

DAVID - Ser y Nacer Hombre

De L'étranger de Albert Camus a Naissance de Yann Moix
De sufrir por no sufrir a sufrir por haber sufrido

En ocasiones, un hombre acude al análisis debido a un síntoma que sufre, y otras veces acude porque sufre de no sentir suficientes emociones, lo que le impide sentirse completamente humano, como supone que son los demás y como quisiera ser él mismo. Démosles a estos, de entrada, la palabra.

- **Sufrir por no sufrir**

« la falta de sufrimiento no acaba nunca » (eso no cesa de no sufrir)

Todos los hombres son singulares, pero cada uno de ellos se descubre a veces descrito por otro. Y, de esta manera, elabora su propio « diagnóstico ». Un día, acudió a mi consulta un hombre para psicoanalizarse, pues, según me dijo « soy como el personaje de *El extranjero*, no siento nada en absoluto ». Grégoire se lamentaba de la falta de emociones. Pero, ¿quién es este personaje, este Meursault célebre debido al genio del creador que lo inventó, Albert Camus, en su primera novela que entusiasmó inmediatamente a André Malraux, por aquel entonces lector de la editorial Gallimard? Primera novela que fue un golpe de maestro, una entrada consumada en « La literatura ». La novela suscitó muchísimos comentarios, pero, no seas tímida, me dije a mí misma, y atrévete a apropiártela para obtener de ella un fruto que alimente a la investigación psicoanalítica. ¿Quién, en esta novela, es «el extranjero», « el atractivo extraño¹⁰ » que, en palabras del propio Meursault dirigidas al fiscal de la República es la razón de su asesinato del Árabe ? : el sol. Meursault entierra a su madre. En ningún momento es una cuestión del padre. Como si nunca hubiera existido un esposo ni un padre para esta mujer que acaba de morir ni para su hijo superviviente. Pero el sol se hace cargo. Meursault no vive en el « senti-miento », lo que será la causa de su condena a muerte ; vive en el placer de sentir : « Se preparaba un hermoso día. Hacía mucho que no iba al campo y sentía el placer que me habría proporcionado pasearme de no haber sido por mamá»¹¹ Si no hubiera sido por el entierro de su madre. Algunas líneas después, leemos « El sol estaba algo más alto en el cielo». Y el sol no le abandonará : tres apariciones en tan sólo dos páginas : « el cielo rebosaba de sol...el sol desbordante de hoy... me sorprendió la rapidez con la que el sol ascendía en el cielo »¹² Hasta la llegada del día fatal : « El ardor del sol me llegaba hasta las mejillas .. era el mismo sol que el del día

¹⁰ término tomado del vocabulario de la terapia sistémica

¹¹ Albert Camus L'étranger Gallimard Collection Folio p. 22

¹² op. citata p.26 et 27

que enterré a mi madre » .. y, cerca del « Árabe » avanza un paso para disfrutar del ardor del sol sobre su piel: « sabía que no me libraría del sol avanzando un paso .. esta vez, sin levantarse, el árabe sacó el cuchillo y me lo mostró bajo el sol. No sentía más que los címbalos del sol sobre la frente Todo mi ser se distendió y crispé la mano sobre el revólver... Me sacudí el sudor y el sol.. .entonces disparé.. Y fue como si llamara cuatro veces golpeando con los nudillos la puerta del infortunio»¹³

¿Qué es este sol?: « el extranjero » frente al « Árabe ». con A mayúscula. El extranjero no es un sujeto ni tampoco un simple objeto. Es un símbolo. En el sentido empleado por Nicolas Abraham : representar a un sujeto a partir del movimiento de sus objetos. En primer lugar, la bola es el seno redondeado de la madre o el biberón del que mama el bebé. Una vez pasada esta experiencia, la forma redonda se desplaza, se convierte en globo y asciende en el espacio. El sol que nos da la vida lo representa. En sus dibujos, los niños lo expresan con ganas. Si nos falta el sol por alguna razón, puede crearse una inquietud en lo que hace a su estructura. El sol representa al « padre metonímico ». Akhenaton lo hizo el Dios del monoteísmo egipcio, en la época en que despuntaba el Dios de la Biblia, del que ni se especifican más que algunas de las letras que forman su nombre, la otra forma de monoteísmo que prevalecerá. Previo al padre de la « metáfora paterna » con el que el judeocristianismo ha dado forma a nuestra civilización. Por definición obliga al sujeto a un duelo, ya que el Padre es sustituido por la madre. Ella, que trajo el placer de la redondez del objeto causa del deseo, la que introdujo el « sentimiento verdadero » del tejido del amor, este objeto del que Lacan dirá en su último seminario que es lo Real. Tejido que la metáfora hace pasar bajo el manto del Padre. La ventaja de esta metáfora paterna, proceso de lenguaje, es que crea nuevas categorías. El niño y su madre se des-fusionaron. Pasando de un símbolo que representa un objeto a lo simbólico que representa una pérdida, el Padre es reconocido como portador de lo que ahora le falta a la madre, el famoso significante fálico, poder de marca que puede fluir « como un hurón ». A partir de ahí entramos en la zona del « sentí-miento » por emplear palabras de Lacan, que, en su trabajo sobre Joyce se interesa por la articulación entre el sentimiento y el lenguaje, y afirma: « lo que se dice, miente »¹⁴ Es inevitable que el niño sufra u momento de odio relacionado con el proceso de sustitución metafórica. A menudo hablamos de « la civilización judeocristiana », pero el judaísmo predica un Dios que desea mucho y pone a prueba a Abraham, pidiéndole el sacrificio de su hijo, aunque en el último momento el niño es sustituido por el cordero . El odio del Padre frente a su hijo o la del hijo que pierde sus objetos encontrados previamente de la parte de la madre, es negado por el discurso cristiano que afirma que « el Padre es amor ». Pero, ¿quién es Dios Padre que, a partir de la muerte del Hijo, que sacrifica su vida para «na-ser », ser y nacer más de uno con el Padre?. Meursault no quiere nada de este Dios, quiere permanecer por completo en el « sentimiento real », rehúsa la mano extendida del juez o del cura, lo que da origen al final de la novela «

¹³ p. 92 et 93

¹⁴ Jacques Lacan Le Séminaire Livre XXVIII Seuil 2005 p.17. Nota del Traductor : Juego de palabras homofónico en el original francés, jugando con la sonoridad del sustantivo "condiment" (condimento) a partir de la expresión usada por Lacan: «ce qu' on dit, ment».

sólo me quedaba desear que hubiera muchos espectadores el día de mi ejecución y que me recibieran con gritos de odio ».¹⁵ Es de suponer que Meursault mata para pasar de un padre metonímico al padre muerto del Simbólico, pero el fiscal no lo interpreta de esta forma y habla de la moralidad del «pueblo francés». No quiere entrar en la comprensión del inconsciente del otro y le arrastra con amplio apoyo hacia la civilización judeocristiana. « ¿Kant con Sade »?

« ya ha acabado el no poder decirlo » (eso cesa de no poder decirse)

Entonces este hombre que vino para un análisis, ¿acaso ignoraba, como daba a entender la alusión a la novela de Camus, la categoría del simbólico? Por supuesto que no, y su historia acabó muy bien. Entonces ¿por qué esta identificación y ese sufrimiento por no sufrir?

Gregoire es un hombre de ideas muy abiertas y se interesa por otras personas. Curiosamente se trata de un oficial de alto rango del ejército francés y, escuchándole, me digo que los hombres que tiene a su cargo son afortunados por tenerle como superior. Poco a poco,emergerán a la vez las dificultades ocultas de su infancia entre sus padres y sus relaciones rocambolescas con las mujeres, de las que a menudo salió trasquilado. Acabó sabiendo que una de sus tíos terminó sus días en el exilio y, mientras me lo contaba, se echó a llorar. Llora durante varias sesiones consecutivas. ¿Por qué no podía antes de su tratamiento analítico? ¿Un hombre que llora? ¿Un general sollozando? He aquí, simplemente, la causa de su « insensibilidad »: la función fálica ordena al niño y luego al hombre, que reprima sus « senti-mientos » para entrar en la apariencia de una posición sexual masculina que renuncia a los sentimientos verdaderos de la primera infancia, considerada femenina, senti-mental.

El tratamiento analítico se hace para el retorno al "sentimiento-real". La casualidad hizo que tuviera que llevar a su tropa a visitar el campo de concentración de Auschwitz. Se desmayó, y se sintió un tanto avergonzado, pero feliz por poder autorizar sus emociones.

La envidia del goce femenino

Otro hombre vino a verme: yo no sufro, pero todavía arrastro una cacerola atada al pie. Por razones de deontología tan sólo puedo presentar la interpretación que le hice un día y su réplica. « Tiene envidia de las mujeres de su goce » dije. No negó la interpretación, ya que la transferencia estaba siendo muy positiva, este hombre hacía grandes esfuerzos por encontrar el camino a su propio deseo. Poco a poco, pudo decir: «Envidio el placer que doy las mujeres sumisas; me gustaría conocer esa entrega a la renuncia que transporta a Paula a otro mundo. Ella es consciente y lo disfruta. Hacerme sumiso yo mismo también es un regalo que le hago pero, de hecho, el regalo me lo hago a mí mismo, puesto que es un progreso intelectual ». La idea no pasa tan solo por el mero uso de la función fálica y las posibilidades que ofrece para el hombre en su sexualidad, sino por los desvíos de la posición dicha femenina, de sus palabras y de su escritura.

¹⁵ op cité p.184

Dado que esta presentación la hago frente colegas en los que confío plenamente, me gustaría presentar las cuestiones planteadas por esta observación, de la que no puedo dar más detalles. Cada análisis es ciertamente singular, pero a veces nos tocan temas universales. ¿La envidia del orgasmo femenino que, al hacerle perder el control, la transporta a otro mundo es el fruto de todo análisis de todo hombre empujado al refugio de la represión? ¿Acaso no sería esta una de las razones del momento depresivo tan frecuente que un gran número de hombres viven después de hacer el amor? Como subrayaba este paciente, mandar durante el día no impide a otros hombres verse, por la noche, sometidos a sus esposas ... El informe elaborado por Hegel en *Amo y Esclavo* ¿no podríamos re-encontrarlo en el intimidad del inconsciente masculino?. En su última obra, *Le féminin révolution sans fin*, Gérard Pommier¹⁶ afirma que la categoría de los hombres está en constante lucha contra la de las mujeres En 2015, cuando se publicó este libro, la declaración parecía desmentida por el resultado de las luchas de las mujeres para ganar la igualdad de derechos con los hombres. La observación de la vida de las mujeres en funciones profesionales les permitirá una mayor libertad. Pero la era Obama ha concluido y su declaración: "« I am ready to pass the baton to Clinton » quedó pulverizada por la elección de Trump. Los hombres americanos y las mujeres, sí, las mujeres, han contribuido a la elección de un candidato que lo tenía todo desagrado en un país donde los hombres no se atrevían a subir a solas con una mujer en un ascensor temor de ser acusados de violación ante los tribunales. Inversión aparente: ¿Las mujeres desearían ser golpeadas? ¿La mujer tendría que ser golpeada? Como dice el refrán: « Pega a tu su esposa cada noche, si no sabes por qué, ella sí lo sabe ». La historia sigue en marcha y tal vez nos dará la respuesta.

Marcelo Edwards - Algunas precisiones respecto de la depresión, la melancolía y la psicosis maníaco-depresiva

Deseo tratar este tema porque hay un uso poco preciso de las categorías clínicas de depresión y melancolía tanto en el ámbito psiquiátrico como psicoanalítico, y aún más en el de los médicos, psicólogos, u otros.

En primer lugar, hay que decir que la depresión no es una estructura sino un estado, calificado de anímico por la psiquiatría clásica. Por lo tanto, podemos encontrar este estado en cualquier estructura: neurosis, psicosis o perversión. Esta distinción, sin embargo fundamental si se pretende intervenir no sólo sobre los síntomas sino sobre el sujeto en cuestión, queda elidida en los manuales psiquiátricos actuales. Estos tampoco diferencian con claridad lo que es una depresión mayor de una melancolía, dado que se refieren únicamente a un conjunto de síntomas y no a los mecanismos psíquicos que están en juego. Como mucho, señalan que en algunos casos se presentan síntomas psicóticos, como si se tratase de un continuum.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los psiquiatras clásicos indicaban -y los manuales actuales recogen este hecho- que un estado depresivo suele remitir de forma espontánea hacia a los seis meses. Constatación empírica que merece reflexión, dada la intervención terapéutica medicamentosa masiva habitual en nuestros días, que tiende a hacerse crónica durante años y que tiene efectos iatrogénicos a medio y largo plazo (1). Quizás convenga pensar que lo que hay en juego es un duelo, que en algunos casos se resuelve bien, pero en otros se complica derivando en una depresión.

Esto requiere abordar el proceso de duelo, dado que este suele estar presente en toda la clínica, aunque los mecanismos defensivos varíen en función de la estructura y el tipo clínico. Diría incluso, que tenemos que preguntarnos con cada paciente que acude a nosotros, qué duelo está en juego y en qué momento del mismo está el sujeto.

El duelo

Un duelo suele implicar una serie de fases:

1º) Una reacción de aturdimiento, de perplejidad, de parálisis; 2º) una negación de los hechos; 3º) un período de rabia dirigida hacia otros, hacia el destino, hacia Dios, o incluso hacia la persona perdida; 4º) esto se transforma a veces en una expectativa de reencuentro mágico con la persona amada, que puede tener una tonalidad hipomaníaca; 5º) luego hay una temporada de tonalidad depresiva, por la constatación y aceptación gradual de la pérdida; 6º) finalmente, el sujeto puede disponer nuevamente de su libido para investir nuevos objetos.

No obstante, lo importante es entender los mecanismos inconscientes de este proceso, más allá de las meras descripciones del comportamiento.

El proceso inconsciente del duelo, la depresión neurótica y la psicosis melancólica

Para Melanie Klein, un duelo implica un reordenamiento total del mundo simbólico del sujeto puesto que comporta una reinscripción de las pérdidas que se han ido produciendo a lo largo de la vida. Para Lacan, se trata de la construcción de un objeto. Los dos lo entendían como una oportunidad para la recreación psíquica del sujeto.

Ahora bien, ¿cuáles son los procesos inconscientes del trabajo de duelo que hacen posible que este sea logrado, o que se complique generando una depresión neurótica, o peor aún, una psicosis melancólica? Tomaré para ello lo que aporta Daniel Leader (2).

1) *Simbolizar la pérdida*. Freud (3) sostenía que el sujeto tiene que ir cancelando una a una todas las representaciones ligadas al objeto perdido. Esto requiere que pueda ir haciendo pasar estas representaciones imaginarias al registro del significante.

2) *Matar simbólicamente al muerto*. Es importante que pueda matar simbólicamente al muerto, para poder desprenderte de él. En todas las culturas hay rituales para mantener a los muertos separados de los vivos, para que no retornen de modo persecutorio a reclamarles deudas. Los espíritus de los aparecidos, los zombis o los vampiros, representan habitualmente esta relación conflictiva con los muertos.

3) *Distinguir entre quien hemos perdido y lo que hemos perdido con él*. Tal como indicaba Freud (4), el sujeto ha de poder diferenciar entre la persona perdida y el lugar que ocupaba para él: el de un padre, una madre, un hermano, un hijo, etc.

4) *Separar el objeto a de la imagen specular i(a)*. También ha de poder separar el objeto a del envoltorio narcisista que lo vela, para poder captar qué objeto parcial ha estado en juego en la relación con la persona perdida.

5) *Captar lo que él ha sido para el Otro*. Lo anterior hace posible que el sujeto pueda reconocer qué objeto ha sido para el Otro, es decir, qué carencia ha venido a colmar.

6) *Construir el objeto*. Finalmente el sujeto ha de poder constituir un objeto perdido al modo del Fort!Da! freudiano, en el que la presencia aparece sobre fondo de ausencia, y la ausencia sobre un fondo de presencia.

Freud pensaba que lo que obstaculiza la elaboración de un duelo son dos temas: la ambivalencia del sujeto respecto del objeto perdido, y el carácter narcisista de la elección de objeto (5). Ambos aspectos están presentes en mayor o menor medida en todo duelo, y por ende afectan también a los neuróticos. No obstante, la identificación del yo del sujeto con el objeto perdido, cuando la identificación specular es masiva y el odio hacia el objeto es importante, deriva por identificación con el mismo, en esa infinita crueldad con la que el superyó trata al propio yo en la melancolía.

Para el neurótico, incluso deprimido por efecto de la ambivalencia y el carácter más o menos narcisista del objeto, las operaciones descritas son posibles debido a su inscripción en la metáfora paterna y la consiguiente articulación del fantasma, que implica la constitución del objeto perdido, causa del deseo. Es decir, un objeto que viene al lugar de Das Ding, y permite así el ordenamiento de la serie de los objetos perdidos, que vendrán al lugar de la causa.

En el duelo de un neurótico el sujeto se va alejando lentamente de los muertos, mientras que en la melancolía se apega a ellos. El duelo implica reconocer la ausencia y la pérdida, es decir, la negación de un término positivo. En la melancolía la operación se invierte: la persona perdida, se convierte en un vacío al que el sujeto no puede renunciar: lo que se afirma es un término negativo (6).

Lacan señala que, en el caso del melancólico, no se trata de un duelo por una pérdida de objeto, sino de “un tipo de remordimiento desencadenado por el suicidio del objeto” (7), algo que no es del registro imaginario sino de lo simbólico. Y Jacques Hassoun precisa

que el objeto del melancólico no está suicidado sino porque es aquel por el cual se revela al sujeto, en lo actual, “el escándalo de una ausencia originaria de objeto” (8).

Este autor sostiene la tesis de que en la melancolía hay un destete fallido. Para que este se pueda efectuar normalmente, la madre ha de poder dar el pecho como un don de lo que no tiene, es decir de su amor, para que luego el bebé pueda cederlo. Si la madre no puede perderlo, el niño tampoco podrá cederlo, salvo de modo violento. La madre del melancólico no habría podido perder el seno debido a su narcisismo desfalleciente: la mama es para ella. Además, el padre estaría ubicado en el lugar de un hombre que no es nada para la madre. Está presente como padre real, pero no es amado, y por ende no la ha podido marcar. No opera pues, la metáfora paterna, y el sujeto se ve confrontado a no poder articular el fantasma de escena primitiva, que inscribe la castración del Otro y la pérdida de objeto.

Suele ocurrir que la melancolía gire alrededor de un pasaje simbólico fallido. Al no disponer de la función del Nombre del padre, el sujeto se ve confrontado al padre del goce, y el asesinato del padre, en sus diversas presentaciones, puede precipitarlo en un episodio melancólico.

Para una paciente, mencionada por Daniel Leader (9), el tema central era no haber bautizado a un niño abortado. Luego, la sombra del objeto -el feto abortado- recayó sobre su yo, y ella se veía alucinatoriamente como tal.

En un caso descrito por Jules Séglas, “una mujer de 45 años hizo una melancolía tras la muerte de su hijo por meningitis. Al principio sentía debilidad, malestar e intranquilidad general. Luego aparecieron los auto-reproches: ella era la causa de la muerte de su hijo, lo que le produjo un terrible sentimiento de pecado, que fue racionalizado. Según ella todo se debía a haber realizado su primera comunión de manera inapropiada. Sus ideas se generalizaron: ella había quemado a sus hijos a través de sus crímenes...había matado a todos a su alrededor. Como castigo sus pecados durarían siempre. Según dijo: “*Un día...durará miles de años*”. Sus negaciones se extendieron a sus órganos: “*no tenía corazón o pulmones*”. Era inmortal, pero como “*tal existencia es imposible*”, se sentía condenada, “*a lo imposible*”, y era “*culpable de la ruina del universo*”.”

Como se ve, el sujeto se auto-acusa de un atentado en lo simbólico de una magnitud tal que Abraham lo vio como una megalomanía invertida, expresando su indignidad sin vergüenza y de modo altanero (10), cosa que también lo distingue del neurótico deprimido.

Dado que se ha visto desde un inicio, ante el vacío en que lo deja el discurso preclusivo de la madre, cada vez que el sujeto ha de adoptar una posición simbólica, sólo puede reencontrar la carencia del significante paterno. Siendo que el Otro simbólico no está ahí para situarlo, su ser y su cuerpo caen bajo los golpes del negativismo, volcado, no sobre el semejante como en la paranoia, sino contra sí mismo, en una escala que va desde el delirio de indignidad hasta las formas extremas del síndrome de Cotard.

En un duelo el sujeto se ve confrontado a elegir entre matar al muerto o morir con él. El melancólico elige la segunda opción. Esto sucede a veces de modo literal, como en esos fallecimientos o suicidios que se producen después de una pérdida, o bien cuando el sujeto planea su acto de manera tranquila y metódica, porque en el fondo ya se siente

muerto. Otros deambulan por la vida como muertos vivientes, o se destruyen lentamente. El sujeto rechaza hacer el duelo y se va con la persona perdida.

El melancólico tampoco puede distinguir, por su dificultad metafórica, entre quien ha perdido y lo que ha perdido con él, ni separar el objeto causa de la imagen espejular debido a la elección narcisista masiva del objeto, y a que lo que ha internalizado no es un objeto perdido, sino la ausencia de un objeto: para él perdida y objeto están igualados. Es como si una persona real hubiera pasado a encarnar la dimensión de la carencia y perder a esa persona implica perderlo todo: es como un insoportable agujero que amenaza con tragar al sujeto, en lugar de abrirlo a nuevas relaciones de objeto. Y tampoco puede captar lo que él era para el Otro del deseo, porque el destete fallido se debe a un Otro no castrado.

Lo dicho, muestra que en la melancolía el duelo es imposible, y por ello no es algo que se haya que esperar en la cura. Además, en las posibles remisiones es cuando más riesgo hay de que el sujeto se suicide, puesto que se ve confrontado a un deseo imposible de inscribir en un fantasma, debido a la no constitución originaria de la causa del deseo. El objeto no funciona como causa porque el sujeto se identifica a él como un desecho, y de ahí los pasajes al acto.

No obstante, así como un duelo requiere hablar con otros que ayuden a simbolizar la pérdida, el melancólico necesita que alguien le escuche para que él pueda hablar de su confrontación con un vacío imposible de decir que le angustia enormemente.

El trabajo con el melancólico no consistiría en intentar que las representaciones de palabra alcancen a las representaciones inconscientes de cosa, es decir que lo simbólico se articule con lo imaginario -dificultad ya señalada por Freud- sino de que encuentre modos de expresar el fracaso de las palabras en alcanzar lo real, lo que por otra parte es estructural. La historia del arte y la literatura muestran que, a través de los siglos, los melancólicos han intentado expresar su dolor y su vacío mediante la creación artística y la escritura, en particular mediante la poesía (11).

Dado que el melancólico siente muchas veces que está entre dos mundos, el de los vivos y el de los muertos, o que es un muerto viviente, se trata es que pueda encontrar una forma poética o artística de designar la imposibilidad de hacer que ambos estados coincidan; que pueda dar un marco al vacío y al sufrimiento que este engendra.

Para ello sirve la reconstrucción histórica. Un melancólico que estaba aterrorizado de que “*el pasado volviera en cualquier momento, atacándolo como un estado de la mente o incluso del cuerpo, trayendo dolor, miedo, y una ira irremediable*”, quería “*poner el pasado en el pasado, pero no olvidarlo*”, para no ser atrapado por él.

Para terminar este apartado, quiero señalar que el auto-reproche del neurótico deprimido difiere del auto-reproche melancólico. Leader (12) menciona a una mujer que presentaba “dos síntomas: un mutismo paralizante ante ciertas situaciones sociales y una hipocondría. El mutismo expresaba “*no tengo nada que decir*” y las ansiedades hipocondríacas la creencia “*tengo algo dentro de mí*”, que aparecieron después de un primer embarazo que acabó en un aborto. Se atormentaba pensando que había “*algo mal o que no estaba bien en ella*”, frases similares a las que emitía su padre cuando era niña y adolescente. El aborto le hizo sentir que removían algo de su cuerpo y no dejaban

“nada dentro de mí”, y se preguntaba si el marido la quería después de esa pérdida. Sus síntomas expresaban la pregunta: *“¿Puedo ser amada sin nada dentro de mí?”*

En cambio, la paciente de Séglas, decía que no tenía ni estómago ni riñones, pero esa no era la razón de sus tormentos, sino el verse como la causa de todos los males del mundo, incluyendo la muerte de su hija por meningitis.

La primera paciente formula una pregunta a través de sus síntomas mientras que la segunda tenía una conclusión, una certeza: No tengo nada dentro de mí porque no amé. La primera se refería a su imagen espectral, mientras que la otra a algo que no está en el campo de lo imaginario sino de lo simbólico.

La depresión en las psicosis-maníaco depresivas

La cleptomanía es una conducta habitual de los sujetos maníacos, que suelen generar enormes deudas que angustian a familiares y amigos. Gastan lo que no tienen, a veces a crédito, siendo que comprar sin tener fondos es equivalente a robar.

En las fases de euforia el maníaco cree que todo está ahí para ser tomado y gozado. El pudor, la ética y las inhibiciones quedan de lado y no se siente responsable de sus actos. Pero la culpa por el asesinato del padre que implica la transgresión, al no poder ser simbolizada, retorna con fuerza en la caída depresiva que es cuando el sujeto toma conciencia de las deudas. Entonces se siente muy inhibido y se reprocha sus actos (13).

El aspecto altruista, oblativo y sacrificial frecuente en el episodio maníaco, puede ser un intento de pagar las deudas, para lo cual suele trabajar en exceso. No puede decir que no, porque le angustia defraudar al Otro al que intenta proteger de su propia violencia, pero el intento de pagarla puede volver a desencadenar el ciclo (14).

En los maníaco-depresivos, no se trata tanto de la culpa por un deseo de muerte dirigido a un parente, una madre o un hermano -que también- sino de la culpa por algo perdido por el parente o la madre, que no ha podido ser asumido por ellos, y que se transmite a los hijos como una deuda que estos adquieran por identificación (15).

En cuanto a los episodios depresivos, un paciente escribió: *“contrariamente a lo que la mayor parte de los psiquiatras creen, la depresión del trastorno maníaco-depresivo no es igual a lo que cuentan los depresivos unipolares...Mis depresiones eran como un tornado, episodios de ritmo rápido que me generaban oscuras crisis de rabia y terror.”*

Otra decía que sus depresiones estaban marcadas por *“períodos de una frenética y terrible agitación”*. Sus pensamientos contenían *“imágenes y sonidos espantosos de decrepitud y muerte...La vida era tan solo un episodio breve y desprovisto de sentido, entonces ¿porque vivir?”*

Aquí, el énfasis está puesto en el carácter pasajero y sin sentido de nuestras vidas. El esfuerzo y los logros humanos no son nada, porque todos estamos destinados al polvo. Todo esto es muy diferente de la melancolía que gira, en torno a la idea de ruina moral, espiritual o corporal y el sujeto se enfurece consigo mismo, emitiendo una letanía de auto-reproches por algún atentado en lo simbólico (16)

La culpa está presente en los maníaco-depresivos, pero de una forma diferente. El melancólico puede quejarse de estar moralmente arruinado o destruido, pero se atribuye a sí mismo el haber destruido al Otro, mientras que en el maníaco-depresivo, la culpa oscila: en las subidas acusa al Otro de un modo paranoide y agresivo de haberlo

destruido a él, mientras que, en las bajadas la culpa se reparte entre él y los demás, y suele tener fantasías de venganza que no aparecen en la melancolía.

Mientras el melancólico se siente culpable de algo que ocurrió en el pasado, en el sujeto maníaco-depresivo, la catástrofe se sitúa con frecuencia en el futuro: algo terrible va a suceder. Y cuando se siente indigno y depreciable, el auto-reproche es menos constante. Además, exhibe menos su estado, porque hay más vergüenza (17).

Finalmente, hay otra diferencia importante. En las bajadas del maníaco-depresivo, el sujeto no puede tomar decisiones: todo se bloquea o se convierte en insuperable. Una paciente decía: “*No se trataba de que yo no pudiera decidir, sino más bien de que no había ya ningún “yo” que decidiera*”. Es como si el yo desapareciera. En cambio, en la melancolía el yo es tratado como un objeto nocivo, y por ende está muy presente (18).

Para concluir, diría que tanto el melancólico como el maníaco-depresivo giran de modo diferente respecto de deudas que en muchas ocasiones son deudas impagadas por los padres a nivel simbólico. Si la tesis de Hassoun es correcta, ¿acaso no le debe el seno, es decir su deseo, la madre del melancólico? ¿No roba muchas veces por envidia el maníaco-depresivo, como si intentara arrancar ese seno que no le ha sido dado? El melancólico se atribuye la deuda, mientras que el maníaco-depresivo la constituye robando, y ambos intentan pagarla, a veces a costa de la propia vida...para preservar al Otro sin barrar. ¿Puede acaso el deseo del analista que le permite ocupar simbólicamente el lugar del desecho, impedir -aunque sea en un proceso infinito- que el sujeto lo devenga?

Bibliografía

- (1) Robert Whittaker, Anatomía de una Epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales, 2011. Ed. Capitán Swing.
- (2) Daniel Leader, La moda negra. Duelo, melancolía y depresión, 2008. Ed. Sexto piso.
- (3) Sigmund Freud, Duelo y melancolía, 1915-17, Obras Completas, Tomo XIV. Amorrortu editores.
- (4) “ “
- (5) “ “
- (6) Daniel Leader, Op. Cit.
- (7) Jacques Lacan, Seminario La transferencia, 28-06-1961, citado por J. Hassoun (voir 6).
- (8) Jacques Hassoun, La cruauté mélancolique, Paris 1995, Aubier.
- (9) Daniel Leader Op. Cit.
- (10) Sigmund Freud, Op. Cit.
- (11) Daniel Leader, Op. Cit.
- (12) “ “
- (13) Daniel Leader, Estrictamente Bipolar, 2012, Ed. Sexto piso.
- (14) “ “
- (15) “ “
- (16) “ “
- (17) “ “

Marcelo Edwards - Quelques précisions concernant la dépression, la mélancolie et la psychose maniaco-dépressive

Je désire traiter ce thème car il y a une utilisation très imprécise des catégories cliniques de dépression et de mélancolie aussi bien dans le milieu psychiatrique que psychanalytique et plus encore dans celui des médecins, des psychologues ou autres. Tout d'abord, il faut dire que la dépression n'est pas une structure sinon un état, qualifié d'animique par la psychiatrie classique. Nous pouvons donc trouver cet état dans n'importe quelle structure : névrose, psychose ou perversion. Cette distinction, pourtant fondamentale, si on prétend intervenir non seulement sur les symptômes, mais aussi sur le sujet en question, est élidée dans les manuels de psychiatrie actuels. Ceux-ci ne différencient pas non plus clairement ce qu'est une dépression majeure d'une mélancolie, puisqu'ils ne font référence qu'à un ensemble de symptômes et pas aux mécanismes psychiques qui sont en jeu. Tout au plus, signalent-ils que dans quelques cas il existe des symptômes psychotiques, comme s'il s'agissait d'un continuum.

D'autre part, il faut tenir compte que les psychiatres classiques indiquaient -et les manuels actuels recueillent ce fait- qu'un état dépressif disparaît habituellement de façon spontanée dans les six mois. Constatation empirique qui mérite réflexion, étant donnée l'intervention thérapeutique médicamenteuse massive habituelle dans nos pays, qui tend à devenir chronique pendant des années, et comporte des effets iatrogéniques à moyen et à long terme (1). Il conviendrait donc de penser que ce qui est en jeu est un deuil, qui dans certain cas se résout bien, mais dans d'autres se complique en dérivant vers une dépression.

Cela demande d'aborder le processus de deuil, étant donné que celui-ci est présent dans toute la clinique, bien que les mécanismes défensifs varient en fonction de la structure et du type clinique. Je dirais même que nous devons nous demander avec chaque patient qui arrive à nous, quel deuil est en jeu et à quel moment de celui-ci se trouve le sujet.

Le deuil

Un deuil implique habituellement une série de phases :

1°) Une réaction de commotion, de perplexité, de paralysie ; 2° une négation des faits ; 3°) une période de rage dirigée envers les autres, le destin, Dieu et même la personne perdue ; 4°) cela se transforme parfois en expectative de retrouvailles magiques avec la personne aimée, qui peut avoir une tonalité hypomaniaque ; 5°) ensuite il y a un temps à la tonalité dépressive, dû à la constatation et l'acceptation graduelle de la perte ; 6°) finalement, le sujet peut disposer de nouveau de sa libido pour investir de nouveaux objets.

Cependant, l'important est de comprendre les mécanismes inconscients de ce processus au-delà des simples descriptions de comportement.

Le processus inconscient du deuil, la dépression névrotique et la psychose mélancolique

Pour Mélanie Klein, un deuil implique une remise en ordre totale du monde symbolique du sujet puisqu'elle comporte une réinscription des pertes qui se sont produites peu à peu tout au long de la vie. Pour Lacan, il s'agit de la construction d'un objet. Tous deux le comprenaient comme une opportunité pour la recréation psychique du sujet.

Cela dit, quels sont les processus inconscients du travail de deuil qui font que celui-ci soit réussi ou qu'il se complique créant une dépression névrotique ou pire encore, une psychose mélancolique ? Je prendrai pour cela, ce qu'apporte Daniel Leader (2).

1) *Symboliser la perte.* Freud (3) soutenait que le sujet devait annuler une à une les représentations liées à l'objet perdu. Cela demande qu'il puisse faire passer ces représentations imaginaires au registre du signifiant.

2) *Tuer symboliquement le mort.* Il est important qu'il puisse tuer symboliquement le mort, pour pouvoir se détacher de celui-ci. Dans toutes les cultures, il y a des rituels pour maintenir les morts séparés des vivants, afin qu'ils ne reviennent pas de manière persécutrice leur réclamer des dettes. Les esprits des apparus, les zombies ou les vampires représentent habituellement cette relation avec les morts.

3) *Distinguer entre celui que nous avons perdu et ce que nous avons perdu avec lui.* Comme l'indiquait Freud (3), le sujet doit pouvoir faire la différence entre la personne perdue et le lieu qu'elle occupait pour lui : celui d'un père, d'une mère, d'un frère, d'un fils, etc.

4) *Séparer l'objet a de l'image spéculaire i(a).* Il doit également pouvoir séparer l'objet a de l'enveloppe narcissiste qui le voile, afin de pouvoir capter que l'objet partiel a été en jeu dans la relation avec la personne perdue.

5) *Capter ce que lui-même a été pour l'Autre.* Ce qui précède rend possible le fait que le sujet puisse reconnaître que l'objet a été pour l'Autre, c'est-à-dire quelle carence il est parvenu à combler.

6) *Construire l'objet.* Finalement le sujet doit pouvoir constituer un objet perdu à la manière du Fort ! – Da ! freudien, où la présence apparaît sur fond d'absence, et l'absence sur fond de présence.

