

CASO M: DIALOGO DE ÓRGANOS.

Estas entrevistas fueron llevadas a cabo en el Hospital de Clínicas, en el séptimo piso, Unidad Coronaria, donde los pacientes reciben tratamiento de rehabilitación luego de una afección cardíaca.

M es un paciente de 51 años, hipertenso, que ha tenido dos infartos. El último ocurrió hace pocos meses. La médica que lo atiende lo presenta diciéndome: “si hace un tercer infarto se muere”, indicando de ese modo que es paciente en riesgo. En la primera entrevista M. se presenta:

Pac- Usted ya sabe, soy cardíaco. Tuve dos infartos.

A- No, yo no sé, usted ¿puede relacionar algún suceso de su vida con la aparición de sus infartos?

Pac- Relacionar no, pero si sé porque me pasaron.

A continuación cuenta detalladamente que el primero fue cuando acampó con sus hijos y un cuñado con quien iban a pescar,

Pac-...eso fue en el año '76, años de dictadura, ¿se acuerda? Me encuentro al lado de mi carpa con un militar que desde el principio sentí recelo, me sentía incómodo y al final del sexto día tuvimos una discusión muy fuerte. Después de ese altercado me agarró un dolor insoportable, llamaron a la ambulancia y era un infarto. El segundo fue cuando yo sospechaba que mi hijo mayor se drogaba y un día me llaman de la cárcel para decirme que mi hijo estaba preso por robo. Allí, desde la comisaría me llevan al Hospital.

M. dice que su problema es que reacciona mal.

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

A- Por lo que me cuenta, acumula en exceso y estoy de acuerdo con usted, reacciona mal.

Pac- ¿Por qué me dice que acumulo en exceso? No la entiendo.

A- Porque podría haber cambiado su carpa de sitio, en lugar de soportar a alguien durante una semana. Segunda acumulación: Si usted sospechaba que su hijo se drogaba, ¿porqué no dijo ni una palabra y esperó a que lo llamara la policía?

En la siguiente sesión cuenta que llora y que no sabe bien por qué, le sucede en cualquier momento y en cualquier situación, “*me siento un maricón*”. Habla de la muerte de sus padres por una pregunta que se le formula, pero como datos biográficos, no hay procesamiento psíquico entre lo que le pasa y estos datos.

En otra entrevista él dice:

Pac- Usted asoció al tema de mi vieja con las lágrimas y yo le diría que es la revés, es por escasez.

A- ¿Escasez de qué?

Pac- En realidad, no recuerdo haberla visto llorar casi nunca. Tenía mucho acercamiento con mi mamá, cuando era chico. Yo dependía de mi vieja y ella de mí.

A mi padre lo operamos de próstata, después le vino un infarto cerebral. Al poco tiempo aparece mi mamá con un cáncer de pecho, el bulto lo tenía hace tiempo.

A- ¿El bulto?

Pac- Bueno, se dice bulto, ¿no? Estaba muy avanzado, vivió cinco años más, un cálculo matemático, así había dicho el médico que iba a vivir. A los dos meses de nacer Gastón, mi primer hijo, se muere mi mamá. Catorce años después me vino el primer infarto.

En el trabajo me siento muy presionado. Era delegado en un momento político muy difícil, había que estar firme, había que ser fuerte, no sentir, no sé si podía...

Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.

Lic. Mónica I. Santcovsky

A-Siguiendo con la escasez...

Pac- [Sonríe]. A mi viejo lo vi llorar una sola vez, fue en el bar que tenía en Don Torcuato. Al poco tiempo del ataque de presión de mi viejo, por una discusión entre parroquianos, se los echó a la calle y uno le dio una puñalada al otro y lo mató. Ahí me acuerdo de haberlo visto llorar y yo pensé “eso es una mariconada”

A- Así que la mariconada viene de parte de su viejo y la escasez es fortaleza de su madre.

Pac- Recuerdo que el tema del bar era un tema de conflicto entre ellos. En esa pelea que estoy contando, es mi vieja la que los echa a la calle.

En la siguiente sesión....

Pac- Hoy es un día que no sé que me pasa. Lo único interesante, es que vi a mi señora acostada, tiene hemorroides y esto sucedió los últimos meses, hay que operarla y eso es muy caro en estos momentos. Tiene molestias y muchos dolores, que le impiden moverse. Me siento culpable porque no la puedo ayudar. No tengo obra social. Me siento como impotente.

A- ¿Por las hemorroides?

Pac- Nosotros hemos tenido relaciones anales, hace mucho, después, ella tiene un prolapso uterino, por eso se agregó las hemorroides, por tener relaciones anales.

