el campo de la clínica se tiende a pensar la participación profesional en términos de un tratamiento difícil, turbulento y con alta posibilidad de fracaso. Esto tiende a producir un sesgo por el cual ciertos pacientes críticos con su terapeuta, que se enojan con él o evolucionan mal, suelen ser sobrediagnosticados como borderline.

De todos modos, los pacientes borderline, junto con los esquizoides y los antisociales, son los trastornos de personalidad más graves, a tal punto que constituyen el 25% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 15% de los pacientes ambulatorios.

La psicopatología y la psiquiatría dinámicas reservan un espacio importante para el paciente borderline y para los trastornos de personalidad en general. Al otorgar un valor especial a la experiencia subjetiva se puede ver cómo su reflejo en el equipo terapéutico dibuja caóticas vivencias contratransferenciales y un clima de stress y desesperanza, que por añadidura muestra parte de las vivencias tempranas del propio paciente. Situaciones de abuso infantil o tempranas relaciones objetales patógenas producen en el paciente un "self" sub o sobreestimulado, que tarde o temprano será experimentado, como vacío o como descontrol, por el propio terapeuta.

## CRISIS Y ERRORES EN EL TERAPEUTA DEL BORDERLINE

En la práctica clínica con estos pacientes difíciles es común hallar, especialmente en adultos jóvenes, situaciones críticas que generan alarma en los pacientes, en sus familias y en los terapeutas encargados de estos casos.

Lesiones autoinflingidas, amenazas de suicidio, estados confusionales y disociativos con síntomas delirantes luego de la ingestión de drogas, violencia familiar o relaciones de pareja caóticas, se asocian y generan intensas reacciones en el entorno. Entonces la frustración del terapeuta ante la presunta inutilidad de sus esfuerzos se acompaña de impotencia, rabia y dudas por su propia competencia.

Inmerso en esta inquietud contratransferencial el terapeuta puede ver perturbada su propia perspectiva, y su evaluación de la situación y del caso se altera sutilmente.

En el contexto de complicadas manifestaciones clínicas como las que hemos mencionado, es fácil caer en errores de apreciación diagnóstica.

*Profesor Adjunto de Salud Mental. Fac. de Medicina, UBA. Co-director de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de IUSAM, Instituto Universitario de Salud Mental de APdeBA, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.  
aortizfragola@fibertel.com.ar*

# SIMPOSIO ARGENTINO

de **Psiquiatría**  
**Psicopatología**  
y **Salud Mental**  
**2009**

**I Encuentro de Calidad de Vida,  
Salud Mental y Problemáticas Actuales**

Abasto Plaza Hotel  
Buenos Aires  
22 y 23 de mayo

Av. Corrientes 3190 - Buenos Aires, Argentina

#### COMITE CIENTIFICO

*Dr. Guillermo Belaga - Dra. Daniela Bordalejo - Dr. Oscar Boulosa  
Dra. Judith Butman - Dr. Alfonso Carofile - Dr. Daniel Fadel  
Dr. Ariel Falcoff - Dr. Juan C. Fantín - Dr. Pablo Fridman  
Dr. Héctor Fisher - Lic. Hugo Hirsch - Dr. Eduardo Keegan  
Dr. Eduardo Leyderman - Dr. Carlos Mangone - Dra. Clelia Manfredi  
Dr. Miguel Márquez - Dr. Alberto Monchablón - Dr. Norberto Pisoni  
Lic. T.O. Mariel Pellegrini - Dr. Martín Puricelli - Dr. Gerardo Spátola  
Dr. Gustavo Vázquez - Lic. Débora Yanco - T.O. Liliana Paganizzi*

Fecha límite de presentación de resúmenes de  
Comunicaciones Libres y Pósters: 30 de abril de 2009

Los colegas que se inscriban a este SIMPOSIO  
obtendrán el **50%** de descuento en la inscripción del  
**IV Congreso Argentino de Salud Mental**

Informes:

Ayacucho 234 Ciudad Autónoma de Bs. As. República Argentina  
Tel.: (54-11) 4952-1923 / 8930 - Móvil: (54-11) 15-3013-0929  
e-mail: [administración@asasaludmental.org](mailto:administración@asasaludmental.org)

¿Cuáles pueden ser esos errores? En el caso de los falsos positivos, sobre la base de presunción de psicosis o de trastorno borderline grave, se formulan pronósticos dramáticos y se indican medidas terapéuticas intensivas (internación, tratamiento o farmacología antipsicótica, psicoterapias de alta frecuencia) que a la postre repercuten de manera perjudicial en el paciente, la familia y el contexto. Por si fuera poco, el terapeuta, inmerso en una atmósfera social de judicialización de los actos terapéuticos, trata de cubrirse a través de lo que se ha llamado la "medicina defensiva" con explicaciones diagnósticas alarmantes, advertencias amenazadoras o actitudes evitativas. El indeseable resultado suele ser la estigmatización del paciente, que luego se ve exacerbada por el acceso a la bibliografía existente en la web.

En el caso de los falsos negativos, se atribuyen las manifestaciones ruidosas a situaciones coyunturales, a crisis vitales o a la evolución engañosa de la transferencia. En consecuencia se demora la terapéutica adecuada, cuando en realidad son cuadros que pueden evolucionar mal, con fuerte daño a la vida personal y familiar, al rendimiento laboral o académico y posi-

bilidad de complicaciones serias, como el abuso de sustancias o el suicidio.

Es de rigor clínico y utilidad práctica considerar que la mayor parte de las manifestaciones clínicas tormentosas que hemos mencionado corresponden a trastornos del self, perturbaciones del sí mismo que abarcan un amplio espectro que incluye desde perturbaciones benignas hasta graves trastornos fronterizos o psicosis incipientes.

Si bien todos estos cuadros que reflejan perturbaciones en la estructura y la cohesión del psiquismo tienen elementos comunes que pueden confundir al observador, implican pronósticos y posibilidades terapéuticas sustancialmente diferentes.

Aun con manifestaciones clínicas parecidas, habrá entonces evolución favorable en trastornos del self benignos, que aparecen en sujetos capaces de establecer vínculos estables integrados y recíprocos. También en trastornos narcisistas de la personalidad en los cuales el psiquismo no posee una estructura sólida pero sí alberga núcleos o sectores de dotes o capacidades que permiten experiencias terapéuticas estabilizadoras que atenúan y compensan las fa-



Instituto argentino  
de terapeutas relacionales

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

BERUTI 4583 6º PISO • CP 1425 • CAPITAL • TEL/FAX: 4777-3719 / 4777-3251

[info@familiasyparejas.com.ar](mailto:info@familiasyparejas.com.ar) / [familiasyparejas@ciudad.com.ar](mailto:familiasyparejas@ciudad.com.ar)

Directora Honoraria: Lic. M. ROSA GLASSERMAN

Directora General: Lic. ANA I. MARTÍNEZ

Directora de Docencia: Lic. M. ESTHER CAVAGNIS

Coordinadora de Asistencia: Lic. ALEJANDRA ESBORRAZ

## Fundación FAMILIAS Y PAREJAS

Instituto argentino de terapeutas relacionales

ASISTENCIA - DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

CURSOS DE FORMACIÓN EN CLÍNICA SISTÉMICO-RELACIONAL 2009

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

Familias con Conflictos Jurídicos - Trastornos de la Conducta Alimentaria - Violencia Familiar

INFORMES E INSCRIPCIÓN: Beruti 4583 6º Piso - TEL/FAX: 4777-3719 / 3251.

E-MAIL: [info@familiasyparejas.com.ar](mailto:info@familiasyparejas.com.ar) WEB: [www.familiasyparejas.com.ar](http://www.familiasyparejas.com.ar)



### "CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIA SISTÉMICO-RELACIONAL". UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - SECRETARÍA DE POSGRADO INICIO: MARZO 2009

Informes e inscripción: Avda. Independencia 3051, 2º piso, Capital Federal, Tels. 4932-2225 / 4957-5879

Email: [posgrado@psi.uba.ar](mailto:posgrado@psi.uba.ar) Web: [www.psi.uba.ar/posgrado](http://www.psi.uba.ar/posgrado)



llas estructurales. En el extremo más patológico del espectro de trastornos del self están los trastornos borderline más comprometidos, con impulsividad caótica y fallas graves de la identidad, que sugieren un déficit estructural severo que hace sombrío el pronóstico y exige al máximo a familias y terapeutas.

De todas maneras, quien trata pacientes severamente perturbados sabe que se va a encontrar con cuadros aparentemente alarmantes que a veces evolucionan favorablemente (para alegría de la familia y satisfacción del terapeuta) y otros cuadros que pareciendo benignos en las primeras consultas, se agravan progresivamente.