Freud pensait que ce qui fait obstacle à l'élaboration d'un deuil, ce sont deux thèmes : l'ambivalence du sujet par rapport à l'objet perdu, et le caractère narcissiste du choix de l'objet (4). Ces deux aspects sont présents dans une plus ou moins grande mesure dans tout deuil, et par conséquent ils affectent aussi les névrosés. Cependant, l'identification du moi du sujet avec l'objet perdu, quand l'identification spéculaire est massive et la

haine envers l'objet est importante, dérive par identification avec celui-ci, dans cette cruauté infinie avec laquelle le surmoi traite son propre moi dans la mélancolie (5).

Pour les névrosés, même déprimés par les effets de l'ambivalence et le caractère plus ou moins narcissiste de l'objet, les opérations décrites sont possibles étant donné leur inscription dans la métaphore paternelle, et l'articulation du fantasme qui s'en suit, qui implique la constitution de l'objet perdu, cause du désir. C'est-à-dire, un objet qui se met en place dans le lieu du Das Ding, et permet ainsi la mise en ordre de la série des objets perdus, qui viendront dans le lieu de la cause.

Dans le deuil d'un névrosé le sujet s'éloigne lentement des morts, alors que dans la mélancolie il s'attache à eux. Le deuil implique de reconnaître l'absence et la perte, c'est-à-dire, la négation d'un terme positif. Dans la mélancolie, l'opération s'inverse : la personne perdue transforme en un vide auquel le sujet ne peut renoncer : ce qui s'affirme est un terme négatif (6).

Lacan signale que, dans le cas du mélancolique, il ne s'agit pas d'un deuil à cause d'une perte d'objet, mais « d'un type de remord déclenché par le suicide de l'objet » (7), quelque chose qui n'est pas du registre imaginaire mais de celui du symbolique. Jacques Hassoun précise que l'objet du mélancolique n'est pas suicidé que parce que c'est celui par lequel il se révèle au sujet, dans l'actuel, « le scandale d'une absence originale de l'objet » (8).

Cet auteur soutient la thèse que dans la mélancolie il existe un sevrage raté. Pour que celui-ci puisse s'effectuer normalement, la mère doit pouvoir donner le sein comme un don de ce qu'elle n'a pas, c'est-à-dire de son amour, pour qu'ensuite le bébé puisse le céder. Si la mère ne peut pas le perdre alors l'enfant ne pourra pas le céder non plus, sauf d'une manière violente. La mère du mélancolique n'aurait pas pu perdre le sein étant donné son narcissisme défaillant : la mamelle est pour elle. En outre, le père serait situé dans le lieu d'un homme qui n'est rien pour la mère. Il est présent comme père réel, mais il n'est pas aimé, et par conséquent il n'a pas pu la marquer. Donc, la métaphore paternelle n'opère pas et le sujet se voit confronté à ne pas pouvoir articuler le fantasme de la scène primitive, qui inscrit la castration de l'Autre et la perte d'objet.

Il arrive habituellement que la mélancolie tourne autour d'un passage symbolique raté. Ne disposant pas de la fonction du Nom du Père, le sujet se voit confronté au père de la jouissance, et le meurtre du père peut le précipiter dans un épisode mélancolique.

Pour une patiente, mentionnée par Daniel Leader (9), le thème central était de ne pas avoir baptisé son enfant avorté. Ensuite, l'ombre de l'objet (le fœtus avorté) retomba sur son moi, et elle se voyait de manière hallucinatoire comme tel.

Dans un cas décrit par Jules Séglas, « une femme de 45 ans, fit une mélancolie après la mort de son fils due à une méningite. Au début, elle sentait une faiblesse, un malaise et

une inquiétude générale. Ensuite apparaissent les auto-reproches : elle était la cause de la mort de son fils, ce qui lui donna un terrible sentiment de péché, qu'elle rationalisa peu à peu. Selon elle, tout était dû au fait qu'il avait fait sa première communion d'une manière inappropriée. Ses idées se généralisèrent : elle avait brûlé ses enfants à travers ses crimes...elle avait tué tous ceux qui étaient autour d'elle. Comme châtiment, ses péchés dureraient toujours. Selon ses dires : « *Un jour... durera mille ans* ». Ses négations s'étendirent à ses organes : « *elle n'avait ni cœur ni poumons* ». Elle était immortelle, mais comme « *une telle existence est impossible* », elle se sentait condamnée à « *l'impossible* », et elle était « *coupable de la ruine de l'univers* ».

Comme on peut voir, le sujet s'auto-accuse d'un attentat dans le symbolique d'une magnitude telle qu'Abraham l'avait pensée comme mégalomanie inversée, exprimant son indignité sans honte et de manière hautaine (10), ce qui le distingue du névrosé déprimé.

Étant donné qu'il s'est vu depuis le début face à un vide où le laisse le discours forclusif de la mère, chaque fois que le sujet adopte une position symbolique, il ne peut que se retrouver de nouveau face à la carence du signifiant paternel. Puisque l'Autre symbolique n'est pas là pour le situer, son être et son corps tombent sous les coups du négativisme totalement tourné, non pas sur le semblable comme dans la paranoïa, mais contre lui-même, dans une escalade qui va du délire d'indignité jusqu'aux formes extrêmes du syndrome de Cotard.

Dans un deuil, le sujet se voit confronté à choisir entre tuer le mort ou à mourir avec lui. Le mélancolique choisit la deuxième option. Cela arrive quelquefois de façon littérale, comme dans ces décès ou ces suicides qui se produisent après une perte, ou bien quand le sujet planifie son acte tranquillement et méthodiquement, parce qu'au fond, il se sent déjà mort. D'autres déambulent dans la vie comme des morts vivants, ou se détruisent lentement. Le sujet refuse de faire son deuil et s'en va avec la personne perdue.

Le mélancolique ne peut pas non plus distinguer, à cause de sa difficulté métaphorique entre qui il a perdu et ce qu'il a perdu avec lui, ni séparer l'objet cause de l'image spéculaire étant donné le choix narcissiste massif d'un objet et au fait que ce qu'il a internaliser n'est pas un objet perdu, mais l'absence d'un objet : pour lui, perte et objet sont la même chose. C'est comme si une personne réelle était arrivée à incarner la dimension de la carence et perdre cette personne impliquerait tout perdre : c'est un insupportable trou qui menace d'engloutir le sujet, au lieu de l'ouvrir à de nouvelles relations d'objet. Il ne peut pas non plus capter ce qu'il était pour l'Autre du désir, parce que le sevrage raté est dû à un Autre non castré.

Ce qui vient d'être dit démontre que dans la mélancolie le deuil est impossible, c'est pour cela que c'est quelque chose qu'on ne peut pas espérer dans la cure. En outre, c'est dans les rémissions possibles qu'il y a un risque plus grand que le sujet se suicide, puisqu'il se voit confronté à un désir impossible d'inscrire dans un fantasme, étant

donnée la non-constitution originaire de la cause du désir. L'objet ne fonctionne pas comme cause parce que le sujet s'identifie à lui comme un déchet, d'où les passages à l'acte.

Cependant, alors qu'un deuil demande de parler avec d'autres, ceux-ci aidant à symboliser la perte, le mélancolique a besoin que quelqu'un l'écoute pour qu'il puisse parler de sa confrontation avec un vide impossible à dire qui l'angoisse énormément.

Le travail avec le mélancolique ne consisterait pas à essayer que les représentations de mot atteignent les représentations inconscientes de chose, c'est-à-dire que le symbolique s'articule avec l'imaginaire -difficulté déjà signalée par Freud- sinon qu'il trouve des manières d'exprimer l'échec des mots à atteindre le réel, ce qui par ailleurs est structurel. L'histoire de l'art et la littérature montrent qu'à travers les siècles, les mélancoliques ont tenté d'exprimer leur douleur et leur vide grâce à la création artistique et à l'écriture, en particulier avec la poésie (11).

Étant donné que le mélancolique se sent bien souvent entre deux mondes, celui des vivants et celui des morts, ou bien, qu'il est un mort vivant, il s'agit qu'il puisse trouver une forme poétique ou artistique de désigner l'impossibilité de faire que les deux états coïncident et qu'il puisse donner un cadre au vide et à la souffrance créée par celui-ci.

Pour cela la reconstruction historique est utile. Un mélancolique était terrifié par l'idée que le « *passé revienne à tout moment, l'attaquant comme un état de l'esprit et même du corps, apportant avec lui douleur, peur et une colère irrémédiable* », il voulait « *mettre le passé dans le passé, mais ne pas l'oublier* », pour ne pas être rattrapé par celui-ci.

Pour terminer ce point, je veux signaler que l'auto-reproche du névrosé déprimé diffère de l'auto-reproche du mélancolique. Leader (12) fait mention d'une femme qui présentait « deux symptômes : un mutisme paralysant face à certaines situations sociales et une hypocondrie. Le mutisme exprimait « *je n'ai rien à dire* » et les anxiétés hypocondriaques, la croyance « *j'ai quelque chose en moi* », qui apparurent après une première grossesse s'achevant en avortement. Elle se tourmentait en pensant qu'il y avait « *en elle quelque chose de mauvais ou qui n'était pas bien* », des phrases similaires à celles qu'émettait son père quand elle était enfant ou adolescente. L'avortement lui fit sentir qu'on remuait quelque chose dans son corps et qu'on ne laissait « *rien en elle* », et elle se demandait si son mari l'aimait après cette perte. Ses symptômes exprimaient la question : puis-je être aimée sans rien en moi?

En revanche, la patiente de Séglas, disait qu'elle n'avait ni estomac ni reins, mais ce n'était pas la raison de son tourment, sinon de se voir comme la cause de tous les maux du monde entier y compris la mort de sa fille à cause d'une méningite.

La première patiente formule la question à travers ses symptômes alors que la deuxième avait une conclusion, une certitude : je n'ai rien en moi parce que je n'ai pas aimé.

La première faisait référence à son image spéculaire, alors que l'autre se référait à quelque chose qui n'est pas dans le domaine de l'imaginaire mais bien du symbolique.

La dépression dans les psychoses maniaco-dépressives

La cleptomanie est une conduite habituelle des sujets maniaques, créant normalement d'énormes dettes qui angoissent les membres de la famille et les amis. Ils dépensent ce qu'ils n'ont pas, quelquefois à crédit, puisqu'acheter sans fonds est équivalent à voler. Dans les phases d'euphorie, le maniaque croit que tout est là pour être pris et joui. La pudeur, l'éthique et les inhibitions sont laissées de côté et il ne se sent pas responsable de ses actes. Mais la culpabilité pour le meurtre du père impliquant la transgression, ne pouvant être symbolisée, retourne en force dans la chute dépressive qui apparaît quand le sujet prend conscience des dettes. Il se sent alors très inhibé et se reproche ses actes (13).

L'aspect altruiste, oblatif et sacrificiel fréquent dans un épisode maniaque peut être une tentative de payer les dettes, et pour cela, en général, il travaille excessivement. Il ne peut pas dire non, car décevoir l'Autre qu'il essaye de protéger de lui-même l'angoisse, mais la tentative de payer la dette peut déclencher de nouveau le cycle (14).

Chez les maniaco-dépressifs, il ne s'agit pas tant de la culpabilité pour un désir de mort envers un père, une mère ou un frère que de la culpabilité pour quelque chose perdu par le père ou la mère, qui n'a pas pu être assumé par eux et qui se transmet aux enfants comme une dette que ceux-ci acquièrent par identification (15).

En ce qui concerne les épisodes dépressifs, un patient écrivit : « *contrairement à ce que la plupart des psychiatres croient, la dépression du trouble maniaco-dépressif n'est pas pareille que ce que raconte les dépressifs unipolaires... Mes dépressions étaient comme une tornade, des épisodes au rythme rapide qui me produisaient d'obscures crises de rage et de terreur* ». Une autre disait que ses dépressions étaient marquées par des « *périodes d'une frénétique agitation* ». Ses pensées contenaient « *des images et des sons effroyables de décrépitude et de mort... La vie n'était qu'un bref épisode dépourvu de sens, alors pourquoi vivre?* »

Ici, l'emphase est mise sur le caractère passager et vide de sens de nos vies. L'effort et les réussites humaines ne sont rien, parce que nous sommes destinés à redevenir poussière. Tout cela est bien différent de la mélancolie qui tourne autour de l'idée de la ruine morale, spirituelle ou corporelle et le sujet est furieux contre lui-même, émettant une litanie d'auto-reproches à cause de quelque attentat dans le symbolique (16).

La culpabilité est présente chez les maniaco-dépressifs, mais sous une forme différente. Le mélancolique peut se plaindre d'être moralement ruiné ou détruit, mais il s'attribue à lui-même le fait d'avoir détruit l'Autre, alors que chez le maniaco-dépressif la culpabilité oscille : dans les montées, il accuse l'Autre d'une manière paranoïde et

agressive de l'avoir détruit et dans les descentes, la culpabilité est répartie entre lui et les autres, et il a des fantasmes de vengeance qui n'apparaissent pas dans la mélancolie.

Alors que le mélancolique se sent coupable de quelque chose qui est arrivé dans le passé, chez le sujet maniaco-dépressif, la catastrophe se situe fréquemment dans le futur : quelque chose de terrible va arriver. Et quand il se sent indigne et méprisable, l'auto-reproche est moins constant. En outre, il exhibe moins son état, parce que la honte est plus forte (17).

Il existe finalement une différence importante. Dans les descentes du maniaco-dépressif, le sujet ne peut prendre aucune décision ; tout se bloque et devient insurmontable. Une patiente disait : « *Il ne s'agissait pas de si je pouvais décider, mais plutôt qu'il n'y avait plus aucun « moi » qui décide* ». C'est comme si le moi disparaissait. En revanche dans la mélancolie le moi est traité comme un objet nocif, et par conséquent, il est très présent (18).

Pour conclure, je dirais qu'aussi bien le mélancolique que le maniaco-dépressif tournent d'une façon différente en ce qui concerne des dettes qui bien souvent sont des dettes impayées par les parents au niveau symbolique. Si la thèse d'Hassoun est correcte, la mère du melancolique, ne lui doit-il pas le sein, c'est-à-dire son désir? Et le maniaco-dépressif ne vole-t-il pas par envie, comme s'il voulait arracher ce sein qu'on ne lui a pas donné? Le mélancolique s'attribue la dette, alors que le maniaco-dépressif la constitue en volant, mais tous deux essaient de la payer, quelquefois au péril de leur propre vie... pour préserver l'Autre non barré.

Bibliographie

- (1) Robert Whittaker, Anatomía de una Epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales, 2011. Ed. Capitán Swing.
- (2) Daniel Leader, La moda negra. Duelo, melancolía y depresión, 2008. Ed. Sexto piso.
- (3) Sigmund Freud, Duelo y melancolía, 1915-17, Obras Completas, Tomo XIV. Amorrortu editores.
- (4) " "
- (5) " "
- (6) Daniel Leader, Op. Cit.
- (7) Jacques Lacan, Seminario La transferencia, 28-06-1961, citado por J. Hassoun (voir 6).
- (8) Jacques Hassoun, La cruauté mélancolique, Paris 1995, Aubier.
- (9) Daniel Leader Op. Cit.
- (10) Sigmund Freud, Op. Cit.
- (11) Daniel Leader, Op. Cit.
- (12) " "
- (13) Daniel Leader, Estrictamente Bipolar, 2012, Ed. Sexto piso.
- (14) " "

(15)	"	"
(16)	"	"
(17)	"	"
(18)	"	"

Graciela Elosegui - Enseñanzas que se pescan al vuelo

Enseñanzas... ¡esas!... que se prenden, que no se aprenden, que se transmiten en acto, que sorprenden; son las que me mueven a participar en este Congreso, son las que me entusiasman. Les hablaré, a modo de testimonio, acerca de una práctica que vino al lugar de una respuesta.

Sostengo, desde hace alrededor de 12 años, junto con otros, el espacio de Presentaciones de enfermos en la institución en la que trabajo como Psiquiatra, mi orientación es psicoanalítica, soy miembro de la ELP y de la AMP. Los psicoanalistas que realizan las presentaciones de enfermos son docentes de la Sección Clínica de Barcelona del ICF. La asistencia la conforman alumnos del Instituto, del *Practicum* de la carrera de Psicología, de Masters, de Postgrados, junto a profesionales de la institución y de dispositivos afines.

Mi asistencia a las presentaciones de enfermos la inicié cuando cursaba mis estudios médicos, hace ya 27 años. Me he sentido siempre atraída por este dispositivo, al mismo tiempo que aliviada por las rectificaciones a las que me veía conducida respecto a la relación al saber establecido, legitimándose así la apertura a un saber nuevo. He sostenido crear las condiciones para que ella se produzca. Interpreté que la mejor incidencia, ante el ruido de la institución, para apostar a la clínica, era convocar al discurso analítico, a lo que es consustancial a él, es decir dar la palabra al sujeto, en acto. Sabemos que históricamente estas se desarrollan en el ámbito de internamiento, con pacientes ingresados. Así fue en esta institución que dispone de todos los Servicios de Salud Mental. En ocasión de pasar a ejercer mi trabajo de internamiento a un Centro de Salud Mental de Adultos aposté a darles continuidad con pacientes ambulatorios. Me interesa señalar que sostener la apuesta requiere, también, cuidar la institución que la admite que, en este caso, sin hacerse tributaria de ser representante del discurso psicoanalítico, no es hostil, profesa por él una cierta simpatía, siempre respeto. En esta etapa, en la que llevamos alrededor de 7 años, habitualmente, la elección del paciente para efectuarle la invitación al espacio, recae sobre mí y respecto a los pacientes cuyo tratamiento tengo a cargo. No es esta una condición, esta posibilidad la tienen todos los integrantes del equipo, resta que se autoricen a hacerlo; al mismo tiempo, son asistentes interesados y desde aquí contribuyen en el sostenimiento del espacio. En una breve conversación de pasillo Marcelo Edwards, que suele asistir a ellas dado que trabajamos en la misma red asistencial, me hizo un comentario respecto a la elección del paciente, a la responsabilidad que eso en sí mismo implica. Este comentario, que le agradezco, quedó resonando en mí como una provocación a decir sobre esta experiencia de la que, además, me siento privilegiada, porque sus enseñanzas, para mí, no se circunscriben solamente a la presentación, tengo la ocasión de leer los efectos de esta en cada sujeto en cuestión a lo largo de su tratamiento. Pero, no es la única razón de estar aquí, porque a la luz de las políticas cada vez más restrictivas en políticas de Salud Mental que sobrevuelan Europa apoyándose cínicamente en los derechos humanos y un largo etc.

de buenas intenciones; políticas y Salud Mental que avanzan sin el sujeto, podemos oponer decir, fundamentar, lo que hacemos.

Otra razón de esta intervención se desprende del texto de presentación de este Congreso, allí, donde dice: “los psiquiatras, se ven en la posición de contener o controlar el malestar, sin poder atender aquello que está más allá de la demanda del sujeto, y sin el placer que experimentaban antaño los psiquiatras clásicos por la investigación científica que desarrollaban. De allí el malestar de los más lúcidos”

A los fines de lo que vengo desplegando tomaré dos significantes: *placer y lucidez*.

Nosotros ya somos herederos de un legado tanto de la psiquiatría clásica como del psicoanálisis.

Según Foucault las presentaciones de enfermos se iniciaron con Esquirol en la Salpêtrière, en 1817, hace justamente 200 años.

Su práctica se extendió en las instituciones psiquiátricas de la época porque la mostración que el maestro hacía a sus alumnos de su sapiencia, convocando al enfermo en posición de objeto y a la asistencia como su interlocutor, en el mismo acto, se ponía al servicio de reafirmar el saber del médico en la institución. El saber al servicio del poder del médico. Si admitimos que la aceptación de esta práctica pasó por anudar enseñanza, saber y poder, podemos inferir que el placer que de esa manera de investigar se podía desprender hundía sus raíces en una voluntad de dominio. Si bien podemos reconocer aquí una política, una episteme y una clínica de la que somos deudores porque es indiscutible el legado que nos ha dejado, que además, cuando arribamos a las presentaciones de De Clérambault ya vemos en su posición operar más desde una ignorancia fructífera que desde un pretendido amo del saber, fue necesario para esa torsión que no es técnica, sino ética, introducir el deseo del analista. Lacan reconoció en De Clérambault su único maestro en psiquiatría. El había asistido a las Presentaciones de enfermo de De Clérambault en 1928 y 1929 como residente de Psiquiatría. Me pregunto si lo que logró transmitir, en acto, De Clérambault en el joven Lacan ha oficializado, al menos en parte, como precursor de la formalización por Lacan del deseo del analista. Ese saber no saber que convoca a la palabra y con ella a la singularidad de un sujeto. ¿Es posible cierta lucidez, cierta claridad, que no se desprenda de la ética de un deseo?

Una práctica que vino al lugar de una respuesta

Trecientos, cuatrocientos, quinientos pacientes a cargo... ¡lo inhumano!

Esa maquinaria infernal que contabiliza...trecientos, cuatrocientos, quinientos...y, cada uno, con su código diagnóstico. Esto me llevó a pensar que al exceso, forma privilegiada del síntoma de nuestra época, le acompaña la oscura aspiración de reducir el lenguaje, esa mutación que nos ha hecho devenir animales humanos, al código. Verificamos así una fuerza decidida a un borramiento de cualquier encuentro digno de llamarse clínico.

La cuestión que al menos para mí ha sido más acuciante y causa de malestar es el tiempo que queda elidido, el tiempo de la elaboración, es decir, el tiempo en el que se construye el caso. Porque la responsabilidad sobre nuestro acto y sus consecuencias es subsidiaria de la lectura que podamos hacer de él.

Así, las Presentaciones de enfermos en estas circunstancias, en un sentido, vinieron al lugar de una respuesta ante aquel malestar, porque hace cruce a la masificación, introduciendo la lógica del uno por uno, del caso por caso y con ello reintroduciendo el tiempo de la elaboración y de una elaboración colectiva.

Como el dicho: de aquellos lodos, estas aguas.

Al menos dos...

Lacan dice que el analista es *al menos dos*: el que interviene soportando el acto y el que da cuenta de su acto, ya ubicado en el banquillo para dar sus razones. (Sem.XXII)

Podemos decir que es al menos en dos tiempos: el del acto en que queda suspendido cualquier saber previo, para devenir dócil a los significantes fundamentales del sujeto, desde el lugar de objeto causa de un decir; y un segundo tiempo, que desde el lugar de sujeto dividido, el lugar de analizante, hace un trabajo de elaboración sobre su propio acto.

En el contexto de las Presentaciones en este segundo momento, la audiencia también se pronuncia dividida respecto a un saber que se les revela nuevo. Así, todos los integrantes del dispositivo quedan concernidos por el saber expuesto. Distinción importante, lo que queda expuesto es el saber, no las personas.

Respecto a los candidatos a conformar la audiencia también se realiza una rigurosa admisión. Y podemos decir que es conveniente abstenerse a quien no consienta en dejarse dividir de la buena manera, con sus preguntas, con sus comentarios, con los efectos de sorpresa. No se trata de verificar algún saber. Se trata de hacer ex -sistir la transferencia al discurso psicoanalítico, no a las personas.

Lo vivo de este dispositivo clásico, con la innovación de Lacan, está marcado por la falta en el saber sobre el fondo de la contingencia.

Entonces, una práctica que sitúa en el centro la falta en el saber, instaura al discurso psicoanalítico como el supuesto saber orientar en la clínica. Así este dispositivo ya puede permutar su nombre y hacerse llamar Presentaciones clínicas.

La invitación

Desde mi experiencia, nunca sé a qué paciente le formularé la invitación, eso sí, siempre es realizando un cierto cálculo de lo que es soportable para él en consonancia con la apuesta para apuntalar al sujeto y, desde luego, de la transferencia.

Al paciente le invito a sostener una conversación con un profesional de mi confianza y la del centro, que trabaja desde hace mucho tiempo con personas con padecimientos similares al suyo. Le comento que es una actividad que realizamos desde hace muchos años y que acontece en contadas ocasiones durante el año, que transcurre bajo el más riguroso respeto a la palabra, a la persona, al trabajo que juntos venimos haciendo; que de esta condición fundamental nos ocupamos todos los intervenientes, y que de no ser así, no se lo propondría.

Le realizo esta propuesta dado que he considerado que él se podría beneficiar de dicha conversación. Le explico que este encuentro se lleva a cabo con la presencia de un público que participa, en silencio, desde una escucha atenta a su decir, entre el que se encontrarán los profesionales que intervienen en su tratamiento. Se añade que una vez concluida la entrevista y habiéndose retirado él de la sala, los profesionales se dispondrán a realizar las aportaciones que les hayan sugerido sus dichos, con la finalidad de ayudarnos a continuar acompañándole de manera pertinente en su proceso.

¡Es que no hay quien lo sepa todo! De usted, quien mejor nos puede hablar, es usted.

Aclaro que es algo a lo que nada le obliga y que tiene sentido pasar por esa experiencia si él también considera que de ella se puede beneficiar. Habitualmente aceptan con expectativas de hacerse entender, de que le ayuden a entender esas experiencias raras que les atormentan o aportarnos algún saber que pueda servir, también, para ayudar a otros, o para sorprendernos con lo que tienen para decir, o hacer de ese espacio un lugar de denuncia de sus perseguidores... y añadiré que todos y cada uno a su manera, se manifiestan agradecidos por ser tenidos en cuenta.

Ah!!! Nunca faltan a la cita... ¿a la cita con su palabra haciendo lazo con los otros?

Para concluir

La modalidad de mi participación me permite sorprenderme con la función terapéutica de este dispositivo, de ese encuentro único. Se afianza la transferencia a los intervenientes en su caso, a los lugares, se producen efectos de localización de goce, de reducción del delirio, de aligeramiento y dignificación, de verse legitimados a una solución, a un arreglo, también singular. Un aligeramiento de la comprensión que anida en lo imaginario del sentido común, y lo que se espera de él, de la que también son objetos y con ello efectos de vivificación. Y, esto, dando testimonio de cómo el lenguaje incó sus dientes, les parasitó, en esa coyuntura de la insondable decisión del ser.

El encuentro con un psicoanalista, no es sin consecuencias.

Desde una perspectiva renovada, las Presentaciones clínicas no solo son un dispositivo de enseñanza, sino un lugar de respuesta, que además, tiene una función terapéutica.

He aquí algunos de los saldos de saber que extraigo para esta ocasión. Destaco uno. Para sostener empresa tal es necesario contar con un deseo que no sea anónimo. Un deseo que no admite retroceder ante la época, sino que la una a su horizonte.

Graciela Elosegui - Enseignements qui s'attrapent au vol

Ces enseignements... et oui !... ceux qui s'enflamme, que l'on n'apprend pas, que l'on transmet sur le champ, qui surprennent : ce sont ceux-ci qui m'amènent à participer à ce Congrès, ceux qui m'enthousiasment. Je vais vous parler, sous forme de témoignage, d'une pratique survenue à la place d'une réponse.

Depuis près de 12 ans, je soutiens, ainsi que d'autres, l'espace de Présentations de patients dans l'institution dans laquelle je travaille comme Psychiatre, mon orientation est psychanalytique, je suis membre de l'ELP et de l'AMP. Les psycho-analystes qui réalisent les présentations de patients sont des enseignants de la Section Clinique de Barcelone de l'ICF. L'assistance en est formée d'élèves de l'Institut, du *Practicum* de la spécialité en Psychologie, de Masters, ainsi que de professionnels de l'institution et de dispositifs associés.

Ma présence aux présentations de patients a débuté lorsque je réalisais mes études en médecine, il y a 27 ans. Je me suis toujours sentie attirée par ce dispositif, et en même temps je me sentais soulagée par les rectifications auxquelles j'étais amenée quant à la relation au savoir déjà établi, ce qui rendait légitime ainsi l'ouverture à un nouveau savoir. J'ai soutenu la possibilité de créer les conditions pour que cette ouverture se produise. J'ai assumé que la meilleure incidence, face au tumulte de l'institution, pour miser sur la clinique, était de la conduire vers le discours analytique, vers ce qui lui est consistant, à savoir donner la parole au sujet, sur le terrain. Historiquement parlant, nous savons que ces paroles se développent au sein de l'internat, avec des patients hospitalisés. Ce fut ainsi dans cette institution qui dispose de tous les Services de Santé Mentale.

Ayant eu l'occasion d'exercer ma tâche d'internat dans un Centre de Santé Mentale pour Adultes, j'ai miser pour leur donner une continuité avec des patients non hospitalisés. Je tiens à signaler que soutenir ce pari requiert, également, préserver l'institution qui l'accepte et qui, dans ce cas, sans qu'elle soit responsable d'être représentant du discours psychanalytique, ne soit pas hostile, et lui professe une certaine sympathie, toujours avec respect. Dans cette étape, que nous menons depuis plus ou moins 7 ans, habituellement, le choix du patient que nous allons inviter à cet espace revient sur moi et parmi les patients dont le traitement est à ma charge. Ceci n'est pas une condition, cette possibilité existe pour tous les membres de l'équipe, avec autorisation pour le faire ; en même temps, ce sont des assistants intéressés d'où leur contribution au soutien de cet espace. Lors d'une brève conversation de couloir, Marcelo Edwards, qui y assiste habituellement étant donné que nous travaillons dans le même réseau d'assistance, me fit un commentaire quant au choix du patient, quant à la responsabilité que ceci implique. Ce commentaire, dont je le remercie et dont je me sens privilégiée car ses enseignements pour moi, ne se limitent pas seulement à la présentation, fit écho en moi

comme une provocation de dire au sujet de cette expérience sur laquelle, j'ai l'occasion de lire les effets pour chacun des sujets en question tout au long de leur traitement. Mais là n'est pas la seule raison de ma présence ici, car à la lueur des politiques, chaque fois plus restrictives en politiques de Santé Mentale qui survolent l'Europe en se basant cyniquement sur les droits humains avec un long etc. de bonnes intentions, il s'agit de politiques et de Santé Mentale qui avancent sans le sujet, nous pouvons contraster ce dire, fonder ce que nous faisons.

Une autre raison de cette intervention découle du texte de présentation de ce Congrès, là où il est dit : "Les psychiatres se sentent obligés de contenir et de contrôler le malaise, sans pouvoir s'occuper de ce qui est au-delà de la demande du sujet, et sans la satisfaction expérimentée autrefois par les psychiatres classiques par la recherche scientifique qu'ils développaient. De là le malaise des plus lucides".

Aux fins de ce que j'ai décrit, je choisirai deux caractéristiques : *satisfaction et lucidité*. Nous, nous sommes déjà héritiers d'un legs tant de la psychiatrie classique comme de la psycho-analyse.

Selon Foucault, les présentations de patients commencèrent avec Esquirol à la Salpêtrière, en 1817, il y a juste 200 ans. Sa pratique s'étendit dans les institutions psychiatriques de l'époque car la démonstration que le professeur faisait à ses élèves de sa sagesse se mettait, en convoquant le patient comme objet et l'assistance comme interlocuteur, dans le même acte, au service de réaffirmer le savoir du médecin dans l'institution. Le savoir au service du pouvoir du médecin. Si nous admettons que l'acceptation de cette pratique a dû passer par entremêler enseignement, savoir et pouvoir, nous pouvons déterminer que la satisfaction qu'à partir de cette méthode de recherche nous pouvons démontrer, poussait ses racines vers une volonté de domination. Si nous pouvons donc reconnaître ici une politique, une épistémè et une clinique dont nous sommes débiteurs car le legs qu'il nous a laissé est indiscutable qui, de plus, lorsque nous arrivons aux présentations de De Clérambault, nous y voyons déjà que dans sa position, agir davantage depuis une certaine ignorance fructueuse qui depuis un prétendu maître du savoir, il fut nécessaire pour cette torsion, non technique mais éthique, introduire le souhait de l'analyste. Lacan reconnut en De Clérambault, son seul maître en psychiatrie. Lui, avait assisté aux Présentations de patients de De Clérambault en 1928 et 1929 comme résident en Psychiatrie. Je me demande si ce que réussit à transmettre, sur acte, De Clérambault au jeune Lacan a provoqué, au moins en partie, comme précurseur de la formalisation pour Lacan du désir de l'analyste. Ce savoir ou non savoir qui provoque la parole et avec elle la singularité d'un patient. Est-ce possible une certaine lucidité, une certaine clarté, qui ne se détache pas de l'éthique et du désir ?

Une pratique surgie au lieu d'une réponse

Être responsable de trois cents, quatre cents, cinq cents patients... c'est inhumain !

Cette machinerie infernale qui comptabilise... trois cents, quatre cents, cinq cents... et, chacun d'eux, avec son code diagnostique. Ceci m'a amenée à penser que l'excès, forme privilégiée du symptôme de notre époque, est accompagnée de l'aspiration obscure de réduire le langage, cette mutation qui nous a transformé en animaux inhumains, au code. Nous vérifions ainsi une force décidée à l'élimination d'une quelconque rencontre digne de s'appeler clinique.

La question qui, du moins pour moi, a été cruciale et cause de malaise, est le temps qui reste élidé, le temps de l'élaboration, c'est-à-dire, le temps nécessaire pour créer le cas. Car la responsabilité de notre acte et ses conséquences est dépendant de la lecture que nous pouvons en faire.

Ainsi, les Présentations des patients dans ces circonstances, dans un sens, vinrent prendre la place d'une réponse face à ce malaise, car elle se croise avec la massification, introduisant ainsi la logique du "one to one", du cas par cas et avec, ré-introduisant le temps de l'élaboration et d'une élaboration collective.

Comme l'on pourrait dire : "*là où il y a de la boue, il y a de l'eau*".

Au moins deux...

Lacan dit que l'analyste est au "*moins deux*" : celui qui intervient soutenant l'acte et celui qui rend compte de son acte, déjà situé sur le banc pour donner ses raisons (Sem. XXII).

Nous pouvons dire qu'il y a au moins deux temps : celui de l'acte pendant lequel reste suspendu tout savoir préalable pour devenir docile face aux caractéristiques fondamentales du sujet, depuis la place de l'objet cause d'un dit, et en deuxième lieu que, depuis la place du sujet divisé, la place de l'analyste fait un travail d'élaboration sur son propre acte.

Dans le contexte des Présentations dans cette deuxième étape, l'auditoire se prononce également divisée par rapport à un savoir qui se dévoile comme nouveau. Ainsi, tous les membres du dispositif sont concernés par le savoir exposé. Distinction importante : ce qui reste exposé est le savoir et non les personnes.

Quant aux candidats proposés à faire partie de l'audience, il faut également réaliser une admission rigoureuse. Et nous pouvons dire qu'il est correct de s'abstenir de qui n'accepte pas de se laisser diviser de la bonne manière, avec leurs questions, leurs commentaires et les effets surprise. Il ne s'agit pas de vérifier le savoir. Il s'agit de réaliser le transfert vers le discours psychanalytique, et non vers les personnes.

