



CONEXIONES

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

Año 7, Nº 22 Marzo de 2011
DISTRIBUCION GRATUITA

Se aprobó la nueva Ley Nacional de Salud Mental • La nosología de la depresión postparto • Locuras e histerias • La apropiación de la escritura por parte del niño: sus relaciones con la palabra, el cuerpo y su goce • La automutilación: un intento de respuesta subjetiva frente a la desvitalización esquizofrénica



capítulos

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: *JUAN CARLOS FANTIN*

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: *GUSTAVO PABLO ROSSI*

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS FANTIN*

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS*

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: *ALBERTO TRIMBOLI*

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: *HÉCTOR FISCHER*

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: *ANGEL S. GUGLIOTTI*

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*

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: *SILVIA SINGER*

GESTIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *H. HUGO BARRIONUEVO*

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *NORMA FANTINI*

MEDICINA SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN*

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *M. M. BACCARO*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PATRICIA CABRERA*

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: *GABRIELA PISANO*

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *ALBERTO COSTORE*

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: *SUSANA E. QUIROGA*

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVANA NADDEO*

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO BERRETTONI*

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *BEATRIZ SCHLIEPER*

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO FRIDMAN*

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: *YANNY JARITONSKY*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: *BEATRIZ GARDEY*

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: *DIEGO FEDER*

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ALBERTO MENDES*

REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: *CLAUDIA RODRÍGUEZ*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVIA VOULLAT*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: *LILIANA MONETA*

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: *NOIDA GALLAGHER*

SALUD MENTAL Y ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: *RAQUEL BIANCHI*

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: *RENÉ UGARTE*

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: *NORBERTO PISONI*

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: *DIANA ALTAVILLA*

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: *MÁXIMO RAVENNA*

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: *GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

VIOLENCIA

PRESIDENTE: *SUSANA PONTIGGIA*

AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: *Alberto Trimboli*

VICEPRESIDENTE: *Néstor Saborido*

SECRETARIO GENERAL: *Juan Carlos Fantin*

SECRETARIO CIENTÍFICO: *Gustavo Bertran*

SECRETARIO DE ACTAS: *Liliana Moneta*

SECRETARIO DE ÉTICA: *Pablo Fridman*

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: *Ricardo Soriano*

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: *Silvia Raggi*

SECRETARIO DE PRENSA: *Rosa Daniell*

SECRETARIO DE PUBLICACIONES: *Ariel Falcoff*

SECRETARIO DE CULTURA: *Ruben Gallardo*

SECRETARIO DE BIBLIOTECA: *Darío Galante*

TESORERO: *Eduardo Grande*

VOCALES TITULARES: *Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Jimena Aguirre*

SUPLENTES: *Roberto Sivak, Irma Domínguez*

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: *Beatriz Kennel*

VOCAL TITULAR: *Jerónimo Grondona*

VOCAL SUPLENTE: *Fabio Celnikier*

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

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

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertran Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Darío, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Darío, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Darío, García M^o Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., 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, Scarnapicco María J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge

DELEGACION MENDOZA

PRESIDENTA: *Miriam Aparicio*

VICEPRESIDENTA: *Nancy Caballero*

SECRETARIA: *Jimena Aguirre*

DELEGACION METROPOLITANA NORTE

PRESIDENTE: *Ignacio Penecino*

VICEPRESIDENTE: *Raúl Solari*

SECRETARIO CIENTÍFICO: *Lucas Leserre*

TESORERO: *Jorge Faraoni*

VOCALES: *Juan Costa, Ramiro Gómez Quarello,*

Valeria Cavalieri, Lorena Ausili,

Delfina Lima Quintana

AREA ADMINISTRATIVA

Jorgelina Catenacci (coordinación)

Clarisa Curti Frau

CONTENIDO

5

Gerard Pommier en nuestro VI Congreso

Se aprobó la nueva Ley Nacional de Salud Mental

7

*Adolfo Benito Ruiz,
Guillermo Lahera Forteza,
Enrique Guerra Gómez,
Laila Oudda Santos,
Guillermo Benito Ruiz*

La nosología de la depresión postparto

11

Pablo D. Muñoz
Locuras e histerias

16

Juan Diego Epherra
La apropiación de la escritura por parte del niño: sus relaciones con la palabra, el cuerpo y su goce

20

*Gastón Pablo Piazze,
Nora Cecilia Carbone*
La automutilación: un intento de respuesta subjetiva frente a la desvitalización esquizofrénica



Imagen de Tapa
Vincent van Gogh,
Entrance Hall of
Saint-Paul Hospital
(Saint-Rémy) (1889).
Amsterdam, National
van Gogh Museum

Directores:

*Eduardo Grande
Alberto Trimboli*

Director Asociado:

Ariel Falcoff

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

VI Congreso Argentino de Salud Mental

Presentación de resúmenes de
Comunicaciones Libres,
Posters y Mesas Redondas:
Fecha límite **19 de Marzo** de 2011



AASM2011

SEXO Y PODER

Clínica, Cultura y Sociedad

Buenos Aires,

19, 20 y 21 de mayo de 2011

Panamericano Hotel & Resort

Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires

**INVITADO ESPECIAL:
GERARD POMMIER (FRANCIA)**

INFORMES E INSCRIPCIÓN AASM. Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires

Tel. 4952-1923 / www.aasm.org.ar

administracion@aasm.org.ar

ADHESION

ELEA

NEUROCIENCIAS
Un paso adelante

Kemoter

Quetiapina

El camino a la armonía

**AEROLINEAS
ARGENTINAS**

TRANSPORTADOR OFICIAL

Gerard Pommier en nuestro VI Congreso

La AASM tiene el honor de informar que Gerard Pommier será invitado especial al VI Congreso Argentino de Salud Mental, III Encuentro Internacional de Salud Mental, quien desarrollará una intensa actividad durante los tres días de duración del mismo. Pommier es psiquiatra y psicoanalista francés, ex-alumno de Jacques Lacan, Profesor de la Universidad de Estrasburgo, miembro de la Asociación Espace Analytique, cofundador de la Fondation Européenne pour la Psychanalyse, y director de la revista La Clinique Lacanienne. Es autor de numerosas obras que han sido traducidas y publicadas en varios idiomas, inclusive en español.

Algunas de sus obras:

Cómo las neurociencias demuestran el psicoanálisis. Ed. Letra Viva.
El amor al revés. Ensayo sobre la transferencia en psicoanálisis. Amorrortu Editores.
Louis de la nada. La melancolía de Althusser. Amorrortu Editores.
El orden sexual. Amorrortu Editores.
Nacimiento y renacimiento de la escritura. Nueva Visión.
Del buen uso erótico de la cólera y algunas de sus consecuencias... Ediciones de la Flor.
Qué es lo "real". Ensayo psicoanalítico. Nueva Visión. 2005.
La transferencia en la psicosis. Kline Ediciones.
Los cuerpos angélicos de la posmodernidad. Nueva Visión. 2002.
Cuestiones (sobre el fin de análisis). Catálogos.

Se aprobó la nueva Ley Nacional de Salud Mental

La nueva ley apunta fundamentalmente al respeto de los derechos de las personas con padecimiento mental, y se basa en todas las recomendaciones acordadas por las organizaciones de salud reconocidas a nivel mundial, que exhortan a dejar atrás un modelo histórico-social degradante: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH), entre otras.

El espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental pone énfasis en el respeto del principio de abordaje interdisciplinario en los tratamientos, y otorga enorme importancia a la promoción de la salud, como así también al padecimiento y sufrimiento psíquico del paciente y su familia, es decir, aspira a una transformación histórica en el campo de la salud mental en beneficio de la construcción de respuestas éticas, científicas y eficaces.

De esta forma el estado regulará una problemática tan postergada como es el padecimiento psíquico, especialmente en muchas de las provincias argentinas, en donde por lo general la persona debe viajar varios kilómetros para lograr una asistencia adecuada en la Ciudad de Buenos Aires.

Esta ley jerarquiza la salud mental y la pone al mismo nivel que las legislaciones de la mayoría de los países desarrollados. Asimismo, su orientación coincide con las políticas adoptadas por la OMS, la OPS y la WFMH y, además, tiene como ventaja la participación del paciente y la familia en el abordaje terapéutico, porque le da derecho a decidir y dar consentimiento sobre la posibilidad de internación y otros



tratamientos. Es a partir de esta ley que el equipo interdisciplinario, los pacientes y sus familias, serán los que decidan el mejor tratamiento a seguir, dejando la intervención judicial sólo para casos excepcionales.

LA LEY PONE ÉNFASIS EN:

- La desinstitucionalización progresiva del paciente, dándole prioridad a la atención de la salud mental dentro de los hospitales generales, eliminando la estigmatización que provoca la atención en hospitales monovalentes.
- Brindar asistencia dentro del ámbito comunitario.
- La jerarquización y la especificidad de la salud mental a partir de considerarla institucionalmente como un campo donde

convergen elementos interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales.

