



# VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

15



## ADOLESCENCIA

*Di Segni / Bronstein*

*Croce / Yunes*

*Massei / Vasen*

*Corsaro / Maleval*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen V - N° 15 Marzo - Abril - Mayo 1994

Director:  
**Juan Carlos Stagnaro**  
Director Asociado para Europa:  
**Dominique Wintrebert**

### Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

### Corresponsales en:

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); L. Milano (Hosp. J. Fernández); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); M. Podruzny (Mar del Plata).  
**CORDOBA:** M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.  
**ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero. **LA PAMPA:** C. Lisofsky.  
**MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** J. Pellegrini.  
**SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SANTA CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini.  
**TUCUMAN:** A. Fiorio

### Corresponsales en el Exterior:

**AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **ALEMANIA Y AUSTRIA:** A. Woitzuck.  
**CHILE:** A. San Martín. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello. **EE.UU.:** A. Sudilovsky.  
**FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky.  
**ISRAEL:** L. Mauas. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

### Informes y correspondencia:

**VERTEX**, Callao 157 P. B. "C", (1022), Capital Federal, Argentina,  
Tel. 49-0690 - 953-2353.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert,  
63, Bvd. de Picpus, (75012) París, FRANCIA. Tel.: 43.43.82.22.

Gerencia y Administración:  
Carlos De Lorenzo

Diseño:  
Ana Herrera  
Coordinación y Corrección  
Mabel Penette

Composición y Armado:  
Omega Laser Gráfica  
Callao 157 P.B. "C"

Impreso en:  
Chulca impresora s. a.  
Doblas 1753  
(1424) Buenos Aires  
Tel.: 921-5817 922-4937

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX VOL. V N° 15, MARZO - ABRIL - MAYO 1994.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

\* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, Sociedad Anónima.

Agradecemos en este número la ilustración de tapa y apertura del Dossier que nos ofreció Eduardo Chiacchio y las fotografías realizadas por Natalia Paleo que ilustran las páginas 25, 33, 34, 51 y 56.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

# PLAN PROMOCIONAL "VERTEX 1994"

Ud. puede suscribirse y adquirir los números anteriores, aprovechando diferentes Colecciones que componen nuestro plan promocional 1994

COLECCION N° 1  
Suscripción 1994,  
8 números anteriores a elección y libro  
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"  
\$110

COLECCION N° 2  
Suscripción 1994, y  
8 números anteriores a elección  
\$100

COLECCION N° 3  
Suscripción 1994,  
4 números anteriores a elección y libro  
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"  
\$90

COLECCION N° 4  
Suscripción 1994, y  
4 números anteriores a elección  
\$80

COLECCION N° 5  
Suscripción 1994, y libro  
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"  
\$65

COLECCION N° 6  
8 números anteriores a elección y libro  
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"  
\$65

COLECCION N° 7  
4 números anteriores a elección y libro  
"Psicofarmacología Clínica Infanto-Juvenil"  
\$50

COLECCION N° 8  
4 números anteriores a elección  
\$35

**Suscripción 1994**  
(4 números y 2 Suplementos)  
\$55

**Ver temarios detallados en pág. 6.**

Pagos en dos veces o con tarjetas VISA y/o BANELCO.

Suscríbase o adquiera nuestras Colecciones solicitando promotor, telefónicamente, o por correo (enviando cheque a la orden de POLEMOS S. A. a nuestras oficinas)  
Callao 157, P. B. "C" (1022) Capital Federal. Tel.: 49-0690 y 953-2353.

## EDITORIAL

**A**

veces, ante tanto desborde de lo siniestro del hombre podemos caer en visiones excesivamente negativas de nuestro tiempo. Afortunadamente, antes del pesimismo paralizante, la historia y sus agentes nos devuelven señales contrarias a ello. Pequeños gestos de gran significación, que nos dicen, claramente, que la memoria colectiva conserva recuerdos que apoyan una ética respetuosa de los Derechos Humanos.

A fines de diciembre de 1993, durante la conmemoración del 25° aniversario de la fundación del Hospital Infanto Juvenil "Carolina Tobar García", le fueron impuestos —por propuesta del personal actual y pasado de la Institución a la Dirección de la misma, que la apoyó entusiastamente— los nombres de Carlos Hugo Franano y Lidia F. de Scaliter a los Servicios de Internación y Hospital de Día, respectivamente, de ese Hospital.

Ambos colegas fueron exponentes paradigmáticos de un compromiso inquebrantable con el Hospital Público, con sus pacientes y con una concepción antimanicomial del trabajo en Salud Mental. Lidia, quien falleció más tarde, fue obligada a dejar su Servicio en 1976 y Hugo no llegó a vivir los años de plomo del '76 al '83 por que integró, desde Octubre de 1976, para nuestro dolor, la triste lista de los detenidos-desaparecidos por el Terrorismo de Estado.

Nos unimos, aquí también, al homenaje que sus compañeros les hicieron y creemos oportuno realizar, una vez más, un arduo pero necesario ejercicio de memoria: junto al nombre de Carlos Hugo Franano la Comisión Nacional de Desaparición de Personas (CONADEP) dio a conocer en 1984 la siguiente lista de Psicólogos y Psiquiatras detenidos-desaparecidos.

Elena ANDRÉS; J. José AVILA; Hugo BELLAGAMBA; M. Cristina BEJAS; Martha BREA; Margarita BREGLIA; María E. BUGNONE; Virginia CAZALAS; Daniel CALLEJAS; Diana CONDE; Blas EVANGELISTA; Ester FELIPE; Lilian FERNANDEZ MENVIELLE; Horacio FLORES; Raúl FUENTES; Diana GARCIA; Hugo GARELIK; M. Esther GOULECOZIAN; Eduardo KORIN; M. Esther LACROIX; M. Delia LEIVA; Beatriz MANCEBO; Rosa MITNIK; Liliana MIZRAJI; Ana MOBILI; M. Inés MUCHIUTTI; M. Lourdes NOIA; Daniel OLIVENCIA; Irene ORLANDO; Alberto PARGAMENT; Beatriz PEROSIO; Anabella PITTELLI; Graciela RAGO; J. Carlos RISAU; Gloria RUIZ DIAZ; M. Matilde SANCHEZ; Norma SAVIGNONE; Raquel SCIARRETTA; María SEOANE TOIMIL; Luis TOSSI; M. del Carmen VANELLA-BOLL; Carmen VILTE; Aída VILLEGAS.

Hombres y mujeres, con sus familias, ilusiones, miedos y fracasos como todos nosotros, que sostuvieron con sus vidas su compromiso profesional con los más humildes, los más desprotegidos, los más débiles, soñando para ellos y para todos un destino justo ■

J. C. Stagnaro D. Wintrebert

## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Callao 157 P. B. "C" (1022) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
  - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
  - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

## SUMARIO

### REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "El concepto de Catatonía", Juan Carlos Goldar, pág. 7.
- "Avatares de la erotomanía. Del amor patológico al 'amor muerto'", Diana Kamienny de Boczkowski, pág. 15.

### DOSSIER

- **ADOLESCENCIA. Adolescente-adulto ¿Adulto-adolescente?**, S. Di Segni de Obiols, pág. 22; **El intento de suicidio en la adolescencia**, C. Bronstein, pág. 27; **El SIDA y los adolescentes, una población de riesgo**, pág. 31; **La familia del consumidor**, P. A. Croce, pág. 33; **La hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en la ciudad de Buenos Aires**, Entrevista al Dr. R. Yunes, pág. 36; **Programa Cuidar-Cuidando: Pasado Presente y futuro**, H. Massei y J. C. Vasen, pág. 38; **El adolescente borderline en la clínica actual**, B. Corsaro, pág. 43; **El desencadenamiento de la psicosis en el período post-puberal**, J-C. Maleval, pág. 48.

### EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "La heboidofrenia", por Karl Kahlbaum, pág. 61.

### CONFRONTACIONES

- **Algunas consideraciones acerca del SIDA**, M. Godoy, S. Menon y R. Miozzo, pág. 68.
- **De duelos y duelistas**, S. Weis, pág. 72.
- **Acerca de lo traumático**, A. P. Iaria, J. P. Zuluaga, pág. 75.

### LECTURAS Y SEÑALES

- "Señales", pág. 78, **Índice por Autores**, pág. 79.

# PLAN PROMOCIONAL "VERTEX 1994"

Veá las distintas Colecciones en la pág. 2

## CONTENIDO DE LAS SECCIONES REVISTA Y DOSSIERS DE NUMEROS ANTERIORES

### Sección Revista

- 1 "Regulación biológica del consumo voluntario de alcohol", "Hacia el encuentro de dos saberes", "Correctores neurolépticos 30 años después".
- 2 "Estructura intencional-axiológica de los fenómenos obsesivos", "El carbonato de litio en la clínica", "Servicio de emergencias: Un proyecto posible".
- 3\* "El tercer receptor a la dopamina", "Crisis social: sus efectos psicológicos", "Aplicación de los principios de la terapia cognitiva conductual en el afrontamiento del estrés y la erosión psicológica en los docentes", "Los antidepresivos. Del conocimiento de su farmacocinética a la adaptación de su posología".
- 6\* "La glándula pineal en Psiquiatría", "Aproximación actual a los trastornos por ansiedad", "Escuchar a los educadores".
- 7 "Psicofármacos no convencionales", "Nootrópicos y depresión: medicación alternativa", "Transferencia, repetición, acting-out: metapsicología y clínica diferencial".
- 8 "Conducta suicida familiar e intento de suicidio", "El litio y la amenaza de daño al riñón", "Ensayo clínico del efecto de la caripramina en pacientes con síndrome residual esquizofrénico".
- 9 "Terapéutica farmacológica del trastorno cognitivo asociado a la enfermedad de Alzheimer", "Neuroquímica de la esquizofrenia en consumidores de marihuana", "Estrategias asistenciales en primeras consultas en instituciones públicas de salud mental".
- 10 "Trastorno obsesivo compulsivo. La enfermedad secreta", "Una cuestión de peso: la transferencia. (Análisis de un niño de dos años)", "Internación de pacientes en el Hospital J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires (Análisis cuantitativo y cualitativo de las variables intervinientes)".
- 11 "Depresiones estacionales: Síntesis de los progresos realizados en una década, y experiencia clínica en el hospital Sainte-Anne", "Sobre el suicidio. Algunas consideraciones clínicas", "Terapéutica de la depresión resistente: una revisión".
- 12 "Toxicomanía: Acción, sexualidad y riesgo", "Comunicación, persona y conducta".
- 13 "Experiencia clínica terapéutica en trastornos esquizofrénicos", "La evolución de sistemas nerviosos. Sus implicancias para el Comportamiento normal y patológico".
- 14 "Alteraciones neurobiológicas y psicofarmacoterapia de los síndromes premenstrual y menopáusicos", "Tratamiento del trastorno por pánico", "¿Quo vadis psicósomática?"

Los Nos. 4 y 5 se encuentran agotados  
\* Stock limitado

### 2 Suplementos por año

Ya aparecidos:

PSICOFARMACOS I - II

ESPECIFICIDAD DE LA PSIQUIATRIA

PSIQUIATRIA BIOLOGICA

ACTUALIZACION EN PSICOFARMACOLOGIA III

### Sección Dossiers

- 1 **BORDERLINES, ESTADOS LIMITES, FRONTERIZOS**  
Epstein / Laurent / Corsaro / Gobbi / Bergeret / Lagomarsino
- 2 **ANOREXIA, BULIMIA, FENOMENOS EN EXPANSION**  
López / Rovira / Leiderman / Bello / Rimbault
- 3\* **INSTITUCIONALIZACION, DESINSTITUCIONALIZACION, POSTINSTITUCIONALIZACION**  
Goldchluk / Casella / Mosotti / Cohen / Natella / Laub / García / Campana / López
- 6\* **DELITOS, PELIGROSIDAD, ALIENACION**  
Maskin / Castex / Risso / Bringas Núñez / Rego / Oviedo / Bordenave
- 7 **GRUPOS**  
Edelman / Kordon / Bernard / Vanina / Ricón / Pellegrini / García / Anzieu
- 8 **PSICOSOMATICA PSICOANALITICA**  
Luragulz / Fischbein / Repetto / Fonzi / Chevnik / Garma
- 9 **AUTISMO INFANTIL**  
Strauss / Di Tella / Waisburg / Favre / Kanner / Kielmanowicz
- 10 **DROGADEPENDENCIA**  
Calabrese / Curtó / Kalina / Matterazzi / Olievenstein / Rojtemberg
- 11 **SIDA**  
Zirulnik / Corti / Cahm / Pérez / Wiewiorka / Haour / Rocca
- 12 **HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS**  
Epstein / Feijoo / Fernández Bruno / Gabay / Millas / Moizeszowicz
- 13 **ALCOHOLISMO**  
Mahieu / Pellegrini / Starosiliz / Stingo / Zazzi
- 14 **ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACION CRONICA**  
Augé / Caroli / Epstein / Gabay / Guzmán / Samperisi

### Y además las Secciones

RESCATE Y MEMORIA y

CONFRONTACIONES

en cada entrega

Suscríbase o adquiera nuestras Colecciones solicitando promotor, telefónicamente o por correo (enviando cheque a la orden de POLEMOS S. A. a nuestras oficinas)  
Callao 157, P. B. "C" (1022) Capital Federal. Tel.: 49-0690 y 953-2353.

# EL CONCEPTO DE CATATONIA

Juan Carlos Goldar *Jefe de Servicio del Hospital "Braulio Moyano".  
Suipacha 771, Buenos Aires.*

La doctrina de la catatonía, que cumple ciento veinte años y sigue suscitando controversias, ha surgido como extensión y perfeccionamiento de la noción de estupor. En el siglo pasado, el estupor se incluía entre las formas de melancolía bajo el nombre "melancolía atónita", término que traduce fielmente la realidad; pues en los estados transitorios de inmovilidad y mutismo el rostro presenta una inconfundible fijeza, con la mirada clavada en un punto vacío, y esta expresión es similar a la de un individuo normal que permanece asombrado, estupefacto, atónito. Cuando Karl Ludwig Kahlbaum (6) comienza la descripción del síndrome catatónico, señala que este cuadro "steht in nächster Beziehung zu dem psychischen Zustande, den man gewöhnlich Melancholia attonitanennt" (está en estrecha relación con el estado psíquico que comúnmente se llama melancolía atónita). Después de destacar este vínculo, Kahlbaum realiza su primera maniobra, que consiste en colocar la melancolía atónita dentro de un curso polimorfo. En efecto, este investigador indica que el estado atónito surge generalmente después de una melancolía más simple o bien después de una fase melancólica seguida por una exaltación maníaca. De este modo, la melancolía atónita sería la tercera fase de un curso. Más aún, si no llega la recuperación, dicho curso puede rematar en la demencia, de tal manera que en un mismo caso existen cuatro estados diferentes. Así, Kahlbaum intenta extender la

## Resumen

La catatonía es una reacción cerebral instintiva que pertenece al círculo de manifestaciones espasmódicas en el cual se incluye la histeria y la epilepsia. La reacción catatónica puede aparecer en las más diversas enfermedades del cerebro, como asimismo en los estados de conmoción instintiva. La esquizofrenia, en cuanto proceso, se diferencia esencialmente de la catatonía. Los ataques catatónicos que pueden surgir en los pacientes esquizofrénicos, son reacciones ante el proceso. La esquizofrenia es, en este contexto, sólo una de las enfermedades que evocan la reacción catatónica. Por su parte, la intensa actividad neurovegetativa, propia de las respuestas instintivas, condiciona la eventual aparición de manifestaciones malignas durante la reacción catatónica. El tratamiento electroconvulsivo no sólo modifica profundamente los ataques catatónicos simples sino, además, es el medio más seguro y eficaz para salvar la vida en los ataques malignos.

**Palabras clave:** Catatonía - Esquizofrenia - Terapia electroconvulsiva.

## THE CONCEPT OF CATATONIA

### Summary

Catatonia is a cerebral instinctive reaction related to spasmodic manifestations which include Hysteria and Epilepsy. Catatonic reaction can emerge in different cerebral illnesses, as well as in states of instinctive commotion. Schizophrenia, as a process, is completely different from catatonia. Catatonic attacks that appear in schizophrenic patients are merely reactions facing the process. Schizophrenia is, in this context, just one of the illnesses that evokes catatonic reaction. On the other hand, the intense neurovegetative activity, that belongs to instinctive responses, prepares the fortuitous appearance of malignant manifestations during the catatonic reaction. E. C. T. not only changes deeply the catatonic attacks but is also the safest and most effective treatment in cases of malignant attacks.

**Key Words:** Catatonia - Schizophrenia - E. C. T.

## LE CONCEPT DE CATATONIE

### Résumé

La catatonie est une réaction cérébrale instintive qui appartient au groupe des manifestations spasmodiques qui inclut l'hystérie et l'épilepsie. La réaction catatonique peut se manifester dans les maladies du cerveau les plus diverses aussi que dans les états de conmoción instintive. La schizophrénie, en tant que processus se différencie essentiellement de la catatonie. Les attaques catatoniques que peuvent survenir chez des patients schizophréniques sont des réactions face au processus. La schizophrénie n'est, dans ce contexte, qu'une des maladies qui évoquent la réaction catatonique. De son côté, l'intense activité neurovégétative, propre aux réponses instintives, conditionne l'apparition éventuelle de manifestations malignes pendant la réaction catatonique. Le traitement électroconvulsif, non seulement modifie profondément les attaques catatoniques simples, mais de plus, il est le moyen le plus sûr et efficace pour sauver la vie en cas d'attaques malignes.

**Mots Clés:** Catatonie - Schizophrénie - Thérapie électro-convulsive.

dimensión clínica, pues se encuentra fundando una nueva entidad y necesita para ello, poseer un síndrome característico.

El paradigma que utiliza Kahlbaum es la parálisis general. Es ésta no sólo un complejo de síntomas psiquiátricos sino además, un



conjunto de síntomas físicos –por ejemplo, al lado de las ideas de grandeza encuentra el temblor y la disartria–. Tal combinación de manifestaciones psíquicas y físicas impulsa a Kahlbaum hacia la construcción de una nueva forma, en la cual también coexisten síntomas psíquicos y físicos. Podemos así comprender su segunda maniobra. Contiene ésta el sello más original, y consiste en proponer que los síntomas físicos –que acompañan al curso integrado por melancolía simple, manía, melancolía atónita y demencia– no son como se admitía habitualmente, fenómenos accidentales, sino que constituyen manifestaciones esenciales. Tales síntomas son “epileptiforme Anfälle, oder andere kramphafte Zustände (ataques epileptiformes u otros estados espasmódicos). Mientras en la parálisis general los síntomas psiquiátricos se acompañan de fenómenos paralíticos, en la creación de Kahlbaum coexisten estados estrictamente psiquiátricos y manifestaciones espasmódicas. El nuevo cuadro es entonces, una forma de alienación ligada a un aumento del tono muscular. De aquí el nombre que propone Kahlbaum: “Spannungs-Irresein oder vesania katatonica (Katatonía)” (locura de tensión o vesania catatónica - catatonía). Los principales fenómenos motores de la catatonía son:

1. los espasmos en sentido estricto,
2. las iteraciones y
3. las verbigeraciones.

Presentamos, seguidamente, una breve descripción de estas manifestaciones, y lo haremos sobre la base de nuestras observaciones.

Los espasmos pueden ser localizados o generalizados. En el primer caso encontramos por ejemplo, que una mano o un pie, o bien ambas manos o los dos pies, permanecen contracturados, de modo semejante al que puede verse en pacientes con atetosis e incluso con hemiplejía. Quien no sabe que estas configuraciones “neurológicas” pueden aparecer de modo transitorio integrando un ataque catatónico, pierde la pista del diagnóstico. En los espasmos generalizados, el cuerpo entero puede adquirir extrañas

posturas. A veces estos espasmos conducen al opistótonos, de manera que la catatonía puede tomar el aspecto de una intensa alteración tetánica. Claro está que los espasmos localizados también pueden tener forma tetánica (“mano de obstetra” de Trouseau, espasmo carpopedal). La mirada fija y la ausencia de parpadeo, que son características del estado atónito, pueden ser reemplazadas por el cierre espasmódico de los párpados, en el cual se percibe el inconfundible perfil del oposicionismo, es decir de la obstinación negativista. El obstinado cierre de la boca (“trismus” catatónico), que obliga a la alimentación por medio de sonda, es una frecuente forma de espasmo catatónico. La desviación conjugada de ojos y cabeza es en cambio, una rara forma espasmódica, pero la señalamos porque puede originar dificultades en el diagnóstico.

Las iteraciones se confunden muchas veces con simples temblores, y surgen en cualquier sector del cuerpo. En verdad, entre las iteraciones leves y localizadas por un lado, y las iteraciones intensas y generalizadas por otro, se extiende un espectro de “temblores” que no ha sido aún suficientemente estudiado. Frecuentemente se observa que una región contracturada sufre alguna forma de agitación iterativa, y esta combinación espasmo-iteración tiene modos muy diversos. A veces las iteraciones están limitadas a los párpados, configurando un parpadeo muy característico. Otras veces están muy extendidas y pueden sacudir todo el cuerpo.

Las verbigeraciones, como las llamaba el propio Kahlbaum, son probablemente iteraciones localizadas en el aparato fonador. Los pacientes pueden repetir sílabas, palabras o frases durante minutos, horas o incluso días. Siempre se ha dicho que existe una conexión entre religiosidad mórbida y catatonía, y es en las iteraciones donde mejor se percibe tal conexión. Los enfermos repiten con monotonía “Dios”, “Cristo”, “Salvación”, “Pecado”, “Redención”, etc. A veces repiten frases enteras sobre el destino del mundo, el advenimiento de Cristo o la presencia de los ángeles. La vivencia de fin del mundo, que es frecuente en

los ataques catatónicos, se puede traducir de modo verbigerativo. Los pacientes repiten “todo se termina”, “llegó el final”, “no queda nada”, etc. En algunos casos las verbigeraciones tienen contenido hipocondríaco: “no puedo tragar”, “tienen que operarme el estómago”, “tengo cerrados los intestinos”. Otras veces la verbigeración es una mera repetición de aquello que el paciente puede oír (ecolalia verbigerativa) o bien un breve y monótono comentario de lo que ha escuchado. El volumen de las verbigeraciones es muy variable; a veces bajo, como un cuchicheo; otras veces alto, con la forma de gritos monótonos.

Espasmos, iteraciones y verbigeraciones se acompañan de tendencia a la fijación cataléptica, es decir a conservar las posturas que son impuestas. Levantar un miembro superior de un paciente inmóvil, para ver si lo mantiene elevado en fijación cataléptica, es una maniobra que los psiquiatras expertos realizan de manera casi refleja. Estrechamente ligado a la catalepsia se encuentra el fenómeno de la “almohada psíquica”: al retirar bruscamente la almohada, la cabeza se mantiene en la posición elevada que tenía.

Estado atónito, espasmos, iteraciones, verbigeraciones y catalepsia tienen, frecuentemente carácter fluctuante. En efecto, la intensidad de estas manifestaciones cambia con rapidez. Los síntomas pueden incluso, desaparecer transitoria y sorpresivamente, para reinstalarse de modo también sorpresivo. Cuando la inmovilidad se interrumpe inesperadamente, es decir cuando el estupor se suspende de manera sorpresiva, pueden aparecer conductas de carácter hiperkinético. Un paciente pasa días enteros en cama, con la mirada fija en el techo y repitiendo con monotonía una misma palabra, hasta que inesperadamente salta de la cama y corre por la sala, tocando muebles, marcos de ventanas, cortinas o personas, haciendo muecas o pasos rítmicos, para retornar en pocos minutos al estado de estupor. Alimentos que son rechazados durante el oposicionismo del estupor, son devorados sorpresivamente a los pocos minutos. Otras veces aparecen conductas sexuales (masturbación,

movimientos pelvianos de coito, jadeo lascivo) mientras el paciente permanece, por lo demás, con rostro atónico e incluso con iteraciones localizadas y emisiones verbigerativas. Existen asimismo, inesperadas conductas agresivas, que surgen en medio del estupor. La fluctuación y la mezcla son entonces, hechos frecuentes en el círculo catatónico. Por ello, síntomas que son fundamentales para realizar el diagnóstico pueden pasar inadvertidos en un examen superficial. Existen sin embargo, casos en los cuales persisten los síntomas largo tiempo sin modificaciones. Por otra parte, espasmos, iteraciones y verbigeraciones se presentan tanto conjunta como aisladamente. Hay ataques catatónicos integrados casi exclusivamente por verbigeraciones, así como otros ataques contienen casi enteramente iteraciones. Cabe señalar, por último, la hipersecreción sebácea, que rara vez falta. La brillante untuosidad de la frente, sobre los párpados permanentemente abiertos, o cerrados con obstinación, o bien movidos por iteraciones localizadas, constituyen una manifestación inconfundible.

Podemos, ahora, señalar una distinción básica. Si el estado atónico o estupor ocupa el primer plano, y los restantes síntomas son leves, se trata de la "catatonía mitis". En cambio, si antes o después del estupor aparecen intensas exaltaciones maníacas o estados confusionales (agitados o perplejos), o si surgen fuertes espasmos, persistentes iteraciones y constantes verbigeraciones, nos encontramos ante la "catatonía gravis". Los ataques de ambas formas tienen duración muy variable: días, semanas, meses.

Hemos intentado, con esta exposición algo sistemática, ofrecer una pintura realista del síndrome catatónico. Podemos ver ahora la definición de Kahlbaum, tal como la hemos traducido del original alemán: "La catatonía es una enfermedad del cerebro, con curso cíclico y cambiante, en la cual los síntomas psíquicos ofrecen, por turno, el cuadro de la melancolía, la manía, el estupor, la confusión y, finalmente, la demencia, pero uno o más de estos síntomas del cuadro psíquico de conjunto pue-

den faltar, y al lado de los síntomas psíquicos aparecen, como manifestaciones esenciales, fenómenos en el sistema nervioso motor, con el carácter general del espasmo".

El síndrome de Kahlbaum, tal como terminamos de presentarlo, coincide con la psicosis de la motilidad de Carl Wernicke. En su "Grundriss"(10), publicado entre 1894 y 1900, dice Wernicke: "... muss Kahlbaum als der eigentliche Begründer der Lehre von den Motilitätspsychose anerkannt werden" (Kahlbaum debe ser reconocido como el verdadero fundador de la doctrina de la psicosis de la motilidad). Los continuadores de Wernicke, en especial Kleist(8) y Leonhard (12), han establecido una distinción entre psicosis de la motilidad por un lado, y catatonía por otro. Pero en verdad, la forma acinética de la psicosis de la motilidad coincide casi enteramente con la vieja melancolía atónica, o sea con el estupor que constituye la base sobre la cual se edificó la doctrina de la catatonía. En los cortes transversales, es decir en la observación momentánea, la noción de psicosis de la motilidad parece imponerse; pero en la visión longitudinal, que revela el curso polimorfo, se impone el esquema de Kahlbaum.

Aunque Kahlbaum coloca la demencia entre los síntomas, admite con toda claridad que la catatonía



tiene, en general, buen pronóstico. Cuando dice que uno de los síntomas de la serie puede faltar, se refiere especialmente a la demencia. En efecto, la terminación demencial es muy rara. Puesto que la catatonía es una psicosis transitoria, generalmente benigna, y considerando además, que en ella aparecen espasmos bajo la forma de contracciones tetánicas, parece razonable preguntarse acerca de las relaciones entre ataques catatónicos y ataques histéricos, ya que estos últimos también tienen buen pronóstico y poseen, asimismo, diversas manifestaciones espasmódicas de tipo tetánico.

