

Adjetivos "clasificativos" para un sujeto tácito

Empecé a atender un autista. Es mi primera paciente de OSDE. Estoy viendo hace varios meses un TOC. De los adjetivos calificativos que clasifican y designan a esos sujetos tácitos de la oración, no podemos sustraernos y no reflexionar acerca del modo en que los pacientes son enunciados en nuestros relatos clínicos. El paradigma de la inmediatez ha dejado por momentos aplastado al sujeto, reducido al arco reflejo del último grito de la moda (¿es que ya no se habla?). Si con Freud habíamos logrado despegar entre estímulo y respuesta un mundo intermedio plagado de representaciones (famoso esquema del "peine") que crea una estructura de demora en la que el deseo tiene cabida y propicia el movimiento que aplaca el camino directo, recto, que propone la pulsión (parcial, de muerte) lo han disuelto en la respuesta pronta a cualquier pregunta que de escuchar pudiera surgir en cualquier consulta.

Lacan, retomando el espíritu freudiano, y renovando la propuesta desde las coordenadas de su época, nos ofrece una grafo de dos pisos, entre los cuales se ubica el deseo, lo que nos permite no quedar atrapados en "el círculo infernal de la demanda" (Lacan, SSDD) que es lo mismo que decir "el círculo infernal de la sugestión" (Lacan, Seminario 5, Las formaciones del inconsciente) dando sentido y codificando lo que al otro le pasa abortando toda pregunta posible con el resultado que dejaría al producirse: una ablación del sujeto.

"Su pregunta no molesta", decía un cartel detrás del mostrador en un comercio. Yo pondría en mi consultorio, a modo decorativo junto a la postal con la foto del diván de Freud: "no me apuren con respuestas".

No es el registro de la descripción, solidario de la clínica de la mirada propia de la psiquiatría, el que legítimamente permite calificar a un síntoma. En psicoanálisis, en tanto intentamos ubicarnos como analistas ante una consulta, actualizamos ese momento inicial inaugurado por Freud, el del pasaje de la mirada a la escucha. Freud introduce una subversión en el saber. El síntoma deja de ser un fenómeno descrito objetivamente. Freud incluye la parte que le cabe al sujeto en la producción del síntoma tomando forma en un desarrollo discursivo donde quien habla tiene como causa quien escucha.

Suele suceder en el terreno descriptivo que se excluya al sujeto hablante. En las instituciones de internación, hospitales de día, escuelas, el decir del paciente es por lo general menos oído que su obrar. El síntoma es definido por aquello que de lo que se espera, no ocurre. Así, la norma psiquiátrica plantea

una nosografía que privilegia la enfermedad a expensas de los enfermos, un enfermo al que no se tiene necesidad de oír desde el momento en que ha sido correctamente clasificado. Desde el momento en que se formula un diagnóstico él se convierte en la enfermedad.

No intento decir que la enfermedad mental no existe, sino que el modo como ella evoluciona guarda relación con el tipo de aproximación que se establece para acceder a ella. "El modo en que la locura se despliega es función del marco en que se la recibe" dirá Maud Mannoni en "El psiquiatra, su loco y el psicoanalista" (Ed. Siglo XXI, página 55)

Acercarnos al sufrimiento de un niño, sus padres, cualquier paciente, desde un Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, designado sólo por sus iniciales pareciera permitir olvidar que estadísticas diagnósticas son el único propósito que el ritual de su aplicación obtiene), parece ir en dirección a coagular al sujeto y designarlo con un diagnóstico. Suele así despreciarse el valor de verdad de un síntoma en pos del valor de desvío de la norma y se medica incluso prontamente como modo de domesticar aquello que irrumpe e incomoda. Como bien dice Maud Mannoni "Un saber tecnocrático de la "enfermedad mental" ha venido a sofocar, lo que a través de la locura, trataba de hablar" (op. cit. Página 164).

Cuando trabajamos desde un manual, el que sea, estamos dejando de lado nuestra escucha. Nuestra tarea se ve reducida a un juego de encastre, de llenado de una grilla. El diagnóstico se transforma en el fin para dar comienzo al tratamiento indicado, para una vida, ahora anónima. Así, suele suceder que, una vez diagnosticados e indicados los tratamientos pertinentes (psicoterapéuticos, medicamentosos, fonoaudiológicos, etc.) no tengan más opción que la de permanecer estaqueados allí, en el sitio al que el diagnóstico los fija. "Síntomas simplificados, segmentados, cortados de la historia de un sujeto" (Eric Laurent, "Lost in cognition", página 19).

Nunca leí en ningún cuestionario para evaluar y diagnosticar el Trastorno de Deficit Atencional, u otro, que se sugiera preguntar por la elección del nombre del niño durante las entrevistas con los padres, siendo éste un detalle que más de una vez surge en el transcurso de los tratamientos, detalle del Nombre Propio para nada despreciable.

¿Cómo hago para dejar de lado esos imprevistos que no están en el catálogo de lo que el Manual indica para los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) Tipo Autista? F.84: ¡Hundido!