#### AFACTOS BORDERLINE Y DEPRESIÓN

Un frecuente motivo de controversia clínica es el problema de la relación entre borderline y trastornos afectivos. Si bien el concepto de borderline nace en la frontera de neurosis y psicosis, hoy en día ha ganado espacio la discusión acerca de la relación entre la patología borderline y los trastornos afectivos, especialmente lo

que se ha dado en llamar el espectro bipolar. Akiskal y otros tienden a extender, e incluso sobredimensionar, el concepto de bipolar para incluir lo que serían pacientes con "síntomas subafectivos". Si bien esta postura tiene bastantes seguidores en el campo de la psiquiatría, prácticamente hace desaparecer de la clínica a los trastornos borderline, y si uno está en contacto cotidiano con una consulta variada sabe que eso sería desconocer o forzar la realidad.

De todas maneras es cierto que en algunos pacientes parece haber una relación entre ambos tipos de trastorno. Una consecuencia terapéutica directa de estas observaciones es la alternativa de contemplar la utilización de medicación antidepressiva y/o antirrecurrential en el tratamiento de los pacientes borderline con síntomas depresivos. El resultado en muchos casos es bastante satisfactorio y facilita el abordaje psicoterapéutico.

Pero estos aportes, que se sustentan en las investigaciones neurobiológicas y epidemiológicas, no deben hacernos perder de vista que las intensas vicisitudes emocionales de la vida del sujeto borderline van a teñir de manera incisiva todas las facetas de su psiquismo, sin que necesariamente esto signifique la presencia de un cuadro depresivo o un estado maniaco.

En este sentido, Fonagy ha estudiado en detalle las formas de apego ansioso y desorganizado que caracterizan a los vínculos del borderline. Este modo de relación interpersonal dependiente confiere un carácter dramático a las situaciones de pérdida. Esto es vivido como un desamparo y abandono que atenta contra el inestable sentido del self.

Gabbard ha mostrado cómo estos rasgos caracterológicos propios del borderline llevan a que estas personas utilicen el término depresión para describir sentimientos crónicos de tedio, vacío y soledad. Si esto no puede ser compensado por el paciente y/o el terapeuta, se hacen presentes la desesperanza, la rabia y la autodestructividad.

En otras palabras, una postura apoyada en la perspectiva ampliada de la psicopatología psicoanalítica nos permite avizorar un espectro diverso de variables etiológicas y, en consecuencia, una visión diferente de la evolución clínica y las diversas posibilidades terapéuticas.

#### EL PROBLEMA DE LAS DIFICULTADES TÉCNICAS Y EL MITO DEL FRACASO TERAPÉUTICO

Si en algo han coincidido la mayoría de los psi-

**asappia**

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

**Psicoanálisis e Interdisciplina**

Presidente: Dra. Mabel Belçaguy Vicepresidenta: Lic. Liliana Spadoni

**ESCUELAS DE POSTGRADO EN CLINICA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA**

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

**ABIERTA INSCRIPCION ciclo 2009**

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

**ESCUELA DE CAPITAL**

Duración 2 años - Modalidad intensiva - sábados de 9 a 13 y 30 hs.

**ESCUELA DE INTERIOR**

Duración 2 años - Modalidad bimensual -  
viernes de 9 a 17 hs. y sábados de 9 a 13 y 30 hs.

**EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS SUPERVISIONES - JORNADAS**

**INFANCIA - ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD - FAMILIA ORIENTACION VOCACIONAL - PSICOPEDAGOGIA**

**INFORMES**

Avda. Rivadavia 2431 (Pje. Colombo)  
Entrada 2 - 4to. piso dep "9" - Capital -  
TEL/FAX: 4 9 5 3 - 5 7 8 9  
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

cólogos, psicoanalistas y psiquiatras en los últimos 50 años, es en la naturaleza resistente al tratamiento de los pacientes borderline. No por casualidad muchos de estos pacientes han pasado por 4 o 5 terapeutas a lo largo de los años. Pero los trabajos más recientes muestran nuevas visiones, tanto sobre la psicopatología como sobre la evolución y pronóstico de estos pacientes.

Medulosas investigaciones de follow up permiten abrigar una cuota de esperanza que se contraponen a lo que podríamos atrevernos a llamar el mito del fracaso borderline.

En cuanto al origen de estos cuadros, más que aseverar de modo simplista que la patología borderline es un trastorno afectivo, o que se debe simplemente a tempranas relaciones objetales patógenas, parecería más prudente señalar que en cualquier serie de pacientes borderline vamos a hallar: 1) un porcentaje que ha desarrollado el cuadro sobre la base de una carga genética de trastorno afectivo. Entre otras manifestaciones padecerán seguramente síntomas relacionados con alteraciones del humor que pueden llegar en algunos casos a dominar el cuadro; 2) otro porcentaje de pacientes enferma sobre la base de abusos severos en la vida temprana. Sin negar la existencia de estos casos dramáticos de violencia física o sexual, se puede extender el concepto al decir que en muchos de esos pacientes hallamos evidencias significativas de tempranos vínculos objetales patógenos que suelen persistir e incluso autopropagarse a lo largo de la vida. Queremos decir con esto que el sujeto continúa entablando relaciones amorosas y de amistad tempestuosas y conflictivas, que generan eterna insatisfacción y desesperanza.

Un tercer grupo de pacientes padece su enfermedad como resultado de la interacción dinámicamente complementaria entre el terreno de la predisposición y un marco de vínculos interpersonales perturbadores. El conjunto de manifestaciones que se explica mejor por esta interacción patógena es la serie impulsividad caótica-agresividad, que también es manifestación central en muchos borderline.

Con esto estamos señalando algo que, con pequeñas modificaciones, podría aplicarse a tantos pacientes en los cuales reconocemos una etiología multifactorial, pero lo apuntamos acá para subrayar la necesidad de una capacitación adecuada para tratar pacientes borderline. Este entrenamiento debería abarcar desde las neurociencias hasta los aspectos psicodinámicos e intersubjetivos para poder encarar con la convic-

ción que sólo otorga el conocimiento del tema, las diversas estrategias terapéuticas con pacientes borderline, una tarea nada fácil por cierto. Podríamos decir que estos pacientes tienen un self desafortunado, por lo que les pasa y por como lo viven, por eso suelen quejarse amargamente de su condición.

La perspectiva del fracaso se extiende desde estos pacientes difíciles hasta quienes tienen que encargarse de su tratamiento, y produce desaliento.

Sin embargo, al volver nuestra mirada a los estudios de seguimiento prolongados vuelven a aparecer argumentos que permiten mayor optimismo. (Tanto el optimismo como la idea del fracaso terapéutico son sutilmente detectados por estos pacientes que, a pesar de tener un déficit simbólico o una limitada mentalización, a veces poseen una especial sensibilidad para captar los estados mentales de otras personas, incluyendo a su psicoterapeuta.)

Los estudios de seguimiento a largo plazo muestran que algunos pacientes mantienen la sintomatología borderline a lo largo de los años y llevan vidas tempestuosas y dramáticas, o vuelcan su impulsividad en el abuso de alcohol u otras sustancias. Aquellos que tenían elementos depresivos conservan alguna sintomatología borderline pero asociada con cuadros afectivos más nítidos que suelen ser abordables farmacológicamente. Pero resulta sorprendente (o no tanto si recordamos nuestra distinción del comienzo sobre el espectro de trastornos del self con los borderline graves en un extremo) y resulta alentador encontrar que en una cantidad apreciable de pacientes el estado borderline no tiene un final nefasto. Más bien podría verse como una estación en un espinoso camino del desarrollo que comenzó con algunos síntomas del humor y desemboca de una variedad de condiciones, desde las más severas hasta otras benignas. El seguimiento muestra que en muchos casos se atenúa y pasa a un nivel neurótico, especialmente luego de un largo o corto tratamiento psicoterapéutico adecuado. Y, por último, un grupo apreciable pasa a tener trastornos de personalidad menos definidos que les permiten llevar vidas productivas.

A pesar de su self desafortunado, muchos de estos pacientes borderline logran remontar su comienzo accidentado y compensar las falencias de su armazón psíquica, se vuelven menos dependientes de sus impulsos y alcanzan a encontrar una existencia que merece ser vivida.



**Shoras<sup>®</sup>**

*Eszopiclona*

*El sueño posible*



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



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



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



**Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.**



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



Presentaciones:

*8*horas 1 mg y 3 mg

Envases conteniendo  
30 comp. recubiertos

*8*horas 2 mg

Envases conteniendo  
10 y 30 comp. recubiertos

# Beethoven y la Depresión

Dr. Roberto Ferraro

Especialista en Neurología,  
Medicina Legal y Laboral  
Docente Adscripto a la  
U.N.B.A.  
Médico de planta de la  
Unidad "Cuidados  
Paliativos del Hospital  
Español"  
r.robtoferraro@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

*"Nunca vi un artista más íntimo y más efusivo."* GOETHE

Emil Ludwig Beethoven tuvo una vida dramáticamente exitosa y plagada de fracasos fundamentalmente amorosos.

Una infancia pobre, una inexorable sordera que lo comenzó a afectar a la edad de los 30 años.

