

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN: APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA CLÍNICA DE LAS AFECCIONES PSICOSOMÁTICAS. DIRECCIÓN DE LA CURA Y COORDENADAS SUBJETIVAS DEL DESENCADENAMIENTO.**

**PROF. ADJUNTA: SZAPIRO, Liliana**

## **“Trabajo Final”**

**Datos Alumno:**

**Solís, María Laura**

**N° Libreta Universitaria: 33879827/0**

Este informe busca dar cuenta de las diferentes actividades realizadas en el marco de la Práctica de Investigación *“Aportes del psicoanálisis a la clínica de las afecciones psicosomáticas. Dirección de la cura y coordinadas subjetivas del desencadenamiento”* bajo la coordinación de la Lic. Szapiro Liliana que se llevaron a cabo en una Clínica Privada, en conjunto con el Equipo de atención psicológica para pacientes con padecimientos Psicosomáticos. Se ha podido participar de cuatro admisiones, las que serán comentadas a continuación, debajo de las mismas se realizara una serie de conjeturas sobre los casos expuestos en relación con los diferentes conceptos teóricos trabajados en la cursada.

Se procura tener en cuenta en los desarrollos:

- La hipótesis central de la que parte la investigación:
  - a. *Que los sujetos que padecen afecciones psicosomáticas como psoriasis, vitíligo y alopecia areta, así como también asma, hay una severa falla en la Función Paterna en su estructuración subjetiva*
  - b. *Que trabajando en los tratamientos de sujetos que padecen fenómenos psicosomáticos en la línea de una reparación de la falla de función paterna, podemos operar sobre la dolencia, manifestándose una atenuación o remisión de la misma.*<sup>1</sup>
  
- Los desarrollos planteados ante la coyuntura dramática según los que se considera que la falla en la Función Paterna produce que el fantasma no opere efectivamente y pueda dar marco al goce excesivo que adviene en la coyuntura dramática.

---

<sup>1</sup> Szapiro L. “Elementos para una teoría y clínica lacaniana del fenómeno psicosomático” Ed. Grama. Buenos Aires 2008. Autora ISBN 978-987-1199-77-78. pp 144

## ❖ Admisiones

Las admisiones constan de una entrevista semidirigida, en la que se le permite al paciente expresarse y se espera poder obtener datos relevantes que serán volcados en la hoja de admisión (datos filiatorios, motivo de consulta y/o derivación, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, etc.).

Se le pregunta al paciente si ya ha realizado un tratamiento psicológico en algún momento y si lo ha realizado en la clínica particularmente, en caso de que la respuesta sea afirmativa se le pregunta si recuerda el nombre del profesional a cargo del tratamiento. Además, se le pregunta al paciente su disponibilidad horaria (lo que se tendrá en cuenta para su derivación dentro del Equipo). Posteriormente al paciente se le dirá al finalizar la entrevista que será llamado por alguien del equipo en aproximadamente 15 días (variable de acuerdo a la disponibilidad del equipo), para tener las primeras 3 entrevistas.

Generalmente la mayoría de los pacientes que son atendidos por el equipo son derivados por el servicio de dermatología al detectar el doctor que se trata de un padeciendo psicósomático y que el paciente puede requerir un tratamiento psicológico. Los doctores les comentan la “influencia de lo psíquico”<sup>2</sup> en estas patologías y les consultan a los pacientes si están interesados en tener una entrevista con un psicólogo. A continuación se detallan algunos datos recabados de la participación en las admisiones:

---

<sup>2</sup> Fragmento citado de una frase dicha por un doctor perteneciente al Equipo de dermatología

### Primer caso:

La paciente **T** se presenta a la admisión derivada por el servicio de dermatología, se la observa nerviosa al comienzo de la entrevista. Comenta que ya hizo tratamiento psicológico en esa misma clínica hace un año aproximadamente pero no recordaba el nombre de la terapeuta.

El psicólogo a cargo de la admisión le pregunta porqué había empezado el tratamiento en ese momento. Ella dice que en ese momento su marido se encontraba internado y que a partir de esta internación a ella le había comenzado a salir manchas en el cuerpo. Mientras habla sobre la aparición del vitíligo **T** se angustia y comienza a llorar. Menciona que en ese momento ella su día transcurría entre la clínica donde estaba internado su marido y su trabajo, pero que *“por eso nada más”* (frase que repetirá varias veces en la entrevista) se había enfermado de vitiligo.