Los padres de María Florencia consultan por indicación del neurólogo quien pide un psicodiagnóstico. A él habían llegado por indicación del pediatra, quien debió prestar oídos, a pesar de su hipoacusia hasta ese momento, a la preocupación de la escuela por el mutismo de la niña, la imposibilidad de incluirse en las actividades o de intercambios con otros. María, como la llaman sus padres, tiene 3 años y va al jardín. No habla pero entiende, me dirán.

De las entrevistas iniciales con los padres un comentario sobresale. La madre está enojada porque los compañeritos e incluso la maestra la llaman Flor, siendo que ellos decidieron siempre llamarla María. "Quizás por eso no se siente aludida cuando le hablan", dice la mamá, "...pero claro, como te hacen bordar el nombre del chico en el bolsillo del guardapolvo y en la bolsita que cada uno tiene que llevar, los chicos leen María Florencia y le dicen el diminutivo Flor". "¿Los chicos de sala de 3 leen el bordado?", le pregunto. Nada como respuesta a mi pregunta. Ambos me miraban fijamente sin poder decir nada.

Fue muy difícil encontrar horarios en que la mamá pueda venir con María. Cuando venían María tenía siempre su mochilita pegada a su espalda. Venía desde su casa, me preguntaba ¿qué traería allí? Cuando pregunté la mamá me aclaró: "una bombachita, a veces todavía se le escapa" (el pis). Me preguntaba por qué María tenía que cargar toda una mochila por una bombachita que bien podría la mamá agregar en su siempre gigante cartera. Le pregunté a la mamá si esto tenía que ver con las obstinaciones y rituales de la niña (como entrar siempre con el mismo jugo comprado en el mismo kiosco antes de llegar). "No, me dijo, es su bombacha, la tiene que llevar ella".

Volviendo al DSM IV les adelanto que de niños que leen los nombres bordados en jardín de infantes y niñas de 3 años que deben hacerse cargo de sus bombachas, nada dice.

En el DSM V, próximo a publicarse, ni siquiera les sugiero buscar. Sólo con leer que lo que se titulaba en el IV "Trastornos de inicio en la infancia y adolescencia" pasan a llamarse "Trastornos del neurodesarrollo", y que se incluyen nuevos trastornos entre los que están el "síndrome de riesgo de

psicosis" para los adolescentes y el "trastorno disfórico premenstrual" para nosotras...

Dice Maud Mannoni: "La actitud psicoanalítica no hace del saber un monopolio...El analista presta atención a la verdad que se desprende del discurso...La aplicación, en nombre de un saber instituido, de medidas intempestivas de "cura" no logra otra cosa que aplastar aquello que demanda *hablar* en el lenguaje de la locura..." (op. Cit., página 9-10).

Otra historia. De las entrevistas previas con la madre sabía que Emilio es un niño de 9 años cuyo padre recién hace dos años que vive con ellos (él tiene otra familia, dos hijos que desconocen la existencia de Emilio, la mamá de Emilio era su amante). Desde los primeros meses de vida Emilio fue al jardín maternal que le ofrecían a la madre en el trabajo hasta los 4 años. Allí siempre le advertieron de las dificultades que Emilio presentaba. No hablaba, no se integraba en las actividades, no tenía intercambio con los otros niños. La madre sobre esos tiempos dice: "la psicóloga de la guardería, te digo la verdad, me volvió loca, me rompió las pelotas". Cuando tuvo que buscar un jardín para anotarlo en sala de 4 no lo aceptaron en ningún lado. Termina consultando en el Hospital Garrahan donde luego de seis meses lo diagnostican como un TGD Tipo Autista. Neurólogos, psiquiatras y medicación (nosinan, meleril, ampliactil, clonazepan) serán los que comanden la dirección terapéutica planeada. Va a una institución todo el día, lo lleva un transporte y dos veces a la semana tiene clases de natación con un profesor de educación física.

Luego de un primer encuentro postergado y habiendo acordado un nuevo horario, espero la llegada de Emilio con su mamá al consultorio.

Si bien tengo en el consultorio una caja de juguetes "para todos", pensé en armar una para él con la que pueda encontrarse siempre igual a como la haya dejado y donde el hacer de los otros no irrumpa en sus rutinas ritualizadas, lo que podía suponer sucedería a partir de lo relatado por la madre.

Dos situaciones también a compartir con ustedes de mis encuentros con Emilio. Del primero: llegan y cuando abro la puerta no puedo salir de mi asombro y pensar "¿qué es esto?" Nada en la imagen que me había construido de Emilio a partir de las entrevistas previas me anticipó encontrarme con un niño de 9 años, sí, pero que pesa 100 Kg. (aprox.) Superado el umbral de la puerta, para ambos, algo le digo a la madre sobre su no comentario del

sobrepeso de él (destaco que en las entrevistas sí estaba al tanto de una cirugía de cinturón gástrico de la madre).