Le vrai de ce dispositif classique, avec l'innovation de Lacan, est marqué par le manque de savoir sur le fond de la contingence. Donc, une pratique qui place en priorité un manque de savoir, donne pouvoir au discours psychanalytique comme possible savoir orienté à la clinique. Ainsi ce dispositif peut déjà permute son nom et se faire appeler Présentations cliniques.

L'invitation

Depuis ma propre expérience, je ne sais jamais à quel patient je vais présenter l'invitation, ce qui est sûr, c'est toujours en réalisant un certain analyse de ce qui est supportable pour lui en accord avec la mise pour inscrire le sujet et bien entendu, du transfert.

J'invite le patient à soutenir une conversation avec un professionnel de toute confiance pour moi et pour le centre, un professionnel qui travaille depuis bien longtemps avec des personnes qui endurent des souffrances similaires au sien. Je lui explique qu'il s'agit d'une activité que nous réalisons depuis de nombreuses années et qui se déroule rarement pendant l'année, qu'il se développe dans le plus rigoureux respect à la parole, à la personne, au travail que l'on a réalisé ensemble jusqu'alors ; enfin que tous les impliqués, nous nous chargeons de cette condition fondamentale et que si ce n'était pas ainsi je ne le lui proposerais pas.

Je lui fais cette proposition étant donné que j'ai considéré que lui, pourrait bénéficier de cette conversation. Je lui explique que cette rencontre se déroule avec la présence d'un public qui participe, en silence, depuis une écoute attentive de ses mots, un public parmi lequel se trouveront les professionnels qui interviennent dans son traitement. Il faut rajouter qu'une fois conclu l'entretien et après que lui se soit retiré de la salle, les professionnels commenceront à réaliser les apports suggérés par ses paroles, avec l'objectif de nous aider à continuer de façon à l'accompagner pertinemment dans leur processus. Il faut dire que personne ne le sait tout ! Qui mieux que vous peut parler de vous-même ?

Je veux insister que c'est une étape que personne ne l'oblige à faire et que passer par cette expérience a un sens si lui aussi considère qu'il peut en bénéficier. Habituellement, ils acceptent avec l'espoir de se faire comprendre, que ceci les aident à comprendre ces rares expériences qui les tourmentent et qu'ils nous apportent des connaissances qui puissent nous servir, mais aussi pour aider les autres, ou pour nous surprendre avec ce qu'ils ont pu nous dire, ou faire de cet espace un lieu de plainte de leurs persécuteurs... et je rajouterais que tous et chacun d'eux, à leur façon, se montrent reconnaissants d'être tenus en compte.

Ah !!! Et ils ne manquent jamais au rendez-vous... au rendez-vous de leurs paroles qui les unissent aux autres ?

Pour conclure

La modalité de ma participation permet de me surprendre avec la fonction thérapeutique de ce dispositif, de cette rencontre unique. Nous assurons le transfert des participants, dans leur cas, vers les lieux, ils se produisent des effets de localisation de joie, de diminution du délire, de soulagement et dignification, de se voir légitimés à une solution, à une amélioration, également singulière. Un soulagement de la

compréhension qui se niche dans l'imaginaire du sens commun, et ce que l'on attend de lui, duquel ils sont aussi objets avec de effets d'accélération. Et ceci, en donnant leur témoignage de comment le langage les renforçât, les infectât, et dans ce contexte de l'insondable décision de l'être.

La rencontre avec un psycho-analyste ne reste pas sans conséquences.

Depuis une perspective renouvelée, les Présentations cliniques ne sont pas seulement un dispositif d'enseignement, mais plutôt un lieu de réponse qui, de plus, a une fonction thérapeutique.

Voici donc ici quelques résultats du savoir que j'extrais pour cette occasion. J'en détache un. Pour soutenir une telle entreprise, il est nécessaire de compter sur un souhait qui ne soit pas anonyme. Un souhait qui n'admette pas de retour en arrière, mais qui l'unisse vers son horizon.

Carmen Ferrer Román - “CURA ANALITICA Y NUEVAS FORMAS DE COMUNICACIÓN”

Se puede afirmar que los cambios tecnológicos acaecidos en las últimas décadas, son los más numerosos y profundos que han sucedido en la historia de la humanidad. Tanto es así, que se habla de las generaciones actuales en términos de generaciones analógicas y generaciones digitales para diferenciar a los que nacimos antes de la explosión de los últimos avances técnicos y los que lo han hecho cuando estos ya se han implementado. Estos cambios se suceden a tal velocidad que, solamente, los nativos digitales son los que pueden adaptarse a ellos y asumir su utilización de una forma natural.

Tales desarrollos tienen ventajas e inconvenientes: como casi todo, depende del uso que se haga de ellos. Hoy en día, prácticamente todas las tareas y acciones humanas aprovechan esos nuevos recursos para beneficiarse de lo que se puede obtener con ellos. Los progresos afectan, muy especialmente, al desarrollo de nuevos modos de comunicación que abren posibilidades insospechadas en las relaciones humanas, ampliando extraordinariamente los lugares y las personas a los que se puede llegar, de forma casi instantánea. Esto ha facilitado los intercambios de todo tipo y los psicoanalistas no son ajenos: utilizan internet para comunicarse entre ellos, informar de cosas diversas, publicar artículos y textos, realizar docencia, etc.

Hace algunos años que profesionales de diferentes tendencias psicoterapéuticas realizan psicoterapia on-line y, a la vez, muchos potenciales pacientes preguntan si pueden utilizar este medio para buscar solución a sus conflictos.

También el psicoanálisis es demandado por estas vías y, muchos colegas lo practican empujados por la demanda y la creciente necesidad de adaptación a los cambios individuales, sociales y tecnológicos. No obstante, todos sabemos del carácter particular de nuestra disciplina y de la necesidad de unas condiciones específicas para poder llevarse a cabo, por lo que el planteamiento de su realización fuera del setting clásico genera una fuerte polémica.

Por otro lado, sabemos que, en tiempos pretéritos, se han venido realizando tratamientos o sesiones intercaladas, utilizando medios tecnológicos, a través de la clásica correspondencia y el teléfono fijo a los que ahora, se añaden los nuevos aparatos –como el móvil, la tableta, el ordenador- y todas las posibilidades que ofrece internet: correo electrónico, chat y video-conferencia.

Las razones para contemplar estas nuevas vías de comunicación, son múltiples y variadas: lejanía de un profesional adecuado, circunstancias excepcionales –como enfermedades o accidentes que inmovilizan al paciente-, cambios de residencia, viajes profesionales frecuentes, emigraciones, etc.

Ricardo Carlino, autor del libro *Psicoanálisis a distancia* (2010), plantea que es el momento de abrirse a nuevas maneras posibles de implementar el psicoanálisis. Señala que este nunca ha permanecido estático, sino que enriqueció su teoría y su técnica para tratar a niños, adolescentes, parejas, familias y grupos. También con la demanda de pacientes más regresivos –fronterizos y psicóticos- han sido necesarias reformulaciones de los conceptos y las técnicas inicialmente instituidas.

Además, se ha de tener presente que, actualmente, el psicoanálisis no pasa por uno de sus mejores momentos teniendo que competir con psicoterapias de todo tipo y condición que restringen bastante su ámbito de actividad. Por todo ello, y creo que, al menos, tenemos que planteárnoslo, ya que el psicoanálisis no puede ni debe quedarse al margen del devenir de los tiempos, ni de los avances del progreso, que pueden favorecer el acceso al mismo de sujetos que, de otra manera, difícilmente podrían hacerlo. Además de que estas nuevas circunstancias ya influyen, ineludiblemente, en la práctica de las nuevas generaciones de psicoanalistas.

Sabemos que hay diferencias forzosas entre el proceso psicoanalítico presencial y el que transcurre a distancia y, también, que, actualmente, carecemos de conceptualizaciones teórico-clínicas específicas para el psicoanálisis a distancia.

Según la conceptualización clásica, el psicoanálisis se estructura como un encuentro interpersonal en la consulta del analista. En esa situación se descubre lo inconsciente a través de la palabra. La distancia supone una limitación al método, lo que implica que, por ello, esta práctica, se etiquete como “psicoterapia psicoanalítica”; aunque el debate “psicoterapia / psicoanálisis” lleva mucho tiempo efectuándose sin que se llegue a acuerdos consensuados. Lo que sí sabemos es que eso no viene decidido desde el principio. El psicoanalista ofrece el dispositivo analítico y su escucha como tal basada en su formación y en su capacidad conceptual; pero es el paciente quien tiene que desear realizar un psicoanálisis y poder trabajar analíticamente. En definitiva, solo sabremos après-coup si se ha realizado un psicoanálisis o una psicoterapia, una vez terminado el proceso y vistos sus resultados, o sea, si el paciente ha asumido la castración o no.

Pero veamos cómo se pueden implementar las conceptualizaciones existentes centrándonos en el método de la video-conferencia o “Skype”, que es el más utilizado en la actualidad.

La primera condición para establecer un proceso psicoanalítico a distancia es que se pueda crear un espacio para pensar en el que haya un dialogo reflexivo con un clima propenso al trabajo elaborativo, opuesto a lo rápido y fugaz, tan típica de los diálogos a través de internet. También es determinante que se establezca un vínculo ideo-afectivo estrecho entre paciente y analista para que se produzca el encuentro analítico y se haga efectiva tanto la presencia del analista, como del análisis, en la vida del paciente –lo que, por otra parte, también se requiere en los análisis en la consulta- desde

Una vez establecido dicho espacio y clima, el trabajo con lo inconsciente se puede realizar de forma semejante a como se hace en los despachos y con los mismos elementos:

- **La asociación libre** puede tener parecidos inconvenientes que con el analizante en la consulta –sabemos que no es posible una total asociación libre ni en todo momento- y, en última instancia, la utilización de ese método depende cada persona en particular.

- **La narración de sueños, actos fallidos y lapsus** son llevados al análisis a voluntad del paciente, tanto en la consulta como en la distancia. Incluso diría que se expresan, con más facilidad, determinadas cosas, que pueden producir reticencia, cuando el analista no está tan cerca.

- **La tarea analítica** también se realiza a partir de las ideas y los afectos espontáneos que comunica el paciente a lo que se agregan pensamientos más reflexivos y sentimientos, producidos por su estado anímico, sin mucha diferencia respecto de cuando está cerca.

- **En cuanto al trabajo de señalamiento e interpretación** por parte del analista, en la transferencia, dependerá de la habilidad que este pueda desarrollar y la libertad que sienta para realizarlo mediante el sistema a distancia.

- Eventualmente, los silencios podrían ser interpretados por el paciente como un corte en la comunicación debido a un fallo del sistema. Puede llevar un tiempo que el paciente entienda como opera el psicoanálisis y aceptar que se trata de una conversación reflexiva que incluye los silencios como un recurso del proceso.

- **El encuadre**, es un tema esencial y aunque Freud no utilizó nunca ese término, dejó unas pautas claras en su texto *Iniciación del tratamiento*, muchas de las cuales siguen vigentes. Veamos algunas:

- **La utilización del diván**, obviamente, no es posible a distancia. Se puede alegar que, en muchos casos, tampoco se utiliza en la consulta y no por eso el paciente deja de trabajar analíticamente. Pero hemos de reconocer que el diván facilita la elaboración analítica. Ahora bien, el Skype hace posible que el analizando no vea al analista, por lo que el efecto sería semejante.

- **La frecuencia de sesiones, días, horarios, falta a las sesiones, fiestas y periodos vacacionales**, se pueden pactar igualmente, aunque se ha de realizar un acuerdo especial si se trata de países diferentes en los que no hay coincidencia de estos últimos.

- **Los honorarios** también se estipulan y se ajustan cuando la moneda no es la misma en los países del analista y del paciente. Pero la forma de pago siempre es distinta –se suele hacer por transferencia bancaria- por lo cual el dinero no circula físicamente, y ya sabemos la importancia que tiene el acto de pagar la sesión.

- **Las principales diferencias son: el espacio de la consulta y la presencia del analista**, elementos que más pueden afectar al vínculo con el analista y a la relación transferencial:

- **El espacio físico de la consulta** no existe, pero ese espacio “se crea” en el momento de materializarse la conexión entre paciente y analista, en los tratamientos sincrónicos. Mientras que en los asincrónicos – a través del correo electrónico- “se da” en el momento de la escritura y la lectura de los mensajes que son enviados y recibidos; también puede “crearse” en los momentos evocativos de dialogo imaginario que está influido por la transferencia establecida, tal como ocurre en el análisis clásico.

Hay algunos riesgos para el establecimiento de este espacio, como, por ejemplo:

- la posibilidad de enlazar la sesión con cualquier actividad, sin solución de continuidad,
- hacerla desde cualquier lugar físico, lo cual puede despojarla de la trascendencia del proceso, y
- que puede quedar comprometida la confidencialidad imprescindible para el psicoanálisis.

Todas estas posibles interferencias tendrían que ser objeto de estudio y regulación.

• **La presencia física del analista.** El diccionario de la R.A.E. define presencia como “*asistencia personal o estado de la persona que haya delante de otra u otras en el mismo sitio que ellas*”. Otra definición es: “*memoria de una imagen o idea, o representación de ella*”. Así, vemos que presencia apela a estar ubicado en un mismo espacio común con alguien a quien se percibe físicamente; pero también a una imagen, idea o representación, sin que implique el espacio geográfico común.

A la luz de estas definiciones ¿habría tanta diferencia entre la presencia en un mismo espacio físico que en ese nuevo espacio comunicativo denominado *ciberespacio*? Ese *ciberespacio* al que se accede por internet, promueve la creación de un locus comunicativo en el que es posible que la dupla analítica esté *allí*, presente, para poder establecer el dialogo analítico.

Al respecto, es importante diferenciar entre “presencia física del analista” y “presencia del analista en el análisis”, una cosa no implica la otra automáticamente. El analista puede estar presente pero no cobra presencia analítica hasta que se instaura la transferencia.

La presencia del cuerpo, dentro del espacio de la sesión, adquiere peso con la significación simbólica que le da cada miembro de la dupla analítica, pues es la representación del otro con quien se trabaja y que toma un sentido dentro del espacio creado por ambos. Pero también, el cuerpo del analista como receptor y depositario de la transferencia de su paciente, lo será en la medida en que este trascienda su cualidad únicamente física y se instale como representante simbólico de las características que le sean atribuidas. Esto permite pensar que la transferencia se da no solamente en un trabajo mediado por la presencia física del paciente y el analista, sino que también podría instaurarse a través de lo virtual y los medios electrónicos. Por ende, así como esta se instalaría también existiría la posibilidad de la lectura e interpretación de la misma y de su respuesta contra-transferencial.

G. Pommier, sostiene que se trata de una presencia pulsional, lo cual significa que se aprehende por el hecho de oírla, de verla, de sentirla, de tocarla. Pero también es cierto que, en la situación del análisis, todas las pulsiones quedan subsumidas por la pulsión invocante –tanto por la voz emitida como por la escucha percibida-. Desde esta tesitura podemos preguntarnos si solo se aprehende al analista mediante su presencia física o lo fundamental es la palabra del analizante y la escucha del analista además de que en el método del que nos ocupamos, también está la posibilidad de la visión del otro.

Obviamente, se perderán algunas percepciones que solo son registrables en la cercanía de los cuerpos. No obstante, es cierto que algunos pacientes suelen expresarse con más precisión, refiriendo detalles poco habituales en presencia física, como si el hecho de la lejanía corporal estableciera un modo de comunicación adaptado a esa circunstancia.

Desde un punto de vista más prosaico, se ha de señalar que la sensación de presencia del analista, por parte del paciente, puede verse afectada según el conocimiento técnico que este tenga del medio o aparato utilizado. Si el analista no domina el medio, pueden ocurrir fallos que el paciente interprete como una falla analítica en el analista, ya que el medio utilizado forma parte del encuadre. Si el paciente detecta su impericia puede

suceder que comience a enseñarle y aconsejarle sobre el manejo técnico del método empleado, invirtiéndose la situación, en cuyo caso quedará afectado el vínculo transferencial, lo cual hay que tener muy en cuenta para preservar la asimetría del vínculo (Etchegoyen).

No podemos soslayar toda la serie de trabas que hemos ido describiendo, por lo que se recomienda a los profesionales que decidan realizar este tipo de intervenciones, que alternen las sesiones a distancia con sesiones presenciales en las que se nutra el vínculo entre paciente y analista, así como que ayude al refuerzo de la transferencia.

A pesar de las dificultades señaladas, son muchos los que defienden la práctica del psicoanálisis por estas vías. Pero también son muchos los que la desaprueban.

Los que opinan en contra, aducen que el psicoanálisis trabaja con la palabra oral y que no solo importa lo que se dice sino cómo se dice: tonos, enunciaciones, el sin sentido, cosas que son difíciles de captar a través del ordenador. Plantean el escollo de la distancia corporal, que deja de lado una compleja y rica gama de sensaciones que acompañan el contacto o la cercanía corporal. Argumentan que el psicoanálisis requiere esa presencia física, imprescindible para que se genere el vínculo transferencial “propio del psicoanálisis”.

Otro reparo es el tema de la mentira. Alegando que internet es el reino de la simulación. Pero los psicoanalistas que practican on-line, dicen que en el diván también hay simulación. Roberto Sivak, agrega que “*para el psicoanálisis nadie es quien cree ser. No hay que evaluar la verdad objetiva sino el sufrimiento del otro*”. Y en los orígenes del psicoanálisis, el propio Freud decía que el paciente habla de la realidad tal como él la ve, la piensa, la siente, o sea, de su *realidad psíquica o subjetiva* y no de una supuesta realidad objetiva percibida uniformemente por todos los sujetos.

Un problema más es el de la sospecha o desconfianza sobre lo que puede hacer el otro con el material de las sesiones: grabarlo, utilizarlo con fines espurios, etc. Pero no debemos olvidar que esto también puede darse dentro de la consulta en la que las sesiones pueden ser grabadas sin que el otro lo perciba.

Los que defienden esta práctica, aducen que se trata de un procedimiento real, que obtiene buenos resultados ya que ambos miembros de la dupla están presentes, aunque no sea físicamente, y el proceso que se da es equivalente al de un análisis presencial. Diana Sahoovaler de APA, ha realizado tratamientos enteros a distancia indicando a los pacientes las mismas consignas que si se tratase de una cura en su consulta: afirma que el paciente asocia libremente, que su atención es flotante, que analiza el material y que la transferencia es intensa, semejante al proceso clásico. Otros muchos profesionales afirman lo mismo.

Pero hay una carencia importante en cuanto a que no hay descripción de casos reales. Se sabe que existen, pero los psicoanalistas no los exponen –quizás por miedo a la censura de sus colegas y al temor de que consideren que no es un procedimiento adecuado-.

Otro tema fundamental es que no todo se puede tratar a distancia. Se suelen abordar cuestiones relacionadas con ansiedad, problemas familiares, relaciones sexuales y sentimentales, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, fobias, estrés, situaciones traumáticas y de duelo.

En cambio, no se recomienda, para personas muy actuadoras y/o violentas, psicopatías graves, cuadros fronterizos o psicosis, por la dificultad de contención a distancia o de atender situaciones urgentes y críticas.

Por todas las dificultades y escollos que hemos ido enumerando, es muy recomendable que antes de comenzar un psicoanálisis por esta vía, se realicen una serie de entrevistas presenciales con objeto de hacer una evaluación adecuada del paciente y que se pueda establecer una relación de confianza suficiente entre ambos miembros de la dupla. Esta es una razón más para iniciarla en presencia física y, así, poder estimar la conveniencia y viabilidad de un proceso psicoanalítico a distancia o mixto.

BIBLIOGRAFIA

- **Carlino, Ricardo.** *Psicoanálisis a distancia.* Ed. Lumen, Buenos Aires, 2010.
- **Castillo Soto, Daniel.** *¿Es necesario el cuerpo? La transferencia en la conducción de tratamientos por medios virtuales (ESP-PORT),* en TRANSFORMACIÓN, PERFORMANCES PSICOANALÍTICAS, Revista electrónica de la Organización de Candidatos de América Latina, agosto, 2016.
- **Etchegoyen, R. Horacio.** *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica,* Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- **Freud, Sigmund.** Obras completas, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
Proyecto de una psicología para neurólogos (1895)
La iniciación del tratamiento (1913)
El malestar en la cultura (1929)
Compendio de psicoanálisis. Capítulo VI “*La técnica psicoanalítica*” (1938).
- **Gallego Diaz, Soledad.** *Psicoanálisis, del diván a la red.* Reportaje en el País, Buenos Aires, 6 abril 2009.
- **Grosz Schwarz, Pablo Eugenio.** *Sobre las ventajas clínicas y prácticas del psicoanálisis vía internet.* Har Adar, 22 .8. 2011.
- **Lacan, Jacques.** *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.* Ed. Paidós, Argentina, 2001
- **Pommier, Gérard.** *Transferencia y estructuras clínicas, (Cap. 39)* Ediciones Kliné, Argentina, 1999
- **Schvartzman, Jorge.** *Tenemos internet, dios no ha muerto.* Psicolibro ediciones, Buenos aires, 2014

Ferrer Roman, Carmen - "CURE ANALYTIQUE ET NOUVELLES FORMES DE COMMUNICATION"

Nous pouvons dire que les changements technologiques qui ont eu lieu au cours des dernières décennies, sont les plus nombreuses et profondes qui ont eu lieu dans l'histoire de l'humanité. Tant est ainsi qu' on parle des générations actuelles en termes de générations «analogiques» ou « digitales» pour différencier entre ceux qui sont nés avant l'explosion des dernières avancées techniques et ceux qui l'ont fait après. Ces changements se produisent si vite que, seulement les natifs “digitales” sont ceux qui peuvent s'y adapter et les utiliser d'une manière naturelle.

Ces développements ont des avantages et des inconvénients. Comme presque tout, dépend de l'utilisation qui en est faite. Mais presque toutes les tâches et actions humaines exploitent ces nouvelles ressources pour s'en bénéficier.

Ces évolutions affectent, en particulier, le développement de nouveaux modes de communication qui ouvrent des possibilités insoupçonnées dans les relations humaines, en amplifiant d'une manière remarquable des lieux et des personnes qui peuvent être atteints, presque instantanément. Cela a facilité les échanges de toutes sortes et les psychanalystes ne sont pas étrangers: ils utilisent internet pour communiquer, informer des choses différentes, publier des articles et des textes, faire d'enseignement, etc.

Une autre question qui touche notre activité est que, depuis quelques années, les professionnels de différentes tendances psychothérapeutiques effectuent la psychothérapie en ligne et, en même temps, de nombreux patients potentiels demandent s'ils peuvent utiliser ce moyen pour chercher des solutions à leurs conflits.

Aussi la psychanalyse est demandée par ces moyens et de nombreux collègues la pratiquent entraînés par la demande et ils ont une croissante besoin d'adaptation aux changements individuels, sociaux et technologiques. Cependant, nous savons tous de la nature particulière de notre discipline et de la nécessité de conditions spécifiques pour la pratiquer, raison pour laquelle l'approche de sa réalisation en dehors du cadre classique génère beaucoup de controverse.

-1-

D'autre part, nous savons que, dans le passé, on a fait des analyses ou des séances intercalés en faisant usage de différents moyens comme la correspondance classique ou le téléphone fixe, à laquelle se sont ajoutés maintenant les nouveaux appareils -comme la téléphonie mobile, la tablette, l'ordinateur- et toutes les possibilités offertes par l'Internet: e-mail, chat et vidéoconférence.

Les raisons pour utiliser ces nouveaux moyens, sont nombreuses et variées: l'éloignement, des circonstances exceptionnelles telles que des maladies ou des accidents qui empêchent le déplacement du patient, les changements de résidence, les fréquents voyages d'affaires, les migrations, etc.

Ricardo Carlino, auteur du livre Psychanalyse à distance (2010) indique qu'il est temps de s'ouvrir à de nouvelles façons possibles pour pratiquer la psychanalyse. Il note que celle-ci n'a jamais été statique, mais qu'elle a enrichi sa théorie et la technique pour traiter les enfants, les adolescents, les couples, les familles et les groupes. La demande

des patients plus régressifs –des états limites et des psychotiques- ont produit des nouveaux apports conceptuelles et techniques que ceux initialement institués.

En outre, il faut se rappeler que, à l'heure actuelle, la psychanalyse ne passe pas par une de ses meilleurs moments, devant rivaliser avec les psychothérapies de toutes sortes et conditions qui restreignent beaucoup son champ d'activité.

Pour tout cela, je crois, qu'au moins, nous devons y penser, parce que la psychanalyse ne peut pas rester en marge du devenir du temps, ni des avancées du progrès qui peuvent faciliter que certains sujets puissent s'analyser, quand, dans d'autres conditions, ils ne pourraient pas le faire. Et aussi, parce que ces nouvelles circonstances ont déjà, inévitablement, une incidence dans la pratique des nouvelles générations de psychanalystes.

Nous savons qu'il a des différences entre la procédure psychanalytique en présence et celle qu'on pratique à distance, et qu'il nous manquent actuellement des conceptualisations spécifiques pour la psychanalyse à distance.

Selon la conceptualisation classique, la psychanalyse est structurée comme une rencontre interpersonnelle dans le bureau de l'analyste. Dans cette situation, l'inconscient est découvert à travers de la parole. La distance est une limitation à la méthode, ce qui implique que, par conséquent, cette pratique, soit étiqueté comme «psychothérapie psychanalytique», bien que le débat "psychothérapie / psychanalyse» est ancien et on n'a pas arrivé encore à des accords consensuels. Ce que nous savons est qu'on ne peut pas le décider dès le début d'une cure. Le psychanalyste propose le dispositif et son écoute sur la base de sa formation et sa capacité conceptuelle; mais c'est le patient qui doit vouloir effectuer une psychanalyse et pouvoir travailler analytiquement. En fin de compte, c'est seulement après-coup qu'on sait s'il y a eu analyse ou pas, en fonction du processus et ses résultats : c'est-à-dire, si le patient a pu assumer la castration ou pas.

-2-

Mais, voyons nous comment est-ce qu'on peut mettre en œuvre le dispositif existante en fonction de la vidéo-conférence ou «Skype», qui est aujourd'hui le plus couramment utilisé.

La première condition pour l'établissement d'une procédure psychanalytique à distance est qu'on arrive à créer un espace pour penser dans lequel on puisse soutenir un dialogue de réflexion avec une climat favorable au travail d'élaboration, opposée à la vitesse et la fugacité si typique des dialogues par internet. Il est également essentiel qu'on puisse établir un lien idéo- affectif étroit entre le patient et l'analyste pour que la rencontre analytique arrive à se produire, et que la présence à la fois de l'analyste, comme de l'analyse soie effective chez la vie du patient, ce d'autre part, est également nécessaire dans l'analyse en consultation.

Une fois établi l'espace et le climat, le travail avec l'inconscient peut se faire de la même manière que cela se fait dans les bureaux et avec les mêmes éléments:

- L'association libre peut avoir des problèmes similaires avec l'analysant en consultation. Nous savons que ce n'est pas possible une association libre total et à chaque instant, et, en dernière instance, l'utilisation de cette méthode dépend de la particularité de chacun.

- Les rêves, les actes manqués et les lapsus sont portés à l'analyse en fonction de la volonté du patient, aussi bien en consultation qu'à distance. Même, je dirais que certaines choses peuvent être exprimées, plus facilement, quand l'analyste n'est pas si proche.
- La tâche analytique est effectué à partir des idées et des affects spontanées que le patient communique, auxquelles s'y ajoutent des pensées plus réfléchis et des sentiments produits par son état animique, sans beaucoup de différence que quand il est proche.
- En ce qui concerne les travaux de marquage et d'interprétation de l'analyste, il dépendra de la capacité qu'il puisse développer et aussi d'avoir de la liberté suffisante pour le faire à travers le système à distance.
- Éventuellement, le silence pourrait être interprété par le patient comme une rupture de communication en raison d'une défaillance du système. Il peut prendre un certain temps que le patient comprenne comment fonctionne-t-il la psychanalyse et arrive à accepter qu'il s'agit d'une conversation qui comprend le silence méditatif comme une ressource dans le processus.

-3-

- Le cadre est une question essentielle et bien que Freud, il n'a jamais utilisé ce terme, il a laissé des directives claires dans son texte Initiation du traitement, dont beaucoup restent. Voici quelques-unes:
 - L'utilisation du divan, de toute évidence, n'est pas possible à distance. Mais il est vrai aussi que, dans plusieurs cas, on ne l'utilise pas au cabinet, et cela n'empêche pas au patient de faire son travail analytique. Mais il faut reconnaître que le divan facilite l'élaboration analytique. Néanmoins, Skype permet que l'analysant ne voie pas l'analyste, de sorte que l'effet serait similaire.
 - La fréquence des sessions, jours, heures, séances manquées, périodes de vacances, ils peuvent également être convenus, mais s'il s'agit de pays différents et il n'y a pas coïncidence, on devra faire des accords supplémentaires.
 - Les honoraires peuvent être accordés et ajustées lorsque la monnaie n'est pas la même dans les pays de l'analyste et du patient. Ce qui change est le paiement -il est fait généralement par virement bancaire. Cela implique que l'argent ne coule pas physiquement, et nous savons l'importance de l'acte de paiement de la séance.
 - Les différences principales sont: l'espace de la consultation et la présence de l'analyste, des éléments qui peuvent plus influer sur la relation avec l'analyste et la relation de transfert:
 - L'espace physique du cabinet n'existe pas. On « crée » l'espace au moment de matérialiser la connexion entre le patient et l'analyste, dans les traitements synchroniques. Alors que dans les asynchroniques - via e.mail - "se produit" au moment de l'écriture et la lecture des messages qui sont envoyés et reçus.
- Finalement, tel que dans une analyse classique, cet espace apparaît aussi chaque fois où l'analysant évoque imaginairement les séances et la relation transférentielle.

Il y a des risques pour la mise en place de cet espace, tels que :

- La possibilité de relier la séance avec des autres activités, sans interruption,

- Faire la séance dans n'importe pas quel lieu, ce qui peut la dépouiller de trascendance, et

- Que l'indispensable confidentialité pour une psychanalyse ne soit pas respecté.

Toutes ces interférences possibles devraient être étudiées et l'objet d'une régulation.

-4-

• La présence physique de l'analyste.

Le dictionnaire de l'Royale Académie de la Langue Espagnole définit la présence comme "assistance personnelle ou de l'état de la personne qui est en face d'un autre ou d'autres personnes dans le même endroit qu'eux." Une autre définition est : «mémoire d'une image ou une idée, ou la représentation de celle-ci.»

Nous voyons alors, que présence appelle au fait d'être placé dans un même espace commun avec quelqu'un qui est perçu physiquement, mais aussi à une image, idée ou représentation, sans que cela implique un espace géographique commun.

À la lumière de ces définitions y aurait-il une grande différence entre la présence dans le même espace physique, que dans ce nouvel espace de communication appelé le cyberespace?

Ce cyberespace auquel on accède par internet, favorise la création d'un lieu communicatif dans lequel il est possible que l'analysant et l'analyste soient là, en présence, pour établir le dialogue analytique.

À cet égard, il est important de faire la distinction entre « la présence physique de l'analyste » et « présence de l'analyste dans l'analyse », l'une n'implique pas automatiquement l'autre. L'analyste peut être présent mais il n'arrive pas à avoir une présence analytique qu'à partir du transfert.

La présence du corps, dans l'espace de la séance, acquiert du poids avec la signification symbolique qui le donnent l'analysant et l'analyste, parce que c'est la représentation de l'autre avec qui on travaille, et prend son sens dans l'espace créé par les deux. Mais le corps de l'analyste en tant que récepteur et support du transfert du patient, aura un sens dans la mesure qu'il puisse aller au-delà de sa qualité physique, et s'installer comme représentant symbolique des traits qui lui sont attribués.

Cela permet d'entrevoir que le transfert n'est pas seulement l'effet d'un travail en présence physique, mais qu'elle peut s'installer aussi à partir du virtuel et des moyens électroniques. Si on pense que cela est possible, on pourra alors, lire et interpréter le transfert et la réponse contra-transférentielle produites par le dire de l'analysant.

Gérard Pommier fait valoir que la présence est une présence pulsionnelle, ce qui veut dire qu'on l'appréhende par le fait d'entendre, de voir, de toucher, etc. Mais comme dans l'analyse toutes les pulsions restent-elles subordonnées à la pulsion invoquante, nous pouvons nous demander si on appréhende l'analyste par sa présence physique ou si le plus important est la parole de l'analysant et l'écoute de l'analyste. En outre, nous pouvons visualiser l'autre sur Skype.

Il est évident qu'on perdra quelques perceptions qui ne sont pas enregistrables qu'en présence physique. Cependant, il est certain que quelques patients s'expriment mieux, en donnant des détails peu habituels en présence physique, comme si le fait de l'éloignement corporelle organise-t-il une modalité de communication adapté à cette circonstance.

D'un point de vue plus prosaïque, il faut souligner que le sens de la présence de l'analyste de la part du patient, peut être affectée en fonction de la connaissance technique que l'analyste a de du système Skype. Si l'analyste ne domine pas le milieu, les problèmes techniques qu'on trouve parfois, peuvent être interprétés par le patient comme un manque de l'analyste, étant donné que le moyen utilisé est partie du cadre. Alors, il est possible que l'analysant commence à enseigner à l'analyste, renversant le lien transférentiel, question qu'on doit éviter pour bien maintenir l'asymétrie du lien (Etchegoyen).

-5-

Nous ne pouvons pas éluder toute la série d'obstacles que nous venons de décrire, raison pour laquelle on recommande aux analystes qui prennent la décision de faire ce type de interventions qu'ils alternent les séances à distance avec des séances en présence physique pour nourrir le lien entre patient et analyste, c'est à dire pour renforcer le transfert.

En dépit de ces difficultés, il y a beaucoup qui défendent la pratique de la psychanalyse par ces voies. Mais il y a aussi beaucoup de ceux qui ne l'approuvent pas.

Ceux qui pensent le contraire, font valoir que la psychanalyse travaille avec la parole et non seulement sur ce qui est dit, mais sur la façon de le dire: sonneries, énonciations, les choses insensées qui sont difficiles à capturer par l'ordinateur.

Ils posent le problème de la distance corporelle, qui laisse de côté la riche et complexe série de sensations qui accompagnent le contact ou la proximité corporelle. Son argument est que la psychanalyse a besoin de cette présence physique, qu'on ne pourrait pas omettre pour produire le lien de transfert "propre à la psychanalyse".