Al preguntarle sobre el motivo de la internación de su marido dice que él estaba *“mal de los pulmones”* pero que se había recuperado *“gracias a dios”*. Es necesario consultarle si este se había recuperado debido a que no quedaba del todo claro en su discurso si su marido había podido recuperarse de esta enfermedad o no, sobre todo teniendo en cuenta la angustia que sentía la paciente. Refiere que esta situación había acontecido hace 2 años más o menos, pero que no estaba muy segura con las fechas que estaba confundida. Se le consulta cómo siguió la enfermedad una vez que había aparecido, responde que había venido a tratarse pero que después no continuó con el tratamiento, y que ahora *“parece que se brotaba de nuevo”*.

**T** dice que trabajaba *“en casa de familia”*, aunque hace 15 o 20 días se había quedado sin trabajo, que *“estaba libre”* y que la preocupaba mucho estar sin trabajo ya que ella tiene 2 hijos viviendo en Perú por lo que todos los meses enviaba dinero. Ella vive acá en la Argentina junto con su marido, los hijos están al cuidado de sus abuelos en Perú.

Hace 20 días, la señora dueña de la casa a la que ella iba a trabajar se fue de viaje así que ese trabajo ya no lo tenía más, además una mujer mayor que cuidaba se lastimó y tuvo que ser internada en un geriátrico por lo que este trabajo tampoco lo tenía más, *“y bueno es mucho”* para ella. Dice que su

marido le dice que no se preocupe, pero que ella no puede que *“es una cosa que...”*, no logra terminar la frase.

El terapeuta le pregunta por sus hijos, ella dice que el mayor lo tuvo en Perú y que lo dejó al cuidado de su madre cuando este tenía 2 años para venir a trabajar a la Argentina (hoy tiene 13 años). Sin embargo, al poco tiempo quedó embarazada y tuvo a su segundo hijo (hoy tiene 10 años) en Argentina. Un tiempo estuvo con su hijo aquí y a los 5 meses lo tuvo que llevar a Perú para que lo cuidaran sus padres. Menciona que los ve seguido pues ella viaja a Perú *“cada tanto”*. La última vez que los vio fue en Agosto del año pasado cuando falleció el padre de T.

Refiere que todo esto la pone mal y se siente angustia, que ella trata de calmarse y que le hace mal. Dice que no puede dormir, se acuesta a las 20:30 horas y que a las 12:00 aproximadamente se despierta y no puede dormir más, que piensa en su situación y se despierta pensando qué va a hacer.

Dice que habla por teléfono con su hermana que vive en Perú y esta le dice que no se ponga mal, que no se quede pensando, que la nota muy preocupada y que regrese a Perú.

Comenta que antes de entrar a la clínica no quería venir, que *“daba vueltas, porque sabía como se iba a poner”* debido a que cuando ella había hecho tratamiento psicológico anteriormente y este *“la hizo revivir todo del principio al final”*, lo que la llevó a abandonar el tratamiento. El psicólogo le pregunta qué pasó después de eso. Ella dice *“que no desaparecía”*, en referencia al Vitíligo. Que *“trataba de no comer, o comer fruta, pero que le picaba igual, que ahora le estaba saliendo una mancha en la boca, (la señala)”*. Se le pregunta que si quiere comenzar terapia ella tendría que pensar ¿Qué imagina que puede haber tras el primer tiempo de terapia, una vez que ya revivió todo? Pero que es necesario saber si esta dispuesta a poder pasar este primer momento de la terapia que dice no poder afrontar. T dice que si, que quiere empezar terapia, que cree que se pueden solucionar las cosas.

### **Elaboraciones sobre T**

Cuando el marido de **T** enferma y tiene que ser internado la posibilidad de perderlo conmueve a la paciente en su posición fantasmática de forma tal que adviene el Vitiligo en su cuerpo. La labilidad del fantasma no logra enmarcar el goce en juego ante la posibilidad de encontrarse con la muerte de su marido. Lacan apoyándose en los desarrollos freudianos va a decir que la muerte no puede ser significado, hay un agujero en los significantes por lo que no todo puede ser dicho desde la lógica fálica. El sujeto al encontrarse con la ausencia de significantes, con lo real, va a tratar de metaforizar esta ausencia de significantes, es decir tratar de bordear lo real. La función del fantasma es velar lo real, la ausencia de significantes, la castración estructural.

En el caso de **T** se podría decir que ella no logra simbolizar la posibilidad de muerte de su partener, no cuenta con los recursos simbólicos para poder tramitar psíquicamente una pérdida real. El Fenómeno Psicossomático irrumpe frente a la imposibilidad de metaforizar la posible muerte del marido y ante la labilidad de su fantasma que no logra cumplir efectivamente su función. Esto sucede a causa de que el Nombre del Padre no está operando efectivamente debido a una falla en la metáfora paterna.