- El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental.
- La conformación de equipos interdisciplinarios, de acuerdo a las incumbencias y saberes específicos.
- El reconocimiento de la persona como sujeto de derecho garantizando, más allá del padecimiento psíquico, el respeto a la plena vigencia de sus derechos.
- La creación de un Órgano de Revisión interdisciplinario con el objeto de proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.
- La habilitación y el control de los establecimientos y servicios de salud mental, garantizando que los mismos cuenten con todos los recursos terapéuticos necesarios.

• **Estrés, trauma psíquico e intervención en desastres: teoría y clínica**

DIRECTOR: Roberto Sivak
INICIO: 22 de marzo de 2011

• **Medicina, sociedad y salud mental**

DIRECTOR: Francisco A. Saydman
INICIO: 22 de marzo de 2011

• **Introducción a la lectura de Lacan**

DIRECTOR: Darío Galante
INICIO: 22 de marzo de 2011

• **Curso interdisciplinario sobre violencia**

DIRECTORA: Diana Galimberti
INICIO: 22 de marzo de 2011

• **Psicoanálisis - Psicoterapia psicoanalítica (en 18 lecciones)**

DIRECTOR: Manfredo Teicher
INICIO: 22 de marzo de 2011

• **Introducción a la clínica de la toxicomanía**

DIRECTORES: Alberto Trimboli - Darío Galante
INICIO: 23 de marzo de 2011

• **Violencia escolar y trastornos de conducta en niños y adolescentes**

DIRECTOR: Eduardo Grande
INICIO: 23 de marzo de 2011

• **Deterioro cognitivo en atención primaria**

DIRECTORES: M. Roncoroni - R. Andracchi - J. Elli
INICIO: 25 de marzo de 2011

• **Tribulaciones y vicisitudes en la adolescencia**

DIRECTORA: Liliana Moneta
INICIO: 1 de abril de 2011

• **Nosotros, los humanos (un estudio psicoanalítico); el narcisismo en el vínculo**

DIRECTOR: Manfredo Teicher
INICIO: 4 de abril de 2011

• **Personalidad: Rasgos, trastornos y comorbilidad**

DIRECTOR: Roberto Sivak
INICIO: 5 de abril de 2011

• **Lo psicósomático: una puesta al día - Actualización teórica y clínica**

DIRECTOR: Roberto Sivak
INICIO: 5 de abril de 2011

• **Inicios en el camino de la orientación vocacional-ocupacional**

DIRECTORES: Fabiana Calónico - María Fernanda García
INICIO: 5 de abril de 2011

• **Postgrado en psicopatología y salud mental**

DIRECTORES: Juan C. Fantin - Alberto Trimboli - Pablo Fridman
INICIO: 11 de abril de 2011

• **6 lecciones elementales de psicoterapia psicoanalítica**

DIRECTOR: Manfredo Teicher
INICIO: 14 de abril de 2011

• **Trastornos en el aprendizaje escolar**

DIRECTOR: Eduardo Grande
INICIO: 15 de abril de 2011

• **Esquizofrenia y trastornos bipolares en niños y adolescentes**

DIRECTOR: Eduardo Grande
INICIO: 15 de abril de 2011

La nosología de la depresión postparto

Adolfo Benito Ruiz [A],
Guillermo Lahera Forteza [B],
Enrique Guerra Gómez [C],
Laila Oudda Santos [D],
Guillermo Benito Ruiz [E]

Los cuadros afectivos originados tras el parto o durante la lactancia han sido descritos y estudiados a lo largo de la historia. Las primeras descripciones datan de la época antigua, y así ya Hipócrates destacaba la tristeza que en ocasiones sentían las madres a pesar de que decían desear el nacimiento de su hijo.

ENTIDADES CLÍNICAS DURANTE EL POSTPARTO

Actualmente, dentro de los síndromes postparto se consideran aquellas patologías que se originan en la madre durante el primer año del nacimiento de su hijo, si bien lo más frecuente es que se diagnostiquen entre el primer y el tercer mes tras el parto (criterio temporal), y que cursan con sintomatología psiquiátrica. Dentro de esta categoría actualmente se consideran 5 entidades diferenciadas (1):

- Psicosis puerperal: Presencia de síntomas en la esfera psicótica en la madre; es frecuente la presencia de ideas delirantes y fenómenos sensoperceptivos en los que lo nuclear suele estar en relación con el nacimiento del hijo. Hay que destacar la gravedad clínica de los cuadros y su inicio generalmente súbito.
- TOC puerperal: Lo define la presencia de sintomatología obsesiva, principalmente obsesiones de contaminación con compulsiones o rituales de limpieza, que se suelen centrar más en el bebé que en la propia madre. Esta clínica dificulta los cuidados básicos maternos a su hijo.
- Estados de ansiedad: Presencia de sintomatología de corte ansioso, con presencia de irritabilidad, nerviosismo, insomnio y un ánimo disfórico.
- “Baby Blues”: No es considerada una patología psiquiátrica en muchas ocasiones; se produce en hasta el 80% de las madres tras el parto, principalmente durante la primera semana, aunque los síntomas persisten hasta la tercera semana. Los síntomas consisten en labilidad emocional, llanto frecuente, tristeza, dificultad de concentración, sentimientos de dependencia y ansiedad. La etiología está marcada por rápidos cambios hormonales durante este período, el estrés propio del nacimiento, las molestias físicas del postparto, la fatiga y la privación de sueño. La evolución suele ser autolimitada en hasta el 95% de los casos, y generalmente no se llega a consultar a un especialista.
- Depresión postparto: Fue descrita por primera vez en 1950. Se considera así a aquella sintomatología que cumple los criterios

[A] Psiquiatra. Toledo, España. Psiquiatra, Máster en Perspectiva Integradora. Universidad de Alcalá de Henares. Experto en Terapia Interpersonal. Hospital Provincial de Toledo, España. taurocatapsia@yahoo.com, Madrid, España.

[B] Psiquiatra. CSM Torrejón de Ardoz, Madrid. Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España.

[C] Psiquiatra. CSM Torrejón de Ardoz, Madrid. Psiquiatra Psicodramatista, Madrid, España.

[D] Médico de Familia. Servicio de Urgencias, Hospital de Guadalajara, España. Médico de Familia. Máster en Emergencias Sanitarias, Madrid, España.

[E] Psicólogo Clínico. Máster en Psicoanálisis Integrador, Madrid, España.

para episodio depresivo según DSM IV o CIE 10, y se produce en el período posterior al parto. Se produce en hasta el 15-20% de las madres tras el parto (patología más prevalente de la lactancia). Dicha prevalencia y la incidencia son similares en el mundo occidental. Mayor en Asia y África (32% India, 36% Korea, 62% Taiwan). La prevalencia aumenta de manera inversamente proporcional al nivel socioeconómico de la familia. No se da con mayor frecuencia en partos múltiples.

FACTORES DE RIESGO

Podrían considerarse los siguientes: Existe entre un 50-80% de riesgo en mujeres que en embarazos previos hayan sufrido otra, lo que indica una posible influencia genética; se da en mayor porcentaje en las madres que tienen antecedentes familiares de cuadros ansiosos o depresivos (2). Existe una relación con el Síndrome Disfórico Premenstrual o Síndrome Premenstrual, existiendo mayor riesgo en aquellas mujeres que sufren dicha patología de desarrollarlo. Existe también mayor riesgo en mujeres que padecen cambios afectivos durante la menstruación o cuando toman anticonceptivos orales (especialmente irritabilidad y tristeza asociadas a la toma de la píldora anticonceptiva). También existe un mayor riesgo en mujeres que sufren de patología tiroidea. Otros resultados de estudios nos muestran que existe igual prevalencia en primíparas que en nulíparas, y que existe un mayor riesgo cuando el embarazo no es planificado o cuando existe una mala relación de pareja o falta de apoyo social. Los problemas económicos también se relacionan con mayor prevalencia de depresión postparto. Finalmente, la falta de apoyo familiar (real o percibida) también se asocia a mayor prevalencia. Si se toman en cuenta los factores socioculturales, el que el neonato sea mujer se asocia a un mayor riesgo de depresión postparto en aquellas culturas en las que los recién nacidos sean preferidos varones (Asia y África) (3).

CLÍNICA DE LAS DEPRESIONES POSTPARTO

La clínica de la depresión postparto está marcada por la presencia de tristeza y desánimo continuo, asociado a ideas de desesperanza, minusvalía e incapacidad, y por el contexto temporal en el que sucede asociada a sentimientos de culpa, cursa con apatía y pérdida de interés por actividades de ocio y con trastornos del sueño (insomnio e hipersomnias), hiporexia (apareciendo pérdida ponderal de peso frecuentemente), ansiedad, con irritabilidad hacia la familia y el padre del niño, síntomas cognitivos como dificultad para concentrarse, pérdida de memoria y dificultad para mantener la atención, anergia, abulia y apatía, así como miedo a hacer daño al bebé, que acaba implicando en ocasiones que se nieguen a tocarlo o a estar con él siquiera.

