

Seminario 25/04/07
Dr. Ricardo Rodulfo

Vamos a empezar a hacer cierta aproximación a ciertas situaciones clínicas. Para eso es necesario tener en cuenta lo siguiente: el psicoanálisis no se reduce a una psicopatología, sino que tiene sus propias concepciones psicopatológicas. Como decía Freud: el psicoanálisis no es un capítulo de la psiquiatría, va más allá, su radio de intervención es más amplio. Muchas veces trabajamos con situaciones de consulta, donde un primer ejercicio de diagnóstico diferencial no es decir si el paciente es esto o lo otro –en el sentido de determinada rotulación psicopatológica-. Más bien se trata de situaciones referidas a la existencia cotidiana: situaciones ligadas al crecimiento, situaciones suscitadas en términos de salud. Son situaciones donde no hay una patología, lo cual no quiere decir que no sea bueno intervenir, pero se interviene acompañando procesos de crecimiento y de cierta complejidad que tienen sus peripecias y sus puntos vulnerables. Se interviene, entonces, previniendo, detectando situaciones que aún no han generado una sintomatología estereotipada, pero que podrían llegar a generarla. Supongamos que nos consultan por un chico que comienza a tener temores nocturnos, y que por la noche empieza a pasarse a la cama de los padres. Acá tenemos una situación muy típica, porque la aparición de temores nocturnos en un chico no es un índice de patología, sino de salud y de crecimiento, en el sentido de que el chico está asumiendo la soledad como condición, de que aunque esté con otros hay soledad y esto los chicos lo descubren de noche, en el silencio y en el oscuro. Descubrir que uno está solo aunque esté con, es una tarea compleja. Entonces la aparición de los temores nocturnos es un buen índice de crecimiento y no de enfermedad. Pero si el chico ante estos miedos responde con una tentativa de curación espontánea: pasarse a la cama de los padres. Pero esa tentativa de curación no es buena como salida. Supongamos que los padres no encuentran la forma modificar esa situación o que la aceptan o lo que fuere. Si el chico se instala en la cama de los padres, con el tiempo puede dar lugar a una situación patológica. Una consulta en el momento en que esto se está produciendo y un trabajo con los padres y con el chico para que la situación de co lecho se deshaga rápidamente y dar lugar a otras maniobras, puede prevenir el desarrollo de una patología ambiental e individual.

Así que nosotros podemos hacer muchas intervenciones de éste tipo y a distintas edades. Hay edades que son mucho más explosivas: los comienzos de la adolescencia, o a edades muy tempranas. Paso a relatarles una situación mínima, banal, pero interesante en cuanto a las repercusiones que hubiera podido tener de no haber habido una consulta temprana. Viene la mamá de un bebé pequeño. Viene gracias a que una hermana de ella es psicóloga y esta hermana contradice lo que le dice el pediatra. Esta mamá tenía un pediatra muy rígido, y era uno de estos pediatras que piensan que los médicos tienen que dirigir la vida de la gente. Él le había dicho que amamante al bebé cada cuatro horas. Y para este bebé era mucho cuatro horas, él requería un ritmo mucho más flexible y sobre todo mucho más corto. SE generaba, entonces, una situación de un bebé gritando. La madre era una mujer que tendía a ser sometida e insegura, era una mamá primeriza. De modo que aunque afectivamente no estuviera de acuerdo con la indicación del

pediatra y sufría, pero desobedecer al médico no era algo que estuviera dentro de sus posibilidades. Por lo cual fue una suerte que tuviera una hermana que la indujera a hacer una consulta por fuera del pediatra. Todo lo que había que hacer ahí era ayudar a la madre a liberarse de esa consigna y a decirle que se guiara por ella misma y por el chico en cuanto a darle de mamar. También inducir a pensar, sin decírselo frontalmente, si se llevaba bien con este pediatra y que ella tenía derecho a elegir el pediatra. En este asunto era muy poco lo que había que hacer, pero si no se producía esta consulta pensemos todas las complicaciones en escala que se pueden ir generando a partir de ese desencuentro generado por una interferencia médica. Hay muchas problemáticas que pueden desarrollarse sólo a partir de un desencuentro generado por una interferencia. Serían ejemplos de intervenciones que tienen un claro carácter preventivo. Unos meses después hubiésemos podido encontrar todo tipo de cosas: un bebé con trastornos del sueño, una madre progresivamente ansiosa, fijaciones orales innecesarias.