Respecto de este momento en su vida, **T** refiere haber iniciado terapia aunque, luego, logra ser sostenida en el tiempo debido a que no logra tolerar la angustia que le provocaba volver a revivir determinadas situaciones, esta angustia también aparece en la sesión de admisión. En consideración, de la angustia se podría pensar como una forma, aunque insuficiente, de tramitación psíquica frente a la emergencia de la pulsión de muerte, pero que de todos modos no logra elaborar lo traumático y el Fenómeno Psicossomático emerge como marca en el cuerpo. Así lo que no puede ser escrito en la cadena significante es escrito en el cuerpo.

Por otra parte, se puede pensar que **T** es una persona que a lo largo de su vida ha construido lazos vinculares bajo el predominio del registro imaginario. Un ejemplo de ello es como fue vivida por ella la maternidad, su primer hijo queda en Perú al cuidado de su madre con tan sólo dos años mientras ella y su marido vienen a Argentina a trabajar. Luego, cuando tiene su segundo hijo decide, siendo este un bebé de cinco meses, llevarlo a Perú para que lo críe su madre como lo había hecho con su primer hijo. La relación que mantiene con sus hijos a partir de allí es en carácter de visita y por medio del envío del dinero

necesario para los gastos de ellos. De hecho, cuando ella vuelve a consultar por un “nuevo brote” coincide con la imposibilidad de mandar dinero para sus hijos. Con lo cual, se podría decir que hay algo en relación a la maternidad que no lo puede ser simbolizado por **T**, como si la maternidad se jugara en el hecho de “dar dinero” a sus hijos. Se puede ver aquí como el goce a través del dinero esta presente cuando se produce un empeoramiento de la enfermedad. Aunque el vitíligo nunca desaparece en la paciente este empeora cuando ella se queda sin trabajo y pierde la entrada de dinero propia.

Cuando el goce se torna excesivo y no puede ser enmarcado por el fantasma adviene el Fenómeno Psicossomático, se puede observar como el goce en relación a la posible pérdida de su marido y el goce presente cuando no puede enviar dinero a sus hijos desborda al fantasma y se presenta como goce enlatado en el Fenómeno Psicossomático.

Retomando la angustia que adviene en la entrevista serían posibles preguntas a considerar en el tratamiento terapéutico ¿Se trata de un intento de implicación subjetiva? ¿Cómo se anudan angustia y Fenómeno Psicossomático? ¿Se podría tratarse de una estructuración melancólica anudada a un Fenómeno Psicossomático?

## **Segundo caso:**

La paciente **J** llega al servicio derivada por una recomendación con el Lic. Aromando. Menciona que padece de Síndrome Sjögren y Fibromialgia desde hace años, por lo que siente mucho dolor.

Dice que en el 2002 se desencadenó el Síndrome Sjögren pero que a la doctora que la atiende por esta enfermedad le llamo la atención leyendo su historial clínico que durante todos los veranos padece neumonía, aunque especialmente este último verano no tuvo neumonía. Dice que *“esto hizo que la doctora consulte con Aromando si tenia que ver algo psíquico con el Síndrome de Sjögren”*. Menciona que desde el 2006 la enfermedad ha empeorado.

La psicóloga encargada de la admisión le pregunta qué estaba pasando en su vida en el momento que comenzó la enfermedad. Comenta que ella tenía un vecino que era un enfermo mental, *“un loco”*, que un día le dio un brote psicótico y comenzó a romper las rejas de la casa de **J** y tirarle piedras a la casa. Ella se encontraba sola en su casa y se asustó mucho con ello ya que él logró saltar un paredón que rodea la casa de **J** y entrar al terreno. Allí rompió los vidrios de las ventanas y pateaba la puerta, hasta que lograron sacarlo de la casa y lo llevaron a internar a un hospital psiquiátrico, al cabo de unos años murió.

Ella dice haber quedado *“aterrorizada”* con esta situación y haber estado más de un año sin poder salir de su casa por el pánico que le generó lo vivido, que le ayudo mucho venir a la clínica para tratarse el Síndrome Sjögren y los grupos para pacientes y musicoterapia que tiene la clínica.

Se le pregunta por su familia y dice haber perdido a sus dos padres en poco tiempo, a su madre en 1998 repentinamente por una neumonía y su padre en el 2000 tras a una larga enfermedad, sufrió uno o dos ACV y una bronquitis. Comenta haber estado atendiéndolos a ambos en sus enfermedades.

**J** tiene 2 hijos de los que casi no habla en la entrevista. Dice sentirse mucho mejor ahora que antes.

## **Elaboraciones sobre J**

En el caso de **J** la coyuntura ante la cual se desencadena la enfermedad es ante el ataque de un vecino con padecimientos mentales, la paciente vive una situación violenta que la deja un año sin poder salir de su casa y se le desencadena una enfermedad autoinmune.