En definitiva, la presencia de estos síntomas afectivos durante el postparto acaba originando una pérdida del contacto entre el niño y su madre, durante estos primeros días, semanas y meses tras el nacimiento, pudiendo originar consecuencias en los estilos de apego que se puedan generar. Además, la propia sintomatología clínica acaba retroalimentándose, ya que es frecuente la presencia de sentimientos de culpa en la madre por no poder hacerse cargo de su hijo, lo que puede perpetuar los síntomas. También puede producirse la dificultad para comprender dentro de la familia lo que le sucede a la madre que, unida a la irritabilidad como síntoma, puede originar disputas dentro de la familia, repercutiendo en la gravedad clínica y dificultando el apoyo familiar, que es vital durante este proceso.

LAS ENTIDADES EN EL POSTPARTO, ¿UN CONTINUUM?

Actualmente, los estudios científicos sobre patología en el postparto encuentran más similitudes entre las entidades clínicas que diferencias (4), hasta el punto en que dichas patologías se consideran un continuum.

A favor de esto va la asociación que existe entre ambas patologías; no es infrecuente que en el curso de un TOC puerperal puedan aparecer síntomas afectivos, o que en una depresión postparto puedan aparecer síntomas de la esfera psicótica. También la asociación familiar iría a favor de una vulnerabilidad previa en las mujeres que sufren estos síndromes, y que ésta podría ser común para cada una de las entidades nosológicas que lo componen. Todo ello iría a favor de diferenciar entre dos aspectos que pueden influir en la génesis de estos trastornos: el primero tendría un componente más asociado a lo genético, como acabamos de describir, existiendo un segundo componente que tendría que ver con lo interpersonal; dentro de esto se incluirían algunos de aquellos factores de riesgo que han demostrado su importancia en el desarrollo de esta patología que tiene que ver con el apoyo interpersonal, la situación económica, que el hijo fuese deseado, el apoyo familiar o aspectos propios del proceso que supone para una madre el serlo, más

propios de lo que sería una transición de rol. Por tanto, no pueden dejarse de lado factores que influyen en la posible génesis de estos síndromes postparto, ya que se podría caer en el reduccionismo.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Actualmente se puede dividir entre tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Dado el proceso etario en el que se produce la patología, el tratamiento farmacológico debe ser revisado antes de iniciarse, en cuanto a riesgo-beneficio, ya que implica en ocasiones la finalización de la lactancia materna, con lo que ello puede implicar, y no hay que olvidar que se está administrando a una madre que necesita encontrarse óptimamente para poder cuidar de su hijo. Las series de casos además son escasas, y no existe en muchas ocasiones una experiencia adecuada sobre estos tratamientos.

- Tratamientos farmacológicos:



el psicoanálisis vincular de Latinoamérica.
Lo singular ↔ Lo múltiple.

**XIX Congreso Latinoamericano
FLAPAG**

XXVII Jornada AAPPG

VII Jornada Nacional FAPCV

Del 30 de Junio al 2 de Julio de 2011

Facultad de Derecho (UBA) Buenos Aires – Argentina

Invitado Especial: René Kaës

Importantes invitados latinoamericanos
participarán en las distintas actividades.

Modalidades: Paneles - Mesas Redondas - Mesas de discusión

Cursos Precongreso: 28 y 29 de Junio

Organizan:

FLAPAG

Federación Latinoamericana de
Psicoterapia Analítica de Grupos

AAPPG

Asociación Argentina de Psicología
y Psicoterapia de Grupo

FAPCV

Federación Argentina de Psicoanálisis
de las Configuraciones Vinculares

Fecha de presentación
de abstracts:
15 de abril de 2011

Fecha de presentación
de trabajos completos:
15 de mayo de 2011

Antidepresivos: Si no se elimina la lactancia (primera cuestión que hay que valorar), los más seguros son Paroxetina, Sertralina y Nortriptilina, estando contraindicados Fluoxetina, Escitalopram, Citalopram, Nefazodona y Doxepina (5). El período de tratamiento es de 6 a 8 semanas a dosis iniciales; continuar 6 meses con el tratamiento, aunque remita clínica.

- Tratamientos psicoterapéuticos (6): La TIP (terapia interpersonal de la depresión) (12 sesiones) ha demostrado su eficacia para el tratamiento. La terapia Cognitivo-Conductual (6 sesiones) también se mostró efectiva. Las visitas domiciliarias de enfermería (Counselling), con una frecuencia diaria (30 minutos) durante 6 semanas, también mostraron su eficacia. Existen resultados controvertidos

sobre la psicoterapia grupal (mayor efectividad si hay implicación de la pareja). Han resultado eficaces grupos psicoeducativos y de apoyo, especialmente.

CONCLUSIONES

Estamos ante una patología que por frecuencia, gravedad y situación del paciente, obliga a una implicación y un esfuerzo en cuanto a: diagnóstico precoz y atención especializada, si es necesaria, coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, para cubrir las necesidades globales, implicación de Servicios Sociales, en los casos asociados a bajos niveles económicos o apoyos sociofamiliares escasos o inexistentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Edhborg, Maigun. *The long-term impact of postnatal depressed mood on mothers + child interaction: a preliminary study. Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 19 (2001):61-71.
- (2) Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M., and Mount, J.H. *Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. Journal of Abnormal Psychology.* 100:122-132, 1991.
- (3) *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Lancaster, Christie A.; Gold, Katherine J.; Flynn, Heather A.; Yoo, Harim; Marcus, Sheila; Davis, Matthew M. American Journal of Obstetrics Gynecology.* 202(1):5-14, January 2010 [Review].
- (4) *Screening for maternal depression in primary care pediatrics. Mishina, Hiroki; Takayama, John I. Current Opinion in Pediatrics.* 21(6):789-793, December 2009.
- (5) *Antidepressant medication use during breastfeeding. Lanza di Scalea, T.; Wisner, K. Clinical Obstetrics Gynecology.* 52(3):483-497, September 2009.
- (6) *Evidence-Based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. Mc Queen, K.; Montgomery, P. et al. Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal nursing.* 37 (2): 127-136, March, 2008.



PROGRAMACIÓN 2011
Dr. Carlos Martínez-Bouquet
Lic. M^a C. Martínez-Bouquet e invitados

- * **Orientaciones para el cuidado de la familia, los niños y el equipo de salud en la proximidad con la muerte. Curso anual.**
- * **UNIPAZ: El arte de vivir la vida. Curso.**
- * **La ruta de la creación: talentos y bloqueos.**
- * **Grupos terapéuticos de psicodrama.**
- * **El yoga de la voz. Talleres.**
- * **Experiencias y crisis transpersonales.**
- * **Respiración holotrópica y psicodrama.**
- * **Conciertos, conferencias y exposiciones.**

Güemes 3950 Bs. As. / Tel. 4-831-3738
Lun – Miér – Vier de 15 a 19 hs
info@fundacionmb.org.ar
www.fundacionmb.org.ar

Locuras e histerias

Pablo D. Muñoz

El término locura carece de un significado restringido y bien delimitado. Desde los estoicos en adelante se la define a partir de su oposición a la razón, a la cordura, aplicándose a acciones humanas calificables de insensatas. El estrecho vínculo entre la razón y el juicio, la realidad y la normalidad, ha empujado a la locura del lado de la irrealidad y la anormalidad.

La extensión del término ha ido variando, y cuando la locura comenzó a ser estudiada y clasificada, surgió el término "psicosis" como uno de sus nombres científicos, que se propone técnicamente para su reemplazo, en la medida en que comienza a ser utilizado como sinónimo de "enfermedad mental", de "afección psiquiátrica", sustituyendo así al desgastado término de "locura", aunque no alcance a recubrir "todo" lo que éste abarcaba anteriormente. De modo tal que no es simplemente un sinónimo de psicosis.

Que la locura no sea patrimonio exclusivo de las psicosis conlleva la posibilidad de estar loco sin ser psicótico y, por el contrario, que haya psicóticos de los que podemos decir que no se han vuelto locos. En consonancia con ello es que hemos concluido que la locura es una categoría que atraviesa perpendicularmente el trípode estructural lacaniano perversión-neurosis-psicosis; vale decir que, en tanto tal, el fenómeno de la locura puede articularse en cualquiera de las estructuras clínicas. Pero incluso más; siguiendo algunas referencias de J. Lacan, sobre todo en los seminarios en los que recurre a nociones de la teoría de nudos, puede considerársela el estado propio del hombre ligado a su condición de parlêtre (hablanteser), consecuencia de su alienación en el significante: locura estructural -la hemos llamado así para distinguirla de la locura fenoménica, que puede presentarse en las llamadas estructuras clínicas.

