

Teórico 16/05/07

Dr. Ricardo Rodulfo

Para seguir, les propongo que hagan preguntas, reflexiones o bien si requieren alguna aclaración. Las cuestiones más simples son las mejores para contar.

Alumna: No me queda bien en claro el tema de la caricia...

Profesor: Acá me preguntan sobre la caricia del libro mío "Dibujo fuera del papel". En primer lugar puede haber simplemente un efecto de tiempo de lectura, algo que se va aclarando en la medida que uno lee más y pasa cierto tiempo y maduran ciertas cosas. Sobre todo cuando hay textos que tienen enfoques distintos de lo que uno viene más habituado.

Respondiendo a la pregunta, voy a empezar por algo histórico teórico. Hay una carta de Freud a un amigo –Fliess–, una carta que data del 1890, de los tiempos de emergencia del psicoanálisis. Es una carta que se numeró y se conoce como la carta 52. Allí Freud propone un modelo del psiquismo como un complejo de escrituras, cosa que insiste más adelante: sueño como jeroglífico no como discurso, sino como escritura, etc. Allí se plantea el psiquismo como estratos de escritura, de distinta naturaleza. Habría una inscripción psíquica en un plano que luego es retraducida y re inscripta en otro plano y de manera diferente. Lo interesante de este bosquejo esbozado en esta carta es la idea de un sistema de distintas escrituras, distintas según el grado de participación conciente y donde habría toda clase de juegos de traducción. Por ejemplo, cuando contamos un sueño, lo contamos en una situación de terapia o bien a un amigo, al contar me doy cuenta de que hago de traductor de traductor, hay cosas que se escapan, contamos imágenes, sensaciones, que es muy difícil trasponer en palabras. Son esas cosas que es más fácil ponerlas en música o dibujos. Al contar transcribo el sueño a lo verbal, pero la transcripción no es un fiel reflejo del sueño, es una transcripción y una cierta interpretación. Porque al contar un sueño, el que lo cuenta, de alguna forma lo interpreta. A esto Freud lo llamaba elaboración secundaria.

Entonces, hay distintos planos: el sueño como sensación corporal, el sueño en sus imágenes, el sueño en su relato. Allí habría un sistema de escrituras. El valor de este modelo, que es el que yo tomo en mi libro, es pensar en el psiquismo como una pluralidad de escrituras. De alguna manera, en mi libro se puede hacer una genealogía que remitiera a esa carta 52. El valor de un sistema plural de escrituras es no reducir el psiquismo a un solo tipo de escritura. El psiquismo es polifónico, desde la introducción de la idea de inconsciente. El psiquismo no es lineal, es más una partitura. Cuando yo leo música, yo tengo que leer de manera horizontal y vertical al mismo tiempo, si yo dirijo una orquesta porque hay varios instrumentos que suenan al mismo tiempo tocando cosas distintas y si toco el piano o la guitarra la mano derecha y la mano izquierda tocan cosas distintas. Eso se presta más para pensar en la complejidad de lo inconsciente, que la idea lineal. La otra ventaja de ese modelo, es que es un modelo que no privilegia un elemento sobre otros. Por ejemplo, no privilegia lo verbal sobre otros registros. Es un modelo descentralizado, es un modelo sin centro y eso es importante en

una cultura como la nuestra, que tiende a girar todo en torno a lo verbal, tanto en la vida cotidiana como también en lo teórico. Entonces, el modelo impide confundir subjetividad con verbalización.