Podría decirse que en este caso **J** se encuentra ante la presencia de Otro que es vivido como Otro terrorífico, omnipotente, que la violenta y frente al cual ella no cuenta con los recursos necesarios para poder defenderse. Este Otro que caracteriza como “*loco*” y que busca dañarla, ante el que queda sola, encerrada y sin defensa alguna *aterrorizada*.

Esta escena la lleva a pasar un año entero encerrada en su propia casa, tal como lo había estado en el momento del ataque, con lo cual podría pensarse que no solamente en el momento del ataque ella puede significarlo que le sucede sino que después de este tampoco puede hacerlo. Esto reflejaría una precariedad simbólica por parte de **J** que no logra elaborar este suceso y que tampoco logra poder simbolizar del todo que su vecino ya no se encontraba allí, y la lleva a seguir dentro de su casa un año. La precariedad simbólica se enlaza con una falla en la Función Paterna del Nombre del Padre.

Uno se podría preguntar entonces, ¿Qué es lo que *aterroriza* a **J**? ¿Tiene relación este terror con el Fenómeno Psicossomático? Considero que tanto el advenimiento del Síndrome de Sjögren como el hecho de que se encierre por un año en su casa tienen que ver con este *el terror* vivido por ella y que responden a una imposibilidad de poder contener el goce que la desborda en la escena relatada y que su fantasma no puede enmarcar. Al estar fallida la función paterna su fantasma es un fantasma labil y no logra cumplir con su función efectivamente.

El Nombre del Padre se halla afirmado pero no esta operando en este caso, ¿Qué quiere decir esto en el Fenómeno Psicossomático? Que la castración estructural esta admitida pero no puede ser metaforizada por medio una simbolización. De esta forma, la cadena significativa se constituye como holofraseada, la falta es admitida lo que da origen a la cadena significativa, pero los significantes que la componen no pueden ser separados, hay una falla en la operación de separación en el Fenómeno Psicossomático. La operación de separación es la que permite metaforizar el Deseo del Otro por medio del Nombre del Padre. El Otro no puede ser simbolizado como barrado, en este

sentido se puede decir que hay una falla en el segundo tiempo del Edipo. Así, se encuentra en la clínica sujetos en los que efectivamente la represión esta operando pero que de todas formas no se puede decir que la significación fálica logra cumplir su función simbólica y en los que el fantasma no logra enmarcar el goce, tal es el caso de **J**.

Esto trae consecuencias en la vida de la paciente, su posición subjetiva no puede ser asumida causa de una falla en la operación de separación. Esto se debe a que el sujeto adviene entre la hiancia que se produce en la metaforización de un significante por otro significante y es en esta sustitución que el sujeto le puede dar un sentido a lo que le sucede. A **J** la agresión que vive por su vecino irrumpe en su vida de una forma tan violenta que no puede darle un sentido, irrumpe el goce sin posibilidad de ser elaborado ya que el Otro es un vivido como un Otro cruel que la puede dañar.

El Síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune, con lo cual, el daño que sufre su cuerpo proviene de su propio cuerpo y no de un Otro, le causa dolores, daños que se vienen produciendo desde esta escena que ella relata. Como no cuenta con los recursos simbólicos para tramitar psíquicamente el goce su cuerpo funciona como lugar propio para la escritura del goce excesivo y del encuentro con lo real.

Por sus dichos se sabe que concurre a grupos de pacientes con esta afección y musicoterapia, también que esto le sirvió para comenzar a salir del domicilio, no así con una evolución Fenómeno Psicosomático que ha empeorado desde el 2006. Podemos pensar que esto le sirvió para poder controlar de algún modo esta goce que no pudo ser enmarcado pero que de todos modos continúa en forma de goce enlatado en el Fenómeno Psicosomático imposibilitando su posición subjetiva. Por ello se puede ver también su falta de implicación en lo que le sucede, ella viene a consultar porque la doctora la manda por una recurrencia de neumonías en verano, no hay demanda de consulta en la paciente por el Fenómeno Psicosomático, no hay una pregunta que se le presente en relación a el, tampoco por haber estado un año encerrada en su casa.

### Tercer caso:

**S** es una joven de 18 años que llega al consultorio muy bien arreglada, maquillada, con un peinado alto, tiene un cabello negro muy largo y un piercing en el rostro. Viste una campera de abrigo blanca con apliques de pelo artificial. Además se muestra muy simpática.

La paciente refiere haber aparecido la afección antes de las fiestas (navidad y fin de año). En ese momento su padre se había ido de su casa, comenta al pasar que su madre falleció 3 años atrás, por lo que tuvo que hacerse cargo de la casa cuando él se fue. Dice haber decidido venir a consultar con una psicóloga porque el doctor le dijo *“que la enfermedad afecta cuando la cabeza empieza a notar lo que le hace mal, pero nada...”*. La frase *“pero nada”* la repetirá varias veces en la entrevista al finalizar una frase en la que comenta un suceso importante de su vida.