Tenemos que tener esto en claro: una primera cuestión a determinar en una consulta es si hay patología o si se trata de una situación de conflictos propios de la vida y del crecimiento en un chico o en un adolescente que requieren de pronto una ayuda. Es decir, tenemos que salir de la idea de que nos limitamos a atender enfermedades.

Tomo dos ejemplos de adolescencia. Para esto vamos a introducir un concepto que lo formula Freud muy al paso, pero que yo lo he extraído puesto que en nuestro campo pienso que es muy útil. Este concepto Freud lo llama “deseo de ser grande”. Es un concepto que Freud lo formula en un pie de pagina en algún lugar de “LA interpretación de los sueños”, a propósito de sueños donde aparece lo desmesurado, lo grande. Freud dice que no hay deseo mayor en el niño que el deseo de ser grande y que eso explica la preferencia de los chicos por lo grande y lo desmesurado. Este deseo de ser grande es una clave allí, hay que apreciarlo en toda su ambigüedad semántica. Porque cuando se dice deseo de ser grande, no es solo grande en el sentido cronológico, evolutivo de la adultez, del paso de la infancia a la adultez, sino que está hablando de grande en una escala más imaginativa, más fantasmática, de la grandeza, de la grandiosidad, incluso de la omnipotencia. “Grande” en el sentido de que un chico juega con los personajes de lo súper héroes. “Grande” en el sentido de grandeza, que no cubre el término adulto. Es fácil ver en un chico que cualquier cosa que le demos a elegir él prefiere lo grande: la letra grande le parece mejor que la letra chica, una cosa grande –en el sentido físico- le va a parecer mejor que una cosa chica. La expresión bebé, bebido, es despectivo para un chico. El deseo de ser grande es un motor muy importante para todo el desarrollo del chico, es un factor esencial para la movilidad psíquica del chico. Además el deseo de ser grande tiene que poder encontrarse en el deseo de la familia de que el chico sea grande, bajo diversas formas. El encuentro de esos deseos de ser grande es un eje decisivo. Cuando uno hace una evaluación diagnóstica de un chico o de un adolescente es muy importante establecer en qué estado está ese deseo de ser grande, incluso la eventual posibilidad de que el deseo de ser grande esté lesionado, inhibido o atrofiado o que no se haya constituido. Esto es muy básico.

Tomo una situación, que nos sirve como criterio clínico para evitar ciertas trampas a las que uno podría caer al evaluar una situación. Es un fragmento de un