Algunas de sus cartas de hondo sufrimiento son el óbice para trazar un paralelismo que trasciende fronteras y tiempos cronológicos para hablar de aspectos de la depresión desde distintas perspectivas y relacionándolas con el genio de Bonn.

Realicemos un viaje virtual en este curioso ensamble propuesto por el autor. Palabras claves: Beethoven, depresión reactiva, depresión vivencial, depresión bipolar, impacto psíquico, arsénico.

## DESARROLLO

Situémonos en los 20 años del maestro; varias biografías lo describen no precisamente como el estereotipo de una persona atractiva físicamente para el sexo opuesto.

Se le suma que padecía de reumatismo y sentía ardores en su cabeza, lo que lo obligaba a correr al lavabo y refrescársela con varios jarros de agua (¿cefalea tensional?).

La constante repetición de estos hechos pareciera que fue el origen de su sordera.

Existe un consenso general en que los cambios metabólicos cerebrales y su correlación clínica son muy variables. Hay descrita una enorme variabilidad de combinaciones con el estado de ánimo depresivo y con la existencia de síntomas específicos como apatía, ansiedad, lentitud psicomotora, disfunciones cognitivas y ejecutivas.

Muchos estudios han demostrado una relación inversa entre la actividad prefrontal y el estado de ánimo depresivo. (1)

En los tiempos que corren la depresión es reconocida como una entidad potencialmente crónica, incapacitante y con serias repercusiones individuales, a nivel somático y psíquico.

Inicialmente se la consideró episódica y recurrente, pero indicios cada vez mayores muestran que se mantiene la característica recurrente y se agrega una evidente tendencia a la cronicidad.

Cada episodio incrementa estos riesgos y no existen preeditores claros de si en el próximo episodio responderá de la misma manera que en el actual. En general los episodios subsecuentes tienden a ser más severos y prolongados y a responder menos al tratamiento, haciéndose autónomos de las situaciones ambientales a partir del primer episodio. (2)

Ludwig van Beethoven se encontraba sumergido en una profunda depresión debido a la muerte de un príncipe de Alemania que era como un padre para él y a que se estaba quedando cada día más sordo.

Varias veces en sus biografías se menciona la palabra suicidio; cierta vez, hablando con una chica ciega, ella le dijo: "¿Por qué te quejas porque no puedes oír, si tienes el privilegio de poder mirar?; tú te quejas por tu sordera y no sabes cuán-

to daría yo por poder ver un claro de luna". Fue así que compuso la sonata *Claro de Luna*. Estas eran las fluctuaciones vivenciales cíclicas del genio y su humor.

#### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

Trastornos depresivos (con episodios depresivos)

Trastorno depresivo mayor

Trastorno distímico

Trastorno bipolar I

Trastorno bipolar II

Trastorno ciclotímico

Trastorno bipolar no especificado

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Trastorno del estado de ánimo no especificado (3-4-5-6)

En el clímax de su sordera pedía y coqueteaba con la muerte.

Claramente su depresión era por momentos reactiva a situaciones endógenas y en otras respondía a esa sordera, que fue convirtiéndose en el "lei-motiv" de su vida.

"...¡OH Providencia, déjame disfrutar aún unos días de felicidad!; Tanto tiempo hace que no he tenido un solo momento de verdadera ventura!

¡OH! ¿Cuándo podré, Dios mío, disfrutar en el templo de la naturaleza, y ante los demás hombres la dicha que el corazón apetece? ¿Nunca? ¡Oh, no es posible!; Sería demasiado atroz!". (6)

#### DEL SUICIDIO

"...Con alegría veo aproximarse la muerte. Que venga cuando quiera, con tal de que me deje dar término a mi obra. Una vez realizada ésta, ¡le agradeceré que me libere pronto de mis sufrimientos! ¡Ven muerte, cuando quieras, estoy preparado para recibirte!".

Esto expresaba el maestro con tan sólo 32 años.

Sus estados de ánimo adquirirían constantemente lo que en la clasificación podríamos describir como una depresión bipolar.

Veamos...

Estos estados de ánimo se desvanecían muchas veces con la misma rapidez que surgían. Por alguna palabra o rifirrafe sin impotencia envía al camarada Hummel las siguientes líneas: "Que no vuelva nunca más a mí. Es un perro falso bueno para que lo desuellen. *Beethoven*".

Al día siguiente escribe: "Querido Waerl: Eres un excelente amigo y tenías razón. Ahora me doy cuenta de ello. Ven a verme esta tarde. Te abraza fuertemente tu Beethoven, llamado también *Mehlschoberg* (cucaracha)".

#### DEL ARSÉNICO

Su infancia fue pobre y sometida a los castigos de su padre, quien durante largas horas lo hacía trabajar ante un pequeño clavicémbalo.

En los años de su sordera profunda no podía tocar ya ningún instrumento, y si lo hacía era en forma automática, sin la expresión y brillantez de sus bellos tiempos.

Mis inclinaciones desde hace varios años por los problemas de la audición, me han estimulado para aprovechar este momento tan solemne y significativo, con el objeto de disertar y hacer un ensayo biográfico sobre uno de los grandes genios de todos los tiempos y por el cual los otólogos hemos sentido siempre especial admiración. He escogido para este trabajo hacer unas consideraciones sobre la sordera de Ludwig van Beethoven, quien desde muy joven perdió su audición y, a pesar de esta invalidez, dejó una obra artística impresionante para el mundo que no ha podido ser superada. El tema sólo lo analizaremos desde el punto de vista auditivo.

La historia tiene el recuento de pacientes sordos ilustres como Goya, prodigioso genio de la pintura española; Juan Jacobo Rousseau, Ronsard, para citar sólo algunos. Pero entre todos ellos se destaca este luminoso genio musical. Quiero con este ensayo hacer un análisis de su patología ótica y neurológica y explicar cómo fue posible que él compusiera tan brillantes obras a pesar de su pérdida auditiva. Su historia clínica ha sido estudiada por internistas y psiquiatras, y poco se ha escrito sobre su patología ótica que hoy podemos entender mejor a la luz de los conocimientos de la fisiología audiológica y de los progresos en el tratamiento quirúrgico de la sordera. Nuestra hipótesis de diagnóstico etiológico está basada en el análisis de su biografía, de sus cartas, de su obra y de su historia clínica. Un hecho indiscutible es el que la determinación exacta del tipo de sordera que presentó Beethoven sólo sería posible con un examen histopatológico del hueso

temporal. Lamentablemente la descripción que existe de su autopsia es pobre en relación con las lesiones del oído medio.

Personalmente en Viena acometimos una investigación relacionada con la autopsia y consultamos los archivos para conocer la descripción original de Wagner.

Pudimos comprobar con estas consultas que sus restos, inhumados el 27 de marzo de 1827, fueron trasladados al *Central Friedhall* junto con los restos mortales de Schubert el 22 de junio de 1898.

El 13 de octubre de 1863, a petición de la Dirección de los Amigos de la Música de Viena, sus restos fueron examinados en presencia de varias personas y se comprobó que faltaban ambos huesos temporales, confirmándose así que el doctor John Wagner en la autopsia había removido parte del cráneo del maestro. El acto de la necropsia original es insuficiente para concluir sobre ella y definir un diagnóstico etiológico. Dice así:

*“El conducto auditivo externo, sobre todo al nivel del tímpano, estaba engrosado y recubierto de escamas brillantes. La Trompa de Eustaquio estaba muy engrosada, presentando una mucosa edematosa y un poco retraída al nivel de la porción ósea. Adelante de su orificio, en la dirección de las amígdalas, se nota la presencia de pequeñas depresiones cicatrizoides.*

*Las células visibles de la apófisis mastoidea, se presentaban recubiertas de mucosa fuertemente vascularizada, y la totalidad del yunque aparecía surcada por una marcada red sanguínea, sobre todo el nivel del caracol, cuya lámina espiral se apreciaba levemente enrojecida. Los nervios de la cara eran de espesor considerable. Los nervios auditivos, al contrario, adelgazados y desprovistos de la sustancia medular. Los vasos que los acompañan, esclerosados.*

*El nervio auditivo izquierdo, mucho más delgado, salía por tres ramas grisáceas muy finas, mientras que el derecho estaba formado apenas por un cordón más fuerte y de un blanco brillante”.*

Al analizar esta descripción no es posible concluir sobre la patología de la cavidad timpánica o del estribo, que son para nosotros los elementos de mayor interés.

Los cambios encontrados corresponden a lesiones post mortem. Lamentablemente los huesos temporales de Beethoven ya no existen para hacer un estudio microscópico y definir la causa de su sordera; esto sólo es posible a través de un análisis de su vida y de su historia clínica. Es en este sentido en el que nosotros enfocamos este estudio para definir sobre la posible etiología de su enfermedad.