Menciona que cuando su padre se fue ella tuvo *“que hacerse cargo”* de sus cuatro hermanos menores, ella dice *“tengo uno de 13, el de 20 que ya tiene su familia y una nena de dos años que vivía en casa hace dos meses atrás, tengo otra 17 que siempre esta conmigo y la de 15”*. Al mencionar las edades de sus hermanos se puede observar que la paciente tuvo un acto fallido en relación a sus cuatro hermanos menores ya que uno de ellos es mayor que ella y tiene su propia familia.

**S** dice que para comienzos de año también *“estuvo la separación de su pareja”* con quien había estado de novia por seis años, pero dice que no cree haber sido ese el motivo que le podría haber ocasionado la enfermedad. Inmediatamente la terapeuta reformula si ella cree que esto ella sentía que había tenido que ver con la enfermedad y afirma que sí, lo que contradice lo dicho anteriormente.

Comenta que una tía materna había venido hace dos meses para vivir con ella y sus hermanos y ayudarlos con la situación familiar tras la partida de su padre. Dice que su padre había decidido irse a vivir a Uruguay porque era adicto a las drogas y prefirió irse. Este también se encontraba enfermo de HIV.

La paciente comenta que trabaja en una fábrica de pastas, se encarga de que sus hermanos vayan al colegio y estudia, *“pero nada”*. Dice que el secundario

*“nunca lo había podido terminar”* y que ahora esta cursando nuevamente con su hermana de 17 años. Esta última es quien la acompaña a todos lados a bailar, al colegio, a trabajar y con la casa.

Se le reformula la pregunta en relación al desencadenamiento de la alopecia para anotar los datos en la historia clínica de la paciente y **S** nuevamente menciona que fue tras las fiestas, la segunda semana de enero más o menos porque ella al principio *“no le dio bola”*, después fue al Hospital Duran, no la pudieron atender y vino para la clínica porque *“cada vez estaba peor”*.

**S** menciona nuevamente que no sabía que era *“esto de la psicóloga”* y le pide a la terapeuta si se *¿lo podría explicar?* Se le explica en que consta el tratamiento y que se espera que este espacio le sirva a ella para poder hablar de lo que le pasa y que eso la vaya ayudar con la alopecia. **S** responde: *“tengo ganas, si me ayuda tengo ganas, si porque amo mi pelo”* (se acaricia el pelo). La psicóloga le dice que alguien del equipo se va a comunicar con ella y **S** responde *“esta bueno, igual yo soy un poquito cerrada, pero voy a tratar de ayudar”*.

### **Elaboraciones sobre S**

En el caso de **S** la alopecia aparece en un par de meses con una violencia tal que aparece en forma extendida ocasionando la perdida del pelo que ella *“ama”*. Podemos ver en su decir como se trata de una cuestión que pone en primer plano una referencia al goce que se presenta en el Fenómeno Psicosomático que aparece cuando dos sucesos importantes ocurren en su vida. El primero de ellos ocurre cuando su padre abandona el hogar y ella debe hacerse cargo de la casa y del cuidado de sus hermanos, el segundo cuando su pareja de seis años la abandona. Ambos sucesos ocurren con una diferencia de días.

Sin duda en ambas situaciones requieren ser elaboradas psíquicamente, estamos ante dos situaciones que podrían producir en el caso de una estructuración neurótica un síntoma, en consonancia con la lógica fálica, como un intento de poder metaforizar el abandono del hogar que realiza su padre y la separación de la pareja. Sin embargo, **S** no produce un síntoma sino un Fenómeno Psicosomático, hay un daño real en el cuerpo.

Cuando ella queda a cargo de su casa tiene que poder hacer uso de los emblemas heredados del padre, posibilidad que da haber atravesado exitosamente el Complejo de Edipo, en sus tres tiempos. Si bien uno podría pensar que **S** se hace cargo de la situación, pero esto no es sin consecuencias porque aparece allí la alopecia como modo de inscribir lo que no puede ser efectivamente simbolizado. Escritura puesta en el cuerpo ante la imposibilidad de tramitación psíquica del goce que irrumpe y que ella intenta “*no dar bola*”. **S** comenta estos sucesos como si “*nada*”, sin implicarse en ello y sonriendo, lo cuenta como si se tratara de otra persona y no de ella, lo cuenta de una forma “despersonalizada”.