material clínico: consulta un chico de 19 años. La consulta, es a instancias de los padres, él ha pedido a sus padres una consulta terapéutica. Él pidió, pero no movilizó. Por suerte los padres han podido tomar en cuenta ese pedido. Ya hay ahí una situación poco regular, porque la primera entrevista, a raíz de eso, la realizan los padres y no él. Cuando consulta alguien de 19 años, muchas veces ni siquiera llegamos a conocer a los padres, aunque ellos paguen el tratamiento y lo apoyen, en muchas ocasiones es mejor no conocerlos en cuanto a generar un espacio privado para el chico. En este caso llama la atención que llamen los padres y que la primera entrevista sea con ellos. Cuando viene él, que quería venir, lo primero que me dice es que yo le haga preguntas porque él no va a saber de qué hablar. Segundo hecho llamativo, porque de entrada se coloca en una posición pasiva y no le gusta nada la consigna abierta psicoanalítica. Según los casos que juegue, que dibuje, que hable, pero nunca le vamos a decir a un paciente que hable de tal o cual cosa al modo de una entrevista médica. Este adolescente se lleva mal con esto. La cuestión que surge es más o menos así: él terminó el secundario a la edad que tenía que terminar, desde entonces -que han pasado dos años-, ha hecho un par de intentos de empezar a estudiar cosas del tipo terciario, cosas sin ningún vínculo entre sí, antagónicas, las abandonó sin llegar a fracasar, las abandonó sin dar mucha chance a ver qué pasaba. Ahora no sabe qué hacer, está pensando en estudiar otra cosa, tampoco está trabajando y no parece tener deseo alguno de hacerlo. ¿Qué es lo que hace? -que es lo que más le preocupa a los padres-: está todo el día en la casa, sale muy poco, no tiene novia ni salida con chicas, el campo heterosexual aparece extremadamente inhibido, no ha hecho amigos nuevos, le quedan amigos del secundario. Él dice que no tiene verdaderos amigos, amigos íntimos. Cuando lo llaman sale, pero nunca toma la iniciativa. Para decirlo simbólicamente: si uno quiere encontrar a un chico de 19 años, por lo general en la casa uno no lo va a encontrar, en todo caso lo encontrará en el celular, me gusta recurrir a cómo lo llaman los españoles “telefonía móvil”, porque justamente se mueve. A este chico se lo encuentra inmóvil, refugiado en la computadora, no en actividades muy productivas: un poco de chateo, un poco de juegos. La computadora en carácter de refugio porque tampoco es de esos chicos que hacen vínculos a través del chateo, que después se van derivando en encuentros personales. ¿Cuál es el punto acá, lo que más nos importa? El punto no es que él haya abandonado carreras que empezó. Hay padres que se preocupan mucho por chicos que abandonaron carreras que empezaron. Pero abandonaron carreras que empezaron porque están explorando, no siempre se sale del secundario con la idea de qué le gusta ser a uno en la vida y a veces hay que probar. A veces alguien empieza una carrera que había elegido con imágenes infantiles de esa carrera, y cuando ve que esa carrera no tiene que ver con esas imágenes, no era eso y tiene que buscar algo más actual. Ese no sería el punto en este caso. Un chico podría estar explorando, poniendo a prueba, tomando y dejando cosas, eligiendo una carrera que resulta ser la definitiva después de varios ensayos que pueden llevar un tiempo considerable. Esa demanda de que apenas un chico termina el secundario tiene que estudiar una carrera, no siempre es una buena idea y de que las cosas estén bien. Porque a veces alguien hace algo elegido por una normativa y no lo eligió verdaderamente. Hay otros chicos que no quieren estudiar, quieren trabajar. Hay chicos que no

quieren ni estudiar ni trabajar, y que aparentemente lo que quieren es aprovechar la condición económica de los padres, pasarla bien, salir con amigos, salir con chicos y chicas, estando predispuestos para todo lo que sea “fiestero” y en lo demás están en crisis. Pero en todas estas cosas encontramos alguna punta del deseo de ser grande. “No quiero trabajar ni estudiar, pero sí quiero manejar y que me presten el auto”. Uno podría decir que hay muchas complicaciones, pero que hay una punta de este deseo de ser grande. “No quiero estudiar como me lo marca mi familia, quiero viajar y recorrer el mundo, y después veo qué hago”

El problema de éste chico es que no aparece por ninguna parte el deseo de ser grande y eso hace síntomas en que lleva una vida de niño. Esto aparece de entrada en cómo se da la consulta: llaman los papás, vienen los papás, después viene él. Vive como los chicos, como si salir de la casa fuera algo muy poco libre, hay serie de libertades potenciales que él no utiliza para nada. En la familia estarían muy contentos si lo vieran salir y volver tarde, cómo decía el padre “volver y encontrar que se emborrachó”, estar preocupado porque no volvió. Él en cambio no está en esas cosas, lleva una vida de niño y está en una posición pasiva que se traduce en esta primera cuestión de que yo le haga las preguntas. Él enumera con conciencia de enfermedad estas cuestiones que yo estoy puntuando. Se da cuenta de su inseguridad, pero no hace nada por ello. En la entrevista todo termina ahí, porque él no quiere venir, aunque reconoce que venir le haría falta. Es eso de “tiene razón, pero marche preso”. Lo más preocupante no es lo que a él le pasa -porque las problemáticas que él tiene (inhibiciones, fobias, etc) no son problemáticas incurables-, lo verdaderamente grave es lo que él hace al respecto que es nada. No es el tema del adolescente desorientado. No hay forma en que él quiera entender algo por el momento. Ahí el punto es preguntarse qué pasa en este chico con el deseo de ser grande, que parece inactivado, y que no funciona en ningún registro: ni social, ni afectivo, ni de proyectos, y que está como congelado en el tiempo y en una vida muy de niño.

