

Por Analia Villamayor.

### **En el contexto del teletrabajo ¿Cómo arreglárselas con el desvalimiento del cuerpo?**

“Desvalimiento” es un término freudiano. Me resultaba difícil pensar en este sintagma, en el contexto de la clínica. Tenía presente el término desvalimiento articulado a la noción de prematuridad del ser humano, o sea el estado de desvalimiento en que el “organismo humano” se encuentra al comienzo, cuando es incapaz de responder a cierta cantidad de excitación endógena y necesita de otro para que la vivencia de satisfacción acontezca, para que se produzca una experiencia con consecuencias decisivas en el desarrollo de las funciones del individuo por la cual se consume en el interior de su cuerpo la operación requerida para cancelar el estímulo endógeno.

Sin embargo reencontré en “Complemento sobre la angustia” en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, el término desvalimiento.

Allí Freud está diferenciando la reacción de angustia de la situación de peligro. Y distingue la vivencia de desvalimiento material en el caso del peligro realista que el “yo” experimenta, de la vivencia de desvalimiento psíquico ante el peligro pulsional. Y dice, y esto es lo importante, que: “el análisis muestra que al peligro realista notorio se anuda un peligro pulsional no discernido.” En otras palabras se experimenta vivencia de desvalimiento cuando el sujeto se encuentra confrontado a una cantidad de excitación y no tiene la fuerza psíquica para soportarla, o canalizarla o repartirla, o sea no puede tramitarlo simbólicamente, sin olvidar que la vivencia enmascara un peligro pulsional no discernido.

Lacan no descarta el estado de prematuridad del infans y desarrolla el Estadio del Espejo.

Pero a la altura del Seminario VI pone el acento en que lo importante es que en la experiencia originaria del “desamparo”, se está a merced del deseo del Otro. En algún momento la estructura psíquica podrá llegar a responder con el síntoma y el fantasma si es que el infans no ha quedado sin recursos frente al deseo del Otro.

Síntoma y fantasma dan cuenta de que el infans ha dejado de ser un cuerpo para pasar a tenerlo.

Entonces la pregunta inicial sería ¿qué hacemos en el contexto del teletrabajo con esa vivencia a la que se responde con la inhibición, el síntoma o angustia?. No creo que haya diferencia en el consultorio o en forma virtual o telefónica. O sea el teletrabajo.

Por asociación me vino a la mente una paciente cuyo cuerpo por una enfermedad genética se fue convirtiendo en un cuerpo inválido para todo movimiento.

¿Cómo intervenir en el texto de un sujeto cuyo cuerpo padece una enfermedad de esta naturaleza en el contexto del teletrabajo.?

Del mismo modo que en el consultorio: La respuesta es siguiendo los principios psicoanalíticos: asociación, interpretación, operación reducción, desplazamiento, irrealización del referente, división subjetiva ..... Con esta paciente me sigo rigiendo por esos principios cuando es posible.

En las últimas sesiones ha contado la angustia por un sueño, ha hablado de sus miedos, sus celos, y otras cosas y ahí si intervengo analíticamente, pero considerando su estado no la dejo dividida; que la sesión no sea para sufrir más; a veces la puedo hacer reír, o nos reímos juntas por la interpretación y otras veces tan solo me pide que respiremos juntas. Es por

video llamada y nuestros cuerpos están presentes a pesar de la pantalla.

La virtualidad no es lo mismo que lo presencial, no hay duda. Y hay ocasiones en las que la presencia imaginaria del analista es requerida. Pero mas allá de esta última aclaración, hay un goce, que no se cómo nombrar aún, que está ausente o ¿presente? supuesto tanto del lado del analista como del paciente.

Más allá de estas consideraciones los analistas vamos verificado efectos analíticos y sorpresas del mismo modo que en el consultorio.