En el libro propongo tres espacios: cuerpo, espejo, hoja con tres tipos de operaciones de inscripción en esos espacios –caricia, rasgo y trazo-. Hay una tradición que es pre psicoanalítica, viene de la metafísica, que separa el cuerpo de lo psíquico. La escisión entre psique y soma es una operación de la cultura occidental. Nuestras mismas profesiones están repartidas en esa escisión: los médicos se ocuparían del cuerpo y nosotros del psiquismo. Lo cual es falso porque nosotros nos guste o no nos estamos ocupando del cuerpo y los médicos les guste o no se ven involucrados con el psiquismo del paciente. En esa escisión lo que tiene valor simbólico, valor de signo, valor de abstracción tendría que ver con lo más alejado de lo corporal. Lo corporal quedaría más ligado a lo biológico y menos a lo psíquico. Esto ha influido mucho. Hasta Winnicott, nadie le había dado valor de dibujo a los garabatos infantiles. El dibujo era cuando el chico hace figuras reconocibles, el dibujo que llamaríamos figurativo. En cambio los garabatos, esos juegos de trazo, eso que aparece como puro trazo sin figuración, no tenía valor simbólico ni representativo. De la misma manera, todos los juegos vocales del bebé, que tienen toda clase de música, de entonaciones, no eran reconocidos como algo que tuviera valor subjetivo porque no eran palabras, hasta que no empezaría el lenguaje eso no tendría valor. Como si fueran sonidos emitidos por un cuerpo puramente biológico, algo así como: el cuerpo es lo concreto y el psiquismo es lo abstracto, lo simbólico. Esa partición muy rígida, le quita valor subjetivo a un montón de cosas. El problema es que con ese montón de cosas tenemos que trabajar en la clínica con niños y también con los adultos. Con un paciente adulto a veces me tengo que fijar –eso Freud lo hacía- no en lo que está diciendo, sino en el tono en el que lo está diciendo, en la intensidad de voz, en la mayor o menor velocidad. Para poner un ejemplo exagerado, si alguien me dice “a la carrera” –velozmente- “estoy muy triste porque se murió fulano”, tomo en cuenta que no se detiene en afrontar un duelo aunque me diga que está muy triste. Freud tomaba mucho en cuenta –y eso no debemos olvidarlo- la diferencia entre lo que dice el paciente y la expresión de la cara cuando lo dice. Porque a veces van para el mismo lado y otras veces van para lados completamente diferentes.

Entonces, hay toda una serie de fenómenos con los que tenemos que trabajar a toda edad, mucho más cuando es un paciente pequeño y todavía más si trabajamos con un bebé y su mamá o con un chico que hable poco.

El modelo que planteo en mi libro como modelo clínico, surgido del trabajo clínico, es un modelo que no le da más carácter simbólico o menos carácter simbólico a un elemento que a otro. Considera que una caricia tiene tanto valor significativo, tanto valor de escritura simbólica que una palabra. No reparte las cosas en concreto – abstracto. El modelo apunta a no hacer logocentrismo, ni a colocar ningún registro en el centro, sino marcar una subjetividad que toda la vida se mueve en los espacios que llamo cuerpo, espejo, hoja. Estos espacios no son propios de una edad, sino que funcionan toda la vida. Lo que yo llamo caricia, es un término que hay que especificar, porque no me refiero a lo que en la vida cotidiana llamamos una caricia. Cuando un chico se comunica con otro