Beethoven nació en Bonn en el año 1770 y murió a los 57 años en Viena, en donde había vivido desde los 21 años. Su niñez fue triste y penosa en medio de angustia y grandes sufrimientos, soportando los malos tratos de su padre alcohólico. Su madre, quien soportó también este mismo ambiente, murió de una hemoptisis tuberculosa en 1787.

Su infancia fue pobre y sometida a los castigos de su padre, quien durante largas horas lo hacía trabajar ante un clavicémbalo. Lo despertaba en las horas de la noche después de sus largas orgías y lo obligaba a recibir sus clases y las de su amigo Pfaiffer, quien era también un bohemio. Su vida fue desde entonces un calvario y podemos decir que sólo terminó el día de su muerte. Hasta los 17 años empieza a recibir la tutela y la enseñanza de mejores maestros.

Estas disciplinas y este ambiente lo indujeron a dedicarse exclusivamente a la música. Su sólida formación y profunda memoria auditiva hicieron posible sus composiciones tan magistrales en los años de sordera profunda. A los 21 años se trasladaba a Viena, el centro de la música y la cultura de ese tiempo. Allí empezó a liberarse y a desarrollar su personalidad y su gran habilidad como pianista. Ese genio innato como compositor hizo posible su aceptación en los más altos círculos sociales y alternar la amistad con las más sobresalientes figuras de la época.

Cuando su vida se presentaba más halagüeña y empezaba a recoger los frutos de 26 años de disciplina y sufrimientos, recibió el impacto de las primeras manifestaciones de sordera. En julio de 1798 escribe a su amigo Armenda esta carta que refiere sus síntomas:

*“Mi audición en los últimos dos años es cada día más*



**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, contactese con nosotros a:**

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

*pobre; los ruidos en los oídos se hacen permanentes y ya en el teatro tengo que colocarme muy cerca de la orquesta para entender al autor. Si estoy retirado no oigo los tonos altos de los instrumentos. A veces puedo entender los tonos graves de la conversación pero no entiendo las palabras. Mis oídos son un muro a través del cual no puedo entablar ninguna conversación con los hombres".* En la otología moderna podemos considerar estos síntomas como los de una otosclerosis laberíntica progresiva con fijación del estribo y la pérdida de la discriminación del lenguaje. Ya en estos años él se ayudaba amplificando su audición con el uso de las trompetas acústicas rudimentarias de la época, ya que las prótesis auditivas eléctricas no existían. En la historia clínica se revelan algunas enfermedades intercurrentes. En su niñez presentó viruela, lo que dejó cicatrices faciales permanentes. Principió a tener ataques asmáticos a los 16 años con resfriados frecuentes que se acompañaban de cefaleas. No hay antecedentes de otitis supuradas que hubieran lesionado la cadena osicular, en contra de lo que se ha pensado de que su sordera fue debida a otomastoiditis.

Existe la posibilidad de que hubiera adquirido la sífilis entre los 45 a 48 años y esta puede ser la causa de la lesión secundaria del nervio auditivo que, sumada a la otosclerosis y a la toxicosis por arsénico y bismuto, hubiera podido producir la sordera total.

Los zumbidos de oído y la hipoacusia se acentuaron entre los 30 y los 40 años, y en los últimos 8 años de su vida la sordera fue total, viéndose obligado a usar su libro de notas para la comunicación. Las trompetas acústicas no le daban ningún resultado. Percibía algunas frecuencias por conducción ósea a través de sus miembros y con la ayuda de una varilla de madera tomada entre sus dientes y que colocaba sobre la tapa del piano para captar los cambios de vibración. Esta maniobra es prueba evidente de que Beethoven tenía restos de conducción ósea, síntomas claros de una sordera del oído medio que posteriormente lesionó el nervio auditivo. Por esa misma época los ruidos desaparecieron. Los pacientes sordos descansan cuando desaparecen los ruidos aunque pierdan su audición, y el ambiente ruidoso



## **ANUDAR** Asociación Civil

### **ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO EN PSICOPATOLOGÍA**

Asistencia, Enseñanza e Investigación en Salud Mental

Constitución 1738 – Ciudad Autónoma de Bs. As.

*Declarado de Interés Sanitario de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res. 114/2006).*



Joan Miró, "El jardín"

## Taller "Sábados Compartidos"

- Orientado a: Participantes de todas la edades, quienes podrán compartir un sábado diferente.
- Actividades: Plásticas, juegos grupales, proyección de películas, música y baile, lectura, escritura, ping pong, cerámica fría y muchas más.
- Frecuencia: Quincenal
- Horario: Sábados de 14 a 19 hs.

***La actividad se adecuará a la singularidad de cada participante***

#### Más información

[www.anudar-at.org.ar](http://www.anudar-at.org.ar) / [info@anudar-at.org.ar](mailto:info@anudar-at.org.ar)  
Tel/fax: (011) 4305-5781

**IV Jornada de ANUDAR "La Función del Acompañante Terapéutico y las Problemáticas Clínicas Actuales" - 27 de junio de 2009 -**

enmascara los acúfenos, lo cual explica el alivio que el maestro sentía cuando se sentaba al piano. En cambio, los pacientes con sorderas del nervio auditivo no toleran el ambiente ruidoso y presentan hipoacusia. La causa definitiva de su muerte parece haber sido una cirrosis hepática.

Lo que más nos sorprende por insólito y contradictorio, es que a medida que su sordera progresaba su obra engrandecía. Leía sus composiciones como un libro, sin servirse de su audición, por asociación inmediata entre la imagen musical y la auditiva. Conocía el efecto que producían las notas musicales y, sin ningún intermediario material, analizaba las cualidades, efectos y sonidos de la pieza sinfónica. Su guía era un lenguaje musical interior y escribía y coordinaba sus pensamientos melódicos por asociaciones sensorio-psíquicas.

Su sordera lo aisló de amigos y admiradores porque le era penoso que su invalidez se hiciera aparente.

Consulta a los mejores otólogos de la época sin ningún resultado. Esa frustración lo lleva al intento de suicidio. Era la época en que el sordo abandonaba los consultorios sin encontrar el menor alivio y ni siquiera la esperanza de una prótesis auditiva ni de las intervenciones quirúrgicas con que hoy la moderna audiocirugía los ha favorecido. Así, el maestro fue perdiendo las esperanzas de recuperar su audición y se volvió melancólico y extraño, adquiriendo la personalidad de un neurótico auditivo.

Enjuiciaba a los médicos, los calificaba de ignorantes, y decía que lo engañaban con esperanzas de una ilusoria mejoría. Se quejaba de la frustración en su vida que había tenido al no poder llevar una vida social como deseaba y tener que estar reducido a la soledad. El profundo amor al arte frustró el intento de suicidio y, según sus propias palabras, prolongó su vida miserable. Carente de atractivos físicos, tuvo grandes admiradoras que formaban parte de la nobleza, pero que sólo fueron para él sublimes en la amistad. Tenía el aspecto típico de un pícnico: pequeño, ancho de hombros, cuello corto, nariz achatada, tez morena y dedos gruesos. El amor hacia la mujer lo sintió profundamente y lo proyectó en su música; la sordera lo obligó a amarlas en silencio. Al parecer su debilidad fueron las italianas, entre las cuales se menciona a Julieta, a quien amó profundamente y quien fuera la inspiración de su extraordinaria sonata "*Claro de Luna*". Julieta se casó más tarde con un noble y el desencanto producido en Beethoven lo llevó a una nueva crisis de desesperación que expresó sentimentalmente en su "*Segunda Sinfonía*", de gran dramatismo, especie de monólogo desolado; se enamoró de Teresa Breuning que, por decirlo así, premió la grandiosa serie de triunfos que venía cosechando tanto en la inspiración como en la ejecución, y parece que fue Teresa la inmortal amada de Beethoven. Y por ese entonces escribe la famosa "*Pasionatta*" y la "*Cuarta Sinfonía*", donde las fuerzas

del espíritu superan cualquier obstáculo material y donde se nota gran serenidad y placentero optimismo. Pero muy poco duró su alegría. Teresa lo abandona dejándolo en el olvido, la tristeza y la desesperación; dos años más tarde se enamoró de Bettina, quien era íntima amiga de Goethe; ella se enamoró del encanto de su arte y así lo manifestaba a sus amigos. Pero también estos amores terminaron muy pronto pues ésta se casó.

Pobre Beethoven, se decía a sí mismo: para ti no hay felicidad, para ti la única felicidad está en tu arte. Su aspiración de formar un hogar fue siempre frustrada. Vivió condenado a un celibato melancólico que soportó en medio de su desesperada existencia. Es indudable que en sus obras se ve claramente la influencia que tuvieron sus amores y en algunas de ellas se nota el contraste de felicidad, como lo vemos en "*Sonata Claro de Luna*" y en la "*Pasionatta*". Contraste de esta vida abatida, dieron una expresión y sellaron, por decirlo así, su obra con los contrastes emocionales de su espíritu.