El problema no es que él empieza cosas y las deja, porque eso mismo en otro adolescente podría ser un indicador de estar en pleno proceso de exploración. Pero el verdadero problema radica en que él no está haciendo nada, parece estar muy distanciado de este deseo de ser grande, y en esa medida muy infantilizado. En este caso ya hay que pensar en una patología, que habrá que ir estableciendo. Él sitúa esta inseguridad como algo que lo viene socavando a lo largo de su adolescencia, que no se notó mientras que no tenía que tomar decisiones autónomas. El momento de poner en marcha su propia vida, está inhibido. Comparémoslo con otra situación clínica, que no tiene nada de patológica, pero que uno puede tener una intervención preventiva. Me viene a ver un adolescente, con una demanda de orientación vocacional. No sé muy bien lo que es la orientación vocacional, no respecto a cierto ejercicio de la psicología, sino en cuanto a qué es lo que él entiende por esto. Me dice que terminó el secundario en una de las escuelas más difíciles de Buenos Aires, que lo llevó muy bien y que en este momento no sabe qué estudiar. Los padres no están muy tranquilos con esto, ellos han tenido que ver mucho con la consulta, a pesar de que fue él quién llamó y vino. Fueron los padres que querían que consulte lo más rápidamente posible, porque si no iría a perder un año. Nos reunimos tres o cuatro veces. Lo que pudimos ver es que la cuestión era una cuestión familiar más que de él, una

cierta norma ideal, según la cual cuando uno termina el secundario tiene que empezar algo al año siguiente porque si no pierde un año. (Como si fuera una cuestión deportiva) Era una familia que presionaba mucho en ese sentido, y él se sentía obligado a dar una respuesta con una especie de culpabilidad. En verdad, lo que él tenía ganas, lo que surgía como deseo de él era tomarse un tiempo, él venía muy fatigado de lo académico (desde el jardín de infantes hasta la terminación del secundario), además era un chico que siempre se había exigido mucho. Él tenía ganas de estar “un poco de vago”, como él decía. No era de vago, era el deseo de un espacio, de una transición abierta, de hacer otra cosa, de viajar y de ver cómo se las arreglaba. Irse con boleto de ida y sin una vuelta demasiado rigurosa. No estaba en ninguna posición subjetiva donde se planteara una pregunta por estudiar, ¿qué estudiar? no era una auténtica pregunta o un auténtico conflicto. El conflicto estaba en otra cuestión. El deseo de ser grande en este chico estaba bien intacto, sólo que estaba reprimido o interferido por mandatos a los que él debía someterse. No había ninguna orientación vocacional que hacer. Él venía muy dispuesto a que le haga test para establecer qué tenía que estudiar. Entrar en algo así hubiera sido entraparlo en una normalización poco saludable. La intervención terapéutica fue muy acotada, pero bastó con destrabar esto. “Vos no tenés que estudiar nada ahora –aunque no le dije así-, tenés que seguir este movimiento exploratorio, este rodeo”. Algo así como vivir y después ver. La intervención consistió en aclarar esto y darle la fuerza para hacerlo. Aunque nos vimos poco, enseguida pareció tener mucha confianza. LA intervención tuvo un carácter preventivo, en el sentido de ¿qué pasa si este chico empieza una carrera en la que seguramente le va ir muy bien? Porque era un chico muy estudioso, muy inteligente, muy disciplinado. Luego encontrará un trabajo acorde a esa carrera y va a llevar una vida progresivamente disyunta de sus deseos. Entonces, acá tenemos una vía de normalización que puede significar una gran desdicha, como muchas veces encontramos. Alguien que socialmente todos dirían que le va muy bien, pero íntimamente no deja de sentir insatisfacción. Aquí la intervención se redujo a poder evitar que tomara ese camino, por suerte se pudo hacer. En el caso anterior no pude hacer nada. Depende de la persona que viene, no sólo de uno. Es un buen ejemplo -a una edad muy distinta de la de un bebé- de una intervención que puede ser preventiva respecto a un desarrollo que luego sí puede ser patológico. Distintas derivaciones patológicas de llevar una vida “normal”, pero ajena al deseo propio.