pegándose, eso está en el plano de la caricia, aunque un golpe no es una caricia. Con caricia hago referencia a esas operaciones de cuerpo que son plenamente subjetivas. Me voy a adentrar en esto por la caricia propiamente dicha. Un bebé enseguida quiere tocar, y en cuanto puede agarra, acaricia, tironea, pellizca. Además sabemos que esto se traspone a otros registros: hay voces que acarician, hay voces que son ásperas, hay miradas que son duras, hay miradas que son cálidas y acariciantes. Todos esos registros son válidos. Tomemos el gesto más simple: supongamos que acaricio a un bebé. El otro día me decía un paciente adolescente “mi padre es muy frío, no sabe ni besar, cuando me acerco a darle un beso, él inclina la cabeza hacia abajo, como para que uno le de el beso en la frente”, hablaba de que el padre jamás le iba a dar un abrazo, que no recordaba un mimo del padre. En este plano él estaba hablando de la caricia. Esto ya el psicoanálisis, muy temprano, empezó a pensarlo y también lo encontramos bajo otro nombre, el nombre de pictograma, de Piera Alaunier, como escritura temprana del cuerpo. Yo toco a un bebé y en el plano de la vida cotidiana, puedo pensar que eso no tiene mayores consecuencias. Cada vez que acaricio a mi bebé estoy dibujándole su cuerpo, estoy inscribiendo su cuerpo como cuerpo amado, tocado, libidinizado, subjetivado. Yo no lo toco como se toca una cosa inerte, lo agarro y no lo agarro como agarro una bolsa. Yo lo agarro al bebé como a un ser humano muy especial y que quiere ser agarrado de cierta manera y abrazado. En la vida cotidiana uno no le da valor teórico a estas cosas, pero desde el punto de vista psicoanalítico tiene consecuencias importantes, lo vemos en pacientes muy graves (autistas, depresiones tempranas, etc.). La manera en que agarro al bebé, lo acaricio, lo miro, le hablo, lo toco, lo huelo y me dejo oler, todo eso va haciéndole cuerpo al bebé. El cuerpo no es sólo la anatomía y la fisiología, es todo lo afectivo y subjetivo de ese cuerpo. De acuerdo a cómo yo lo agarre y cómo él se vincule con mi agarrar y con mi abrazo, el bebé va a salir con un cuerpo que lo sienta de una manera u otra. En mi libro evoco un juego que a todos los chicos les gusta a cierta edad y lo piden y que en el trabajo con pacientes graves hay que hacerlo en una terapia. EL juego consiste en decirle al chico: “yo te voy a dibujar, te voy a hacer”, el chico cierra los ojos y uno pasa el dedo y le va haciendo los ojos, la boca, etc. Se le va dibujando la cara, y a veces el chico dice “faltan las orejas”. Allí se ve más la evolución de la caricia hacia el trazo. Uno está jugando a que lo dibuja, el cuento puede ser así: “ahora vos todavía no naciste, ahora te voy a ser nacer, para eso te tengo que dibujar”. Todo eso es caricia, estoy haciendo cuerpo, no lo advierto. Cuando yo abrazo a un bebé y lo tengo y lo cuido, puedo decir simplemente que lo cuido, lo acuno, lo amamanto, etc. Lo que no me doy cuenta es que lo escribo y que él se va escribiendo en esa relación conmigo. De ahí va a salir toda una relación con su cuerpo, buena o mala, más fácil o más difícil.

Alumno: También serían esos juegos que se dice “¿de quién es esa naricita, de quién es esa boquita?”

Profesor: Exacto, hay muchos juegos de ese tipo, que a los chicos les gusta mucho y que son dibujos fuera del papel, por eso el nombre del libro. Todo esto uno lo puede parecer simples episodios de la crianza y perder de vista el inmenso