En los años de su sordera profunda no podía tocar ya ningún instrumento y si lo hacía era en forma automática, sin la expresión y brillantez de sus bellos tiempos. No podía dirigir orquestas, pues no coincidía la orden de la batuta con lo que percibía con sus oídos.

Una escena enmudeció su espíritu en 1822 cuando, al intentar ensayar la ópera de Fidelio, el maestro ocupó un sitio en el atril y cuál sería la sorpresa de los artistas y espectadores cuando Beethoven no oía nada de cuanto acontecía en la escena; retardaba el compás y la orquesta no seguía la batuta. Hubo una tremenda confusión y el director habitual de la orquesta propuso un descanso sin explicar el motivo. Nuevamente se intentó proseguir el ensayo pero sobrevino el desorden y por este motivo la obra no pudo seguir bajo la dirección de Beethoven. Es indudable que el ensayo de la obra de Fidelio rompe la vida del maestro en dos fracciones: la asistida por la esperanza del progreso y de sus éxitos y la impresión que dejó por el resto de su vida hasta su muerte, el ensayo de esta escena que nunca olvidó.

Qué sorprendente este paciente, motivo de nuestro ensayo, que viviendo en gran pobreza y soledad, aislado del mundo y amargada su existencia por la sordera, pudiese componer obras tan maravillosas y de un profundo sentido romántico como la "*Novena Sinfonía*", su última obra magistral, la más grandiosa que revela a su vez el estado melancólico y romántico de su alma y se supera además con una obra de tanta fecundidad: nueve sinfonías, una ópera, gran cantidad de música de cámara, conciertos, obras corales y 32 sonatas para piano.

Desde 1820 hasta su muerte su sordera fue total y fue época de composiciones magistrales en las que en ningún momento se advierte la influencia de su hipoacusia en la composición. Parece que en su

cofosis aprovechó algunos motivos escritos antes de la sordera para obras tan importantes como la *Misa en Re* y la *Novena Sinfonía*. Es indudable que su sordera influyó en su virtud como pianista y en su talento como director de orquesta. El trauma psíquico que produjo su enfermedad le dio contrastes de alegría y de tristeza, de esperanza y desesperación, que le dieron a su obra un acento más importante y un valor incomparable. Y, como dice Conde Jahn Franz en su importante trabajo: "Su vida sentimental fue un misterio indescifrable. Para él, el amor no era voz ni palabra sino una melodía, y el confidente de todas las horas fue el piano, al cual él le confió sus penas y sus alegrías". También fue su único tratamiento.

La revisión de esta historia clínica nos lleva a la conclusión de que la enfermedad de Beethoven fue una sordera del mecanismo de conducción por otoesclerosis con fijación del estribo, que se inició a los 24 años de edad y se hizo progresiva hasta llegar a la fijación total cuando él tenía 35 años. Posteriormente aparecen lesiones otoescleróticas en el oído interno y muy posiblemente la sífilis y drogas ototóxicas lesionaron el órgano de Corti, que lo llevaron a la sordera total en los últimos años de su vida. El hecho de que hubiera compuesto obras tan magistrales en los años de sordera total se explica en una gran personalidad y el haber sido un genio de profunda formación musical y memoria auditiva. Los padecimientos de su infancia y su atormentada enfermedad engendraron esa deslumbrante personalidad que hizo posible obra tan grandiosa. Si hubiera vivido en nuestros tiempos, su tratamiento hubiera sido quirúrgico por medio de la estapedectomía o extracción del estribo, reemplazándolo con una prótesis para restablecer el mecanismo de conducción del sonido. En toda forma, fue un genio que supo superar su invalidez con una infinita capacidad para sufrir. Y al citar este ejemplo podemos decir que la invalidez física puede ser superada. La única invalidez real es la del espíritu.(7)

## CONCLUSIONES

Esta interesante investigación nos muestra un ensamble, no precisamente musical estrictamente. Nuestro genio se debatió en los sinsabores de una depresión fundamentalmente reactiva, las revisiones del compromiso arsenical como punto final de las últimas escenas de su vida.

Pretendo solamente analizar algunos párrafos del genio de Bonn; para cumplir con lo pautado con la extensión no se analizaron las vicisitudes amorosas de Beethoven, en donde la constante es la depresión por "desamor" y una fijación con el suicidio.

Podemos concluir que Beethoven presentó depresiones variadas, también el descubrimiento de la intoxicación arsenical y una vida con tantos vaive-

nes como la sonata *Claro de Luna*, que parece monorde pero tiene tantas variaciones simbólicas como las vicisitudes que la inspiraron a crearla. Gracias por tu legado Ludwig van Beethoven.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 - Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessel, T.M. *Principles of Neural Science, 4th Edition* Mc Graw-Hill, 2000.
- 2 - Rojtenberg Sergio (comp). *Bases clínicas, dinámicas, neocientíficas y terapéuticas*. Edit. POLEMOS. Sep. 2006.
- 3 - Kupfer, D.J. & First, M.B. & Regier, D.A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 9788445812952.
- 4 - Phillips, K.A. & First, M.B. & Pincus, H.A. (2004/2005). *Avances en el DSM*. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 9788445814000.
- 5 - DSM-V: *The Future Manual*. Artículo en la web de la American Psychiatric Association.
- 6 - Beethoven, Emil Ludwig. Barcelona. Edit. Juventud.1999.
- 7 - Dr. Jorge García Gómez, MD, FACS. *Revista Academia de Medicina*. 2008.

**Centro de Terapia Cognitiva**

DIRECTORA: Sara Baringoltz Coordinadora Docente: Ruth Wilner

**POSGRADO  
EN TERAPIA COGNITIVA**  
TEORÍA Y CLÍNICA  
Plan de estudio 2009

**Incluye:**

- ✓ Diversidad teórica
- ✓ Entrenamiento clínico
- ✓ Tutoría y seguimiento de cada alumno con evaluación continua
- ✓ Clases presenciales semanales y mensuales (Abril a Diciembre)

**Horario de clases:**  
Miércoles de 13 a 15.30 hs. o 18 a 20.30 hs. (dos turnos)

**Duración**  
**2 años**  
(400 horas)

**22 años de trayectoria**

**ABIERTA LA INSCRIPCION**

Desde Diciembre del 2008 hasta Marzo del 2009 la coordinadora docente realizará entrevistas informativas acerca de las características del contenido y formato del posgrado

---

**Av. del Libertador 5881 1° "A" C.A.B.A.**  
Tel: 4783-5114 / 4787-4666

Horario: lunes a viernes de 8 a 21 hs. Sábados de 8 a 12 hs.

[www.ctcar.com.ar](http://www.ctcar.com.ar) - [ctc@ctcar.com.ar](mailto:ctc@ctcar.com.ar)

# La toxicomanía y su relación con la pasión

Fábio Pereira Alves

*Psicólogo, con maestría en Psicología Clínica. Profesor invitado del Departamento de Psicología de la Universidade Católica de Goiás (UCG). Miembro del Programa de extensión "Em nome da vida" (En nombre de la vida) de la Universidade Católica de Goiás, en Goiânia, del estado de Goiás, Brasil. fabiopsi@uol.com.br*

El uso y abuso de drogas son recurrentes en una sociedad que se expone de una manera peligrosa al imperativo de consumo. El uso de drogas está ligado a una imagen de delincuencia expresada en el lenguaje del sentido común en términos de "viciado", "drogado" o expresiones originadas en el seno de una jerarquización institucional en el ámbito social. La toxicomanía debe ser pensada como producción cultural. Se amplía la visión al entender cómo el toxicómano se representa a sí mismo a través de su experiencia con la droga. Entender el uso de la droga no como un régimen sustitutivo sino como práctica cultural presente en los "excesos de la modernidad".

La clínica psicoanalítica abre esta vertiente y proporciona una ampliación en el entendimiento del fenómeno toxicómano que va más allá de la ingestión o abstinencia de sustancias tóxicas. Este artículo se propone discutir la toxicomanía y la fuente de su pasión.

La construcción simbólica de los objetos de placer es dada al otro mientras son ofrecidos primordialmente por el Otro. El Otro, metafóricamente la madre de la primera infancia, es el primer aparato fonador para el niño. La función materna, además de cuidar, es la de nominar al niño no sólo los objetos presentes en el mundo sino también los sentidos de su cuerpo. La relación madre-bebé es ambivalente por proporcionar placer cuando satisface los deseos del niño, y de displacer cuando no los satisface. Es en esta posición subjetiva que precede la identificación. En este sentido los objetos son engañosos del deseo, pues su matriz no está en el deseo de quien siente sino en el deseo del Otro. El sujeto puede ser saciado, pero no existe la posibilidad suya de ser privado de su deseo.