En esta oportunidad abordaremos la articulación locura-neurosis, tanto en lo que atañe a la problemática conceptual en juego, como al agudo problema clínico que presentan lo que llamaremos "neurosis enloquecidas" o formas "psicóticas" de neurosis, cuyos síntomas se asemejan a los clásicos síntomas de las psicosis desencadenadas floridas, y que no es poco habitual que sean diagnosticadas así, con serias consecuencias en la dirección de la cura.

Hallamos este problema clínico entrevisto por Freud muy tempranamente, cuando en su Neuropsicosis de defensa observa que "no es raro que una psicosis de defensa interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta" (FREUD 1894, 61). Por un lado, es cierto que en este momento inicial de su investigación Freud no había construido la oposición diferencial neurosis-psicosis y que, en consecuencia, esta cita podría entenderse como producto de esa indistinción. En efecto, describe esquemáticamente las tres formas de la defensa: conversión, falso enlace y desestima, vinculándolas linealmente con histeria, neurosis obsesiva y

Lic. en Psicología (UBA);
Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Psicoanálisis;
JTP regular del área Psicología Clínica y Psicopatología.
Director del proyecto UBACyT P601 (2008-2010): "Variaciones del concepto de locura en la obra de J. Lacan. Su incidencia en el diagnóstico diferencial neurosis-psicosis". Autor del libro "La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis", Buenos Aires, Manantial, 2009. Miembro de la AASM. UBACyT, pmunoz@psi.uba.ar, CABA, ARGENTINA.

psicosis alucinatoria, respectivamente, y de inmediato aclara que dichas formas de la defensa pueden reunirse en un mismo caso. Pero, por otro lado, también es cierto que esta observación es formulada luego de reconocer: 1) la dificultad de separar la histeria de otras formas de neurosis, lo cual lo fuerza a proponer la categoría de “neurosis mixtas” para la combinación de histeria con fobias y/o síntomas obsesivos; y 2) la incompatibilidad de la psicosis alucinatoria con la persistencia de la histeria y de la neurosis obsesiva.

Vale decir que Freud parece observar una diferencia clínica, sutil, entre las posibles combinaciones de las distintas neuropsicosis (lo cual demuestra la ausencia de oposición diferencial neurosis-psicosis en ese momento de su obra) y la interrupción “episódica” - subrayemos este término- del curso de una neurosis por una psicosis de defensa; dicho de otro modo: un episodio “psicótico” en el curso de una neurosis. La prueba de que este problema no se explica por dicha ausencia, se halla en que Freud también le dedica algunas reflexiones en otros momentos de su obra en que aquella distinción ya había sido establecida. En *Neurosis y psicosis* afirma: “el yo tendrá la posibilidad de evitar la ruptura hacia cualquiera de los dos lados deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad y eventualmente segmentándose y partiéndose” (FREUD 1924, 158), explicando de este modo “las inconsecuencias, extravagancias y locuras de los hombres...” (Ibíd.). Esta formulación, que encuentra continuidad en textos como “Fetichismo”, “La escisión del yo en el proceso defensivo” y “Esquema del psicoanálisis”, configura una línea de investigación en Freud que retoma la idea de sus primeros manuscritos, según la cual la operación de defensa puede producir modificaciones y deformaciones en el yo sin expresión sintomática. Cabe subrayarlo: se trata de fenómenos que no corresponden a síntomas propios de las neurosis y las psicosis. Desde la perspectiva de Lacan, las “estructuras freudianas” no intersectan y no son combinables; no podemos responder entonces a este problema con la tesis del desencadenamiento de una psicosis en el curso de una neurosis, o situan-

do núcleos, o fragmentos, o partes de una psicosis, en una neurosis o viceversa, como han hecho otras escuelas de psicoanálisis. Tampoco recurrimos entonces al concepto de caso borderline. Sin embargo, el problema está planteado y nos parece que algunos de los usos del término “locura” que hace Lacan pueden retomarse para hacerlos intervenir en él de modo provechoso.

En la actualidad, el problema se ha vuelto a poner sobre el tapete. En especial con la promoción de las llamadas “psicosis ordinarias y extraordinarias” (1), que ha dado lugar a una neo-proliferación de publicaciones sobre el mismo problema: las fronteras, los límites, los bordes entre psicosis y neurosis. Y, a su vez, proliferan entre los psicoanalistas lacanianos las discusiones sobre el valor y la utilidad de estas categorías, discusiones que aún no se han saldado, dado que muchos consideran que ellas desdibujan la oposición estructural neurosis-psicosis y tienden a configurar una nueva categoría border pero de orientación lacaniana. Testimonio de ello es la aseveración de Eric Laurent, en la entrevista que le realizara Jacques Munier hace pocos años, quien acepta que “entre las neurosis clásicas por un lado y las psicosis extraordinarias por el otro, se encuentran fenómenos mezclados, mixtos, que no son fácilmente asignables” (LAURENT 2007). Define así la existencia de “un campo de exploración clínica que justamente debe ser cualitativamente explorado” (Ibíd.) pero advirtiendo que “neurosis y psicosis deben ser distinguidas como dos polos completamente fundamentales” (Ibíd.).

Otros autores se han referido al problema de diversos modos: “estados locos íntimos” (KHAN 1982), “locuras histéricas” (MALEVAL 1981), “episodios psicóticos” (NASIO 1988), “aparición de fenómenos psicóticos en estructuras neuróticas” (FERNÁNDEZ 2005), “suspensión de la neurosis que deja lugar a un desencadenamiento que parece psicótico” (Ibíd.). Ellos no emplean el diagnóstico de “estado límite” ni de “caso borderline”. Vale

1 Cf. Miller, J.-A. y otros (2004): *La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós.

decir que intentan teorizar y explicar la aparición de fenómenos clásicamente considerados psicóticos en neurosis, sin rescatar de la psiquiatría y el psicoanálisis anglosajón el término *borderline* o el francés *états limites* (estados límites), destacando -los autores de formación lacaniana- que no debe confundirse la apariencia del fenómeno con la estructura psicótica.

Esta caracterización nos permite concluir que el término “locura” se aviene bien a nombrar esta serie de fenómenos que pueden presentarse en una neurosis y que pueden confundirse con psicosis, porque permite prescindir del uso del término “psicosis”, reservado en el lacanismo para la estructura, a la vez que -por las relaciones históricas entre ambos términos en el campo de la psiquiatría- alude a aquello que se quiere indicar cuando se afirma descriptivamente que se presentó un “fenómeno psicótico” en una neurosis.

Nos parece, por tanto, que “locura” es un buen término para referir a la observación formulada por Freud citada, que podemos parafrasear entonces del siguiente modo: “no es raro que una locura interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta”.

Tomaremos ahora uno de los bordes en que puede hacerse operativa la distinción locura-psicosis: el borde *histeria-psicosis*.

Las caracterizaciones más generales de la *histeria* enfatizan los ataques histéricos y los síntomas conversivos. Pero también se han reconocido *histerias* en las que, además de esos fenómenos clásicos, se presentan delirios y alucinaciones. Justamente en este contexto aparece la categoría de “locura histérica”. Ella surge para abordar este tipo de casos, para los cuales Freud no dudó en emplear, en alguna oportunidad, la calificación de “psicosis histéricas” (2). La retomamos aquí pues refleja bien el problema de la articulación locura-neurosis.

Jean Claude Maleval es reconocido por haber dedicado importantes trabajos al estudio de la locura histérica. Señala con claridad no sólo los problemas nosológicos que siguieron a su delimitación, por ejemplo cuando Bleuler la desdibuja incluyéndola en su definición de la esquizofrenia, sino también, y sobre todo, las consecuencias que ello acarrea en la conducción de los tratamientos: histéricas tratadas como esquizofrénicas, a veces medicadas e incluso manicomializadas. De allí en más, el posfreudismo tendió a considerarla de modo general como una variedad de psicosis.

Desde la perspectiva estructural lacaniana puede demostrarse que algunos de los casos considerados locuras histéricas corresponden a psicosis, mientras que otros a neurosis. Vale decir que, en mi opinión, no es adecuado definir universalmente a la locura histérica de uno u otro lado de los términos de la oposición estructural y, más bien, es necesario reconocer, caso por caso, cuándo se trata de una locura histérica, digamos “psicótica”, y cuándo de una locura histérica “neurótica”.