Une autre préoccupation est la question du mensonge. On dit qu'internet est le royaume de la simulation. Cependant ceux qui pratiquent on-line disent que sur le divan, il y a aussi de la simulation. Roberto Sivak ajoute que "pour la psychanalyse personne n'est pas ce qu'il croit être. On ne doit évaluer la vérité objective mais la souffrance de l'autre." Au commencement de la psychanalyse, Freud lui-même disait que le patient parle de la réalité tel qu'il la voit, la pense et la sent, c'est à dire de sa réalité psychique ou subjective, et non d'une réalité objective supposée et uniforme pour tous.

Un autre problème est celui de la méfiance à propos de ce que peut faire l'autre avec ce qui est dit dans les séances : les enregistrer, les utiliser pour des finalités bâtarde. Mais il ne faut pas oublier que cela peut se produire aussi dans nos cabinets : les séances peuvent être enregistrées sans qu'on puisse le percevoir.

-6-

Ceux qui défendent cette pratique font valoir qu'il s'agit d'une procédure réelle, et qu'ils obtiennent des bons résultats, étant donné que les deux partenaires sont en présence même si pas physiquement. Diana Sahaovale de APA, elle a fait des analyses à distance en donnant aux analysants les indications habituelles comme dans son cabinet et elle affirme que les patients associent librement, que son attention est flottante, qu'elle analyse le matériel et que le transfert a une intensité semblable à la procédure classique. Il y a plusieurs collègues qui sont de son avis.

Néanmoins, il n'y a pas encore des communications de cas cliniques réelles pour vérifier leurs assertions. On sait qu'il y en a, mais les analystes ne les exposent pas -peut-être pour la peur à la censure de leurs collègues-.

Une autre question fondamentale est tout ce qu'on ne peut pas traiter à distance.

On travaille habituellement avec l'anxiété, les problèmes familiaux, de rapport sexuel ou affectif, la toxicomanie, les troubles alimentaires, les phobies, le stress, les traumatismes et les deuils.

Par contre, on ne recommande pas faire des analyses avec personnes violentes ou qui font des passages al acte, avec des psychopathes, des états limites ou des psychotiques, étant donné qu'avec eux il est très difficile de leur contenir ou de leur assister en état d'urgence.

Pour toutes ces difficultés et d'obstacles, que nous avons décrit, il est fortement recommandé que, avant de commencer une psychanalyse à distance, il est conseillé d'effectuer une série d'entretiens personnelles afin de faire une évaluation adéquate du patient et si on peut établir une relation de confiance suffisante entre les deux membres de la paire. Ceci est une raison de plus pour commencer en présence physique et donc d'estimer l'opportunité et la possibilité d'une psychanalyse à distance ou mixte.

BIBLIOGRAPHIE:

- Carlino, Ricardo. Psicoanálisis a distancia. Ed. Lumen, Buenos Aires, 2010.
- Castillo Soto, Daniel. ¿Es necesario el cuerpo? La transferencia en la conducción de tratamientos por medios virtuales (ESP-PORT), en TRANSFORMACIÓN, PERFORMANCE PSICOANALÍTICAS, Revista electrónica de la Organización de Candidatos de América Latina, agosto, 2016.
- Etchegoyen, R. Horacio. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- Freud, Sigmund. Obras completas, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1973.
 - Proyecto de una psicología para neurólogos (1895)
 - La iniciación del tratamiento (1913)
 - El malestar en la cultura (1929)
 - Compendio de psicoanálisis. Capítulo VI “La técnica psicoanalítica” (1938).
- Gallego Diaz, Soledad. Psicoanálisis, del diván a la red. Reportaje en el País, Buenos Aires, 6 abril 2009.
- Grosz Schwarz, Pablo Eugenio. Sobre las ventajas clínicas y prácticas del psicoanálisis vía internet. Har Adar, 22 .8. 2011.
- Lacan, Jacques. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Ed. Paidós, Argentina, 2001
- Pommier, Gérard. Transferencia y estructuras clínicas, (Cap. 39) Ediciones Kliné, Argentina, 1999
- Schwartzman, Jorge. Tenemos internet, dios no ha muerto. Psicolibro ediciones, Buenos aires, 2014.

Claire GILLIE - La deuda melancólica ; sufrir y gozar del “nada”.
Traducido por Marcela Assoun

Todo el incendio al menos es a reinventar. La vida fallida es a recuperar,
con todo el dorado del ocaso y la promesa de un despertar, sucesivamente.
Y honor a la melancolia aumentada por el verano de un solo dia,
al mediodia impetuoso, a la muerte.

René Char¹⁷.

Una cierta clinica del « estrago¹⁸ » nos acerca sujetos que lo han perdido todo, sin esperar nada en sus vidas ni en el analisis donde sin embargo llegan a hundirse. Exiliados de lo social, viviendo recluidos en sus casas, haciendo de cada encuentro el mal encuentro, sus primeras palabras se dirigen al analista « Vengo, pero se que no sirve para nada, es inutil. De todas maneras, no se puede hacer nada conmigo, de mi ». Pero llegan como si un ultimo desafio casi gozoso se prentara : poniendo a prueba nuestra capacidad de sufrir con ellos de la caida, convertirnos en « nada », y exponer nuestra mirada al eclipse del sujeto hablante y deseante.

Para Lacan, esta brecha abierta sobre el « nada », no indica una « falta », sino un « vacio », un « abismo » que devora al sujeto al mismo tiempo que su objeto se le escapa de las manos. Un « abismo de sufrimiento » sobre el cual avanza el sujeto melancolico, como un equilibrista avanza por el hilo fantasmatico de su neurosis o el filo de la navaja en la psicosis. Su negacion del Otro, Lacan nos dice que ella seria para el « equivalente de una automutilacion que no haria sino reenviarlo a su propio drama fundamental [...] dado que desear es deber constituirse como sujeto, y el [...] solo lugar desde donde el podria hacerlo es aquel mismo que lo renvia a su abismo¹⁹ ».

Algunos de nuestros analizantes, como la Aimée de Lacan, viven al « tempo » de esta « escansion del abismo²⁰ ». Condenados a perpetuidad debido a sus deudas que devienen asi fieles « companeras de vida », el « nada » cava sus fosas bajo sus pies. Puesta en escena del sepulturero en la transferencia, nosotros hacemos sin embargo la hipotesis que nuestro deseo de analista puede conducirlos a exhumar el deseo ciego, atrapado bajo los escombros de una demanda muda, donde el « nada » no es otra cosa que « los harapos » (« desecho vestimentario »), y la deuda su « emblema ».

¹⁷ René Char, *Le rempart de brindilles*, orné de gravures originales de Wifredo Lam, Paris, Luis Broder, 1953

¹⁸ Claire Gillie, « La voix battue en breche »(2010), Comunicacion efectuada en el Coloquio de Cerisy, El inconsciente y sus musicas, Cerisy 2010, in *Revue Insistance* n°5, 2011.

¹⁹ Lacan, *Seminaire Libro 8, La transferencia*, sesion del 2 de mayo de 1962.

⁴ Lacan, *Los Escritos*, p.66

EL melancolico enduelado y endeudado

La « melancolia » combina dos raíces : *mélas* (negras) y *kholê* (biliares). Literalmente « bilis negra », « mezcla de bilis negra », dice Aristóteles²¹, es un *perissôma*, es decir un residuo, sedimentos, superfluo, « el deposito que no es cocido » « continua siendo muy vehemente en el cuerpo²² », añade Aristóteles en *Problema I*.

El retrato del melancolico, afiliada a la neurosis narcisista – de difícil acceso a la transferencia – nos es bien conocido, por ello sólo voy a recordar algunos de nuestros referentes. Freud habla como uno de los que la sombra del objeto cae sobre el yo (*der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich*²³) de manera que arrastra la sombra a través de su inacción, su incesante postergación, la regresión a la oralidad primitiva, su inhibición al borde de la « alexitimia²⁴ », su hacerse a un lado de la realidad, un paso a un lado de lo real, el arte de llevar quejas (dolencias) que son acusaciones (*ihre Klagen sind Anklagen*), la ferocidad de su superyó. Él es aquel que « no sabe qué es lo que ha perdido de si mismo » (*was er an Ihm verloren hat*). Su empobrecimiento pulsional se dobla de una depresión de vacío que segun Aristóteles²⁵ y Ficin sólo es comparable a la plenitud del conocimiento que podria alcanzarse. Abraham²⁶ añade a este cuadro el sadismo y el erotismo oral que coincide con el doble registro de la incorporación y de la introyección, y sostiene la hipotesis de una *Ur-Verstimmung*, es decir, una contrariedad o disforia originelle.

Su suicidio, no es más que maquillaje del asesinato imposible de otro. Pero esta pérdida es indescriptible, innombrable para el melancolico. Él vive « con un cadaver en él²⁷ ». A su problemática « ser y no ser más », agrega « tener y no tener más » ; la deuda le permite designar y cuantificar esta pérdida. Lacan siempre dijo que lo meláncolico esta en lo simbólico, ya se trate del ser o del tener.

La version que da el melancólico « del padre lo peor », es que lo peor no ha de ser temido en el futuro : dado que ya está hecho y es irreparable. El sujeto ya esta muerto, « muerto para toda la eternidad²⁸ », aboliendo asi la temporalidad. El pequeño niño-falo (a) de la madre es un nacido-muerto que no lo sabe, pero convoca una muerte súbita diaria que no adviene. Esto confluye con lo que Lacan dice de « la maldición consentida » de Edipo que compara con la reacción terapéutica negativa²⁹.

Por nuestra parte, reformularemos entonces lo que distingue al melancolico del masoquista en su gusto sin embargo compartido por el objeto-de-dejection y el objeto-

²¹ Aristoteles, *L'Homme de génie et la Melancolie*, traduction et presentation de J. Pigeaud, Rivages poche, Petite Bibliotheque, Paris 1998.

²² Aristote, op cit. *Problème I*, (861 B 20).

²³ Sigmund Freud, *Trauer und Melancholie* (Deuil et mélancolie) 1916, GW, X, p.435.

²⁴ Paul-Laurent Assoun, séminario *El afecto entre cuerpo y lenguaje. Clinica de la discordance (del desacuerdo)*, Espace Analytique, 2015-2016.

²⁵ Aristoteles, op. cit.

²⁶ Karl Abraham, *Manie et melancolie* (1911), Petite bibliotheque Payot, 2010.

²⁷ Paul-Laurent Assoun, seminario *Le Déclenchement*, Espace Analytique 2014-2015.

²⁸ Paul-Laurent Assoun, seminario *Le Déclenchement*, Espace Analytique 2014-2015.

²⁹ Lacan, Séminaire, *L'Ethique* (1959-1960). Citemos aqui lo que dice el coro en *Edipe à Colone* : « no haber nacido, es ello lo mas valioso. Y cuando se ha nacido, ir rapidamente alli donde se ha llegado, esto es lo segundo »

caído. Allí donde el masoquista se mete en la boca del lobo, el melancólico no tiene que meterse : dado que él está instalado allí de forma permanente, englutiéndose en esta boca golosa, ávida. Allí donde el masoquista busca la angustia del otro, el melancólico busca el fracaso del otro ; y este fracaso anticipado es la única pitanza de la que disfruta. Allí donde el sujeto masoquista demanda al dolor, re-dibujarle los contornos de su cuerpo, el sujeto melancólico oscila entre la anestesia, la sideración, la apatía y el letargo : es un peso muerto para él y para el otro. Si el masoquista arma el brazo del amo en su contra, el melancólico que no tiene la fuerza para apoderarse del arma, y no tiene amo : ha abdicado frente a su ideal del yo.

Citaré aquí el sueño de Augusto, uno de mis analizantes, que encontró a Hitler encerrado en su cuarto de baño ; cuando se quiere escapar, se choca en la puerta con su padre y con hombres de blanco que vienen a meterle la camisola de fuerza. Asocia : « No sé cómo Hitler entró en el baño porque yo había cerrado la puerta y la ventana ». Cuando le dije que era él, como un soñador quien llevó a Hitler, dijo que reconoce al Hitler de 1924 (el paciente es un historiador). « ¿Qué es para usted Hitler en 1924 ? » le pregunté, y respondió : « Es el Hitler arquitecto que diseña una ciudad para su destrucción ». Este sueño inaugural del análisis de éste paciente, ilustra bien cómo el melancólico es el arquitecto - que se desconoce en cuanto a tal - de su propia destrucción.

La deuda como el cifrado del Nada

De acuerdo con el *Tesoro de la lengua francesa* una deuda es una obligación - moral o financiera – que, un deudor debe ejecutar frente a su acreedor. Ella implica un deber de reconocimiento, un compromiso. Se puede : tener, contraer, hacer una deuda, estar en deuda ; estar abrumado o lleno de deudas, de daños, de mutilaciones, de deudas perdidas. Frente a esta deuda, se puede establecer un acto de reparación : saldar, liquidar, pagar, eliminar, borrar, liberarse. O, como lo estipula un tribunal a uno de nuestros analizantes sometido a curatela por haber contraído y acumulado deudas, « la situación se ve comprometida irremediablemente ». La liquidación de la deuda provocó en este analizante un colapso, perdiendo súbitamente su compañera de vida cuyo nombre era « Dette ».

Schuld en alemán significa tanto la deuda como la falta (la responsabilidad, la culpa). En la historia del psicoanálisis, se hizo famosa la deuda de juego obsesivo de *El hombre de las ratas*. Pero pocos son los libros o artículos, que hayan tratado -hasta donde conocemos- la pareja constituida por la deuda y la melancolía. Robert Burton³⁰ sin embargo, hace mención : establece un fuerte vínculo entre la afección intestinal del paciente y el grado de melancolía, traduciéndose dicho vínculo en la búsqueda de remedios adecuados. Observamos que, el discurso del melancólico está, según nuestra experiencia, llena de referencias escatológicas, como si el sujeto sintiese placer particular en manchar el léxico de la queja. Dominique Scarfone por su lado, intenta comparar el mundo de la melancolía y el de la deuda en « *La astucia melancólica*³¹ ».

³⁰ Robert Burton, *Anatomie de la mélancolie* (1621), Gallimard, Paris, 2005.

³¹ Dominique Scarfone, « La ruse melancolique » ; Libros cuadernos por el psicoanálisis, 2008 /2, N°18, p.75-81.

Gorana Bulat-Manenti habla de la deuda imaginaria del melancolico « imponiendo una oblatividad desenfrenada » y de la « deuda simbólica y la ambivalencia en relación con complejo paterno ». Contraer un préstamo para saldar su deuda es transferir a la cuenta del otro un odio violento, según Jacques Hassoun³². La incorporación melancólica permite al sujeto, dirigiéndo el ataque contre si mismo, no tener que responder ante nadie ; lo que le permite combinar el goce y la残酷.

La conceptualización de la melancolía está marcada con una deuda : la de Freud respecto de Abraham. Mientras que Freud insiste en el desencadenamiento del odio del yo contra el objeto y la pone en relación con el duelo, Abraham privilegia el ejercicio de los autoreproches, y lo acopla a la mania. Freud insiste en la culpabilidad respecto del padre, mientras que Abraham pone el acento en la configuración materna en la melancolía, y sobre la problemática femenina (primado de lo femenino sobre lo materno en la madre del melancólico).

No pagar su deuda es instalarse en una bancarrota psíquica, y vivir un endeudamiento culpable, una suerte de quiebra subjetiva. Esta es una forma de don y contra-don bien conocido de los sociólogos. Un reconocimiento de deudas mutuas no escapa a la lógica de los intercambios, como lo desarrolla Nathalie Sarthou-Lajus³³ : según la autora, la deuda - que forma una trilogía con el deber y la falta - es una experiencia fundadora del vínculo social, de la cual puede hacerse halago o denunciar la perversión.

El sujeto melancólico es asaltado por un reconocimiento de deuda imposible, que vive como una persecución de la cual no puede escapar ; el otro es para él un acreedor que le hace rendir cuentas, y con ello lo culpabiliza y lo angustia. Endeudado a perpetuidad, no consiguiendo saldar su deuda, el sujeto melancólico se inscribe y esta forzado a la repetición (*Wiederholungzwang*) donde obra la pulsión de muerte.

Una figura literaria de melancólico endeudado nos es dada por Shakespeare en su comedia *El Mercader de Venecia*, dónde Antonio acepta endeudarse pidiendo un préstamo 3000 ducados al judío Shylock, para ayudar a su joven amigo Bassanio deseoso de conquistar a Portia. El contrato inicial -entre esta pareja infernal constituida por melancólico y el avaro- estipula que si Antonio no llegara a reembolsar su deuda, Shylock tendrá derecho a quitarle una libra de carne. Entonces Antonio va a « perder todo ». Y en el momento en el que Shylock va a cortarla en carne viva, Portia, disfrazada de doctor de la ley, hace ver que el contrato especifica « una libra de carne, ni más ni menos : y que ninguna gota de sangre, ni una, debe ser vertida », si esto sucediera Shylock violaría, atentaría -hirriendo a un ciudadano veneciano, la ley de Venecia. Raphaël Draï³⁴ demostrará que *El mercader de Venecia* se funda sobre una doble ley del talón: « aquella que Shylock, por legalismo obsesivo y espíritu de venganza pretende ejercer sobre Antonio, y aquella otra que termina por este mismo hecho, por ser la víctima inesperada ».

Marie-Claude Lambotte en « El objeto del melancólico³⁵ » evoca el destino del sujeto

³² Jean-François Lyotard, *Le Différend*, Editions de Minuit, 1981.

³³ Nathalie Sarthou-Lajus, *L'Ethique de la dette* », Paris, PUF, 1997.

³⁴ Raphaël Dräi, *Le mythe de la loi du talion*, Paris, Anthropos, 1996, p.29.

³⁵ Marie-Claude Lambotte, « L'objet du melancolique », Essaim, 2008 /n°(20) *L'exception melancolique*, Eres, 2008.

melancólico quien « se mantiene en una relación con el objeto a través de la figura del negativismo que llega a negar su propio yo en el ‘yo no soy nada’. Pero sabemos que ‘la nada’ no es justamente ‘nada’ ». Recordemos la etimología de la palabra « nada » aparecido en el siglo XI, y que viene del latin *rem*, acusativo de *res* la « cosa ». Femenino hasta el siglo XVI, cobrando el sentido de « cosa », encontramos el masculino desde el siglo XV ; se volvió negativo en el siglo XVI con empleo de la negación francesa caracterizada por sus dos partículas : « no » y « pas ».

La identificación del sujeto melancólico a la « nada » le permite retirarse del mundo en una dinámica autodestructora. Pero para avanzar sobre el posicionamiento del melancólico frente a la « nada », recordemos lo que subraya Lacan : detrás de la imagen, hay un objeto real³⁶ que, en la función del velo³⁷, se llama la nada. Así como lo precisa Gisela Chaboudez³⁸, « el melancólico no desconoce esta presencia del objeto detrás de la imagen, y es en la misma medida en que intenta alcanzarlo atacando su propia imagen ». Lacan propone comprender la diferencia entre la melancolía freudiana y el duelo acudiendo a la distinción entre el « objeto a » y la imagen de i de (a). En el melancólico « es el objeto que triunfa », « ‘objeto a’ que lo trasciende, cuyo mando/gobierno se le escapa – y cuya caída lo conducirá a la precipitación-suicidio³⁹ ». Esta aniquilación simbólica -poner en cortocircuito las interpretaciones, la cadena asociativa y la transferencia- se manifiesta también en el momento del pago de las sesiones: monedero vacío, tarjeta tragada (por la máquina distribuidora) en el momento de retirar efectivo, cheques dejados en blanco, etc.

Augusto, Hitler, Heidi y la tía “Dette” Deuda

Augusto lleva un apellido que es el de uno de los grandes nombres de la historia. Se coloca desde las primeras entrevistas en una posición de sujeto supuesto saber, habiendo teorizado a su gusto suficiente saber en los bancos de la universidad, en el momento de efectuar su doctorado de historia, para acabar reduciendo a nada todo lo que sería del orden de un saber analítico. De entrada establece las reglas de juego: « Le ‘ahorro’⁴⁰ de entrada todo el ‘bla bla’ del Edipo y compañía. De todas maneras, hace mucho tiempo que he cortado el lazo con mis orígenes. Mi madre judía ni siquiera se las arregló/ingenió para morir en Auschwitz con los otros. Mi padre católico ni siquiera se las arregló para volverse un justo entre los Justos y salvar los judíos. Por lo tanto, vengo de la nada !! ». Ese padre mediocre, bueno para nada, ni siquiera merece su odio. De ese viejo, de ese gilipollas, rechaza los mensajes electrónicos, los llamados y los cheques que le envía. « Prefiero no tener nada antes que tocar un solo centavo de ese menos que nada ». « Nada » es el Nom-du-Père. Pero en este callejón sin salida, una suplencia del padre aguanta : el padrino, que no tiene ningún lazo con la familia, sino que ha sido salvado por el padre cuando estaba a punto de ahogarse. Este padrino que tiene una deuda de vida hacia el padre, envía cheques a Augusto y lo invita a comer haciéndole

³⁶ Jacques Lacan, *Le Séminaire Livre X, L'angoisse*, (1962-1963).

³⁷ Claire Gillie, « L'accord de Tristan ; l'impossible accord du voile et de la voile », in *Ecouter Wagner*, Revue Topiques, 2014.

³⁸ Gisèle Chaboudez, « Raison mélancolique », *Figures de la psychanalyse*, 2013/2 n° 26, p. 27-38.

³⁹ J. Lacan, *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse* (1962-1963), Paris, Le Seuil, 2004, p. 387-388.

⁴⁰ Somos nosotros quienes subrayamos este « epargne » « ahorro ».

200 gramos de carne roja (confirmando la hipótesis de Abraham de una impulsión caníbal que sería inherente a la identificación melancólica). Pero Augusto añade : « no es cuestión que este dinero me haga vivir. Lo gasto desde el día siguiente para comprar yerba ». Aquel día, en lugar de hablar del padrino (parrain), dirá el « pas rien » (« no nada » « no es poco ») / « pas- rien » et « pa- rain⁴¹ »). Cuando se lo hice ver, me dijo : « nada se le escapa a usted » !

La cuenta amputada de los haberes del padre no soporta ninguna prótesis, ni siquiera la del padrino, haciendo presente así una figura patológica de la castración. Cuando intento hablar con él de esta deuda que hace síntoma, me responde « pero yo no soy un marica⁴² (tantouse)! ». Y orgulloso de su hallazgo chistoso, me dice que sus asociaciones lo llevan a Heidi y su tia (tante) Dette (deuda) quien, abandonó a su sobrina en manos del abuelo. Ahora bien, más tarde, el abuelo de Augusto muere. Augusto va a rechazar la herencia. Para él, crónicamente decepcionado y traicionado, es muy tarde para que el padre venga a « llenar los huecos » del banco. Y Augusto señala que « no tiene nada que perder porque ya lo ha perdido todo », segun una fórmula bien encontrada por Marie-Claude Lambotte⁴³. Para ponerlo en relieve, la Nada fomenta la Deuda : una Nada cifrada en la que se complace sesión tras sesión « de dar cuenta », modo para el de « no rendir cuentas ». Pero igualmente modo para hacerme des-cifrar que algo aumenta: la deuda « crece ». Tres meses antes, estaba haciendo la cuenta regresiva de los meses que le restaban por vivir antes de suicidarse.

Llega una tarde, habiendo bebido y fumado, y de un tono ligero dice : « casi no me ve usted esta tarde ! He querido suicidarme ayer, y aún, para ello no sirvo. No me las he ingeniado para hacer un buen nudo y se deshizo, la cuerda se soltó ». Describe viva y largamente « la puesta en escena » y su duda respecto de dejar una carta destinada a su madre o a mi misma. Al salir de la sesión, mira una guitarra dentro de mi consultorio a la que le faltaba una cuerda, y me dice « puedo venir más temprano la semana próxima para traerle una cuerda y así reemplazar la que falta ». De una cuerda a la otra. Augusto supone en mi falta para llenar, queriendo rescatar mi cuenta de alguna manera!

Entre tanto conoce a una mujer, mayor en edad y casada (matrimonio blanco piensa él⁴⁴). Ella terminó cansándose rápido de su bulimia sexual. « Ella me da vuelta la espalda para dormirse, dejandome con las ganas. No es una mujer la que tengo a mi lado, sino una « nada » disfrazada en pijama ». Esta reducción del deseo a nada es una modalidad de goce que excluye al otro, momificado en una tela desprovista de todo

⁴¹ Nota del traductor : es a destacar la homofonía de la lengua francesa entre : « pas rien » literalmente « no nada » modo de expresar en francés que « alguien cuenta para nosotros » en español podría decirse « no es poca cosa » ; y por otro lado le « parrain » (pa- rain») que significa : padrino.

⁴² Nota del traductor : tantouse lleva en su interior « Tante » es decir « tia » como la tia de Heidi. La tia de Heidi no es otra que la que lleva el nombre Dette cuya homofonía en la lengua francesa con la deuda ha sido ya evocada en este texto. El hallazgo del analisante : yo no soy un marica (tantouse) en español podría escucharse si a la tia en cuestion se llamara « Marikita », « Mareik ».

⁴³ Marie-Claude Lambotte, « La maladie du savoir », *Cahiers du cinema*, n° 669, juillet-aout 2011 et aussi « L'objet du melancolique », *Essaim*, 2008/1 n°20.

⁴⁴ Nota del traductor : el analizante evoca la expresión « mariage blanc », en francés « no consumado » En la lengua española se trata de : « matrimonio rato » juridicamente significa : « aun no consumado pero considerado aún valido bajo los ojos de la iglesia » Literalmente se traduce « casamiento blanco » (casarse « de » blanco » : «mujer virgen, intacta).

fetichismo. Pero más aún que el pijama, era el deseo de esta mujer de tener un hijo lo que le hizo entrever los harapos de una madre asimilada al estrago, y, anulándolo como sujeto. En esa cama desprovista, desertada de sexo es la angustia la que viene a acostarse a su lado, recordándonos así lo que escribía Freud en su « Manuscrito G » : « La melancolia se combina tipicamente con una angustia grave⁴⁵ ». Esta angustia, la encuentra también en el ambito profesional donde en los primeros meses después de su nombramiento para un puesto⁴⁶, entró en una efervescencia maníaca: era el líder - un rol que no suele tener- que decía que los demás eran « una manga de inútiles », ejerciendo sobre los otros lo que Jules Cotard llamara « negaciones metafísicas⁴⁷ ».

Una noche, un vecino tuvo la mala idea de morirse en el departamento situado arriba del suyo. Se enteró de la noticia recién al dia siguiente. Quedo persuadido que este vecino queria decirle algo antes de morir: el signo de ello era la luz de la lámpara que se puso a encenderse y a apagarse de manera rítmica. Ahora bien, el venía hablando de esta lámpara desde hacia ya un mes, haciendo de este encendido y apagado la prueba del estado betusto de la casa. Bruscamente esta alternacia devino un lenguaje morse, fenómeno elemental que le hizo avanzar en el filo de la navaja de la psicosis. Se creyó entonces guiado, elegido por los muertos para hacerlos entrar al más alla. Él, que quería vivir, se encuentra entonces, siendo el viviente que debe permanecer sobre la tierra para ayudarlos a partir. La muerte cambió de campo⁴⁸. Fue a consultar a un mago para adquirir la clari-videncia⁴⁹, pero terminó cansándose rápido de los ejercicios colectivos impuestos que le hacían perder su lugar privilegiado de hijo espiritual del guru. Pasó de ser el guru a entidades superiores en cierta manera pacificadoras, que le recomiendan llevar a cabo su misión sobre la tierra, es decir : ayudar a los muertos. De la « nada » hijo de « bueno para nada » se eleva así a la categoría de « UNO », el único en poder encarnar a Caronte, y conducir las almas sobre la otra orilla. Contrajo a partir de alli una deuda relativa a la promesa hecha a estas entidades, confirmando de esta manera, la relación estrecha entre melancolia y adivinación. Fiel -sin saberlo- a la idea atribuída a Aristóteles, de que la melancolía y el genio son cercanos por naturaleza, encontró en dichas entidades superiores aquellas que lo reconocieran como un ser de excepción.

Del mismo modo que Jean Starobinski⁵⁰ subraya que Baudelaire juega con los ritmos dados por las palabras vacío, ávido, libido, Ovidio, Augusto « degusta » jugar con la palabra « deuda » : Claudette, Odette, « détacher, détox, détour ». Allí donde las cifras alcanzaban las cimas, una « inflación » de palabras le han seguido.

Lo que posee Augusto, como melancolico endeudado, es su deuda, y no saldar esta deuda, es paradojicamente asegurar la permanencia de un objeto. La deuda no se agota,

⁴⁵ Freud 1956c « Manuscrito G » (1896). Tr. Fr. En *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, p. 91-97

⁴⁶ Luego de varios meses sin trabajo y sin ayudas sociales (paro) !!

⁴⁷ Jules Cotard, « Del delirio de negación », Artículo publicado en lo « Archivos de Neurologia, revista de enfermedades nerviosas y mentales » (Paris), tomo IV, 1882, pp 282-286.

⁴⁸ Y yo se lo he dicho llegado el momento oportuno.

⁴⁹ y sobre todo muy orgulloso a la hora de anunciarle que a partir de dicho momento sería mi igual, dado que jugando con mi nombre, Clara, podría decirse « clar(i)-vidente ».

⁵⁰ Jean Starobinski. *L'Histoire du traitement de la mélancolie*, thèse datée de 1960, *La mélancolie au miroir* (1989 chez Julliard), et *L'Encre de la mélancolie* Postface de Fernando Vidal Paris, Éd. du Seuil, 2012.

se nutre de los impagos, y empobrece al otro. Pero Lacan nos alerta sobre esta aparente no-acción o inmovilidad puesta en juego, para poner el acento en el objeto, anulado simbólicamente. En muchas oportunidades, Augusto dejaba las sesiones arrastrando, desbordando sobre el tiempo del siguiente paciente, pidiendo así un alargamiento del tiempo.

Recibo un día un llamado telefónico de urgencia. Yendo a la habitación contigua respondo lacónicamente « usted se va con la ambulancia, lo alcanzo en una hora ». Un largo silencio se produjo por parte de Augusto, que interrumpió diciéndome: « si hubiese sido yo el moribundo en una orilla, no me gustaría que me dejen esperando ! ». Esta identificación del yo con el objeto abandonado⁵¹, Lacan la retoma haciendo referencia a la identificación al cuerpo desecho ; el « yo no soy nada » se acerca así al « comer nada » de la anoréxica. Con ello decimos que se acerca a una posición deseante tal como la concibe Lacan: « Nada, es justamente algo que existe en el plano simbólico »⁵².

¿Y el analista, sepulturero o guardia de seguridad?

¿Y el analista, convocado por el paciente para ser su sepulturero, ¿qué lugar ha de tomar en la cura del melancólico endeudado? ¿La del Acreedor? ¿La del Asegurador? ¿La del Guardia de seguridad?

Si el sujeto no sabe qué objeto está en duelo, entonces será necesario construir o reconstruir este objeto que falta y ayudarlo a hacer frente al miedo a la intrusión o a la invasión pesadillezca del otro; y es allí donde la interpretación puede violentar. Cabe recordar lo que Jacques Hassoun dijo del « deseo del analista » que « es convocado a una interpretación que haga oficio de creación » y pueda « hacer advenir o aparecer el deseo del viviente⁵³ ».

La aparición de una somatización, concebida por el sujeto como el ángel persecutorio de la muerte, hace despertar al cuerpo melancólico congelado y petrificado. Augusto evoca lo que sucedió el día en que su madre le hizo un bifteck de 100 gramos en lugar de uno de 200 gramos, dejándolo « con ganas », hambriento. Augusto, mudo, se recuesta sobre la cama de su habitación de niño. En ese momento siente que todo el costado izquierdo ha perdido sensibilidad, para luego estar lleno de hormigueos y de temblores, signos del cuerpo que él interpreta como señales de alarma de un AVC. Cuando le digo que él « había perdido su mitad », quiso « a-cortar » y replicar que no. Pero se escuchó decir : « me endeudo a morir ». Y ese fue el día, en el que pagó la mitad de su sesión. Cuando le hago notar la relación entre la mitad faltante y lo que dijo durante la sesión, lo niega. Pero tuvo que llamar a mi puerta una segunda vez, porque había dejado la mitad de sus cosas en el interior : su casco y su bufanda.

⁵¹ Freud, « Duelo y melancolia », dans *Metapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 1968, p. 155-156.

⁵² Lacan, *El Seminario, Libro IV, La relación de objeto*, Paris, Le Seuil, 1994, p. 184-185.

⁵³ Jacques Hassoun : « La Cruauté mélancolique », op. cit.

Fue así que decidi establecer un pago simbolico⁵⁴ . « ¿Entonces no podré pagarme más de las palabras? » dijo con un humor caustico. Recordando que la expresión francesa « se payer des mots » quiere decir hablar sabiendo que todo lo que uno dice no tiene ninguna importancia, y no son más que palabras que se lleva el viento.

En la siguiente sesión trae un texto que ha escrito:

¿Quién prevalecerá, el silencio o las lágrimas?

Cuando la piedra rugosa se esfuerza en embotarse acariciando el tiempo....
Cuando el grillo melancólico separe el silencio de los llamados solitarios...
Cuando la escucha cansada de esperanza se cierre delante del artificio de las palabras perdidas...
Cuando la espera cansada de soledad se esconda en la inmundicia del silencio recluído...

¿Quién cargará el peso de mis silencios y mis lágrimas?

Fue entonces que dejó el papel sobre el diván, agregando: « si hubiese quedado en casa, lo habría roto »...

*

* *

⁵⁴ Como puede hacerse con ninos o con adolescentes.

Claire GILLIE La dette mélancolique ; souffrir et jouir du “rien”

Tout l'embrasement néanmoins est à réinventer. La vie bousillée est à ressaisir, avec tout le doré du couchant et la promesse de l'éveil, successivement. Et honneur à la mélancolie augmentée par l'été d'un seul jour, à midi impétueux, à la mort⁵⁵.

René Char.

Une certaine clinique du ravage⁵⁶ nous amène des sujets qui ont tout perdu, n'attendent plus rien de leur vie, ni même de l'analyse où pourtant ils viennent s'échouer. Exilés du social, vivant reclus chez eux, faisant tourner toute rencontre à la mauvaise rencontre, leurs premiers mots adressés à l'analyste sont : « je viens, mais je sais que cela ne sert à rien. De toute façon on ne peut rien pour moi ». Mais ils viennent, comme s'il leur restait un dernier défi quasi jouissif : tester notre capacité à souffrir avec eux de leur déchéance, nous convertir au « rien », et affronter notre regard sur leur éclipse de sujet parlant et désirant.

Pour Lacan, cette béance ouverte sur le rien, est non pas « manque », mais « vide », « gouffre » qui engloutit le sujet en même temps que son objet qui lui échappe des mains. « Gouffre de la souffrance » sur lequel s'avance le sujet mélancolique, comme un funambule trébuchant sur le fil névrotique de son fantasme, ou le fil du rasoir de la psychose. Sa négation de l'Autre, Lacan nous dit qu'elle serait pour lui « l'équivalent d'une automutilation qui ne ferait que le renvoyer à son propre drame fondamental. [...] car désirer c'est avoir à se constituer comme sujet, et [...] la seule place d'où il puisse le faire est celle qui le renvoie à son gouffre⁵⁷ ».