Los objetos pueden estar repletos, en este sentido, de engaño, pues en su matriz inicial el producto es la falta. La satisfacción del placer es un desafío magistral y el sujeto, para obtener el placer, se ajusta al mundo externo o incluso lo modifica cuando es necesario para realizar su objetivo. Entonces, aclara Freud (1926) que "en el curso del desarrollo, el principio de placer original pasa por una modificación con referencia al mundo externo, dando lugar al 'principio de realidad' (pág. 255), conforme al cual el aparato mental aprende a aplazar el placer de la satisfacción y a tolerar temporalmente sentimientos de displacer". En este sentido el sujeto puede suprimir temporalmente su placer y busca otra salida para su deseo. El desear consiste en la búsqueda de un objeto externo para simbólicamente representar el lazo social. La dimensión social imaginaria se desdobra y se registra en el drama social. La estructura formal del Ego necesita las características del mundo.

Después de un largo y arduo análisis del camino psíquico recorrido para la satisfacción, Freud (1920), en *Más Allá del Principio de Placer* (1920), dice que las "formaciones reactivas y sustituidas, así como las sublimaciones, no bastarán para la satisfacción persistente del instinto reprimido, dado que la diferencia de cantidad entre el placer de la satisfacción que es exigida y la que es realmente conseguida es la que proporciona el factor impulsador que no permite cualquier parada en ninguna de las posiciones alcanzadas, mas, en las palabras del poeta, 'ungebändigt immervorwärts dringt'", o sea, ante la pérdida o la im-

posibilidad de realizar el deseo, el sujeto consigue sustituirlo por otro objeto de placer y alejar la posibilidad, aunque momentánea, de desamparo. El objeto de placer se hace en la garantía de solucionar una crisis sacrificial y desplazar la catexia a otro objeto, cumpliendo así el camino psíquico sin ningún riesgo para la necesidad interna.

La reflexión se vuelve particularmente interesante al resaltar que el delirio toxicómano mutila el objeto de placer y lo consagra en objeto de necesidad para su mejor satisfacción.

A ese propósito se amplía la investigación del mundo psíquico del toxicómano. Lo que parece esencial en la patología toxicómana es la capacidad del sujeto de sustituir el pensamiento por la acción. El toxicómano busca incesantemente satisfacer su placer por el imperativo de la necesidad y con la ilusión de revivir inconscientemente el eslabón perdido en la transferencia con el Otro. La droga ocupa el lugar del objeto de placer y se configura en objeto de necesidad. El destino de la energía psíquica del adicto está fijado en la compulsión. En los estudios sobre la psicopatología de la histeria (1895), Freud habla sobre “una compulsión ejercida por ideas excesivamente intensas” (pág. 401) y acerca este fenómeno a la transferencia que es copia de lo “olvidado” y que forma parte de las reminiscencias. La toxicomanía puede ser una salida histérica para evocar las reminiscencias de los recuerdos infantiles y actualizar los acontecimientos en los lazos sociales. Fédida (1995) dice, “durante las psicoterapias con toxicómanos, con frecuencia somos sorprendidos por esa equivalencia sustitutiva que ellos conceden a la droga, como si ella fuese su verdadera vida psíquica, fuera de la cual ningún pensamiento, ninguna imaginación y sensación, ningún lenguaje existe” (pág. 31).

El dependiente químico “congela” su subjetividad, se queda pendiente en las reflexiones: ¿Quién soy yo? ¿A dónde voy? Preguntas que estructuran la existencia humana. Sería como revivir la primera infancia. La droga como objeto de necesidad produce un efecto de plenitud, estar “pleno”, nada falta, nada piensa y el sujeto deseante desaparece, es solamente un cuerpo que funciona en las sensaciones. El efecto de plenitud que la droga produce en el psiquismo del toxicómano es momentáneo, pues hace “desaparecer” el desamparo que es constituyente de la vida psíquica humana. La droga rompe la discontinuidad entre el sujeto y el Otro. Esto es totalitario pues, en el imperativo de plenitud, el adicto ignora la alteridad.

Es en este imperativo de necesidad donde se instala una insatisfacción crónica de frustraciones y tedio. Al intentar huir de esos estados crónicos en busca de alivio de la tensión, el sujeto establece un “acting out”, como forma de comunicación entre el mundo psíquico y la realidad externa. Es el cortejo con la muerte, en el que no tiene falta, no tiene marca y la vida se congela. Freud (1905) propone la lógica de que “bajo la influencia del alcohol el adulto se vuelve otra vez un niño, teniendo de nuevo el placer de disponer de sus pensamientos libremente sin observar la compulsión de la lógica” (pág. 124). La comunicación verbal es fallida, el habla es sustituida por actos como forma excesiva de control y manipulación de la realidad externa. El control compulsivo y la necesidad de usar la droga son dispositivos que posibilitan al sujeto perder el acceso a los objetos y sustituir al Otro por la droga. La droga cumple la función de prohibir el anhelo, o sea, la propensión de realización. En la relación con la droga no hay frustración, por eso la sustitución.

#### LA PASIÓN Y LA LÓGICA DEL TOXICÓMANO

En la búsqueda incesante de sustitución, el toxicómano, al usar la droga, vivencia un sentimiento de invulnerabilidad, pero al entender que “la ilusión es abastecida de tensión entre la realidad interna y la externa” dice Alves (2005), la droga pasa ser un objeto perfecto para el gozo y a fijar al sujeto en un objeto de necesidad, en el que los efectos van de lo patético a la tragedia.

Las “ideas excesivamente intensas” producto de la necesidad de satisfacción, según Freud (1895) son un reproche de una “deuda” de la reticencia que no fue borrada, pero las ideas poseen rasgos mnemónicos que producen fijación o la posibilidad de evitar lo que puede ser recordado. Es en las entrelíneas que componen el discurso del sujeto que es posible percibir la actualización de lo reticente bajo la máscara de lo reciente. La lógica del funcionamiento psíquico del toxicómano se funda en la repetición al perpetuar la compulsión. Por eso Gori (2004) afirma que “la compulsión de recordar proviene de una pasión por olvidar”. La confesión de la pasión es actualizada en la transferencia con el analista. El toxicómano es un apasionado que confiesa su pasión, en la compulsión, pero con una disposición intensa en pagar un alto precio por las puertas del dolor. Según Gori (2004), lo determinante de la pasión es “en un

primer momento, corporal, el sufrimiento designado por la palabra 'pasión' pasó progresivamente para un sufrimiento moral, el del alma" (pág. 27). Al abordar el uso de la droga y su relación con la pasión es necesario comprender el tema bajo el ángulo de la pérdida y de la ilusión. El autor entiende que existen cuatro presupuestos para comprender la relación del sujeto con la pasión: primero, la hipótesis del inconsciente como nacimiento de una pasión amorosa que constituye un lugar de la formación narcisista a través de una pérdida; segundo, asociar la pérdida y la ilusión al "abandono" o "separación" o la dominación por el otro a la "alienación"; tercero, el apasionado intenta precaverse del abandono, pues tiene una representación propia de lo ocurrido y lo paramenta con nuevos artificios; el cuarto y último punto tiene importancia capital, pues la pasión funciona como un obturador. El apasionado intenta tapar, obstruir o hacer desaparecer poco a poco su desamparo, pero deja vestigios de la pérdida originaria al vivir las consecuencias en vez de las causas.

El toxicómano es un apasionado que paga el precio de la infamia sin el menor titubeo. En esta hipótesis, la pasión por la droga deduce el deseo de "mantenerse" capturado por la necesidad del uso y cuyo efecto es el amor pasional. El engaño y la seducción están en las palabras maternas: "¡Tú eres todo para mí!", el sujeto apasionado recibe la retórica amorosa de forma invertida, "es el mensaje del pequeño hombre dirigido al Otro materno: Quiero ser todo para ti. Como no puede realizar esta loca aspiración, el sujeto humano se queda inconsolable" (Gori 2004, págs. 28, 29).

