III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Cuestiones técnicas desde el inicio de un tratamiento.

Brunetti, Marcela.

Cita:

Brunetti, Marcela (2011). *Cuestiones técnicas desde el inicio de un tratamiento. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/719>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/WXK>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CUESTIONES TÉCNICAS DESDE EL INICIO DE UN TRATAMIENTO

Brunetti, Marcela
UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Partimos de la idea que las cuestiones técnicas en la clínica psicoanalítica implican una posición ética; y esto se pone en juego a partir de las primeras entrevistas. Nos serviremos de un caso clínico tomado de la práctica hospitalaria para dar cuenta de la hipótesis planteada líneas arriba, es decir: la lógica de un caso se puede establecer desde las primeras entrevistas, por lo tanto la transmisión de la práctica del psicoanálisis con la comunidad científica - en este caso, hospitalaria- se torna posible. La viñeta es un recorte de lo que se podría ubicar dentro de la clínica de las patologías actuales, ya que se trata de un caso de trastornos de alimentación. Se abordará también, siguiendo la conceptualización de J. A. Miller en el libro "Introducción al método psicoanalítico", el tema de la implicación subjetiva en los inicios del tratamiento.

Palabras clave

Trastornos Alimentarios Implicación Técnica

ABSTRACT

TECHNICAL ISSUES SINCE THE BEGINNING OF THE TREATMENT

Technical issues, in psychoanalysis, involve an ethical position since the beginning of the treatment. Based on a case -taken from the hospital practice- we will settle the logic of the technique to enable the transmission of the psychoanalysis to the scientist community. The vignette is a case of eating disorder. We will follow, as well, the psychoanalytic concept related to subjective implication, involved since the beginning of the treatment

Key words

Eating Disorder Implication Technique

Tal como lo plantea Miller en "Introducción al método Psicoanalítico" (Miller, 2001)[i], la ética se juega desde el inicio de un tratamiento, en tanto las cuestiones técnicas implican una posición ética.

Daremos cuenta en el presente escrito sobre algunas cuestiones técnicas que nos han permitido pensar la lógica del caso clínico en las primeras entrevistas. Nos serviremos de un caso Hospitalario, una paciente a quién llamaremos Carolina.

LA ENTREVISTA DE ADMISION

Según Miller, en el texto que venimos mencionando, el primer pedido es la demanda de ser admitido como paciente. El candidato a paciente se presenta avalando su síntoma, y el analista, al autorizar la auto-avaluación (en tanto aval), ya está, podríamos ver si es así en el caso clínico que nos convoca, en posición de analista. En esta línea es que habrá que ubicar si el haber aceptado a Carolina en la entrevista de admisión del Hospital tendría estatuto de acto analítico. En la mencionada entrevista había dos psicólogos y dos médicos (residentes en psiquiatría). Ella vino buscando tratamiento psiquiátrico, quería, en sus propios términos: "*alguna medicación que me sirva*", y el equipo de admisión decidió que el tratamiento que se le iba a ofertar -por el momento- consistía en psicoterapia individual, de frecuencia semanal. Se descarta, por el momento, tratamiento psiquiátrico. En su demanda había una franca orientación hacia la medicación. Entonces, psicoterapia sí; psiquiatría, por ahora, no.

MOTIVO DE CONSULTA

Parece haber una cuestión que indudablemente la mueve a consultar: "*hace siete años que estoy con una relación, bah... ahora no estamos juntos, pero yo estoy pendiente, igual, como si estuviera con él. En este último tiempo siento que estoy volviendo a caer en sus garras, y quiero evitarlo, por eso vengo, desde que estoy con él engordé 35 kilos, ya llego a 100 y yo antes siempre fui flaca, estoy desesperada*". Habla sobre esta relación, se trata de un hombre que está casado y se refiere a él como "*un psicópata*".

Ahora bien, en principio Carolina avala como síntoma el no saber cómo hacer para "*despegar de él*", trabajan juntos y ella se quiere ir del espacio laboral, aunque hace siete años que "*da vueltas*" y no lo hace. También ha cambiado un sinfín de veces de número de celular, para que él no la pueda encontrar. Si bien muestra cierto enojo con este hombre por sus promesas incumplidas,

lo que aparece recurrentemente en la entrevista es el “soy una estúpida”. Volveremos sobre esto.

Es una paciente que relata historias en detalle, metonímicamente. En las primeras entrevistas fue muy difícil poder cortar algo de esto.