Este tipo de problema es el que suele llamarse psicopatológicamente un problema de diagnóstico diferencial, en esta oportunidad entre locuras histéricas y psicosis. Por supuesto que podemos abordarlo por la vía de contraponer la semiología del delirio en ambas categorías, su inicio, su evolución y su terminación, y hallar diferencias, algunas sutiles, otras muy notables. Maleval, siendo psicoanalista lacaniano y un clínico eminente, lo hace con extrema claridad. Y no se priva de recurrir a Freud y Lacan para formular estas precisiones. De hecho, su libro comienza con un aserto decisivo: “El delirio histérico no es un delirio disociado” (MALEVAL 1981, 17). Así, distingue la disociación histérica de Freud como estructuralmente distinta de la esquizofrenia que Bleuler especificó para la esquizofrenia, y concluye que las locuras histéricas no son psicosis sino *histerias graves*. El desencadenamiento de los trastornos, la omnipresencia de la significación fálica, la riqueza de las metáforas, la ausencia de neologismos y otros trastornos del lenguaje, y la no disociación de los temas delirantes, son los datos que Maleval recoge para llevar a las locuras histéricas

2 Utilizada a veces indistintamente a “locura histérica”. Cf. por ejemplo sus “Estudios sobre la *histeria*” (1893-95). Cabe señalar que estas categorías son empleadas por Freud con frecuencia en sus primeros textos y luego tienden a desaparecer de sus referencias nosológicas.

ricas fuera del campo de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre.

Ahora bien, este modo de abordar el problema, si elude la cuestión de la transferencia, queda más cerca de la psiquiatría que del psicoanálisis -en la medida en que en éste, el sentido del diagnóstico está ordenado transferencialmente-. En "El Seminario 3" Lacan advierte que la transferencia en la psicosis no es lo que entendemos cuando hablamos de transferencia en la neurosis (LACAN 1955-56, 49). Ya en esta época de su enseñanza, ordenada a partir de la función de la palabra en el campo del lenguaje, distingue neurosis y psicosis a partir de esa referencia: demuestra que la psicosis está en el campo del lenguaje (localizando sus trastornos como neologismos, significación delirante, etc.), pero también implica un tratamiento de la palabra distinto del que implica la neurosis. La función de la palabra "es ante todo, hablar a otros" (Ibíd. 57), es decir: es la direccionalidad hacia al Otro. Esta distinción es insoslayable en Lacan. En ello radica la firme distinción entre psicosis y neurosis. El neurótico habla al Otro y recibe su propio mensaje en forma invertida. El psicótico "más que hablar, es hablado" (LACAN 1953, 273) por el Otro. Y lo que el psicótico nos cuenta es su testimonio de cómo el Otro le ha hablado. Por eso Lacan concibe al delirio como una perturbación en la relación con el Otro, y lo liga a un mecanismo transferencial. Es imprescindible, además, tener presente que esa diferencia será aprehensible para el analista sólo en el tiempo de una retroacción (*après-coup*) comandada por aquello que se ha puesto en forma y se ha desplegado en la transferencia, y no en la lectura "aquí y ahora" de los síndromes patológicos.

Si abordamos la cuestión que plantean las locuras histéricas con esta premisa, resulta que se hacen evidentes dos modalidades opuestas de abordar el problema: 1) o las hacemos entrar en el marco nosológico construido por el saber psiquiátrico, y las consideramos psicosis (serán entonces una forma más, que se agrega a paranoia, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, o bien una variedad de alguna de ellas, si es que deseamos conservar las grandes categorías), o acorda-

mos llamar así a las histerias graves -como lo hace Maleval-; 2) o lo abordamos desde el ángulo de una escucha transferencial de la palabra. Desde esta perspectiva, que es la analítica, podremos hablar de locuras histéricas en neurosis o psicosis, caso por caso, según la respuesta a la transferencia. Se tratará de un caso de neurosis histérica, por muy enloquecida que se presente semiológicamente, si en la transferencia se verifica el intento de barrar al Otro, poniendo en juego la insatisfacción esencial que es su modalidad del deseo. Es en el campo de la transferencia donde habrá de aparecer el rechazo como modo de preservación de la falta, en vista de un Amo que la colme fálicamente. Barrar al Amo para preservar la insatisfacción es el modo en que podríamos definir con Lacan el lazo transferencial histérico. En las locuras histéricas psicóticas no hallamos esa direccionalidad al Otro sino la función testimonial de la palabra, respecto de la intrusión de un goce en exceso, absoluto y amenazante.

También hallamos una versión de la locura en Lacan, en histerias que no se presentan semiológicamente como locuras histéricas. En efecto, en "Intervención sobre la transferencia", Lacan refiere que la primera inversión dialéctica que Freud realiza en su tratamiento de Dora "no tiene nada que envidiar al análisis hegeliano de la reivindicación del 'alma bella', la que se rebela contra el mundo en nombre de la ley del corazón: 'mira -le dice- cuál es tu propia parte en el desorden del que te quejas'" (LACAN 1951, 208). Ese modo de definir la posición subjetiva de Dora -que llevamos al extremo calificándola de loca- tiene asiento en la fenomenología de la locura que Lacan construye en sus primeros trabajos, ligada a la exaltación de lo imaginario, que resulta bien distinta a la descripción clásica de la locura histérica. Aquella consiste en tres figuras hegelianas: 1) la "ley del corazón", a partir de la que el ser no reconoce su participación en el desorden del mundo que vive, correlativa de la segunda figura; 2) la acusación al Otro del "alma bella", vale decir el desconocimiento de su participación en su "destino"; y 3) el "delirio de infatuación", efecto de la identificación del yo con el ideal sin mediación simbólica,

por fuera de la dialéctica del Otro que constituye al sujeto como dividido.

La "locura" neurótica de Dora aquí radica en la reivindicación respecto de la relación escandalosa entre su padre y la Sra. K., a la que se ve empujada por no reconocer su implicación y complicidad en aquello de lo que se queja (de allí su ser de alma bella). En "El Seminario 3" Lacan resume las coordenadas de su enloquecimiento: el Sr. K., al pronunciar "la torpe frase-trampa" -como la califica Lacan en varias oportunidades-, se retira del "ballet de a cuatro", cesa en su función de intermediación entre ella y la Sra. K. y, en consecuencia, "el equilibrio de la situación se rompe [...] la situación se descompensa, un pequeño síndrome, de persecución simplemente, vinculado a su padre, aparece en Dora" (LACAN 1955-56, 132). Lacan aclara a continuación que se trata de una reivindicación no psicótica, dada la ausencia de trastornos de lenguaje. Y concluye: "El nivel de alteridad de este personaje [el Sr. K.] se modifica, y la situación se degrada debido a la ausencia de uno de los componentes del cuadrilátero que le permitía sostenerse" (Ibíd. 134).

Tampoco aquí debemos soslayar el lugar de la transferencia, pues Freud no desentraña los vericuetos del caso -reinterpretados por Lacan del modo expuesto- como un observador objetivo, sino en la medida en que ellos se juegan transferencialmente: "me vi obligado a hablar de transferencia porque sólo este factor me permitió esclarecer las particularidades del análisis de Dora" (FREUD 1905, 103). Es durante la interpretación del primer sueño que Freud advierte una transferencia que no espera, así como la anticipación de la interrupción del tratamiento, lo cual lo empuja a una autocrítica en el Epílogo: "Yo no logré dominar a tiempo la transferencia..." (Ibíd.), no sólo la que lo convertía a él en sustituto del

padre, sino sobre todo la que llevó a Dora a vengarse de Freud como del Sr. K.: "Así fui sorprendido por la transferencia y, a causa de esa x por la cual yo le recordaba al señor K., ella se vengó de mí como se vengara de él, y me abandonó..." (Ibíd., 104). En palabras de Lacan la crítica tiene otra modulación: "Es por haberse puesto un poco excesivamente en el lugar del señor K... por lo que Freud esta vez no logró conmover al Aqueronte" (LACAN 1951, 217). Quizás por la "simpatía que viene de lejos" (Ibíd.) -confesada por Freud respecto de aquél-, en lugar de manejar la transferencia que le reserva el lugar del Sr. K., Freud, excedido, la actúa, la realiza.