La célebre monografía de Kahlbaum apareció en 1874. En la década siguiente, más precisamente en 1886, se publicó el tratado de Schüle(15), en el cual se señala la existencia de una forma catatónica de la "hysterischer Wahnsinn" (locura histérica o, como decimos actualmente, psicosis histérica). Esta noción acerca de los vínculos entre catatonía e histeria, recibió el apoyo de algunos investigadores franceses. En un interesante trabajo sobre la catatonía, publicado en 1890 por Ségla y Chaslin(16), encontramos el siguiente interrogante: "... ¿no es en la histeria, principalmente, que se observan más o menos definidas descargas convulsivas, ataques de catalepsia, letargia y contracciones musculares...?". Dicen estos autores que la mayoría de los psiquiatras germanos no están familiarizados con la noción de histeria. Tal aseveración, sin embargo, no puede aplicarse a Kahlbaum, quien señala que su cuarto caso (Minna von B.) presentó durante cierto tiempo manifestaciones histéricas, tales como ataques de risa y llanto. Precisamente los ataques de risa se observan tanto en la histeria como en la catatonía. La "risa histérica", cuya descripción se encuentra en los tratados franceses del siglo pasado, coincide completamente con la risa que puede aparecer durante los ataques catatónicos. Una paciente que asistimos en nuestro servicio presentó una leve fase melancólica seguida por una fuerte y juguetona exaltación maníaca, para terminar a los pocos días en un estado verbigerativo durante el cual repetía con monotonía la palabra

"sol". Mientras emitía estas verbigeraciones sufrió una crisis de risa incontrolable. Flexionaba completamente el tronco e intentaba detener la risa cerrando su boca con ambas manos. Bien dice Leonhard(12) que los catatónicos "biegen sich vor Lachen" (se doblan de risa), y así sucedía con nuestra paciente en pleno estado verbigerativo.

Ataques de inmovilidad laxa, generalmente interpretados como manifestaciones histéricas ("desmayos pitiáticos"), se transforman a veces en rígidos estados atónitos, con iteraciones palpebrales y fijación cataléptica. Además ataques histero-epilépticos, precedidos por actitudes pasionales propias de la histeria, pueden terminar en estupor cataléptico, con espasmo carpopedal y repetición monótona de las palabras que se pronuncian frente a la paciente. Hemos visto iteraciones y verbigeraciones en una enferma que ingresó al hospital con el clásico cuadro "demencial" de Ganser, y así pudimos comprender las viejas controversias acerca de la relación entre síndrome de Ganser e histeria. Por otro lado, estados crepusculares habitualmente rotulados como histéricos adquieren por momentos los rasgos inconfundibles de la catatonía. Dicho sea de paso: en su monografía "Episodische Dämmerzustände" (estados crepusculares episódicos), publicada en 1926, Kleist(7) describe una forma "psicomotora" que posee innegables perfiles catatónicos. Finalmente, los síntomas catatónicos, lo mismo que las manifestaciones histéricas, son más frecuentes en las mujeres.

Así es que no resulta fácil, en algunos casos, determinar el límite entre catatonía e histeria. Lo más conveniente es volver a Kahlbaum y entender el círculo catatónico a partir del estado atónito. La histeria puede contener las más diversas manifestaciones espasmódicas, incluyendo los espasmos de risa, pero el estado atónito —generalmente rígido y de aspecto parkinsoniano— no parece integrar el problemático círculo de la histeria. Podemos decir que el estupor rígido con tendencia a la fijación cataléptica es catatonía *strictissimo sensu*, y que la tríada integrada por espasmos, iteracio-

nes y verbigeraciones —que se aproxima al dominio de la histeria— es catatonía *stricto sensu*. Curiosamente, lo "mitis" es *strictissimo* y lo "gravis" es *stricto*.

La catatonía no sólo tiene relaciones con la histeria sino también con la epilepsia. La experiencia enseña la similitud que existe entre los intensos espasmos catatónicos y las manifestaciones tónicas de la epilepsia, como asimismo la semejanza entre las fuertes iteraciones de la catatonía y las manifestaciones clónicas de los pacientes epilépticos. En el artículo de Ségla y Chaslin(16) se lee: "Se pueden distinguir formas epilépticas, tetánicas, coreicas, catalépticas e indiferentes de catatonía". Es lamentable que estos autores no hayan profundizado en la configuración epiléptica que pueden alcanzar algunos ataques catatónicos. En un breve, profundo y olvidado artículo, publicado en 1922, Sommer(18) escribió: "a veces aparecen en la catatonía ataques de tensión muscular generalizada, con mutismo, que se confunden ocasionalmente con ataques epilépticos". Helmut Sebach(17), el gran conocedor de la epilepsia, escribió en 1953: "en los epilépticos crónicos las acinesias psicomotoras tienen no pocas veces un sello catatónico, de manera que frecuentemente estos cuadros sólo se aclaran con la ayuda de los datos anamnésicos".

Parece, entonces, que los síntomas catatónicos, histéricos y epilépticos pertenecen a un particular círculo de manifestaciones. Más aún, es legítimo considerar que catatonía, histeria y epilepsia provienen de un fondo común. Determinar la *physis* de este fondo permitirá enfrenar los fenómenos catatónicos con cierta *tekhne*, superando la condición meramente empírica en la que todavía nos encontramos. Dicho fondo, como será fácil entenderlo, es el instinto.

La esfera práxica de la mente, en la cual se elabora el mundo —es decir, el campo de acción donde los objetos son utilizados por los actos—, contiene dos sectores fundamentales: intelecto e instinto. La motilidad intelectual es fina y delicada, realizada sobre todo con las regiones distales de las extremidades, en especial con los dedos

(escribir, dibujar, tocar instrumentos, etc.). La motilidad instintiva, en cambio, es grosera, masiva, y se realiza con la línea media del cuerpo, o sea cabeza, tronco y región proximal de las extremidades (embestir, copular, patear, repeler, jadear, reír, gritar, etc.). En la expresión del instinto, los dedos pierden sus movimientos independientes y se agrupan, sea para cerrar el puño en la furia, sea para configurar la tetania en los ataques. El tronco, donde el instinto tiene sus principales efectores, desempeña un papel central no sólo en la convulsión epiléptica sino también en las contorsiones de la catatonía y de la histeria. El lenguaje intelectual, caracterizado por la fluidez, es reemplazado en los ataques por el monótono lenguaje del instinto, que incluye el jadeo del coito, el gemido de dolor y la convulsión de la risa. Iteraciones y verbigeraciones traducen la monotonía del instinto.

El fondo instintivo de la catatonía se expresa claramente en el cierre obstinado de los párpados y de la boca, como asimismo en los ocasionales movimientos sexuales de la pelvis y en las inesperadas conductas agresivas, pero tiene su mayor expresión en la agitación furiosa del "delirium acutum" —que puede terminar en la muerte por agotamiento— y que Stauder (19) denominaba "tötliche Katatonie" (catatonía mortal). Además, el mero hecho de permanecer atónico es un innegable signo instintivo. La inmovilidad, el mutismo y la mirada fija en un punto vacío traducen una intensa conmoción de los dispositivos instintivos. Un enfermo en estado atónico, como decía el mismo Kahlbaum, "match den Eindruck einer im tiefsten Seelen-Schmerz, oder im höchsten Schreck erfolgten Erstarrung..." (produce la impresión de un dolor anímico en lo más profundo, o de un congelamiento consecutivo al espanto más grande...).

Puesto que el instinto tiene estrechas vinculaciones con los procesos neurovegetativos o, mejor dicho, dado que los rendimientos instintivos implican intensas operaciones neurovegetativas, la catatonía —y no sólo la forma mortal de Stauder— puede acompañarse de diversas manifestaciones malig-

nas, sobre todo fiebre, hemorragias (en especial hematomas planos en la piel), adelgazamiento y anuria. Es así que, entender la catatonía desde el mundo instintivo y vegetativo, no sólo aclara las relaciones que mantiene con la histeria y la epilepsia sino, además, explica la presencia de las graves complicaciones que pueden surgir en los ataques y que hacen de la catatonía, un tema de la medicina general.

Catatonía, histeria y epilepsia constituyen tres grados mórbidos de respuesta instintiva. Son, en el sentido de Alfred Hoche(5), formas de reacción. Traducen dispositivos preformados que existen en todos los seres humanos. Cada una de estas formas "intenta", a su modo, recuperar un equilibrio perdido, encontrar una solución. Se trata, claro está, de nuestra herencia filogenética. En todo el reino animal se extiende, desde la "tormenta de movimiento" hasta el "quedarse congelado", un amplio programa de estrategias motoras. A la luz del intelecto, estas estrategias resultan irracionales; pero han con-

servado la vida durante millones de años. En suma, catatonía, histeria y epilepsia poseen teleología o, mejor dicho, teleonomía. Cuando el intelecto no encuentra la solución, el instinto ofrece sus irracionales instrumentos. La epilepsia es, sin duda, el último recurso del instinto; y acaso el más efectivo. Por ello, el tratamiento electroconvulsivo es el más eficaz para detener un ataque de catatonía y para salvar la vida en los casos malignos. Todo psiquiatra avezado sabe que un ataque epiléptico espontáneo puede solucionar un estado psicótico transitorio. Cuando utilizamos el trata-



miento electroconvulsivo sólo estamos imitando aquello que a veces, y de manera espontánea, realiza el instinto. Puesto que la reacción epiléptica es análoga a la reacción catatónica, pero más intensa, el tratamiento electroconvulsivo se acerca al *similia similibus curantur*.

La naturaleza preformada e instintiva de la catatonía ha sido claramente señalada por Ernst Kretschmer(11). Este investigador, que llamaba "demonio hipobulíco" al conjunto de mecanismos que elaboran respuestas irracionales, expresa: "Die Kataonie schafft nicht den hypobulischen Symptomkomplex, sondern sie holt ihn nur heraus" (la catatonía no crea el síndrome hipobulíco, sino que va a buscarlo). El carácter preformado explica la aparición de cuadros catatónicos en las más diversas constelaciones etiológicas. Como causas de catatonía se conocen enfermedades metabólicas, agentes tóxicos, drogas, infartos cerebrales, tumores cerebrales, traumatismos de cráneo, infecciones nerviosas, etc. Recomendamos, sobre este punto, el formidable artículo de Barnes y colaboradores(1). Por otra parte, toda percepción que penetra en el estrato instintivo de la mente y puede, por ello, generar reacciones histéricas, es capaz asimismo de provocar una reacción catatónica. Además, la frecuente existencia de dos o más casos de catatonía en una misma familia señala la presencia de una predisposición o *diáthesis*. Se trata, muy probablemente, de una labilidad de los dispositivos preformados. Por preformación, todos somos histéricos, catatónicos y epilépticos; pero no todos tenemos la misma excitabilidad en los dispositivos preformados. Cuando esta excitabilidad es extrema, la catatonía parece surgir de modo endógeno. Este modo, como queda dicho, es sólo una apariencia, y los términos "endógeno" o "idiopático" únicamente traducen nuestra ignorancia acerca de las causas. La salud es una constante recuperación del equilibrio por medio de incesantes, moderadas y silenciosas reacciones frente a las innumerables e ignotas causas de desequilibrio. En el marco de *diáthesis*, estas reacciones escapan de la atmósfera silenciosa y se manifiestan bajo la for-

ma de ataques. En este contexto, claro está, el término "equilibrio" se refiere sobre todo a la salud mental.

Es posible, sobre la base de los conocimientos actuales, realizar una interpretación neurobiológica de la catatonía que podría robustecer la *tekhne*. La motilidad fina y delicada, es decir la motilidad intelectual, depende de las áreas motoras neocorticales y del cuerpo estriado dorsal (núcleo caudado y, en especial, putamen). Por su parte, los rendimientos instintivos dependen de la corteza del anillo límbico o circunvolución límbica de Broca, del cuerpo estriado ventral (núcleo accumbens) y de los centros preópticos, hipotalámicos y tegmentales. Estas regiones son responsables no sólo de las respuestas instintivas sino, además, de la regulación neurovegetativa. La motilidad grosera, realizada sobre todo con la línea media del cuerpo y utilizando las extremidades sólo como instrumentos de primitiva consumación, se construye casi enteramente en estos dominios filogenéticamente viejos del cerebro(3). Además, en la génesis de la epilepsia operan determinadas regiones hipotalámicas(13). Parece, entonces, que el *ens naturale* donde está grabado el síndrome catatónico es un dispositivo del sistema límbico-hipotalámico. Cuando decimos que la catatonía es una reacción instintiva estamos expresando que se trata de una reacción límbico-hipotalámica. En su forma extrema, esta reacción puede alterar vitales mecanismos de la base cerebral y, de este modo, generar las manifestaciones malignas de la catatonía.

Después de este paréntesis algo especulativo debemos enfrentar una espinosa cuestión: la doctrina de la esquizofrenia catatónica. Su creador, como se sabe, es el sumo erudito en la psiquiatría: Emil Kraepelin. Las opiniones de este sabio han dominado de modo tan intenso la nosografía, que la presencia de un síndrome catatónico significa, para la mayoría de los especialistas, la existencia de un proceso esquizofrénico. ¿Es correcta esta interpretación de la realidad clínica? Para responder, permítasenos ver en detalle lo que escribió el gran maestro.

La catatonía según Kraepelin(10), debe ser considerada una "eigenartige Verlaufsform der Dementia praecox" (particular forma de curso de la demencia precoz). Este curso particular consiste en "Schüben" (brotes) o "Anfälle" (ataques) entre los cuales existen prolongadas "Besserungen" (mejorías). Kraepelin pensaba que, con estas "Besserungen", el paciente se va salvando -por así decirlo-, hasta que aparece un "zur Verblödung führender Anfall" (ataque que conduce al desmoronamiento). Admite Kraepelin, además, que las "Besserungen" pueden durar más de diez años. Incluso escribe: "einmal lagen zwischen dem ersten und dem zweiten, zur Verblödung führenden Krankheitsanfälle 29 Jahre" (una vez existieron 29 años entre el primer ataque y el segundo, que llevó al desmoronamiento). El interrogante se impone: ¿cómo puede llamarse "precoz" una demencia que se instala después de 29 años de curso?

Dejando de lado el pronóstico generalmente benigno de la catatonía -hecho que el propio Kahlbaum se encargó de señalar-, uno de los puntos de controversia en lo que dice Kraepelin, es la cuestión de las mejorías duraderas. El núcleo de la demencia precoz es, sin duda, la hebenofrenia. En su histórico artículo señala Edward Hecker(4) que la característica central de la hebenofrenia es "ihr enorm schneller Ausgang" (su muy rápido desenlace). Esta característica es, ciertamente, la que debemos exigir para establecer el diagnóstico de demencia precoz. De lo contrario, cualquier estado psicótico transitorio, que como tal remata en una prolongada mejoría, puede ser evaluado falsamente como "brote esquizofrénico". De hecho, muchas veces así sucede. Pacientes que sólo sufren psicosis transitorias, son lamentablemente rotulados como esquizofrénicos, sin más ni más. Muchos psiquiatras creen todavía, que un paciente sufre esquizofrenia por el mero hecho de presentar un episodio delirante o alucinatorio. Este oscuro camino, que nace al admitir mejorías duraderas en el dominio de la demencia precoz, ha conducido a una grave distorsión de la nosografía.

Kraepelin, en su intento de ampliar la demencia precoz, realizó una incorporación ilícita. Colocar la catatonía, que tiene como propias las largas mejorías, en un círculo cuya esencia es el rápido desmoronamiento, constituye una maniobra ilegítima.

Muchos esquizofrénicos (no necesariamente crónicos) que presentan obediencia proscinética, pararrespuestas precipitadas, murmullos, manierismos de perfil anancástico, bruscos movimientos paracinéticos, negativismo con ambitendencia y otros rebuscamientos motores, reciben el nombre de "catatónicos". Estas "esquizofrenias catatónicas" han sido clasificadas por Kleist(9) y Leonhard(12). Nosotros, durante más de veinte años de investigación constante y siguiendo las descripciones de estos autores, hemos comprobado el realismo de tal clasificación. Pero, en cuarenta casos de "esquizofrenia catatónica", sólo encontramos dos ataques de catatonía en el sentido de Kahlbaum. Estos resultados(2) nos muestran que Kurt Schneider(14) estaba en lo cierto cuando afirmaba que la verdadera catatonía nada tiene que ver con la esquizofrenia llamada "catatónica".

El estado "demencial", al que pueden llegar muy raramente los verdaderos catatónicos, posee el carácter del "Blödsinn", tal como ya lo indicaba Kahlbaum. El término alemán "Blödsinn" significa idiotéz, imbecilidad. En efecto, los muy raros "dementes" catatónicos presentan el aspecto de la oligofrenia, tanto erética como tórpida, y así se diferencian profundamente de los esquizofrénicos. Quien conoce las diversas configuraciones de la demencia precoz, jamás puede confundir la esquizofrenia con el "Terminalblödsinn" catatónico.

Hemos dicho que la cuestión de las mejorías duraderas es uno de los puntos de controversia en lo que dice Kraepelin. Otro punto es la cuestión del "Terminalblödsinn". Afirma Kraepelin que en los estados terminales catatónicos predominan las manifestaciones de negativismo y manierismo, en tanto la "Schwachsinn" (oligofrenia) se observa en el 11% de los casos, siendo el "stumpfe Verblödung" (desmoronamiento obtuso)

aún más raro. Nuestra experiencia no apoya estas opiniones. Como quedó dicho, el "Blödsinn" constituye la forma predominante, y acaso única. Por otra parte, la existencia de residuos instintivos en el "Blödsinn" —incluyendo el negativismo episódico— en nada cambia el carácter oligofrénico del defecto catatónico. Esos residuos más bien confirman este carácter, pues no es raro el negativismo en la oligofrenia verdadera (congénita).

Para ser justos con el gran Kraepelin debemos recordar que, en su época, los "Verblödungen" (desmoronamientos) esquizofrénicos no habían sido suficientemente diferenciados. Actualmente, gracias a las investigaciones de Kleist y Leonhard, tenemos instrumentos nosográficos que no existían en aquel entonces.

De todos modos, el bajo porcentaje que Kraepelin otorga a la "Schwachsinn" nos parece inaceptable.

Los ataques catatónicos, como hemos dicho, pueden durar días, semanas o meses. En casos excepcionales se registra un solo ataque a lo largo de toda la vida, pero en la mayoría de los casos aparecen dos, tres o cuatro ataques separados entre sí por muchos años. Existen raros casos con ataques tan duraderos y tan frecuentes, que conducen a una "vida en la catatonía". En los casos con pocos y alejados ataques, los intervalos —es decir las "Besserungen"— pueden ser verdaderas remisiones, completas restituciones. En otros, en cambio, los intervalos contienen —de manera muy fluctuante— uno o más de los síntomas que integran el ataque típico. Así, por ejemplo, entre dos intensos estados atónico, separados por varios años, pueden aparecer distimias melancólicas cortas y leves, pasajeras exaltaciones maniformes, breves estados perplejos, parpadeos iterativos fugaces o repeticiones verbigerativas casi momentáneas. A este grupo de fenómenos, que oscurecen las "Besserungen", pertenece la interceptación cinética, en la cual el paciente interrumpe sorpresivamente lo que está realizando, permanece breve tiempo en la congelada actitud de una fotografía instantánea, y finalmente vuelve, también sorpresivamente, al acto que fue inte-

rrumpido. La interceptación cinética es, en cierto modo, la contraimagen de la inesperada interrupción del estupor —que como vimos, puede ocurrir en pleno ataque—. Existen asimismo, intervalos monosintomáticos fijos. Por ejemplo, entre dos ataques fuertemente espasmódicos que obligan a la internación, el paciente vive externado mostrando prolongada bradicinesia, duradera hipomimia, persistente hipertimia o leve y dilatada pesadumbre. Algunos pacientes presentan, entre los ataques, cierta adherencia enequética, labilidad anímica con irritabilidad, fácil fatiga, insomnio, inconstancia, reacciones caprichosas, tendencia al aislamiento, susceptibilidad y otros "residuos". Pero de todo esto, nada pertenece de manera específica a la demencia precoz, pues idénticos "residuos" se observan en muy diferentes marcos clínicos, sobre todo en pacientes maniaco-depresivos, ateroscleróticos, postraumáticos, intoxicados, epilépticos y postinfecciosos.

Hace más de setenta años Sommer(18) escribió: "Hay casos en los cuales desde el comienzo, y a lo largo de todo el curso, los síntomas catatónicos están en primer plano, sin que sea evidente un proceso esquizofrénico en sentido estricto". La fuerza de Kraepelin no dejó escuchar este llamado a la realidad. La emancipación de la catatonía, que tiene a Sommer como paladín, aún no ha terminado.

Debemos tratar por último, la cuestión de los ataques catatónicos que pueden sufrir los pacientes esquizofrénicos. Este vínculo entre esquizofrenia y catatonía tiene que ser claramente entendido. En su artículo de 1928, Kleist (8) nos recuerda que la esquizofrenia puede avanzar de modo puro y gradual, "frei von anderen Zutatzen" (libre de otros añadidos), o bien cursar a través de síndromes agudos ("brotes"). Estos últimos tienen diferentes formas: melancólica, maniaca, confusional, paranoide, hiperkinética o acinética. En su configuración acinética, un síndrome agudo añadido al curso esquizofrénico puede alcanzar el estado atónico e incluso acompañarse de iteraciones y verbigeraciones. Es decir, puede tener for-

ma catatónica. Pero como bien lo señala Kleist, tales síndromes agudos son cuadros accidentales o manifestaciones satélites, que nada tienen que ver con la esencia del proceso esquizofrénico, ya que aparecen con las mismas formas en otros procesos. En efecto, ataques de catatonía –similares a los que surgen en el curso de la esquizofrenia– aparecían en los viejos paralíticos generales (“catatonía paralítica” de Knecht) o durante la epidemia de encefalitis leológica. Ataques catatónicos se observan asimismo, en pacientes con traumatismo de cráneo, infarto cerebral, esclerosis múltiple, tumor cerebral u otras enfermedades del cerebro, dejando aparte las relaciones que existen entre la ca-

tatonía y el amplio círculo integrado por la psicosis maniaco-depresiva y las psicosis cicloides, pues aquí ya no se trata de cuadros catatónicos surgidos en la marcha de un proceso.

Catatonía y esquizofrenia pertenecen entonces, a categorías distintas. La catatonía es un síndrome agudo, una psicosis transitoria. La esquizofrenia, en cambio, es un proceso; es decir, una alteración constante y progresiva. La catatonía es simplemente una reacción, en tanto la esquizofrenia es una forma de existencia. Mientras la esquizofrenia es lo principal, el ataque catatónico –que puede transitoriamente acompañarla– constituye la reacción ante lo principal. El ataque es siempre

algo accesorio, secundario, accidental, satélite, inespecífico. En clínica psiquiátrica, como en el resto de la medicina, la distinción entre principal y accesorio explica las diferentes respuestas al mismo tratamiento. En un paciente esquizofrénico que sufre un ataque catatónico, el tratamiento electroconvulsivo soluciona el ataque –que es lo accesorio– pero no modifica el curso del proceso, que constituye lo principal.

La catatonía es una reacción cerebral. Tiene, por ello, tantas causas como enfermedades puede sufrir el cerebro. Mientras el lado formal de la catatonía posee la determinación de lo preconfigurado, el lado causal tiene la indeterminación de lo fortuito ■

#### Bibliografía

- Barnes, M., Walls, T., Saunders, I y Kirk, C. *The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 49, 1986, 991-996.
- Goldar, J. C., *La posición clínica de la catatonía*. Acta Psiquiát. psicol. Amér. lat. 34, 1988, 197-209.
- Goldar, J. C., *Anatomía de la Mente*. Editorial Salerno. Buenos Aires, 1993.
- Hecker, E., *Die Hebefrenie*. Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Virchow's Archiv, 52, 1871, 394-429.
- Hoche, A., *Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie*. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. Psychiat., 12, 1912, 540-551.
- Kahlbaum, K. L., *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Hirschwald., Berlin, 1874.
- Kleist, K., *Episodische Dämierzustände*. Thieme, Leipzig, 1926.
- Kleist, K., *Über zycloide, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen*. Arch. f. Neurol. und Psychiat., 23, 1928, 3-37.
- Kleist, K., *Die Katatonien*. Der Nervenarzt, 16, 1943, 1-10.
- Kraepelin, E., *Psychiatrie*. Barth, Leipzig, 1913.
- Kretschmer, E., *Die Willensapparate des Hysterischen*. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. Psychiat., 54, 1920, 251-280.
- Leonhard, K., *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Akademie Verlag, Berlin, 1980.
- Mirski, M. y Ferrendelli, J., *Interruption of the mammillothalamic tract prevents seizures in guinea pigs*. Science, 226, 1984, 72-74.
- Schneider, K., *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1980.
- Schüle, E., *Klinische Psychiatrie*. Verhardt, Leipzig, 1886.
- Séglas, T. y Chaslin, P., *Katatonie*. Brain, 12, 1890, 191-232.
- Selbach, H., *Die cerebralen Anfallsleiden*. En “Handbuch der inneren Medizin”, Neurologie, dritter Teil. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1953.
- Sommer, R., *Die Beziehungen von Schizophrenie, Katatonie und Epilepsie*. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. Psychiat., 78, 1922, 400-402.
- Stauder, K., *Die tödtliche Katatonie*. Arch. f. Psychiat., 102, 1934, 614-638.
- Wernicke, C., *Grundriss der Psychiatrie*. Thieme, Leipzig, 1900.

## VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA

Director: Dr. Eduardo Kalina

### TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

- DROGADICCIÓN
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS

### ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

### INTERNACION Hoteleria de Primer Nivel

Instalados en Palermo Viejo, ofrecemos amplias comodidades para facilitar los tratamientos de recuperación (jardín, pileta de natación, sauna, gimnasio, aire acondicionado y calefacción central, sala de música y recreación, consultorios internos y externos).



SOLICITAR INFORMES Y FOLLETO A:

**VILLA GUADALUPE** Clínica Psiquiátrica  
*Ciencia contra la Dependencia*

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels. 72-0258 / 831-2766 Fax: (541) 831-2248

# AVATARES DE LA EROTOMANIA DEL AMOR PATOLOGICO AL "AMOR MUERTO"

Diana Kamienny de Boczkowski

Médico Psiquiatra. Psicoanalista.  
Hospital Sainte-Anne, París, Francia.

En un análisis histórico, no exento de humor, Shorter(28), atribuye la presencia destacada de la erotomanía en la nosografía francesa a dos causas:

1. El pasaje de J. Lacan por la Enfermería especial y la influencia que sobre él ejerció Clérambault.

2. El hecho de que (para este autor) se trata de una "enfermedad quintaesencialmente francesa". En cuanto al rol que parece jugar para él la falta de afección que se encuentra en la anamnesis de los erotómanos, lo atribuye a la persistencia, en Francia, de prácticas como el cuidado de los niños por una nodriza.

Es de constatar que los trabajos sobre la erotomanía son más numerosos y polémicos en la literatura psiquiátrica francesa que en la anglosajona. La erotomanía es conocida desde hace mucho tiempo como una patología de la vida mental. Será necesario sin embargo, el genio de Clérambault, así como su empecinamiento y su convicción, para darle a esta entidad un estatuto particular en el seno de lo que él designó como "delirios pasionales"(11).

Es interesante apreciar que el surgimiento, el apogeo en la nosografía y la desaparición de esta posible entidad patológica, ha sido el origen de discusiones franco-francesas así como del atizamiento de polémicas franco/anglo-sajonas.

Las vivas discusiones que animaron la "Société Médico-Psychologique" en torno a la erotomanía entre 1920 y 1940, están lejos de equipararse a la magra presencia de esta entidad en los intereses de la psiquiatría anglo-sajona de la época. Aún en nuestros días, la psiquiatría francesa parece reivindicar la realidad de esta entidad, no reconocida como tal por los colegas anglo-sajones.

Acaso debamos atribuir a un estilo amoroso francés, mas bien precioso y fantasmático, rumiante y rico en pensamientos en ausencia del objeto, la consideración de esta relación al amor patológico. Cuando el sujeto está convencido de que el otro lo ama, y de que el otro ha tomado la iniciativa, y que alrededor de ello el sujeto acomoda su realidad y hace derivar sus pensamientos arreglándolos según una lógica que sólo la psicosis honrará con rigor, allí la psiquiatría francesa dirá: se trata de un erotómano. Los ingleses, inspirados tal vez en una cultura amorosa shakespeariana, no incluyen con facilidad estos fenómenos dentro de lo que puede designarse -propiamente hablando- una entidad clínica.

## 1. La erotomanía previa a Clérambault

En la literatura psiquiátrica francesa previa a Clérambault, notamos la presencia tenue pero constante de una entidad que sin embargo podría ya haber sido aislada, como se lo ha hecho ulteriormente.