Aunque siempre hay excepciones. Me viene a la mente otro caso en que estando yo de viaje, un paciente al que atendía en el consultorio, comenzó a llamarme totalmente desbordado, una y otra vez. No pude hacer nada por teléfono. Tuve que ordenarle que llamara al psicólogo que le había dejado en caso de emergencia o que llamara a su psiquiatra. No era la primera vez que el paciente tenía episodios de esta naturaleza pero en el consultorio siempre había podido localizar su angustia. Por el contrario a distancia por teléfono toda maniobra de localización fue en vano. Obvio que no sé si hubiera sido diferente esta vez si yo hubiera estado presente. Queda la pregunta.

Y hablando de cuerpos presentes, no puedo evitar intentar pensar algo en relación al psicoanálisis en la clínica con los niños. En lo que vengo escuchando, los analistas de niños se han puesto a trabajar con ellos sin dudarlo y he escuchado cosas muy interesantes. Es posible haciendo un verdadero esfuerzo de lectura de lo que allí, en el dispositivo, ocurre en cada sesión. Sosteniendo la apuesta del Incc y nunca olvidando que si bien se usan juguetes, el verdadero juego es el que se realiza con los significantes.

Por último pensemos en el caso del autismo con quienes también se sigue trabajando, donde queda picando con más fuerza una pregunta ¿Y con el cuerpo? ¿Qué hacemos con el cuerpo? Habría que preguntarles a analistas que trabajan con estos niños que “son” un cuerpo, niños cuyos cuerpos podríamos decir que están desvalidos. Desvalidos frente al goce.

### **¿Qué cuerpos cuidamos?**

Habría que definir qué se entiende por “cuidar”.

Opté por darle el sentido de tratamiento del cuerpo hablante, tal como lo nombra Lacan en su última enseñanza.

Atribuirle al cuerpo el adjetivo “hablante” es un forzamiento necesario para indicar que el cuerpo que nos concierne es el pulsional. Decir cuerpo hablante también es querer decir algo más de lo que significa tener un cuerpo, gracias al lenguaje, sin llegar a serlo del todo, sin poder identificarse del todo con él. Otra forma de definir cuerpo hablante es decir que este no se define ya por su forma, por su imagen, sino por el hecho de estar habitado por el goce de la lengua.

Para comenzar a ensayar una respuesta me viene a la mente un episodio bastante reciente que reproduzco brevemente. Una colega atiende a una adolescente anoréxica por la cual está preocupada. Y comienza a averiguar si la prepaga tiene convenios para internarla. Pesa sobre la niña la amenaza de que si sigue bajando de peso será internada. Y surge la duda de si la internación es por salud mental.

Precisamente de ese cuerpo se ocupa un médico, si hay riesgo lo evalúa el médico. Ese

cuerpo nosotros no lo cuidamos. A lo sumo interconsulta con el médico, o conversación con los padres.

Y aquí tampoco hay diferencia si es teletrabajo o en consultorio.

Y es lo mismo, si tiene una enfermedad terminal, psoriasis o lo que sea....podemos escuchar e interrogar “su decir” sobre el cuerpo pero nosotros ofertamos una escucha, que no es la escucha médica. Y no necesariamente esperamos que hable sobre el cuerpo trastornado, puede incluso no tocarse el tema. Se entra a la cuestión indirectamente.

Nuestra escucha es al texto que produce un cuerpo que como dije ha sido transformado por los efectos del lenguaje, marcado por la palabra. Y que ha podido conquistarlo, y lo ha podido construir en un anudamiento de lo real del organismo, de lo simbólico del lenguaje y de lo imaginario que le dará consistencia. O sea que le permitirá tener un cuerpo. Esta escucha es para ubicar su goce, o su síntoma, como quieran decirlo, e intervenir ahí.

Como dije, los tres registros se anudan y es gracias a esa operación que la extrañeza del cuerpo puede ser velada.

Es otra la historia cuando el anudamiento no se sostiene y el cuerpo se desregula, se fragmenta, se externaliza. Y aparecen los fenómenos de la psicosis.

También tratamos esos cuerpos, vía la escucha a su texto pero con posibles diferencias en cuanto a las intervenciones y una orientación diferente en relación a la cura.