Y esto se complica con otro tema, porque después de mi primer infarto, a mi me dieron una medicación, entonces yo tengo otro problema, cuando tengo erección se me curva el pene. Es una enfermedad de los cuerpos cavernosos, es una fibrosis. De todos modos me la rebusco, ahora no me produce dolor alguno. Se sospechaba que era por la medicación, que la hipertensión me producía este tema.

A- Dejemos acá.

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

En otro de nuestros encuentros, habla de su pito torcido y de cómo se las rebusca porque nunca tiene una entrada segura en ningún lugar lo cual lo hace “arrugar”, Al final, se despide diciendo:

Pac- Hasta la semana pasada.

A- Tendremos que trabajar este fallido, ya que usted me lo pide.

Así, en la sesión siguiente, me dice:

Pac- No piense que yo me quedé pensando en esto, no estoy de acuerdo. Si usted considera que esto del pito es una enfermedad yo estoy en desacuerdo, creo que es algo predeterminado. Usted me quiere decir que mi mente va a producir esta enfermedad, no creo que el inconciente tenga tanto poder, además yo no arrugo. Estoy de acuerdo con los fallidos que me mandé, lo que me pasó la vez pasada que yo me despedía de usted pero lo del pito no creo. Tengo problemas con mi mujer. No hablo o no quiero hablar. Cuando yo comencé a hablar con usted ...[se queda en silencio] yo estaba pensando en separarme. Hay algo que quedó roto.

A- ¿Roto?

Pac- No sé que es, mis argumentos eran, bueno, yo estoy muy viejo, para que cambiar algo, pero la idea de separarme estaba. Lo que pasa es que ahora que yo hablo, me hace pensar sí uno no puede cambiar el panorama.

A-Lo invito a seguir hablando

Pac- Sabe lo que pasa... [nuevamente un silencio, no puede hablar, se pone colorado] .

A- ¿Qué estará acumulando? [yo tenía un poco de temor, pero seguí esperando.]

Pac- Mire, yo sé donde está el meollo de la cuestión, no lo quiero decir, es tan viejo... [¿Se tratará de su viejo? pensé, pero me quedé callada.]

Pac- No lo quiero decir, no sé como empezar... [otro silencio, se vuelve a poner muy colorado. Si M fuera un paciente que no hubiera pasado por dos infartos yo hubiera permanecido callada, en cambio le pregunto si tiene vergüenza de contármelo].

Pac- No de usted no, de mí.

Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.

Lic. Mónica I. Santcovsky

A- Bueno, si es de usted lo puedo esperar. [Nos quedamos en silencio por un rato]

Pac- En mi juventud yo estaba con una mujer, y no se me paraba el pito, no siempre pero generalmente era así. Fui al médico para que me revisara, no me encontró nada. Me mandó al Hospital Rawson para que hiciera una consulta con un sexólogo, pero yo nunca fui. Vuelvo al médico clínico, y él me dice “cásese con una chica joven”, y me casé con una chica joven pero igual no funcionó. En determinado momento de la relación yo fallaba. Esto me jodió toda la vida, porque no es sólo que no se me para el pito, sino que yo empiezo a transpirar, y cuando transpiro me empieza a dar vergüenza, de tocar a una mujer porque tengo las manos mojadas y el cuerpo sudoroso, me da vergüenza de acariciarla, y ahí empiezo a inhibirme. Sobre todo me pasa en los momentos más íntimos, con los afectos, con las mujeres, incluso hasta con mis hijos, no soy nada demostrativo, soy un tipo frío.

A- ¿Es frío o se enfría cuando está próximo a calentarse, como la función de la transpiración?

P-¿Cómo?

A-Uno elimina agua cuando está muy acalorado.

P-¿Habré estado acalorado? Siento que nunca estuve enamorado, mis relaciones sexuales cuando las tengo, son mecánicas. A veces se me paraba el pito solo, y yo no hacía nada, me guardaba las ganas, por el sólo hecho de pensar en todo el proceso que iba a venir. Yo avanzaba y había un momento que me daba miedo, y ahí se me bajaba, quedaba impotente.

A- ¿Ud. se sintió empujado a casarse por el médico?

Pac- Sí, en realidad sí, yo no sé si lo hubiera hecho. Fui para decirle, “ya está bien, cumplí con lo que usted me dijo”. [Mientras, tomo un papel y un lápiz y escribo “cásese”, juego con las letras delante de él y escribo “escasez”, le digo]:

A- “escasez”, la z se la regalo. Escasez - cáseese, usted cumple lo que le dice el otro, pero llevado por su escasez, por lo que usted siente que le falta. ¿qué le faltó?