La figura clínica del apasionado se acerca a la del apasionado. Al usar la droga el sujeto es capturado por la pasión y carga consigo todo su carácter trágico travestido de mentira, de impostura y de locura. La pasión por el uso de la droga obtura el reconocimiento de una pérdida que ya ha tenido lugar. La relación sujeto-droga provoca la nostalgia al obturar la subjetividad y revivir la pasión inconsciente de un objeto que el sujeto nunca ha poseído. Ante la imposibilidad de revivir el encuentro primario la simbolización es parcial y se hace representar en el cuerpo vacío. El lugar del toxicómano es estar ante la seducción y las devastaciones del Otro. Freud (1930) dice que: "el hombre, que en años posteriores ve su búsqueda de la felicidad resultar en nada, puede encontrar consuelo en el placer oriundo de la intoxicación crónica, o entonces empeñarse en la desesperada tentati-

va de rebelión que se observa en la psicosis" (pág. 73). Es en esta búsqueda dionisiaca que el sujeto hace venir a cuento para lo real el deseo de devastación y la negación de la castración. Pues es en la ruptura de la promesa materna y su realización que se fijan los delirios pasionales. Es la matemática del paradigma infantil resultante de promesas ilusorias. El toxicómano lleva a sus últimas consecuencias una reivindicación desesperada de primeramente perder el objeto para gozar de él, por el fetiche, por la droga, por la obsesión por lo pasional y la melancolía delante de la pérdida del objeto amado. La escucha analítica y las transferencias pueden abrir el camino para que el sujeto entienda la fuente de su pasión, y tenga momentos de elección delante de la frustración.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves FP. El vínculo pendiente de un hilo: la toxicomanía como objeto transicional. In: Trimboli A, Fantin JC, Raggi S, Fridman P, Grande E (orgs.). *El malestar en lo cotidiano: diferentes miradas en salud mental*. Buenos Aires, Argentina: AASM; 2007, p. 197-199.
- Fedida, P. (1995). *L'addiction d'absence. L'attente de personne. Cliniques d'toxicomanes Méditerranéennes*, 25/37.
- Freud, S. (1996). *Proyecto para una psicología científica*. (M. A. M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org), *Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. I, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1950[1895]).
- \_\_\_\_\_. (1996). *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (M. A. M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org), *Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, (Vol. VIII. pp. 11-233). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1905).
- \_\_\_\_\_. (1996). *Além do Princípio de Prazer* (M. A. M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org), *Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. 18, pp. 13-154). Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1920).
- \_\_\_\_\_. (1996). *Psicanálise* (M. A. M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org), *Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII. pp. 251-259). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1926).
- \_\_\_\_\_. (1996). *O Mal-estar na civilização* (M. A. M. Rego, Trad.). Em J. Salomão (Org), *Em Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud*, (Vol. XXI. pp. 65-148). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1930).
- Gori, R. (2004). *A lógica das paixões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

# Cuerpos desobedientes

Guillermo Belaga \*  
Virginia Walker \*\*  
Valeria Cavalieri \*\*\*

*“...con mi lenguaje puedo hacerlo todo: incluso y sobre todo no decir nada. Puedo hacerlo todo con mi lenguaje, pero no con mi cuerpo. Lo que oculto mediante mi lenguaje lo dice mi cuerpo. Mi cuerpo es un niño encaprichado, mi lenguaje es un adulto muy civilizado.” (1)*

Como integrantes del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro inscribimos nuestra labor dentro de un hospital general y operamos intentando transformar en necesaria nuestra intervención. No nos colocamos en un lugar pasivo, esperando a ser llamados, sino que trabajamos construyéndolo, teniendo presente que los lugares hay que inventarlos.

Es desde esta perspectiva que en el 2003 se crea el dispositivo de Urgencias Subjetivas para atender lo que se presenta con el carácter de urgente.

Entendemos la urgencia como aquella demanda cuya respuesta no puede ser diferida, donde a posteriori se podrá leer si hubo o no efectos subjetivos. Desde Freud podemos entenderla como una ruptura aguda, un quiebre en el equilibrio, en la homeostasis con que la vida del sujeto transcurría hasta ese momento.

En este sentido el dispositivo, integrado por psicólogos y psiquiatras, se dirige a cualquier sitio dentro de la institución desde donde sea convocado, ya sea de la guardia, de piso, etc.

Lo primero a ubicar en el pedido es dónde está la urgencia institucional, discriminar lo urgente de lo importante, esto es a partir de las coordenadas de riesgo (que son psiquiátricas).

Los responsables de cada día realizan el seguimiento de los pacientes que quedan internados como así también de los que son citados en forma ambulatoria, transmitiéndose oralmente en el pase de guardia la lógica de las intervenciones de un encuentro al otro.

En la entrevista con el paciente se trata de dilucidar no sólo la gravedad del caso sino también las decisiones que como profesionales debemos tomar respecto a la orientación del tratamiento a seguir, tales como internación, medicación y/o habilitación de un espacio de escucha inmediato. El simple hecho de ser alojado por el Otro produce alivio en el padecimiento del paciente.

El modo en que un servicio organiza su trabajo les permite a los profesionales, más allá de la particularidad de cada caso, apoyarse en diferentes dispositivos de intervención que se construyen y varían con el fin de tratar las urgencias.

El presente trabajo surge a partir del interés por parte de nuestro equipo de investigar un hecho clínico que se presenta con llamativa recurrencia en los pedidos de interconsulta de urgencia que nos llegan de la guardia del hospital. Algunos pacientes, especialmente jóvenes, se autoinfligen cortes o se intoxican con distintas sustancias con la intención de matarse, y lo que escuchamos regularmente es que no pueden dar cuenta de las circunstancias de lo sucedido, como si su cuerpo no fuese asunto suyo.

\* Médico psicoanalista.  
Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro. Miembro de la EOL.

\*\* Lic. en Psicología.  
Concurrente del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro, Prov. de Bs. As., Argentina.  
virginiawalker\_@hotmail.com

\*\*\* Lic. en Psicología.  
Concurrente del Servicio de Salud Mental del Hospital Central de San Isidro, Prov. de Bs. As., Argentina.  
valeriacavalieri@yahoo.com.ar

1 Barthes, R.: *“Fragmentos de un discurso amoroso”*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2004, pág. 198.

En la época actual el sujeto se presenta desde la extrema inhibición al pasaje al acto, se expone a situaciones de riesgo buscando sentirse vivo, responde con lo impulsivo, tendencia bastante típica del adolescente, que no llega a angustiarse y se anticipa con un acto.

Lo que no puede ser dicho es realizado con un acto como la forma de hacer entrar en el discurso lo que no puede hacerse vía significante.

### ¿HAY ALGUNA INTERVENCIÓN POSIBLE?

Ana, de 23 años, ingresa a la guardia con varios cortes en sus antebrazos de diversa gravedad producidos en el marco de un "intento de suicidio". Ajena respecto a lo ocurrido dice: "R me busca continuamente para pegarme, no sé qué le pasa, está loca". "Me encerró en su casa, en ese momento pensé o me mata ella o me mato yo", acto seguido se realiza el corte. Dice: "No sé qué pasó, fue como un reflejo, vi el cúter y me corté". "Eso me alivia".

Agrega: "Me cansó, me superó la situación, no aguanté más".

Ana dice que los últimos años ha intentado "cortar" la relación con R, pero ésta no lo acepta. Dice: "Viví escapándome".

¿Qué la lleva a cortarse? ¿Sería la vía que encuentra para salir de una escena que ya le resulta insoportable, como un modo de poner en acto lo que no puede resolver por la vía simbólica?

Vuelve a la escena del corte y dice: "Me corté cuando R me dijo que me fuera y mi mamá no quería que fuera a su casa porque dice que con mi trabajo llego tarde y molesto" -trabaja como camarera-.

Dice: "No tengo un lugar" -por primera vez la angustia se hace presente-.

"Me lastimo yo, pero es lo que quisiera hacerle al que me molesta, para evitar problemas me lastimo a mí misma".

Se le pregunta: ¿Cómo evitar llegar a ese punto? Responde: "Evitándolos, yo me dejo joder". "Ver a alguien nervioso me incomoda, me pone muy nerviosa a mí también, entonces necesito salir de ahí".

Se le señala que no es una mala estrategia, ya que no hay separación entre ella y el otro, lo que le pasa al otro le pasa a ella.

S, de 18 años, es traído a la guardia por su madre. El motivo, un profundo corte en su muñeca luego de una discusión telefónica con su novia. La

madre refiere estar muy preocupada y no saber cómo ayudarlo ya que no es la primera vez que su hijo reacciona "violenta e inesperadamente cuando las cosas no salen como él espera".

Del hecho actual S dice: "Me dijo que quería terminar la relación, me dio mucha bronca y no sé, se ve que agarré un cuchillo y me corté". Su discurso es acelerado y repite insistentemente: "Ya está, me quiero ir".

El médico indica el alta clínica. El analista, en cambio, propone una pausa ahí donde S pide concluir con su padecer, utilizando como estrategia que permanezca en observación en la guardia. Tanto éste como su madre se sorprenden, el joven rompe en llanto diciendo que él está bien, que no va a volver a suceder, a lo que la madre agrega: "Va a ser peor el remedio que la enfermedad, ¿no es mejor darle un tranquilizante y listo?".

El Dr. Belaga, en "La urgencia generalizada", dice: "El sujeto quiere volver a restituir la combinatoria que le funcionaba, pero evidentemente hay un antes y un después" (2). Es necesario ayudarlo a que "conciba otra narrativa" que le permitirá posicionarse de otra manera frente a la angustia, encontrando los recursos para "saber-hacer" con ella.

Es una invitación al sujeto a asumir su responsabilidad justamente ahí donde busca su justificación. Puede haber un destino distinto a la repetición, pero ahí él debe jugar su parte.

Lo que se puede verificar en estos jóvenes es que, después de esos actos impulsivos, no pueden decir mucho, no aparece la culpa, ni una pregunta, porque no hay subjetivación del hecho.