valor subjetivo que tiene. En este punto trastornos muy graves permiten ver como con lentes de aumento, cosas que en la vida cotidiana pasan más desapercibidas. Por ejemplo un chico que nunca sea tocado, o un chico que sea tratado mecánicamente como si todas manipulaciones fueran como un trámite administrativo. En la década de los '50, un psicoanalista, René Spitz descubrió un fenómeno -que con el tiempo cambió la política pediátrica- que llamó hospitalismo y depresión anaclítica a la patología que se producía. Eran chicos que estaban internados por situaciones muy tempranas, y en esa época no se internaba la madre con el chico. Justamente por pensar que el bebé era un organismo, como no habla... Así como hubo que luchar para reconocer la sexualidad infantil, el segundo capítulo fue reconocer la subjetividad y singularidad no sólo infantil, sino también del bebé. Estos chicos estaban internados, bien tratados, bien alimentados, médicamente era todo impecable, pero el chico no tenía ningún trato subjetivo con nadie. Empezó a pasar algo: en lugar de mejorar y curarse por lo que habían sido internados, empezaban a enfermarse mal incluso a morir, se detenía el crecimiento, perdían peso, se detenía el crecimiento psíquico (perdían la sonrisa, se replegaban). Visualmente evocaba un estado depresivo. Lo que pasaba era que estos chicos –en relación a mi modelo- no tenían caricia, no los tocaba nadie subjetivamente, los tocaban como un cuerpo sin subjetividad. Nadie los trataba mal, pero desde el punto de vista subjetivo se los trataba muy mal, porque se los trataba como una pura maquina corporal. Eso tiene que ver con que actualmente los neonatólogos tengan mucho cuidado, cuando un chico tiene que ir a incubadora porque nació prematuro, se incluye todo el tiempo a la madre, el chico recibe el trato más humano y subjetivado que pueda. También si se interna un chico, incluso mayor, la madre se interna con él. Entonces, se llevan a cabo una serie de cosas que implican el reconocimiento de que el chico no es sólo un organismo enfermo. Todo eso tiene que ver con caricia, con inscripciones tempranas. “Caricia” tiene en seguida una referencia táctil. Lo táctil es muy importante en el bebé. Bien sabemos, que los chicos son máquinas de tocar. Lo táctil es tan importante en un bebé como lo oral. El amamantamiento, que el psicoanálisis clásico la localizó como una experiencia oral, en realidad es una experiencia más que oral. El amamantamiento se da en el contexto de un abrazo, de sensaciones térmicas, de calor y de tibieza, de voz que le habla y le susurra, que es tocado y acariciado. Vemos entonces, que el amamantamiento es una experiencia que integra muchos elementos, no es meramente llenar de leche una panzita. Lo clásico de la oralidad del psicoanálisis, hoy hay que enriquecerlo porque no alcanza. Además lo oral no es lo más importante. A todo esto va la caricia. La voz de la madre –por supuesto también la del padre, la de los hermanos, la de los abuelos- es una caricia que puede ser una caricia tierna o una caricia hostil. Allí me aparto de la idea de caricia en el sentido de lo táctil. Con caricia me refiero a todo tipo de tocamiento y de intervención corporal, que deja una marca. Lo que yo planteo es que cuando yo hago una caricia, queda una marca, aunque no se la vea. Queda una marca más o menos indeleble, que va dibujando un cuerpo. Con la voz ocurre lo mismo, la voz es uno de los elementos con los que el bebé más se conecta y con la voz materna más todavía. Hoy se sabe que el bebé ya desde el útero reconoce voces, por ejemplo la voz del padre la conoce, puesto que en el útero se escuchan mejor los sonidos graves. Así que

el bebé nace y la voz del padre le es conocida. Todo eso es caricia. La voz de la madre que le habla al bebé, le cante, lo acune con sonidos, le juegue con sonidos, le haga garabatos sonoros acompañando los garabatos sonoros que empieza a hacer el bebé. Así como antes del dibujo figurativo hay garabatos, antes del lenguaje con palabras, están los garabatos que son las melodías que hace un bebé (los llamados, los laleos, los gritos) que a lo largo del primer año de vida se van haciendo más ricos y complejos. De esa matriz musical van surgiendo las palabras propiamente dichas. Toda esa dimensión de voz, es voz de caricia. En el plano del trabajo terapéutico, esto juega un papel muy importante. Sin exagerar, un tratamiento o más bien un encuentro puede fracasar porque el analista, hace interpretaciones que pueden ser muy acertadas en su significado, pero con una voz que al paciente no le sirve, con una voz que el paciente rechaza, o una voz que el paciente siente fría, lejana o agresiva. A lo mejor el contenido de la interpretación no es agresivo, pero la manera de hablar del analista –a veces por su propia personalidad- no encaja con la subjetividad del paciente. Con ciertos docentes, ocurre lo mismo. A veces una maestra o un profesor son rechazados o aceptados o temidos o queridos por ciertos alumnos por la voz, y no solamente por si enseñan bien o mal. Ese es el plano de la caricia, plano que hay que aprender a reconocer y plano que se pierde si sólo tomo en cuenta el lenguaje verbal. ES como si habláramos de un mundo donde hubiera lenguaje, pero no hubiera música. Y en realidad la música está antes que el lenguaje. No es por azar, que todos los pueblos tengan canciones de cuna para los bebés. A nadie se le ocurre contarle un cuento a un bebé, porque el bebé no puede seguir un cuento, no entiende las palabras ni el relato, pero sí entiende muy bien la música. A todos los bebés no se les cuenta, pero se les canta. Un bebé al que no se le canta, no se le suena, puede ser un bebé que se le desactive el uso de la voz y que eso produzca un gran retardo del lenguaje, porque no hay estimulación sonora. Supongamos una madre muy silenciosa, muy taciturna, muy deprimida, que no emite sonido al bebé... La música nos acaricia, la música no pasa por las palabras, para sentir la música no hace falta que la pongamos palabras, la música nos llega al cuerpo directamente, nos atraviesa, nos golpea en el cuerpo, por eso tiene tantos usos –laborales, eróticos, militares-. La música tiene una inscripción corporal muy fuerte indiferente al plano del lenguaje. Incluso la música que tiene texto, una cosa no se confunde con la otra. Mucha gente no sabe inglés y aunque supiera no podría entender nada de los gritos de un cantante de rock en inglés, sin embargo escucha la música con mucho interés y es fanático de bandas, aunque jamás haya entendido alguna letra de esas canciones. A lo que me refiero es que la música tiene su propia llegada, no necesita de la palabra.