Si bien no nos detendremos acá porque excede el marco del presente escrito, cabe mencionar que uno de los objetivos de las entrevistas preliminares, tal como lo plantea Miller, es ubicar el diagnóstico. Ubicamos a la paciente bajo un diagnóstico estructural correspondiente al campo de las neurosis, ya que no se han observado fenómenos elementales en su presentación y sus síntomas parecen estar abrochados bajo el Nombre del Padre.

“La evaluación clínica no está constituida en la objetividad. (...) En esta perspectiva el sujeto es una referencia ineludible” (Miller 2001)[iii], para esto es importante separarnos de la dimensión del hecho para entrar en la dimensión del dicho. Lo importante con esto es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Entonces, a partir de los dichos, localizar el decir del sujeto. Ver la posición que quien enuncia toma con respecto al enunciado. Y acá nos ocuparemos del “soy una estúpida”.

SINTOMA DE INICIO E INDICADORES DE RESPONSABILIDAD SUBJETIVA

“Para pasar de la evaluación clínica a la localización subjetiva, hay que ubicar la subjetivación.” (Miller 2001)[iii]

¿Qué queremos decir con esto, en el caso que nos convoca?

Recordemos que Carolina habla, prácticamente sin pausa, de situaciones en las que ella se siente una estúpida, y los otros (su amante “G” y su madre) son los “manipuladores y garcas”, y ella no sabe como pararlos. Dice: “los sufro pasivamente”.

De a poco, en las entrevistas siguientes, parece haber un movimiento:

Relaciona rasgos de G. con su madre y empieza a ubicar su posición ante ambos. Cuando dice “me ofrezco como blanco de ellos” parece esbozarse alguna dificultad que le concierne. No es lo mismo decir “me atacan porque son unos manipuladores”, que decir: “me ofrezco para que me ataquen”. Habrá que ver que estatuto tendrá esto último. ¿Se podrá pensar como el síntoma de inicio? Parece que dice algo sobre la posición de goce del sujeto, aunque recién comienza. Pero algo del sujeto empieza a emerger, y por lo tanto sería posible pensar en algún indicador de por dónde vendrá a armarse (si es que se arma) algo de la responsabilidad subjetiva de la paciente. Parece tener, dentro de su neurosis, un fantasma algo masoquista. De ahí la importancia de esta localización de ofrecerse para el ataque. Parece ser que algo de los significantes primordiales están empezando a resonar. Claro que todo esto no fue sin intervenciones del analista.

Esto podría pensarse como subjetivación para acceder a la localización subjetiva, continuando con Miller. La localización subjetiva introduce al sujeto en el inconcien-

te, operación que no es sin la transferencia y la posición del analista.

INDICADORES DEL LAZO TRANSFERENCIAL Y POSICIÓN DEL ANALISTA

Las intervenciones fueron orientadas, desde las primeras entrevistas, hacia ubicar algunos significantes primordiales que comandaban la vida del sujeto, por supuesto, sin estar de ello advertida. Dice Miller “... la puntuación justa depende de cómo el analista fija la posición subjetiva. No hay palabra más especial que la que dice el analista para fijar la posición subjetiva. Se puede, en ese punto reconocer una palabra de verdad” (Miller 2001)[iv]. Continúa el texto marcando qué es lo que se debe tomar en serio, y que es lo que no. Estamos de lleno en un terreno que incumbe a la responsabilidad del analista. Poder localizar algo de la posición del sujeto de entrada.

Hubiese sido un error seguir escuchando los dichos de la paciente relacionados a todas las “maldades que le hacen”, sin ubicar allí su posición. El efecto de esto hubiese sido un impedimento a la localización subjetiva, hubiese implicado cierto consentimiento por parte del analista a dejar al sujeto afuera. El tema, de entrada, es no rechazar al sujeto, sino rechazar la formulación de la demanda tal como venía. Si la localización subjetiva consiste en hacer aparecer una caja vacía donde se inscriben las variaciones de la posición subjetiva, es necesaria la concomitante posición de no comprensión por parte del analista, para que pueda operar cierto vaciamiento de sentido.

Continuando con lo planteado por Miller, la localización subjetiva no es sólo una evaluación de la posición del sujeto, sino también un acto del analista, un acto ético. Si pensamos que el analista dirige al paciente al encuentro con el inconciente, las entrevistas preliminares constituyen una rectificación subjetiva, apuntan a transformar a la persona que vino en un sujeto.