Se trata de la historia de una joven que perdió su madre hace 3 años, que tiene un padre drogadicto, enfermo de HIV y que abandono a sus hijos, inclusive a los menores de edad que quedan al cuidado de **S**. Si consideramos que el padre no sólo es aquel que porta la ley sino que además se encuentra atravesado por ella, responde por la ley que enuncia, podríamos pensar ¿Cómo habrá sido la transmisión de la ley paterna?

El padre de **S** no se presenta como un padre atravesado por la ley, la desconoce con su adicción a las drogas y luego abandonando a sus hijos. En este sentido, se presenta como un Otro omnipotente, no barrado, como Otro terrible capaz de abandonar a sus hijos. Un padre que no cumple con su función simbólica por lo que el Nombre del Padre no puede operar efectivamente.

Respecto de la ruptura con su novio se podría hacer una mención sobre la forma que **S** enuncia la relación que tenía con él, ella dice que *se separo de su pareja*. Estamos hablando de una joven de 18 años con lo cual es llamativo la forma en la que llama esta relación, si bien es una relación de una larga duración. La información que da la paciente es poca sobre esta relación con lo cual habría que pensar ¿cómo se habrá establecido esta relación? considerando que en el momento en que comienza la misma **S** tenía 12 años, ¿qué tipo de vinculación habrá establecido con su partenaire? ¿Qué motivos llevaron a la ruptura del vínculo? Esta información sería importante considerar para tratar de pensar la forma en la que estable sus vínculos, para poder clarificar si efectivamente nos encontramos con un predominio del registro

imaginario en la forma de relacionarse ya que hay una carencia de los recursos simbólicos necesarios para elaborar la *separación*.

Retomando el goce en juego en el Fenómeno Psicossomático se puede señalar que ante la falla de la función paterna no logra acotar el goce que irrumpe frente a las vicisitudes que vive **S**, que conmueven su fantasma y que no logra dar respuesta desde lo simbólico a través de un síntoma.

Por otra parte es interesante como ella menciona que *ama* su pelo, se podría pensar como se pone en juego la pulsión de vida y la pulsión de muerte entrelazadas en la alopecia. Lo pulsional aparece aquí como algo exagerado, sin marco alguno.

#### Cuarto caso:

V es un paciente que tiene un discurso desordenado, confuso en ocasiones, y que no puede responder algunas preguntas que se le realiza por lo que esquiva las preguntas respondiendo con otras cuestiones. Se puede observar pobreza en su vocabulario. La entrevista de admisión de él duró más tiempo de lo habitual ya que la terapeuta dice haber notado una gran *necesidad de ser alojado* por parte del paciente y de *necesitar escucha*.

El paciente comenta que el tiene este “*problema*” desde que falleció la madre hace ya seis años atrás cuando se le pregunta por la hiperqueratosis. Comenta que él también es diabético pero que no se controla, que anteriormente ya ha hecho varios tratamientos y que luego los deja. La terapeuta reformula la pregunta por el desencadenamiento ya que no quedaba claro de cual enfermedad estaba hablando y confirma que hace seis años que sabe de su diabetes.

Ese momento coincide con la muerte de su madre, dice que después de esto “*deliraba*” (no queda claro a la entrevistadora y observadoras si es en referencia a un termino coloquial o el paciente se refiere a padecía delirios) y no quería ver a nadie, quería estar solo, que se iba y volvía tras 3 ó 4 días. Cometa que se encontraba separado pero que ahora esta “*juntado*”. Respecto de su diabetes dice que él ya sabía que padecía esta enfermedad cuando comienza a sufrir afecciones pero que pese a las recomendaciones familiares nunca quiso controlarse, menciona que él “*ya sabía la herencia de la diabetes, no lo quise aceptar, el tratamiento lo hago una semana más no*”.

Comenta que se da cuenta que pelea durante todo el día con su hermana y su sobrina porque “*hicieron cosas que no tenían que hacer*” ya que pelean por la casa que era su madre y que él ahora el dice que “*es de los nenes*”. No queda claro el motivo de la pelea aunque se reformula en una pregunta esta cuestión. Sin embargo dice que ahora también discute con su señora todos los días, que muchas veces tras pelear se va de la casa por una semana. La psicóloga a cargo de la admisión le pregunta ¿a dónde esta cuando no esta en su casa después que se pelea con su mujer? El paciente no puede responder rápidamente, por lo que interrumpe el discurso. Luego, dice que él vive con su

mujer en la semana en el edificio donde ella es encargada en Capital Federal, pero que a veces si discute se va a la casa que tienen en el Conurbano Bonaerense. Sin embargo, dice que también se va de allí pero no precisa a donde, da a entender que se queda en la calle o en los bares, este punto no queda claro ni para la terapeuta ni las dos observadoras de la admisión.