A todo eso apunta la caricia. Parto de lo más simple: lo táctil, la caricia propiamente dicha. Un chico autista, después de varios años de trabajo, su encapsulamiento autista ya estaba muy roto, habíamos podido empezar a desmantelarlo. Tenía muchos momentos en que no se comportaba como un autista. Un día pasó algo importante: no recuerdo qué estábamos haciendo, y de pronto él se sentó en mis rodillas. En ese momento él tenía 8 o 9 años, y veníamos trabajando desde sus 3 años. Había llegado un poco tarde al tratamiento, porque tres años de autismo es mucho. En el autismo cuanto más temprana es la intervención, mejor. Ese día él se sienta en mi rodilla. Es un gesto

muy familiar para un chico, no nos llama la atención en ningún chico que se siente en la rodilla de un grande con el que tiene una relación cariñosa. Pero en este chico era un acontecimiento, porque él era intocable, nunca tocaba ni era tocado humanamente. Que este chico se siente en la rodilla, es muy distinto que otro lo haga. Porque podría ser un chico que si se sienta en la rodilla, yo le tenga que decir “yo no soy tu abuelito, no soy tu papá”, porque podría ser un chico que anule la diferencia entre familiar, no familiar, extraño, apuntando a que sean todos iguales y a relaciones sólo corporales. En ese caso sería contraindicado que yo lo deje sentarse en mis rodillas, pero en el otro caso –mi paciente- sería un grave error si yo no lo recibo. Incluso al rato le pongo el brazo a su alrededor. En este caso es un acontecimiento de caricia, fundamental que ocurra. Porque un chico autista tiene un cuerpo de nuevo, tiene que deshacer un cuerpo robótico y hacerse un cuerpo de carne y hueso afectivo. Eso no quiere decir que el procedimiento va a ser siempre tocar al paciente, quizás no lo toco nunca con la mano o quizás sí, depende. Lo que quiero decir es que no es una técnica “lo toco”, sería un reduccionismo simplista. Siempre va a haber otras maneras de tocarlo. A este chico, aunque era grande, yo le hablaba como se le habla a los bebés. No para infantilizarlo, sino para que pudiera escuchar. Con un bebé uno tiene que hablar con más intensidad sonora, exagerando ciertas acentuaciones, ciertos sonidos. Cuando uno le habla a un bebé, aunque uno le diga palabras tiene que acentuar los elementos musicales en la elocución. Uno no le puede hablar como un escribano, quien tiene un discurso abstracto y desubjetivado, que se vuelve bastante tedioso y difícil de seguir, justamente porque le falta música. Pero el escribano no necesita eso para subyugar a sus clientes. Pero a un bebé yo le tengo que hablar con mucha música. Si yo me aproximo a un bebé, y le digo “te quiero mucho, no sabés cuánto te extrañé”, el bebé no se conecta con esto, tengo que ponerle musicalidad a esas palabras, intensidad. Con ese chico yo tenía que hablar así. Entonces yo tenía que hacerlo entrar en ese registro. Yo empezaba llamándolo por su nombre “Nico, Nico...”, hasta que él me miraba, lo cual a veces llevaba un tiempo. Yo tenía que acentuar el plano de la caricia. Mientras que a otro chico ya le hablo en un plano de trazo, donde el chico le presta más atención al significado de lo que le digo, está más conectado con el significado y no está tan conectado con el tono de voz.