Recordemos que mientras surge en estas entrevistas la cuestión de *ofrecerse como blanco para el ataque del otro*, C. conmovida por esto, pide alguna entrevista extra -cuestión que podemos ubicar como un indicador transferencial-, que le es concedida. Hay un pasaje desde el dicho: “son unos desgraciados y yo no se cómo hacer para abrirme” hacia la *lástima* que le provocaba su madre, el *cuidado* que siente por parte de G. hacia ella cuando le regala una estufa ó la *ilusión* de cuando fueron juntos a elegir los pisos para el departamento de Carolina. Aparece en su relato la “cara tierna” (tomo este significante en relación a un sueño) de G. y de su madre. Personajes que se tornan algo más ambiguos en su discurso. Allí trae un sueño -formación del icc dirigida al analista, indicador de transferencia en una cara simbólica-: “soñé con víboras, que venían a mi cama y me intentaban atacar, yo tenía un miedo fatal, y de pronto a una le veo la cara, y tenía cara de un perrito de peluche, una dulzura. Ahí me desperté”.

Y dice: “es esto, de saber que no me puedo correr de ese lugar de maltrato en el que cada uno de ellos me

deja, porque de a ratos veo como son en la realidad, y después espero que cambien...

En las entrevistas siguientes, Carolina hablará de otras cosas, no sólo de G, su madre y los maltratos. Algo del sujeto comienza a despuntar: habla de los momentos en los cuales realiza alguna sobreingesta, y lo relaciona con lo estragada que queda al irse de la casa de su madre, y también al hecho de sentirse sólo. Dice: *“es como que me doy cuenta que yo me condeno a estar sólo. Todo me lo imagino sólo, viajar, vivir, todas mis amigas están casadas, y yo siempre sólo. Ni me puedo imaginar con alguien.”* Algo ocurre acá que Carolina en lugar de hablar “vorazmente”, o de reirse casi ridículamente -como lo hizo en las anteriores entrevistas-, llora. Lo hace por primera vez en el tratamiento, y es en ocasión de hablar de la soledad que siente. Cierta vaciamiento de lo que traía al inicio parece estar operando. Algo de la feroz demanda materna parece que se está desarmando para poder hacer algo, también, con su sobrepeso. Estos kilos de más, tal como trabajaremos unos párrafos adelante, parecían tener un lugar de puro ofrecimiento para que su madre la goce, y en alguna medida esto le dio consistencia fantasmática.

Ahora bien, a partir del sueño y el movimiento subjetivo mencionado, puede haber cierta rectificación, que no es sin apertura del inconciente. No obstante, no nos animamos aún a darle estatuto de síntoma analítico a esto, ya que fue en las últimas entrevistas, y habrá que ver apres coup el lugar que esto ocupa en la economía libidinal del sujeto. Preferimos ser cautelosos. Sí podemos afirmar que es un indicador de lazo transferencial y que estamos ante un sujeto con cierta decisión ética de querer saber de qué se trata todo esto.

LA OBESIDAD

La obesidad es algo muy visible en Carolina, ha realizado tratamientos para adelgazar, grupales e individuales, pero no han tenido efecto. Siguiendo a Recalcatti en su texto “El demasiado lleno de la obesidad”, pensaremos algunas cuestiones pertinentes a la obesidad y al caso que nos convoca.

El autor, al hablar de esta patología, insiste con el término “vergüenza”, y parece pertinente considerar la presencia de este significante en el discurso de Carolina. La avergüenza comer delante de otros, salir con ese cuerpo engordado, “mostrarse”. Dice: *“imaginate que esto, todo lo que como, lo cuento acá nada más, no puedo sentirme más patética con todo esto, yo se que si adelgazo empiezo a salir, pero así ni me muevo...”,* luego: *“casi me pongo a llorar con el médico cuando me dijo que había pasado los 100 kilos, pero de la vergüenza”.*

Relacionaremos el tema del Ideal y la posición de Carolina. Si el exceso presente en la obesidad deja a la vista el fondo indomable de lo real acéfalo de la pulsión, como un empuje hacia un goce mortífero, que, en líneas generales *“persigue más la angustia del otro que su deseo”* (Recalcatti, 2003)[v]. Ahora bien, sabemos que la

clínica del psicoanálisis es la clínica del “uno por uno”, y en Carolina esto cobra un valor particular. Su sobrepeso parece calmar a G. Ante una escena de celos por parte de él, ella le responde: *“quedate tranquilo que estando como un chancho no me da bola nadie, y aparte yo no voy a ningún lado estando así”.* Ponemos el acento en el “quedate tranquilo”, la obesidad lo protege a G. de los riesgos de que ella conozca a otro hombre. Dice: *“el caradura me dice que le gusto así como estoy, no lo puedo creer... sabe que no puedo estar con nadie más que con un enfermito como él estando que así que exploto”.* Se podría pensar que el uso subjetivo de este cuerpo gordo es una modalidad de interrogación histérica del deseo del Otro. Carolina comprueba así su valor como sujeto más allá de la función de objeto de su cuerpo. La lógica entonces sería: el objeto obeso estaría destinado a generar rechazo en los otros, y aparece entonces la excepción: menos en G, para quien la obesidad de Carolina conlleva cierta garantía de que ella está sólo para él.