Pac- Me falta un pito grande y potencia sexual.

ALGUNOS COMENTARIOS EN TORNO AL CASO.

La práctica analítica con pacientes con patología somática no es tarea fácil para un psicoanalista, ya que cuando el cuerpo habla, el sujeto calla. Cuando un médico cardiólogo nos deriva un paciente ello despierta algunos interrogantes: ¿Por qué alguien hace pasar todos sus pesares de la vida por el cuerpo? ¿Cuál es la diferencia en el abordaje clínico con un paciente que no asocia, no sueña, ni hace síntoma? ¿Cómo hacer para incluir en la cura aquello que en principio, no sigue las lógicas esperadas del significante?

Esta operatoria es un proceso lento pero continuo. En el inicio de estos tratamientos la precariedad de asociaciones o de formaciones del inconsciente, implica trabajar a cuerpo “abierto”, dicho de otra manera, con lo Real del inconsciente, que se traduce en números, fechas y letras. Por lo tanto, el analista debe introducir con su palabra una acción diferente, una invención para articular y descifrar esas letras o números para que encuentren el camino del retorno de lo reprimido justamente a través de sus formaciones, llámense síntomas o fallidos.

En el caso de M, lo primero que pienso es la relación tan directa que hay entre los hechos de su vida, -la disputa con el vecino en el camping, la confirmación de la adicción de su hijo- y los infartos. ¿Estaremos frente a un paciente que al contar su historia, sólo lo hace a través de sus enfermedades, no implicándose como sujeto? En este caso, la relación de los infartos con los sucesos es tan sorprendentemente directa que allí no hubo entre un hecho y su reacción, otra alternativa que aparecer en la guardia de un hospital. M dice que reacciona mal- es decir que descarga brusca, violenta y somáticamente-, yo le señalo que en lo que me cuenta dice que acumula en exceso y por eso sí, reacciona mal. Al invertirle su hipótesis -no se trata de descargar sino de

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

acumular-, lo invito a un próximo encuentro. Ofrecida la oferta, la demanda se produce.

En principio observamos que se trata de acumulación de información que luego se descarga o reacciona en el cuerpo. La actualidad del trauma persiste: el trauma no se liga, se acumula, no hay procesamiento psíquico que permita la represión y su retorno como síntoma. Esa situación traumática funciona bajo una lógica diferente de las leyes del inconsciente, como si el tiempo no transcurriese, al modo de las neurosis actuales, sin efecto retroactivo.

En otra sesión, surge el tema del llanto. M llora sin saber porqué. Seguramente esto nos remita a una situación de muerte que no se ha constituido en trabajo de duelo, un fenómeno clínico repetitivo en este tipo de pacientes. En efecto y ante mi pregunta, se extiende sobre la muerte de sus padres, pero enunciando un listado de datos biográficos y fechas; como si no hubiera procesamiento psíquico de esa muerte. En una sesión posterior, el llanto y la madre nuevamente se relacionan, pero *“por escasez”*, no recuerda haberla visto llorar. Al padre lo vio llorar una sola vez, pero él pensó que *“era una mariconada”*, *“había que ser fuerte, no sentir”*. Si bien amaga con explayarse acerca de la relación con su madre rápidamente el relato se vuelve –nuevamente- una sucesión de fechas y enfermedades.

Los datos de su historia aparecen unidos a enfermedades, en esta sesión las de sus padres: próstata-bulto-presión-cáncer. **Alguien que habla de las enfermedades, no sabe bien qué es lo que quiere decir pero se familiariza y las toma como referencia para su posterior organización como sujeto. La enfermedad funciona como una marca, todo se reordena en derredor de ella, y esa marca comienza a funcionar como nombre propio: “soy cardiaco.”**

En la siguiente sesión esto es recurrente, nuevamente la narrativa es de órganos: las hemorroides de la mujer, la próstata del padre, el bulto de la madre,

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

la curvatura del pene, era demasiado, un exceso, la sexualidad se presenta al servicio de lo psicosomático, y el paciente se describe a través de enfermedades, pero ¿por qué? ¿Cuál es el beneficio?

M se queda admirando la fortaleza femenina, la de su madre, su falicismo, pero paga esa admiración fálica con escasez, con una falta de afecto. Es el mismo afecto que él no sabe demandar. Si esta demanda aparece en el padre, para él es una “*mariconada*”, lo que quiere decir que no puede juntar la ternura con el hecho de ser varón, y en consecuencia el padre queda como maricón y la madre como falo imaginario: admirada pero escasa. ¿Qué sucede entonces? Sucede que en vez de aparecer un conflicto de identidad sexual, que podría haber derivado en una perversión o en rasgos perversos, aparece un intrincado diálogo de órganos. Podríamos pensar: la desviación de su pito dialoga con los tapones de una mujer. Para M una mujer se elonga, se prolapsa, se faliciza, y es ahí donde él busca los agujeros alternativos. Pero los agujeros alternativos duelen, arden, sangran, molestan.