BIBLIOGRAFÍA

- FERNÁNDEZ, E. (2005): "Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis", Bs. As., Letra Viva.
- FREUD, S. (1894): "Las neuropsicosis de defensa". En *Obras completas*, Bs. As.; Amorrortu Editores, 1975, Tomo III, pp. 41-61.
- FREUD, S. (1924): "Neurosis y psicosis". En *Obras completas*, op. cit., Tomo XIX, pp. 151-159.
- KAHN, M. (1982): "Locura y soledad", Buenos Aires, Lugar, 1991.
- LACAN, J. (1946/2002): "Acerca de la causalidad psíquica". En *Escritos I, México, Siglo XXI, 2008 (Ed. revisada)*, pp. 151-190.
- LACAN, J. (1951/2002): "Intervención sobre la transferencia". En *Escritos I*, op. cit., pp. 209-220.
- LACAN, J. (1955-56/1984): *El seminario. Libro 3: "Las psicosis"*, Bs. As., Paidós, 1995.
- LAURENT, E. (2007): "La psicosis ordinaria", en *Virtualia*, n° 16, Febrero-Marzo/2007; (<http://virtualia.eol.org.ar/016/default.asp?formas/laurent.html>).
- MALEVAL, J. C. (1981): "Locuras históricas y psicosis disociativas", Paidós, Argentina, 1991.
- MALEVAL, J. C. (1998): "La lógica del delirio", Ed. Del Seibal, Barcelona, España.
- MALEVAL, J. C. (2002): "La Forclusión del Nombre del Padre", Instituto Clínico de Bs. As., Ed. Paidós, Bs. As.
- MILLER, J. A. y otros (2004): "La psicosis ordinaria", Bs. As., Paidós.
- MUÑOZ, P. (2007): "El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan". En *Anuario de Investigaciones*, N° XV, Bs. As., Ediciones de la Fac. de Psicología, Univ. de Bs. As., Tomo II, pp. 87-98.
- NASIO, D. (1988): "Los ojos de Laura", Buenos Aires, Amorrortu.

publicidad

Para publicitar en esta revista comunicarse al
Tel 4952-1923 - revistaconexiones@hotmail.com

La apropiación de la escritura por parte del niño: sus relaciones con la palabra, el cuerpo y su goce

Juan Diego Epherra

*Lic. en Psicología (UBA) -
Maestría Psicoanálisis
(Université Louis Pasteur) -
Doctorando Psicología
(Université de Strasbourg)
Université de Strasbourg,
jdepherra@hotmail.fr,
Strasbourg, Francia.*

La presente comunicación es un derivado del trabajo de investigación que realizo en el marco de una tesis doctoral en la Unidad de Investigación en Psicología: “Subjetividad, Conocimientos y Lazo Social”, de Facultad de Psicología de la Universidad de Estrasburgo, Francia, bajo la dirección del Profesor Gérard Pommier.

INTRODUCCIÓN

Si la universalidad del cogito cartesiano implicaba la afirmación de la subjetividad después del pensamiento, el alcance de las reflexiones saussurianas nos condujo a la aceptación de la universalidad de lenguaje y, por sobre todo, a la comprensión de la estructura de su agente principal, es decir: la lengua. En este contexto epistemológico inmerecidamente simplificado, hace su aparición una nueva práctica: el psicoanálisis. Según se cuenta, Freud y el padre de la Lingüística nunca se leyeron y, sin embargo, sus campos disciplinarios partían de preceptos similares. Será justamente la proximidad del objeto epistémico de cada uno de ellos el principal causante de sus profundas divergencias, el cual intentaremos sintetizar a continuación. Nuestra finalidad es la de comprender de qué manera la problemática de la adquisición de la escritura debe ser considerada teniendo en cuenta los aportes del psicoanálisis. Estamos familiarizados con la tesis lacaniana del inconsciente estructurado como un lenguaje; sin embargo, consideramos que partir de esta afirmación tan vasta puede tanto allanar como entorpecer nuestro camino; es por ello que optamos aquí por hacer una lectura que privilegie principalmente los aportes de Freud, y tal vez entonces volver sobre la esencia misma de aquella formulación, esta vez como complementaria a nuestra conclusión y no como punto de partida.

SAUSSURE Y FREUD: CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS

Según Saussure no se debe confundir al lenguaje con la lengua. Siendo el primero “multiforme y heteróclito” (1) y perteneciendo

al mismo tiempo tanto al dominio social como al individual, la identificación de su unidad resiste a todo intento. En razón de su carácter complejo, el lenguaje no se deja clasificar en ninguna categoría de los hechos humanos. La lengua, por el contrario, es un producto social y convencional, presentándose como “un todo en sí y un principio de clasificación” (2). Bajo la mirada de Saussure, la lengua constituye un sistema cerrado de signos, y lo que en definitiva resultaría ser uno de sus mayores aportes al pensamiento moderno; los elementos constitutivos de dicha estructura se definen en su relación, lo que equivale a decir que los mismos no se definen por sus características propias sino por sus diferencias. Esta proposición es por demás aceptada dentro del campo psicoanalítico, pues así lo demuestran sus observaciones clínicas.

Ahora bien, ¿cómo conocemos la lengua? Tenemos dos maneras de hacerlo: bajo sus formas hablada y escrita. Sin embargo, la lengua y la escritura son -según Saussure- dos sistemas de signos diferentes, con normas y lógicas de configuración diversas. En lo concerniente a la escritura, Saussure desaconseja sin más su estudio, pues según él estudiar la lengua por el escrito sería como pretender conocer a una persona viendo su foto en lugar de mirar su rostro. “La lengua posee una tradición oral independiente de la escritura -afirma el autor- pero el prestigio de la forma escrita nos impide verla [...] la única razón de ser de la segunda es de representar la primera” (3). De esta manera, la lingüísti-

ca define no solamente su objeto, la lengua, sino también su vía de acceso: la palabra en su forma oral. No obstante, más allá de sus constantes correlaciones, no debemos confundir ahora a la lengua con el habla. Entiéndase “habla” como la traducción del francés del término *parole*, traducible también como palabra, como es el caso para los textos lacanianos. Saussure asevera que en la dupla lengua-habla se divide lo social de lo individual o, dicho en sus palabras, “lo que es esencial de lo que es accesorio y más o menos accidental” (4).

Nos vemos en la obligación de introducir aquí una fuerte distinción de principios entre los acercamientos lingüísticos y psicoanalíticos. Si de acuerdo al razonamiento saussuriano podemos afirmar que lo que hay de universal en el hombre es el lenguaje y que la lengua se define por su carácter particular, el habla o la palabra corresponden entonces a lo meramente singular. Sin embargo, mientras que el lingüista pretende estudiar la lengua a partir de la enunciación de la palabra, el psicoanalista ubica su campo en la palabra misma, pues es en él que se aloja el sujeto, o bien a través de ella que comprobamos su existencia.

¿Qué ocurre entonces cuando nos interesamos en la escritura? Si la palabra es efímera, ello implica que no podemos considerarla por fuera de su actualidad; sin embargo, la escritura resiste el paso del tiempo, de modo que no podríamos estudiarla por fuera de su historia. Si permanecemos ligados al razonamiento saussuriano nos encontraríamos

**moebiusdifusión**



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

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

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com



rápidamente ante límites metodológicos insoslayables. Él mismo optó por no abocarse a dicha tarea. Sus referencias a la escritura han sido siempre accesorias; podríamos afirmar, incluso, que la estructura misma de su obra no habría favorecido a un correcto entendimiento de las particularidades del lenguaje escrito. En todo momento Saussure privilegió un estudio sincrónico de la lengua, es decir, al estado actual de la misma; toda referencia a las transformaciones sufridas a lo largo del tiempo parecía simplemente no interesarle. Cabe aclarar que él no desconocía que la lengua es el fruto de un largo proceso, ni que los escritos de antaño pudiesen resultar claves para su historización; para quien pretendió circunscribir las reglas generales de la estructura de lengua, aquellos elementos poseían una importancia mucho menor a la ostentada. Claro está que la lógica freudiana dista mucho de este precepto.

En el texto "Del sentido opuesto de las palabras originarias" (5), Freud afirma lo siguiente: "estamos autorizados a entrever una confirmación de nuestra concepción del carácter regresivo y arcaico de la expresión del pensamiento en el sueño. Y la suposición inevitable que se impone a nosotros, es que comprenderíamos mejor y traduciríamos más fácilmente la lengua del sueño si supiéramos más sobre la evolución de la lengua". Esta tesis resulta paradigmática, profundizando aún más la brecha epistémica y metodológica existente entre el lingüista suizo y el padre del psicoanálisis. De este modo, si Saussure desaconseja el estudio diacrónico de la lengua, pues el mismo implicaría indefectiblemente recurrir a la escritura, Freud, tal y como se puede inferir, no lo juzgaría inoportuno.