Así Esquirol caracteriza, en su tratado de 1838, una "Monomanía Erótica" que él define como una "afección cerebral crónica caracterizada por un amor excesivo, sea por un objeto conocido, sea por un objeto imaginario"(16). Esquirol señala ya en aquella época, el carácter casto de este amor excesivo, el estatuto elevado del objeto, lo que será la "conducta paradójica del Objeto" en Cléram-

### Resumen

El autor practica una revisión histórica del concepto de erotomanía en la psiquiatría francesa y anglo-sajona. En segundo término describe los elementos centrales del síndrome en la obra de Clérambault. Luego hace un seguimiento de la utilización nosográfica de esta entidad en la psiquiatría clínica francesa y en la anglosajona hasta el DSM-III-R, para terminar con algunas consideraciones sobre la forma en que las observaciones de Clérambault fueron tomadas por Jacques Lacan en su teorización sobre la psicosis.

**Palabras clave:** Erotomanía - Clérambault - Transferencia psicótica - Síndrome de Clérambault.

### PROBLEMS OF THE EROTOMANIA FROM PATHOLOGICAL LOVE TO "DEAD LOVE"

#### Summary

The author starts with a historical revision of the concept of Erotomania within French and Anglo-Saxon Psychiatry. Secondly, main aspects of that syndrome in Clérambault's works are described. Then, the author points out the use of that nosography in psychiatry, getting to DSM-III-R, and finishing with some considerations of the way Clérambault's views were taken by Jacques Lacan in his theorization about psychosis.

**Key Words:** Erotomania - Clérambault - Psychotic Transference - Clérambault Syndrome.

### AVATARS DE L'EROTOMANIE. DE L'AMOUR PATHOLOGIQUE À "L'AMOUR MORT"

#### Résumé

Tout d'abord l'auteur fait un suivi historique du concept d'erotomanie dans la psychiatrie française et anglo-saxonne. Ensuite il décrit les éléments centraux de ce syndrome dans l'œuvre de Clérambault. Puis il fait un relevé de l'utilisation nosographique de cette entité dans la psychiatrie clinique française et anglo-saxonne jusqu'au DSM-III-R, pour conclure par quelques considérations sur la manière dont les observations de Clérambault furent prises par Jacques Lacan dans sa théorisation de la psychose.

**Mots Clés:** Erotomanie - Clérambault - Transfert psychotique - Syndrome de Clérambault.



bault, y los celos de los rivales también presentes en la descripción clerembauldiana. Ball en su libro "La locura erótica" separa las perversiones sexuales de la erotomanía. Tal vez el aporte más original de Ball se sitúa en la observación de la frecuente asociación de erotomanía y delirio místico a través de un comentario que conserva una gran actualidad. El dice que el rango elevado del Objeto puede ser ocupado por la virgen, sublimación de la mujer, y sitúa la adoración de los sacerdotes como una "erotomanía que se ignora"(3). Ball es también sensible a la peligrosidad potencial de estos pacientes. Magnan en 1893 incluye la categoría de "amorosos perseguidores" dentro de su "delirio crónico a evolución sistemática", y los describe como "platónicos, extáticos, erotómanos"(27). Sérieux y Capgras describen un delirio de reivindicación dentro del que separan dos grupos, los "altruistas" y los "egoístas". Incluyen los "reivindicadores amorosos" dentro del último grupo. Dide, en su obra dedicada a los "idealistas pasionales"(13) incluye la categoría de "idealistas amorosos" que hace equivaler a los erotómanos y en los que subraya como rasgo esencial la castidad.

En el contexto de la psiquiatría germana, hay que señalar la descripción de Krafft-Ebing en su tratado de 1897, de dos casos de erotomanía que incluye en la categoría de "delirios primordiales". Krafft-Ebing destaca el carácter platónico de la relación novelesca, y también la frecuente asociación de este delirio a otros temas delirantes, así como la aparición de alucinaciones en la evolución de esta entidad, alucinaciones, sin embargo, en relación con el objeto.

Kraepelin en la octava edición de su tratado de psiquiatría —donde por otro lado se ve la influencia de Sérieux, Capgras, Magnan, Dupré, Lasègue, Falret— en su concepción de la paranoia, incluye el "disturbio erótico" como una de las formas del delirio megalomaniaco, que incluye dentro de la paranoia junto al "delirio de los santos", "profetas", "delirios de alta filiación" y "místicos"(22). El define este *disturbio*

*erótico* como "la percepción de que una persona del otro sexo —que se distingue por una posición social de primer plano, real o imaginaria— siente una inclinación hacia él, y le acuerda una atención sobre la cual se podría equivocar. Es a veces una mirada, un encuentro fortuito, un paseo supuesto delante de la ventana, que hacen que este amor secreto se transforme en certeza para el enfermo". Señalemos que la reaparición de la erotomanía en la literatura anglo-sajona con su inclusión dentro del DSM-III-R, se ha hecho siguiendo los lineamientos kraepelinianos, es decir incluyendo este tipo de delirio dentro de los delirios paranoicos(1).

## 2. La erotomanía en Clérambault

Pero la erotomanía, durante todo este período de la psiquiatría es asimilada a otros delirios crónicos. Su existencia independiente dentro de la nosografía le es asignada por Clérambault. Este año se ha visto reaparecer con fuerza en la escena editorial francesa el nombre de Clérambault: una recopilación de sus trabajos sobre el automatismo mental, otro sobre la erotomanía, un tercer libro sobre el drapeado árabe femenino, y un cuarto sobre su relación con Lacan, dan testimonio de ello.

La trayectoria de Clérambault estuvo marcada por su acceso a la jefatura de la Enfermería Especial, donde ejerció desde 1905 con un paréntesis durante la guerra, y de la que fue jefe desde 1920. Es él quien hizo florecer la clínica psiquiátrica francesa más allá de la anécdota. Allí donde la vida o el deseo han dejado un lugar vacío él situó los fenómenos elementales. Pero es sin duda Lacan separándose de su maestro y situando como sola "organicidad" propia a la psicosis, el déficit inducido por la forclusión del Nombre del Padre(23), quien orienta la investigación clínica aún más cerca del ser del psicótico situando heideggerianamente el corazón del ser, como ser de palabra.

Es en 1921 que Clérambault(9), produce una división dentro de

los delirios paranoicos, introduciendo los "delirios pasionales morbidos", dentro de los que incluye la erotomanía, los delirios de querulancia y de celos. Ya aquí sitúa el "Postulado", "embrión lógico", en la delantera de la escena clínica. Este postulado es definido como "la convicción de estar en comunicación amorosa con un personaje de rango más elevado, que se ha enamorado el primero, y que hizo primero proposiciones". Este postulado introduce una diferencia esencial con el amor y caracteriza el campo de la psicosis, donde la iniciativa malvada o amorosa viene del otro.

En un artículo de esta misma época, Clérambault establece lo que para él es la cronología típica de este delirio. Digamos al pasar que la cronología en el amor había sido introducida en Francia por Stendhal, a quien se debe también el pasaje a la lengua corriente del término de *cristalización* primeramente reservado a la química. Volviendo a la cronología clerembauldiana de la erotomanía, el autor sitúa dos períodos:

### 1. "Período optimista"

2. "Período pesimista" que comprende dos o tres fases: odio mixto, odio verdadero, y querulancia. La primer fase es aquella de actitudes ambiguas, teniendo a la vez por objeto la conciliación y la venganza, la segunda fase es la de acusaciones mentirosas, la tercera es la de reivindicaciones interesadas"(10). Lo que luego encontraremos como fase de "esperanza, despecho y rencor".

Dando al *platonismo* un rango secundario dentro del cuadro clínico que el autor establece, separa la erotomanía del "idealismo pasional" de Dide. Retengamos la definición magistral de 1921(11):

"Las componentes del sentimiento generador del postulado son Orgullo, Deseo, Esperanza. La evolución y las reacciones son por una gran parte, función del carácter individual, del grado de moralidad de la educación"

"Las concepciones que tomamos como específicas son las siguientes:

### Postulado fundamental

Es el objeto que ha comenzado y que ama más o que ama solo (NB

Objeto ordinariamente elevado, noción clásica).

#### Temas derivados y tomados como evidentes

- El Objeto no puede ser feliz sin el pretendiente.
- El Objeto no puede tener su valor completo sin el pretendiente.
- El Objeto es libre, su matrimonio no es válido.

#### Temas derivados y que se demuestran

- Vigilancia continua del Objeto.
- Protección continua del Objeto.
- Trabajos de acercamiento de parte del Objeto.
- Conversaciones indirectas con el Objeto.
- Recursos fenomenales de los que dispone el objeto.
- Simpatía universal que suscita el romance en curso.
- Conducta paradójica y contradictoria del Objeto".

¿Es pertinente concederle a la erotomanía un lugar aparte dentro de la nosografía?, ¿es verdaderamente una entidad independiente? En todo caso el genio de Clérambault sirvió para atraer la atención, si no sobre una entidad clínica, al menos sobre una constelación clínica que se encuentra frecuentemente en la evolución de diferentes psicosis.

Es gracias a su espíritu lógico y a la puesta en serie del Postulado y de los "temas derivados", que Clérambault ha hecho de la Erotomanía lo que ella es en Francia. Es el primero en poner de relieve el carácter pasivo del sujeto erotómano frente a un fenómeno xenopático que el sujeto acepta con placer durante el período de esperanza: el Objeto ama al sujeto y lo ha demostrado primero. Acá se introduce un tiempo variable durante el cual este fenómeno, que Clérambault separaba del automatismo mental, es bien soportado.

Clérambault es también el primero en caracterizar con tanta precisión el síndrome erotomaniaco que, más allá de la existencia de una entidad aislable en tanto tal -a partir de él todo lo que concierne a la serie sintomática que este síndrome comporta- es más fácilmente identificable. Tal vez un aporte

lateral pero no menos revelador de la posición del eminente psiquiatra respecto de la erotomanía y de la mujer, es el que hizo en ocasión de una discusión en la "Société Médico-Psychologique" luego de la presentación de un caso por Picard y Dupuy(14), en la que Clérambault caracteriza la erotomanía femenina como "una especie de delirio profesional, además ella tiene la noción de que su suerte material debe estar asegurada por el Objeto".

### 3. La erotomanía en la psiquiatría después de Clérambault

#### 3.1 En Francia

Hay que separar el destino de la erotomanía en Francia del de los países de habla inglesa. Lo hemos dicho al principio, el destino no ha sido el mismo. Ya sean las razones de ello las de Shorter, que se inspira en Pichot, ya sean otras más oscuras, estamos forzados a constatar que la erotomanía no interesa especialmente a los anglosajones.

En Francia, luego de una existencia fulgurante con Clérambault, la erotomanía seguirá un camino más bien descendente entre los psiquiatras, que sin embargo se referirán constantemente a él para refutarlo o darle razón. Así De Morsier(12) subraya el aspecto de "conflicto psicológico" en juego en la erotomanía. Capgras sitúa la erotomanía como un "delirio de interpretación a forma erotomaniaca"(5). En 1937 Ferdière en su tesis pone de relieve la asociación de la erotomanía con los delirios místicos "ilusión de ser amado por Dios" (17). Fretet presenta una tesis sobre la erotomanía homosexual donde trata de salir del *impasse* freudiano que establece la homosexualidad como causa de la paranoia. Su aporte más original se sitúa en la consideración de la erotomanía homosexual como "travestimiento" del objeto o en su defecto de la relación(18). Bastante más tarde en Francia se ve reaparecer



una orientación discretamente misógina que lleva al extremo una sugerencia de Clérambault. Los autores de ese artículo definen la erotomanía como "estafa delirante de amor", o como "reivindicación especializada en el chantaje matrimonial"(4). Otros han elegido insistir sobre la responsabilidad del psiquiatra en la evolución de la erotomanía e introducen la idea de un texto triple –el del erotómano el del objeto, y el del psiquiatra– para entender la erotomanía (6, 7).

### 3.2 En la literatura anglo sajona

La erotomanía hace una aparición fugaz en 1871 con Parsons (28) que describe dos casos de erotomanía aparentemente típicos.

El silencio mantenido alrededor de la erotomanía o "Síndrome de Clérambault" la situó, durante un largo período, como un síndrome que aparece frecuentemente en los tratados de psiquiatría en los infaltables capítulos caracterizados como "raros inclasificables, colectivos o exóticos". También el hecho de llevar por nombre el del autor, se ha prestado a controversias. Lehman por ejemplo, encuentra molesto que dos síndromes, la erotomanía y el automatismo mental, lleven el nombre de "Síndrome de Clérambault"(26). En 1974 sin embargo empieza a haber pequeños cambios en el destino de la erotomanía en la nosografía anglosajona. Así en el tratado de Arieti(2) se comienza a decir que la erotomanía no es tan rara, y que en general es clasificada dentro de los cuadros paranoicos o paranoicos de la esquizofrenia. En 1975 se insiste aún en la idea de que la erotomanía puede fácilmente encontrar su lugar en el DSM-III, dentro de la paranoia –en el caso de la erotomanía pura de Clérambault– o dentro de la esquizofrenia paranoide –en el caso de la "erotomanía asociada" del mismo autor(21)–. Es en 1978 que aparece un artículo bajo el título de "Amor delirante" que intenta establecer dos grupos distintos de pacientes erotómanos según un conjunto de criterios heterogéneos de carácter psico-

patológico y psiquiátrico. En 1985 dos autores americanos rechazan la existencia de la erotomanía incluso como síndrome. Analizando 53 casos de la literatura se establece en la mayor parte el diagnóstico de esquizofrenia y se da a la erotomanía como diagnóstico un valor "histórico"(15). Después de esta breve recorrida por la literatura anglosajona, la ausencia de la erotomanía del DSM-III no debería sorprendernos.

Con la aparición del DM-III-R la erotomanía gana su lugar entre los delirios paranoicos(1). Debemos señalar un estudio realizado sobre 80 pacientes que compara la evolución de los mismos a partir del criterio de la temática delirante. Este estudio trata de poner de manifiesto que los síntomas erotomaniacos no determinan una evolución particular; tampoco, consecuentemente, señalan una peligrosidad particular de estos pacientes respecto de otros que evolucionan hacia otras temáticas delirantes. Dados los criterios diagnósticos utilizados en los países anglosajones no es sorprendente ver la erotomanía fácilmente asimilada a la esquizofrenia(20, 19).

Notemos que en el DSM-III-R se trata de rehabilitar el lugar que ella tenía ya en la nosografía kraepeliniana(22) –pero también en Capgras o en Magnan(27, 5)– es decir simplemente en el interior de los delirios crónicos tipo paranoia.

Otro rasgo subrayado en la literatura anglosajona es la frecuente asociación de la erotomanía con trastornos del humor; ella aparece entonces como "erotomanía asociada" en términos clérambaultianos.

### 4. Clérambault, Lacan y la erotomanía

¿Daremos razón a Clérambault cuando define como delirio profesional de la mujer a este delirio que él sitúa a partir del Postulado de que existe un otro a quien el erotómano complementa? No porque ella no tiene, o porque ella lo es, sino porque ella posee aquello por lo cual ("Orgullo Se-

xual" decía Clérambault), el Objeto toma su valor. El erotómano posee el agalma, aquel objeto que Platón caracteriza por un brillo particular. Pero en la erotomanía, este objeto no orienta, como en Platón, la prosecución del diálogo y de la búsqueda del saber y de la perfección.

Es en esto también que la erotomanía es diferente del amor. Si Clérambault pudo alejar la sombra de una exigencia de castidad para que un delirio pueda ser considerado como erotomaniaco, y así borrar el platonismo de la serie de signos necesarios para el diagnóstico, la aceptación de la existencia de relaciones sexuales en ciertos casos no basta para situar en el mismo nivel amor y erotomanía.

El postulado, la iniciativa viniendo del otro y no del sujeto, establece una diferencia ineludible con el amor. El postulado detiene el aspecto dialéctico que tendría la relación amorosa. Esta construye su objeto a medida que el proceso dialéctico avanza, que la metáfora del amor se desarrolla en el tiempo. En la erotomanía el Objeto surge ya constituido. La lógica del delirante servirá para adaptar al Postulado lo que en las diferentes conductas del objeto lo desmienten. Es en ello que el delirio erotomaniaco muestra el rigor psicótico que con el aspecto "mórbido" del delirio(8), es la "tentativa de cura" que según Freud, todo delirio comporta.

Esto nos introduce a los desarrollos psicoanalíticos sobre la erotomanía que tratamos en otro lugar(\*). Avancemos simplemente en que el estudio de la erotomanía según Lacan, merece una consideración particular. La erotomanía está presente a lo largo de su obra cada vez que Lacan se refirió a la psicosis. Su orientación dentro de este campo –contrariamente a Clérambault– ha sido, no de dar el estatuto de delirio profesional de la mujer a esta psicosis, sino de relevar el carácter lógico de "empuje a la mujer"(24) que esta psicosis, como otras, comporta.

(\* ) "A propos de l'érotomanie". D. I. S. de Psychiatrie (993). Université Paris V-Rene Descartes


La particularidad de la erotomanía es que ella acentúa la paradoja entre lo que Lacan caracteriza como "amor muerto"(25), producto

de la forclusión del Nombre del Padre y su consecuencia, la forclusión del Fallo, y las alternativas de la persecución del Objeto por su

aspirante. Coherentemente con ello, Lacan designa la transferencia en la psicosis como "erotomanía mortífera" ■

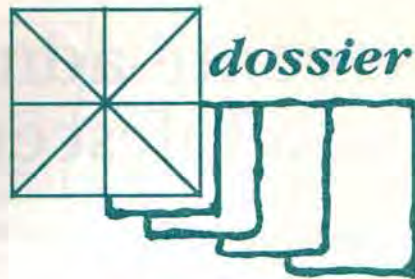
#### Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association, "Critères diagnostiques-DSM-III-R". Masson, París, 1989.
- Arieti, S., "Rare, inclassable and collectif psychiatric syndromes". American Handbook of Psychiatry. Basic Books. New York, 1974.
- Ball, B., "La folie érotique". Baillière. París, 1929.
- Bastie Y. and coll., "L'érotomanie passionnelle". Annales Médico psychologiques. t. 2: p. 317-332, 1965.
- Capgras J., Joaki, E. y Thuillie, R., "Erotomanie et délire d'interprétation" Bull de la Société Médico psychologique. Annales Médico Psychologiques. t1, N° 3: p. 349-356.
- Covello, A., Dalle B. y Gouolis, N., "A propos de l'érotomanie histoire de lettre d'amour perdu". L'évolution Psychiatrique. (1987) Vol. 52: p. 453-470, 1933.
- Dalle B., "Quelques notes sur la dynamique transférentielle dans le champ érotomaniaque". Nervure. n°5: p. 38-44, 1989.
- De Clérambault, G., "L'automatisme mental". Les empêcheurs de penser en rond, París, 1993.
- De Clérambault, G., "L'érotomanie". Les empêcheurs de penser en rond. París, 1993.
- De Clérambault, G., "Coexistence de deux délires, persécution et Erotomanie"(Présentation de Malade). Bull. Soc. Clin. Med. Ment. déc. 1920: p. 238.
- De Clérambault, G., "Les délires passionnels. Erotomanie, Revendication, Jalousie (Présentation de malade)". Bull. Soc. Clin. Med. Ment. fev. 1921: p. 61.
- De Morsier, G., "L'érotomanie". Arch. de Psychologie. 1927, XX.
- Dide, M., "Les Idéalistes Passionnés". Alcan. París, 1913.
- Dupuy, R. and Picard, J., "Une érotomanie, considération sur l'érotomanie féminine". Annales Médico-Psychologiques. 1928, t. 1: p. 47-54.
- Ellis, P. y Mellsop, G., "De Clérambault Syndrome-A Nosological Entity?". British Journal of Psychiatry, 1985, 146: p. 90-95.
- Esquirol, E., "Monomanie Erotique". Des maladies mentales. J. B. Baillière Edit.: 1938 1ère édition, París.
- Ferdière, G., "L'érotomanie, illusion délirante d'être aimé". Thèse, París, 1937.
- Fretet, J., "L'érotomanie homosexuelle travestie". L'Evolution Psychiatrique, fasc IV: 1937, p. 17.
- Giannini, J., Slaby, A. y Robb, T., "De Clerambault's Syndrome in "Sexually Experienced Women". J. Clin. Psychiatry., Vol 52: 8486391-396, 1991.
- Gillett, T. y E. A., "Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up". Acta. Psych. Scand, 1990.
- Hollander, M. H. y Callahan, A., "Erotomania or de Clérambault Syndrome". Archives Generals of Psychiatry, Vol 32: p. 1574-1576, 1975.
- Kraepelin, E., "Le dérangement" (Paranoïa) in "Lehbuch der Psychiatrie" 8ème édition. Traduction de A. Viillard. Vol IV, 1915.
- Lacan, J., "Une question préliminaire à tout traitement possible e la psychose." (1958), Ecrits. Seuil. París, 1966.
- Lacan, J., "L'étourdit" in. Scilicet N° 4. Seuil. París. 1973.
- Lacan, J., "Les Psychoses". Seuil. París, 1987.
- Lehman, H. E., "Unusual Psychiatric Disorders". Comprehensif Textbook of Psychlatry. Freedman et Kaplan, Baltimore, 1967.
- Magnan, V., "Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales". Bureaux du Progrès Médical. París, 1893.
- Shorter, E., "L'érotomanie (ou syndrome de Clérambault) Un diagnostic gallicisé". Nervure, Tome II, 1989, N°3: 41-4.

 <p><b>I.D.I.A.</b> INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE INVESTIGACION Y ASISTENCIA  <i>Director Dr. Bruno Bulacio</i></p>	<b>DROGA DEPENDENCIA</b>	
	ORIENTACION Y ASISTENCIA	DOCENCIA E INVESTIGACION
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación y Asistencia a la familia de pacientes negativos al tratamiento</li> <li>• Atención integral del drogadependiente</li> </ul>	<p><b>Programa de Investigación clínica (1994)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades de Investigación, Intercambio, Formación y Supervisión.</li> <li>• Relatos sobre la práctica</li> <li>• Presentación de trabajos</li> <li>• Publicación</li> </ul>
Maipú 863, 10° "A", Cap. Fed. - Bs. As. Rep. Argentina Tel. (541) 314 - 7822	I.D.I.A. INTEGRANTE DE LA RED "SOS DROGUE INTERNACIONAL" (PARIS - FRANCIA)	



Eduardo Chiacchio  
"Juguetes del desván"  
Acrílico sobre tela  
1,53 x 1,43 m



## ADOLESCENCIA

Coordinación Fabián Triskier

**D**e entre las muchas contribuciones que recibimos o pudimos solicitar, presentamos aquí una selección que aunque en cierto modo arbitraria (como toda selección) intenta abrir la reflexión sobre el tema.

Silvia Di Segni enmarca en una problemática cultural el momento actual del adolescente cuestionando al mismo tiempo el lugar de los adultos (¿adultos?) en nuestra sociedad. C. Bronstein analiza las conductas suicidas y en los artículos siguientes informamos sobre las consecuencias de la pandemia SIDA, la familia de los consumidores de drogas y la internación psiquiátrica de adolescentes en Buenos Aires. Después de una comunicación sobre una experiencia de reinserción social de jóvenes psicóticos, se presenta una aproximación psicopatológica desde la perspectiva del diagnóstico borderline por B. Corsaro y de la entrada en la psicosis en la edad puberal por J. C. Maleval que enfoca el tema inspirándose en la enseñanza de J. Lacan. Miradas, datos, opiniones sobre ese período de la vida humana, que como bien se sabe no existió en las sociedades tradicionales hasta que el occidente moderno lo inventó. Este aserto que antropólogos e historiadores han señalado reiteradamente circunscribe a la segunda mitad del siglo XIX y a nuestra época como el lapso en el cual se ha teorizado e intentado fundar como entidad natural, a esa etapa de nuestra

existencia, en la intersección de los discursos biológico, sociológico y psicológico.

Turbulento, romántico, doloroso, divertido,... calificaciones ad infinitum de eso que magistralmente describiera Aníbal Ponce "... A la serenidad y a la confianza [del niño] han sucedido la inquietud y el desconcierto. Ya no le sirven para nada las respuestas de la infancia al problema del mundo y la conducta. Una transformación total, un vuelco para él inexplicable, amenazan comprometer los fundamentos mismos de la personalidad. Signos misteriosos aparecen en las cosas; los rostros más familiares presentan una expresión inesperada, y en medio de la turbación de tal viraje, cuando hasta el mismo suelo parece huir bajo los pies, fuerza le es todavía responder a nuevas sollicitaciones y a nuevas exigencias.

"El adolescente se desprende del niño en el momento mismo en que se inicia ese drama. Quien no lo haya sentido conservará a lo largo de su vida el mismo puerilismo mental de los once años; quien no lo haya resuelto, arrastrará también, y para siempre, la secreta angustia de un conflicto en latencia. No se alcanzan, en efecto, los años venturosos del final de la adolescencia sino a costa de una larga iniciación dolorosísima. Como aquellos navíos del cuento de Kipling que sólo adquieren un alma después de haber vencido una tormenta" ■

# Adolescente-adulto ¿Adulto-adolescente?

Silvia Di Segni de Obiols

Psiquiatra, miembro del Capítulo de personalidad de APSA. Docente Depto. Salud Mental, Fac. Medicina, UBA.

Los alegres sesenta nos aportaron muchas innovaciones: la música de los Beatles, el hippismo, la revolución sexual. Entre otras cosas a partir de esa década se modificó de manera sustancial la relación entre adolescentes y adultos. Así lo explicaba hace poco tiempo en Buenos Aires Paul McCartney(4):

“Antes del 60 las diferencias entre una generación y otra eran atroces. Nosotros fuimos los primeros en levantar la voz. Los adultos no nos intimidaban. Ahora la brecha generacional virtualmente no existe. (...) Los chicos son tan salvajes como sus padres lo fueron entonces, y eso es bueno. Por lo demás el diálogo es fluido. Se puede hablar de todos los temas. Sexo. Drogas. Lo que quieras”.

Efectivamente las viejas censuras que se erigían entre padres e hijos parecen haber sido en buena medida superadas, por lo menos en los sectores que siguieron esta línea en sus relaciones familiares. Este proceso pudo quedar limitado solamente al campo de la comunicación padres-hijos mejorando la misma, pero en muchos casos fue más allá terminando por tirarse al bebé junto al agua del baño: así el rol de adulto, tal como había sido perfilado clásicamente, se fue desdibujando. Una de las consecuencias de ese proceso fue la aparición de un fenómeno de adolescencia prolongada. Si los autores clásicos consideraban que esta etapa de la vida terminaba entre los 20 y los 23 años, hoy en día nadie se extraña de encontrar

personas de 30 (y más) que no han terminado de superar conflictos adolescentes tales como definir la propia identidad, perfilarse profesionalmente, independizarse económicamente, estabilizarse afectivamente. Es cierto que la situación económica en diversas partes del mundo no contribuye a que los jóvenes puedan realizar sus fantasías, pero también es cierto que no siempre hay una correlación entre la permanencia de tales conflictos y la independencia o posibilidad de independencia económica.

Otra de las consecuencias de la desaparición del adulto clásico, que incluía hasta un *physique du rol* determinado (abdomen abultado, calvicie, canas en las sienes, anteojos, para los hombres; figura matronal, arrugas, para las mujeres) es la aparición de un tipo nuevo de ser humano: el adulto-adolescente. Alguien que por razones cronológicas es catalogado como adulto, pero que cuida su físico, repara los daños que la edad pueda haberle causado, disimula lo irreparable, se viste igual que los hijos, frecuenta lugares semejantes y, excepto trabajar, hace una vida muy similar a la de ellos aún en la inestabilidad de sus relaciones afectivas.

Todos estos cambios fueron ocurriendo dentro del clima de ideas posmoderno, el cual por su parte parece haber adolescencizado a la sociedad misma, tomando al adolescente como modelo social(9). ¿Qué impacto tiene todo esto en los jóvenes actuales, en los vínculos intergeneracionales, en la sociedad en su conjunto?

## Vivir en la posmodernidad

Sembrada en las ciudades y territorios bombardeados durante la Segunda Guerra Mundial, cultivada en la irracionalidad de los campos de exterminio nazis, y madura ya en la caída de la utopía marxista en el este de Europa, la posmodernidad fue creciendo como clima de ideas acompañando al desbordante desarrollo de la llamada “era posindustrial”. La clase media ha sido su gran protagonista, dado el crecimiento que ha tenido como capa social y el aumento de su capacidad de consumo.