Certains de nos analysants, comme l'Aimée de Lacan, vivent au tempo de cette « scansion de gouffre⁵⁸ ». Condamnés à perpétuité par leur dette devenue leur fidèle compagne de vie, le « rien » creuse son trou sous leurs pieds. Mis en place de fossoyeur dans le transfert, nous faisons cependant l'hypothèse que notre désir d'analyste peut les conduire à exhumer leur désir aveugle, enlisé sous les décombres d'une demande muette, dont le « rien » n'est que la défroque, et la « dette » l'emblème.

Le mélancolique endeuillé et endetté

Le mot « mélancolie » associe deux racines : *mēlas* (noir) et *kholē* (bile). Littéralement « bile noire », « mélange de la bile noire » précise Aristote⁵⁹, c'est un *perissôma*, c'est-

⁵⁵ René Char, *Le rempart de brindilles*, orné de gravures originales de Wifredo Lam, Paris, Luis Broder, 1953.

⁵⁶ Claire Gillie, « La voix battue en brèche » (2010), Communication au Colloque de Cerisy, L'inconscient et ses musiques, Cerisy 2010, in *Revue Insistance* n°5, 2011.

⁵⁷ Lacan, *Séminaire 8 Le Transfert*, séance du 2 mai 1962.

⁵⁸ Lacan, *Les Ecrits* p.66.

⁵⁹ Aristote, *L'homme de génie et la Mélancolie*, Traduction et présentation de J. Pigeaud, Rivages poche, Petite Bibliothèque, Paris, 1998.

à-dire un résidu, un sédiment, le superflu, « le dépôt de ce qui n'est pas cuit » et qui « se maintient et reste très vêtement dans le corps⁶⁰ » rajoute Aristote dans *Problème 1*.

Le portrait du mélancolique, affilié à la névrose narcissique - donc difficile d'accès au transfert - nous le connaissons tous et je ne ferai que rappeler quelques uns de nos référents. Freud en parle comme celui pour qui l'ombre de l'objet tombe sur le moi (*der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich*⁶¹) ; il traîne cette ombre portée à travers son inaction, sa procrastination, ses régressions vers l'oralité primitive, son inhibition qui confine à l'alexithymie⁶², son pas de côté hors du réel, son art de porter des doléances qui sont des accusations (*ihre Klagen sind Anklagen*), la férocité de son surmoi. Il est celui qui « ne sait pas ce qu'en lui il a perdu » (*was er an Ihm verloren hat*). Son appauvrissement pulsionnel se double d'un accablement du vide qui pour Aristote⁶³ et Ficin n'a d'égale que la plénitude du savoir dont il serait porteur. Abraham⁶⁴ ajoute à ce tableau le sadisme et l'érotisme oral qui correspondent au double registre de l'incorporation et de l'introjection, et fait l'hypothèse d'une *Ur-Verstimmung*, autrement dit une contrariété ou dysphorie originelle.

Son suicide n'est qu'un maquillage du meurtre de l'autre impossible. Mais cette perte est innommable pour le mélancolique. Il « vit avec un mort en lui⁶⁵ ». À sa problématique « être et ne plus être », il adjoint « avoir et ne plus avoir » ; sa dette lui permet de nommer et de chiffrer cette perte. D'ailleurs Lacan a toujours indiqué que le mélancolique est dans le symbolique, qu'il s'agisse de l'être ou de l'avoir.

La version que donne le mélancolique « du père au pire », est que le pire n'a pas à être redouté dans l'avenir : il est déjà accompli et c'est irréparable. Le sujet est déjà mort, « mort de toute éternité⁶⁶ », abolissant la temporalité. L'enfant-phallus petit (a) de la mère est un mort-né qui ne le sait pas, mais convoque tous les jours une mort subite qui ne vient pas. Cela rejoint ce que dit Lacan de « la malédiction consentie » d'Œdipe qu'il compare à la réaction thérapeutique négative⁶⁷.

Pour notre part, nous reformulerons ainsi ce qui distingue le mélancolique du masochiste dans leur goût pourtant partagé de l'objet déchet et déchu. Là où le masochiste se jette dans la gueule du loup, le mélancolique n'a pas besoin de s'y jeter : il y est installé à demeure, s'engloutissant dans cette gueule avide. Là où le masochiste cherche l'angoisse de l'autre, le mélancolique cherche l'échec de l'autre ; et cet échec anticipé est la seule pitance dont il tire jouissance. Là où le sujet masochiste demande à la douleur de lui redessiner les contours de son corps, le sujet mélancolique oscille entre anesthésie, sidération, apathie et léthargie : il est un poids mort pour lui et pour l'autre.

⁶⁰ Aristote, op. cit. *Problème 1* (861 B 20).

⁶¹ Sigmund Freud, *Trauer und Melancholie* (Deuil et mélancolie) 1916, *GW*, X, p. 435.

⁶² Paul-Laurent Assoun, séminaire *L'affect entre corps et langage. Clinique de la discordance*, Espace Analytique, 2015-2016.

⁶³ Aristote, op. cit.

⁶⁴ Karl Abraham, *Manie et mélancolie* (1911), Petite bibliothèque Payot, 2010.

⁶⁵ Paul-Laurent Assoun, séminaire sur *Le Déclenchement*, Espace Analytique, 2014-2015.

⁶⁶ Paul-Laurent Assoun, séminaire sur *Le Déclenchement*, Espace Analytique, 2014-2015.

⁶⁷ Lacan, Séminaire *L'éthique* (1959-1960). Citons pour mémoire ce que dit le chœur dans *Œdipe à Colone* : « Ne pas être né, voilà ce qui vaut mieux que tout. Et quand on est né, aller au plus vite là d'où l'on est venu, voilà ce qui vient en second ».

Si le masochiste arme le bras du maître contre lui, le mélancolique lui n'a pas la force de se saisir de l'arme, et n'a pas de maître ; il a abdiqué devant son idéal du moi.

Je citerai le rêve d'Auguste un de mes analysants, qui trouve Hitler enfermé dans sa salle de bain ; lorsqu'il veut fuir, il se heurte à la porte à son père et des hommes en blanc venus lui mettre la camisole de force. Il associe : « je ne sais pas comment Hitler est entré dans la salle de bain puisque j'avais fermé la porte et la fenêtre ». Lorsque je lui dis que c'est lui en tant que rêveur qui a fait entrer Hitler, il me dit qu'il reconnaît le Hitler de 1924 (il est historien). « C'est quoi pour vous le Hitler de 1924 ? » lui ai-je demandé. « C'est le Hitler architecte qui conçoit une ville en vue de sa destruction ». Ce rêve inaugurateur de l'analyse de ce patient, illustre bien combien le mélancolique est l'architecte qui s'ignore de sa propre destruction.

La dette comme chiffrage du Rien

Selon le *Trésor de la langue française* une dette est une obligation – financière ou morale - qu'un débiteur est tenu d'exécuter envers son créancier. Elle implique un devoir de reconnaissance, un engagement. On peut : avoir, contracter, faire une dette, être en dette, être accablé, abîmé, criblé, perdu de dettes. Face à cette dette, on peut soit porter un acte de réparation : acquitter, éteindre, liquider, payer, effacer, épouser, rembourser une dette, s'en libérer. Soit, comme le stipula un tribunal à une de nos patientes mise en curatelle pour avoir accumulé des dettes : « la situation est irrémédiablement compromise ». L'effacement de la dette déclencha chez cette patiente un effondrement, perdant du coup sa compagne de vie nommée Dette.

Schuld en allemand désigne aussi bien la dette que la faute (donc le tort, la responsabilité, la culpabilité). Est devenue célèbre dans l'histoire de la psychanalyse la dette de jeu obsessionnelle de *L'homme aux rats*. Mais peu d'ouvrages ou d'articles couplent, à notre connaissance, la dette et la mélancolie. Citons cependant Robert Burton⁶⁸ qui établit un lien très étroit entre l'état intestinal du patient et son degré de mélancolie, se traduisant par la recherche de remèdes adaptés. Soulignons que le discours du mélancolique est d'après notre expérience parcouru de références scatologiques, comme si le sujet éprouvait un malin plaisir à venir souiller le lexique de la plainte. Dominique Scarfone de son côté tente de comparer l'univers de la mélancolie et celui de la dette dans *La ruse mélancolique*⁶⁹. Gorana Bulat-Manenti quant à elle parle de la dette imaginaire du mélancolique « imposant une oblativité sans frein », et de « la dette symbolique et l'ambivalence concernant le complexe paternel ». Faire un emprunt à l'autre pour régler sa dette, c'est virer au compte de l'autre une haine cruelle, selon Jacques Hassoun⁷⁰. L'incorporation mélancolique permet au sujet, en s'attaquant à lui-même, de ne plus avoir de comptes à rendre à personne ; ce qui lui permet de combiner jouissance et cruauté.

⁶⁸ Robert Burton, *Anatomie de la mélancolie* (1621), Gallimard, Paris, 2005.

⁶⁹ Dominique Scarfone, « La ruse mélancolique », Libres cahiers pour la psychanalyse, 2008/2 N°18, p. 75-81.

⁷⁰ Jean-François Lyotard, *Le Différend*, Éditions de Minuit, 1981

⁷⁰ Jacques Hassoun, *La cruauté mélancolique*, Aubier, 1995.

La conceptualisation de la mélancolie est marquée d'une dette : celle de Freud à Abraham. Alors que Freud insiste sur le déchaînement de la haine du moi contre l'objet, et la relie au deuil, Abraham met en exergue l'exercice des auto-reproches, et la couple avec la manie. Freud insiste sur la culpabilité à l'égard du père, alors qu'Abraham insiste sur la configuration maternelle dans la mélancolie, et sur la problématique féminine (prééminence du féminin sur le maternel chez la mère du mélancolique).

Ne pas payer sa dette c'est s'installer dans une banqueroute psychique, et vivre un endettement coupable, une sorte de faillite subjective. C'est une modalité du don contre-don bien connu des sociologues. Une reconnaissance de dettes mutuelles n'échappe pas à la logique échangiste, comme le développe Nathalie Sarthou-Lajus⁷¹ : selon elle, la dette - qui forme une trilogie avec le devoir et la faute - est une expérience fondatrice du lien social, dont on peut faire l'éloge ou en dénoncer la perversion.

Le sujet mélancolique est assailli par une reconnaissance de dette impossible, qu'il vit comme une persécution à laquelle il ne peut échapper ; l'autre est pour lui un créditeur qui lui demande de rendre des comptes, donc le culpabilise et l'angoisse. Endetté à perpétuité, ne réussissant pas à épouser sa dette, le sujet mélancolique s'inscrit dans la contrainte à la répétition (*Wiederholungzwang*) où se complet la pulsion de mort.

Une figure littéraire du mélancolique endetté nous est donnée par Shakespeare dans sa comédie *Le marchand de Venise*, où Antonio accepte de s'endetter en empruntant 3000 ducats au juif Shylock, pour venir en aide à son jeune ami Bassanio désireux de conquérir Portia. Le contrat initial - entre ce couple infernal du mélancolique et de l'avare - stipule que si Antonio ne parvient pas à rembourser sa dette, Shylock sera en droit de lui prélever une livre de chair. Or Antonio va « tout perdre ». Et au moment où Shylock va trancher à vif dans les chairs, Portia, déguisée en docteur de la loi, fait remarquer que le contrat spécifie « une livre de chair, ni plus ni moins : et que pas une goutte, une seule goutte de sang ne coule », sinon Shylock porterait atteinte, en blessant un citoyen vénitien, à la loi de Venise. Raphaël Draï démontre⁷² que *Le marchand de Venise* se fonde sur un double talion : « celui que Shylock, par légalisme obsessionnel et esprit de vengeance prétend exercer sur Antonio, et celui dont il finit par ce fait même, par être la victime inattendue ».

Marie-Claude Lambotte dans « L'objet du mélancolique⁷³ » évoque le destin du sujet mélancolique qui « le maintient dans un rapport à l'objet à travers la figure du négativisme qui va jusqu'à nier son propre moi dans le 'je ne suis rien'. Mais on sait que le rien n'est pas rien ». Rappelons l'étymologie du mot « rien » apparu au XI^{ème} siècle, et qui vient du latin *rem*, accusatif de *res* la « chose ». Féminin jusqu'au XVI^{ème} siècle, avec le sens de « chose », on en trouve le masculin depuis le XV^{ème} siècle ; il est devenu négatif au XVI^{ème} siècle avec l'emploi de « ne » et « pas ».

L'identification du sujet mélancolique au « rien » lui permet de se retirer du monde dans une dynamique autodestructrice. Mais pour avancer sur le positionnement du mélancolique face au rien, rappelons ce que souligne Lacan : derrière l'image, il y a un

⁷¹ Nathalie Sarthou-Lajus, *L'éthique de la dette*, Paris, PUF, 1997.

⁷² Raphaël Draï, *Le mythe de la loi du talion*, Paris, Anthropos, 1996, p.29.

⁷³ Marie-Claude Lambotte, « L'objet du mélancolique », *Essaim*, 2008/1 (n°20) *L'exception mélancolique*, Eres, 2008.

objet réel⁷⁴ qui, dans la fonction du voile⁷⁵, s'appelle le rien. Comme le précise Gisèle Chaboudez⁷⁶, « le mélancolique ne méconnaît pas cette présence de l'objet derrière l'image, et c'est dans cette mesure même qu'il tente de l'atteindre en attaquant sa propre image ». Lacan propose de comprendre la différence entre la mélancolie freudienne et le deuil en faisant appel à la distinction entre l'objet *a* et l'image de *a* *i(a)*. Chez le mélancolique « c'est l'objet qui triomphe », « objet *a* qui le transcende, dont la commande lui échappe – et dont la chute l'entraînera dans la précipitation-suicide⁷⁷ ». Cette néantisation symbolique - outre court-circuiter les interprétations, la chaîne associative et le transfert - se manifeste aussi au moment du règlement des séances : porte-monnaie vide, carte avalée pour tirer du liquide, chèques laissés en blanc, etc.

Auguste, Hitler, Heidi et la tante Dette

Auguste porte un nom patronymique qui est celui d'un des grands hommes de l'histoire. Il se place dès les premiers entretiens dans une position de sujet supposé savoir, ayant thésaurisé selon lui assez de savoir sur les bancs de l'université, lors de son doctorat d'histoire, pour venir réduire à rien tout ce qui serait de l'ordre d'un savoir analytique. Il pose d'entrée de jeu les règles : « je vous épargne⁷⁸ d'avance tout le bla-bla sur Œdipe et compagnie. De toute façon, mes origines il y a longtemps que j'ai coupé avec. Ma mère juive n'a pas été foudue de mourir à Auschwitz avec les autres. Mon père catholique n'a pas été foutu de devenir un juste parmi les Justes et de sauver des juifs. Donc je viens de rien ! ». Ce père médiocre, bon à rien, ne mérite même pas sa haine. Ce vieux, ce con, il en refuse les mails, les appels, et les chèques qu'il lui envoie. « Je préfère ne rien avoir plutôt que de toucher un seul sou de ce moins que rien ». Rien est le Nom-du-Père. Mais dans cette impasse, une suppléance du père tient le coup : le parrain, qui n'a aucun lien avec la famille, mais a été sauvé par le père lors d'une noyade. Ce parrain qui a une dette de vie envers le père, adresse des chèques à Auguste et l'invite à manger en lui faisant cuire 200g de viande rouge (confirmant l'hypothèse chère à Abraham d'une pulsion cannibale qui serait inhérente à l'identification mélancolique⁷⁹). Mais Auguste ajoute : « il n'est pas question que cet argent me fasse vivre. Je le dépense dès le lendemain pour acheter de l'herbe ». Ce jour là, au lieu de parler du parrain, il dira le « pas-rien ». Quand je le lui ferai remarquer, il me dira « rien vous échappe à vous » !

Le compte amputé des avoirs du père ne supporte aucune prothèse, pas même celle du parrain, présentifiant là une figure pathologique de la castration. Lorsque je tente d'aborder avec lui cette dette qui fait symptôme, il me rétorque : « mais je ne suis pas une tantouse moi ! ». Et fier de son mot d'esprit, il me dit que ses associations le mènent à Heidi et sa tante Dette qui abandonne sa nièce aux mains du grand-père. Or peu de

⁷⁴ Lacan, Séminaire *L'angoisse* (1962-1963).

⁷⁵ Claire Gillie, « L'accord de Tristan ; l'impossible accord du voile et de la voile », in *Ecouter Wagner*, Revue Topiques, 2014.

⁷⁶ Gisèle Chaboudez, « Raison mélancolique », *Figures de la psychanalyse*, 2013/2 n° 26, p. 27-38.

⁷⁷ J. Lacan, Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse* (1962-1963), Paris, Le Seuil, 2004, p. 387-388.

⁷⁸ C'est nous qui soulignons.

⁷⁹ Ce qui nous permet d'entendre la régression orale cannibale comme tentative de restitution d'une relation à l'objet de la perte anale empreinte d'hostilité, et dont la dette peut-être le paradigme.

temps après, le grand-père d'Auguste vient à mourir. Auguste refusera l'héritage. Pour lui, chroniquement déçu et trahi, il est trop tard pour que le père vienne « boucher les trous » de la banque. Et Auguste estime qu'il n'a plus rien à perdre parce qu'il a déjà tout perdu, selon une formule bien repérée par Marie-Claude Lambotte⁸⁰. Autrement dit le Rien enfante la Dette : un Rien chiffré dont il se plaît séance après séance à me rendre compte, façon pour lui de ne pas rendre *des* comptes. Mais également façon de me faire dé-chiffrer que quelque chose augmente : les chiffres de la dette gonflent. Trois mois auparavant, il était en train de faire le compte à rebours des mois qui lui restaient à vivre avant de se suicider.

Il arrive un soir ayant bu et fumé de l'herbe, et me dit d'un air léger et dégagé : « vous avez failli ne pas me voir ce soir ! J'ai voulu me suicider hier, et même pour ça je suis nul. Je n'ai pas réussi à faire un noeud qui tienne et la corde a lâché ». Il s'anime en décrivant longuement sa mise en scène, et son hésitation à laisser une lettre à sa mère ou à moi-même. Au moment de sortir, il avisa une guitare dans mon cabinet à laquelle il manquait une corde, et me dit : « je pourrai venir plus tôt la semaine prochaine vous apporter une corde pour remplacer celle qui manque ». D'une corde à l'autre, Auguste me suppose des manques à combler voulant en quelque sorte renflouer mon compte !

Entre-temps il rencontra une femme, plus âgée que lui et mariée (mariage blanc pensait-il). Elle eut vite fait d'être fatiguée de sa boulimie sexuelle. « Elle me tourne le dos pour s'endormir, me laissant sur ma faim. Ce n'est pas une femme que j'ai à côté de moi, mais un rien déguisé en pyjama ». Cette réduction du désir au rien est une modalité de jouissance qui exclut l'autre, momifié dans un tissu exempt de tout fétichisme. Mais plus que le pyjama, c'était le désir d'enfant exprimé par cette femme qui lui laissait entrevoir la défroque d'une mère assimilée au ravage, et l'annulant comme sujet. Dans ce lit déserté par le sexuel, c'est l'angoisse qui venait se coucher à côté de lui, nous rappelant ce qu'écrivait Freud dans son « Manuscrit G » : « La mélancolie se combine typiquement avec une angoisse grave⁸¹ ». Cette angoisse, il la retrouva sur la scène professionnelle où les premiers mois de nomination à un poste⁸² le firent basculer dans une effervescence maniaque ; il se fit alors le leader à contre-emploi de l'équipe – « des bras cassés » selon lui - exerçant à l'encontre des autres ce que Jules Cotard appellera des « négations métaphysiques⁸³ ».

Un soir, un voisin eut la mauvaise idée de mourir dans l'appartement qui était au-dessus du sien. Il n'apprit la nouvelle que le lendemain. Il fut persuadé que ce voisin avait voulu lui dire quelque chose avant de mourir : le signe en était sa lampe de chevet qui s'était mise à clignoter de façon rythmique. Or cette lampe, cela faisait un mois qu'il en parlait, faisant des clignotements une preuve de l'état de vétusté de sa maison. Brusquement cette lumière clignotante devint comme un langage morse, phénomène élémentaire qui le fit s'avancer sur le fil du rasoir de la psychose. Il se crut alors missionné par les morts pour les faire passer dans l'au-delà. Lui qui voulait mourir, il se

⁸⁰ Marie-Claude Lambotte, « La maladie du savoir », *Cahiers du cinéma*, n° 669, juillet-août 2011 et aussi « L'objet du mélancolique », *Essaim*, 2008/1 n° 20.

⁸¹ Freud 1956c. « Manuscrit G » (1896), tr. fr. dans *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, p. 91-97.

⁸² Après de longs mois sans travail, et sans indemnités de chômage !

⁸³ Jules Cotard, « Du délire de négation » Article parut dans les « Archives de Neurologie, revue des maladies nerveuses et mentales », (Paris), tome IV, 1882, pp. 152-170 et pp. 282-286.

trouvait le vivant devant demeurer sur terre pour les aider à partir. La mort avait changé de camp⁸⁴. Il alla consulter un mage pour acquérir la clairvoyance⁸⁵, mais se fatigua bien vite des exercices imposés collectifs lui faisant perdre sa place privilégiée de fils spirituel du gourou. Il passa alors du gourou à des entités supérieures plutôt pacifiantes, qui lui recommandèrent de remplir sa mission sur terre, à savoir aider les morts. Du « Rien » fils de « bon à rien », il fut donc promu « Un », le seul à pouvoir incarner Charon et conduire les âmes sur l'autre rivage. Il eut désormais une dette vis-à-vis de la promesse faite à ces entités. Confirmant là le rapport étroit entre mélancolie et divination, fidèle sans le savoir à l'idée attribuée à Aristote que le mélancolique et le génie sont proches de nature, il trouva dans ces entités supérieures celles qui le reconnaissent comme un être d'exception.

De même que Jean Starobinski⁸⁶ relève que Baudelaire joue avec les rimes portées par le mot vide - avide, livide, Ovide - Auguste prit goût à jouer avec le mot dette : Claudette, Odette, détacher, détox, détour. Là où les chiffres atteignaient les sommets, ce furent dès lors une inflation de mots.

Ce que possède Auguste, comme le mélancolique endetté, c'est sa dette, et ne pas se défaire de cette dette, c'est paradoxalement assurer la survivance d'un objet. La dette ne s'éteint pas, se nourrit des impayés, et appauvrit l'autre. Mais Lacan nous met en garde contre cette apparente non-action mise en œuvre, pour mettre l'accent sur l'objet - annulé symboliquement comme « rien » - et qui place à son tour l'autre dans une situation d'impuissance. Et bien entendu l'analyste fait les frais – c'est le cas de le dire - de cette annulation symbolique. Auguste partit plusieurs fois de ses séances en traînant, débordant sur le temps du patient suivant, donc en demandant un rabais de temps.

Je reçus un jour un appel téléphonique pour une urgence⁸⁷. Passant dans la pièce d'à côté j'ai répondu laconiquement : « vous partez avec l'ambulance, je vous rejoins dans une heure ! ». Il s'en est suivi un long silence pour Auguste, qu'il rompit en me disant : « si c'était moi le moribond sur une civière, je n'aimerais pas qu'on me fasse attendre ! ». Cette identification du moi avec l'objet abandonné⁸⁸, Lacan la reprend en parlant d'identification au corps déchet ; le « je ne suis rien » se rapproche du « « manger rien » de l'anorexique. Autrement dit à une position désirante telle que la décrit Lacan : « Rien, c'est justement quelque chose qui existe sur le plan symbolique⁸⁹ ».

⁸⁴ Et je le lui dis quand je sentis le moment opportun de le faire.

⁸⁵ Et puis surtout il fut fier de m'annoncer qu'il était désormais mon égal, car - jouant avec mon prénom Claire - il pouvait se dire « clairvoyant ».

⁸⁶ Jean Starobinski. *L'Histoire du traitement de la mélancolie*, thèse datée de 1960, *La mélancolie au miroir* (1989 chez Julliard), et *L'Encre de la mélancolie* Postface de Fernando Vidal Paris, Éd. du Seuil, 2012.

⁸⁷ D'habitude je mets mon téléphone en silencieux et ne réponds pas, mais je savais ce jour-là qu'il y avait risque.

⁸⁸ Freud, « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, coll. « Folio essais », 1968, p. 155-156.

⁸⁹ Lacan, *Le Séminaire*, Livre IV, *La relation d'objet*, Paris, Le Seuil, 1994, p. 184-185.

Et l'analyste ? Fossoyeur ou convoyeur de fonds ?

Alors pour l'analyste convoqué par le patient à être son fossoyeur, quelle place tenir dans la cure du mélancolique endetté ? Créditeur ? Débiteur ? Assureur ? Convoyeur de fonds ?

Si le sujet ne sait pas de quel objet il porte le deuil, il va falloir avec lui constituer ou reconstituer cet objet qui manque à l'appel, et l'aider à affronter sa peur de l'intrusion ou l'envahissement cauchemardesque de l'autre ; et c'est là que l'interprétation peut faire violence. Sauf à se rappeler ce que Jacques Hassoun dit du « désir de l'analyste » qui « est convoqué à une interprétation qui fait office de création » et peut « faire advenir le désir du vivant⁹⁰ ».

L'arrivée d'une somatisation, accueillie par le sujet comme l'ange précurseur de la mort, vient réveiller le corps mélancolique gelé et pétrifié. Auguste raconta ce qui s'est passé le jour où sa mère lui fit un bifteck de 100 g au lieu de 200 g, le laissant sur sa faim. Auguste boudeur s'allongea sur le lit de sa chambre d'enfant. C'est alors qu'il sentit tout son côté gauche ankylosé, puis parcouru de picotements et de frissons, signes du corps qu'il interpréta comme signe avant-coureur d'un AVC. Lorsque je lui dis qu'il avait « perdu sa moitié », il voulut couper court et me dire « je m'embête à mourir », mais il s'entendit dire « je m'endette à mourir ». Et ce jour là il paya la moitié de sa séance. Lorsque je lui fis remarquer le lien entre cette moitié manquante et son dire durant la séance, il nia. Mais il dut re-sonner à ma porte car il avait laissé la moitié de ses affaires : son casque et son écharpe.

J'ai décidé alors d'instituer un paiement symbolique⁹¹. « Alors je ne pourrai plus me payer de mots ? » dit-il avec un humour grinçant. En rappelant que « se payer de mots », c'est parler en sachant que tout ce qu'on dit n'a aucune importance, et que ce n'est que du vent.

A la séance suivante, il apporta un texte qu'il avait écrit :

Qui l'emportera du silence ou des larmes?

Quand la pierre rugueuse s'efforce de s'émousser à la caresse du temps...

Quand le grillon mélancolique strie le silence de ses appels solitaires...

Quand l'écoute fatiguée d'espérance se ferme à l'artifice des mots perdus...

Quand l'attente fatiguée de solitude se terre dans l'immondice du silence reclus...

Qui me portera mes silences et mes larmes?

Il posa le papier sur le divan, rajoutant : « s'il était resté chez moi, je l'aurais déchiré »...

⁹⁰ Jacques Hassoun : « La Cruauté mélancolique », op.cit.

⁹¹ Comme on peut le faire avec des enfants ou des adolescents.

Hélène Godefroy - El grito suspendido d'Eduardo Munch

Lo que me cuestiona aqui (ya que se habla de sufrimiento), « que es lo que llamamos traumatismo ? ». De que se trata en realidad ?

Para mi, este cuadro d'Eduardo Munch : El grito (pintado en 1893), que parecia escandaloso en aquella epoca (de tanto que terrorizaba!), tiene este genio de seguir interpelandonos hoy en dia..., convocando en nosotros ese mismo sentimiento de espanto.

Munch era un gran depresivo... seguramente sobre la vertiente melancolica...

Y es probablemente porque pudo crear sus pinturas que ha podido vivir hasta los ochenta anos (... sin suicidarse!)

Salvo que los nazis, ellos, lo trataron decididamente de « degenerado »... !

Y eso porque no podian sino ser disturbado por este realismo (psiquico) que Munch ponia a la luz del dia (por su creatividad) !...

Su historia era atravesada por acontecimientos dolorosos. De ahí resultaba que tenia una sensibilidad psiquica que casi no podia disfrazar. Que le permitia de coger fantasmas fundamentales casi en directo...

Todos aquellos fantasmas de estructura (que hoy en dia nosotros somos capaces de identificar), los llevaba al escenario en sus pinturas ! (asi, por ejemplo, el del asesino o el de la « vina-virgen-colorada »). (Todo aquello perturbaba a los nazis...!)

Y pues, como representacion fundamental, nos ha pintado esa « boca »... ! Una boca aullando... Un alarido que yo escucho del lado clinico (y esto nos concierne a todos) de sonar que tenemos ganas de gritar, pero el sonido no sale... ! Nuestro grito permanece mudo.

Es de aquello que les quiero hablar... para hablar del nacimiento del traumatismo. De que manera el efecto del traumatismo se inscribe en la estructura del sujeto ? Como se desenvuelve aquello del punto de vista economico ? Que es lo que hace en realidad el traumatismo ?

Para mi ese cuadro figura de manera tipica el proceso traumático.

En primer lugar porque me impresiona el sonido que no sale de aquella boca... o si sale, sale mudo !

Porque pienso mudo ? Porque el personaje del cuadro (que nos represta a todos, ya que es asexuado... no se puede identificar si es mujer o varon !) el personaje se tapa las orejas ! Y se tapa las orejas, es porque su grito es inaudible (demasiado doloroso) ? O porque no tiene sonoridad (el en sentido acustico del termino) ?

En todos los casos, hay algo ensordecedor en ese cuadro... ya que tiene algo sordo ! Y por eso me hizo pensar al oido. El oido no ha sido señalado como siendo el objeto de

una pulsion parcial (ni por Freud, ni por Lacan)... Seria por que tiene mas que nada un papel de vector... que desde el principio participaria al proceso de simboloizacion ?

La simbolizacion, que es ? Es la puesta en palabras. Pero una puesta en palabras que el sujeto no puede obviar, necesitandola, (para apropiarse de lo que dice), tiene que hacer sentir *sus propias palabras*. Es eso lo que divide, y pues subjetiva... si no, no funciona ! Si su propio grito no le vuelve por la orejas, la *division* es imposible. Entonces ahí es ensordecedor...

Entonces, que es lo que el pintor ha querido decir pintando ese vacio vocal... ? Donde no se puede saber si sale algun sonido ?

En los suenos, cuando eso acontece, es una pesadilla, apuntando asimismo hacia el punto de origen del mismo traumatismo ! (pero voy a volver sobre esto... porque el traumatismo tiene una logica cronologica.

Primero, lo que hace trauma (en el sentido pathologico), *lo que hace sufrir* en todos estos episodios traumaticos que encontramos en la vida, nunca compiten al mismo acontecimiento !

El dolor psiquico (engendrado por una situacion) que se vive al presente es, de hecho, un afecto muy antiguo, que por largo tiempo se ha quedado mudo y congelado !... Ese afecto doloroso desgarra brutalmente del pasado (donde quedo almacenado, « atrancado » dice Freud) y vuelve en directo a la conciencia, para conectarse al presente acontecimiento.

De hecho, es sobre todo el presente acontecimiento que, por su impacto, se pone en eco con un acontecimiento pasado, y pues abre una brecha en el rechazo. Por eso convoca los afectos del acontecimiento anterior.

En el fondo, el acontecimiento presente sobre todo tiene un papel disparador (es tal como una valvula !) : permite la evacuacion de un exceso de excitacion, de un condensado de afecto que, liberandose, invade a lo psiquico y lo desborda.

Ese acontecimiento disparador es ademas generalmente a menudo anodino (no se entiende forzosamente porque puede depresionar) (puede ser, por ejemplo, un encuentro, una discusion, una mudanza, un acontecimiento en lo del vecino... Pero tambien puede ser un acontecimiento tal como un accidente, un duelo, una violacion, un ataque terrorista... que de por si son acontecimientos objetivamente traumaticos).

Ahi vamos a ver como diferenciar el acontecimiento traumatico *real* del traumatismo propio al sujeto... (lo que le pertenece psiquicamente... que sea un vivido como objeto tanto como sujeto.

Asi es que hay ese acontecimiento disparador... y hay ese acontecimiento anterior a la causa del trauma, que de golpe viene a la superficie ?

Pero que es ese acontecimiento que viene de otros tiempos ?

Siempre es un acontecimiento que tiene lugar en la infancia... Concierne cada cual. Lo que el nino va vivir de traumático, es porque de golpe esta enfrentado a una situación inesperada, lo que va (a pesar de si mismo) y sufrir y experimentar pasivamente. Lo que sufre pasivamente (y que hace traumatismo) *es su propio desperte pulsional que le toma de sorpresa* (por el hecho del acontecimiento). Precisamente... no es el acontecimiento mismo... pero mas que nada lo que este genera en cuanto a excitación (en alta dosis).

Puede ser el desempeño materno excesivo, o por lo contrario el abandono, la seducción infantil, existen las famosas « caricias » (contactos) por parte de un hermano o de un adulto... *todo aquello... deja huellas psíquicas en exceso, que saturan y quedan suspendidas* (lo pulsional invade al nino en su cuerpo, pero propagando forzosamente en el mismo tiempo su huella en el espacio psíquico).

Salvo que el no puede reconocer el acontecimiento, al nivel de pensamiento. Porque lo vivió como ajeno a la situación, lo vivió pasivamente, como un objeto inanimado ; y a su vez como si fuera el objeto (sin saberlo) de una llamarada repentina, que (siendo imposible de reconocer) de pronto se ha rechazado... y nada más !...

El acontecimiento no siendo identificable, no puede ser clasificado como *traumático* por el nino ; Freud decía que el acontecimiento era inconciliable (y que es eso es motivo por el que se lo rechaza). Pienso mas bien que el nino no puede darle una significación, es decir identificarlo. Lo desborda, eso le angustia.

Pero a nivel de sentido, *eso no tiene huella* (este hueco en el sentido, es decir en la cadena que asocia *las representaciones de palabras*, falta un eslabón, una palabra, un significante... algo de lo real que no adquiere sentido...)

Ese hueco, no es un hueco en lo real (el que se rechaza, ya que la huella psíquica, con el desperte pulsional, ella, se inscribió... y se rechaza).

En cambio, ese hueco en el sentido, que se quedó abierto (tal como la boca del cuadro) hace que el acto del que fue objeto permanece en el como un acto ajeno. *No puede apropiarselo como tal*, es decir otorgarle un efecto pathogénico. Lo vivió pulsionalmente... es todo ! Y ese pulsional se queda en estasis, sin significación.