**¿Se trata de vivir más tiempo o de cómo vivir?**

En la clínica aparece en forma velada o no tanto a veces, esta temática que se articula al tema de la muerte. El paciente llega angustiado y despliega infinitos temas y asocia, y al final de varias vueltas, aparece todo el pensamiento del sujeto en torno a la muerte: la suya y la del otro.

Ya sabemos que la muerte propia no es representable pero si anticipable y la muerte anticipable es algo distinto de la muerte natural.

Ante la incertidumbre, ante el sinsentido de lo real de la muerte, con respuestas neuróticas, psicóticas o perversas, con inhibiciones, síntomas, angustias, fantasías y actos cada sujeto inventa un tratamiento singular, que le permite defenderse de ella o hacerla tolerable, pero no sin consecuencias.

Esto se puede leer en la clínica de muchas maneras.

Sin pretender generalizar doy algunos ejemplos: el obsesivo creyente de que la muerte es un accidente que puede ser evitada, que elude el riesgo del acto y así con postergaciones e inhibiciones queda atrapado en una muerte en vida.

En otros, su heroísmo será consecuencia del mecanismo de desmentida, con la lógica inconsciente de que “eso a mí no me va a pasar”

Para algunos el contacto con la posibilidad de muerte permite reconectarse con el deseo y a otros puede llevarlos a una posición melancólica.

Algunos logran localizar en una fobia el miedo a morir y creen que el riesgo sólo se presenta frente al objeto fobígeno.

Y podríamos seguir con las fantasías de suicidio como modo de salida de una escena intolerable.

Desde el que reniega de la muerte hasta el que la tiene encima todo el tiempo, hay tantas posibilidades como analizantes. Hay toda una relación del sujeto a la muerte, más allá del discurso yoico, que debe ser subjetivado en un análisis si el sujeto consiente a ello, claro está.

El vivir más tiempo no excluye al cómo vivir. Están fuera de todo cálculo posible, son cuestiones fantasmáticas, pero si hiciéramos un forzamiento y lo planteáramos como alternativas disyuntas, la respuesta la dará con sus actos el sujeto. Habrá que ver donde se ubica su goce.

En la primera parte de su enseñanza alrededor de los 50, Lacan pensaba el final de la cura, como la disolución de lo imaginario, el desinvertimiento libidinal, y lo correlacionaba con “la asunción de la muerte”. Lacan nunca abandonó este tema, desarrollando por supuesto, en su relectura a Freud, todo un recorrido conceptual por el cual pasa de una concepción imaginaria de la muerte a la logificación de la muerte.

### **¿Cuidamos al paciente?**

Cuidar un paciente, no es función del deseo del analista pero si es necesario lo hacemos ya sea en trabajo a distancia o en atención personal. No ahondaré en las medidas que un analista debe poner en marcha cuando el caso es grave, ya sea desde imponer una internación o inventar un dispositivo no convencional. O cuando por ejemplo, ante el fallecimiento de un familiar, el analista se corre de su lugar de analista para dar lugar a otra

posición.

Por el contrario me referiré a ese modo de intervención, contracara del intento de hacer existir el inconsciente, cuando procedemos desde la vacilación calculada, calculada porque se busca un efecto. Doy algunos ejemplos de mi clínica: cuando el analista se divide diciendo “me preocupa que hagas eso” para relanzar una asociación; o en el intento de regular un goce con una prohibición “Así yo no juego”. Es dar una mínima pista de ser un sujeto deseante, eso que en todo análisis debe estar velado por completo.

Pero hay que ver cómo está implicado el analista ahí, y para eso está el análisis y el control del caso, para evitar interpretaciones fantasmáticas, prejuiciosas, moralistas o sea que no se juegue la subjetividad del analista.

La forma analítica de “cuidar al paciente” es por el tratamiento de su síntoma signo de un goce. Y lo que se cuida es el deseo del analizante. Caso por caso.