Paradoja de la época: a más afectación de los cuerpos, más desafectados de eso mismo, hay un rechazo del saber de ese real como signo del cuerpo. Los síntomas mudos comandan la sintomatología de la época. Es el síntoma no descifrable, que sólo pide ser extirpado. Hay una satisfacción no mediada por el Otro y como tal hay que buscarlo en su anclaje en el cuerpo, escenario de la manifestación de la exclusión social y de la caída de los ideales. El cuerpo, el cuerpo libidinal, dice algo que el sujeto no quiere escuchar (3).

### ¿QUÉ ESTATUTO TIENEN ESOS CORTES?

Tanto en Ana como en S puede verificarse la particularidad de la palabra "corte". Ana refiere haber intentado cortar la relación con su pareja pe-

ro ésta no lo acepta. Se corta cuando su novia intenta terminar la relación. Pareciera que para estos sujetos la expresión "corte" no se inscribe en un discurso sino que estaría aislada, por lo tanto buscan la anatomía para dar una significación a esa expresión.

El otro aspecto que observamos con frecuencia en los casos que llegan al hospital en el marco de "intento de suicidio" con psicofármacos es una "intolerancia frente a la tristeza" (4), el sujeto nada quiere saber de ella. Paradoja del objeto psicofármaco, en esta época, la pastilla, que se ha transformado en el primer recurso para paliar el sufrimiento subjetivo, ya que "todo lo puede curar", es al mismo tiempo el móvil utilizado para perturbar la relación al cuerpo cuando el discurso no alcanza para maniobrar con lo que no funciona. La intoxicación medicamentosa sería un acto desesperado con el que se intenta poner fin a la angustia. Hay una obstinada evitación del proceso de duelo que llevaría al sujeto a confrontarse con el vacío que provoca la pérdida. Pero, ¿cómo responsabilizarse por el propio dolor cuando no hay subjetivación del hecho? Porque el trauma hace fallar la función de la inhibición retornando violentamente en la escena como actos impulsivos.

En muchos casos lo que se escucha en estos pacientes es que la muerte es la única salida que encuentran, forma extrema de "no querer saber nada". No hay responsabilidad por el propio deseo, sólo cobardía o su equivalente: satisfacción autista e inmediata.

M, de 20 años, es traído a la guardia tras haber consumido 80 mg de alplazolam en un intento de suicidio. Refiere que estaba "muy bajoneado, sin trabajo, sin hogar, humillante, hoy dije basta, no aguanto más. Quería pasar a un mejor lugar, no le encuentro sentido a nada".

Se le pregunta por qué la muerte tiene que ser el único lugar, a lo que responde: "Perdí la paciencia. Siempre tuve una vida de mierda, de chico mis viejos me torturaban, problemas con mis parejas".

En relación a la ideación suicida dice: "Lo venía pensando desde hace un tiempo, pero no me animaba a tirarme debajo del tren, no tenía el coraje, y pensé, las pastillas son menos dolorosas". Luego de tres entrevistas diarias en el dispositivo de Urgencias Subjetivas se sanciona el fin de la urgencia recortando un dicho del paciente: "Algo estaba mal y no lo puedo descifrar". Se le ofrece la posibilidad de iniciar un tratamiento individual, apostando a poder sintomatizar su malestar. Acepta. Concorre a la primera entrevista. Dice: "Vine, pero en realidad no sé si quiero hacer un tratamiento. ¿Acaso me van a dar la solución a mis problemas?".

Se le responde que no, pero sí se lo puede ayudar a "descifrar eso que anda mal".

M se presenta inocente, hay un perjuicio donde él no se hace responsable, se siente gozado por los demás al colocarse en el lugar de víctima, posición típica del sujeto moderno.

No concurrió a la próxima cita.

Jorge Alemán (5) plantea que "la salida", la única manera de poder estar en la vida, es aprendiendo a vivir con la herida, asumiendo el fracaso, la falla. No es dejar atrás algo, es mantenerse en el camino generando un límite.

L, de 17 años, es traída a la guardia por su madre luego de haber ingerido un "cóctel" de medicamentos con la intención de matarse. Dice: "Tenía mucha bronca. Estudié un montón para un examen y me fue re mal, ¿para qué?". Comenta que la bronca aparece cuando ella se esfuerza por algo y el otro "está lo más pancho". Refiere intentos anteriores; el primero a los 14 años, "me corté porque me decían loquita". En un discurso logorreico relata episodios de auto y heteroagresividad en discordancia afectiva.

"Siempre que tengo mucha bronca rompo espejos y me corto las venas, o me las rasguño con las uñas, pero eso no me calma los nervios". "La carne no quiere que sangre, no quiere que me muera". Dice que le gustan mucho los espejos y los tiene por todos lados.

2 Belaga y otros: "La urgencia generalizada", Grama Ed., Buenos Aires, 2004, pág. 17.

3 Germán García en "Depresiones y psicoanálisis", Vaschetto E. (comp.). Grama Ed., Buenos Aires, 2006, pág. 136.

4 Álvarez y Eiras en "Depresiones y psicoanálisis", Vaschetto E. (comp.). Grama Ed., Buenos Aires, 2006, pág. 122.

5 Conferencia en HCSI, 31/10/2007.



## ¿QUÉ SOSTIENEN ESTOS ESPEJOS?

L, de acuerdo con su madre, se fuga del hospital. Días después regresa a pedir tratamiento. Queda internada en la guardia. Se suceden las entrevistas en las cuales sólo se escucha su enojo y la intención de cortarse. Se decide la internación en institución especializada. L da su consentimiento y se sorprende diciendo: "Necesito que me controlen, tengo miedo de matarme".

En los casos mencionados la intervención fue, en un primer tiempo, poder ubicar algo, en lo que se presentaba sin palabras, cifrar algo, apostando a lograr subjetivar la crisis.

En un segundo tiempo se podrá leer si hubo o no efectos. En muchos casos el alojamiento de esos actos impulsivos o de la angustia posibilitan la emergencia del sujeto y la producción de un síntoma analítico.

Lo que insiste y hace pregunta es esa relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo, "cuerpo que no obedece a nadie".

Ana se corta sus brazos y manifiesta "alivio" al hacerlo. En algunas ocasiones los pacientes no tienen ninguna intención de hablar, se muestran reticentes o indiferentes; por el contrario, otros hablan y mucho, pero lo que aparece es una total inmunidad a los efectos de la palabra. Tal es el caso de L. Sin embargo, en ese discurso sin freno,

luego de algunos encuentros dirá: "Necesito que me controlen, si no me mato". Hay que creerle y no dejar escapar ese algo que pudo cifrar de un exceso mudo más allá de su enojo charlatán.

La clínica actual permite aislar una serie de presentaciones sintomáticas que se caracterizan por su falta de plasticidad, se manifiestan incommovibles a las maniobras terapéuticas clásicas. El rechazo por el saber fija un límite a nuestra práctica. La apuesta se dirige a buscar la forma de hacer entrar eso que se resiste. No se trata de descifrar el sentido de síntomas inconscientes. Se trata más bien de cifrar algo de esa fuerza muda que arrebató al sujeto y utiliza al cuerpo como campo de batalla. Entonces estamos advertidos a la espera de algún resto que deje caer el sujeto con el cual poner algún nombre a su sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

*Belaga, G. y otros: La urgencia generalizada. La práctica en el hospital. Grama Ediciones, Bs. As., 2004.*

*Vaschetto, E. y otros: Depresiones y psicoanálisis. Insuficiencia, cobardía moral, fatiga, aburrimiento, dolor de existir. Grama Ediciones, Bs. As., 2006.*

*Glaze, A. y otros: Una práctica de la época. El psicoanálisis en lo contemporáneo, Grama Ediciones, Bs. As., 2005.*

*Tarrab, M.: En las huellas del síntoma. Grama Ediciones, Bs. As., 2005.*

## AASM

## CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 20 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 15 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 10 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

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

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

## INFORMES

## AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

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

## SUSCRIPCION GRATUITA

Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a [administración@aasm.org.ar](mailto:administración@aasm.org.ar) consignando:

- Nombre y apellido
- Domicilio
- Mail
- Teléfono

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

La revista es gratuita, solo se deberá abonar un costo de envío de: \$4,50 C/U o \$18 los cuatro números del año. (Para el exterior los precios son U\$S 6 o U\$S 24)



## REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo es considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.
- Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.
- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas, para que sea considerada su publicación, que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.

Hipnótico no benzodiazepínico de rápida absorción

**NUEVO**

*Desde ahora  
tratar exitosamente  
el insomnio  
ya no es más  
un sueño imposible*

# 8horas<sup>®</sup>

Eszopiclona

*El sueño posible*

**8horas** Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.

**8horas** Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.

**8horas** Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Presentaciones:

**8horas 1 mg y 3 mg:**

Envases conteniendo  
30 comp. recubiertos

**8horas 2 mg:**

Envases conteniendo  
10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información  
llámenos al: 0800 999 2495  
o visite nuestro sitio web:  
[www.elea.com](http://www.elea.com)



**ELEA**  
NEUROCIENCIAS  
*Un paso adelante*