La psicóloga le pregunta cuando comenzó a aparecer la afección en las manos, responde que desde hace un mes, aunque *“que ya lo había agarrado antes pero que le echaba la culpa a la pintura o a un ácido removedor que usaba para trabajar”* cuando era pintor, así que no se puede precisar exactamente cuando. Menciona que en su caso la enfermedad empeora porque *“con la diabetes se abre la piel”*.

Al preguntarle por su vida antes de que fallezca su madre menciona que tenía una panadería pero cuando su madre murió vendió todo, la panadería, un auto que tenía, una camioneta que usaba para trabajar y que con la plata que recaudo con las ventas estuvo 5 años sin trabajar. Sin embargo, cuando empezó a quedarse sin plata estuvo trabajando en la construcción por 2 años y que actualmente había puesto una panadería con su hermana *“pero que ahora se peleo”*. Se trata de obtener datos de lo ocurrido en estos años que estuvo sin trabajar el paciente, él responde que *“deliraba, me iba, no quería ver a nadie”*.

Dice que ahora abandonó, de nuevo todo, porque se peleó con su hermana, la dejó sin la mercadería, *“si quieren hacer que hagan”*, aclara que él es el encargado de elaborar las panificaciones. Esto lo lleva a discutir con su mujer ya que ella le dice que no puede hacer esas cosas y que ella fue quien le dijo que valla al psicólogo, por lo que dice *“hoy me levante y viene”*. Menciona que se da cuenta lo que hace pero que cuando se da cuenta *“ya es después”*.

El paciente comenta que por las noches se levanta llorando y la terapeuta le pregunta si puede decir en que piensa en ese momento, él responde que piensa en su madre. Cuando ella falleció **V** no vivía con ella sino que esta se encontraba al cuidado de la hermana de él. El día que ella fallece lo llaman a su trabajo en la panadería para decirle que ella se había descompensado. Él recuerda haber *“dejado todo”* y dirigirse al hospital, al llegar ella estaba internada en coma. Luego él decidió irse a buscar a sus sobrinos y en el camino le avisaron por teléfono que su madre había fallecido. Dice que la

muerte de su mamá no es su culpa sino de su hermana debido a que vivía con ella, que él solo iba de vez en cuando a visitarla, preguntarle que necesitaba y dejarle dinero, menciona *“mi hermana me hecho la culpa, pero yo no vivía con ella, pero me quedo eso de la culpa”*. Hace hincapié en que él no preocupaba a su madre porque no vivía con ella y que ya *“tenía su vida hecha”*.

Cuando se le pregunta por su padre refiere que este vive en Santiago del Estero pero dice *“mi padre verdadero para mi no existe”*, luego se queda callado. Cambia el tema de conversación y dice *“tengo muchas cosas en mi cabeza que no me carburan, me descargo y lo digo”*, *“siempre me crié sólo, en la calle”*.

V menciona que su familia lo quiere ayudar y que fue internado varias veces de urgencia por la diabetes y que la última vez un pariente le dijo que tramitara alguna pensión o jubilación ya que él no estaba en condiciones de trabajar y menos en blanco, que ya no puede trabajar más. En referencia a esto dice: *“Yo tengo manos y pies, mientras pueda caminar y usar las manos no tengo nada”* hace especial hincapié en las manos y muestra sus palmas mientras lo dice, su rostro presenta enojo mientras enuncia la frase. Cabe aclarar que el Fenómeno Psicossomático se halla localizado particularmente en sus manos, las cuales usa para trabajar actualmente de panadero.

La terapeuta le dice que es si esta dispuesto a empezar un tratamiento psicológico es necesario que continúe el mismo, que se presente a las entrevistas y no lo abandone. Dice estar dispuesta ahora a iniciar un tratamiento, que otras veces *“no lo quería abandonar pero lo abandonaba”* pero que ahora sí porque se le presentaban otras situaciones como la del hijastro de 26 años que es adicto al alcohol, las drogas y que ya *“cayo pegado en Ezeiza”*. Comenta que *“la casa no es para eso y que el nunca hizo eso en la casa”*, repite varias veces que *“la casa no es para eso”*. Dice que necesita venir al tratamiento porque a él *“lo pone mal esta situación por la madre”* (en referencia a su pareja, esta es mucho mayor en edad que él) y que esto hace que ellos discutan seguido porque el quiere echar a su hijastro de la casa debido a que ya le robo varias cosas de su casa.