Resulta que el nino permanece como objeto de ese acontecimiento 1º hasta que ese se vea fuera de tiempo promovido como traumatismo (con un segundo acontecimiento que hará eco de modo pathogénico, por conexión). Pero, hasta ahí, el nino jamás será sujeto de eso... No es jamás sujeto... pero al mismo tiempo, eso va ser una parte de su historia subjetiva... ese momento de objetivación se inscribirá subjetivamente en su memoria psíquica...

Puede haber una tentativa de subjetivarse... una veleidad de librarse de lo sufrido pasivamente, de descargarse de aquel exceso pulsional pegando un grito ... pero, es, en ese momento, todavía sin poder entender el sonido de su propio grito... el tiempo que el nino no llegue a poner significación sobre ese acontecimiento, no puede apropiarse su acústica, es decir lo *entendible*. Mas aun, puede poner en duda la realidad de lo que le

acontecio (« eso de verdad paso ? »). Queda fijado del lado del sentido.

Y precisamente, Munch, explica que ese *Grito* ha sido inspirado pour une *alucinacion*, que sufrio durante un paseo... Y a este proposito, dice : « *Sentia un grito infinito que desgarraba la Naturaleza* ».

De golpe, Munch me empujo a llevar mi busqueda mas alla... incitandome a hacer un paso aun mas atras, en el desarrollo infantil, a los fines de volver hasta ese momento originario que, pienso, es el punto-raiz del traumatismo.

Creo que en la historia de un traumatismo, el proceso alucinatorio no es de deatender. Es ademas lo que decia, acerca del 1º tiempo del traumatismo, uno se pregunta si el acontecimiento realmente paso... !

Y la pregunta surge porque hubo ese pasaje precursor alucinatorio (que no es psicotico) que tiene su fuente en el curso estructural del desarrollo : cuando el recien-nacido quiere recobrar aquel momento en que se vivio completo al tiempo de su primera mamada.

Alucina el seno como siendo presente, ahí mismo, para realizar su deseo (su muy primer deseo, en el sentido que ubico la primera division en esa entrada *alucinatoria*).

Ese segundo momento *originario de vivirse completo*, que se quiere recobrar y queda suspendido al hecho de la alucinacion. Para rechazarse definitivamente en aquel momento...

El germen del trauatismo se ubica en el preludio de ese vivido originario de *sentirse completo*.

Por que ? Porque, antes de entrar en ese momento en que se vivo originariamente completo... el nino sufre un muy primer conflicto, muy poco despues de su nacimiento, en el que forzosamente es puro objeto : es la primera vez que sufre un acto sin saberlo, es decir que se ve cogido por sorpresa...

Empieza precisamente con la historia de la primera mamada... ! (la que puede ser identificada como huella originaria prototipica del traumatismo) que vamos a encontrar de vuelta despues.

Porque inmediatamente despues de su nacimiento, el nino no es el que pide a ser nutrido (el el comienzo, el no pide nada... no necesita de nada... salvo quizas que lo dejen quieto... ! Para el es el Nirvana, es decir un mundo *sin tension*.)

Es su madre (*la partera*) que obliga al nino a nutrirse, y que entonces le obliga a sufrir (sin que el lo sepa) ese momento originario de vivirse completo ! Y pues crea un trauma, creando en el nino la Demanda que va venir a continuacion...

Aquella famosa Demanda que, bien rapidamente, va llegar a ser demanda de amor (el principal motivo de sufrimiento).

Entonces hay esa primera mamada, que obliga al nino a *sufrir pasivamente eso de vivirse completo*... (y de paso le despierta la pulsion...) Ahí, el nino no tiene la significacion... pero sufre una sensacion !

Y viene aquella segunda mamada que el mismo busca (esta vez *activamente*), donde su

deseo de vivirse completo topa con una realizacion alucinaroria... que deja suspendida una huella psiquica... ya que en realidad nada paso...

Lo sufrido queda suspendido, tal como ese *grito infinito* (es decir sin borde), del que habla Munch. Ese grito infinito *desgarra la Naturaleza*. No divide, desgarra del lado del cuerpo... lo pulsional desgarra... Salvo que lo psiquico que esta naciendo todavia no posee la capacidad de significar, que en ese momento hay trauma... de paso, el grito permanece mudo... inaudible.

De aquel trauma (originario) encontramos la sensacion en diversas etapas. Hace varios saltos en el desarrollo de ciertos sufrimientos que el sujeto encuentra (tal como la seduccion) (pero siempre sin poder darle un sentido pathogeno). Es atizado, pero inmediatamente rechazado, a veces varias veces, antes de hacerse conocer despues, como trauma, cuando el sujeto se encuentra en una situacion (incluso anodina) que, bruscamente, lo *desgarra*...

El trauma es aun mas poderoso cuando el afecto en exceso, que se almaceno y acumulo a lo largo de las experiencias pre-pubertarias, vuelve a subir en directo (es decir con violencia) del muy mas alla del proceso alucinatorio... vuelve a subir esa boca abierta y aullando, del que el sonido quedaba suspendido por todo aquel tiempo...

Salvo que a partir de aquel momento, merced a ese acontecimiento disparador (que siendo adulto le viene como eco), ese efecto pathogeno (desgarrador) puede adquirir sentido... puede ser reconocido (por la cadena de los recuerdos), puede ser nombrado y pues verse apropiado de modo subjetivo.

Hélène Godefroy - LE CRI SUSPENDU D'EDVARD MUNCH

ce qui m'interroge ici, (puisqu'on parle de souffrance), « qu'est-ce qu'on appelle un traumatisme ? ». c'est quoi au juste ?

Pour moi, ce tableau *d'Edvard Munch : le Cri* (peint en 1893), -> qui était aperçu à l'époque comme scandaleux (tellement il terrifiait !), a ce génie de continuer aujourd'hui à nous interpeler ..., en convoquant en nous ce même sentiment d'effroi...

Munch était un grand dépressif...certainement sur le versant Mélancolique...
Et c'est sans doute parce qu'il a pu créer ses peintures, qu'il a pu vivre jusqu'à 80 ans (...sans se suicider !)
Sauf que les Nazis, eux, le traitaient carrément de « dégénéré ».... !
...Et ça...parce qu'ils ne pouvaient qu'être dérangés par ce réalisme (*psychique*) que Munch mettait à jour (par sa créativité) !...

Son histoire était traversée d'événements douloureux.. Du coup, il avait une sensibilité psychique à peine déguisée. Qui lui permettait de se saisir des *fantasmes fondamentaux* presque en direct...

=>Tous ces fantasmes de structure (que nous, aujourd'hui, nous sommes capables d'identifier), lui, il les mettait en scène dans ses peintures ! (=> comme, par ex, celui du « Meurtrier », ou celui de la « Vigne-vierge-rouge »). (-> tout ça, ça dérangeait les Nazis...!).

Et donc, comme représentation fondamentale, il nous a peint cette « bouche »... ! Une bouche hurlante... ! Un hurlement que j'entends souvent du côté de la clinique...(et ça nous concerne tous...) ...=> de rêver qu'on a envie de crier, mais le *son* ne sort pas... !.. Notre cri reste *muet*.

C'est de ça dont je veux vous parler ...pour parler de la genèse du Traumatisme.
Comment l'effet de Traumatisme s'inscrit dans la structure d'un sujet ? Comment ça se déroule du point de vue économique ? Qu'est-ce qui fait Traumatisme au juste ?

Pour moi ce tableau vient typiquement figurer le processus traumatique.
D'abord parce je suis frappée par le *son* qui ne sort pas de cette bouche... ou si il sort, il sort muet !
Pourquoi je le pense muet ? parce que le personnage du tableau, (qui nous représente tous {-> puisqu'il est asexué... on ne peut pas identifier si c'est une femme ou un homme !})...le personnage se bouche les oreilles... ! Et s'il se bouche les oreilles, c'est parce que son Cri est inaudible (...trop douloureux) ? Ou alors parce qu'il n'a pas de *sonorité* (au sens acoustique du terme) ?

En tout cas, il y a quelque chose d'*assourdissant* dans ce tableau... au sens où il y a quelque chose de sourd !

....

Donc, qu'est-ce que le peintre a voulu dire en peignant cette béance vocale... ? où on ne sait pas s'il y a un *son* qui sort ?

Dans les rêves, quand ça se produit, c'est un cauchemar... ! et je pense que ce tableau reproduit ce cauchemar, =>pointant en même temps le point d'origine du Traumatisme lui-même !

D'abord, ce qui fait « trauma » (au sens pathologique), *ce qui fait souffrir* dans tous ces épisodes traumatisques que nous rencontrons dans la vie, ne relève jamais de l'événement lui-même !

La douleur psychique (générée par une situation) vécue au présent, est, en fait, un affect très ancien, resté longtemps *muet* et gelé ! ...Cet affect douloureux s'arrache tout d'un coup du passé (où il est resté stocké, « coincé», dit Freud)...et remonte en direct à la conscience, pour se connecter à l'événement présent.

En fait, c'est surtout l'événement présent qui, par son impact, rentre en écho avec un événement passé, et donc ouvre une brèche dans le refoulement. Du coup, ça convoque les affects de l'événement précédent.

Au fond, l'événement présent a surtout un rôle *déclencheur* (c'est comme une soupape !) : il permet l'évacuation d'un excès d'excitation, d'un condensé d'affect qui, en se libérant, envahit le psychique et le déborde.

Cet événement déclencheur est d'ailleurs lui-même assez souvent anodin (on ne comprend pas forcément que ça puisse mettre en dépression).

....

....

Donc il y a cet événement déclencheur du trauma...et il y a cet événement précédent cause de ce trauma, qui tout d'un coup refait surface ?

Mais c'est quoi cet événement qui vient d'un autre temps ?

C'est un événement qui se passe toujours dans l'enfance... Ça concerne tout le monde.

Ce que l'enfant va vivre comme traumatique, c'est, *parce que* tout d'un coup il est confronté à une situation *inattendue*, ce qu'il va (malgré lui) subir et éprouver *passivement*.

Ce qu'il subit passivement (et qui fait traumatisme) *c'est son propre réveil pulsionnel qui le prend par surprise* (du fait de l'événement).

Justement...ce n'est pas l'événement lui-même...mais plutôt ce que celui-ci génère comme excitation (à haute dose).

...

Le pulsionnel envahit l'enfant dans son corps, mais propageant forcément du même coup sa trace dans l'espace psychique.

Sauf que l'événement n'est pas *reconnaissable*, par lui, au niveau de sa pensée. Parce qu'il l'a vécu comme *étranger* à la situation, il l'a vécu passivement, comme un objet inanimé ; et en même temps comme étant l'objet (à son insu) d'une flambée soudaine, qui (parce que tellement i-reconnaissable) s'est refoulée aussi sec...

L'événement ne pouvant être identifiable, il ne peut être étiqueté par l'enfant comme *traumatique*. Freud disait que l'événement est inconciliable (et que c'est pour cela qu'il se refoule). Je pense plutôt que l'enfant ne peut pas lui donner une signification, donc l'identifier. Ça le déborde, et ça l'angoisse.

Mais au niveau du sens *ça n'a pas de trace* (ce Trou dans le sens, c'est à dire dans la chaîne qui associe les *représentations de mots*, il manque un maillon, un mot..un signifiant... quelque chose du réel qui ne prend pas sens...)

Ce Trou dans le sens, n'est pas un Trou dans le réel (qui lui se refoule, puisque la trace psychique, du fait de l'éveil pulsionnel, elle, elle s'est inscrite...et elle se refoule).

En revanche ce trou dans le sens, resté béant (comme la Bouche du tableau), fait que l'acte dont il a été l'objet, reste en lui comme un acte étranger. Il *ne peut pas se l'approprier* comme tel, c'est à dire lui octroyer un effet pathogène. Ça a été vécu pulsionnellement...c'est tout ! Et ce pulsionnel reste en stase, sans signification.

Du coup, l'enfant reste «*objet*» de cet événement 1°, jusqu'à ce que celui-ci soit promu comme un traumatisme dans l'après-coup (lors d'un 2° événement qui fera écho de façon pathogène, par connexion). Mais, jusque-là, il n'en ai jamais le *sujet*...

Il n'en ai jamais le *sujet*...mais, en même temps, ça va faire partie de son histoire subjective..ce moment d'*objectivation* va s'inscrire subjectivement dans sa mémoire psychique...

Il peut y avoir une tentative de se subjectiver... une velléité de se dégager de l'éprouvé subi passivement, de se décharger de cet *excès* pulsionnel en poussant un cri...mais c'est, à ce moment-là, sans encore pouvoir entendre le son de son propre cri... tant que l'enfant ne peut pas mettre de signification sur cet événement, il ne peut s'en approprier *l'acoustique*, c'est à dire *l'entendable*. Voire, il peut même mettre en doute la réalité de ce qui lui est arrivé (est-ce que ça a bien eu lieu ?). Ça reste figé du côté du sens.

Et justement, Munch explique que *ce Cri*, a été inspirée par une *hallucination*, qu'il a éprouvée lors d'une promenade... *Et, à ce propos, il dit : « Je sentais un cri infini qui...déchirait la Nature. »*

Du coup, Munch m'a fait pousser ma recherche plus loin... m'incitant à faire un pas encore plus en arrière, dans le développement infantile, pour remonter jusqu'à ce moment origininaire qui, je pense, est le point-racine du traumatisme.

Je crois que dans l'histoire d'un traumatisme, le processus hallucinatoire n'est pas à négliger..

C'est d'ailleurs ce que je disais, concernant le 1° temps du traumatisme, on se demande si l'événement a bien eu lieu... !

Et on se le demande parce qu'il y a eu ce passage précurseur hallucinatoire (qui n'est pas psychotique) qui prend sa source dans le cours structurale du développement : lorsque le nouveau-né veut retrouver ce moment de complétude vécu lors de sa 1^o tétée.
=>il *hallucine* le sein comme étant présent, là tout de suite, pour réaliser son désir (-> son tout 1^o désir, au sens où je situe la 1^o division dans cette entrée *hallucinatoire*).
-> ce 2^o moment de *complétude originel*, qui est recherché et reste *en suspend* au terme de l'hallucination. Pour se refouler définitivement à ce moment-là...

Le germe du traumatisme se situe dans le prélude de la *complétude originelle*. Pourquoi ? parce que, avant d'accéder à ce moment originaire de complétude... l'enfant subit un tout 1^o conflit, juste après sa naissance, dont il est forcément purement l'*objet* : c'est la 1^o fois qu'il subit un acte à son insu, et donc qu'il est pris par surprise... Ça commence justement avec l'histoire de la 1^o tétée... !

.....
il y a cette 1^o tétée, qui force l'enfant à *subir passivement la complétude*... (et du coup, lui réveille la pulsion..). Là, l'enfant n'a pas la signification...mais il éprouve une sensation !

Et il y a cette 2^o tétée, que lui-même recherche (cette fois *activement*), où son désir de complétude rencontre une réalisation de type hallucinatoire...qui laisse une trace psychique en suspend...puisque rien ne se passe en réalité...

L'éprouvé reste en suspend, comme ce *cri infini* (donc sans bord), dont parle Munch. Ce cri infini *déchire la Nature*. =>il ne divise pas, il déchire du côté du corps...le pulsionnel déchire... Sauf que le psychique naissant n'a pas encore la capacité de signifier, qu'à ce moment-là il y a *trauma*... du coup, le cri reste sourd...non audible.

Ce Trauma-là (originale), on en retrouve la sensation à plusieurs étapes. Il fait plusieurs sauts dans le développement de certains éprouvés que le sujet rencontre (comme la séduction) (mais toujours sans pouvoir y donner un sens pathogène). Il est ravivé, mais refoulé aussi sec, parfois plusieurs fois, avant de se faire connaître dans l'après-coup, en tant que trauma, lorsque que le sujet se retrouve dans une situation (même anodine) qui, tout d'un coup, le *déchire*...

Le trauma est d'autant plus puissant, que l'affect en excès, qui s'est stocké et accumulé tout au long des expériences pré-pubertaires, remonte en direct (donc violemment) du fin-fond du processus hallucinatoire... ça remonte depuis cette bouche béante et hurlante, dont le *son assourdisant* restait depuis tout ce temps en suspend...

Sauf qu'à partir de ce moment-là, grâce à cet événement déclencheur (qui lui fait écho adulte), cet effet pathogène (déchirant) peut prendre sens ...il peut être reconnu (par la chaîne des souvenirs), il peut être nommé et donc être approprié de façon subjective.

Gomez Prieto ENTRE EL ELECTROSHOCK Y LA PALABRA: EL DOLOR DE EXISTIR

Muchas veces veo pacientes cronificados, psíquicamente invalidados, hipermedicados, anestesiados farmacológicamente, cuya capacidad de sentir la vida ha sido bloqueada. Enfriados en sus afectos, algunos pacientes están viviendo una anestesia por congelación. Creo, es nuestra labor, iniciar con ellos un proceso de desglaciación, punto crítico en el que el paciente se descongela, vuelve a la vida y aunque en ese volver a la vida reaparezca el dolor psíquico, que sea en compañía del analista para que pueda renegociar de nuevo con cada día. Que entre el sufrimiento y el placer se abra el camino de una posible mediación.

Pensaba en uno de mis pacientes, llamémosle Antonio que acudió a mi consulta tras haber pasado durante más de 10 años por varios tratamientos psiquiátricos, y que llegó vacío, hueco, roto. Como decía él, desesperado, desesperanzado, con un dolor psíquico como pocas veces había visto. Sus diagnósticos eran diversos, predominaba en él una angustia tan enorme que intentó en más de una ocasión quitarse la vida. Paciente grave, del que recojo unas palabras tras tres años en análisis:

"Sé y soy consciente de que hemos trabajado mucho, para poder de cualquier forma, mantener el barco, sí, nuestro barco a flote, llueva, haga calor y ante las tempestades más terribles, tu ya lo sabes, he ido a muchos profesionales, pero lo único que me ha situado muchas veces en la realidad, en la "que" vivimos todos, ha sido nuestro trabajo de análisis, con cada vez menos pastillas, aún reconociendo que ayudaron en su momento, sin electroshock, que me había hecho perder recuerdos ahora recuperados cuando acudí muerto en vida a verte. La palabra, la comprensión me pudo trasladar a un mundo real. Yo realmente nunca he vivido en un mundo real, yo he vivido el mundo que se ha creado en mi cabeza, muchas veces consciente en parte y muchísimas veces en el inconsciente, casi todas. No, no he sido una persona feliz, ni cuando era niño, ni en mi adolescencia, ni ya siendo un hombre, no te puedo decir el porqué, la verdad que aún se esconde detrás de mi dolor, pero ya que poco a poco voy trabajando contigo, hemos avanzado pasito a pasito, unas veces cuesta un gran esfuerzo mental y un terrible sufrimiento, porque muchas veces no tengo una contestación clara de donde me encuentro, y lo pasas mal. Después también está mi separación, mi hijo, mis padres, mis hermanos, todo es un cúmulo de cosas que me agota, y muchas veces me siento solo y destrozado, pero sé que este espacio que hemos construido es verdadero, un refugio que cada vez interiorizo más, un hogar ante mi falta de hogar"

Sería un imposible transmitir el desarrollo de todo el viaje analítico de Antonio, lo que es cierto es que la clínica no deja de ser para el analista un lugar de angustia y soledad. ¿Acaso no se trata en nuestra práctica que el sufrimiento psíquico se transforme en un relato sobre el cual se pueda opinar y pensar?

La clínica actual nos coloca frente a problemáticas que no consisten en el retorno de lo reprimido, propio de las formaciones del inconsciente, sino de vías de expresión que se deslizan hacia el cuerpo y la acción. El conflicto deriva en operaciones marcadas por el hacer en lugar del decir, desfallecimientos fantasmáticos y déficit de simbolización. Este tipo de clínica, predominante en la actualidad, nos convoca a un replanteo conceptual y nos obliga a una ampliación de nuestros modos de intervención.

Una sensación de irrealdad, de falta de afectividad, de futilidad, de inexistencia, fue lo que encontré en este paciente, Antonio, en las primeras sesiones.

Me surgen una serie de cuestiones a compartir con ustedes: ¿Es viable la interpretación metafórica cuando trabajamos con pacientes con escasa capacidad simbólica? ¿De qué manera seguir la fantasía cuando hay severas carencias fantasmáticas? ¿Levantar la represión, si la represión presenta fisuras y predomina la desmentida, escisión y la trama psíquica está agujereada? ¿Dónde atisbar la emergencia del deseo cuando nos encontramos con sujetos entregados al goce tanático? ¿Cómo rastrear las líneas asociativas cuando lo que no se puede lograr es justamente asociar, cuando la repetición no se despliega por la vía significante sino que persevera en las acciones?

Los problemas aludidos reflejan una dificultad en las redes de ligazón psíquica y las angustias suelen ser de tipo catastrófico, inundando a un yo que no dispone de los recursos anticipatorios de la señal de alarma. Allí donde falta la posibilidad de representación se desencadena la reproducción a través de la acción y es donde “el cuerpo conquista el territorio invisible del alma”.

En estas situaciones clínicas, a las que algunos llaman clínica del vacío, casos límite o “borderline” la tarea analítica deberá propiciar la complejización psíquica.

No se trata ya de hacer consciente lo inconsciente sino de operar sobre las fisuras que no han posibilitado que el conflicto pudiese efectuar sus retornos por las vías de las formaciones del inconsciente. Será necesario moderar la tendencia a la descarga pulsional directa y posibilitar el pasaje a un modo de transcripción simbólica. Algo así como promover el pasaje de un lenguaje existente a otro posible, como si conjuntamente con el paciente cruzáramos la frontera hacia otro país, con un código idiomático sólo parcialmente conocido por él.

Para que resulte posible, el analista debe estar en condiciones de escuchar ese discurso polifónico que le es destinado. A menudo nos encontramos “interviniendo” de un modo distinto, que a nosotros mismos nos resulta sorprendente en relación a modalidades interpretativas más habituales.

Tras un inicio difícil de su análisis, Antonio proyectaba en mí y me hacía sentir como en caída libre junto a él, como un avión en pérdida y me obligaba a mantener distancia. En ese contexto, una llamada mía telefónica supuso un inicio de punto de inflexión, algo

que sintió como compromiso de mi parte y que posibilitó comenzar a tejer una fina red de sostén.

Las intervenciones analíticas para este tipo de clínica operan para promover la ligazón psíquica. Tienden al progresivo tejido de tramas imaginarias, simbólicas, al enlace y transcripción de aquello que mientras continúe desligado hará compulsión hacia la vertiente tanática de la repetición.

Para ello, en ocasiones, el analista deberá ofertar sus propias representaciones a fin de propiciar vías de ligazón posibles a modo de “préstamo representacional” que promueva el despliegue de lo precariamente advenido.

Hablando de mi modo de trabajo con pacientes graves como Antonio, me siento como alguien que recoge pedazos, trozos de su historia y procede a la limpieza de ese material, situaciones de casos graves donde la angustia es muy regresiva y de fragmentación.

Tardó Antonio más de un año en venir a sesión con una carpeta roja, casi olvidada por él y que contenía esos fragmentos de su historia. Para alguien que llegó a vivir la experiencia del electroshock, digamos fue un logro reabrir su pasado, cuando ya se consideraba a sí mismo como un “despojo psíquico”.

Al abrir esa carpeta apareció el que fue en un pasado un reconocido artista, escultor, pintor, representando su espacio psíquico, sus ensoñaciones y aquellos lugares fuera de la palabra a través de matices de colores y trazos que cada día me sorprendían más.

Representación visual y palabra se complementan. Me permite compartir la contemplación de un mundo interno, insight a modo de paisaje íntimo, a menudo escondido por las nubes del inconsciente y la represión. Ese fascinante mundo en términos de objetos internos a menudo en conflicto. Cuadro global de un paisaje interior en expansión y con proyecciones en la superficie del espacio mental. En sus primeras sesiones predominaba aquello que Bion denominó terror sin nombre, de ese terror sin nombre al derrumbamiento hay solo un paso. El derrumbe evoca aquellas agonías primitivas del sujeto, angustias impensables, terrores que carecen de palabras para decirse. Fui acompañante, con Antonio, de la descompensación extrema, de un combate, de una búsqueda que ofreciera una primera respuesta opuesta al peligro. Les hablo, queridos colegas, de un espacio psíquico “más allá de la angustia”. Para abordar estas situaciones, en mi experiencia, es necesario perderse en el mundo psíquico del paciente y con él, pero de un modo que se garantice el retorno, a ser posible recuperando algunas partes del paciente que parecían abandonadas y destruidas. Restos de un naufragio psíquico en apariencia olvidados. Objetos internos erosionados y desconectados del otro. El inconsciente del analista, a modo de un sonar, debe rastrear en esa búsqueda junto al analizante y una vez sacados esos objetos de las profundidades tratar de

devolverlos a la vida, recomponerlos, unirlos e ir tramando una fina red de soporte psíquico donde ya no todo sea el vacío.

En Antonio la irrupción del desvalimiento se observa no sólo por la anulación de la vida de representaciones a modo de un desierto doloroso, sino a la vez por un ataque al encuadre analítico. Pero precisamente esa discontinuidad en el trabajo analítico, al punto del abandono del mismo, incluso con ausencias inesperadas a las sesiones era la condición que posibilitaba su continuidad. Ese no aviso le permitía seguir existiendo dentro de la expectación que generaba en mí como analista. Como pueden comprender en estos espacios la interpretación está fuera de lugar y lo que puedo ofrecer a un paciente en esa situación mental es mi propia paciencia, mi sostén y mi disponibilidad de otorgarle mi psiquismo a modo de balsa salvavidas.

He visto en Antonio un desvalimiento que significa la apertura máxima de la psique profunda, sin fondo, como un abismo, al mismo tiempo acompañado de la descalificación al otro, a mí mismo, como un intento de responder a la desesperación y de volver al objeto. El analista es ahí un faro en la tempestad.

En ese trabajo analítico, es necesario la salida a la luz de las fases emocionales arcaicas, pudiendo el paciente distinguir el terror al futuro del dolor por el pasado, donde pueda desarrollarse un fuerte vínculo con la figura del analista, evitando la compulsión de descargar la tensión en la acción inmediata. Hay momentos en que el paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el vacío que destruye su vida, ya tuvo lugar. En Antonio era persistente una ideación de ruina irreconciliable con cualquier tratamiento farmacológico, pero era un hecho escondido en el inconsciente que llevaba de aquí para allá y que proyectaba en el futuro.

Dejar la ruta es una forma de entrar en el bosque mágico, amenazante del sufrimiento, el vacío y la angustia. Ser analistas es también abandonar el camino de lo rutinario de nuestra existencia, tolerar cierta inseguridad excitante como trato de transmitirles en esta charla. Para mí la rutina es un modelo de seguridad con un precio, el del aburrimiento, porque nos evoca un recorrido ya conocido por un camino en que uno no se pierde.

Acompañar en su viaje analítico a pacientes con mucho sufrimiento psíquico, como Antonio, es una manera de perderme en una selva desconocida, pero también me permite aprender, acceder a su realidad secreta, sagrada y trabajar en una angustia compartida para seguir una senda que a veces se abre sobre un vacío tan aterrador que todo camino parecería bueno para escapar, fugas ante los otros en defensas malignas

narcisistas, fugas hacia los otros tragados como una droga, intentos de anidar en el otro o de enroscarse sobre sí mismo, conducen siempre a un abismo cuya profundidad no puede medirse, precipitación en actos automutilantes o toxicomaniacos con la fuga última hacia el suicidio en el horizonte.

¿A quién debemos descubrir? Yo creo que al niño agazapado en el fondo del hombre o la mujer que sufren y acuden a nosotros como analistas, niño doliente que entre la promesa de la infancia y las realizaciones de la vida adulta tenga algo mas que los escollos de la neurosis, la psicosis o los actos-síntomas. Que exista la promesa, como he tratado de transmitirles en la conferencia de hoy, de una nueva mirada, desvelamiento de lo insólito en lo cotidiano, protección contra las caídas, fe en la poesía de la existencia. Asistir en un análisis a la expansión de este intercambio es una experiencia conmovedora, ser testigo de su fracaso, una tragedia.

Y para terminar pensando en Antonio, ¿crear o morir? ¿Cuál será su elección final?

Gomez Prieto ENTRE L'ELECTROCHOC ET LA PAROLE : LA DOULEUR DE L'EXISTENCE

Je vois souvent des patients en situation « chronique », psychologiquement handicapés, surmédicalisés, pharmacologiquement anesthésiés, dont la capacité à sentir la vie a été bloqué. Refroidis dans ses affections, certains patients vivent dans un état d'anesthésie par congélation. Je pense que notre travail est de commencer avec eux un processus de déglaciation, le point critique où le patient est décongelé et revient à la vie, et bien que dans ce retour à la vie la douleur psychique réapparaît, il vaut mieux être en compagnie d'un psychanalyste afin de pouvoir renégocier tous les jours. Ouvrir la voie à l'éventuelle médiation entre la souffrance et le plaisir.

Je pensais à un de mes patients, appelons-le Antonio, qui est venu à moi après avoir subi plusieurs traitements psychiatriques pendant plus de 10 ans, et qui est arrivé vide, creux, cassé. Comme il le dit, il était désespéré, sans espoir, avec une douleur psychique comme j'ai rarement vu. Ses diagnostics étaient divers, prédominait en lui une si grande angoisse qu'il a essayé de se suicider à plusieurs reprises. Un patient sévèrement malade, de qui je recueil quelques mots après trois ans d'analyse :

« Je sais et je suis conscient que nous avons travaillé dur, pour pouvoir, d'une manière quelconque, garder le bateau, oui, notre bateau à flot, même s'il pleut, s'il fait trop chaud et face aux plus terribles tempêtes, tu le sais déjà, je suis allé voir pas mal de professionnels, mais la seule chose qui m'a placé plusieurs fois dans la réalité, dans « laquelle » nous vivons tous, a été notre travail d'analyse, avec de moins en moins de pilules, tout en reconnaissant qu'elles ont aidé à l'époque, et sans électrochoc, qui m'avait fait perdre des souvenirs, maintenant récupérés dès que je suis allé te voir mort en vie. La parole, la compréhension m'a déplacé dans un monde réel. En fait, je n'ai jamais vécu dans un monde réel, j'ai vécu dans le monde qui a été créé dans ma tête, parfois partiellement conscient et souvent dans l'inconscient... enfin la plupart. Non, je n'ai pas été une personne heureuse, ni comme enfant, ni comme adolescent, ni comme homme, je ne peux pas te dire pourquoi, la vérité qui se cache encore derrière ma douleur (mais puisque que je travaille progressivement avec toi, nous avons avancé à petits pas), me demande parfois un grand effort mental et une terrible souffrance, parce que souvent je n'ai pas une réponse claire sur l'endroit où je suis et je le vis très mal. Puis il y a aussi ma séparation, mon fils, mes parents, mes frères, tout est une accumulation de choses qui m'épuise, et je me sens souvent seul et brisé, mais je sais que cet espace que nous avons construit est vrai, un abri que j'internalise de plus en plus, une maison face à mon manque de foyer. »

Il serait impossible de transmettre le déroulement du voyage analytique d'Antonio à part entière, mais ce qui est certain est que la clinique ne cesse pas d'être un lieu d'angoisse et de solitude pour l'analyste.

Notre exercice professionnel, ne s'agit-il pas de faire que la souffrance psychique devient un récit sur lequel on peut donner son avis et réfléchir ?

La clinique actuelle nous met en face des problématiques qui ne concernent pas le retour de ce qui a été réprimé, typique des formations de l'inconscient, mais les moyens d'expression qui se glissent vers le corps et l'action. Le conflit entraîne des opérations marquées par le « faire » au lieu du « dire », la défaillance fantasmatique et le déficit de symbolisation. Ce type de clinique, prédominante aujourd'hui, nous appelle à faire un recadrage conceptuel et nous oblige à amplifier nos modes d'intervention.

Ce que j'ai trouvé chez ce patient, Antonio, lors des premières séances, était un sentiment d'irréalité, de manque d'affection, de futilité, d'inexistence.

J'ai une série de questions à partager avec vous : Est-ce que l'interprétation métaphorique est possible lorsque l'on travaille avec des patients possédant peu de capacité symbolique ? Comment poursuivre la fantaisie quand il y a de graves carences fantasmatiques ? Faut-il lever la répression, si la répression est fissurée et prédomine le désaveu, le fractionnement et l'intrigue psychique est percé ? Où entrevoir l'émergence du désir quand nous trouvons des sujets livrés à la jouissance thanatique ? Comment suivre les lignes associatives lorsque ce qui ne peut pas être fait est justement établi des liens, quand la répétition n'est pas affichée par la voie du signifiant, mais par contre elle persévere dans les actions ?

Les problèmes mentionnés ci-dessus reflètent une difficulté dans les réseaux de liaison psychiques et les angoisses sont souvent de type catastrophique, inondant ainsi un Soi qui ne dispose pas des ressources pour anticiper avec un signal d'alarme. Là où manque la possibilité de la représentation, la reproduction est déclenchée par l'action et est où « le corps conquiert le territoire invisible de l'âme ».

Dans ces situations cliniques, que certains appellent la clinique du vide, cas limites ou « borderline », la tâche analytique devra promouvoir la complexité psychique.

Il ne s'agit plus de rendre conscient l'inconscient, mais d'opérer sur les fissures qui n'ont pas permis au conflit de faire son retour par la voie des formations de l'inconscient. Il sera nécessaire de modérer la tendance à la décharge pulsionnelle directe et permettre le passage à un mode de transcription symbolique. Quelque chose comme encourager le changement d'un langage existant pour un autre possible, comme si avec le patient, nous traversons la frontière vers un autre pays, avec un code idiomatique connu partiellement seulement par lui.

Pour le rendre possible, l'analyste doit être capable d'entendre ce discours polyphonique qui lui est destiné. Souvent, nous « intervenons » si différemment que nous-mêmes sommes surprises par rapport aux modalités d'interprétation plus communes.

Après un début difficile de son analyse, Antonio projetait sur moi et me faisait sentir en chute libre à ses côtés, comme le décrochage d'un avion, et me forçait à me

tenir à distance. Dans ce contexte, un appel téléphonique a été un début de point tournant, c'était quelque chose qu'il a aperçu comme un engagement de ma part et qui a rendu possible commencer le tissage d'un fin réseau de soutien.

Les procédures analytiques pour ce type de clinique fonctionnent pour promouvoir la liaison physique. Elles ont tendance à tisser progressivement des trames imaginaires, symboliques, en faisant le lien et la transcription de ce qui, tant qu'il sera détaché, fera compulsion vers l'aspect thanatique de la répétition.

Pour cela, l'analyste doit parfois offrir ses propres représentations afin de favoriser des moyens possibles de liaison, comme un « prêt de représentation » qui favorise le déploiement de ce qui est arrivé de façon précaire.