Para esto me estoy basando en una distinción que hace Winicott, él habla de una tríada: enfermedad – normalidad – salud. Sobre todo le interesa distinguir que la salud no es la normalidad. LA normalidad puede coincidir o no con cierta salud psíquica, puede haber una normalidad que en el fondo sea muy patológica, muy de adaptación o de sometimiento. Los valores de normalidad son en general valores adaptativos, que a veces se pueden armonizar con los propios deseos, y a veces no. Winicott también marca al respecto, que quien no tiene ninguna capacidad para desviarse de la norma, es muy enfermo aunque sea normal, le falta salud. Esta distinción es básica para esto. En este caso la intervención consistía principalmente en ponerlo en contacto con cómo era su propio deseo de ser grande. Para los padres, era que él estudiara, para él era otra cosa. Como era un chico que no estaba mal, con esto bastó. Si hubiera sido un chico con

cierto grado de sumisión, masoquista o más melancólico, hubiéramos tenido el problema de que él no se atreviera a hacer esto y que eso requiriese una intervención más prolongada. Como que a sabiendas de su deseo, haga otra cosa por sumisión o por culpa. En este caso no era así. Era un conflicto propio de la vida, un conflicto propio de los que se le suele presentar a un chico que termina el secundario: ¿qué voy a hacer con mi vida? Un conflicto no tramitado patológicamente, sino un conflicto existencial. Así como es un conflicto existencial para el otro chiquito descubrir que está solo a la noche, que hay soledad como condición. ES otra situación propia de la vida.

Con esto vemos la gama de intervenciones, que es mucho más rica que la psicopatológica, y mucho más rica que la secuencia diagnóstico –tratamiento, porque no toda situación de entrevista debe terminar en un tratamiento. A veces incluso es importante no precipitarse a un tratamiento.

El deseo de ser grande nos pone en contacto con la cuestión de lo que es la estructura deseante. Si el deseo de ser grande desaparece a cualquier edad de la vida, esa vida se termina, se coagula, se estereotipa, se entraría en una especie de resignación, de colapso de ideales. Mantener algo del deseo de ser grande, es lo que hace que alguien después de muchos años de hacer algo sienta que hay más cosas que aprender y por hacer. El deseo de ser grande mantiene el horizonte abierto. A la edad que se cierre, es negativo.

Alguien relacionado con un paciente mío, va a hacer a los 80 años un viaje a Japón, pero no un viaje como turista sino para ver en ese país todo lo que se refiere a paisajismo y forestación, quiere seguir aprendiendo. Éste hombre tiene 80 años y el deseo de ser grande sigue ahí abierto, en cambio a los 20 años lo puede tener atrofiado.

El deseo de ser grande es una categoría que debe quedar abierto. En tanto deseo tiene el carácter mimético –lo ha trabajado Lacan, Winicott-, que lo podríamos traducir esquemáticamente por imitación. El deseo humano es mimético en la medida en que siempre implica el deseo de lo que el otro hace, de ser como otro, deseo de ser como otro, deseo de lo que el otro hace o de lo que el otro quiere. Esto aparece claramente en un chico cuando quiere lo que tiene otro chico, aunque tenga algo mejor desde un punto de vista convencional. Deseo de ser algo para otro, como el deseo de la hazaña para los padres o para la mujer o para quien fuere o para el ideal. En este sentido, el deseo siempre está ligado a deseo de lo que otro desea, deseo de desear como el otro desea, deseo de desear para lo que otro desea. ES decir, el deseo está siempre muy ligado a éste carácter imitativo, que en verdad es una adquisición biológica. Como dicen los chicos: “los seres humanos somos copiones”. Nuestros deseos los copiamos de otros y el deseo de ser grande, en sí mismo, está copiando a otro grande que el chico ve o imagina a su alrededor. Esta es una característica biológica, en el sentido que este factor imitativo –“copión”- lo compartimos con todos nuestros primos de especies, con todos los primates y en una escala más débil lo compartimos con los mamíferos en general, donde la imitación y el aprendizaje surge. Es una estructura biológica que surge como reemplazo del predominio de estructuras instintivas preprogramadas. En cierto momento de la evolución biológica predominan las secuencias prefijadas instintivas. Digámoslo así: para ser mariposa, una oruga no necesita de otra mariposa o de otra oruga, es una