Todo esto era para esclarecer el tema de la caricia, como un todo plano. Es toda una escritura, toda una manera de escribir lo corporal. Un presupuesto teórico, compartido con otros autores, es que el cuerpo no es una cosa que me baste con tenerlo por tener la anatomía y la fisiología. El cuerpo para ser mío, humano, tengo que escribirlo, tengo que hacerlo subjetivamente. Póngase a pensar en juegos corporales, que se van pasando de generación en generación, porque trabajan sobre esos puntos, son juegos universales. El juego de la manito, el de aparecer y desaparecer. Todos los chicos –salvo un chico que esté muy enfermo- en seguida responden a estos juegos. Pensemos también en todas las caricias, que el chico escribe él sobre su cuerpo. Por ejemplo decimos “se está chupando el dedo, se metió el puño en la boca”. No sabemos todo lo que hay en eso. No es que se metió el puño en la boca, él está explorando con la boca y dibujando algo como puño y como dedo. Lo mismo ocurre con los juegos que hace el bebé con cualquier parte de su cuerpo (piernas, pies, la exploración manual genital). El

cuerpo es como un tejido de caricias, como si dijera que lo tengo que tejer con caricias propias y ajenas.

Tomo un contraste. Ayer me irrité con una colega, que su intervención se situaba en la más pura dicotomía mente – cuerpo. El asunto era el siguiente: un paciente de ella, tiene dos veces episodios convulsivos, razón por la cual llevan al chico al neurólogo. El neurólogo, de manera muy sorprendente para un neurólogo, cuando supo que el chico estaba en tratamiento psicoanalítico, llamó a esta analista. Los neurólogos no suelen hacer este tipo de cosas. ¿qué le dice la psicoanalista? “AH... yo no quiero contaminar”. Es como que si ella se metiera con la cuestión de la convulsión, contaminaría el tratamiento que ella estaba del chico. Como que la convulsión no es asunto de ella, la deja afuera. Desde el punto de vista de lo que hoy vengo desarrollando, es una muy mala intervención, una intervención muy negativa porque se instala en una disociación. Como si dijera “la mente es una cosa, el cuerpo es otra, yo trabajo con el psiquismo, con las fantasías, no me vengas con cosas del cuerpo, de eso se ocupa el médico”. El neurólogo la llamaba para compaginarse, en una buena perspectiva. Ella no quiere saber nada de ella, ni siquiera se interesa qué medicación toma. Pero los seres humanos estamos contaminados. La mente y el cuerpo están contaminados, no son dos cosas separadas. Metodológicamente, trabajamos planos de intervención, pero no es que por un lado esté el discurso del paciente, y que por otro lado esté el cuerpo real. Un psicoanalista que dice eso no se hace cargo de un paciente, que el paciente tiene cuerpo. Aunque uno no medique al paciente, eso no quiere decir que desconozcamos que el paciente tiene cuerpo. Además la medicación que tome un paciente, puede tener ciertos efectos, que como terapeutas debemos conocer.

Otra vez, me llamó un psiquiatra –en una muy buena actitud- a propósito de la medicación de un paciente. Me pregunta “Ud. lo conoce más, ¿qué necesita Ud. para que este paciente sea más accesible al tratamiento? Porque hay varias líneas de medicación posible, pero ¿cuál va a ser la más operativa para la psicoterapia?”. Estaba muy bien esto, porque lo que yo necesitaba y el paciente necesitaba era algo que bajara la impulsividad motriz, para darle más margen a que él pudiera hacer una sesión.

Vemos que es un modo de plantear la cuestión del cuerpo. En realidad el psicoanálisis empezó como una reflexión sobre el cuerpo: la sexualidad infantil, los síntomas histéricos como conversión, la problemática de las histerias.... Estas eran cuestiones que implicaban una nueva aprehensión del cuerpo. En nuestra cultura – y el psicoanálisis no queda afuera de esto- vuelve a plantearse todo el tiempo ese tipo de escisiones. Como cuando se descarta un tratamiento psicoterapéutico porque el padecimiento es orgánico. El padecimiento será orgánico, pero el paciente es una subjetividad y si requiere tratamiento es porque es una subjetividad y no porque el mal que tiene es orgánico. A esto va también lo de caricia. En la década del '50 Winicott trabajó una nueva concepción de lo corporal, que él llama psique soma. Winicott incorpora un nuevo plano de lo corporal. Para nosotros el cuerpo es anatomía y fisiología y eventualmente patología. Winicott dice que el cuerpo es anatomía, fisiología y afectividad. El cuerpo viene con afectividad.