Si la modernidad había generado ideologías, construido utopías, creído en el progreso; los pensadores posmodernos denominaron a aquellas ideologías de las que estaban desilusionados, “grandes relatos”, cuentos que nos hicieron creer las generaciones anteriores y que luego no se mostraron ciertos. Ante las palabras desgastadas, la posmodernidad levanta la imagen; ante la razón confundida, las sensaciones y los sentimientos. Cuando no se puede creer en el progreso, cuando no se espera nada del futuro, consumir, el confort, el cuerpo joven bello y sano, los objetos de lujo y el poder son los grandes objetivos tras los cuales se corre permanentemente. Y aunque lograr esto signifique esfuerzo, la sociedad posmoderna lo desvaloriza, sostiene que todo debe conseguirse fácilmente, mágicamente, mientras se bebe un trago y se toma sol en una playa tropical, con el *walkman* puesto. Lejos de todo, lejos de todos, con uno mismo(9).

El modelo de adulto clásico

no se adecua para nada a esta etapa cultural. Ese modelo intentaba producir seres ahorrativos, trabajadores esforzados, cuidadosos de sus bienes, estables en sus relaciones afectivas. Obreros especializados, técnicos, empleados y profesionales que suponían que realizando sus tareas a conciencia y capacitándose continuamente se verían recompensados. Comerciantes e industriales que creían que la calidad del producto era lo fundamental y la publicidad sólo un medio para llegar al público. Políticos que confiaban en que sus posibles seguidores valorarían una trayectoria honesta y palabras sensatas. Docentes que tenían un lugar respetado en la sociedad y contaban con el respaldo de los padres y la satisfacción de ser tomados como modelos por sus alumnos. Hombres y mujeres que consideraban necesario mantener sus parejas a todo costo y que esperaban, naturalmente, ser depositarios del respeto de sus hijos. Estos tipos de adulto fueron sucumbiendo ante una realidad que se les hizo cada vez más compleja, ante la evidencia de que valían tanto o más las relaciones públicas que los conocimientos o el esfuerzo en la tarea, la publicidad

que la materia prima de calidad, un discurso bien armado y una buena imagen antes que años de honestidad; que se valoraba más la búsqueda del placer que el haber tolerado o intentado superar crisis de pareja, que el respeto no venía de la mano de los hijos. Es cierto que la época también desenmascaró el autoritarismo, lo criticó y atacó justamente desde la necesidad de igualarnos a todos generacionalmente. Pero el término "autoritario" se extendió tanto que casi dejó de tener significación. Toda persona que quisiera poner un límite, que requiriera la necesidad de ciertas pautas de convivencia, pudo ser tildado de tal. El miedo a caer en el autoritarismo llevó a dar un paso al costado a todo adulto que pensara conveniente presentarse como modelo de identificación para sus hijos o alumnos. Había

que dejar que eligieran libremente, tan libremente que para algunos no debía ni siquiera existir nada para elegir. Así se generó una adolescencia muy diferente de la de pocas décadas atrás, una generación de adolescentes huérfanos de adultos.

#### Consuma adolescencia

A diferencia de lo que ocurría con sus padres, el adolescente actual se encuentra con un enorme mercado que le propone el consumo de una infinita variedad de artículos "especialmente para adolescentes": motocicletas, literatura, chocolates, zapatillas, música, experiencias místicas, teatro, drogas. Si bien todos estos artículos

existían antes, no habían sido dirigidos a través de la publicidad a los adolescentes en particular, ya que no eran ellos quienes manejaban los recursos económicos, e incluso se hubiera considerado poco ético venderles cerveza. Respecto al dinero hoy tampoco los adolescentes pueden manejarse independientemente —algunas cifras mostrarían incluso que tienen menos oportunidades de hacerlo que antes— pero cuando sus padres pertenecen a sectores con poder adquisitivo parecen sentirse felices promoviendo la adolescencia de sus hijos, es decir subvencionando una "juventud dorada", lo más larga posible, dedicada casi exclusivamente al placer.

No todo lo que se consume sa-





le de líneas de producción, la época impone tener muchas relaciones afectivas de poca duración, rige un criterio más cuantitativo que cualitativo en las mismas. Fredric Jameson(7) analizó la superficialidad afectiva a nivel de las manifestaciones artísticas posmodernas, en particular haciendo una interesante comparación entre Los zapatos de labriego de Van Gogh y los Zapatos de polvo de diamante de Andy Warhol. Dice Jameson:

"Pero hay otras diferencias notorias entre la época modernista y la posmodernista, entre los zapatos de Van Gogh y los de Andy Warhol, en las que hemos de detenernos brevemente. La primera y más evidente es el nacimiento de un nuevo tipo de insipidez o falta de profundidad, un nuevo tipo de superficialidad en el sentido más literal, quizás el supremo rasgo formal de todos los posmodernismos a los que tendremos ocasión de volver en numerosos contextos distintos".

y concluye a partir de ese análisis:

"... lo que llamo el ocaso de los afectos en la cultura posmoderna".

En términos generales se puede decir que la posmodernidad ha ubicado al adolescente en el lugar de ideal social. Entrar en la adolescencia y no salir nunca más de ella parece ser la aspiración colectiva. Los más chicos deben apurarse para llegar lo más pronto posible y para que puedan lograrlo, adultos comprensivos de sus necesidades les ofrecen sitios en los cuales desarrollar su erotismo antes de la pubertad, les alcanzan drogas a las escuelas primarias, les compran todo lo que pidan aún antes de que lo pidan, les ofrecen ser *lollitas* para poblar sus propias fantasías, los entrenarán para ser atletas de alta competencia desde los cinco años.

En el otro extremo de la vida, quienes ya no puedan conservar

el cuerpo ideal habrán caído en la vergüenza de la vejez, fuera de toda posibilidad de éxito o de algún reconocimiento. En el medio, los supuestos adultos moverán los hilos apurando a unos y desechando a los otros, manteniendo eso sí la imagen ilusoria de que "el mundo actual es de los adolescentes".

No sólo la juventud del cuerpo o la capacidad casi incansable de realizar ciertas actividades son puestas como modelo, los conflictos propios de la adolescencia también son modelizados socialmente. La ambigüedad a nivel de la identidad es característica de una época que ha sido caracterizada como un *collage*, verdadera aposición de elementos disímiles, y también como un *pastiche* en el cual el como si reemplaza al sí mismo. En particular en lo que se refiere a la identidad sexual la época ofrece figuras ambiguas de enorme éxito. Al mismo tiempo, la omnipotencia, el principio de placer, y el narcisismo propios de la infancia, son valorados positivamente, estimulados permanentemente desde los medios. No hay un Ideal del Yo tal como lo sustentaba rígidamente la modernidad con sus valores de esfuerzo, consideración del otro y capacidad de espera. Hay en su lugar, a nivel social, un conjunto de valores que en otras épocas fueron propios del Yo ideal: omnipotencia, egoísmo e incapacidad de espera. Estos últimos son exaltados desde cierto tipo de publicidad y no sólo no son criticados sino producidos y/o mirados con admiración por quienes transmiten valores, los así llamados adultos. Estos adultos que no quieren ser ubicados en el lugar de tales, exhiben una ética pragmática que apunta al logro de éxito, dinero o poder (cuando no los tres juntos) y con la cual justifican cualquier negocio o manipulación de otros que le permita obtenerlos. A su alrededor hay una masa de adultos más o menos confundidos que si bien no realizan las mismas acciones, no resisten la tentación de admirar a quienes actúan así y les dan su dinero o sus hijos para que pueblen disco-

tecas tempranamente o sean precoces modelos.

¿Qué le pasa al adolescente que se encuentra sin brecha generacional, aquella de la que hablaba Erikson, necesaria para que se rebelara, peloteara su identidad contra el frontón del adulto que se paraba ante él? ¿Puede esperarse un desarrollo igualmente normal en estas circunstancias? Si la falta de brecha significa eliminar autoritarismo y permitir una fluida comunicación, esto resulta sin duda una mejoría frente a épocas anteriores, pero el problema surge cuando la falta de brecha significa abdicar del rol adulto, la horizontalidad total en el vínculo. Cuando la brecha existía, cuando padres e hijos pertenecían claramente a generaciones distintas, el crecimiento de los hijos suponía cierta crisis y junto a ella, algunas pérdidas.

Arminda Aberastury(1) habla de duelos en la adolescencia como pasos necesarios de esta etapa de crecimiento. Pero el mismo término "duelo" aparece *demodé* a los oídos de la posmodernidad. Las "buenas ondas", la "energía positiva", son términos que marcan mejor una época en la cual la tristeza y la culpa son mal valoradas excepto que uno quiera ser identificado como "dark". Las llamadas "crisis vitales" deben dejar de serlo; la adolescencia o la menopausia deben ser disfrutadas, cueste lo que cueste. Algunos artículos referidos a la órbita médica alimentan la idea de que la tristeza o la culpa, no importa en qué grado se presenten, disminuyen las defensas dejando inmunodeficiente a quien no sepa dejarlas de lado. Si bien siempre se idealizó la juventud cada vez hay menos espacio para que la misma demuestre otra cosa que alegría de vivir. Una frase como aquella de Paul Nizan: "Por entonces yo tenía veinte años, no permitiré que nadie diga que es la mejor época de la vida", mostrará inevitablemente su vejez, propia de una época ligada a la angustia existencial sartreana y no a los dorados noventa.

## Los "pende-viejos"

Acuñaada por los adolescentes, observadores críticos de una generación anterior que quiere mantener una imagen juvenil a ultranza, la expresión "pende-viejos" muestra la crítica de los verdaderos adolescentes hacia una caricatura producto de la más sofisticada tecnología. Diferentes encuestas muestran a los adolescentes que-

riendo que los adultos sean tales, es decir, que se comuniquen con ellos, que puedan entenderlos pero que no se confundan con ellos, que no aparezcan como compinches o incluso como hijos de los hijos.

¿Por qué un padre-madre podría llegar a ubicarse en hijo de su hijo? Acerquémonos a esta situación a través de otro reportaje esta vez a Charly García(3).

**Ch. G.:** No sé, yo conozco algunos tipos de mi edad que son más pendejos que los pendejos. Y al revés.

**P.:** Bueno, también hay hijos que son un poco padres de sus padres. ¿no?

**Ch. G.:** Claro, claro. Eso me pasa un poco con Miguel. El me cuida a mí. Eso está bueno, pero...

**P.:** Alguna vez dijiste que no te imaginabas educando a nadie. ¿Pensás que se aprende a educar a los hijos?

**Ch. G.:** No, realmente no tengo la menor idea de cómo se hace. Aprender no se aprende. Además no me veo comprando la revista "Hijos". Yo creo que Miguel se educó solo".

El tema aquí es si el padre se ubica o no en el papel de tal, es decir en el papel, entre otras cosas, de quien educa. Para muchas personas la sola mención del "rol

de educador" puede remitir a connotaciones de autoritarismo. Educador sería para éstos alguien que ocupa el lugar del saber y somete al otro al lugar de analfabeto, lo hace sentir en menos. Por otra parte al ocupar ese sitio, el supuesto educador habrá anulado posibilidades creativas innatas de su hijo-educando, habrá tergiversado cierto "saber natural" que todo niño trae en su interior. A partir de estas consideraciones se alerta a los mayores para prevenirlos ante lo que puede ser la destrucción de un potencial tesoro: la espontaneidad de sus hijos. Y se recomienda no intervenir, dejar que la naturaleza haga su obra sin que nadie la interfiera. Por supuesto, si el padre-madre se hace a un lado en ese papel menos aún permitirá que un docente altere ese proceso y consecuentemente la institución escolar será desautorizada en su función.

Parece claro que no se pueden tener dudas sobre los efectos nocivos del autoritarismo aunque no quede tan clara su capacidad de eliminar totalmente la creatividad tal como lo demostró Kafka entre otros cientos de personas que crearon obras maestras en situaciones personales o políticas de enorme represión. Pero

que el autoritarismo sea ciertamente nocivo no significa que el extremo opuesto, la demagogia, no lo sea igualmente. Por padre demagógico se entenderá a aquél que comprende todo, permite todo, es por sí mismo trasgresor, se presenta como igual. Por lo tanto no exige, no pone límites, no permite frustraciones necesarias para el crecimiento mientras pueda evitarlo. Recibe admiración y aplauso, por lo menos mientras logra satisfacer los deseos de sus hijos. Pero ¿qué puede pasar con esos hijos en la adolescencia cuando se enfrenten directamente a la realidad? Existen diferentes posibilidades, algunas como lo mencionaba el reportaje a Charly García, muestran una inversión de roles y el convertirse a los ponchazos en el padre del propio padre.

Otra es la expresada por los miembros del conjunto Illya Kuryaki & The Valderramas, Emmanuel Horvilleur y Dante Spinetta. Estas fueron sus declaraciones en un reportaje(2):

**"P.:** Las imágenes que se desprenden de lo que cantan son muy fuertes...



**D. S.:** Es que nuestras vidas han sido muy fuertes. Yo recuerdo momentos impactantes de mi infancia, no malos pero sí duros. Nuestros viejos están medio locos, fueron *hippies* redeformentes y no nos podía salir otra cosa.

**E. H.:** Por suerte pudimos canalizarlo por el lado artístico. Si tuviéramos que hacer lo que cantamos sobre la cara de un pibe a la noche, terminaríamos presos".

Por lo que se desprende de esta nota, la sublimación por suerte sobrevive. Pero no siempre es posible, también aparecen otras soluciones sumamente conflictivas. El tema ha sido exhaustivamente desarrollado por Paulina Kernberg en un trabajo sobre narcisismo patológico en la infancia(8). Luego de un prolijo análisis diagnóstico la autora enumera los que a su criterio son los grupos de riesgo para esta personalidad patológica y entre otros señala dos que resultan de enorme interés:

1. el de los hijos de padres narcisistas, grupo en el cual señala dos situaciones a menudo imbricadas, la de los padres que han abandonado su autoridad en la madre y el de las madres que consideran a sus hijos solamente una extensión fálico narcisista de sí mismas. En este último caso identifica a la situación como el ideal tipo Peter Pan, el niño que no creció nunca. Un ideal muy propio de esta época, la eterna adolescencia, el mundo de Nunca Jamás.

2. el segundo grupo de riesgo que interesa subrayar aquí es el del niño mimado. Señala P. Kernberg que los padres que tienen a sus hijos a fines de sus

treinta o cuarenta años muestran una necesidad excesiva de protegerlos o de cumplir sus deseos, les impiden aprender a frustrarse, a ejercer la tolerancia y tener noción de límites, prolongando así el narcisismo infantil. Esta situación no haría más que agravarse cuando los padres presenten buen nivel económico.

Una persona que no conoce sus propios límites, que no ha aprendido a hacer el mínimo esfuerzo, que no incorpora conocimientos o habilidades no vive bien en sociedad, no desarrolla su creatividad. Por el contrario, es potencialmente un adicto sin preparación para las frustraciones que inevitablemente tenga que afrontar. Es también potencialmente un antisocial, tal como lamentablemente aparece en hechos violentos protagonizados por muy jóvenes, casi niños. Socialmente es interesante hacer notar que tales hechos en algunos casos están asociados a situaciones misérrimas, pero en otros a excelentes posiciones sociales.

Por último y para subrayar la poca alegría y menos agradecimiento que la educación demagógica de los hijos aporta a los mismos, puede señalarse la observación de Françoise Dolto referida a las agresiones de los hijos hacia los padres (5):

"He recibido llamadas de padres que tienen miedo de la violencia de sus hijos adolescentes. Cuadro de la familia: la madre que es insultada sin descanso y el padre que no abre la boca. O bien, los hijos que le retuercen el brazo a la madre, el padre que mira la televisión ajeno al hecho, y la

madre que ya no sabe qué decirles".

Sobre este último punto no debe olvidarse que si bien es cierto que los modelos de padres violentos generan hijos igualmente violentos, los padres débiles en su capacidad de ocupar el rol de tales y poner claros límites, la producen también si bien no son detectados como patógenos a nivel social.

## Conclusiones

El clima de ideas posmoderno y en particular la época que se abre a partir de los años 60, dio lugar a un nuevo tipo de vínculo posible entre adolescentes y adultos y también un nuevo tipo humano: el adulto-adolescente. La necesaria destrucción de barreras y censuras en los vínculos sufrió un desborde hacia la horizontalización e incluso hacia la inversión de roles. Estas situaciones extremas no parecen permitir un desarrollo normal de la personalidad provocando en consecuencia un aumento de la patología narcisista. Lejos de controlar esta situación, el marco social potencia valores tales como: egoísmo, omnipotencia y búsqueda inmediata de placer.

Mientras los padres viven ilusionados su "eterna adolescencia" y optan por creer que en la era tecnológica la crianza de sus hijos se realiza automáticamente, estos crecen sin límites y sin modelos de identificación cercanos afectivamente. Los comportamientos antisociales de los más jóvenes parecen exigir un replanteo de estas conductas en el corto plazo ■

## Bibliografía

1. Aberastury, A., Knobel, M., *La adolescencia normal*, Paidós, Bs. As., 1985.
2. Diario "Clarín", 27 de agosto de 1993.
3. *Ibid*, 28 de noviembre de 1993.
4. *Ibid*, 5 de diciembre de 1993.
5. Dolto, F., *La causa de los adolescentes*,

- Seix-Barral, Barcelona, 1990.
6. Erikson, E., *Identidad, juventud y crisis*, Paidós, Bs. As., 1968.
7. Jameson, F., *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo avanzado*, Paidós, Bs. As., 1992.
8. Kernberg, P., *Narcissistic Personality*

- disorder in childhood*, Psychiatric clinics of North America, Vol 12, N° 3, 1989.
9. Obiols, G. A., Di Segni, S., *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria*, Kapelusz Ed., Bs. As., 1993.

# El intento de suicidio en la adolescencia

Catalina Bronstein

Médica psiquiatra. Psicoterapeuta de niños (Tavistock Clinic) Psicoanalista de la British Psychoanalytical Society. Psicoanalista del Centro de adolescentes "Johnston House". 51, Winchester Avenue, London, NWG, Gran Bretaña

Una mujer de 52 años acude a la consulta psiquiátrica derivada por un neurólogo, a causa de una neuralgia facial atípica y un síndrome depresivo. Durante la consulta comenta, sin sorpresa alguna, que hace unos días y a raíz de una radiografía, los médicos notaron que tenía una bala alojada en el cráneo. Eso le hizo recordar que a la edad de 14 años, un día tomó un revólver y se pegó un tiro en la boca. A mi pregunta de por qué lo hizo respondió: "No sé, estaría enojada... simplemente tonterías de chiquilina...". La explicación que esta paciente dio sobre su intento de suicidio no es muy diferente a la respuesta que suele darse a muchos padres, médicos y los mismos adolescentes que atentan contra su vida. La angustia desencadenada por la evidencia de intensos deseos autodestructivos en el adolescente, provoca frecuentemente la puesta en marcha de fuertes mecanismos de negación tanto de la seriedad del acto suicida como de los trastornos psicopatológicos de los adolescentes que recurren al mismo.

Para poder explorar este tema tan complejo, voy a tener que recurrir a cierto reduccionismo y por ello dejaré de lado (sin desestimar su importancia), elementos sociológicos, culturales y familiares que contribuyen al mismo. Mi intención es tratar de comprender un poco más la dinámica inconsciente que se pone en juego cuando un adolescente se ve impulsado al acto suicida y rescatar algunas nociones que creo comunes a esos casos.

La adolescencia está vinculada a una serie de cambios fisiológicos y psicológicos, que confieren a este período una vivencia de intensidad e inestabilidad(1, 2);

cambios que el niño debe incorporar en su relación a sí mismo y en su relación con padres y amigos. Estos cambios son percibidos frecuentemente como impuestos desde una exterioridad, ya sea proveniente del medio ambiente o de su propio cuerpo. La forma en que estos cambios son vividos va a depender en parte de la capacidad que el adolescente tenga de elaborar los duelos implicados en este proceso. Estos fueron resumidos por Rosenthal y Knobel como 1. duelo por el cuerpo infantil; 2. duelo por la identidad y el rol infantil y 3. duelo por los padres de la infancia(16). Creo que habría que agregar el duelo por la pérdida de la protección que la infancia otorga frente a las fantasías omnipotentes tanto libidinales como agresivas y el duelo por un narcisismo herido confrontado por la realidad del paso del tiempo y de la imposibilidad de escapar de una mortalidad que se hace tanto más presente gracias al desarrollo puberal. Según Pirlot-Petroff el suicidio aparece más como búsqueda de una inmortalidad narcisista que desafía la noción de finitud ligada a lo sexual(13).

Las características de las introyecciones (e identificaciones) que conforman el Superyo son las que marcarán el rumbo que el adolescente va a tomar frente a las experiencias de pérdida(6) y que determinarán su mayor o menor capacidad para elaborar dichos duelos. La contribución de Melanie Klein a la comprensión de la formación del Superyo subraya la importancia que tienen los mecanismos de *splitting* (escisión) e identificación proyectiva sobre la percepción que el infante tiene de sus objetos. Las proyecciones infantiles sobre el objeto materno, tanto de impulsos hostiles co-

mo libidinales, son luego internalizadas como las características del objeto ("bueno" o "malo" según lo proyectado) y contribuirán a la formación del Superyo en el niño(9). Según Rosenfeld "Hay una interrelación entre objetos buenos y malos en tanto que, si el objeto vivido como malo es vivido como extremadamente malo y persecutorio, los objetos buenos, aparecerían como extremadamente buenos e idealizados como formación reactiva. Tanto los objetos ideales como los persecutorios contribuyen a la formación del Superyo primitivo"(15).

La disminución de la escisión (*splitting*) y la posibilidad de desarrollo de sentimientos ambivalentes hacia el objeto marcan el movimiento hacia la integración, la capacidad de reparar el daño ocasionado al objeto y el paso hacia un Superyo más benigno.

A veces los impulsos hostiles y los reproches hacia el objeto son dirigidos hacia el Yo (identificado con el objeto odiado) estableciéndose una relación sadomasoquista entre Yo y Superyo. En "El Yo y el Ello", Freud describe la lucha interna del melancólico, en quien un superyo excesivamente poderoso se encarna contra el Yo. Según su concepción del sadismo, el componente destructivo se ha instalado en el Superyo y vuelto contra el Yo. Dice "En el Superyo reina entonces el instinto de muerte, que consigue con frecuencia, llevar a la muerte al Yo..."(5).

Poder comprender mejor las características del Superyo en la adolescencia creo que es de gran importancia para poder entender las dificultades que muchos adolescentes experimentan frente a los cambios, así como la tortura a la que se sienten expuestos por

sus mismos autoreproches, y que muchas veces los impulsan al acto suicida.

### La "muerte" en la adolescencia

Deseos inconcientes de muerte no son infrecuentes en la adolescencia. La mayor parte de los adolescentes son concientes del deseo de desaparecer, y albergan fantasías sobre la muerte de los padres o de ellos mismos. Para comprender un poco más la significación del concepto de muerte, se puede volver a Freud quien en 1915 en "Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte" alega que "La muerte propia es desde luego inimaginable, y cuantas veces lo intentamos podemos observar que continuamos siendo expectadores. Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que es lo mismo, que en el inconciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad... Así, pues, nuestro inconciente no cree en la propia muerte, se conduce como si fuera inmortal". Pero, también agrega luego, que nuestro inconciente desea la muerte de otros. "Nuestro inconciente asesina, en efecto, incluso por pequeñeces". Para Freud, estas dos actitudes opuestas ante la muerte, la que la reconoce como aniquilamiento de la vida y la que la niega como irreal están presentes ambas en el inconciente.

Para un adolescente que ha intentado suicidarse, la idea de su propia muerte puede significar cosas muy distintas: puede representar una unión con un objeto idealizado (fantasía frecuentemente presente en adolescentes cuya madre ha muerto), pero también puede representar la sumisión a un Superyo que castiga a un Yo identificado con el objeto odiado y a quien se desea ver muerto, al mismo tiempo que la expiación de la culpa por dicho deseo, así como puede representar el goce frente a la culpabilidad del objeto garantizando asimismo la inmortalidad a través de la culpa (como en fantasías de muerte

donde el adolescente goza-y-sufre observando su propio funeral y el dolor de sus padres). En "Un caso de homosexualidad femenina" Freud plantea que en el suicidio siempre se mata a un objeto con al cual el suicida se ha identificado(4). Si bien uno puede especular sobre la diversidad de razones inconcientes que impulsan al adolescente a intentar matarse, y las distintas fantasías contenidas en dicho acto, creo que un elemento común en las tentativas de suicidio en la adolescencia es la identificación con aspectos odiados y temidos del objeto que el adolescente localiza prioritariamente en el cuerpo, que a su vez se convierte en blanco de los reproches del Superyo(3, 8, 10, 12). El adolescente muchas veces percibe al cuerpo como el responsable de sensaciones y sentimientos incontrolables (estar fuera de control es frecuentemente descrito por los adolescentes como sinónimo de volverse loco). Es como si sintieran que es el cuerpo el que los arroja a una conflictiva edípica renovada y, este cuerpo, vivido ahora como cuerpo fundamentalmente sexuado, pasa a ser el depositario tanto de las proyecciones, así como de las acusaciones del Superyo.

### Sally: Un caso clínico

Sally es una adolescente de 15 años que acude al centro de puertas abiertas (Johnston House\*) enviada por la escuela. Las profesoras están preocupadas por su falta de interés en la escuela, sus frecuentes escapadas de la misma, su depresión y su ansiedad al tener que estar en el aula. El colegio ha puesto mucha presión para que acuda a la consulta.

\* Johnston House es un centro de puertas abiertas para adolescentes. El adolescente es visto por un psicoanalista una vez por semana o cada quince días en una serie de entrevistas diagnósticas y terapéuticas cuya función es establecer, junto con el adolescente, cuál es la problemática que trae y el tipo de tratamiento requerido. Las entrevistas son gratuitas y no hay un límite máximo de veces, sino que este se adecua a las necesidades del adolescente.

Su aspecto es el de una niña más chica, obesa y muy descuidada en su arreglo personal. Está vestida con un uniforme sucio y desprolijo, demasiado grande para su edad y que oculta sus formas. Lleva un saco encima del uniforme y durante la consulta trata de cubrirse con él. Habla con la vista baja y prácticamente no me dirige la mirada en toda la entrevista. Me cuenta que la directora quería que ella viniese a vernos. No parece compartir la idea de que necesita ayuda y recalca que ella había depositado su confianza en la directora quien le había otorgado un espacio y tiempo especial para ella y con quien estaba bien y podía charlar. Era claro que la directora ya sentía que no podía seguir ayudándola y, a su vez, Sally se sentía defraudada y traicionada por esto. Con bastante esfuerzo me comenta acerca de dificultades en la casa, cómo debe cuidar a una hermana menor mientras la madre trabaja y un padre con el que no tiene ninguna relación. El es muy distante pero ella además no lo quiere. Cuando exploro posibles ideas suicidas, me comenta que si tuviera más coraje ya lo hubiera hecho. También comenta que tuvo un novio con el que salió dos veces pero la relación se cortó, en parte porque sus amigos se burlaban de él por salir con ella, y por que a ella no le interesaba demasiado tampoco. Lo único que la hace sentirse bien es un grupo de amigas muy cercanas con quienes pasa la mayor parte de su tiempo y con quienes se escapa de la escuela. Habla de la lealtad que hay entre estas amigas y una comprensión y apoyo mutuos que está segura persistirá para siempre.

Sally viene a tres consultas más. En su segunda visita trae algunas fotografías que quiere mostrarme; la de su perro (del cual dice que junto con sus amigas, es lo que le impide matarse ya que nadie podría cuidarlo), de su madre (quien, en contraste con ella aparece como muy elegante, atractiva y bien arreglada) y una foto del entierro de su abuelo que no puede explicar cómo se ha mezclado con las otras dos. No hay fotos de ella. Dice que odia

verse en fotografías pero está muy orgullosa de lo bien que se muestra su madre. La fotografía del entierro da lugar a contarme que sus amigas están tratando de hacer espiritismo y de hacer volver a un muerto a la tierra. Después de la tercera consulta me manda una carta donde describe su estado de ánimo y dice que lo único que la sostiene son las amigas que tratan de alegrarla y darle confianza en sí misma. Agrega: "... Necesito estar sola y quiero ser libre. Hoy mis padres realmente me deprimieron. Repetían que estoy poniéndome muy pesada, cada vez más gorda. ¡Ahora estás más grande que tu madre! Yo ya sé que soy gorda e inútil pero no tienen por qué decírmelo todo el tiempo". Seguía con comentarios sobre sus celos de su hermana, el odio al padre y su deseo de ser apreciada por la madre y terminaba la carta con un comentario: "Algunas personas son violentas, es una suerte que yo crea en la reencarnación después de la muerte".