secuencia que ya viene genéticamente programada y que se va cumpliendo. Ni una tortuga necesita de otras tortugas para organizarse como tortuga. En las aves ya se insinúa un cambio en esto, porque las aves empiezan a cantar de otras aves, copiando el canto de otras aves. Los que estudian los comportamientos de animales –etólogos, primatólogos- han podido establecer que en las arboledas hay como barrios de pájaros, y donde hay líderes en el canto, que los otros siguen. En los mamíferos esto se acentúa, un perrito necesita de otros perros y de la mamá para aprender a ser perro. Se han hecho experiencias, donde, por ejemplo, un mono que no se crió con otros monos, luego no sabe ser un mono adulto; por ejemplo no sabe hacer el acoplamiento sexual, si en vez de su mamá lo crió una máquina y estuvo aislado de sus semejantes. Hay un giro biológico, un salto biológico importantísimo: lo que es instintivo empieza a retroceder en beneficio del aprendizaje por imitación, que tiene mucha más flexibilidad. En donde predomina lo instintivo, no hay casi nada que aprender o nada ni tampoco hay vida social, siendo un esquema más “maquínico”. ES una gran adquisición biológica, cuando esto está reemplazado progresivamente por el aprendizaje, cuanto más capacidad de aprender tenemos, menos pautas instintivas tenemos. Pero eso no es una pérdida, sino que es una adquisición, porque el aprendizaje da ventajas biológicas que no tiene lo instintivo. Lo instintivo no es adaptable a los cambios en el medio, como sí lo son las estructuras de aprendizaje. Dicho en términos sencillos: este copiar de otros, es la base de todo lo que llamamos deseo. El deseo no podría surgir en un estado de aislamiento absoluto, donde un ser humano no fuese criado por otros seres humanos y no tuviese otros seres humanos a su alrededor. ¿Por qué un bebé se esfuerza en caminar y se pone muy jubiloso cuando camina? (además de que es importante que a su alrededor también haya alegría, júbilo y reconocimiento por eso) Pone empeño y supera sus temores a lanzarse al estado vertical, impulsado por el deseo de esos verticales que ve a su alrededor, ser como esos verticales (hermanitos, padres, familiares...) Esto funciona en distintas maneras a cualquier edad, y su eje decisivo está en el deseo de ser grande. Por eso, no puede haber una enfermedad peor en un chico o en un adolescente que una enfermedad en el deseo de ser grande, que desarticule la subjetividad. Este es un punto que es importante rastrear la pauta biológica, porque tiene una clara facilitación genética. Pero esa facilitación genética, no es una pauta instintiva, sino una pauta de apertura al aprendizaje vía la imitación. La imitación siempre implica intencionalidad subjetiva. Una hormiga hace lo mismo que otra hormiga, por programación, no porque quiera ser como la otra hormiga. En cambio un chico imita a su hermano mayor, se mete en su cuarto, le toca sus cosas, adopta sus expresiones, quiere ser como él, lo toma como modelo, etc. Esa imitación sí que es intencional -puede ser consciente o no serlo-, hay una intencionalidad subjetiva. Esto tiene una facilitación genética bien clara. Cuando uno se sitúa en el plano del bebé, el bebé está en una posición en que todo le llama la atención. En esa posición hay dos referentes privilegiados: el rostro humano –en particular el rostro de la madre- y la voz humano –también en particular la voz de la madre, pero no sólo ésta-. Rostro y voz, son referentes privilegiados. A un bebé le atraen, o como dicen los adolescentes le puede copar, con las más diversas cosas: desde un rayo de sol entrando a la habitación, con un color rojo, con un color brillante, con un sonido nuevo, pero sobre todo con lo

que tiene que ver con rostro y voz. La voz en tanto el aspecto musical: entonación, timbre, intensidad y no todavía el plano semántico. Esto espolea la entrada en la subjetividad y el deseo de ser grande.