Esto venía por lo de caricia, de todas maneras es una cuestión muy compleja. Todas estas serían formas de irlo situando.

Alumna: Pensaba en el chico autista que ud. comentaba, parecería que la terapia apuntaría a inscribir una caricia que no estuvo... ¿cuánto es posible revertir la ausencia de caricia en determinado momento?

Profesor: Es una buena pregunta. Una caricia que no estuvo, no es para echarle la culpa a alguien. Hay que ver por qué conjuntos de circunstancias no estuvo.

Alumna: Hay madres que tienen varios hijos. De hecho yo conozco una familia, en la que hay dos de los chicos que son normales y otro de los chicos es austista. Entonces me pregunto qué pasó ahí, ¿por qué con ellos sí, y con este no?

Alumno: Me parece que también tiene que ver con un encuentro, en dónde estaba el bebé cuando estuvo la caricia...

Profesor: Efectivamente. Porque formalmente la caricia puede estar, porque la madre puede leer en un manual "acaricie a su hijo" y va y lo acaricia. La caricia ahí está, pero no está. Estoy dando una caricatura. Pero puede no haber estado por un desencuentro y no por una patología. Por ejemplo nace el chico y la madre contrae una enfermedad aguda que varios meses la tiene fuera de circulación. Eso no es patología psíquica materna. O la madre tiene un accidente y está varios meses en terapia intensiva. Y por cuestiones de organización de esa familia, nadie puede hacer un buen sustituto materno y el chico queda medio a la deriva. Luego, cuando la madre vuelve, encuentra que su hijo tiene comportamientos autistas. En esto también incide la tendencia biológica del niño. Hay chicos que mucho más fácilmente que otros responden a cualquier situación con retracción. Hay chicos que al menor fallo del ambiente responden con repliegue. Hay respuestas en las que, en el encuentro y desencuentro, funcionan factores del tipo biológico genéticos. En algunos casos hay un mayor peso de lo hereditario, entonces no es que los padres no responden al chico, sino que el chico no responde a los padres. La madre empieza a notar que tiene un bebé que parece un muñeco desanimado, que no sonríe, que no responde, que no parece reconocerla. Para una madre, para una familia, un bebé así puede generar un traumatismo, una angustia... Porque la madre se disloca al no sentirse reconocida por el bebé. Si el bebé no la sanciona como madre con un reconocimiento y supongamos que se trata de una madre con baja autoestima o ansiosa, la madre puede desorganizarse mucho. La no respuesta del chico la enloquece o la decepciona o la aleja o la frustra o la enoja. Hay que ver por dónde viene la situación. Pero por un terreno u otro no hubo caricia, entonces hay que inscribirla. Lo que decía la compañera respecto del encuentro, la cuestión del encuentro o desencuentro es muy sutil. Hay muchas circunstancias que pueden hacer que para alguien sea muy fácil encontrarse con un hijo y con el siguiente hijo no. Hay cosas que son muy difíciles de conceptualizar. Una madre que pasa todo su embarazo con un duelo importante difícil de elaborar. Eso facilita un gran desencuentro.

La tarea del terapeuta es que algo se inscriba como caricia. Un chico autista suele no dejarse tocar, se comporta como si fuera sordo. Si sospechamos el autismo de un chico, hay que hacerle una audiometría, hay que chequear que no sea hipo acúsico. El autista se comporta como un sordo funcional, que le hablemos o que no le hablemos da lo mismo, nos mira y no nos ve. Todo eso implica la falta de caricia y todo lo que hay que construir.