Sally volvió, enviada esta vez por su médico, y después de haber hecho un intento de suicidio en la escuela.

Explicó el intento por que había tenido una disputa con sus amigas quienes se juntaron en contra de ella. Se estaban burlando de ella y entonces decidió recurrir a la directora. Cuando salió del despacho las amigas la siguieron, gritándole cosas. No podía recordar qué era lo que le gritaban. Sólo recuerda que se fue a un lugar donde estaba sola y se tomó todas las pastillas que tenía en un frasco que le había dado su médico para una congestión bronquial. Cuando comenzó a sentirse mal, fue llamada una ambulancia que la llevó al Hospital donde le hicieron un lavado de estómago. Más tarde recordó que lo que las amigas le estaban gritando y que precipitó la sobredosis, fue que debía morirse, que no valía la pena que siguiera viviendo, básicamente que se matara.

Cuando volvió a la consulta Sally estaba muy distante, mucho más que en las primeras consultas. Comentó que así se sentía

cuando tomó las pastillas, no sentía nada ni pensaba en nada.

Debería agregar que Sally se sentía impulsada a actividades de automutilación como quemarse con cigarrillos, cortarse los brazos, también tenía síntomas bulímicos y abusaba del alcohol y de drogas. Desde la pubertad se reprochaba duramente por todo. Odiaba su cuerpo, se veía gorda, fea y sentía que era el cuerpo lo que la hacía indeseable. Sally había sido una niña vulnerable, muy sensible a las separaciones de la madre desde pequeña, así como extremadamente celosa de la relación que la madre tenía con la hermana. Pero fue después de la pubertad que comenzó a manifestar un comportamiento autodestructivo.

Sally era ahora una mujer como la madre sin ser la madre. Se sentía impulsada hacia una heterosexualidad requerida pero que intensificaba la conflictiva edípica, su deseo de identificación con la madre, así como con el objeto deseado por la madre. La envidia y la rivalidad hacia la madre eran proyectadas hacia el padre y hacia su cuerpo identificado con el de él (según Sally, ella se parecía físicamente al padre). Le era imposible incluir al padre como el objeto sexual deseado por la madre y aceptar y elaborar la herida narcisista que ello hubiera producido. En la negación de su deseo sexual hacia el hombre estaba incluida la negación de dicho deseo en la madre. De tal manera sus celos eran exclusivamente provocados por el amor que la madre sentía por su hermana y no por el padre. Esta negación también servía para mantener el *splitting* y la idealización de la madre con la proyección de toda la hostilidad hacia el padre. La idealización hacia la madre era transferida hacia otras mujeres, como su directora y sus amigas. La búsqueda y obtención de una atención especial por parte de la mujer elegida la llenaba de gratificación y confirmaba su fantasía de que podía convertirse en el objeto deseado por la madre así como el alivio de que no había destruido al objeto. Pero esto al mismo tiempo incrementaba la necesidad de mantener los impul-

sos hostiles hacia la madre, escindidos, y proyectarlos aún más. Al mismo tiempo se agregaba otra fuente de angustia y autoreproches basada en sus autoacusaciones de homosexualidad.

Sally culpaba a su cuerpo, al que torturaba, y por el cual se sentía torturada, como causa de su angustia. El cuerpo odiado era aquel que, en su fantasía, representaba o contenía las identificaciones con aspectos odiados del padre-rival y que contenía su deseo de identificarse con el objeto deseado por la madre. Al mismo tiempo, su cuerpo era un cuerpo femenino, que a partir de la pubertad, marcaba en forma categórica la imposibilidad de sostener la fantasía omnipotente de ser-y-poseer la madre. Cuerpo femenino que a su vez le impedía negar la femineidad materna y el odio, envidia y rivalidad provocada por ella y que marcaba su lugar en la conflictiva edípica. Cuerpo que la impulsaba a una destructividad que era sentida como fuera de control, al quedar atrapada en esta relación sadomasoquista consigo misma y con sus objetos. Esta relación sadomasoquista estaba conformada por sus reproches al objeto ahora vivido fantasmáticamente en el cuerpo.

Estos son los momentos en que el pensar en la propia muerte da una enorme sensación de alivio.

### El intento de suicidio

En su intento de mitigar la ansiedad provocada por sus sentimientos hostiles, y el fracaso de reparar el daño a sus objetos, Sally necesitaba recurrir más y más al *splitting*, a una escisión mediante la cual mantenía los aspectos buenos en el objeto y en sí misma separados de lo intensamente odiado.

La traición de la Directora que la rechazó y luego de sus amigas, dejaron a Sally enfrentada por sus propias proyecciones. Las amigas pasaron a devolverle una imagen cargada de hostilidad y odio. Se convirtieron en el eco del propio Superyo. La "verdad" de las acusaciones del Superyo no pudieron

ser cuestionadas ni opuestas por ninguna otra "verdad".

En el momento de pasar al acto, todo recuerdo de aspectos buenos en sí misma y en sus objetos desaparecieron (ni siquiera recordó a su perro con el cual estaba identificada y al que no podía abandonar). En ese momento Sally anuló su capacidad de pensar a través de una disociación seguida por una sensación de despersonalización que es la que permite que se ejecute el acto(11, 14). Esta disociación es a veces extrema, sobre todo en casos de intentos de suicidio severos en los cuales el adolescente no retiene aparentemente ningún vínculo con el objeto. En el momento del acto ya no hay lucha contra el Superyo. E. Laufer comenta cómo en estos casos el adolescente describe un estado de paz y calma absoluta, como si ya se sintiera muerto.

Creo que esto nos permite diferenciar el acto suicida y lo que lo precipita, de los elementos psicopatológicos que manifiestan su influencia previa al acto, así como las consecuencias psicológicas posteriores, por supuesto si el adolescente sobrevive al mismo.

Creo que cabe agregar otros elementos importantes, como la gratificación omnipotente que se vive a través del intento suicida

que contrasta al mismo tiempo con la sensación de pérdida de toda esperanza. El adolescente frecuentemente fantasea con la idea de que el suicidio lo va a hacer sentirse libre, se convierte en un equivalente simbólico de una separación que no puede efectuar, sobre todo de la madre y del deseo de ser y tener la madre al mismo tiempo, así como de librarse del cuerpo sexual que actualiza tal conflicto. También es un triunfo sobre el Superyo y al mismo tiempo es la culminación del mayor autocastigo. Freud escribe en "El problema económico del masoquismo": "aun la destrucción del sujeto por sí mismo no puede llevarse a cabo sin satisfacción libidinal..."(7).

El intento de suicidio constituye así, paradójicamente, la separación del objeto que no se puede realizar simbólicamente y es al mismo tiempo la culminación de una fantasía de unión con el objeto idealizado. Unión absoluta y separación absoluta. Fantasía de la eliminación de todo deseo hacia el objeto y fantasía de satisfacción completa de dicho deseo. Por lo tanto, la idea de la posibilidad de la muerte es idealizada por estos adolescentes. En una investigación\* realizada con adolescentes que habían intentado suicidarse y que estaban en tratamiento psicoanalítico, Laufer señala la impor-

tancia del elemento omnipotente donde el adolescente se siente potencialmente en control de su vida (y su muerte)(11). La posibilidad de ayuda psicoterapéutica es vivida como algo que va a quitarles su "solución". Esto hace que muchas veces sea muy difícil el poder ayudar a estos adolescentes quienes se aferran a su "solución" y quienes, después de haber intentado suicidarse y haber sobrevivido, se sienten más omnipotentes que antes. Para los que sí aceptan tratamiento, toda esa complejidad es revivida en la transferencia. El poder tolerar la ansiedad que estos adolescentes despiertan, el no entrar en el juego de las acusaciones del Superyo o de la idealización de una unión mágica a través de la muerte es una tarea difícil ya que el terapeuta está constantemente expuesto a la posibilidad de una muerte real.

No hay intentos de suicidio más "válidos" o "reales" que otros. Todos pueden potencialmente terminar en la muerte y por lo tanto desestimar la importancia del intento o negar su seriedad, implica dejar al adolescente a merced de sus impulsos autodestructivos ■

\* Investigación realizada en el "Center for Research into Adolescent Breakdown, vinculado a Johnston House. Director: Moses Laufer.

#### Referencias bibliográficas

1. Aberastury A. y Knobel M., *La Adolescencia Normal*. Paidós, Buenos Aires, 1974.
2. Blois Peter, *On Adolescence. A psychoanalytic Interpretation*. The Free Press, 1962.
3. Cardon, A., "Corps Impurs". *Psychologie Medicale*. 1989, 21 4:505-508.
4. Freud S., (1920) *The Psychogenesis of a case of homosexuality in a woman*. Standard edition 18:147.
5. Freud S., (1923) *The Ego and the Id*. Standard edition 19:3. The Hogarth Press, London.
6. Freud S., (1917) *Mourning and Melancholia*. Standard edition 14:239. The Hogarth Press, London.
7. Freud S., (1924) *The Economic problem of Masochism*. Standard edition 19:157. The Hogarth Press, London.
8. Joffe R., *Mary: Attempted Suicide. A search for Alternative Paths* En "Developmental Breakdown and psychoanalytic treatment in adolescence". Ed. por Moses Laufer y Egle Laufer, Yale University Press, 1989.
9. Klein M., (1957) *Envy and Gratitude, Writings, Vol. 3*. London, The Hogarth Press.
10. Laufer M., y Laufer M. E., "Adolescence and developmental Breakdown". *A Psychoanalytic View*. Yale University Press, 1984.
11. Laufer M., "A five year study of suicidal adolescents". Trabajo leído en la Conferencia The Suicidal adolescent, 30 de octubre, 1993, Londres.
12. Pedinelli, J., "Se sui-cider": le corps entre le desir et l'acte. *Psychologie Medicale*, 1989, 21, 4:421-425.
13. Pirlot-Petroff, G., Suicide: "Ultimate negation de la mortalite/sexualite". *Psychologie Medicale*, 1989, 21, 4:440-442.
14. Puig-Verges N., "Raptus suicidaire, blessures corporelles at marges psychotiques a l'adolescence". *Psychologie Medicale*, 1989, 21, 4:509-511.
15. Rosenfeld H., (1952) "Notes on the Psycho-analysis of the Super-ego conflict in an Acute Schizophrenic Patient". En *Psychotic States*, Karnac Ltd, London, 1984.
16. Rosenthal G. y Knobel M., *El Pensamiento en el Adolescente y en el Adolescente Psicopático*, en *La Adolescencia Normal*. ed. por A. Aberastury y M. Knobel, Paidós, Buenos Aires, 1974.

# El SIDA y los adolescentes, una población de riesgo

Pasajes de la Conferencia pronunciada por el Dr. M. H. Merson, Director del Programa Global contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud

La pandemia de HIV/SIDA: diseminación y respuesta global

Conferencia internacional sobre SIDA, Berlín, 7 al 11 de junio de 1993

“El total de casos de SIDA acumulado en el mundo a principios de 1993 llegaba a más de dos millones y medio, un 20% más que en 1992. Y la curva tiende a subir aún más. Según las previsiones de la OMS, el número anual de nuevos casos de SIDA se va a triplicar entre 1992 y el año 2000.

Durante el año pasado, hemos sido testigos también de un implacable avance del virus de inmunodeficiencia humana. Al día de hoy, la OMS estima que se deben haber infectado más de 13 millones, entre adolescentes y adultos, desde el inicio de la pandemia. Y estas son estimaciones conservadoras”.

“Antes de concluir con este enfoque de la epidemia global, quiero referirme brevemente a la vulnerabilidad de la juventud a la infección del HIV, especialmente a través de las relaciones sexuales no protegidas. Aquí están los hechos. Ha habido una baja a nivel mundial en el rango de edad en la que se tiene la primera relación sexual. En muchas partes del mundo, la mitad de la gente joven ya ha tenido relaciones sexuales a los 15 ó 16 años, y hay millones de adolescentes que son ya sexualmente activos a los 12 ó 13.

En especial las jovencitas son vulnerables a las ETS\*, incluyen-

do la infección por HIV. Tienden a casarse o a mantener relaciones con hombres mayores, que han estado más expuestos sexualmente. Para empezar, como partes receptoras, las mujeres corren un riesgo mayor. Esto se magnifica entre las adolescentes, ya que su cervix inmaduro y sus limitadas secreciones vaginales interponen menos barreras. Para empeorar las cosas, a veces, las jóvenes son forzadas físicamente a su primera coito, lo que acarrea traumas genitales.

Dados estos hechos, no debe extrañarnos que las ETS convencionales predominen actualmente entre los jóvenes de todo el mundo. En Botswana, la cuarta parte de los hombres sexualmente activos han sufrido por lo menos una ETS en el último año. En Estados Unidos, por lo menos uno de cada 4 adolescentes sexualmente activos ha sufrido una ETS a los 21 años de edad. En Thailandia, los dos tercios de los pacientes a quienes se les diagnóstico una ETS en clínica médica son menores de 25 años.

\* Enfermedad de transmisión sexual.

Y, en Uganda, las ETS son comunes en las jóvenes adolescentes.

¿Y qué decir de la situación del HIV entre los jóvenes? En estos momentos la OMS está realizando un estudio sobre tasas de infección por HIV por edad específica que nos va a

pro-



porcionar información precisa. Actualmente, estimamos que alrededor de la mitad de las infecciones por HIV ocurridas hasta el momento se han dado en jóvenes de menos de 25 años. En otras palabras, desde el inicio de la pandemia, se han infectado por HIV por lo menos 6 millones de jóvenes por coito no protegido o por compartir agujas. Y existe un gran potencial para una mayor diseminación de la infección entre los jóvenes, particularmente porque 800 millones de ellos viven en países en desarrollo, en los que la pandemia se está extendiendo con mayor rapidez.



Mirándolo desde otro punto de vista, podemos decir, incluso, que es la diseminación entre los jóvenes, la que está extendiendo la pandemia"

"Dada esta irracionalidad, no nos debe sorprender que haya todavía una controversia innecesaria sobre las políticas, estrategias y prácticas a aplicar en la prevención del HIV. Ya están lejos los días en que podía haber alguna duda respecto a la efectividad de promover el uso de preservativos, de la educación sobre el SIDA en las escuelas, y de los programas para reducir el daño entre quienes se inyectan drogas. Los datos están disponibles: estas prácticas reducen la transmisión del HIV sin alentar conductas de riesgo. No obstante, esa información destinada a salvar vidas sigue siendo negada y especialmente a la gente joven, que es la que más la necesita porque, si, practican el sexo. En algunas partes, incluso la palabra "condón" sigue siendo un tabú y los adultos a menudo se escandalizan con la idea de siquiera hablar sobre formas no-penetrantes de sexo -que, por otra parte, es la que me dice mi hijo que practica mucha gente joven-. Resulta claro, entonces, que, para poder dar una respuesta al SIDA, tenemos que ver al mundo como es y no como nos gustaría que fuera".

"Por sobre todo, no podemos perder tiempo sin incrementar el uso de prácticas que ya sabemos que funcionan. Hay consenso respecto a que un paquete de medidas preventivas contra el HIV incluiría, por lo menos, las siguientes prácticas: comercialización social de preservativos -o sea, la promoción y la distribución de condones entre la población en general-; el tratamiento de las ETS convencionales, dado su rol en facilitar la transmisión del HIV; la información y la educación sobre el SIDA en las escuelas y a través de los medios masivos de comunicación; la promoción del uso de preservativos entre las prostitutas y sus clientes; el

## Perfil epidemiológico en la Argentina

Período: 1982-1993 (al 28 de febrero)

El SIDA en la República Argentina ha experimentado un manifiesto incremento durante los últimos cinco años, habiéndose registrado, hasta el 28 de febrero de 1993, 2.572 casos acumulados. Ya en 1988, los 173 enfermos notificados sobrepasaban la totalidad de los casos registrados entre 1982 y 1987 (154); a partir de ese momento, se observa que la incidencia se duplica cada dos años, hasta 1990, año en que se aprecia un achatamiento de la curva, con un aumento de sólo el 25% en 1992 con relación a 1991.

La interpretación de la evolución del SIDA debe hacerse con cautela, ya que hay que considerar la subnotificación en jurisdicciones muy densamente pobladas, como la Capital Federal, Córdoba y el Gran Buenos Aires, así como las demoras en la recepción de las notificaciones. A la fecha de este informe (fines de mayo de 1993), se contabilizan aún escasas denuncias del mes de marzo de este año y se esperan todavía fichas correspondientes al período 1991/92 y a los primeros meses de 1993. Hay provincias que nunca notificaron (Catamarca, Jujuy, San Juan y San Luis), otras que no notificaron en 1992 (Misiones, Formosa y Santa Cruz) y algunas que subnotifican (Salta, Entre Ríos, Chaco, Rio Negro, Santa Fe, Santa Cruz, Tucumán, Chubut, Tierra del Fuego, Corrientes, Córdoba y Neuquén).

El 36% de la totalidad de casos notificados tiene registrado el fallecimiento.

Llama la atención que, de acuerdo a las últimas constancias, el SIDA se presenta cada vez con mayor frecuencia en las mujeres (razón de masculinidad actual: 4,0:1), en concordancia con el aumento de la transmisión perinatal y de la transmisión heterosexual.

Con relación a la transmisión sanguínea, debe señalarse su crecimiento a expensas de la drogadicción endovenosa, con la consecuente disminución porcentual de la transmisión sexual.

La bi/homosexualidad se mantuvo estable en 1992. El carácter de heterosexual duplicó en cuatro años su valor, incrementándose en un 130% en 1992 con relación a 1991. La drogadicción endovenosa presenta un sostenido y paulatino aumento; la transmisión sanguínea por transfusión se duplica cada dos años desde 1989 y la transmisión perinatal no modificó su incidencia en 1992.

La drogadicción endovenosa y la transmisión heterosexual en las mujeres representan la casi totalidad de sus factores de riesgo; en los hombres la bi/homosexualidad y la drogadicción endovenosa representan cerca del 90%.

Actualmente, la distribución de los enfermos según la edad alcanza su mayor peso entre los 15 y los 29 años, desplazando al grupo de 30-49 años que predominó hasta el año 1989. Se considera que esto es el resultado del gran incremento en el uso de la droga endovenosa por parte de los jóvenes.

La edad media entre los infectados es de 24 años en las mujeres y de 30 en los hombres. Casi el 60% de los casos en el sexo femenino tiene entre 15 y 29 años de edad y cerca del 25 entre 30 y 44; en cambio, en el sexo masculino, se reparten por igual los enfermos entre estos dos grupos de edades (43%). En las mujeres decrece significativamente el impacto a partir de los 40 años, hasta casi desaparecer (2,0%); en cambio, en los hombres, eso ocurre a partir de los 50 años (2,8%) ■

mantenimiento de un suministro de sangre sana; y los programas

de intercambio de agujas para los drogadictos que se inyectan" ■

# La familia del consumidor

Pablo Alejandro Croce

*Jefe de la Unidad de Toxicología del Hospital "Pedro de Elizalde".  
Profesor de Toxicología, U.B.A. Profesor de Toxicología, Universidad del Salvador. Av. Montes de Oca 40. Cap. Federal.*

**L**os adolescentes que llegan a la consulta toxicológica por consumo indebido de drogas presentan rasgos personales, familiares y sociales que, por lo característicos y reiterados, permiten definir perfiles de pacientes y medio ambiente típicos.

La familia del consumidor habitualmente presenta una falta absoluta de comunicación

metido con la problemática intrahogareña, y poco participante en la vida del niño, madre fría, absorbente, competitiva, que no reconoce los rasgos positivos del hijo, no lo respeta como persona, lo ahoga con una falsa sobreprotección, niega sus actitudes descalificantes, invade su intimidad o, inversamente, se desvincula del hijo. Familia, en suma, que da sentimiento de desprotección y desafecto, impidiendo el desarrollo

co-cultural se distinguen 3 clases de familias:

**Familia tipo 1:** Grupo familiar marginal, promiscuo, de constitución no documentada e inestable ("padres, madres y hermanos" que se incorporan y abandonan el hogar con cierta frecuencia), en general migrantes de otras provincias o países vecinos, habitantes de villas miserias y otros aglomerados marginales, con trabajos no calificados, desocupados o subocupados ("changas"), frecuentemente alcohó-



ción profunda y baja coparticipación entre sus miembros, roles intrafamiliares rígidos y distorsionados, figuras parentales borrosas, quiebra real o funcional de la pareja, padre no compro-

de la autoestima y dificultando el crecimiento como persona de sus hijos.

Según el nivel socioeconómi-

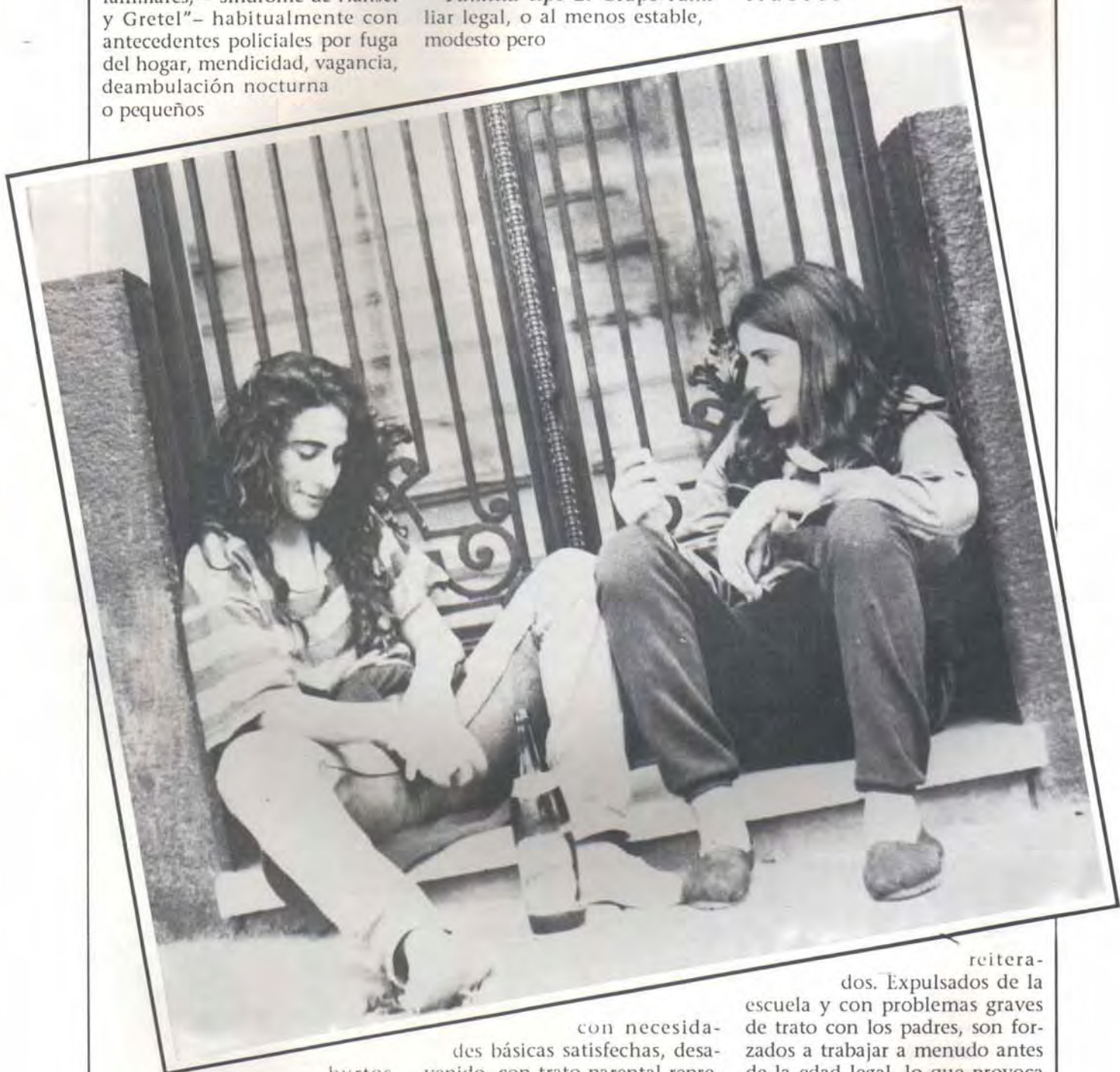
listas, hogares incontinentes,

donde hay menos sillas y camas que integrantes de la familia, induciendo a los niños de edad escolar a sentirse "de más" en un hogar que no tiene cabida para ellos. Los pacientes, fundamentalmente varones son semianalfabetos, mal integrados a la escuela, que los rechaza por el abismo cultural que los separa de los docentes, forzados a permanecer en la calle por falta de recursos familiares, -"síndrome de Hansel y Gretel"- habitualmente con antecedentes policiales por fuga del hogar, mendicidad, vagancia, deambulación nocturna o pequeños

ciones. Han estado en institutos de menores. Pasan cierta parte de su tiempo en "ranchadas" en las estaciones ferroviarias y otros sitios de concentración de personas, donde comienzan entre los 6 y los 13 años a inhalar pegamentos, a ingerir alcohol en dosis de ebriedad y, eventualmente, a ingerir antiparkinsonianos o fumar marihuana.

**Familia tipo 2:** Grupo Familiar legal, o al menos estable, modesto pero

visualizado como monótono y sin porvenir. Frecuentemente alcoholismo y psicofármacos recetados o "aconsejados". Los pacientes predominantemente varones, en general con escuela primaria completa, aunque habiendo sufrido cambios traumáticos de escuela, fracasan rápidamente en la secundaria, por indisciplina violenta y rechazo cuestionador al estudio escolar. Repe-  
t i d o r e s



hurto, "por arrebatos o descuido", desórdenes y otras infrac-

con necesidades básicas satisfechas, desahogado, con trato parental represor, con violencia verbal y física. Padre con trabajo estable, pero

reiterados. Expulsados de la escuela y con problemas graves de trato con los padres, son forzados a trabajar a menudo antes de la edad legal, lo que provoca reacciones discriminatorias contra él de parte de patrones y de

compañeros de tareas. Su relación con el trabajo es por eso inestable; echados por inasistencias, impuntualidad, irresponsabilidad en la tarea o conflicto personal, cambiando a menudo de empleo. Sufren frecuentes crisis depresivas, en ocasiones con tentativas de suicidio. Tienen antecedentes de desórdenes con violencia en lugares públicos, hurtos a otros menores por "cheteo" (en patota), sustracción de radiocasseteras de autos y delitos similares, y tenencia, consumo y tráfico al menudeo de drogas. Comienzan en general el consumo entre los 12 y 16 años, a través de marihuana, cocaína y alcohol, consumiendo luego benzodiazepinas, antiparkinsonianos, anorexígenos, antitusígenos y analgésicos, endorfinosímiles, raramente pegamentos.

**Familia tipo 3:** Grupo Familiar pudiente o sin estrechez económica, pero obsesionado por mejorar su status socioeconómico, con trato familiar rígido, frío y distante, con tendencia a ocultar y/o negar conflictos personales o de relación importantes. Padres consumidores de alcohol, hipnóticos, sedantes y anorexígenos. Con conducta invasiva—avasallando la intimidad y personalidad de los hijos— o segregante—despreocupándose afectivamente de los familiares con problemas—.

Los pacientes, más frecuentemente varones que mujeres, cursan estudios secundarios aparentemente aceptables, pero con numerosas ausencias injustificadas y sin realizar la tarea indicada, o estudios universitarios en forma crónica. Están empleados en empresas relacionadas con su familia o se dedican a tareas autocalificadas de artísticas o artesanales, o disimulan su desempleo mientras son en realidad mantenidos económicamente por sus padres, aun en el caso de estar ya casados o viviendo separadamente de su familia. Tienen personalidad inmadura e hipersensible. Esconden sus fracasos en fantasías de prosperidad y éxito rápido más o menos elaborados. Con aparente autosobreevaluación pero con in-

tensa melancolía. Reiteradas simulaciones o tentativas suicidas. Habitualmente han cometido hurtos en la familia. Pueden tener antecedentes legales por contravenciones, en especial de tránsito, estafas, falsificaciones y, sobre todo, tenencia, consumo y tráfico de drogas.