Agregamos a esto la cuestión más perversa de la madre, que le dice que está gorda como un chancho, pero le deja pizzas en su heladera. Vale mencionar que Carolina se desmarca de la serie de los hermanos, es la única profesional, la única que no se casó ni tuvo hijos... diferencia que tiene un costo y es vivida por ella tal como lo dijo en una entrevista *“mi familia rechaza mi forma de ser, me desvalorizan”.*

De algo sí está advertida la paciente, y es del rechazo que causa afuera del mundillo de estos personajes, por eso no sale de su casa y se queda comiendo, hasta sentirse mal! Cabe aclarar que fue difícil para la analista introducir cortes en esta modalidad. Como se dijo, el relato estaba muy pegado a lo cotidiano, y ha sido una tarea ardua poder ubicar su posición de goce.

Algo parece haber ocurrido luego de la visita al médico. La paciente se asustó por el tema de haber pasado los 100 kilos, y por estar hipertensa. Recalcatti sostiene que como en la anorexia, el cuerpo obeso es también un cuerpo con riesgo de muerte. Sostiene que no es solamente un evento del lenguaje, sino un evento somático que atañe a lo real del cuerpo. Lo llama *“dificultad de acceso al metabolismo simbólico”* (Recalcatti, 2003)[vi], precediendo a las dificultades del metabolismo fisiológico. El autor relaciona estas dificultades con algo que se mencionó como un rasgo, una modalidad de presentación característica de Carolina: el pensamiento concreto-operativo como efecto de una separación personal entre los afectos y las ideas. En otros términos, podemos decir que se trata de una tendencia al aplastamiento de la palabra sobre la actualidad cotidiana, algo así como una palabra vacía separada del ser del sujeto, como una inadecuación general de lo simbólico para interferir en lo real del cuerpo.

Sostenemos que el cuerpo de Carolina no ha podido traducir un conflicto psíquico en un síntoma. Tal como se relata en la presentación del caso, esto es un observable clínico en la paciente. La palabra parece no tener

incidencia en el cuerpo.

Igualmente, no es un dato menor tener presente el valor que toma el sobrepeso en la relación con G, cuestión que nos hace de brújula para pensar el estatuto libidinal de su gordura. Y es ocasión esto par ubicar lo que Recalcatti llama “la imposibilidad del rechazo” en la obesidad (en contrapartida con la anorexia, que sí rechaza). A partir de la lectura del caso, leemos la insistencia de Carolina en la dificultad de decir: -no! -ante G, su madre, su familia- y es bajo esta perspectiva que pensamos la obesidad de C, del lado de la alienación. Sujeto que aparece atrapado por la demanda del Otro.: “*pesantez del sujeto como objeto del Otro*” (Recalcatti 2003)[vii] y Carolina lo expresa así: “hacen conmigo lo que quieren”.

Para concluir diremos que, si bien, este recorte es de los inicios del tratamiento e inserto en un dispositivo hospitalario, se puede, desde el psicoanálisis, dar respuesta a cierta presentación de patologías actuales -en este caso trastornos de alimentación-, y articular la técnica con la posición ética desde el inicio y dar cuenta de ello en términos transmisibles a la comunidad científica.

NOTAS

[i] Miller, J.: *Introducción al método psicoanalítico*. Eolia-Paidós, Bs. As., 2001. Pág. 13

[ii] *Op. Cit.* Pág. 34

[iii] *Op. Cit.* Pág. 34

[iv] *Op. Cit.* Págs. 50-51

[v] Recalcatti, M.: *El demasiado lleno de la obesidad*, en *Clinica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Pág. 275. Ed.Sintesis, Madrid, 2003

[vi] *Op. Cit.*, Pág. 280

[vii] *Op. Cit.* Pág. 286

BIBLIOGRAFÍA

Donghi, A.: “Innovaciones de la practica II: Anorexias, bulimias, obesidad”. JC Edic, Bs.As.,2007.

Lacan, J: “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, en *Escritos 1. Siglo XXI Ediciones*, Bs.As., 2008.

Miller, J.A: *Introducción al método analítico*, Eolia-Paidós, Bs. As., 2001.

Recalcatti, M.: *La ultima cena: Anorexia y bulimia*. Ed. Paidós, Bs. As., 2008

Recalcatti, M: *Clinica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Ed.Sintesis, Madrid, 2003