LOS APORTES DEL PSICOANÁLISIS

Así resumida la coyuntura bajo la cual se ubica nuestro trabajo, prosigamos con las contribuciones que el psicoanálisis nos ofrece para cernir nuestra problemática. En un pasaje de la temprana obra de Freud encontramos un aporte revelador: "nos parece más justo comparar al sueño a un sistema de escritura que a una lengua" (6). Este axioma fundamental habrá cambiado para siempre la mirada arrojada sobre el sujeto y la psicopatología en general, pues de él se desprenden innumerables enunciados. Si el sueño se configura bajo la forma de una escritura (rebús), entonces una lectura adecuada podría descifrarlo. A su vez, si el sueño es una realización alucinatoria de deseo y su forma de expresión es una escritura, entonces algo del cuerpo puede ser figurado. Por extensión, todas las formaciones del inconsciente presentan una estructura literal, lo que permite homologar el síntoma a la letra. Cabe agregar que hasta tanto la noción de goce no haya sido incluida en el razonamiento psicoanalítico, esta serie de silogismos se vería obturada recurriendo a la idea antes mencionada del inconsciente estructurado

asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidente: Lic. Liliana Spadoni

ESCUELAS DE POSGRADO EN CLINICA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

duración 2 años (Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos)

SEMINARIOS PRIMER CUATRIMESTRE 2011

Intensivos – semanales – quincenales – mensuales
Áreas de INFANCIA – ADOLESCENCIA
DISCAPACIDAD – FAMILIA – ORIENTACION VOCACIONAL Y PSICOPEDAGOGIA
EJERCICIOS CLINICOS NO ARANCELADOS
SUPERVISIONES – JORNADAS

CENTRO ASISTENCIAL:
"Prof. Dr. Mauricio Knobel"

(diagnósticos, orientación y tratamientos)
honorarios institucionales

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

como un lenguaje. Recordemos que Lacan reformuló en distintas oportunidades su concepción del síntoma y del inconsciente, llegando a decir que “es del lado de la escritura que se concentra lo que intento interrogar del inconsciente cuando digo que el inconsciente es algo en lo Real” (7). ¿Qué implica entonces considerar al síntoma como una escritura? Gérard Pommier afirma que “si se considera al síntoma como una letra, lo es en la medida en que ambos tienen la misma consistencia; en los dos casos se trata de la escritura del goce perdido” (8).

Desde incluso antes de su nacimiento, el niño es deseado por una madre que porta los rasgos del Otro, o viceversa. Por vía metafórica del penisneid freudiano, el bebé viene a colmar la falta en la madre, corriendo el riesgo de devenir el falo que ella no posee. El sujeto existe en tanto y en cuanto haya un Otro deseante. La madre mantendrá una relación particular con su bebé. Gracias a la nutrición y los cuidados cotidianos, las pulsiones se apuntalan sobre la materialidad de la necesidad, y es esta misma la vía a través de la cual la madre formula su demanda. Consecuentemente, si las pulsiones vienen del Otro para apoyarse en el cuerpo, un cuerpo-objeto, las mismas serán devueltas al exterior en la medida en que aquél se constituye, a condición de identificar al cuerpo como el objeto faltante a la madre. Es decir, el sujeto, rechazando la significación fálica, hace un movimiento hacia un afuera doblado por la pulsión. El exterior, podríamos agregar, tendrá un brillo fálico o no existirá, pues lo que fue expulsado en él, o bien lo que fue reprimido, es el goce del cuerpo. Sin embargo, aquello que fue reprimido hace su retorno. El sujeto se valdrá de sus representaciones de cosa para figurar sin más la eliminación de la división subjetiva, sea esto a través de la alucinación o del sueño.

Existe entonces una escritura originaria, aquella que privilegia las representaciones de cosa, una escritura equiparable al jeroglífico. Esta escritura pertenece a la lengua privada del sujeto, que será a su vez reprimida en la medida en que el sujeto se apropie de la

denominada lengua “materna”, es decir, aquella que garantiza el lazo social. Pero su lengua originaria no desaparece, la misma hace su retorno sobre un papel. Los primeros trazos esbozados por el niño representarían entonces lo que, según Pommier, calificaríamos como “cuerpos psíquicos” (9). Siguiendo esta lógica, la relación entre la palabra y la escritura es causal y casual. Causal, ya que existe una escritura originaria en el sujeto (la lengua); ésta es a su vez reprimida por la palabra (la lengua del Otro), y finalmente hace su retorno sobre un papel. Casual, pues si bien no hay escritura sin sujeto, el sujeto puede prescindir de ella.

CONCLUSIÓN

Para concluir diríamos que la escritura posee una doble historia: aquella que la liga al desarrollo de las lenguas a lo largo de los siglos, y aquella que se anuda al proceso de alienación y separación subjetiva. En esta oportunidad optamos por recorrer sucintamente el segundo de los casos. La apropiación de la escritura por parte del niño debe ser considerada apelando al modelo freudiano, pues evadir este hecho podría conducirnos a conclusiones desligadas de la realidad subjetiva del sujeto y, por lo tanto, a prácticas riesgosas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1); (2); (3); (4) Saussure, F.: “Cours de linguistique générale”, Payot, Paris, 1978.
- (5) Freud, S. (1910): “Du sens opposé des mots originaires”, in *Œuvres Complètes X*, PUF, Paris, 2003.
- (6) Freud, S. (1899-1900): “L’interprétation des rêves”, in *Œuvres Complètes IV*, PUF, Paris, 2002.
- (7) Lacan, J. (1973-1974): *Le Séminaire, livre XXI «Les non-dupes errent»*, Inédit. Clase de 21/05/74.
- (8) Pommier, G.: “Le denouement d’une analyse”, Flammarion, Paris, 1996.
- (9) Pommier, G.: “Naissance et renaissance de l’écriture”, PUF, Paris, 1993.

La automutilación: un intento de respuesta subjettiva frente a la desvitalización esquizofrénica

Gastón Pablo Piazzze [A]
Nora Cecilia Carbone [B]

[A] Médico Psiquiatra
Especialista en Psiquiatría
Infanto-juvenil. Jefe de Trabajos
Prácticos Interino de la Cátedra
Psicopatología I de la Facultad de
Psicología de la U.N.L.P.; Ex Jefe
de Residentes de Psiquiatría
del Hospital Pediátrico
"Superiora Sor María Ludovica"
de La Plata. Universidad
Nacional de La Plata,
gastonpablo1964@yahoo.com.ar,
La Plata/Buenos Aires,
Argentina.

[B] Licenciada en Psicología.
Jefe de Trabajos Prácticos
Ordinario de la Cátedra
Psicopatología I de la Facultad
de Psicología de la U.N.L.P.;
Ex Jefe de Residentes
de Psicología del Hospital
Pediátrico "Superiora Sor
María Ludovica".
Universidad Nacional de
La Plata,
carbonenc@yahoo.com.ar,
La Plata/Buenos Aires,
Argentina.

En el marco de la investigación denominada "Clínica de las perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo", se abordó el problema del estatuto de las llamadas "automutilaciones" en diferentes constelaciones psicopatológicas. En tal contexto, este trabajo se propone examinar, en el campo específico de la esquizofrenia, los nexos entre dos fenómenos frecuentes: la experiencia de desvitalización, cernida magistralmente por Lacan como "el desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida" (Lacan 1958, 540), y ciertos actos autoagresivos centrados en el cuerpo. Más allá de la consabida idea acerca de la pacificación que las autolesiones procuran a las más variadas crisis subjetivas, la hipótesis que orienta la presente labor es que determinadas escarificaciones infligidas al propio cuerpo cumplen una función cuya estructura real-imaginaria intenta compensar los efectos devastadores de la falta de inscripción del significante privilegiado en lo simbólico.

ALGUNOS ANTECEDENTES EN EL ÁMBITO DE LA PSICOPATOLOGÍA

Uno de los principales referentes que se ocupó de la relación entre la anomalía del sentimiento de la vida característica de los esquizofrénicos y las respuestas que éstos pueden encontrar como solución para el malestar que aquélla implica, fue Eugen Minkowski. En el marco de su abordaje fenomenológico de la esquizofrenia, el autor intentó aprehender la perturbación fundamental que expresa el proceso mórbido subyacente a las distintas formas clínicas de esta categoría nosográfica. En tal sentido, retomó la noción bleuleriana de autismo, ya que a partir de ella "(...) los factores concernientes a las relaciones con el ambiente, comenzaron a desempeñar un papel cada vez más importante (...) La falta de fines reales y de ideas directrices, la ausencia de contacto afectivo, orientaron al concepto por un camino nuevo" (Minkowski 1925, 59). Todas estas perturbaciones parecían converger hacia una sola y única noción, la de la pérdida del contacto vital con la realidad, a partir de entonces eje ordenador del pensamiento de Minkowski sobre este tema, iluminado por la obra filosófica de Bergson. Encontramos en las palabras de una paciente la ilustración cabal de este sín-

toma fundamental: “Todo es inmovilidad a mi alrededor. Las cosas se presentan aisladamente, cada una de por sí, sin evocar nada [...] Son como pantomimas, pantomimas que se hicieron en torno a mí, pero yo no entro en ellas, me quedo fuera. Tengo mi juicio, pero el instinto de la vida me falta. No logro ya dedicarme a mi actividad de una manera suficientemente vivaz” (Minkowski 1925, 69). Ejemplo brutal que, tal como veremos más adelante, deja al desnudo lo que sucede en la psicosis cuando el sujeto no cuenta con la ayuda del discurso establecido y el Otro se revela en su radical inconsistencia.