Comienzan el consumo entre los 15 y los 21 años. Generalmente con marihuana, cocaína y antiparkinsonianos. A menudo continúan luego con alcohol, benzodiazepina, endorfinosímiles.

En resumen, la característica más patógena del Tipo 1 es la incapacidad de brindar un espacio hogareño mínimo a su hijo en edad escolar; la del Tipo 2, la de responder con violencia a la dificultad de adaptación de sus preadolescentes, y la del Tipo 3, la de negar y ocultar los problemas intrahogareños; y en los tres, la falta de verbalización de sus conflictos.

En todas estas familias la dificultad para asumir la verdad hasta que la evidencia sea irrefutable, y los obstáculos para encarar el problema, permiten que el adolescente progrese en el consumo indebido durante meses o años antes que la familia admita que tiene un enfermo consumidor.

Cuando por fin aceptan el diagnóstico, la actitud habitual de las familias Tipo 1 es la resignación pasiva del "nosotros qué podemos hacer"; las del Tipo 2, es la represión agresiva del "a este conviene azotarlo, encerrarlo, etc.", y las del Tipo 3, es

la obligación meramente económica del "doctor, atiéndalo, dígame cuánto cuesta, no tengo mucho tiempo para acompañar el tratamiento".

En todas se evidencia la falta de compromiso auténtico con el paciente ■

## Adolescentes

*No son jamás como uno quiere  
gatos rondando en otros techos  
con exasperantes secretos  
de sonámbulos onanistas  
que de pronto salen con alas  
a menearse en sus aquelarres  
desamparados y estridentes  
uniéndose para acabarnos.  
Enigma para olvidantes  
(A tu edad yo era diferente)  
Pegan basuras en cuadernos  
o les da por empuñar fuego.  
Modificarlos queríamos  
castrar sus pelos y guitarras  
pero que de pronto se caigan  
a llorar sobre nuestro pecho  
petrificado de fracaso.*

María Elena Walsh  
de "Los poemas"

Ed. Sudamericana, Bs. As., 1984.

# La hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil en la ciudad de Buenos Aires

Entrevista al  
Dr. Roberto Yunes

Médico psiquiatra. Especialista en Psiquiatría Infantil. Director del Hospital Infanto-Juvenil "Carolina Tobar García"  
Ramón Carrillo 315. Cap. Fed.

Por J. C. Stagnaro



*Vertex:* ¿Cuáles son las características actuales del

*Hospital Infanto Juvenil "C. T. García"?*

**Roberto Yunes:** Este es el único hospital monovalente, es decir exclusivamente psiquiátrico, dedicado a la atención de niños y adolescentes en nuestro país y en América Latina, y es por lo tanto el único que brinda internación psiquiátrica infanto-juvenil. El Hospital posee un servicio de Hospital de Día con 60 plazas en el turno matutino y 60 en el vespertino, un Servicio de Internación con 60 camas -30 para varones y 30 para mujeres- y un Departamento de Psiquiatría y Psicoterapia que brinda asistencia psicoterapéutica individual, grupal, familiar y psicofarmacológica. Además hay Servi-

cios que llamamos intermedios (musicoterapia, psicomotricidad, terapia ocupacional, etc.) agrupados en un Departamento de Rehabilitación.

Hay también Departamentos de Enfermería, Servicio Social, Servicios Clínicos auxiliares, Medicina Legal y Docencia e Investigación.

El Hospital cuenta con 239 agentes rentados en concepto de todas sus actividades profesionales y no profesionales además de 23 residentes y 19 profesionales en el Servicio de Guardia. Un número de 133 concurrentes "ad honorem" en las distintas áreas profesionales completa el plantel asistencial.

*Vertex:* ¿Y en cuanto a la casuística y problemática clínica que reciben?

**R. Yunes:** A pesar de tratarse de población joven su patología, en muchos casos, puede ya considerarse cronificada puesto que han padecido durante años su enfermedad sin ser atendidos en forma adecuada. Ello se debe a veces a causas familiares, pero en la inmensa mayoría a falta de detección precoz, a carencias de servicios adecuados o a condiciones socio-económicas que impidieron un correcto tratamiento.

De ello se deriva que los pacientes que recibimos presentan una patología sumamente comprometida y con muchas complicaciones en el plano social que ensombrecen su pronóstico.

*Vertex:* ¿Cuál es la incidencia de problemas jurídicos?

**R. Yunes:** El 70% de los internados son derivados por orden judicial y muchos de ellos no tienen familia continente; por lo tanto producida el alta clínica pero no la judicial y careciéndose de instituciones intermedias suficientes para su derivación, los jueces prolongan el período de internación con los riesgos iatrogénicos que esto origina.

*Vertex:* ¿Qué características presenta la internación de adolescentes en el momento actual?

**R. Yunes:** Hay una tendencia al aumento del número de adolescentes respecto de la población total que se interna. A pesar de que no aceptamos cuadros de toxicomanía pura empezamos a observar la aparición más frecuente de psicosis tóxicas y sobre

### Egresos según diagnóstico\*, edad y sexo

Octubre-noviembre-diciembre de 1993

DIAGNOSTICO	Sexo		Subtotal	% del total
	M	F		
Esquizofrenia	8	4	12	19,35
Neurosis	-	6	6	9,68
Sindr. de despersonaliz.	9	6	15	24,20
Psicosis infantil	2	2	4	6,45
Trast. expl. de la person.	6	1	7	11,30
Anorexia nerviosa	1	1	2	3,22
Adicc. a drogas	1	-	1	1,61
Trastorno afectivo	2	3	5	8,06
Trastorno de conducta	3	-	3	4,83
Retraso mental moderado	1	-	1	1,61
Otras (Reacc. de adapt., estado conf., sociopatía)	2	4	6	9,68
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>

EDAD DE EGRESO	M	F	Total	Promedio de edad al egreso
13 a 18 años	32	22	54	M= 15,7 años
12 y menos años	4	4	8	F= 14,7 años

\* Hasta 1993 se usaron en el Hospital los criterios del ICD9

todo empiezan a aparecer pacientes con test HIV+ para los cuales no tenemos derivación posible ni servicio especializado.

Otro aspecto es que recibimos gente de clase media pauperizada en mayor número. No es que los sectores más desfavorecidos no enfermen, es que ni siquiera pueden costearse los gastos (viajes, lucro cesante, etc.) para venir a atenderse. Como siempre la pobreza obstaculiza de mil maneras el acceso a la salud.

#### Vertex: ¿Propuestas de solución...?

**R. Yunes:** Por supuesto que un mejoramiento de las condiciones socio-económicas generales, el cumplimiento más efectivo de algunas leyes: por ejemplo, la ley de discapacitados obliga a las empresas a contratar a cierto número de ellos, pero esa disposición

no se cumple, o si alguno la acata prefiere tomar discapacitados motores. La locura asusta y nuestros pacientes jóvenes tienen doble dificultad para encontrar una salida laboral: por ser jóvenes y por haber estado en tratamiento psiquiátrico.

Se están ensayando con creciente éxito algunas experiencias como el Programa Cuidar-Cuidando (ver este mismo Dossier, N. de la R.) o nuestra participación en el emprendimiento autogestionario de La C.A.S.O.N.A. en el Barrio de la Boca.

Debemos trabajar mucho más estrechamente con los jueces y con las instituciones intermedias de minoridad, educación, etc., a fin de dar una respuesta comunitaria -hoy casi inexistente- a la reinserción de nuestros adolescentes con sufrimiento mental ■

### Datos estadísticos comparativos de internación

años 1991 - 1992 - 1993

Años	Ingresos	Total de egresos	Altas	Abandonos	Promedio estad./día	Promedio pac./día	% de camas ocup./día	Giro cama*
1991	124	113	110	3	91	36	69	2
1992	163	164	162	2	105	50	92	3
1993	176	184	184	-	124	51	91	3,3

\* Cantidad de pacientes que recibe una cama por año

# Programa Cuidar-Cuidando: Pasado Presente y futuro

Hugo Massei\*  
Juan Carlos Vasen\*\*

\*Médico, especialista en Psiquiatría Infante Juvenil. Instructor de programas especiales de la M. C. B. A. Coordinador general del programa "Cuidar-Cuidando"

\*\* Médico, Psicoanalista, especialista en Psiquiatría infantil. Jefe del Servicio de Psiquiatría Social y del Sector Niños del Hospital de Día Hospital Infante Juvenil "C. Tobar García". Ramón Carrillo Bis. Tel.: 26-6128 (1275) Cap. Federal.

*"Estos son los tres principios de mi moral y mi ética.*

*Primero: un principio de oposición. El rechazo a todo lo que se nos impone o propone como evidente.*

*Segundo: un principio de curiosidad. La necesidad de analizar y saber, ya que ninguna acción puede realizarse sin reflexión y comprensión.*

*Tercero: un principio de innovación. La búsqueda de aquellas cosas pensadas o imaginadas.*

*Para sintetizar: oposición, curiosidad e innovación"*

M. Foucault

## Pasado

El programa "Cuidar-Cuidando" nació hace ya más de tres años con la intención de *gestar un espacio intermedio entre las Instituciones* (Hospitales, Centros de Salud, Escuelas) y *el afuera* para aquellos niños y adolescentes que por la complejidad de sus problemáticas personales y familiares o el desamparo social en el que están sumidos, encuentran serias dificultades para insertarse nuevamente de un modo creativo y no robótico en el medio que debería garantizar su constitución y desarrollo y los aprendizajes necesarios para el despliegue de sus potencialidades.

Un medio que en algún momento contribuyó a marginarlos, segregándolos como "cuerpos extraños".

Se trataba de encontrar *nuevas maneras y nuevos espacios* para facilitar un proceso que suele transcurrir a *destiempo*.

Ya que si las primeras marcas de la cultura suelen imprimirse sobre este territorio extraordina-

riamente fértil que es un recién nacido, la *tarea de resocialización* implica una inevitablemente tardía segunda vuelta ante las limitaciones o los fracasos de la primera.

Esto nos suele confrontar con seres en cierto modo "desangelados", como si se tratara de un material parcialmente fraguado para recibir las marcas y los ecos de una transmisión que podría servirles como trampolín, y dificultados a la vez para participar activamente de aquellos espacios de intercambio donde podría serles posible salir del lugar de ser meramente receptores objetalizados de cuidados (o maltratos).

Desde un comienzo el programa les ofreció un lugar diferente no sólo en lo geográfico: el zoológico es un espacio extramural en relación a las instituciones psiquiátricas, un lugar donde la naturaleza intenta ser trabajada por el hombre, cuidada, aún al precio del cautiverio. Es además un lugar diferente en un registro simbólico, por lo menos por dos motivos: en primer término porque aquí son *ellos los que cuidan*, y en segundo porque *esto ocurre en un espacio asignado culturalmente no a la enfermedad sino a la infancia*.

Existía en un conjunto de profesionales de distintas disciplinas un antiguo malestar ante las serias dificultades para encontrar dispositivos que permitieran un abrir, una continuidad entre el adentro -a veces asfixiante- institucional, y un afuera con el cual no se hallaban canales fluidos de comunicación, a pesar de numerosos intentos fallidos o con logros parciales.

Es en ese contexto que surge el Programa Cuidar-Cuidando como una idea, propuesta y escuchada, que comienza a ser desa-

rollada por personal tanto de nuestro hospital como del zoológico de la ciudad de Buenos Aires.

Si pudiéramos reflejar otros malestares a los que también sale al cruce nuestra propuesta, vale recordar del lado de la institución hospitalaria un graffitti y un comentario que recogimos allí:

*"En este lugar, todo encuentro casual es una entrevista"*

(escrito en una de las paredes del servicio de internación)

*"Estábamos aquí, en nuestro cautiverio"* (Mariela)

Del lado del Zoológico: en el recinto de los elefantes se puede leer en un cartel explicativo que "R es un cuidador cuyo padre y abuelo también lo han sido". Allí recomienda a los visitantes consultarlo pues "tiene cosas muy interesantes para relatar".

¿Y si nadie le preguntara nada?

Es por esta vía que nos pareció detectar la necesidad de receptores activos para una transmisión a la que las condiciones habituales de trabajo no hacían lugar. Es en este mutuo hacerse falta donde tomó cuerpo lo que aquí estamos historiando.

A comienzos de noviembre de 1990 un grupo de profesionales entre los que contábamos con Asistentes Sociales, Terapistas Ocupacionales, Acompañantes Terapéuticos, Psicólogos y Psiquiatras, mancomunadamente con personal del Zoológico que incluía Cuidadores, Guías, Biólogos, Veterinarios y Empleados, comenzamos a recorrer este "invento" de la mano de ocho niños y jóvenes que eran atendidos, en distintos Servicios del Hospital Carolina Tobar García, por cuadros que revestían cierta gravedad. La frecuencia con la

que iniciamos la actividad fue de una vez a la semana.

El programa ofrece a los chicos y jóvenes un lugar de aprendiz al lado de un cuidador o trabajador del Zoológico, haciéndoles acceder al bagaje de saberes de un oficio con tradición e innegable encanto.

El equipo transdisciplinario descrito que está a cargo de este Programa, incluye a profesionales de planta del Hospital Carolina Tobar García y colaboradores que sostienen la posibilidad de

ria en un marco social y una época determinada, renombrando y permitiendo operar allí a las dimensiones constituyentes y reparatorias que una comunidad puede poner en juego cuando se reconoce y facilita su accionar.

Las que se ponen en juego en este programa han sido descritas en un trabajo anterior(2), al que remitimos al lector. En éste las agruparemos en dos vertientes:

- *Institucional*: uno de nosotros ha planteado(3) que en la heterogeneidad de las ins-

cas de encierro y aplanamiento simbólico que Mariela refleja en su comentario.

Una segunda, *tecnocrática* –que el graffitti denuncia– pone el acento en la funcionalización como indicadora de salud pero al precio de una integración que muchas veces se convierte en robótica y que deja a los sujetos fuera del campo de las decisiones que lo implican. Nuestra apuesta es inscribir este programa dentro de una corriente alternativa cuyos paradigmas de salud contemplan una integración muchas veces ruidosa y no exenta de conflicto que permita el mayor despliegue simbólico, y de praxias e incorpore



que una *Dimensión no disciplinaria* (aquí representada por los cuidadores) pueda operar eficazmente.

Quizás sea éste el aporte teórico más importante: el hecho de hacer lugar en un espacio comunitario preexistente –y no en un taller protegido u otra dependencia del campo psiquiátrico– a quienes están quedando fuera de las temporalidades, tramas consensuales y geografías que permiten a un sujeto inscribir su histo-

tituciones de Salud Mental es posible recortar tres corrientes coexistentes sujetas a predomios no siempre estables: una *corriente asilar* cuyo paradigma de salud es transportado desde los de la medicina que la estipulan como “el silencio de los órganos” con lo que se objetaliza a quienes demandan asistencia y se convalidan prácti-

a las decisiones a quien solicita nuestra ayuda.

De lo contrario nos situaríamos como aquel mono del cuento que rescataba a los peces del agua para evitarles el riesgo de ahogarse.



• *Resocializante*: Entendemos como socialización a los procesos erogenizantes y simbólicos que hacen de una cría humana un ser de cultura. Intentamos abrir para sus fallas e insuficiencias un ámbito donde éstas puedan ser re-trabajadas y re-significadas.

Es aquí donde apostamos a la eficacia de las dimensiones no-disciplinarias a que hicimos mención. Una eficacia que se apuntala en las cualidades humanas puestas en juego, en las peculiaridades de una tarea que vuelve a poner en movimiento la posibilidad de sensibilizarse a las necesidades y demandas de otros (animales) con lo que esto promueve en relación a las propias, a la puesta en juego de la pulsión de dominio y a la posibilidad –que estimamos fundamental– de emergencia de la ternura. A la instauración de nuevas posibilidades de procesamiento ante el reguero identificatorio que por trabajar con otros –cuidadores– decanta, y por la constitución de un horizonte de metas futuras alcanzables en el plano vocacional. Todo ello en un contexto re-signador por el peso simbólico resocializante que supone la integración efectiva a un ámbito como el Zoo, que no es para ninguno de los participantes el nombre de ningún hospital ni enfermedad, sino otro de los nombres de la infancia.

Podríamos delimitar una dimensión “materna” ligada al cuidar que se emparenta con la ternura y con esa metáfora de lo pulsional que es la naturaleza y una “paterna” ligada a la transmisión de un bagaje de saberes y emblemáticas que se vehiculizan a través del *jugar* (a ser cuidador) el aprender (un oficio) y el *trabajar*(4).

Antes de acercarnos al presente queremos destacar el modo en que la Dirección del Hospital apoyó –aún en momentos difíciles– lo que era una promesa incierta colaborando con la firma de un convenio interinstitucional aún vigente.

Cuadro 1

*Datos estadísticos del período 1990-1993*

Total de participantes	71
% mujeres	25
% varones	75
Participantes actuales	36
Becados a la fecha	9 (25% sobre 36)
Abandono por no adaptación	3 (4% sobre 71)
Abandono por causas no relacionadas con el programa (fugas, embarazos, mudanzas, etc.)	14 (19%)
Egresos (reescolarización, hogares, granjas)	10 (14%)

El presente

*“Cuando existen esperanzas con respecto a las cosas interiores, la vida instintiva es activa y el individuo puede disfrutar del uso de sus impulsos, incluyendo los agresivos, para reparar en la vida real lo que ha dañado en la fantasía. Esto constituye la base del juego y del trabajo”.*

D. Winnicott

Participan actualmente del Programa unos 40 chicos y jóvenes cuyas edades oscilan entre los 10 y los 18 años, que son atendidos en los diferentes Servicios del Hospital Carolina Tobar García (Consultorios Externos, Hospital de Día e Internación), o que transcurren una escolaridad especial en los Centros Educativos para Niños con Trastornos Emocionales Severos (CENTES N° 1 y 2) dependientes de la M.C.B.A.

Los espacios ocupados por ellos son: el *Economato*, donde se preparan las dietas cuidadosamente individualizadas, el *Serpentario*, que agrega a lo anterior la atención de reptiles enfermos y sus crías, las diversas *Pajareras*, con similares funciones, al igual que el *Monario*, los recintos de *Jirafas* y *Bisontes*, la *osera*, los recintos de *ciervos* y *vicuñas*, etc., quedando como tareas de menor complejidad el *espumado de los lagos*, y la pesca de pequeños peces co-

mo alimento para diversas crías. También se abre la perspectiva de trabajar al lado del *Jardinero* y el *Electricista*, y desde hace muy poco tiempo la integración a diversas tareas de la *Granja Educativa* recientemente inaugurada.

Los participantes concurren entre un vez a la semana y todos los días de acuerdo a sus posibilidades, que el equipo evalúa previamente sobre el terreno. Se va produciendo una familiaridad con tareas y personas y una apropiación paulatina de los lugares de inserción ofrecidos y elegidos.

Existe además la posibilidad de acceder a una *Beca* (actualmente disponemos de 9) cuyo monto oscila entre 50 y 250 pesos por mes por 4 horas diarias, en una labor que implica el ir asumiendo mayor compromiso y responsabilidades ya sea en relación con un sector específico del jardín, de la granja o con un cuidador en particular.

La actividad de los Becados comienza a las 9 hs. y se desarrolla entre 2 y 5 días a la semana, la de los restantes a las 9.30 hs. extendiéndose ambas hasta las 13 hs. Luego del almuerzo con integrantes del equipo se desarrollan actividades recreativas o formativas (como por ej. un “Curso” de Cuidadores impartido por personal técnico y profesional del Zoo).

Ultimamente se han integrado niños y jóvenes del Hospital de Tarde “La Cigarra” y de otras ins-



cionales en las que contamos con la inestimable colaboración de la Lic. Mónica

tituciones privadas.

Las cifras mencionadas en el Cuadro I tal vez no reflejan las dificultades por las que hemos atravesado como consecuencia de encarar una propuesta como ésta con un equipo transdisciplinario que se fue conformando y ampliando al calor de la misma.

Formar parte de este conjunto ha sido una experiencia enriquecedora que ha dejado, entre otras marcas, la convicción de la factibilidad de un trabajo transdisciplinario a partir de lecturas y aportes específicos, que dentro de los límites del recorte acotado de la práctica social que supone,

cada disciplina puede hacer respetando e interesándose por los saberes y lenguas extranjeras a sus confines.

Cada disciplina genera y legitima teóricamente sus quehaceres que, siguiendo el ejemplo del programa, requieren de otros; nos hacemos falta –también nosotros– mutuamente.

Todo este bagaje de ideas, intuiciones y prácticas fue siendo elaborado mancomunada y también conflictivamente muchas veces en reuniones semanales de equipo, y en otras destinadas a retribajar las vicisitudes institu-

ca Arredondo y la Dra. Liliana Lamovsky, ambas integrantes del equipo "H-B" que coordina el Dr. Fernando Ulloa.

Un aspecto de particular importancia es el contacto con el personal y cuidadores del Zoo, que se ofrecen voluntariamente para tomar a su cargo la formación de los jóvenes en sus oficios, y se encuentran con diversas dificultades proporcionales a la gravedad de las problemáticas que éstos presentan. Ellos, acos-

tumbrados a "tomarle el tiempo a los animales" se toman y dan a los chicos -muchas veces genialmente- el tiempo para que, *en sus tiempos* puedan asimilar lo transmitido.

Esa no violentación, ese respeto por los otros en su diferencia, nos llevó a estar permanentemente en contacto con ellos pero de acuerdo a sus modalidades, y no a las nuestras. Esto implicaba aceptar su alteridad de cuidadores al campo "psi", no adoctrinarlos sino compartir, aprendiendo ambos la experiencia de abrir este espacio de ellos a chicos y jóvenes, a quienes ambos intentamos posibilitar una nueva umbilicación simbólica.

En esta tarea de nexo es de fundamental importancia la gestión plena de tacto y calidez que lleva adelante Vicente De Gemmis.

#### El futuro

Hablar del futuro del programa supone abarcar cuando menos, dos ejes esenciales: su *re-dimensionamiento* y sus posibilidades de *sostenerse económicamente* (5, 6).

Re-dimensionarlo es retomar en otros términos esa necesidad de un "afuera" que si antes lo era del hospital ahora pasa a ser un *afuera del Zoo* y un *afuera del programa*.

Nos damos cuenta que el modelo de relación aprendizaje-trabajo-tiempos que se desarrolla en el Zoo es más propio de los remanentes semif feudales que subsisten en nuestra estructura productiva, que de los tiempos y habilidades operativas que se requieren en el común de los trabajos, donde la cámara relativamente lenta es sustituida por una suerte de "Tiempos Modernos" y las relaciones altamente personalizadas por un creciente anonimato.

Esta "Mac-donaldización" del universo laboral es una barrera impenetrable y excluyente para quienes se encuentran con minusvalías en este terreno.

El programa se torna utópico ante estas realidades si no intenta abrirse a otras actividades ligadas de diferente manera a la producción y a nuevos espacios más allá de él, sabiendo que así como puede haber nobleza en el trabajo también hay alienación, pero se trata de problemáticas que un programa de re-socialización no puede eludir.

En este sentido estamos explorando diversas posibilidades de plasmar ya sea pequeñas unidades productivas o bien la incorporación de nuestros "egresados" a ámbitos más serializados en los diferentes escenarios rurales o urbanos que nos ofrece este fin de siglo.

En relación al sostén económico del programa que hasta ahora corre por cuenta del Hospital (sueldos-transporte) y del Zoo (Becas-comida) estamos intentando acceder a aportes que nos permitan remunerar a nuestros colaboradores honorarios y ser trampolín para ampliaciones y variaciones.

Finalmente nos sentimos orgullosos del *auspicio que UNICEF otorgó a nuestro Programa*. Un reconocimiento que, entre otros, nos permite sostener con cierto optimismo este compromiso y desafío que significa aportar desde instituciones públicas al inalienable derecho a la no discriminación ni descalificación, intentando a la vez favorecer la puesta en juego del mayor despliegue posible de aquellas potencialidades sofocadas o perturbadas en infancias y adolescencias que aún buscan a qué asirse.

Allí seguimos estando ■

Nuestra experiencia fue sostenida desde un comienzo por seis *Miembros Fundadores*: las Lic. en Servicio Social Adriana Casamayor, Marta Lescure y Nora Maggiore, por el Sr. Vicente de Gemmis que coordina la tarea desde el Zoo donde se desempeña como Guía, por el Dr. Hugo Massei (Coordinador actual del Programa) y por el Dr. Juan Carlos Vasen, ambos Especialistas en Psiquiatría Infantil.

Este núcleo fue acompañado por diferentes colaboradores que por diversos motivos se alejaron -queremos recordar en particular a Carlos Palma y Laura Pezzoli, ambos Terapeutas Ocupacionales- hasta que se estableció un staff de *colaboradores permanentes*: la Terapeuta Ocupacional Soledad Calveyro, las Lic. en Psicología Yamila Comes, Bettina Nanclares y el Lic. Martín Smud, las estudiantes en Psicología Marina Feldman y Debora Sznajder y la Sra. Lidia Muro. También participaron durante un tramo de nuestro recorrido las Psicopedagogas Cecilia Caínzos y Verónica Gambini que se desempeñan en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

La tarea de los alumnos de los CENTES N° 1 y 2 en el Zoo fue y es acompañada por sus docentes y avalada por las Direcciones de ambos establecimientos.

H. M. y J. C. V.

#### Bibliografía

1. Massei, Hugo, "Del Invento a la Herramienta" (Ficha de circulación interna).
2. Vasen, Juan y Hugo Massei, "El zoológico, espacio de re-socialización", "Cuadernos del Niño/s N° 1" y "Día
3. Vasen, Juan, "Frasas de niños y corrientes de la vida Institucional", presentado en el 4° Congreso del Hospital C. T. García, noviembre de 1993.
4. Vasen, Juan, "A tres años de Cuidar
5. Barembilit, Valentín, Comunicaciones personales.
6. Stolkiner, Alicia, Comunicaciones personales.

# El adolescente borderline en la clínica actual

Blas Corsaro

Doctor en Psicología, Profesor adjunto de la Cátedra Psicopatología de la Universidad del Salvador. Marcelo T. de Alvear 2442, 6º, 24, 1122, Buenos Aires, Tel.: 962-7504

## Los profesionales y los adolescentes Borderline\*

Los adolescentes borderline (en adelante: b.), en la literatura también se los menciona como fronterizos, límites, de desarrollo atípico o estados preesquizofrénicos, entre otras denominaciones. Así se hace mención a una categoría polémica y problemática: dicho diagnóstico es aún controvertido hasta para los adultos. La mayoría de los profesionales, a nivel internacional, aceptan esta categoría psicopatológica. Otros, los menos, no. En Argentina, de 400 psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, el 73% dijo que lo acepta, 21% que lo rechaza y el 6% se abstuvo. De los 400, el 63% atendió adultos b.(9c).

Para la adolescencia, la situación actual es:

a. tampoco la totalidad de los profesionales acepta este diagnóstico;

b. por estar el adolescente en proceso de consolidación psíquica, no hay patologías cristalizadas. Por ello, se pueden presentar aspectos normales y rasgos neuróticos, psicóticos, psicopáticos u orgánicos. Dado este proceso lo "patológico" de hoy puede ser "normal" mañana o viceversa; y

c. en la adolescencia los aspectos neuróticos y psicóticos, pueden irrumpir con inusual violencia. Al igual que en el adulto, en los adolescentes b., se suele decir que "están al borde

de", "en la frontera de" o "entre la neurosis y la psicosis". Sin embargo, con b. "queremos significar un conjunto sindrómico peculiar, específico, autonómico y distinto de otros cuadros. No queremos decir con b. que son pacientes que están al borde de un brote psicótico o en la frontera del mismo"(17). Con los adolescentes b., hay pocas estadísticas con investigaciones cuantitativas y comparativas que puedan demostrar su presencia o ausencia. "Más llamativo aún es lo escaso de la casuística publicada en este terreno"(26). La mayoría de los trabajos hacen inferencias partiendo de los resultados de las investigaciones de adultos o de informes de casos individuales.<sup>1</sup>

## ¿Hay borderline en la adolescencia?

La pregunta se reitera en ámbitos teóricos, clínicos y de congresos. Al revisarse la literatura internacional entre 1952 y 1974, se encontró que de 26 casos de niños y adolescentes, cinco eran prelatentes, nueve latentes, cuatro púberes y ocho adolescentes (25a).