De todo esto, vamos infiriendo, que el deseo de ser grande, al tenerlo como guía, tiene la ventaja que el examen del deseo de grande nos proporciona un criterio psicoanalítico de salud. La salud no es tanto normalidad o ausencia de enfermedad. Al respecto Winnicott dice que la salud es otra cosa, que la normalidad o ausencia de enfermedad. El estado del deseo de ser grande en alguien nos da un criterio de salud para evaluar la salud psíquica. En el sentido de salud como capacidad para hacer algo con los propios deseos.

Si uno se remite a esa noción social tan vaga de "éxito", podríamos decir que hay dos tipos de éxito en la vida, que a veces se pueden superponer y otras veces cada uno está por su lado. Uno es el éxito desde el punto de vista social, normal, normativo, como el éxito que quería esta familia para el adolescente que veíamos hoy, que haga una carrera universitaria y que la haga tan bien como hizo todo lo demás. Un éxito ahí es un buen rendimiento académico, logros en lo social, logros adaptativos. No es para despreciar, esto no se lo puede despreciar ni minimizar ni hacer a un lado, porque con esto tenemos que vivir. El inconveniente de este plano, es que puede llevarse a cabo enteramente sobre la base de valores de adaptación sin participación de lo lúdico y de lo deseante, sobre la base de una represión de lo lúdico y de lo deseante. En cambio hay otro tipo de éxito, que a lo mejor socialmente no está sancionado como tal, un tipo de éxito que tiene que ver con hacer algo con los propios deseos. Tiene que ver con una vida donde no se ha renunciado a que la dimensión del deseo tenga un papel activo en lo que se hace. Esto tiene muchas paradojas. Una persona puede estar más enferma que otra. Tomo un caso concreto: un paciente que tuvo tres intentos de suicidios, dos en la adolescencia y otro en la primera juventud. Uno de los intentos fue muy grave, estuvo una semana en coma. Su madre se suicidó cuando él era un niño, lo que lo marcó profundamente. Un chico con muchas ideas paranoicas y muchos estados maníacos, proclive en determinados momentos al uso de cocaína y a mezclar cocaína con alcohol y a conductas suicidas y destructivas. Tiene dos internaciones psiquiátricas seguidas a los intentos de suicidios. Está con medicación, sin fecha segura de que pueda prescindir de esta medicación, ya que la misma apunta a regular muchas de estas cosas. Este chico, a la vez, es un chico muy talentoso en un campo determinado, y es un campo muy deseante para él y en ese campo está produciendo mucho, lo cual proporciona todo un punto del cual el tratamiento se puede agarrar. Como impulsar eso y agarrarse de ese eje, estimular lo que tiene que ver con esa creatividad de él. Creatividad, que no es reconocida en los lugares que él está. Este chico está más enfermo que el chico de 19 años que yo hablé, pero a la vez está más sano, porque en un punto muy decisivo de su vida puede ir apoyando su existencia en algo que tiene que ver con la realización de un deseo y la articulación de un proyecto. De normal tiene muy poco, se lleva muy mal con todos los valores establecidos, incluida la puntualidad –con lo cual el tema de las sesiones era todo un problema-. Es probable que muchas de estas cosas como el peligro de suicidio, ciertas tendencias a refugiarse en cosas adictivas –aunque esto ha mejorado mucho después de un análisis muy intenso-, tengan que ser reguladas toda la vida con ciertas medicaciones y es