La aguda intuición de Minkowski para cernir este trastorno esencial de la experiencia esquizofrénica fue retomada luego por otros autores, inscriptos en la misma corriente: en los años 70, Wolfgang Blankenburg, psiquiatra alemán inspirado en Heidegger y Binswanger, dedicó un estudio a este tema, situándolo en términos de lo que dio en llamar la “pérdida de la evidencia natural”. Se trata para él de una expresión de la alienación esquizofrénica que implica tanto la transformación de la relación con el mundo y con los semejantes, como de la constitución del yo y del cuerpo. Sus precisas observaciones ponen en primer plano la dramática vivencia de abatimiento a la que están sometidos estos enfermos cuando “la operación trascendental fracasa y el Dasein humano se ve sacrificado hasta en su corporeidad” (Blankenburg 1971, 134). Es el caso del sujeto que, sintiéndose “fuera de circuito”, ve agotada su fuerza y su substancia físicas, y queda sumergido en un estado corporal que recuerda la caquexia. O el de una mujer que, extremadamente desesperada, relata un “derrumbe” mental y físico que le impide llevar a cabo hasta las tareas más sencillas.

Planteados de este modo el costado deficitario de la enfermedad, resulta interesante destacar que ambos fenomenólogos van más allá del intento por describir y formalizar este peculiar modo de desarreglo psicótico, para emprender el abordaje de las posibles soluciones que el propio esquizofrénico puede encontrar frente al mismo. Así, tanto

Minkowski como Blankenburg delimitan un conjunto de respuestas subjetivas que constituyen reacciones de defensa contra la desintegración esquizofrénica y que hacen las veces de “tabla de salvación para la personalidad que empieza a hundirse” (Minkowski 1925, 201). Ellas abarcan, entre otras, el racionalismo y geometrismo mórbidos de Minkowski, o la “tendencia a la reflexión” de Blankenburg, todas maniobras de tipo intelectual que compensan el trastorno basal. Pero también, como lo señalan ciertos autores franceses contemporáneos, pueden incluirse en el campo de las soluciones al problema de la desvitalización, algunas cercanas a las mencionadas, en las que la intervención sobre lo real del cuerpo ocupa un lugar privilegiado. Es esta perspectiva la que hemos elegido para encarar el problema de la estructura y función de la automutilación esquizofrénica, a partir de una viñeta clínica. Nos valdremos para ello de herramientas extraídas de diferentes momentos conceptuales de la enseñanza de Lacan.

EL CASO CLÍNICO: HÉLÈNE GRIMAUD Y EL “EMPUJE A LA HERIDA COMO INTENTO DE HACERSE UN CUERPO”

Se trata de una joven y reconocida pianista francesa quien, de acuerdo al relato que nos brinda en su libro autobiográfico llamado “Variations sauvages”, padeció desde su infancia una severa perturbación del lazo social y de la relación con su propio cuerpo y con el mundo circundante: ya a los siete años llevaba una vida signada por el retraimiento y la desadaptación académica, en la que tomaba un lugar privilegiado la experiencia de ser “la frontera del mundo (...) como la joven de la Alta Torre, (que) sólo podía contemplar esa vida desplegada sin poder penetrarla” (Grimaud 2003, p. 42). Carente, como ella misma lo dice, de “un punto de partida” que le permitiese encontrar “el equilibrio entre todo (su) ser, el mundo y el universo” (Grimaud, p. 52), Hélène estaba “a la búsqueda de (su) centro de gravedad, del punto



exacto (que le posibilitara) definir su lugar” (Grimaud 2003, p. 52). Su cuerpo era vivenciado como un límite que le impedía sentir la vida, sumiéndola en un estado de aislamiento, en donde “ya nada parecía evidente” (Grimaud 2003, p. 92). Este testimonio, que se ajusta a lo descrito por los autores mencionados, recuerda el profundo quebrantamiento vital que experimentaba Schreber, cuya estructura fue formalizada por Lacan, a fines de los '50, en términos de efecto imaginario de la elisión del Falo en lo simbólico. Ahora bien, si Schreber construyó, a partir del significante neológico “almicidio”, una salida delirante parafrénica que le permitió la restauración imaginaria de la relación con su propio cuerpo y con la realidad, cabe interrogarse, en el caso que nos ocupa, sobre el carácter de la respuesta subjetiva que Hélène pudo encontrar, inicialmente, frente a los fenómenos mortíferos que la aquejaban.

En su testimonio, la pianista relata la experiencia inédita que tuvo en ocasión de una herida accidental producida en la planta del pie: “(un) dolor delicioso me había hecho existir más que ninguna otra cosa, me había inscripto en un lugar, un tiempo. Yo había accedido a la vida por un consentimiento de todo mi ser a esa herida” (Grimaud 2003,

p. 48). “Recuerdo haber pensado que la vida me provocaba y que así yo la percibía con una evidencia particularmente viva, elemental y substancial”. A partir de este descubrimiento, Hélène se dedica a provocarse heridas, en una actividad automutilatoria bien singular: “ya no sé si era por el deseo de simetría o por la necesidad de volver a encontrar, con la misma intensidad y el mismo placer, aquel dolor gozoso (...) pero terminé por sentir la necesidad de lastimar el otro lado de mi cuerpo, de modo de quedar armoniosa. Quería la misma constelación de costras en ambas rodillas. Los mismos cortes en ambos dedos, las mismas quemaduras en ambas manos. Una herida en un solo codo (...) me hacía perder el equilibrio, mi precioso equilibrio con el mundo, mi coherencia; (entonces) mi cuerpo cojeaba” (Grimaud 2003, p. 49-50). ¿Cómo concebir la estructura y la función de estas reiteradas escarificaciones simétricas? Con la ayuda de desarrollos avanzados de la enseñanza de Lacan, puede pensarse la desvitalización en la esquizofrenia como el correlato clínico del defecto en la transferencia del goce a los semblantes, ya que en ella el significante no tiene la propiedad de anular el goce del viviente para proyectarlo en un discurso establecido. Según

AASM

CATEGORIA DE SOCIOS

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

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

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

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

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

otra fórmula de Lacan, el objeto a no ha sido extraído, y la consecuencia de ello es que la «realidad», como uno de los nombres de los semblantes del Otro que no existe, se revela entonces como un artificio vacío. La particular automutilación de la pianista le proporciona, como una “nueva brújula”, una relación inaudita con su cuerpo como objeto-plus-de gozar, susceptible de aportarle la referencia de la que carecía. A falta de haber recibido del Otro la marca fálica que le hubiera permitido velar su ser de objeto con una imagen especular, Hélène recurrió a las heridas simétricas como un intento de hacerse un cuerpo, de fabricarse un efecto de espejo en lo real del cuerpo. Su yo real, es decir el cuerpo viviente sin la incorporación del Otro simbólico, le ha ofrecido un cuerpo imaginario y simétrico que le posibilita, como ella misma lo dice, “existir más que ninguna otra cosa, (e inscribirse) en un lugar, un tiempo”. Respuesta subjetiva incipiente y provisoria que cederá su lugar a un futuro arreglo de otro orden para sostener su cuerpo: una doble suplencia organizada en torno a la música y a la identificación con una loba.

SUSCRIPCION GRATUITA

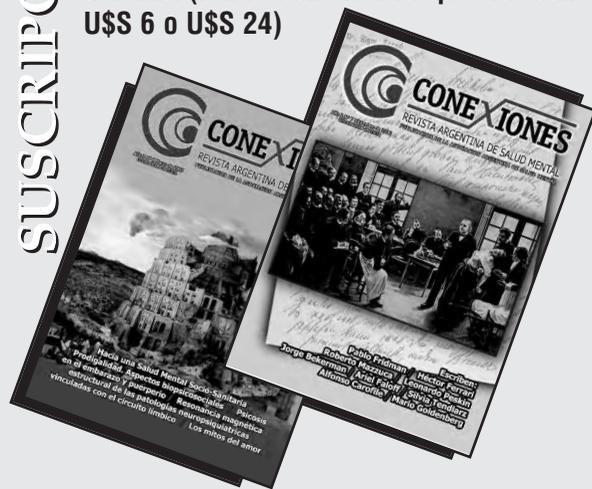
Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a administracion@aasm.org.ar consignando:

- Nombre y apellido • Domicilio
- Mail • Teléfono

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

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

\$ 4,50 C/U o \$ 18 los cuatro números del año. (Para el exterior los precios son U\$S 6 o U\$S 24)



REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

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

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

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

BIENVENIDO A
LA ARMONIA

NUEVO Kemoter

Quetiapina

El camino a la armonía

El antipsicótico atípico con eficacia
y tolerabilidad demostradas en:

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



Presentaciones:

Kemoter 25 mg Envases con 10 y 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 100 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 200 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

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