Escandinavia. Veintinueve niños, de dos a 13 años hospitalizados por psicosis borderline, fueron rediagnosticados entre los cinco y 20 años del primer examen. De ellos, cinco todavía eran b., cuatro manifiestamente psicóticos, tres moderadamente trastornados (algunos síndromes neuróticos), seis severamente neuróticos y 11 libres de síntomas(33). En otra muestra, sobre 322 admisiones consecutivas, seis niños eran b. En el seguimiento (de 20 años), tres de los

seis no habían tenido hospitalizaciones psiquiátricas posteriores. Los otros tres, sí. De éstos, dos eran b. y otro tenía trastorno de carácter esquizoide(10). Se destaca que "en estos estudios los criterios diagnósticos no estaban especificados"(7).

Dinamarca. Se estudió la evolución de 50 niños psicóticos b. y 50 adolescentes psicóticos que habían sido admitidos en el departamento de psiquiatría de adolescentes en un hospital de Copenhague. De estos 100 pacientes, 21 fueron b. en su niñez y 22 sanos aunque "raros", "singulares". Estos números no se modificaron dentro de las proporciones de los posteriores desórdenes psicóticos y borderline(1, 2). Conviene reparar en:

a. Aarkrog(1, 2) informó que los diagnósticos pueden cambiar por el pasaje de la niñez a la adolescencia, pero que la sintomatología, permanece similar; y

b. "Desafortunadamente estos datos no fueron presentados de una manera que permita una consideración sistemática de los resultados en el desarrollo y en el pronóstico"(7).

Canadá. Con internos b. se comprobó que el promedio de edad de la primera hospitalización es a los 22 años y ocho meses. "Acerca de la distribución de sexo y promedio de edad concuerda con los resultados de estudios previos" [de otros países](18). En síntesis, la situación actual es que desde la clínica, se demuestra la presencia de adolescentes con diagnóstico b. Investigadores con estudios empíricos, aportan resultados en adolescentes b. desde los 16 años en adelante(16, 19 y 29) (véase también Diagnóstico, más adelante).

\* Este artículo es una síntesis y adaptación de un trabajo más extenso presentado en el VI Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil y Profesiones Afines (Bs. As., Septiembre, 1993).

## Adolescentes borderline en la clínica argentina

Parece lógica la pregunta ¿cómo son los adolescentes b. en la consulta clínica actual? Por razones de espacio, se verá un breve ejemplo.

Es un caso que atendí en 1985 en privado. Sus datos: Miguel Angel, 20 años, argentino, soltero, padre médico, madre empleada (divorciados), dos hermanas (una del segundo matrimonio del padre), bachillerato completo (quiere cursar la carrera de Bellas Artes), sin ocupación. Terapias anteriores: a los 10 años (duró tres), a los 16 y 18 (con promedio de seis meses). Dos con mujeres, psicoanalistas; y la última varón, psiquiatra.

*Inicia la primera entrevista con:* "Yo soy asmático. Anoche tuve una crisis terrible. Estaba muy nervioso. Me puse a pensar por qué podía ser. Se me ocurrió que era por tener que venir a terapia". Hace silencio.

*Saca del bolsillo un papel arrugado Y comienza a leer*<sup>2</sup> "Presentación/ Y en cada estación/ el miedo a seguir/ saber que crecer/ es ir es ir es ir/ Soy (creo) casi un artista/ entre expresionista y romántico/ soy una naturaleza anárquica/ que no logra concretarse/ ni lo contrario/-Soy, a medias, un proyecto de taciturno (aunque/ social) intelectual zurdo (con barba)/ -A medias un punkero totalmente vago/ enfrentando desde una curva (solo)/ a la sociedad represora (también usa /sobretudo)/ -A medias simpático, a medias conversador/ trato una cantidad de gente con la que me com prometo/ sentimental mente a medias, a medias bueno, a media/ consciente, bastante devíl de carácter, no me fanatiza/ me siento a medias deseable, a media presentable, a media sociable/ Soy mediocre en general, a pesar de considerarme/ inusitadamente inteligente (tengo mi hinchada)/ (no me gusta el fútbol)/ sufro/ \*sobretudo el asma, cada vez más/ una constante en cierta lucha por la autodestrucción/ \* y la no concreción de mis 2proyectos/ cualquiera de

ellos el de la autodestrucción o/... alguno/ — Resbalo hipotéticamente libidinoso por una nadería cotidiana/ sin siquiera llevarla a cabo — Tendría que hacer algo — / Dedicué mis últimos (largos) tiempos a la pseudo/ (obviamente)/ segundo búsqueda de liberación de mi vida personal con respecto/ a la de mis padres/ pseudo búsqueda de liberación de una sexualidad abierta/ y múltiple (pseudo asumiendome homo y bisexual)/ -ambas pseudo búsquedas pseudo conducentes a ningún lado-/ Necesito terminar algo/ ser algo/ Ayuda/ -Miguel Angel-

*Le pregunté cómo fue su experiencia en las terapias anteriores. Dice textualmente:* "Cada tanto, me borro de todo. Desaparezco de mi casa, con diversiones superficiales, drogandomé con marihuana. Vienen, me ofrecen de vuelta, caigo nuevamente. Como una vida sensual, que ocupa todo el tiempo y no logro otras cosas. Yo me considero un artista pero no hago ni un cuadro".

*Le interrogué acerca de su vida en el presente.*

"De mi viejo, no existe imagen. Es negativo. A los hombres llega el momento que o los considero fascistas o débiles que los domino enseguida. Me he relacionado con homosexuales. En ellos no busco la imagen masculina pero veo que están en la caricatura como quizás yo en algún momento. Ultimamente estoy tratando de encontrar trabajo o anotarme en Bellas Artes pero ni logro sacar el documento de identidad: voy, hago la cola, pero luego no lo termino. Además está el asma que siempre me sirve de barrera. Asma sufro desde los dos años, relacionada con el nacimiento de mi hermana porque yo soy muy celoso y además un llamado de atención a mi madre y abuela que era una madraza".

*Le invité a que hablara de su primera infancia.*

"A los siete años, mis padres se separaron. Yo ahí conseguí identificarme con la segunda pareja de mi madre. Pero era un hombre muy rígido, con cosas muy marcadas. Pero a esa edad

estaba dispuesto a aceptarlo. Luego me fui distanciando y ahora no nos damos pelota. Con mi papá, la relación había desaparecido pero luego me acerco para pedirle afecto. Como choco bastante, termino pidiéndole plata porque yo a mi viejo lo tengo muy clasificado como negativo porque dentro de mi moral lo veo negativo. Dentro del Proceso Militar estaba en cosas sucias [años 1976-80, dictadura en Argentina con miles de ciudadanos desaparecidos, supuestamente, por acciones subversivas]. Y con las mujeres, se cree Don Juan. Cuando yo tenía que buscar trabajo, hacía cosas por compromiso y siempre metía la pata [cometía equivocaciones<sup>3</sup>] Una empleadora me quiso seducir y terminamos muy agresivos los dos. Me dio empleo pero fue todo tramado por mi viejo que quería que me empleara. El le pagaba para que me tuviera ocupado".

*Por último, le pregunté por qué quería comenzar esta nueva terapia.* "Quiero sentirme más seguro, para hacer cosas. No tengo nada de qué aferrarme, me faltan objetivos. Por ejemplo, ir a trabajar para no mendigar a mi vieja y a mi viejo. Luego me digo: Es más fácil".

Durante las tres entrevistas restantes se efectuó un psicodiagnóstico con tests gráficos y proyectivos: casa, árbol, persona, persona bajo la lluvia, pareja, Gueáltico Visomotor de Bender (el de Relaciones Objetales, de Phillipson, no se pudo iniciar: en la cuarta entrevista dijo "No voy a venir más porque no consigo que mi papá me dé la plata. Tampoco tengo para pagarle estas entrevistas. La poca que consigo, la necesito para comer o para la marihuana. Si consigo trabajo volveré" [hasta la fecha, no volvió]). Con los materiales reunidos, se formuló el diagnóstico de trastorno b., según DSM-III(4) porque cumplía con los ítemes que allí se solicitan. Su brusca interrupción, se debió a motivos económicos reales y de otro tipo. Se hacía evidente que vivía en condiciones externas e internas

que le llevaban a "borrarse" de esta terapia, tal como dijo que hizo en las anteriores, y... del mundo: "Cada tanto, me borro de todo". No se estaba en presencia de un psicótico: explorado con detenimiento, conservaba la *prueba de realidad* (hasta el presente, es el mejor elemento para un diagnóstico diferencial con la psicosis. "La presencia o ausencia de prueba de realidad diferencia la organización límite de las estructuras psicóticas", (13). Respecto de la crisis por asma que mencionó en la primera entrevista, esto suele ser común en estos pacientes, tal como se documentó en otro trabajo(8).

### El aparato psíquico del borderline

Los autores psicoanalíticos freudianos sostienen que en los b. falta armonía y equilibrio entre las estructuras psíquicas (superyó, yo, ello). Al investigarse el yo, el promedio final del desempeño de las funciones yoicas es: en los psicóticos 1-6; en los b., 4-8; en los neuróticos 6-10; y en los normales 8-13(6, 11). Los impulsos desneutralizados, exigentes, poderosos, tienden a invadir las operaciones yoicas de manera persistente. Esto llevaría a que se anule la represión. El proceso primario suele dominar pensamientos, sentimientos y conductas. La fantasía suele reemplazar a la realidad. El aparato psíquico del b. muestra fallas desiguales en las tres tareas del desarrollo mental normal:

1. adquisición de la posibilidad de diferenciar self y objetos y sus representaciones;
2. capacidad de reconocer, tolerar y manejar la separación, la pérdida y las injurias narcisísticas; y
3. internalización de una identificación yoica y una autoestima que permite auténtica autonomía y capacidad de mantener relaciones diádicas estables(34).



### Etiología

La mayoría de los autores consideran que ciertas alteraciones en el desarrollo o un defecto en el crecimiento, causan la patología b. Entre las hipótesis etiológicas más divulgadas y aceptadas, se cuentan las de Margaret Mahler(21, 22 y 23).<sup>3</sup> Las alteraciones en el desarrollo tienen un eje central: las relaciones tempranas entre madre-hijo, entre 5 y 36 meses, durante el período separación-individuación y más precisamente en la subfase de reaceramiento: 14 a 22 meses(23). Sin embargo, aún no está comprobado que sea lo único. Sí, se acepta

que intervienen "algún rasgo constitucional"(31) y "una combinación de vulnerabilidad biológica y traumatismos tempranos en el desarrollo"(3). Hoy se afirma: "Hay poca evidencia en nuestros resultados que sustente [que la causa se deba a] un sólo trauma en alguna fase particular del desarrollo. En su lugar, el trauma fue acumulativo en sus efectos, y los sucesos traumáticos en la temprana niñez tendían especialmente a ser asociados con un resultado borderline"(20).

## La cuestión del diagnóstico

La atención de adolescentes b., demuestra que pertenecen a la psicosis o neurosis. Tampoco entran y salen de ellas. Aunque tienen fluctuaciones, muestran cierta estabilidad que se caracteriza por su estable inestabilidad (obviamente que aquí no se alude a la inestabilidad de la adolescencia). Al tratar a los b. adultos se comprueba que las dificultades diagnósticas que presentan "de grandes", son las mismas que de niños y adolescentes. Esto se debe a que sus vidas presentan el mismo *continuum* de inestabilidad. Diversos trabajos en los que se diagnosticaba a los niños como b., recalcan que muchos rasgos que resultaban imposibles de ser diagnosticados, frecuentemente aparecían en la literatura del adulto como asociados con la psicopatología b.(12). En EE. UU. se demostró que el criterio diagnóstico del DSM-III (para el b. adulto)(4), pudo distinguir a diez niños en la edad de latencia con psicopatología borderline psicótica(27). Al investigarse 102 niños, el 54% de aquellos con conductas suicidas o de robos, se encontraban en el criterio del DSM-III para personalidad b.(28).

## Formulación del diagnóstico

*Argentina.* Sobre la base de la casuística internacional b. infanto-juvenil (26 casos), Paz, Peleno y Olmos de Paz (25b), elaboraron la lista con las características esenciales de estos pacientes. No se especifica cuántas de ellas son necesarias para formular el diagnóstico b.

*EE. UU.* Según algunos investigadores (16, 19 y 29) los criterios diagnósticos del DSM-III (4) para b. adultos, son válidos para los adolescentes, a partir de los 16 años. En este sistema, se dice que son necesarios cinco de los ocho ítems para formular el de *trastorno b.*

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico b. en la adolescencia se debe diferenciar de: crisis propias de la adolescencia normal(14, 15), trastorno de identidad y trastorno esquizotípico(5) y otros propios de la adolescencia(13).

## Signos y síntomas del adolescente borderline

En la clínica, como en la literatura, hay sobradas razones para hallar adolescentes que merecen ser diagnosticados como b. según el DSM-III-R. Las irrupciones propias de la adolescencia, en los b. son más sísmicas y volcánicas. Así, las *relaciones interpersonales*, conflictivas desde siempre, adquieren violentas aristas. La *impulsividad* puede alcanzar niveles preocupantes, especialmente cuando lo relativo al sexo acentúa la promiscuidad, la drogadicción y los típicos problemas de delincuencia o fugas. Comparados los esquizofrénicos con los b., aquellos son "más pasivos en general. La huída no era común entre los esquizofrénicos de cualquier edad"(30). Los cambios del *estado de ánimo*, tan común en los adolescentes, en los b. hacen que su afectividad sea marcadamente inestable y caótica. Las escenas de ira, llevan el sello de descontrol brusco e imprevisible. Aunque las *amenazas de suicidio* igualmente comunes en los adolescentes, en los b. están presentes con mayor frecuencia o muy asociadas a las *automutilaciones* que infligen sobre su cuerpo. Acerca de la *identidad*, precaria en los adolescentes, en los b. se cristaliza. La desorientación respecto a su presente y futuro es tan manifiesta que dudan... hasta de su propia persona. Y lo que es peor aún: sufren intensamente al no poder responderse ¿quién soy yo?, ¿qué quiero?, ¿qué espero de la vida? A nivel teórico se afirmó: "¿Quién de nosotros no se ha preguntado en la adolescencia ¿Quién soy yo?, ¿De dónde vengo?, ¿Qué será de mi?

¿Quién de nosotros no ha sufrido, sobre todo en años mozos, de oscilaciones afectivas y de relaciones personales insatisfactorias y tumultuosas. Por otra parte -visto el espectáculo desde otro lado- ¿en qué persona con trastornos de la mente no se descubre una debilidad del yo?"(32). La respuesta *desde la clínica* es: los b., se hacen la pregunta en la adolescencia y tienen serias dificultades o imposibilidades para responderla en el resto de su vida. En el caso presentado de M. A., se evidencia esta desorientación en la identidad. En una reciente investigación(9b) con cuestionario estandarizado para adultos, se pudo comprobar que esta dificultad en los b., se prolonga mucho más acentuadamente en el tiempo. El 95% de los b. contra el 40% de los neuróticos afirmaron: "Desde hace años muchas veces siento -o me dicen- que dudo de mí porque no sé quién soy, cómo soy, qué quiero, para qué vivo, qué espero de la vida". La muestra fue con 20 b. y 20 neuróticos cuya edad promedio fue de 32 y 38 años, respectivamente. En dicha muestra, el 60% de los b. presentó trastornos en la autoimagen mientras que en los neuróticos, ello se evidenció en sólo el 10%(9a).

En la *clínica* se comprueba que, cuando el 'neurótico' o el 'normal' se pregunta ¿quién soy yo?, se lo puede contestar. El b., no puede. Tiene serias dificultades en varias funciones yóicas y en especial en la de síntesis e integración. Por otro lado, no alcanzó a conformar una imagen de sí mismo, de su modo de hacer, sentir y pensar. Desde la clínica es imperioso contar con diagnósticos diferenciales para así poder distinguir, en primer término, a un adolescente b. del psicótico, neurótico o del "normal" en plena crisis adolescente. El diagnóstico, si se lo concibe como plan de trabajo, permitirá saber cuán lejos o cerca estamos de la erupción del volcán o... de los fuegos artificiales de un adolescente más turbulento ■

## Notas

1. Acerca de los motivos de consulta en la clínica actual, véase (25, 26). De EE. UU.: (13). Acerca de la casuística de Masterson (24), su particular modo de diagnosticar a los adolescentes b. ofrece muchas dudas de que realmente ellos lo sean.

2. Luego de leerlo lo dejó en el consultorio. La transcripción es textual. Se reproducen lo más fielmente posible los símbolos usados y el semi caos espacial del paciente. El signo / equivale a que en el original estaba en el renglón siguiente. La letra, es débil y en partes ininteligible.

3. Las hipótesis postuladas por diversos autores, se consignan en otro trabajo (9: cap. 8).

## Citas Bibliográficas

- Aarkrog, T., "Psychotic and borderline adolescents: Frequency of psychiatric illness and treatment in childhood in 100 consecutive cases". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1975, 52: 58-68 (citan Cicchetti y Olsens, 1990, p. 364).
- Aarkrog, T., "Borderline and psychotic adolescents: borderline symptomatology from childhood -actual therapeutic approach". *Journal of Youth and Adolescence*. 1977, 6: 187-197 (citan Cicchetti y Olsens, 1990, p. 364)
- American Journal Psychiatry, *Research on mental illness and addictive disorders*, 1985, 142 (Supplement, 7), p. 25.
- American Psychiatric Association, (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*. 3rd. ed. Washington, American Psychiatric Ass., 1980. Trad. esp.: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 1983.
- American Psychiatric Association, (APA), *Diagnostic criteria from DSM-III-R*. Washington, American Psychiatric Ass., 1987. Trad. esp.: Breviario DSM-III-R. Criterios diagnósticos. Barcelona, Masson, 1988.
- Bellak, L., Hurvich, M., Gedlmann, H., *Ego functions in schizophrenics, neurotics, normals: A systematic study of conceptual, diagnostic, therapeutic aspects*. N. Y., John Wiley & Sons. 1973, p. 338.
- Cicchetti, D., Olsens, K., *Borderline disorders in childhood*. In: Lewis, M., Miller, S. (ed.). *Handbook of developmental psychopathology*. N. Y., Plenum Press, 1990, pp. 355-370, p. 364.
- Corsaro, B., *El paciente borderline en el hospital general. Nuevos métodos de evaluación diagnóstica*. Bs. As., VI Congreso Argentino de Psicología Médica, Psiquiatría de Enlace y Psicoterapia. 1989.
- Corsaro, B., *Diagnóstico Borderline. Cómo reducir el margen de error*. Buenos Aires, Universidad del Salvador. Tesis doctoral, 1992, a. p. 289, b. p. 292, c. p. 316.
- Dahl, A., "A follow-up study of a child psychiatric clientele with special regard to the diagnosis of psychosis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1976, 54, 106-112 (citan Cicchetti y Olsens, 1990, p. 364).
- Goldsmith, L., Charles, E., Feiner, K., *The use of EFA in the assessment of borderline pathology*. In: Bellak, L., Goldsmith, L., "The Broad scope of ego function". Assessment. N. Y., John Wiley & Sons, 1984, 340-361, p. 357.
- Greenman, D. A., Gunderson, J. G., Cane, M., et al., "An examination of the borderline diagnosis in children". *Am. J. Psychiatry*, 1986, 143: 998-1003.
- Kernberg, O. F., *Diagnóstico diferencial en la adolescencia*. En su: *Trastornos graves de la personalidad*. México, *El manual moderno*, 1987, pp. 46-59, p. 37.
- Knobel, M., *El síndrome de la adolescencia normal*. En Aberastury, A. y Knobel, M. "La adolescencia normal". Buenos Aires, Paidós, 3a. ed. 1973, pp. 35-109.
- Knobel, M., *Psiquiatría infantil psicodinámica*. Buenos Aires, Paidós, 1977, pp. 107-108.
- Kroll, J., Sines, L., Martin, K., et al., "Borderline personality disorder: construct validity of the concept". *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, 38: 1021-1026.
- Kusnetzoff, J. C., *El síndrome borderline (pacientes fronterizos)*. En su: "Psicoanálisis y psicoterapia breve en la adolescencia". Bs. As., Kargiemán, 1975, pp. 117-125, p. 117.
- Links, P. S., Steiner, M., Offord, D. R., et al., "Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study". *Can. J. Psychiatry*, 1988, 33: 336-340, p. 339.
- Loranger, A. W., Oldham, J. M., Russkoff, L. M., et al., "Structured interviews, borderline personality disorder". *Arch. Gen. Psychiatry*, 1984, 41: 565-568.
- Ludolph, P. S., "The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history". *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147: 470-476, p. 474.
- Mahler, M. S., *Importancia de la fase normal de separación-individuación con referencia a la investigación de la psicosis infantil simbiótica*. 1965. En su: Estudio 2, Separación-Individuación. Bs. As., Paidós, 1984, 43-49.
- Mahler, M. S., Kaplan, L., *El desarro*llo y la evaluación de las personalidades narcisistas y de las llamadas personalidades fronterizas, 1977. En su: estudio 2, "Separación-Individuación". Bs. As., Paidós, 1984, 145-155.
- Mahler, M. S., La Perriere, K., *La interacción madre-hijo durante la fase de separación-individuación*. 1965. En su: Estudio 2, "Separación-individuación". Bs. As., Paidós, 1984, p. 33-42.
- Masterson, J. F., *Treatment of the borderline adolescent: a developmental approach*. N. Y., Wiley Interscience, 1972. Trad. esp.: "Tratamiento del adolescente fronterizo". Bs. As., Paidós, 1975.
- Paz, C. A., Pelento, M. L., Olmos de Paz, T., *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Bs. As., Nueva Visión, 1976/7, 3 t; a. t. 1. p. 357, b. t 1, p. 400.
- Paz, C. A., Olmos de Paz, T., *Patología borderline en adolescentes. Características del proceso psicoanalítico en ellos*. Jornadas de Psiquiatría Adolescente. Bs. As., Fotocopiado, 1991, p. 6.
- Petti, T. A., y Law, W., "Borderline psychotic behavior in hospitalized children: approaches to assessment and treatment". *J. Am. Acad Child Psychiatry* 1982, 21: 197-202 (citan Greenman y col., 1986, p. 998).
- Pfeffer, C. R., Plutchik, R., Mizruchi, M. S., "Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement, and interrelations". *Am. J. Psychiatry*, 140: 154-157, 1983 (citan Greenman y col., 1986, p. 998)
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Gibbon, M., "Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia". *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979, 36: 17-24.
- Stone, M. H., *The fate of borderline patients. Successful outcome and psychiatric practice*. New York, Guilford Press, 1990, p. 179.
- Vaillant, G. E., Perry, J. C., *Personality disorder*. In: Kaplan, H. L., Freedman, A. M., and Sadock, B. (eds.), 1980, 1562-1590, p. 1582.
- Vidal, G., *En torno a borderline*. En: *Pacientes limítrofes. Diagnóstico y tratamiento*. Dorfman Lerner, B. (comp.). Bs. As., Lugar Editorial, 1992, 270-277, p. 274.
- Wergeland, H., "A follow-up study of 29 borderline psychotic children 5 to 20 years after discharge". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1979, 60: 465-476 (citan Cicchetti y Olsens, 1990, p. 364).
- Zetzel, E. R., "A developmental approach to the borderline patient". *Am. J. Psychiatry*, 1971, 127: 867-871 (cita Paz, 1976, p. 93).



# El desencadenamiento de la psicosis en el período post-puberal

Jean-Claude Maleval

Psicoanalista. Profesor de Psicopatología. Universidad de Rennes II. 6 Avenue Gaston Berger 35000, Rennes, Francia.

• El funcionamiento psíquico del adolescente daría una suerte de modelo "fisiológico" de la psicosis?(1), ¿Una crisis de originalidad juvenil constituiría una *bouffé* esquizofrénica transitoria?(2). Más aún, la esquizofrenia misma ¿no sería una "crisis de originalidad juvenil definitiva" o bien "la locura de las pulsiones eróticas y agresivas" ¿proporcionaría la clave del fenómeno adolescencia?(3). Como hay diversos autores, tanto psiquiatras como psicoanalistas, que se hacen esas y otras preguntas a fin de trabajar sobre un "modelo de ruptura psicótica transitoria de la adolescencia" o sobre "una tentativa de forclusión propia a esa edad"(4) es que conviene señalar en primerísimo lugar, que la adolescencia no es un concepto psicoanalítico. El pasaje de la infancia a la edad adulta no da nacimiento obligatoriamente, a una "crisis psíquica" que caracterice el fenómeno "adolescencia".

Historiadores y sociólogos enseñan que este constituye una creación reciente cuya emergencia en Europa debe situarse hacia mediados del siglo XIX. Ellos señalan que la adolescencia fue el resultado de nuevas condiciones demográficas que implicaban la necesidad de retardar el acceso a la vida adulta, lo que se tradujo desde entonces en una ininterrumpida prolongación de las obligaciones escolares y de la duración de los estudios.

En las últimas décadas el aumento de la desocupación en la edad juvenil ha amplificado el fenómeno. "La adolescencia no existe" afirman correctamente Patrice Huerre, Jean-Michel Reymond y Martine Pagan Reymond; precisemos nosotros, que ella no existe en tanto momento específico(5) e ineludible de la construcción del sujeto. Contrariamente

de lo que opina un psicoanalista que se pregunta sobre la afinidad de la psicosis por la adolescencia, esta última no se encuentra "condensada" en los ritos de iniciación de las sociedades preindustriales(6). Tal afirmación denuncia una posición etnocéntrica acrítica. Codificando rigurosamente y dando una duración limitada en el tiempo al pasaje de la infancia a la adultez, esos ritos se verifican en la mayoría de los casos, como exclusivos del fenómeno adolescencia, de su "crisis" y de su "malestar". Sin duda la separación del mundo de la infancia se vive, a veces, con dificultad, aun en esas culturas diferentes, pero ello se ve inmediatamente reducido por el deseado acceso a la adultez. Si omitimos los determinismos económicos, sociales y culturales, que han dado nacimiento al concepto de adolescencia, se corre el riesgo de convertirla en una entidad psicológica autosuficiente a partir de lo cual nada impide la elaboración de sutiles elucubraciones sobre su naturaleza psicótica. Es de temer que inclusive estas últimas no sean reveladoras del fenómeno adolescencia, es decir del miedo que ella inspira a los adultos. No olvidemos que el ascenso del concepto de adolescencia en la segunda mitad del siglo XIX fue correlativo con un incremento en las manifestaciones del miedo que despertaban los jóvenes. Además de concitar un creciente interés, la adolescencia se convirtió en la causa de muchos males. Algunos no titubean en considerar que "el apetito sexual del adolescente lo lleva a la violencia, a la brutalidad y hasta al sadismo demostrando así su gusto por la violación y la sangre"(7). "Nos deslizamos insensiblemente así -escribe Perrot- a la definición del adolescente criminal al cual analiza un tal Du-

prat, en 1909, en un libro que expresa los típicos temores de su tiempo: *La criminalidad en la adolescencia; causas y remedios de un mal social actual*". El adolescente, dice ese autor, "es un vagabundo nato. Loco por los viajes, por moverse, profundamente inestable, realiza fugas análogas a las de los histéricos y los epilépticos por que es incapaz de resistirse a la impulsión de viajar. Es un enfermo en potencia, con su patología propia, como por ejemplo la hebefrenia, definida como 'una necesidad de actuar que entraña el desdén por todo obstáculo y peligro y que empuja al asesinato. De allí la necesidad de vigilar este estado mórbido'"(8). En cuanto a la enfermedad de adolescencia en esa época hay dudas en situarla entre las crisis histéricas y la demencia precoz; sin embargo la extensión contemporánea del concepto de psicosis parece haber conducido a los autores modernos hacia la segunda. Dejemos aquí esta psiquiatrización abusiva e inquieta por los fenómenos sociales y tratemos de decantar la noción de adolescencia intentado retener sólo lo que pueda especificarla en relación al deseo, señalando al mismo tiempo que si todos los hombres sueñan y tienen lapsus, no todos hacen una adolescencia. De hecho Freud no teoriza sobre ella, ni sobre su "crisis psíquica". Es la pubertad lo que le interesa. El no comete el error metodológico de considerar como inherente al funcionamiento del deseo un fenómeno cultural, local y fechable. El no plantea la "crisis de la adolescencia" como una "enfermedad normal" cuya ausencia, en algunas personas, sería paradójicamente patológica. La problemática freudiana es netamente de un lado el niño, del otro el adulto (llevando en él "lo infantil"); entre ambos, la pubertad,

momento en el cual el deseo se decide en función de potencialidades ya presentes.