### **Elaboraciones sobre V**

En el caso de V la coyuntura en la que adviene la Hiperqueratosis palmar no es tan clara de ubicar, en gran medida porque él no puede hacerlo tan porque cuando aparecen las primeras marcas corporales él no advierte que se trata de un padecimiento físico sino que cree que es que lo estaba afectando las pinturas que usaba en el lugar de trabajo o un ácido removedor que usaba allí. Por otra parte cuando se le pregunta directamente que estaba pasando en su vida cuando aparece el Fenómeno Psicosomático él menciona la muerte de su madre. Sin embargo, después en su discurso se advierte que pasa un periodo de varios años entre este suceso y la Hiperqueratosis, lo que sucede si sucede en ese momento es la aparición de la diabetes.

De todas formas se tomará en este análisis la asociación que hace el paciente para poder tratar de pensar ante que coyuntura se desencadena el Fenómeno Psicosomático. Porque esta relación que él logra establecer habla de la conmoción que significó para él la pérdida de su madre, conmoción que lo llevo a no querer ver a nadie, vender todo, estar cinco años sin trabajar e irse de su casa sin poder precisar a donde, ni que hacía en esos momentos. El no poder ubicar claramente la coyuntura ante la que se desencadena la Hiperqueratosis también habla de una carencia en el registro simbólico tal que no permite ubicar algo del orden de lo corporal.

En referencia a la diabetes se podría hacer una serie de puntualizaciones, por un lado el paciente dice que ya sabía que padecía esta enfermedad antes de que controlarse médicamente porque es heredada de su madre. Con lo cual, se podría pensar aquí que el sujeto se encontraría alienado al mismo destino de su madre sin poder separarse de este, como si su cuerpo tratara de una especie de continuidad del de su madre. Esto desconoce de alguna forma la posibilidad de haber heredado de su padre la posibilidad de no tener diabetes. De hecho, el desconoce a su padre en su discurso cuando se le pregunta por él. Menciona que su padre se encuentra lejos, en otra provincia, no sólo desconoce que él halla cumplido sus funciones de padre sino que dice "*mi padre verdadero para mi no existe*", le quita existencia a su propio padre.

Por otro lado, el paciente es internado varias veces por la diabetes pero no logra mantener ningún tratamiento para cuidarse de la misma. Aquí se podría pensar en la posibilidad de que esto sea una forma de llevar al acto un deseo de

muerte que no logra ser tramitado psíquicamente por V. Aquí se puede ver, como el goce mortificante no puede ser enmarcado ni contenido fantasmáticamente a tal punto que corre riesgo la vida del sujeto.

Cabe agregar que el sujeto dice “*no querer abandonar los tratamientos pero que los abandona*” como si en este abandonar los tratamientos no estuviera en juego su posición subjetiva, como si no pudiera advenir en tanto sujeto. Habla también de una operación de separación fallida, ya que el sujeto no adviene.

Es interesante pensar como se articulan diabetes y la Hiperqueratosis palmar ya que “*con la diabetes se abre la piel*”. Se podría pensar que no alcanza con la diabetes pues es necesario para inscribir en el cuerpo la muerte de la madre también un Fenómeno Psicosomático que permita inscribir este goce excesivo. Goce que se torna mortificante ante la falta que se presenta en el registro simbólico para poder significar este suceso que parece marcar un antes y un después en la vida de V.

Menciona que no puede contener, en ocasiones, lo que dice y que después puede darse cuenta del alcance que tienen sus palabras, que tiene varias cosas que no le carburan en su cabeza y que simplemente las descarga. En varias partes de la entrevista se encuentra se puede pensar que se esta frente a un agujero en su discurso que no permite entender claramente varios asuntos de su vida, el paciente no puede dar cuenta por momentos de su propia historia por lo que se puede decir que se trata de un paciente que tendría una gran precariedad simbólica. Esta se plasma en un discurso desordenado y difícil de seguir.

En este caso no termina de quedar del todo claro si se esta frente a un caso donde el Nombre del Padre esta afirmado precariamente o si por lo contrario se encuentra forcluido. Ante lo escueto del material presentado, debido a que se trata de solamente de una entrevista de admisión, no se puede hipotetizar sobre esto. Si es interesante en este caso pensar esto de modo de que pueda ser esclarecido en un tratamiento.

De todas maneras, si se puede plantear que ante la precariedad simbólica y la imposibilidad de poder enmarcar el goce excesivo que se presenta ante la coyuntura de la muerte de su madre el Fenómeno Psicosomático viene a inscribir este goce excesivo en el cuerpo. También se puede hacer una mención al lugar que ocupan oportunamente, en discusiones, su hermana, su

sobrino, su mujer y el hijo de esta última en la vida de **V**. Estos aparecen allí como un Otro Terrible, omnipotente, que no está barrado y que en estas discusiones no puede enfrentar sino que él tiene que irse ante la imposibilidad de confrontar con ellos y que lo lleva a irse, sin poder precisar a dónde se dirige.