Clínicamente y teóricamente esto implica ciertas transformaciones respecto a lo que eran los objetivos históricos del psicoanálisis, y que actualmente han pasado a ser chistes. Históricamente el psicoanálisis apuntaba a esclarecer la génesis de un síntoma, esperando que al esclarecer la génesis el síntoma se curara. Dicho burdamente: “Ya sé por qué me pasa esto, tiene que ver con esto otro. Entonces esto tiene un efecto sobre mí que me libera”. Este era el modelo clásico. Esto generó una práctica muy rica y valiosa y una teorización. Pero esa hipótesis parcialmente fracasó. En algunos casos sigue siendo válida, pero en muchos otros casos no funciona. A través de varios autores, pero principalmente a través de Winnicott, el acento no es tanto ver por qué se formó este síntoma, sino reactivar en el paciente la tentativa de curación y el deseo de ser grande y lograr activar todo el jugar del paciente para que el paciente se cure a través de su juego. No importa tanto cómo se formó esto, sino cómo lo deshago, cómo lo saco al paciente de ahí. Por ejemplo en el caso del autismo. Poner el acento en por qué el chico se hizo autista, sería bastante improductivo, sobre todo porque el chico va a ser totalmente indiferente a que yo le interprete por qué se hizo autista. Lo que yo necesito es sacarlo de ahí. Como si dijera: hay un incendio y llamo a los bomberos y les pregunto “¿por qué se produjo el incendio? ¿fue un cortocircuito, un atentado?”, mientras tanto se quema todo. Esto se ha trabajado en distintas corrientes, incluso corrientes vecinas a Lacan, como Nassio. El asunto no es tanto el desciframiento del pasado –que no quedaría descartado-, sino que se trataría más bien de generar producción de material auto curativo, activar trabajo de juego, trabajo de simbolización, trabajo de las escrituras. En este chico autista lo importante es que él pueda recibir algo, inscribir algo como caricia, y no tanto saber por qué pasó esto. Aunque puede sernos útil saberlo cuando responde a una patología familiar importante, para saber cómo manejarnos con esa familia y para que no neutralice el tratamiento.

Pero el acento estaría más puesto en ¿cómo reactivo en el paciente las tentativas de curación, cómo reactivo su deseo de ser grande, cómo reactivo su capacidad lúdica? En un chico con la capacidad lúdica muy dañada, la puedo reactivar. La capacidad lúdica reactivada hace gran parte del trabajo sin necesidad de mi ayuda, mi ayuda consistió en ponerla en marcha. Luego la capacidad lúdica se encarga de las interpretaciones.

Entonces, junto a la vieja tradición de desciframiento –que no queda descalificada, sino que queda reposicionada y relativizada- tengo que introducir otra concepción que es la del psicoanálisis como producción.

Alumno: ¿La asociación libre se puede pensar como producción del paciente?

Profesor: Sí. Por ejemplo producción de historización. Nassio y también yo hemos escrito sobre esto. La cuestión no es tanto la búsqueda de mi historia

perdida que verdaderamente me pasó, sino la capacidad de historizar ahora, de rearmarme historias, ficciones creativas, ficciones que me permitan seguir adelante. No tanto la vieja idea de cuál habrá sido la verdad histórica. Además es muy dudoso que haya una verdad histórica unívoca. La capacidad de historizar del paciente, de historizarse, de darle un sentido a su vida, de encontrar cuál es su deseo, apunta más a un porvenir, que el psicoanálisis arqueológico. Puede ocurrir que un brillante desciframiento, no produzca nada terapéuticamente. El tema de la eficacia terapéutica no es un tema menor. Nadie viene a terapia para buscar ejercicios intelectuales, la gente viene con la idea de vivir un poco mejor o de sufrir menos o con la idea de aprovechar más sus potencialidades. De ahí que el acento ahora está más puesto en generar producción, romper circuitos estereotipados.

Mitza –uno de los historiales del libro de Marisa, “La clínica del niño y su interior”- es la niña con la masturbación compulsiva. No me bastaría ahí rastrear cómo se generó. Porque la masturbación compulsiva genera un circuito tan atrapante, que el asunto es sacar a la niña de allí, generando otros circuitos de producción más satisfactorios y más enriquecedores para ella. Si de paso averiguo algo de los orígenes, mejor, pero no es que siempre esté en primer plano la investigación de los orígenes. Además no todos los síntomas responden al modelo clásico freudiano de anudamiento entre deseo y censura.