En parlant de ma façon de travailler avec des patients gravement malades, comme Antonio, je me sens comme quelqu'un qui recueille des morceaux, des morceaux de son histoire et qui procède au nettoyage de ce matériel, des situations de cas graves où l'anxiété est très régressive et il y a fragmentation.

Antonio a pris plus d'un an pour venir à la session avec un dossier rouge, presque oublié par lui et contenant des fragments de son histoire. Pour quelqu'un qui a vécu l'expérience de l'électrochoc, ce fut une réussite rouvrir son passé quand il se considérait comme une « loque psychique ».

Lors de l'ouverture ce dossier, il est apparu celui qui était dans le passé un artiste renommé, sculpteur, peintre, représentant son espace psychique, ses rêves et des endroits en dehors de la parole avec des nuances de couleurs et des traits qui me surprenaient de plus en plus.

La représentation visuelle et la parole se complètent mutuellement. Il me permet de partager la contemplation d'un monde intérieur, comme un paysage aperçu intime, souvent caché par les nuages de l'inconscient et de la répression. Ce monde fascinant en termes d'objets internes souvent en conflit. Une vue d'ensemble d'un paysage intérieur en expansion avec des projections sur la surface de l'espace mental. Dans ses premières sessions, il prédominait ce que Bion a appelé la terreur sans nom, et de cette terreur sans nom à l'effondrement, il n'y a qu'un pas. L'effondrement évoque les agonies primitives de l'individu, les angoisses impensables, les terreurs pour lesquels il n'y a pas des mots. Avec Antonio, j'étais le compagnon de la décompensation extrême, d'un combat, d'une recherche qui donnerait une première réponse contraire au danger. Chers collègues, je parle d'un espace psychique « au-delà de l'angoisse ». Dans mon expérience, pour faire face à ces situations, il est nécessaire de se perdre dans le monde psychique du patient et avec lui, mais d'une manière qui assure le retour, si possible en récupérant certaines parties abandonnées et détruites du patient. Des vestiges d'un naufrage psychique apparemment oublié. Des objets internes érodés et déconnectés l'un de l'autre. L'inconscient de l'analyste doit, comme un sonar, suivre la piste dans cette recherche en compagnie de l'analysant, et une fois récupérés ces objets du plus profond, essayer de

les faire revenir à la vie, les recomposer, les joindre et commencer à tracer un fin réseau de soutien psychique, où il y aura plus que le vide.

Dans Antonio l'émergence de l'impuissance est observée non seulement par l'annulation de la vie de représentations par un désert douloureux, mais en même temps, par une attaque sur le cadre analytique. Justement cette discontinuité dans le travail d'analyse, au point de le négliger, même avec des absences imprévues aux séances, était la condition qui permettait sa continuité. Ce manque de préavis lui permettait de continuer à exister dans l'attente générée en moi en tant qu'analyste. Comme vous pouvez le comprendre, dans ces espaces l'interprétation est mal placée et ce que je peux offrir à un patient dans une situation mentale pareil, est ma propre patience, mon soutien et la volonté de lui donner mon psychisme comme un radeau de sauvetage.

J'ai vu chez Antonio une impuissance qui signifie l'ouverture maximale du psique profond, sans fond, comme un abîme, en même temps accompagné de la disqualification à l'autre, à moi-même, comme une tentative de répondre au désespoir et de revenir à l'objet. L'analyste est là un phare dans la tempête.

Dans ce travail d'analyse, il est nécessaire que les phases émotionnelles archaïques remontent à la surface, pour que le patient puisse distinguer entre la terreur à l'avenir et la douleur du passé, où il soit possible développer un lien fort avec la figure de l'analyste, en évitant la compulsion de relâcher la tension sur une action immédiate. Il y a des moments où le patient a besoin d'être rappelé que l'effondrement, la peur, le vide qui détruit sa vie, est déjà passé. Pour Antonio, l'idée de la ruine inconciliable était persistante avec tous les traitements médicamenteux, mais il s'agissait d'un fait caché dans l'inconscient qu'il portait dans tous les sens et qu'il projetait dans son avenir.

Laisser le chemin est un moyen d'entrer dans la forêt magique et menaçant de la souffrance, le vide et l'angoisse. Être un analyste, demande également, abandonner le chemin de la routine de notre existence, tolérer une certaine insécurité excitant que je tente de vous transmettre avec ce discours. Pour moi, la routine est un modèle de sécurité avec un prix, celui de l'ennui, car il évoque un voyage sur un chemin déjà connu sur lequel on ne se perdra pas.

Accompagner des patients, comme Antonio, avec beaucoup de souffrance psychologique dans son voyage analytique, est une façon de me perdre dans une jungle inconnue, mais me permet aussi d'apprendre, d'accéder à sa réalité secrète, sacrée et travailler sur une angoisse partagée dans le but de suivre un chemin qui s'ouvre parfois sur un vide si terrifiant que toutes les routes semblent appropriés pour échapper ; les fuites envers les autres sous la forme des défenses malveillantes narcissiques, les fuites envers les autres avalés comme une drogue, les essais de nicher chez l'autrui ou de se replier sur soi-même, conduisent toujours dans un abîme dont la profondeur ne peut pas

être mesurée et aux précipitations en matière d'abus de substances ou d'actes autodestructeurs avec une dernière fuite envisageant le suicide dans l'horizon.

Qui devons-nous découvrir ? Je pense qu'il s'agit de l'enfant accroupi dans le fond de l'homme ou la femme qui souffre et qui vienne à nous, les analystes, l'enfant souffrant qui, entre la promesse de l'enfance et les réalisations de la vie adulte, ait plus que les écueils de la névrose, la psychose ou les actes-symptômes. Qu'il y ait la promesse, comme j'ai essayé de vous le transmettre dans la conférence d'aujourd'hui, d'un nouveau regard, d'un dévoilement de l'insolite dans le quotidien, d'une protection contre les chutes et foi dans la poésie de l'existence. Assister dans le cadre d'une analyse à l'expansion de cet échange est une expérience émouvante ; être témoin de son échec, une tragédie.

Et pour finir en pensant d'Antonio, créer ou mourir ? Quel sera son choix final ?

ISERN - LA AFECTACIÓN EMOCIONAL DE LAS PERSONAS VICTIMAS LA CRISI. UNA INTERVENCIÓN COMUNITÀRIA ORIENTADA PSICOANALITICAMENTE.

1.- LA INVISIBILIDAD DE LOS AFECTADOS .

Las víctimas de la crisis -como grupo social y como personas-, se han hecho invisibles, a pesar de ser una tercera parte de la población.

Sabemos que el destino de los que han perdido su lugar en el mundo del trabajo se juega en instancias donde ellos deberían tener voz, pero –con excepciones notables- han desaparecido como grupo activo en la esfera social (quizás para aparecer excepcionalmente, en tiempo de elecciones, como los "descontentos" anónimos que sabotean el statu quo). Es un grupo que no llega a nacer ni encuentra su lugar en la sociedad.

Sabemos que la crisis ha provocado un importante aumento de los Trastornos Mentales, el doble en relación a los no afectados. Pero sabemos muy poco de como «promover su SM » y «prevenir la aparición de estos Trastornos Mentales TM» -en un grupo de población tan vulnerable i que necesita realmente Salud Mental (SM) para poder resistir y reinventarse. Más allá de las etiquetas DSM, deberíamos saber más de las personas y de su experiencia emocional, de lo que les puede ayudar efectivamente a ser más fuertes, y de aquello que les revictimiza.

Lo que sigue a continuación pretende dar cuenta de lo que hemos aprendido de los propios afectados en Grupos de Soporte Emocional⁹² y en grupos de Ayuda Mutua, y de la experiencia de colaboración con diversos colectivos de profesionales de Atención Primaria y de Salud Pública, con los que hemos trabajado en el proyecto “Soporte emocional a personas afectadas por la crisis” (SEPAC), impulsado por la Fundació Congrés Català de SM, que nos han ayudado a entender mejor los problemas de su asistencia y las experiencias de trabajo comunitario en el cual debería desarrollarse el trabajo de promoción de la SM.

2.- UN PROBLEMA DE SALUD Y DE SOLIDARIDAD

El estado de salud de una persona no está determinado por las enfermedades que pueda sufrir, sino por la manera de asumir la propia realidad, personal y social. Todos tenemos una parte de la personalidad sana, que tolera las frustraciones, mira de entenderlas y de resolverlas, colaborando con los otros. “Salud -decía Jordi Gol-, es una manera de vivir autónoma, solidaria i alegre”.

La otra parte de la personalidad, que no tolera les frustraciones ni la incertidumbre, prefiere engañarse en vez de ser consciente de la realidad, buscando salidas más ilusas que realistas, marcadas por el odio a la realidad que hace sufrir. Inspirará “maneras de vivir individualistas, adictivas, resentidas, etc., de resultados muy negativos, si se cronifican, para el bienestar de la persona, la familia y el conjunto social.

⁹² Estos grupos han sido organizados por el colectivo Dignidad, grupo de psicoanalistas provenientes de Umbral, comprometidos en la ayuda solidaria a los afectados por la crisis.

El afectado por la crisis lo tiene difícil para vivir autónomamente, y la vida se aleja de ser alegre cuando uno vive en la inseguridad y la vulnerabilidad, y se han vivido experiencias injustas y abusivas, difícilmente “digeribles” por más que se rumien obsesivamente. Pero enfrentar el paro desde una posición resentida, o de impotencia enfermiza, puede acabar de hundirlo en un mundo de sufrimiento y exclusión. Justamente porque lo tiene difícil, el afectado precisa más que nunca tener y cuidar relaciones solidarias, que lo ayuden a ser mes autónomo, y a vivir con Dignidad.

3.- FACTORES PSICOLÓGICOS EN JUEGO.

Salud implica tener ciertas capacidades que nos vienen dadas genéticamente. Esas capacidades, pero, las hemos de desarrollar a través de procesos psicológicos que tenemos, a veces, en precario; pero que podemos “potenciar”. “Promoción de Salud” es un trabajo, individual i colectivamente que resumiríamos en: desarrollar el pensar realista, comunicarse y colaborar con los otros contra los “determinantes sociales adversos”, elaborar los duelos, y reinventarse:

A.- PENSAR SOBRE UNO MISMO Y SU CIRCUNSTANCIA.

Los afectados por la crisis tienen dificultades de pensar debido a las emociones que los inundan: Tienen dificultades para dormir, sufren dolores de cabeza y sensaciones de angustia y desesperación. Se sienten impotentes y enfadados, se culpabilizan de todos sus males y tienen ideas de muerte como una salida deseable. Para sufrir menos pueden replegarse en sí mismos, alienarse en vidas irreales (uso de substancias, TV basura); o buscar alivios más “sociales” - un “cabeza de turco” entre los más débiles (en la propia familia, o en los emigrantes), por ejemplo.

Recuperar la capacidad de pensar (realista), precisa tiempo (para “drenar” las emociones y “digerirlas”) y tener capacidad –uno mismo, con la ayuda de otros-, de transformar el sufrimiento en retos a resolver, personalmente (unos) y en común (otros). Con una cierta esperanza.

B.- IDENTIDAD PERSONAL Y VALORES.

La identidad personal y sus valores forman la matriz psicológica humana. En parte, la personalidad será el precipitado de lo que hemos ido aprendiendo por la experiencia: como niños en la familia y la escuela; como hombres o mujeres, como trabajador/a, como madre o padre, como ciudadano/na.... Pero la personalidad puede ser también una versión mimética de los valores sociales dominantes: la obediencia hacia lo que todo el mundo cree; la ilusión por la eterna juventud, la riqueza y el consumismo; los roles familiares patriarcales; la arrogancia narcisista i el desprecio hacia los insignificantes.

La crisis pone a muchos en el rol de “individuos insignificantes”: los no son necesarios, los que no aportan nada al sistema económico y social. Si la negativización de la identidad (ser redundante) y de los valores (sometimiento impotente a quien te rechaza e ignora, sin derechos ni dignidad) son asumidos, la Salud se deteriora, como le sucede a la víctima de maltrato. Probablemente es lo que pasa a muchos de los que se apartan y esconden, y se vuelven invisibles.

Victimismo versus Empoderamiento.

El victimismo es una manera de vivir que deteriora la identidad personal y la autoestima. Todo el poder recae exclusivamente en el opresor: “No hay a nada que hacer....”. No hay liberación posible. No se puede hablar de lo que hace sufrir (está

prohibido), ni escuchar a los otros (no fuera que nos dijeran que de nosotros depende liberarse).

A la idea de un opresor todopoderoso –frecuentemente a imagen y semejanza de un Superyo arcaico-, le corresponde la idea de uno mismo como enfermo impotente: una forma de auto estigmatización y de replegamiento que evita cuestionarse la relación de sometimiento al maltratador y evita sentir el miedo a la locura asesina del opresor, o de uno mismo”⁹³).

Apoderamiento es una palabra que ha hecho fortuna como antagónica a la alienación o el victimismo... “Apoderarse” supone un cambio en la auto percepción, con dignidad; y la aceptación de responsabilidades personales y colectivas: en los temas de ocupación, en nuestro caso, pero también en todos los ámbitos culturales de la vida que nos condicionan.

C.- ASUMIR LAS PERDIDA Y REINVENTARSE.

La vida es imposible sin la experiencia y elaboración de las perdidas. Pere Folch hablaba de la vida como un proceso en el que nos hacemos ricos de aquello que perdemos: Renunciando al paraíso e una vida sin conflictos ni frustraciones, nos hacemos más conscientes, más sabios, más fuertes.

Sabemos, pero, que los procesos de duelo que permiten la superación de las perdidas –de personas queridas, o de elementos vitales como el trabajo-, se pueden encallar cuando no hay salida, ni lugar digno en la vida. Y aquello que pueden ser fases naturales del proceso de duelo -los momentos de negación maníaca de la perdida; o la indignación personal con todo y con todos; o la pena insoportable por la auto culpabilización mortificante.... pueden “enquistarse” y favorecer la evolución hacia diversos TM. Elaborar los duelos (del trabajo, de identidades, de tantas cosas...) requiere trabajo y fortaleza. Pero también una sociedad en la que no uno no sea “redundante”; y un contexto grupal, contenedor y solidario, donde la vida sea posible de ser vivida. Sin los otros, es imposible.

D.- COMUNICAR-SE Y ESTABLECER VINCULOS DE COLABORACIÓN Y AYUDA.

La vergüenza, la culpa, la rabia, conducen a aislarse. Pero solos, no somos nadie: Somos en familia, en grupo, en relación con la sociedad. La persona en situación de paro necesita más que nunca la familia, los amigos, los profesionales que les pueden ayudar: dándoles soporte en su desconcierto y afectación emocional; y pensando con ellos en lo que necesitan de manera global. No es sencillo. Como todos los vínculos humanos, no están exentos de conflictos y de vías falsas.

4.- LAS RELACIONES DE AYUDA AFECTADO - PROFESIONAL

4.1.- REVICTIMIZAR-SE.

Las demandas que los afectados dirigen a los servicios asistenciales están con frecuencia mediatisadas por sus dificultades emocionales y por la creencia en una solución inmediata a su problema. La relación con esta substancia/medicamento que les

⁹³ En casos de extrema patología y de aislamiento resentido, la “solución” es el terror, que da omnipotencia y resolución autodestructiva..

restaurará la felicidad, es de dependencia adictiva -a la substancia, y al prescriptor- (siempre amenazada por su ausencia, de no ser como uno necesita si escapa al control). La necesidad de un “**análisis de la demanda**” (y de una construcción de conciencia del problema -subjetivo y social- que origina el sufrimiento) es en estos casos fundamental para evitar confundir los “síntomas” de malestar naturales⁹⁴ con la presencia de un TM (y convertirlo en una adicción). Un indicador del fracaso generalizado de este necesario “análisis de la demanda”: En 2007 el 26% de toda la población atendida en Atención Primaria de Salud y que no sufrían ningún TM⁹⁵ tomaba psicofármacos, ni indicados ni justificados. Esta población puede haberse duplicado desde 2008 con la crisis (como lo ha hecho el consumo de antidepresivos). La psiquiatrización de las afectaciones emocionales es un problema de Salud pública de primer orden.

4.2.- LA RELACIÓ DE AYUDA PSICO-SOCIAL.

QUE NO HACER?: Tratar a alguien que necesita ser más fuerte y reconstruir su identidad de manera saludable i solidaria, como si fuese un enfermo.

QUE HACER?:

- 1- Reconocer** las dificultades en el ámbito de lo real (el paro, el aislamiento, los problemas familiares,...) y en la subjetividad (las dificultades para contener el sufrimiento, etc.), y también en la propia relación asistencial (dependencia adictiva, reduccionismo).
- 2- Hacer explícitas** las disponibilidades de uno y otro para el trabajo de explicarse, escucharse, y de identificar las necesidades psico-sociales (más allá de la demanda concreta), y para encontrar ayudas efectivas.
- 3- Conocer (y estimular la creación de) los recursos psico-sociales** existentes en el territorio que puedan “prescribirse” a esas personas:
 - grupos de soporte emocional y grupos de ayuda mutua; recursos comunitarios orientados a la formación y el empleo; Asesoría en alimentación, ahorro energético, etc...En estos recursos, la participación de las personas y grupos de ayuda mutua debería estar garantizada.
 - atención psicoterapéutica a las personas con duelos complicados, organización victimista de la personalidad, etc. Orientar hacia la red de SM aquellos que sufren TM que requieran atención integral y especializada.
 - atención a las familias afectadas y a los niños (tan frecuentemente hipermedicalizados), a los jóvenes, a los mayores...

Algunos de estos recursos ya existen, y solo hace falta articularlos mejor a través de un trabajo en red. Deberán crear-se otros en función de las necesidades y posibilidades en cada barrio, a través de un proceso creativo de iniciativas y organizaciones en el territorio.

4- Trabajo comunitario y organización interprofesional

⁹⁴ Es natural la pena en un duelo, o la desesperación en una situación de desamparo...Lo que no es “natural” es el maltrato y la injusticia.

⁹⁵ Vegis DASMAP 2007

Dadas las dificultades culturales y subjetivas de los profesionales para trabajar desde esta perspectiva integral –en un sistema orientado a tratar enfermedades individuales-, se necesitarán espacios en los que poder tratar de estos problemas con los compañeros y trabajarlo en red, en el territorio. No es un lujo, sino una condición sine qua non para el cambio.

Un cambio que implica a cada uno de los profesionales de las redes públicas, pero sobretodo, un cambio de prioridades y de modelo del sistema de Salud y de atención a las personas.

**ISERN - L'AFECTATION EMOTIONNELLE DES PERSONNES
VICTIMES DE LA CRISE. UNE INTERVENTIÓN
COMUNAUTAIRE ORIENTÉE PSYCHOANALITIQUEMENT.**

1. L'INVISIBILITÉ DES AFFECTÉES.

Les victimes de la crise, en tant que group social et en tant que personnes, sont devenues invisibles, même s'ils sont un tiers de la population :

- On sait le destin de ceux qu'ont perdu le travail se joue dans des instances où ils devraient avoir sa voix, mais –avec des exceptions notables- ils ont disparu comme group actif dans la sphère sociale (peut-être pour sortir de temps en temps comme les "mécontents" anonymes qui sabotent le statu quo). C'est un group que ne réussit à naître et trouver sa place dans la société.
- On sait aussi qu'avec la crise la quantité de troubles mentaux ont augmenté parmi eux. Mais on n'en sait peu de comment «promouvoir leur santé mentale » et faire «prévention des Troubles Mentales™» -ceci pour un groupe de population qui a vraiment la nécessité de Santé Mental (SM) pour réussir à résister et se ré-inventer . Au-delà de l'étiquette DSM, nous devons nous intéresser par les personnes et leur expérience émotionnelle pour en savoir davantage de ce que les peut aider à devenir plus forts, et de ce que les re-victimise.

Ce que nous rapportons tout de suite veut expliquer ce que nous avons appris des propres affectés, dans des groupes de personnes en chômage de longue durée⁹⁶, sur les facteurs psychologiques concernées dans son expérience, et de l'importance des groupes d'aide mutuelle (GAM) dans la récupération de sa dignité. Nous reporterons aussi ce qu'on a appris de différents groupes de professionnels de soins primaires et de salut publique avec qui nous avons travaillé dans le projet «soutien émotionnel à personnes affectées par la crise» (SEPAC), entraînée par la Fundació Congrés Català de Salut Mental, sur les problèmes de son assistance et les expériences de travail communautaire dans lequel le travail de SM peut se réaliser.

2. UN PROBLEME DE SANTÉ ET DE SOLIDARITÉ.

L'état de santé d'une personne n'est pas déterminé par les maladies qu'il peut souffrir, mais pour la façon de vivre sa propre réalité, personnelle et sociale. Nous avons tous une partie de la personnalité saine laquelle, tolérant les frustrations, cherche à les comprendre pour les résoudre, en collaboration avec d'autres. "Santé c'est une façon de vivre autonome, solidaire et joyeuse", disait Jordi Gol.

L'autre partie de la personnalité, celle que ne supporte les frustrations et l'incertitude, élude au lieu d'être au courant de la réalité, cherchant solutions plus illusoires que

⁹⁶ Ces groupes, réalisée en collaboration avec un syndicat ouvrier, une Plateforme d'Affectées par les hypothèses, dans le cadre de Services Sociaux et dans d'organisations communautaires de quartier, ont été organisés par le collectif Dignidad, group de psychanalystes provenant de Umbral, engagés à l'aide solidaire aux affectées par la crise.

réalistes, marquées par la haine à cette réalité qui provoque la souffrance. Elle inspirera « façons de vivre » ressenties, égoïstes, addictives, illuses, des résultats très négatifs - quand elles deviennent chroniques-, pour le bien-être de l'individu, la famille et la société dans son ensemble.

Quand on a vécu l'injustice ou l'abuse, quand on est dans l'insécurité et vulnérabilité il est difficile de « vivre de façon autonome », et la vie est loin d'être « joyeuse ». Mais faire face au chômage dès le ressentiment ou d'autres options non salutaires peut finir par sombrer leur vie dans un monde de souffrance et d'exclusion. Précisément parce qu'il est difficile pour les personnes affectées d'être « positives », elles ont besoin plus que jamais, des relations de soutien et soins, pour être plus autonomes et vivre avec dignité.

3. FACTEURS PSYCHOLOGIQUES CONCERNÉES.

Santé signifie avoir certaines capacités qui viennent génétiquement données. Mais ces capacités nous devons les développer, avec des processus psychologiques que nous les avons parfois en précaire; mais que nous pouvons améliorer. "Promotionner la SM" est un travail individuel et collective que nous résumerions en : développer la pensée réaliste, élaborer les deuils, communiquer et collaborer avec les autres contre les «déterminants sociaux négatifs», et se « réinventer »:

A. PENSER SUR SOI MÊME ET SA CIRCONSTANCE.

Les personnes touchées par la crise ont difficultés à penser de façon réaliste en raison des émotions que les inondent: Ils ont du mal à dormir, souffrent de maux de tête et des sentiments d'angoisse et de désespoir. Ils se sentent impuissants et en colère, se blâment pour tous leurs malheurs et ont des idées de mort comme une sortie souhaitable. Pour souffrir un peu moins ils peuvent se replier sur eux-mêmes, s'aliéner dans des vies irréelles (usage de substances, télé-poubelle, ..), ou chercher d'autres secours plus groupales: user un bouc émissaire parmi les plus faibles (dans la famille, ou les migrants), par exemple.

Récupérer la capacité de penser (réaliste) demande du temps (pour « digérer » les émotions) et avoir la capacité, avec l'aide des autres, de transformer la souffrance en défis (vitales) à résoudre, personnellement et/ou en commun. Avec un certain espoir.

B. MAINTENIR UNE CERTAINE IDENTITÉ PERSONNELLE ET DES VALEURS.

L'identité personnelle et les valeurs forment la matrice psychologique humaine. En partie, elle est faite de ce que nous avons appris par l'expérience: comme enfants, dans la famille et à l'école ; comme hommes ou femmes, en tant que travailleurs, en tant que parents, en tant que citoyens. Mais la personnalité peut aussi être une version mimétique des valeurs socialement dominantes: l'obéissance à ce que tout le monde croit ; l'illusion pour l'éternelle jeunesse, la richesse et le consumérisme comme valeurs supérieures ; les rôles autoritaires dans la famille, l'arrogance narcissiste et le mépris pour les insignifiants ...

La crise met beaucoup de gens dans le rôle d'« individus insignifiants », par ce qu'ils n'apportent rien au système économique et social. Si la négativation de l'identité (être redondant) et des valeurs (sans droits, soumission à qui vous rejette et ignore) sont adaptées par la personne, leur santé va se détériorer, comme il arrive à toute victime d'abus (de genre, à l'école, au travail..). C'est probablement ce qui arrive à beaucoup de ceux qui se détournent et se cachent jusqu'à devenir invisibles.

Victimisation versus Empowerment.

Le victimisme est « une façon de vivre » qui porte atteinte à l'identité personnelle et l'estime de soi. Dans cette façon de vivre, tout pouvoir appartient exclusivement à l'opresseur. « Il n'y a rien à faire ». Pas de libération possible. On ne doit pas communiquer son expérience (il est défendu), ou se regarder dans les yeux des autres (qu'ils ne nous disent que « se libérer cela dépend de vous ! »).

A l'idée d'un oppresseur tout-puissant –souvent à l' image d'un Surmoi archaïque-, correspond l'idée d'un soi-même impuissant et malade: une forme d'auto stigmatisation et de repliement qu'évite s'interroger sur la relation de soumission à l'autre, ou sur la folie assassine de l'opresseur, ou de soi-même.

Empowerment est un mot qui a fait fortune comme antagoniste à aliénation et victimisme . Se donner le pouvoir signifie un changement dans la perception de soi, en dignité; et l'acceptation de responsabilités personnelles et collectives: dans les domaines de l'emploi, dans notre cas, mais aussi dans tous les aspects culturels de la vie qui nous touchent.

C.- ASSUMER LES PERTES ET SE RÉINVENTER.

La vie est impossible sans l'expérience et l'élaboration des pertes. Pere Folch parlait de la vie comme ce processus dans lequel nous devenons riches de ce que nous perdons: Renonçant au paradis d'une vie sans conflits ni frustrations, nous devenons plus conscients, plus sages, plus forts.

Mais nous savons que les processus de deuil qui permettent surmonter les pertes peuvent échouer quand il n'y a aucun moyen de s'en sortir, quand il n'y a une place digne pour vivre et travailler. Et sans issues, les étapes naturelles du deuil vont se chronifier. Et les moments de déni maniaque de la perte; ou le dégoût personnel avec tout et pour tout le monde; ou la douleur insupportable pour la propre responsabilité dans la perte... deviennent figées, évoluant vers des TM.

Elaborer les deuils (du travail, de l'identité, de tant de choses...), précise de travail émotionnel et force personnelle. Mais aussi d'une société où les personnes ne soit pas "redondants"; d'un groupe conteneur, et d'un contexte favorable où la vie soit possible. Sans l'autre, se réinventer est impossible.

D .- SE COMMUNIQUER ET DÉVELOPPER DES RAPPORTS DE COLLABORATION ET D'AIDE.

La honte, la culpabilité, la colère, conduisent à l'isolement. Mais nous ne sommes rien tout seuls: Nous sommes en famille, nous sommes comme membres des groupes divers, et par rapport à la société plus large. Le chômeur a besoin plus que jamais de sa famille, des amis, et des professionnels qui veuillent les aider : qui les soutiennent dans leurs désarrois, que veuillent penser avec eux sur ce dont ils ont besoin. Il n'est pas

facile. Comme tous les liens humains, ils ne sont pas exempts de conflits et de faux chemins.

4. LES RELATIONS DE SOUTIEN AFFECTÉ - PROFESSIONEL

4.1.- LA REVICTIMIZATION.

Les demandes aux services médicaux des affectées sont souvent teintes par les intenses difficultés émotionnelles et par la croyance (de la partie intolérante à la frustration) d'une solution immédiate à leur souffrance. La relation avec cette substance / médicament que peut rétablir illusoirement le bonheur est de dépendance addictive -a la substance, et au prescripteur- (toujours sous la menace de manquer, de n'être là et tel qu'on en a besoin, si on ne la contrôle pas).

La nécessité d'une «analyse de la demande» et d'une construction de la conscience du problème (social et personnelle) est essentiel pour ne pas confondre les «symptômes» de l'inconfort naturel face à de situations sociales traumatisques avec la présence d'une TM : une confusion que, au lieu d'aider la personne affectée, peut la re-victimiser .

Une étude réalisé en Catalogne le 2007 montrait que le 26% de la population sans aucun TM prenait des médicaments psychotropes⁹⁷. Cette population peut avoir doublé depuis 2008 avec la crise (comme l'a fait l'utilisation des antidépresseurs). La psychiatrisation des affectations émotionnelles est un problème de Santé collective de premier ordre.

4.2.- LA RELATION D'AIDE PSYCHO SOCIALE.

CE QU'IL FAUT NE PAS FAIRE:

Traiter quelqu'un qui a besoin d'être plus fort et plus solidaire comme si il était vraiment un patient impuissant.

CE QU'IL FAUT FAIRE:

1.- **Reconnaitre** les difficultés dans le réel (le chômage, l'isolement, les problèmes familiaux, etc.), et dans la subjectivité (les difficultés de contenir la souffrance, etc...), et aussi dans la propre relation de soins (dépendance addictive, réductionnisme),

2.- **Rendre explicite** la disponibilité des deux partenaires pour le travail de penser et d'identifier les nécessités psychosociales (au-delà de la demande concrète) et de trouver d'aides effectives.

3- **Connaitre (et stimuler la création de) les ressources psycho-sociaux** dans le territoire qui peuvent être «prescrits» à ces personnes:

- Groupes de soutien émotionnel et d'aide mutuelle ; ressources communautaires orientées a la formation et l'emploi ; conseilles sur alimentation, épargne énergétique ; etc. Dans ce domaine, la participation de personnes et groups d'aide mutuelle devrais être garanti.

- soins psychothérapeutiques spécialisées pour les personnes ayant un deuil compliqué, une organisation victimiste de la personnalité, etc., et d'autres ressources en Santé Mental pour ce qui souffrent de TM.

- attention à leurs familles ; aux enfants (si souvent surmédicalisés) et les écoles ; aux jeunes dans ces difficultés spécifiques, etc.

⁹⁷ DASMAP 2007, Generalitat de Catalunya, étude réalisé avec la population usuaire de l'attention primaire de Santé.

Certains de ces ressources existent déjà et ont seulement besoin de s'articuler mieux à travers un réseau spécifique (ou un programme). D'autres doivent être mis en place, en fonction des besoins et des possibilités de chaque quartier, à travers l'initiative des organisations sur le territoire :

4- Créer des espaces de travail en réseau sur le territoire dans lesquels s'aider à faire face à ces problèmes. La formation et la recherche basé en le travail clinique, l'organisation de programmes spécifiques, le déploiement de ressources communautaires... ne sont pas un luxe (pour de temps meilleurs) mais une condition sine qua non pour le nécessaire changement de la psychiatrisation actuelle à l'aide psycho-social communautaire que les personnes affectées nécessitent.

Cristina Jarque - Topamax, epilepsia y psicoanálisis

"Los hombres ofenden antes al que aman que al que temen."

Nicolás Maquiavelo

Freud nos introduce a reflexionar en torno a la epilepsia cuando se interesa por Fiódor Dostoievski. Dostoievsky era epiléptico y Freud comenta que su epilepsia se trata de una histeria grave haciendo la distinción entre *la epilepsia orgánica* y *la epilepsia afectiva*. Según esta afirmación, quien padece *la orgánica* sería un enfermo del cerebro, y quien padece *la afectiva*, sería un neurótico. Freud tiene una visión funcional de la crisis epiléptica: sería un mecanismo orgánico para la descarga pulsional anormal (exceso pulsional). Freud afirma que los antiguos médicos describían el coito como una pequeña epilepsia. Cito: "Este (mecanismo) puede ser un tanto afín a los procesos sexuales tóxicamente motivados en su fondo. Ya los médicos más antiguos decían que el coito era una pequeña epilepsia..."⁹⁸

No obstante, hay una diferencia entre la descarga del acto sexual y la del ataque epiléptico: en la primera hay un cuerpo localizado que goza, hay algo allí que corresponde al goce fálico. En cambio el ataque epiléptico podemos ubicarlo en un fuera de sentido, en lo *Real* lacaniano.

Lacan afirma que el ser hablante adora su cuerpo. Cito: "la adoración de este cuerpo sería - la única relación que el ser hablante tiene con su cuerpo-"⁹⁹

Esta adoración está en el registro imaginario y formaría lo que llamamos la consistencia mental, pues el significante instaura la consistencia del cuerpo del sujeto.

Esta frase de Lacan me permite abordar las acertadas reflexiones que escribe Robert Whitaker (periodista estadounidense) en su libro *Anatomía de una epidemia*, en la que habla de la psique y los fármacos y del cual cito el siguiente párrafo: "Cuando el galardonado periodista científico Robert Whitaker se percató de que entre 1987 y 2007 el número de pacientes con discapacidad por enfermedad mental se había casi triplicado, en paralelo a un espectacular aumento en la producción de droga psicotrópica, comenzó a reflexionar. Parece como si estos psicofármacos fueran "balas mágicas" que dejan fuera de juego a la enfermedad mental, reinsertando a los pacientes a las filas de la ciudadanía productiva. Pero numerosos estudios clínicos publicados hace más de 50 años en prestigiosas revistas científicas, revelaban una anomalía sorprendente: en repetidas ocasiones, las drogas psiquiátricas empeoran la enfermedad mental, y disparan los riesgos de daño hepático, de aumento de peso, de

⁹⁸ Freud, S., *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Tomo III, Madrid, 1973, p. 3004.

⁹⁹ Seminario libro 23: el sinthoma, p.64 (ed. en castellano), capítulo "La escritura del ego".