Estas identificaciones trastocadas de un determinado orden fálico pueden ocurrirle a cualquier paciente, el caso es que a M se le manifiestan en el cuerpo, o en los cuerpos de sus seres queridos: prolapso, hemorroides, pito torcido; la sexualidad...todo parece un dibujito animado, no enmarcado en una dialéctica fantasmática. La castración aparece en el cuerpo, por lo tanto es castración imaginaria, lo cual dificulta cualquier formación del inconsciente.

Que queremos decir con castración imaginaria? Como la define Freud, la pulsión actúa como límite entre lo somático y lo psíquico. Si este límite no se originó por el significante – es decir vía represión originaria- es la pulsión en tanto agujero, en tanto objeto a, quien realiza la operación de corte.

Cuando una situación es traumática es porque no ha podido seguir la lógica de la cadena significativa, es decir, cuando esa cantidad -por excesiva- no ha podido tramitarse, por vía simbólica. En este caso el trauma puede impulsar

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

un corte en lo Imaginario usando como superficie el cuerpo. Llamamos, castración imaginaria a los diferentes cortes “que se dan a ver” -por el paciente o por intervenciones quirúrgicas por ejemplo- porque la pulsión sigue su recorrido, al modo de pulsión de muerte, sin ningún significante que pueda bordearla, y en ese recorrido agujerea el cuerpo.

Frente a toda esta complejidad, M encontró como salida el enfermarse frente a aquello que no puede ordenar fálicamente, ¿porqué. Porque hay algo en todo paciente con fenómenos psicosomáticos del orden de la inmanencia, algo que es relativo al ser, a la existencia, a la identidad de sí mismo y no al orden de las identificaciones.

El tratamiento entonces supondrá un primer tiempo donde se irá dando un trabajo de construcción, ya que el paciente viene con un “discurso psicosomático”. Con esto ¿qué queremos decir? En primer lugar que pensamos que M es un paciente que **experimenta un fenómeno psicosomático NO porque tuvo dos infartos, o porque tuvo cierto tipo de lesión, SINO porque tiene una manera de contar las cosas de su vida, un modo discursivo (que no es al modo del hipocondríaco que se queja de sus enfermedades) en donde la reacción psicosomática organiza su relato alrededor de ella, con fechas y números exactos, un discurso donde pareciera que no hay lugar para el desplazamiento, o para el malentendido.**

A partir de esto debemos preguntarnos: ¿cómo hacer para “equivocar” ese discurso sin enloquecerlo o desorganizarlo? El tiempo de las entrevistas preliminares es un tiempo para ir construyendo una confianza en el significante y para dar lugar a la instalación de un sujeto supuesto saber. Esta tarea lleva un tiempo más prolongado que cuando los pacientes se presentan con un síntoma. Luego de un tiempo en tratamiento, en el discurso de M aparece el lapsus: “*hasta la semana pasada*”. Ubicamos ahí el fin del diálogo imaginario de órganos, luego de casi un año de entrevistas, finaliza así el primer tiempo del tratamiento, donde

**Caso M: dialogo de órganos .
Acercamiento a un paciente con cardiopatía.**

Lic. Mónica I. Santcovsky

primó el diálogo imaginario -tan cercano a lo Real-, y donde de pronto algo se pudo equivocar. Ahora el paciente sigue hablando de enfermedades, pero el analista supone que se ha instalado un nuevo saber a partir de ese equívoco, es un nuevo tiempo, tiempo de espera, de fort-da, de presencia-ausencia.

Al fin la espera del analista permite al paciente explayarse, lo acompaña en su silencio y en su ponerse colorado, hasta que en vez de acumular puede descargar en el relato. **En ese “cásese” esta resumida la posición del paciente frente al mandato superyoico. No hay conflicto con el Super-yo sino que se somete, obedece, y frente a él queda impotente.**

La posición de espera del analista, reverso del mandato superyoico, produjo tal vez, el efecto de que él cuente algo que nunca había contado antes. La espera es pensada estratégicamente, porque los infartos de M se producen por que no hubo tiempo para que un hecho traumático se simbolice, se ligue, se encadene.

Por todo esto decimos que la capacidad de espera del analista, la pregunta y la confianza en la palabra del paciente, pueden ser uno de los caminos de la técnica con pacientes que experimentan fenómenos psicosomáticos