muy posible que sea una muy buena idea que él nunca esté por períodos demasiados largos sin analizarse. Es muy frágil en muchas cosas, particularmente en ciertas condiciones ambientales le es muy fácil deprimirse y desarrollar ideas persecutorias, pero a la vez es muy sano en otras. Tiene una vida erótica muy plena, tiene capacidad de amar y de sostener un vínculo, tiene mucha creatividad en lo que hace y disfruta mucho. Una vez levantados ciertos temas melancólicos, tiene mucha capacidad de disfrutar de lo que hace. En un sentido está muy loco, y en otro sentido está muy sano. Pero normal muy poco. Pero está más sano que muchas personas normales, que no tienen ningún contacto con sus deseos y que hacen las cosas por adaptación a normas, tomando una posición de piloto automático frente a la vida. Con esto vemos que la concepción nuestra de salud y enfermedad es más compleja que la médica, no digo mejor, sino diferente, más paradójica. Siempre está el peligro de confundir normalidad con salud. Cuando atravieso la normalidad, puedo encontrar alguien sano o puedo encontrar a alguien muy alienado en la normalidad. Incluso Joice Mc Dougall, una psicoanalista inglesa, habla en un texto de “normópatas”, una categoría psicopatológica que no pertenece a la psicopatología psicoanalítica ni al DSM IV. La categoría de “normopatía”, que yo diría que es muy frecuente.

El trabajo psicoanalítico con niños y adolescentes puede tener a veces la oportunidad, si se dan ciertas condiciones, de preservar al chico de la normalidad para paradójicamente mantener ciertas condiciones de salud. Tomo el caso de una consulta: me llaman de una escuela, donde va un paciente mío que tiene ahora 8 años. ME llaman quejándose, porque dicen que tienen muchos problemas de comportamiento, se quejan de modalidades de él. Se quejan de que le gusta molestar y abiertamente desafía cosas. Por ejemplo a la hora de cantar una canción a la entrada de la escuela, él se pone a cantar con otra letra lo mismo y se encarga de hacerlo bien fuerte, cosa que las maestras lo escuchen que está cantando con otra letra. En la escuela están muy escandalizados con esto. En el fondo esto causaba gracia. Molesta de palabra a los compañeros, provoca o les esconde cosas. Llegan al comedor, y de pronto nadie tiene tenedores, él había escondido los tenedores de todo el grupo. Hace lo que llamamos travesuras, pero actualmente las travesuras en la pedagogía y en el psicoanálisis contemporáneo tienden a ser olvidadas y ser vistas como grandes problemas. Este era un chico que era extremadamente aislado, al grado tal que se llegó a pensar que era autista cuando era chiquito, porque era aislado y estereotipado. El aislamiento y el estereotipo no resultó de que fuera un chico autista, sino las secuelas de una enfermedad muy larga de un hermanito en concurrencia con una depresión muy importante de la mamá, que lo desvinculó, quedándose un tiempo sin sustento, entonces empezó a sustentarse en los estereotipos y aislamiento. Durante mucho tiempo no podía jugar con otros chicos ni con grandes. Cuando yo lo conozco él tenía cuatro años, con el tiempo va cambiando mucho. Su modo de relación con los demás, pasa por cierta provocación y por cierta molestia. No es el único modo de relación, tiene amigos, juega, tiene mucho sentido del humor y de la trasgresión. Pero el punto es que estos comportamientos es una opción mucho mejor que la de aislarse y sumergirse en una esfera muy estereotipada y sin creatividad lúdica. Aquí el camino más saludable, tiene que ver con una dirección social. Porque un chico aislado da menos trabajo. Él podría hacer muy bien las

cosas de la escuela -es un chico muy inteligente-, sin contrastar con nadie, entonces no molesta, si no molesta se porta bien, no hace nada inadecuado. Él hace cosas muy inadecuadas, que tendrá que ir regulando. Eso tiene un valor de salud para él, porque además implica poner en marcha un deseo de ser grande y una posibilidad de relacionarse con otros, que una normalidad funcional en lo intelectual con un aislamiento afectivo. Aquí vemos las complejidades de la relación entre normalidad, salud y enfermedad y cómo tenemos que evaluar el estado del deseo de ser grande a la luz de esto. Y cómo además un psicoanalista nunca puede sentirse tranquilo con los valores sociales de normalidad. No es que hay que ponerse en contra de todo, pero un psicoanalista no puede aceptar a la ligera que algo normal es sano, se tiene que interrogar. Y esa interrogación es fundamental, para poder hacer algo por alguien –paciente, consulta o lo que fuere-