Emilio tiró por ahí su mochila, recorrió el departamento, en el consultorio abrió puertas y cajones y luego empezó a decir algo para mí inentendible que la madre tradujo: "Abuela". Explica la mamá: "siempre después del colegio va a casa donde lo espera la abuela" (materna, que vive con ellos). Le cuento de mis ganas de conocerlo, de la propuesta de estar un rato juntos. Como inspecciona lo que hay en la caja le ofrezco que con esos "juguetes" (palabra que él usó cuando la madre le preguntó ¿qué hay ahí?) podemos jugar. Como quien no escucha dirá: "Agua" y nuevamente la madre me facilita una traducción: "tiene sed, debe ser por el calor"... "cuando nos vayamos te compro para tomar", le dice a Emilio. Le ofrezco algo de tomar, coca light, que se transformará en un ritual de nuestros posteriores encuentros. Luego de tomar me mira por primera vez y me dice "Chau". Sin insistir en que se quede pero demorando su partida con frases como: "les parece que nos volvamos a encontrar tal día, etc." Emilio insiste: CHAU, se acerca, pone sus manos sobre mis hombros, su mirada fija a diez centímetros de la mía y repite Chau y me da un beso en la mejilla. La tercera es la vencida, ya no necesité traducción de la madre. "Te acompaño hasta la puerta", le dije.

En los siguientes encuentros Emilio mostrará sumo interés en las pelotas de goma espuma que hay en la caja. Juega con ellas con una habilidad que me asombra. Quiere llevárselas. Se lo permito. Al principio la madre me decía que no le de más pelotas porque las rompe (con los dientes). La despreocupo sobre esto. Después de unos meses la madre comenta: "ya no rompe más las pelotas", con asombro (porque seguía llevando una nueva cada sesión) le digo: "AH, ¿no?". "No, me dice, ahora incluso las guarda en uno de los estantes del placard donde guarda su ropa el padre".

Dice Leonardo Leibson: "Si la práctica del psicoanálisis implica un modo de hacer con eso imposible de soportar, ser hospitalarios, o sea, hacer lugar a la palabra de aquellos que hablan en lenguas extrañas -las lenguas del padecimiento subjetivo- permite, más que hacer diagnósticos (y medicar en consecuencia), hacer una práctica que incluye al diagnóstico pero no para engrosar una estadística sino para alojar a lo que arruina todo esfuerzo estadístico: la singularidad" (en Revista Electrónica de la Facultad de Psicología-UBA. Año 3, N°8, septiembre/noviembre 2013 "El DSM V o el avance de la psiquiatrización de la vida cotidiana. Reflexiones con y desde el psicoanálisis")

Diagnosticada con esquizofrenia crónica y con pronóstico "grave" Elyn Saks dará testimonio en una conferencia pública en 2012. Dice: "Todo acerca de esta enfermedad dice que yo no debería estar, pero aquí estoy. Y creo que es así por tres razones: primero, tuve un tratamiento excelente, terapia psicoanalítica entre cuatro y cinco veces por semana que aún se mantiene y psicofarmacología, segundo, tengo amigos y familia que conocen mi enfermedad...me han ayudado a transitar mi vida a pesar de los síntomas y tercero, trabajo en un ambiente enormemente comprensivo (la facultad de derecho de USC).

...Aún con todo esto no hice pública mi enfermedad porque el estigma de las enfermedades mentales es tan potente que no me sentía segura si los demás lo sabían. Si no escuchan nada más hoy, por favor escuchen esto: No hay "esquizofrénicos". Hay personas con esquizofrenia...para la industria del entretenimiento que en general han hecho un trabajo maravilloso luchando contra los prejuicios y estigmas de todo tipo...por favor, sigan dejándonos ver personajes en sus películas y obras de teatro que sufren trastornos mentales severos. Respétenlos y represéntenlos con toda la riqueza y profundidad de su experiencia, como personas, no como diagnósticos.

Al poeta Rainer Maria Rilke le ofrecieron psicoanálisis. Se negó diciendo: "no me quiten a mis demonios, porque mis ángeles también podrían abandonarme"

Mi psicosis, por otro lado, es una pesadilla constante en la cual mis demonios son tan aterradores que todos mis ángeles ya me abandonaron.

Dicho esto, no quiero que piensen que me lamento,... no pido que me tengan lástima. Lo que preferiría decir es que la humanidad que compartimos es más importante que los trastornos mentales que podemos no compartir. Lo que deseamos quienes sufrimos un trastorno mental es lo que cualquiera desea: citando a Sigmund Freud, "trabajar y amar".

Para finalizar diré que no se trata de sujetar al sujeto a alguna norma, sino de que existan las condiciones para que su relación a una norma sea posible.

Estas condiciones suelen entrar en escena si logramos hacerle lugar a lo insólito, que se acostumbra a refrenar en la administración anónima y burocrática desde un manual, y de donde nosotros, psicoanalistas, en cambio, intentamos sacar provecho.

¿Dónde surgirá esa palabra?, ¿Cuándo se producirá ese juego?, ¿Cómo propiciar ese alivio al sufrimiento subjetivo que día a día nos convoca? No lo sé, pero sigo prestando oídos y mi presencia a lo que algunos incluso han logrado articular, como Alejandra Pizarnik, en un poema:

“explicar con palabras de este mundo
que partió de mi un barco llevándome”

Lic. Tamara Dolgiej