En relación a la clínica con niños, clínica difícil por cierto, donde a veces además de la familia hay que tratar con la escuela, y a veces hasta con la justicia. Y todo eso complica el caso y angustia al analista. Muchas veces se observa cierta desorientación en la conducción de la cura y se escuchan frases como “me preocupa el nene” y a veces los analistas se ubican como mediadores en todo ese caos.

En mi opinión una regla de oro es nunca olvidar quien es el paciente y cuál es su síntoma e intervenir en función de eso. Que a veces, claro está, requieren entrevistas con los padres o charla con el ámbito educativo.

**El Sujeto y su relación con su pulsión de muerte.**

Este es un tema muy complejo. Algo al respecto de eso ya fue dicho. Pero intentaré dar otra vuelta.

Freud resuelve todo su desarrollo sobre las pulsiones en una concepción binaria: pulsión de vida y pulsión de muerte.

Lacan da varios giros a este concepto.

Cuando comienza a desarrollar los órdenes R S I, desplaza la pulsión de muerte de lo imaginario (o sea deja de ser cuestión de biología o retorno a lo inanimado, o nostalgia por armonía perdida) a lo simbólico.

Anula el binarismo diciendo que toda pulsión es de muerte. Para Lacan toda pulsión es pulsión de muerte 1 porque toda pulsión persigue su propia extinción 2 porque toda pulsión envuelve al sujeto en la repetición que Lacan dirá que es repetición significativa y 3 porque toda pulsión es un intento de ir más allá del principio de placer, hasta el reino del goce excesivo, en el que es experimentado como sufrimiento.

Como último dato en el Seminario 7 de Lacan, la pulsión de muerte es equivalente a la relación subjetiva con la muerte.

En Enrique V, obra de W Shakespeare, hay una arenga de este rey a sus soldados a los cuales quiere conducir a una batalla que tiene todas las de perder frente a un ejército francés, más numeroso, descansado y bien alimentado. Shakespeare escribe una arenga en la que se ve el ejercicio del autor para poder entusiasmar a los hombres a morir. En la obra el Rey logra transmitir “el goce de la muerte”, o sea la satisfacción de dar rienda suelta a la pulsión de muerte.

Lacan decía que no se puede prever nunca el resultado de una batalla porque depende de qué lado hay más goce de morir.

Como vengo diciendo el camino es interrogar la posición del sujeto a fin de conmovier su exceso de goce. A veces es posible.

En el caso de la paciente mencionada desde el inicio de su enfermedad, esta mujer se había sometido a tratamientos delirantes cuyo lema era que “si hacia todo bien se iba a curar”.

La paciente había quedado reducida a un objeto silencioso y obediente de estos tratamientos.

Este modo de goce fue leído como una defensa del Sujeto frente a un real traumático de la enfermedad. El trabajo analítico posibilitó que la analizante pudiera renunciar a ese goce al cual ella se sometía silenciosamente, cómplice del goce del Otro.

Recuerdo que en varios momentos del recorrido le dije: “De esto también se habla”.

Hoy en día no puede moverse y casi ni hablar pero riéndose insulta a su médico y se ha hecho comprar para cada día de la semana un perfume diferente.

Si desea enviar un comentario sobre el texto al autor, puede dirigirlo a:  
[analiavillamayor@yahoo.com.ar](mailto:analiavillamayor@yahoo.com.ar)

### **Bibliografía:**

Chamorro, Jorge: Interpretar. Grama Ediciones 2011

Freud, Sigmund: "Proyecto de psicología para neurólogos", Tomo I, Amorrortu Ed.

"Inhibición, Síntoma y Angustia", Tomo XX, Amorrortu Ed.

" De guerra y muerte", Tomo XIV, Amorrortu Ed.

"Posición del Inconsciente", Escritos II, Siglo XXI, 2002

Lacan, Jacques: Seminario VI, *El deseo y su interpretación*, Buenos Aires: Paidós, 2014

Seminario VII, *La Etica del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1995

Miller, Jacques-Alain: "La asunción de la muerte", *Donc, La lógica de la cura*. Paidós, 2011

Soler, Colette: *El trauma, "¿Que se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?, Letra Viva*, 2007