*colesterol, o de azúcar en la sangre. Realmente no se sabe qué causa la enfermedad mental, no hay cura o tratamiento paliativo que se encuentre en esas píldoras. Las conclusiones de Whitaker, tras examinar estos medicamentos a través del prisma de los resultados a largo plazo, exponen el brutal engaño de una industria que mueve miles de millones.*¹⁰⁰

Por medio de un caso clínico continuaré con estas reflexiones:

Un joven al que llamaré Gabriel me ayudará a hilar lo que se juega (en este caso particular) entre el topamax, la epilepsia y el psicoanálisis. A Gabriel me lo remitió un colega psiquiatra diciéndome que se trataba de un epiléptico grave, que estaba medicándose con topamax y kepra. Mi colega psiquiatra me dijo también que me lo remitía porque Gabriel quería hablar, y él (mi colega psiquiatra) no tenía tiempo para escuchar los problemas del paciente, así que por ello me lo enviaba a mí, pues (agregó de manera literal) *eso de escuchar, se nos da bien a los psicoanalistas.*

Después de leer el caso Dora en Freud y estudiar las lecturas que Lacan pone a nuestro alcance en el Seminario 3 (el de Las Psicosis) podemos decir, que casi todos los psicoanalistas coincidimos en el hecho de que para que un sujeto haga una demanda de análisis (sin importar su estructura) se hace necesario que se histerice su discurso. ¿Qué quiere decir esto? Básicamente lo que quiere decir es que el sujeto tiene que sentir que algo no marcha, que algo se ha descolocado, que algo ha salido de su control. En ese momento, cuando ese algo cojea es cuando el sujeto va a sentir la necesidad de consultar con un analista. A eso le llamamos la histerización del discurso. En el caso de Gabriel, la histerización de su discurso se había dado con el psiquiatra, pues él quería hablar. Es decir: el sujeto deseaba ser escuchado. Eso me llevó a hacerme una pregunta puntual: ¿Qué quería decir Gabriel? ¿Qué era lo que él deseaba que fuera escuchado? En el *après coup* del caso, puedo decir que lo que Gabriel quería decir es que su epilepsia no necesitaba ser medicada. Pero a esa conclusión llegó el analizante después de varios años de tratamiento conmigo.

Gabriel me cuenta que su primer ataque epiléptico fue consecutivo a la muerte de su padre.

Llegar a este momento fue básico en este tratamiento porque permitió que el analizante pudiera cuestionarse por primera vez un hecho muy importante: que los ataques epilépticos podían quizás producirse por una cuestión psíquica y no eran necesariamente el resultado de algo fisiológico. Considero vital y trascendental este momento porque Gabriel viene de familia de médicos y él mismo es médico. Su profesión ha sido más obstáculo que ayuda en su recorrido analítico porque es un sujeto muy escéptico. El no cree en aquello que no puede comprobarse según sus propias palabras *de manera certera y científica.* No obstante su escepticismo algunos efectos terapéuticos conseguidos en el tratamiento (entre ellos el alivio de problemas de eyaculación precoz que estaban minando su relación amorosa) permitieron que el analizante siguiera viniendo aunque he de decir que a veces me daba la impresión que regresaba solamente

¹⁰⁰ Whitaker Robert, Anatomía de una epidemia, Editorial Capitán Swing, 2015

para encontrar mi propia falla (en mi función de analista) o la falla misma del psicoanálisis según su propia interpretación. Mi pregunta personal en relación a sus ataques epilépticos era la siguiente: ¿Eran ataques producidos por un problema neurológico o eran ataques histéricos? Pensaba también que no necesariamente tenían que ser excluyentes. Gabriel había traído consigo los estudios neurológicos que demostraban que, efectivamente tenía un foco epiléptico visible en el electroencefalograma y en la resonancia magnética. No obstante, los ataques eran muy puntuales. A la fecha había tenido sólo 8 ataques en total, siendo un hombre de 40 años podemos decir que no eran muy frecuentes. Por ello decidí concentrar mi escucha en el desarrollo que Gabriel me hacía de las circunstancias en las que se habían presentado esos 8 ataques.

El primero (como ya dijimos) fue consecutivo a la muerte de su padre. ¿Fue acaso un autocastigo por el deseo de muerte del padre odiado? ¿Qué es lo que se juega en los síntomas histéricos? Hay algo que entra en una lógica que se escapa a la comprensión pero que al mismo tiempo por retorcida que parezca logramos a veces esbozar un rayo de luz en esa lógica que llamamos del inconsciente.

Mientras el analizante me habla de todo el gran amor que siente por el padre, todo lo que lo echa de menos, todo lo que aprendió de él y lo maravilloso que fue como padre, de pronto surge un lapsus.

- *Su muerte fue adecuada* dice Gabriel en lugar de decir *inesperada*.

El significante adecuada dio paso a la posibilidad de hablar de un sentimiento que Gabriel escondía como su mayor tesoro: el deseo de muerte contra el padre odiado.

Mientras Gabriel logra hablar del odio al padre, va pudiendo también hablar de las circunstancias que rodean cada ataque epiléptico que ha tenido lugar. Observamos que son momentos puntuales: a veces son momentos en los cuales el sujeto desea conseguir algo que parece inalcanzable, entonces surge el ataque epiléptico, otras veces es cuando se siente culpable por algo y en otras ocasiones se presenta cuando quiere realizar algo pero no lo dejan.

Mencionaré un ejemplo que logró esclarecerse muy bien en el transcurso del análisis: Gabriel quería cambiar de turno en el hospital donde trabaja pero sus compañeros no estaban por la labor. Esa noche en su horario de guardia se presentó el ataque epiléptico. En la sesión me dijo:

He llegado a pensar que es una manipulación de mi parte. ¿Seré inconscientemente tan maquiavélico?

Esta revelación dio un giro importante a la vida del analizante.

El simple hecho de poner en palabras que los ataques epilépticos pudieran ser provocados por mociones inconscientes lo descolocó.

Al ser médico empezó a disminuir él mismo las dosis de topamax y de kepra:

- *Para ver qué pasa* - me decía.

Hubo un momento del tratamiento en el que pasó 6 meses sin tomar medicamentos y no se presentó ningún ataque epiléptico. Este hecho le hizo estar optimista hasta que se presentó un nuevo ataque.

Entonces me culpó, culpó al psicoanálisis y dijo que todo lo que no era ciencia y fármacos era una pérdida de tiempo. Yo le dije que si pensaba así lo mejor era que

dejara el psicoanálisis y volviera con su psiquiatra, pero no quiso. Dijo que no sabía con certeza en qué le ayudaba hablar pero que le ayudaba, así que siguió viniendo. Después de un tiempo me dijo que seguía sin tomar medicamentos, cuando le pregunté por qué, me dijo que se había dado cuenta que los medicamentos lo aturdían, que tenía pérdidas de memoria y que en su último análisis de sangre habían salido alteradas las transaminasas en el hígado. Que iba a seguir sin medicarse a ver qué pasaba. Siguió viniendo 3 años más, en ese lapso de tiempo hubo 2 ataques epilépticos a los que él se refirió como:

Autoprovocados para su conveniencia.

Hay otro momento del análisis donde se abre una luz que nos permite ver la complicada relación del sujeto con el deseo. Gabriel tiene una relación muy contradictoria con su propio deseo: a veces lo puede articular sin problemas pero otras veces le resulta extremadamente fatigante y no se aclara. Muchas veces me pregunta si ese deseo es suyo o es de otra persona de su historia. Muchas otras veces tiene picos en su deseo, es decir: Que a ratos hay euforia por hacer cosas y otras veces *trae el deseo caído* como él mismo dice y no tiene ganas de nada. Sabemos que la dirección de la cura se encamina a lograr que el sujeto histérico salga de sus deberes, de sus sufrimientos, de sus quejas... en una palabra que salga de ese particular goce que tiene y vuelva a ponerse en el camino que lo constituye como sujeto deseante. El problema de Gabriel es que a veces él mismo no se aclara y no sabe cuál de todos es su propio deseo. La problemática es fuerte porque cuando él realiza el deseo que ha estado anhelando, en ese mismo instante me dice: *no era eso... he perdido el interés.*

¿Cómo se puede lograr que un sujeto que sostiene su deseo en la insatisfacción pueda sentirse satisfecho cuando ese deseo se realiza? La respuesta a esta pregunta puede estar precisamente en eso que llamamos el final de un análisis. Porque si un sujeto ha hecho un recorrido y ha podido construir la manera en la que está estructurado su deseo es muy posible que encuentre las causas por las cuales necesita sostenerlo, por ejemplo, en este caso: la insatisfacción.

Gabriel logra atisbar algo de esto cuando después de andar detrás de una mujer por tres años consecutivos, deseándola fervientemente y amándola secretamente con gran devoción, cuando se dio el momento en el que esa mujer accedió a la demanda de amor de Gabriel... él volvió a tener el síntoma que había superado en el inicio del tratamiento: la eyaculación precoz.

Este caso abre nuevas observaciones ante nuestros ojos: la posibilidad por ejemplo de plantearse que la eyaculación precoz (en algunos hombres) al igual que la frigidez (en algunas mujeres) además de ser síntomas que sostienen el deseo insatisfecho (como hemos podido corroborar en este caso) pueden ser también síntomas que anudan cierta misoginia. Un odio hacia lo femenino (por ser enigmático y desconocido). Pues la eyaculación precoz y/o la frigidez crean siempre insatisfacción en la pareja de amor (no solamente en el sujeto que lo experimenta) por ello en algunos casos cabe la posibilidad de que vaya dedicado.

Lo que es cierto, es que ese día, mientras Gabriel me comentaba los acontecimientos sobre la eyaculación precoz observé una contradicción: lo que el sujeto me narraba no

era chistoso, era más bien triste y penoso, tenía incluso lugar de fracaso y por qué no decirlo: de gran insatisfacción y frustración.

No obstante, él me lo estaba narrando entre risas y finalmente concluyó diciéndome:

¡Debes estar pensando que soy una bestia insatisfecha!

Y después me preguntó, perplejo:

¿Es esto lo mismo que hago con los ataques epilépticos?

Cristina Jarque - Topamax, épilepsie et psychanalyse

"Les hommes offensent plutôt ce qu'ils aiment que ce qu'ils craignent."
Nicolas Machiavel

Freud nous introduit à une réflexion concernant l'épilepsie quand il s'intéresse à Fiodor Dostoïevski. Dostoïevski était épileptique et Freud indique que dans son épilepsie il s'agit d'une hystérie grave en faisant la distinction entre l'*épilepsie organique* et l'*épilepsie affective*. Selon cette affirmation, celui qui souffre d'une épilepsie *organique* serait un infirme du cerveau, et celui qui souffre d'une épilepsie *affective* serait un névrosé. Freud a une vision fonctionnelle de la crise épileptique : ce serait un mécanisme organique pour la décharge pulsionnelle anormale (excès pulsionnel). Freud affirme que les médecins de l'antiquité décrivaient le coït comme une petite épilepsie. Je cite : "Ce (mécanisme) peut être un peu similaire aux processus sexuels qui sont fondamentalement déterminés de façon toxique. Déjà les médecins de l'antiquité disaient que le coït était une petite épilepsie..."¹⁰¹

Cependant il y a une différence entre la décharge de l'acte sexuel et l'attaque épileptique : Dans la première il y a un corps localisé qui jouit, il y a quelque chose qui correspond à la jouissance phallique. En revanche l'attaque épileptique nous pouvons la situer dans un hors-sens, dans le *Réel lacanien*.

Lacan affirme que l'être parlant adore son corps. Je cite : « *l'adoration de ce corps serait – l'unique relation que l'être parlant a avec son corps* »¹⁰².

Cette adoration est dans le registre imaginaire et formerait ce que nous appelons la consistance mentale, car le signifiant instaure la consistance du corps du sujet.

Cette phrase de Lacan me permet d'aborder les réflexions judicieuses de Robert Whitaker (journaliste américain) dans son livre *Anatomie d'une épidémie*, dans lequel il parle de la psyché et des médicaments et duquel je cite le paragraphe suivant : « *Quand le journaliste scientifique primé Robert Whitaker prit conscience du fait que entre 1987 et 2007 le nombre de patients handicapés par une infirmité mentale avait été quasiment triplé parallèlement à une augmentation spectaculaire de la production de psychotropes, il commença à réfléchir. C'est comme si ces psychotropes avaient été des « balles magiques » qui laissaient hors jeu l'infirmité mentale, tout en réinsérant les patients dans les files de la citoyenneté productive. Mais de nombreuses études cliniques publiées il y a plus de cinquante ans dans de prestigieuses revues scientifiques, révélaient une anomalie surprenante : de façon répétée, les psychotropes augmentaient l'infirmité mentale, et augmentaient les risques de dommage hépatique, de prise excessive de poids, de cholestérol, ou de sucre dans le sang. On ne sait*

¹⁰¹ Freud, S., *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Tomo III, Madrid, 1973, p. 3004.

¹⁰² Seminario libro 23: el sinthoma, p.64 (ed. en castellano), capítulo "La escritura del ego".

réellement pas ce qui cause l'infirmité mentale, on ne trouve pas de remède ou de traitement palliatif dans ces pilules. Les conclusions de Whitaker après avoir examiné ces médicaments à travers le prisme de leurs résultats sur le long terme, exposent la tromperie brutale d'une industrie qui brasse des milliers de millions »¹⁰³

Je continuerai ces réflexions à travers un cas clinique:

Un jeune que j'appellerai Gabriel m'a aidé à suivre ce qui est en jeu (dans ce cas particulier) entre le topamax, l'épilepsie et la psychanalyse. C'est un collègue psychiatre qui m'adressa Gabriel, en me disant qu'il s'agissait d'un épileptique gravement atteint, qui était soigné avec topamax et kepra. Mon collègue psychiatre me dit aussi qu'il me l'adressait parce que Gabriel voulait parler, et lui (mon collègue psychiatre) n'avait pas de temps pour écouter les problèmes du patient, donc il me l'envoyait, puisque (je le cite de façon littérale) *écouter, ça convient bien aux psychanalystes.*

Après avoir lu le cas Dora chez Freud et avoir étudié les lectures que Lacan met à notre portée dans le séminaire 3 (celui des Psychoses) nous pouvons dire que presque tous les psychanalystes s'accordent sur le fait que pour qu'un sujet fasse une demande d'analyse (quelque soit sa structure) il est nécessaire que son discours s'hystérise. Qu'est-ce que cela veut dire ? Fondamentalement cela veut dire que le sujet a à sentir que quelque chose ne fonctionne pas, que quelque chose s'est déplacé, que quelque chose est sorti de son contrôle. Au moment où ça boîte le sujet va ressentir la nécessité de consulter un psychanalyste. C'est cela que nous appelons l'hystérisation du discours. Dans le cas de Gabriel, l'hystérisation de son discours avait eu lieu devant le psychiatre, alors il voulait parler. Cela veut dire : le sujet désirait être écouté. Ceci me conduit à me poser une question ponctuelle. Que voulait dire Gabriel? Que souhaitait-il faire entendre ? Dans l'*après coup* du cas, je peux dire que Gabriel voulait dire que son épilepsie ne nécessitait pas d'être médicalisée. Mais ce n'est qu'après plusieurs années de psychanalyse avec moi que l'analysant en vint à cette conclusion.

Gabriel me raconte que sa première attaque épileptique fut consécutive à la mort de son père.

Arriver à ce moment a été fondamental dans cette cure parce que ça a permis à l'analysant de questionner pour la première fois un fait très important : que les attaques épileptiques pouvaient peut-être se produire pour une raison psychique et n'étaient pas nécessairement le résultat de quelque chose de physiologique. Je considère vital et important ce moment parce que Gabriel vient d'une famille de médecins et que lui-même est médecin. Sa profession a été plus un obstacle qu'une aide dans son recours à l'analyse parce que c'est un sujet très sceptique. Il ne croit pas à ce qu'il ne peut pas vérifier, selon ses propres mots, *de façon certaine et scientifique*. Malgré son scepticisme quelques effets thérapeutiques obtenus dans sa cure (parmi ceux-ci l'allégement de problèmes d'éjaculation précoce qui minaient sa relation amoureuse) ont permis que l'analysant continue à venir bien qu'il faille dire que parfois il me donnait l'impression qu'il revenait seulement pour trouver ma propre faille (dans ma fonction d'analyste) ou la faille de la psychanalyse elle-même selon sa propre interprétation. Ma question personnelle en relation à ses attaques épileptiques était la

¹⁰³ Whitaker Robert, Anatomía de una epidemia, Editorial Capitán Swing, 2015

suivante : Est-ce que c'étaient des attaques produites par un problème neurologique ou est-ce que c'étaient des attaques hystériques ? Je pensais aussi que ces deux interprétations ne s'excluaient pas nécessairement. Gabriel avait amené avec lui les observations neurologiques qui démontraient que, effectivement il y avait un foyer épileptique visible dans l'électroencéphalogramme et dans la résonance magnétique. Cependant les attaques étaient très ponctuelles. A ce moment là il y avait eu seulement huit attaques en tout. Chez un homme de 40 ans nous pouvons dire qu'elles n'étaient pas fréquentes. Pour cette raison je décidai de concentrer mon écoute sur le développement que Gabriel me faisait des circonstances où avaient eu lieu ces huit attaques.

La première (comme nous l'avons déjà dit) fut consécutive à la mort de son père. Est-ce que ce fut un auto-châtiment du désir que meure son père détesté ? Qu'est-ce qui se jouait dans les symptômes hystériques ? Il y a quelque chose qui entre dans une logique qui échappe à la compréhension mais en même temps pour aussi tordue qu'elle nous paraisse nous réussissons parfois à trouver l'ébauche d'un rayon de lumière dans cette logique que nous appelons celle de l'inconscient.

Alors que l'analysant me parle de tout le grand amour qu'il sent pour son père, de tout ce en quoi il lui manque, de tout ce qu'il lui a appris et de la merveille qu'il fut comme père, brusquement surgit un lapsus.

- *Sa mort a été adéquate (adecuada)* dit Gabriel au lieu de dire inattendue (*inesperada*). Le signifiant « *adecuada* » a permis de parler d'un sentiment que Gabriel cachait comme son meilleur trésor : le désir de mort contre le père haï.

Dès lors que Gabriel arrive à parler de sa haine du père, il va pouvoir aussi parler des circonstances où se produisent les attaques épileptiques. Nous observons que ce sont des moments ponctuels : parfois ce sont des moments où le sujet désire obtenir quelque chose qui paraît inatteignable, alors surgit l'attaque épileptique, d'autres fois c'est quand il se sent coupable de quelque chose et dans d'autres occasions encore l'attaque a lieu quand il veut réaliser quelque chose mais ne réussit pas. Je mentionnerai un exemple qui permet de très bien éclairer le parcours de l'analyse : Gabriel voulait changer son tour de garde à l'hôpital où il travaille Mais ses collègues n'étaient pas au travail. Cette nuit là à son horaire de garde se présenta l'attaque épileptique. A la séance il me dit :

J'en suis arrivé à penser que c'est une manipulation de ma part. Serais-je inconsciemment si machiavélique ?

Cette révélation a constitué un tournant important dans la vie de l'analysant.

Le simple fait de mettre en mots que les attaques épileptiques puissent être provoquées par des motions inconscientes le déconcerta.

Comme il était médecin il commença à diminuer lui-même les doses de topamax et de kepra:

- *Pour voir ce qui se passe* - me disait-il.

Il y eut un moment dans la cure durant lequel il passa 6 mois sans prendre de médicaments et il n'y eut aucune attaque épileptique. Ce fait le rendit optimiste jusqu'au moment où eut lieu une nouvelle attaque. Alors il m'accusa, accusa la psychanalyse et dit que tout ce qui n'était pas science et médicaments était une perte de

temps. Moi, je lui dis que s'il pensait ça le mieux était qu'il abandonne la psychanalyse et retourne chez son psychiatre, mais il ne voulut pas le faire. Je lui dis que je ne savais pas avec certitude en quoi parler l'avait aidé mais que ça l'aidait, en sorte qu'il continuait à venir. Après un moment il me dit qu'il continuait à ne pas prendre de médicaments. Quand je lui demandai pourquoi, il me dit qu'il s'était rendu compte que les médicaments le paralysaient, qu'il avait des pertes de mémoire et que dans sa dernière analyse de sang on avait constaté l'altération des transaminases dans le foie. Qu'il allait continuer à voir ce qui se passerait s'il ne prenait pas de médicaments. Il continua son analyse trois ans de plus, et dans ce laps de temps il y eut deux attaques épileptiques auxquelles il se réfère comme *autoprovoquées pour son propre intérêt*.

Il y a un autre moment de l'analyse où s'ouvre une lumière qui nous permet de voir la relation compliquée du sujet avec le désir. Gabriel a une relation très contradictoire avec son propre désir : parfois il peut l'articuler sans problème mais parfois aussi ça lui devient extrêmement fatigant et ça ne s'éclaircit pas. Je me demande souvent si ce désir est le sien ou celui d'une autre personne de son histoire. Souvent aussi il y a des sommets dans son désir, c'est à dire : Que de temps en temps il y a une euphorie à faire des choses et d'autres fois *le désir tombe* comme lui-même le dit et il n'a envie de rien. Nous savons que la direction de la cure vise à obtenir que le sujet hystérique sorte de ses devoirs, de ses souffrances, de ses plaintes... en un mot qu'il sorte de cette jouissance particulière qu'il a et reprenne le chemin qui le constitue comme sujet désirant. Le problème de Gabriel est que parfois lui-même n'y voit pas clair et ne sait pas lequel de tous les désirs est le sien propre. La problématique est forte parce que quand il réalise l'objet de désir auquel il a aspiré, à cet instant même il me dit : *ce n'était pas ça... j'ai perdu l'intérêt*.

Comment peut-on obtenir qu'un sujet qui soutient son désir dans l'insatisfaction puisse se sentir satisfait quand ce désir se réalise ? La réponse à cette question peut constituer précisément ce que nous appelons la fin d'une analyse. Parce que si un sujet a fait un parcours et a pu construire la manière dans laquelle est structuré son désir il lui est très possible de trouver les causes pour lesquelles il a besoin de le soutenir, par exemple, dans ce cas : l'insatisfaction.

Gabriel réussit à entrevoir quelque chose de ça quand avoir suivi une femme pendant trois ans consécutifs, en la désirant ardemment et en l'aimant secrètement avec une grande dévotion, quand est venu le moment auquel cette femme a accédé à la demande d'amour de Gabriel... il a repris le symptôme qu'il avait surmonté au début de la psychanalyse : l'éjaculation précoce.

Ce cas ouvre à nos yeux de nouvelles observations : la possibilité par exemple d'envisager l'idée que l'éjaculation précoce (chez certains hommes), de même que la frigidité (chez quelques femmes) en plus d'être des symptômes qui soutiennent le désir insatisfait (comme nous avons pu le vérifier dans ce cas) peuvent être aussi des symptômes qui y associent une certaine misogynie. Une haine portait chez lui sur le féminin (parce qu'il est énigmatique et inconnu). Si l'éjaculation précoce et/ou la frigidité créent toujours de l'insatisfaction dans le couple amoureux (pas seulement chez le sujet qui en fait l'expérience) dans certains cas il est possible que ce soit adressé.

Ce qui est certain c'est que ce jour là, alors que Gabriel me commentait les manifestations de son éjaculation précoce j'ai observé une contradiction: ce que le sujet me racontait n'était pas une plaisanterie, il ressentait tristesse et peine, cela allait jusqu'à un sentiment de ratage et pourquoi ne pas le dire : de grande insatisfaction et frustration. Cependant il me le racontait avec des rires et il conclut finalement en me disant :

¡Tu dois penser que je suis une bête insatisfaite!

Et après cela il me demanda, perplexe :

Est-ce la même chose que je fais avec les attaques épileptiques ?

Laura Kait - ¿POR QUÉ CON LA PSIQUIATRÍA?

Los colegas que nos convocan a este congreso internacional de la FEP, nos proponen discutir sobre el sujeto que sufre y espera y nos aclaran que compartimos este desafío con la psiquiatría. Como ya se puede deducir de mi título, me pregunto por qué, dado que el sujeto del psicoanálisis no tiene nada que ver con el paciente de la psiquiatría actual, o en todo caso, tanto tiene que ver como con el usuario de la seguridad social, el que va al dentista o a acupuntura; un humano que espera sufriendo.

Hace 40 años que trabajo en este campo, los celebro este 2017. Comencé de la mano de varios psiquiatras, trabajando con psicóticos -valentías de la juventud- hacia expresión corporal y psicodrama. Me había formado en danza y teatro. En el país donde nací, quienes estudiábamos teatro eramos orientados hacia un psicoanálisis personal dado que trabajaríamos con nuestra subjetividad. Por otra parte, entre mis alumnas, algunas psiquiatras, empezaron a derivarme pacientes para trabajo corporal. Asustada e ignorante leí del tirón, la psicopatología de Henry Ey¹⁰⁴ y “La otra escena...” de Mannoni¹⁰⁵, y se me despertó la pasión por el psicoanálisis. Luego vinieron los años de Freud y de Lacan y... aún. Momento es de recordar a mis analistas y a mis maestros, para ellos mi gratitud y esta pieza de museo: llegar al psicoanálisis de la mano de psiquiatras. En aquellos tiempos teníamos un desafío en común. Luego optaron por los neurotransmisores y la química. Lo llamaron evidencia científica. Y lo evidente del sufrimiento se ocultó tras la droga. Dejé las psicosis y a la consulta llega lo que etiquetan como depresión.

Llama por teléfono un marido. Pide hora para una esposa. Sugiero que me llame la señora. No es posible. No habla por teléfono. Le doy una hora. Al abrir la puerta, me encuentro con el matrimonio. Invito al caballero a la sala de espera y a ella a mi consulta. Hay un pasillo largo, camina de forma titubeante. Veo su espalda encorvada, su pelo sin peinar. Arrasta sus zapatillas. Un abrigo marrón le cuelga de los hombros. Me pregunta, en una lengua pastosa, si no necesita a su marido. Pregunto para qué. Todos los médicos necesitan a su marido, ella está tan mal que ya no sabe lo que dice. Su marido se explica muy bien y como la quiere mucho, siempre la cuida, pobre ¿Pobre? Aparece una mueca atisbo de sonrisa. Ya sé, *la pobre soy yo. Hace veinticinco años que tomo pastillas. Para probar algo diferente he*

104 Henry Ey, Bernard y Brisset; “Tratado de Psiquiatría”, 1ª Edición en Francia, 1960. Hoy se encuentra en la web: <https://es.scribd.com/doc/78188824/Tratado-de-Psiquiatria-Semiologia-Henry-Ey>

105 Octave Mannoni, “La otra escena. Clave de lo imaginario”, Ed Amorrortu, Bs As, 1973

ido a la homeópata que me ha dicho que mejor venga aquí. Insiste, seguro que no necesito a su marido, él me explicaría mejor. Insisto, ¿necesita ella a su marido? O ¿se anima a contarme qué le pasa? Vuelve a esbozarse un gesto al que podemos llamar sonrisa, habla.

La señora es andaluza. Su marido policía fue trasladado hace veintiseis años. Ella allí dejó todo, hasta su casa esperando la jubilación. Ahora, su marido se ha jubilado pero los hijos quedarán aquí. Pensar en volver a Andalucía la ha vuelto al momento de la peor crisis de su vida que fue cuando vino y entonces le han doblado la dosis de antidepresivo. Por eso ha ido a la homeópata, quién le dijo que veinticinco años de medicación psiquiátrica eran demasiados y que habría que empezar por ver si eran necesarios, por eso la ha derivado a un psicoanalista.

La cito para esa misma semana y le digo que nos ocuparemos de ir bajando esa medicación que casi no la deja hablar.

A los tres días vuelve. Al abrir la puerta no la reconozco. Está sola. Abrigo blanco, tacones, peinada de peluquería y maquillada. Lo primero que me dice es que se redujo la medicación a la mitad. ¿Lo ha decidido con la homeópata? No, no quiere ver más médicos. Es la primera vez que alguien confía en ella, sólo va a venir aquí.

Así comenzó este análisis, no sin señalarle que mejor dejar la medicación acompañada por su psiquiatra. ¡*Ni pensarlo!* Él no estaría de acuerdo. Deja las pastillas de manera brusca e imprudente sin que hubiese ninguno de los efectos atroces vaticinados en los protocolos. Solo se queda con sus dos visitas por semana al analista.

Recordé a esta señora a quién escuché hace más de veinte años cuando leí los diez mitos de la psiquiatría de Gøtzsche¹⁰⁶, uno de los adalides de la clínica basada en la evidencia científica. El primer mito es suponer que el sufrimiento psíquico viene de una alteración química en el cerebro. Lo dice así¹⁰⁷:

No hay desequilibrio químico... y las teorías de que a los pacientes con depresión les falta serotonina y que a los pacientes con esquizofrenia les sobra, han sido siempre refutadas... al tratar las enfermedades mentales con medicamentos creamos¹⁰⁸ el desequilibrio químico.

197

106 Peter Gøtzsche no es psiquiatra, es médico y Máster de Ciencia en Biología y Química analiza cuidadosamente la metodología de los ensayos clínicos aleatorizados que ha financiado la industria farmacéutica para que se aprueben sus productos y comercializarlos “*La industria farmacéutica ha secuestrado el pensamiento psiquiátrico y los profesionales somos partícipes con una práctica incondicional que resulta perjudicial para los ciudadanos*”

Escribió: PSICOFARMACOS QUE MATAN Y DENEGACION ORGANIZADA, Ed. del Lince 2016 Donde da cuenta de cómo la fabricación de medicamentos está sostenida por el “*crimen organizado*”

107 <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-10-mitos-de-psiquiatria-segun-peter-gotzsche-articulo-509981>

108 La negrita es mía

Esto da origen al segundo mito:

No hay ningún problema para dejar el tratamiento con antidepresivos... La reaparición de algunos síntomas no se debe a que la depresión haya regresado... Los síntomas de abstinencia se deben principalmente a los propios antidepresivos.

Si estos síntomas reaparecen en un análisis, se los trabajará como efecto de la estructura y el goce que los sostiene y el analizante se encontrará acompañado para atravesarlos. Es el caso de esta señora, donde podemos leer cómo la transferencia, incluso en un estado incipiente e imaginario, puede operar sobre un sujeto de manera sorprendente. Momentos en que el acto de escuchar tiene un efecto que pareciera mágico. Sabemos que no lo es. La señora, lo ha dicho claro: *es la primera vez que confian en mí, solo voy a venir aquí.*

Comencé a trabajar integrando un equipo psiquiátrico, cada paso lo comentaba con los colegas médicos. Estos psiquiatras, no solo sabían qué es el psicoanálisis y para qué sirve sino que estudiaban regularmente a Freud. Comenzaban a leer a Lacan, cuando no a Marx. La conciencia de la intervención en lo social respaldaba cualquier acto en las instituciones. Llegó el vendaval militar asesino que dispersó a los ciudadanos de mi país. Vine a vivir a España donde el franquismo no dejó entrar a Freud, como tampoco a Stanislavski o a Brecht y en ambas escenas, la teatral y la psiquiátrica dieron un salto que ignoró el atravesamiento por los maestros que revolucionaron la práctica en ambos campos. Mientras se oía (y aún) decir que Freud estaba superado, se entregaron a la química.

Hace tres años llega Clara, con sus enormes ganas de morir y la clara conciencia de su cobardía como para ejecutar cualquier acto que acabe con su vida. Diagnosticada de depresión mayor y fuertemente medicada, su psiquiatra le ha dicho que no vaya a un psicoanalista donde sólo logrará sentirse culpable y no debería perder tiempo dado que su enfermedad es crónica y la medicación de por vida. Luego, la cita para dentro de seis meses. Viene a un psicoanálisis porque es una gran lectora y en su desesperación piensa que podría ayudarla.

Lo que le gustaba de la vida ha perdido interés. Está de baja laboral. Ha abandonado un master en el último semestre. Sus amigos que antes la apasionaban han dejado de interesarle, no por ellos, sino porque ella no puede interesar. Sigue viviendo con el hombre que amó en los últimos diez años, pero se le ha vuelto indiferente aunque sabe que sin la compañía de él no podría ni alimentarse. No quiere comer, aunque ha engordado mucho por efecto de una medicación que la empieza a someter a una imagen corporal

irreconocible.

Ese primer día, le doy dos tarjetas. Una es para que me llame cuando quiera, sea la hora que sea. La otra es para su psiquiatra, al que podría interesarle hablar conmigo. Ya sé que a mí no me interesa, como también sé que no llamará.

En un primer recorrido de análisis, armo para ella una serie de tres acontecimientos que ha relatado de forma desconectada. Esta última crisis la ha desencadenado la elección entre dos puestos de trabajo. Ella elige A y luego se da cuenta que B era el mejor y que se lo dejó a otra. Una crisis anterior se produjo cuando hubo de elegir el lugar donde pasar su *Erasmus*. Eligió la ciudad A y en cuanto llega, B sería la mejor, donde han ido sus amigas, las otras. Previamente eligió la carrera A porque sus mejores amigas iban y debería haber elegido la B, error que intenta subsanar con el master que acaba de interrumpir.

Seriadas las tres escenas le digo que siempre elige o por otra o dejando lo mejor a otra. Entonces, cuenta que su madre la abandonó al nacer. Su padre se ha vuelto a casar. Tiene una mamá A y otra B. La A nunca ha salido de su vida, aunque nunca ha estado; ahora son amigas en *facebook*. Hablando de sus madres se va haciendo un lío, mi semblante va acentuando confusión, no la entiendo. Hasta que puede decir, que *si me parece bien*, llamará A, a su madre biológica y a su madre, mamá. Le digo que *a ella le parece bien*. Empieza así su proceso de cura, sabiendo quién ha sido su madre. Lo de dejarle el lugar a otra, llevará más tiempo.

Clara, está en su tercer año de análisis, y el mismo psiquiatra que vaticinó medicación de por vida y desautorizó el psicoanálisis, le ha ido disminuyendo la medicación en cada cita semestral y ahora concluirá. Clara, reintegrada a su vida, vuelve a tener “*sueños feos*” y tristezas profundas. Dice que se asustó porque todo el horror podría volver a empezar, pero que entonces se dio cuenta de algo: *Será interesante saber quién soy detrás del medicamento. Ahora no es cuestión de química -ríe- sino de coraje.*

La psiquiatría actual desaconseja el psicoanálisis por varias razones, la que más me sorprende es: “culpabiliza”. Confunden responsabilidad subjetiva, con culpa y no dejo de preguntarme si no es por lo que ellos hacen, pura proyección. Culpables de intoxicar, culpables de confundir el lugar del médico con la del *dealer*.

Los psicoanalistas tenemos en nuestras agendas el nombre de algún psiquiatra amigo, algún analizante puede necesitarlo. Por supuesto. Medicar es un acto delicado e importante, por lo que el médico en cuestión ha de estar inscripto en unos principios éticos que compartamos. Con ellos sí.

5

Con la psiquiatría actual, no. Pero hubo otra.

Cuando llegué a Europa, expulsada por esa otra vertiente del discurso capitalista que es la imposición de gobiernos militares, era 1978. En Londres, mi primera parada, busqué a Laing con quien hice algunos *workshops*. Al llegar a Barcelona, participé del primer

congreso de psiquiatría en Gerona, donde conocí a Basaglia, lo que me llevó a Trieste, a empaparme de la experiencia de abrir las puertas de los loqueros. Con sus dificultades y sus logros.

Hoy, la ética psiquiátrica está en espera. Lo mejor que podemos desear, viene de aquella tradición. Activar un movimiento antipsiquiátrico que recupere al sujeto en contra de la complicidad y hegemonía del discurso capitalista, el mismo que apoyan los políticos que regulan los sistemas de salud pública.

Mientras tanto, contamos y recontamos la historia de un fracaso.