Existe un consenso entre los clínicos de que el período post-puberal es un momento particularmente propicio para el desencadenamiento de la psicosis. Estas observaciones de los especialistas parecen confirmarse por las encuestas estadísticas, que aun centradas en las vagas nociones de esquizofrenia que da el DSM-III establecen que más del 70% de los sujetos que sufren ese trastorno han presentado un primer episodio mórbido antes de los 25 años(9). Lamentablemente no se poseen, que yo conozca, estudios cuantitativos equivalentes para la histeria, pero todo hace pensar que ella es también precoz. Si la histeria estuviera todavía de moda, no cabe duda de que se publicarían trabajos tratando de "esa edad histérica". No insistiré nuevamente aquí en el tema, que ya he desarrollado(10), sobre la banalidad de la confusión entre psicosis e histeria crepuscular, pero no debe sorprender que uno encuentre tal confusión en algunos trabajos psicoanalíticos que tratan de apropiarse de la adolescencia. Como sea, la psicosis clínica comienza a manifestarse muy frecuentemente en el período post-puberal y la investigación psicoanalítica debe intentar dar cuenta de ese fenómeno.

En ese sentido, la noción de reactivación de las emociones edípicas se utiliza frecuentemente como argumento explicativo de primer nivel. Ahora bien ello parece poco compatible con la forclusión del Nombre-del-Padre que implica una carencia de la estructura edípica. ¿Habría que concluir, como lo hace ese analista que ha cometido (sic) una introducción a la lectura de Lacan, que la hipótesis de la forclusión del Nombre-del-Padre no permite aprehender "directamente ese cuadro típicamente ilustrado por el desencadenamiento de las esquizofrenias en la adolescencia?"(11). Es cierto que cuando se quiere conciliar un abordaje estructural con una noción genética parece surgir una dificultad. Pero hacía falta denunciar previamente la psicologiza-

ción de la adolescencia para comprender por qué ni Lacan ni Freud dan un estatuto psicoanalítico a ese término. Luego de ese trabajo de clarificación se hará más fácil comprender que la perspectiva lacaniana de la psicosis permite aprehender con precisión las razones por las cuales el período post-puberal se verifica como propicio para el desencadenamiento de trastornos psicóticos. Intentaremos mostrar también que la forclusión del Nombre-del-Padre posee un alcance heurístico más amplio que el de las tesis clásicas demasiado encerradas en los límites del Edipo o de las debilidades del Yo.

### La incompletud del Edipo

Los "Tres ensayos sobre una teoría sexual" constituyen el primer trabajo psicoanalítico que trata de las mutaciones del deseo que acompañan a la pubertad. La adolescencia no aparece en ese texto como un período particular del desarrollo humano; según Freud, es en principio sobre la sexualidad infantil que conviene poner el acento. Siendo ella planteada como fundante, las nuevas formas que reviste en la edad puberal, período final de las transformaciones corporales y psíquicas, no presentan más que un interés secundario por que sólo consisten en la reactualización de una problemática anterior. Freud no toma este período como un acontecimiento endocrinológico generador de una locura pulsional sino como un tiempo en el que interviene un proceso de *après-coup*. Para el neurótico, un determinado gesto de ternura que se efectuaba hasta ese momento sin inquietud, se carga bruscamente de un valor sexual inaceptable para el superyo, de tal suerte que el mecanismo de represión se moviliza. Lo que había quedado en estado de impresión toma un nuevo sentido en la pubertad. Lo que más nos interesa para nuestro propósito en este trabajo reside en la tendencia a la actualización de la manera en que el sujeto se sitúa en relación a la "barrera del incesto": dicha

barrera, capaz de regular su deseo, ¿quedó emplazada o no?

Es en ese punto que Lacan incita a detenerse para aprehender la coyuntura electiva del desencadenamiento de la psicosis. Recordemos las formulaciones de "De una Cuestión preliminar..." en la que se dedica en 1956 a determinarla con precisión. No hay allí ninguna referencia explícita al Edipo que ya en esa época cae en desuso en la enseñanza de Lacan suplantado de manera cada vez más acentuada por lo real de la castración. Sin embargo la tesis que se desarrolla no es otra cosa que una variación sobre el carácter patógeno para el psicótico de la confrontación a la no realización del Edipo. "Para que la psicosis se desencadene -afirma- es necesario que el Nombre-del-Padre, *verwofen*, forcluido, es decir jamás ubicado en el lugar del Otro, sea llamado en oposición simbólica al sujeto [...].

"Pero ¿cómo el Nombre-del-Padre puede ser llamado por el sujeto al único lugar del cual él pudo advenir y en el que jamás estuvo? Por ningún otro que por un padre real, no necesaria o forzosamente por el padre del sujeto, por Un-padre.

"Y aún es necesario que este Un-padre venga a ese lugar en el que el sujeto no lo ha podido llamar anteriormente. Es suficiente que este Un-padre se sitúe en posición de terceridad en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria *a-a'*, es decir, yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de agresión erotizada que él induce"(12).

En ese momento de su investigación Lacan no define aún el Nombre-del-Padre como un significante impronunciable, que descompleta lo simbólico, y asegura su ordenamiento, sino que se mantiene tributario de una concepción del Nombre-del-Padre que lo encarna en un significante inherente al campo del Otro lo cual contribuye, sin duda, a incitarlo a concretizar el Un-padre en una figura paterna.

"Que uno busque en el comienzo de la psicosis -continúa Lacan- esta coyuntura dramática; que ella se presente para la mujer

que viene de dar a luz en la persona de su esposo, para la penitente confesando su falta en la persona de su confesor, para la jovencita enamorada en el encuentro con el "padre del joven", la encontraremos siempre y mucho más fácilmente si nos guiamos por las "situaciones" en el sentido romántico del término. Que se entienda aquí al pasar que esas situaciones son para el novelista su verdadero recurso, es decir aquel que suelda la "psicología profunda", a la que ninguna intención psicológica podría permitirle acceder"(13). El acento está puesto sobre un abordaje del Padre no manifiesto sino estructural, en el cual la intriga novelística testimoniaría un discernimiento implícito. Los ejemplos dados son esclarecedores: ellos llaman la atención sobre una relación dual en el seno de la cual una encarnación paterna se introduce en terceridad. Es necesario, sin embargo, subrayar la diversidad de parejas imaginarias, ora constituidas por el sujeto y uno de sus personajes, ora formadas por la relación entre un ideal del sujeto y lo que en la realidad le hace eco.

Una corta observación realizada por Pinel, se verifica como particularmente demostrativa de la segunda variante. "Un artillero, —escribe el autor en el año II de la República— propone al Comité de Salvación Pública el proyecto de un cañón de su reciente invención cuyos efectos deben ser terribles; se fija un día para su ensayo en Meudon, y Robespierre escribe al inventor una carta tan elogiosa que su lectura lo deja como inmóvil, siendo poco después enviado a Bicêtre en un estado de completo idiotismo"(14).

La entrada de Antonin Artaud en la psicosis declarada, fue consecutiva a un encuentro único en su existencia: el del padre de su novia. Cecile Schramme fue la única mujer con la que pensó casarse. Artaud se encontró con los padres de la joven en Bruselas donde ellos vivían, en ocasión de una conferencia el 18 de mayo de 1937. Su biógrafo informa que "hizo aparición en la rica y conservadora familia de Cecile Schramme inquietándolos un po-

co por sus maneras. Así fue como cuando el Sr. Schramme, director de la red de tranvías de Bruselas, lo llevó a visitar el depósito principal de la empresa, Artaud lo escuchó atentamente y al final le preguntó con una mirada atónita '¿Nunca pierden Uds. algún tranvía en el desierto?' El padre de Cecile le preguntó luego a su hija '¿Estás segura de que este muchacho no está chiflado?'. Todo indica que lo ocurrido en Bruselas movilizó mucho a Artaud. Las versiones de los testigos de su conferencia difieren pero todas concuerdan en subrayar el carácter inquietante y escandaloso de la misma. "Según unos él comenzó relatando sus experiencias con los Tarahumaras pero a medida que hablaba el tono de su voz aumentaba y al final se levantó con los ojos cerrados y los rasgos de su rostro convulsivos y gritó: ¡Y revelándoles todo esto yo quizás me he matado! Según otros subió calmadamente a escena y anunció: ¡Como he perdido mis notas voy a hablarles de los efectos de la masturbación en los padres jesuitas! Cualquiera haya sido la verdad —continúa el biógrafo— la familia de la novia y quizás ella misma quedaron consternados ante esta conducta, el proyecto de matrimonio naufragó y Artaud dejó de ver a Cecile"(15). El mundo se puso a hacerle señas, su abandono personal se acentuó y por fin, creyéndose encargado de cumplir una misión, partió a Irlanda en donde fue internado en setiembre de 1937.

Poniendo el acento en el encuentro de un padre real, la tesis lacaniana de 1956 no hace otra cosa que expresar en otros términos la de 1938, desarrollada en "Los complejos familiares". El desencadenamiento de la psicosis se comprende a partir de un momento que "reproduce"(16) el punto culminante del complejo de Edipo y que revela su fracaso, ya que el objeto paterno de la identificación edípica no remonta el objeto del deseo dejando al sujeto enfrentarse sin mediación con imágenes narcisistas. Lacan considerará siempre que las defensas de la psicosis clínica surgen cuando se descubre la caren-

cia paterna. En ese momento la reactivación de los conflictos edípicos confiere al objeto una dimensión traumática e hiperexcitante. Esta problemática está claramente articulada sobre la base de un ejemplo clínico surgido de su presentación de enfermos y expuesta en su Seminario III de 1956. "Recuerden —dice— ese pequeño sujeto que nos parecía muy lúcido. En razón de las condiciones anárquicas —aunque sólo un poco más que lo habitual— de la familia en la que había crecido y se había desarrollado en la vida, él se había ligado a un amigo que era su punto de enraizamiento en la existencia. De golpe algo ocurrió que él no podía explicar. Nosotros comprendimos muy bien —comenta Lacan— que ello se debía a la aparición de la hija de su amigo y agregamos que sentía este hecho como incestuoso, de allí la necesidad de la defensa [...]. Ese hombrerito entendía mucho menos que nosotros. Tropezaba ante algo para cuya comprensión le faltaba la clave y perplejo fue a meterse en cama durante tres meses". La entrada en juego de la hija del amigo instaló a éste en posición de terceridad en una pareja erotizada, a partir de lo cual se reveló que algo "no se completó en el Edipo del sujeto"(17).

La mayoría de los analistas acordarían sobre esta perspectiva que confiere a los objetos del deseo una dimensión incestuosa en razón del fracaso del Edipo; pero no todos aceptarían que el encuentro de Un-padre sea el único factor desencadenante de la psicosis. No queda excluido que partiendo de una intuición pertinente la tesis lacaniana haya conducido en este punto a intentar forzar la clínica en un esquema demasiado estrecho. Si uno examina las coyunturas aparentes de desencadenamiento de la psicosis, domina una sensación de gran diversidad. Es cierto que la intervención de Un-padre aparece discernible cuando los trastornos surgen ante un nacimiento, un casamiento, una promoción, un examen, una intervención quirúrgica, el servicio militar e incluso una cura psicoanalítica; todas circunstancias cuya correla-

ción con la clínica de la psicosis naciente son bien conocidas. En revancha, hay situaciones que dejan mayores dudas en cuanto a la presencia de Un-padre: las decepciones sentimentales o escolares, los duelos, las situaciones de miedo, las pérdidas de objeto, las ingestas de drogas, los compromisos firmados, etc. Por cierto que, a falta de un estudio en profundidad de cada coyuntura en la perspectiva de la "psicología profunda" —como lo recomienda Lacan— es decir, más allá de las apariencias inmediatas, nada debemos concluir a partir de una mera enumeración descriptiva.

Y sin embargo se deben señalar dos limitaciones en relación a la tesis lacaniana presentada en "De una Cuestión preliminar...". Por un lado parece posible describir una clínica más detallada del desencadenamiento de la psicosis independiente de la presencia de un padre real e intentaremos demostrarlo; por otro lado, aun cuando distinguéramos siempre "en lo profundo" una intervención suya como condición necesaria, no será menos cierto que ella no es suficiente, porque se verifica frecuentemente que para un mismo sujeto los mismos acontecimientos pueden revelarse una vez patógenos y otras no.

Desde hace poco tiempo, más precisamente desde los años '80, disponemos de documentos concernientes al caso del Presidente Daniel-Paul Schereber que atestiguan lo antedicho. En cada uno de sus episodios psiquiátricos de 1884, 1893 y 1907 se observa que el significante de la paternidad es convocado respectivamente por el fracaso de su candidatura al Reichstag, por el acceso a la Presidencia de la Corte de Apelaciones del Land de Dresde y por el pedido de una Asociación —que deseaba continuar la obra del padre de Schereber— de ser garante de la buena utilización del nombre de aquél. Sin embargo, según su legajo administrativo, exhumado en 1980, Daniel-Paul recibió cinco nombramientos, éxitos electorales y distinciones oficiales en un período —1885 a 1893— en el cual según sus dichos vivió "ocho años de felicidad en todo sentido y fue colmado de honores": fue nombrado Director del Tribunal de alzada de Leipzig, Presidente



del de Freiberg y también miembro electo de la Bezirksversammlung (Asamblea Regional) de Freiberg. ¿Por qué entonces todos esos exitosos sucesos no fueron imposibles de asumir? De manera similar ¿por qué un estudiante brillante que ha pasado múltiples exámenes sin problemas no puede, brutalmente, soportar la preparación de otra evaluación más? Ya volveremos sobre estas preguntas al final de este trabajo. Pero antes debemos examinar la otra restricción que señalamos a la tesis de Lacan: la que habla de la ausencia de un padre real en ciertas coyunturas de desencadenamiento psicótico.

#### El encuentro con el enigma del deseo del Otro

En relación a este tema la siguiente observación(18), relativa a una jovencita de trece años, permite poner en evidencia un elemento clínico importante. Se trata de una patología que no tiene nada de ejemplar ni de excepcional y es más bien en su misma banalidad que reside el interés que presenta. Los trastornos de Dominique aparecieron en forma progresiva, sin duda en relación con la pubertad, ya que su madre considera que un cambio "completo" se operó en la niña en ocasión de sus primeras menstruaciones. El padre, de origen magrebino ha sido particularmente mal considerado por su mujer, orgu-

llosa

de su origen bretón.

Ella lo describe como un ser sin escrúpulos, un peligro potencial, alcohólico, violento y capaz de abandonarlas de un día para otro, a pesar de que hace quince años que viven juntos, que han tenido tres hijos y que ella no quiere dejarlo. Un viaje a Argelia para visitar a la familia del marido la confirmó en su rechazo: no encontró más que una "banda" que le recordó a unos malhechores dedicados a la trata de blancas. La pareja parece reposar sobre un desprecio y una denigración recíprocos. El poco lugar que tiene en el discurso de la madre la palabra del padre —bien evidente en este caso— se encuentra sin duda en el origen de efectos devastadores sobre la estructuración de la hija, quien no tuvo otro recurso para orientarse en la existencia, que buscar una estrecha relación fusional con su madre. La pubertad viene entonces, a desquiciar a esa jovencita tranquila, escolarmente adaptada, poco autónoma y amoldada al discurso de su progenitora. Surge entonces una preocupación delirante acerca del color de la piel. Señalemos que esto constituye un rasgo común manifiesto entre el padre y la hija: ambos tienen la piel morena, mientras que la madre y el hermano la tienen blanca. Constatamos que una referencia alusiva a la paternidad hace aquí retorno en lo re-

torno en lo real, en la imagen, por medio del color de la piel. Correlativamente la palabra se desestructura, la identidad vacila, Dominique presenta el signo del espejo y el goce se deslocaliza dándole la sensación de ser mirada desde todos lados. El punto decisivo, para nuestro propósito, concierne al hecho de que la intervención de Un-padre no parece haber sido necesaria para que surgiera una tentativa de respuesta a la pregunta "¿Qué es un padre?".

Aunque el complejo de Edipo y la forclusión del Nombre-del-Padre nos induzcan a respuestas precipitadas, es interesante preguntarse más precisamente por qué ese interrogante moviliza tan regularmente las preocupaciones del psicótico.

Quizás la aprendeheremos mejor en una coyuntura en la que esta problemática no esté presente. La psicosis de Margarita se declara cuando un amigo de la familia la solicita para casarse. Esto suscita en ella un estado de perplejidad angustiante que la lleva a encerrarse en su habitación. Margarita confiesa no tener la menor idea de qué hacer en una situación como esa. Entonces teje una bufanda, parecida a una de las de su hermana, y la envía por correo, sin una palabra, a su pretendiente. Ni en el momento, ni a posteriori es capaz de explicar ese gesto. ¿Qué ocurrió? Todo indica que se planteó una pregunta a la cual intentó responder por medio de una oscura alusión a la situación familiar de su hermana casada. Pero ¿cuál era la pregunta?, ¿cómo formularla? Sin poder hacerlo con precisión entendemos que ella se relaciona con cómo vérselas con el goce. El sujeto se encuentra aquí desestabilizado en una situación en la que está conminado a dar una respuesta en cuanto a su deseo. Este se revela, entonces, como no sostenido de manera firme ni orientado por la cadena significante. El sujeto se pierde buscando un apoyo en el campo de las imágenes. Inferiremos de allí que si el psicótico se interroga tanto sobre el Padre es por que de alguna manera sabe que lo que le falta, para re-

gular su deseo, es algo que forma parte de la función paterna.

Para afinar el análisis de esos fenómenos, tal como se presentan en el período post-puberal, detengámonos un poco en la notable observación de Anna Rau sobre la cual Blankenburg organiza su trabajo consagrado a "La pérdida de la evidencia natural". Esta jovencita de veinte años había estado hospitalizada como consecuencia de una tentativa de suicidio provocada por la aprensión angustiada de comenzar un nuevo empleo. Ya se había sentido desestabilizada, en ocasión de sus anteriores intentos de inserción profesional. "Cuando volvía a casa decía que 'humanamente' no lo podía lograr, que no podía dominar todos esos problemas que la asaltaban sin cesar. Que le faltaba un 'punto de vista' y que para dominar un puesto tal uno debía ser 'madura' y que ella se sentía 'una verdadera niña'"(19). La pregunta cuya respuesta se le impone, esa -nos dice el autor- de la que no puede desligarse más, consiste en "saber cómo uno deviene adulto"(20). Anna interroga a todos sobre ello sin que ninguna respuesta pueda ayudarla. A fin de precisar lo que ella entiende por adulto es de gran interés revisar la manera en que negoció la pubertad. "Ella tuvo, según su madre -escribe Blankenburg- sus primeras reglas a la edad normal, hacia los doce años. La madre la había instruido sobre el tema. Anna nunca había participado de las conversaciones de sus camaradas de clase sobre eso. Sus contactos con ellos habían sido demasiado malos como para hacerlo. Nunca se había interesado en los muchachos como las otras chicas. Eso vendría después con la madurez, cuando uno no está constantemente en estado de inferioridad. Siempre había debido reunir todas sus fuerzas para afirmarse ante los otros. Voluntariamente se había apartado de la relación con jóvenes de su edad y constantemente estuvo fuera de discusión la idea de ir a bailar o participar de diversiones similares. Siempre tuvo el sentimiento de que era necesario primero ser verdaderamente

adulto"(21). Este testimonio es precioso. Pone claramente en evidencia el constante cuidado que debió poner Anna Rau para evitar toda confrontación con el deseo sexual. Así fue desde mucho antes de que se declararan los trastornos psicóticos lo cual apoya la hipótesis de la existencia de una estructura específica. Por otro lado, se evidencia que el estado "adulto", inaccesible, tal como la jovencita se lo representaba, consistía menos en la asunción de la madurez sexual que en la capacidad de afirmarse. Aquello de lo que sufría en forma crucial residía en una inaptitud radical a toda iniciativa. A fin de precaverse de ese peligro utilizó en la escuela una estrategia consistente en aprender lo máximo posible de memoria. Desarrolló tanto ese procedimiento que la habían motejado de "diccionario ambulante". Los que tengan experiencia con psicóticos encontrarán en esa anécdota el eco de una clínica con la que están familiarizados.

Cuando la psicosis se desencadenó Anna Rau descubrió que algo esencial le faltaba y si bien fracasaba en nombrarlo con precisión, se daba muy bien cuenta de que se trataba de aquello gracias a lo cual los otros se apoyan sin esfuerzo en "evidencias naturales". En revancha, en lo que le concernía ella no tenía opinión, le faltaba una posición estable frente a los problemas, se sentía incapaz de trabajar en forma autónoma y no confiaba en su propio criterio. "No logro afirmarme -constataba- es por allí que viene el suicidio". En fin, según sus propios dichos, le han faltado "bases"(22). Se trata, claramente, de las de su deseo. La menor iniciativa la angustiaba por que le faltaba lo que le hubiera permitido cifrar su goce y a partir de allí apostar sobre él para fundar su enunciación y su fantasmática. No hay en su sintomatología ninguna alusión explícita a la función paterna y sin embargo la carencia radical de ésta se verifica claramente a través de sus consecuencias aniquilantes en cuanto al deseo. Anna Rau reacciona muy mal a las tentativas de psicoterapia y se suicida a los

veinticuatro años justo antes de la entrada a un nuevo empleo.

Otras observaciones comparables a las tres precedentes podrían multiplicarse: las primeras mensuraciones, el pedido de casamiento, la incitación a emprender algo, constituyen coyunturas frecuentes de desencadenamiento de la psicosis. Ellas están bien lejos de establecer que Un-padre real esté siempre presente; pero a cambio, sugieren que se ha planteado una pregunta sobre la función paterna, en tanto sostén del deseo, y que el sujeto no se ha encontrado en condiciones de responderla de manera satisfactoria. Notemos que existe una vacilación en las formulaciones de Lacan sobre este tema, aun en el seno mismo de "De una Cuestión preliminar...". Si bien él subraya en un principio la presencia necesaria de un padre real, después indica —confrontado a la clínica del caso Schreber— que el llamado exclusivo al significante de la paternidad podría producir los mismos efectos. Para resolver las dificultades inherentes a la tesis de Niederland —que pretendía explicar la psicosis del Presidente en la simple asunción de la paternidad(23), lo cual obliga a tomar, contradictoriamente, por equivalentes en 1893 la decepción de las esperanzas de paternidad y el acceso a la presidencia de la Corte de Apelaciones de Dresde—, Lacan debe afirmar "la referencia a la posición de terceridad en la que el significante de la paternidad es llamado en todos los casos, sería correcta y levantaría esta contradicción"(24). Sin ninguna duda que la clínica incitaría a un tal deslizamiento, que de Un-padre real pasa al significante de la paternidad. Por el mismo movimiento se distiende la conexión de la tesis lacaniana con la de la revelación del fracaso del Edipo de la cual surgió. Ella toma un alcance heurístico amplificado. Si es necesario en adelante, formular de manera más rigurosa lo que constituye la situación electiva de desencadenamiento de la psicosis, digamos que ella surge cuando el sujeto se encuentra conducido a interrogarse sobre lo que le desea el Otro, por que sólo el falo

simbólico puede en este caso fundar la respuesta; ahora bien, él es puesto en función por el Nombre-del-Padre. Lastrando el fantasma, el falo previene del angustiante enigma del deseo del Otro y encuadra el del sujeto.

La coyuntura de desencadenamiento no implica necesariamente que un semejante encarna en ella al Otro: este último consiste en un lugar lógico necesario para la construcción del *parlêtre*, en un discurso que preexista a su nacimiento de tal suerte que jamás cese de funcionar.

La apuesta a la pregunta sobre el deseo del sujeto corre el riesgo de revelar, si el mismo es de estructura psicótica, la presencia latente del goce del Otro. De la misma manera la interrogación del Otro del saber absoluto constituye un real peligro: es por lo cual las sesiones de espiritismo y las prácticas de adivinación resultan frecuentemente patógenas. Una de mis pacientes hizo en dos oportunidades episodios delirantes, que provocaron su hospitalización y la concomitante interrupción de la cura en ocasión de las mismas circunstancias: la consulta a una vidente. En el intento de interrogar al Otro oscuro, el del destino, el de la providencia, mi paciente no cosechó más que vagas e inquietantes informaciones las que comunicadas en el marco de las sesiones hicieron rápidamente surgir la malignidad del goce del Otro: un porvenir de catástrofes la esperaba y su analista comenzaba a devenir amenazante. Y encima, todo el mundo se puso a hacerle muecas y se le patentizaban en forma angustiante las miradas de los clientes de su panadería.

Los trastornos psicóticos del ilustre Berbiguier de Terre-Neuve du Thym surgieron en circunstancias algo semejantes. Después de varias negativas de su parte, él relata haber aceptado por consejo de su doméstica "hacerse hacer el juego del taro" por "una mujer llamada La Mansotte". Berbiguier relata el episodio para preservar a sus semejantes de caer en la trampa en la que se dejó atrapar. Las primeras alucinaciones se manifestaron algunas horas des-

pués de la sesión de adivinación: comenzó a escuchar "ruidos extraordinarios", parecidos al "mugido de bestias feroces"(25). Se aterrorizó tanto con ello que tuvo que irse de su departamento hasta el día siguiente a la hora en que volvía su mucama para poder preguntarle la causa de los ruidos. De entrada no dudó de que las dos mujeres estaban en el origen de los mismos. Poco después ellas se metamorfosearon en perros y en gatos para venir a atormentarlo. La persistencia de los fenómenos lo llevó a dejar su domicilio y hasta la ciudad de Avignón, en donde vivía, para escapar a la persecución de las "dos brujas", pero tal medida no fue eficaz y quince días después volvió a su casa decidido a despedir a la mucama, convencido de que era la fuente de todos sus males. Ella se enfureció contra mí, —relata Berbiguier— "por temor a que yo contrajese un matrimonio que debía castigarla por su poca fidelidad"(26). Se puede discernir allí, en el giro de una frase, que no fue solamente el juego del "taro" lo que produjo el surgimiento de significantes desestibados vómitos de lo real, sino que además Berbiguier, al borde de sus trastornos, se encontró confrontado al deseo de su mucama. Todo indica que la psicosis se desencadena aquí en la conjunción de dos situaciones angustiantes a partir de las cuales, y en cada una de ellas, el sujeto se enfrenta no a Un-padre interdlector, sino a una hiancia enigmática.

Si la confrontación con el deseo del Otro, generadora para el sujeto de interrogantes sobre su propio deseo, constituye la situación de elección para el desencadenamiento de la psicosis, se puede entender que la cura psicoanalítica no esté exenta de riesgo para el psicótico. Desde los comienzos del psicoanálisis Freud, Ferenczy y Federn<sup>1</sup> hicieron la experiencia de ello y pusieron en guardia en relación a la conducción de una cura no modificada. Más recientemente Czermak informó de la observación de un sujeto en el cual el análisis desarrolló poco a poco una psicosis clínica. "A medida

que avanzaba la cura su sensación de recorrer un calvario se agravaba y lo que había escuchado decir a alguien por televisión acerca de que el analista es un santo lo confirmaba en esa intuición. A la luz de esa perfección sin falla no podía sino sentirse fracasado, en posición de desecho, hasta el punto que al decirle el analista, antes de partir de vacaciones para Pascuas: 'Nos detengamos aquí, retomaremos después de las vacaciones', él se sintió literalmente plantado". Alucinaciones verbales, delirio y tentativa de suicidio se sucedieron después(27). Bychowski da testimonio de que no se trata de casos aislados; en 1966 relata la observación, en su práctica, de un cierto número de "psicosis precipitadas por el psicoanálisis"(28). Tal es el título de su artículo, raramente citado en nuestros días, ya que algunos enseñan que hay que confiar en una siempre posible histerización del psicótico. Esa no era la opinión de Lacan quien afirmaba en 1956: "... ocurre que tomemos a prepsicóticos en análisis y sabemos lo que eso da, eso da psicóticos"(29). Más adelante precisa que no se trata de retroceder ante la psicosis sino de adaptar la cura a la estructura de los sujetos.

Para dar cuenta de desencadenamientos suscitados por el trabajo analítico recordemos que poco antes de la redacción de "De una cuestión preliminar..." Lacan recurre a una explicación que no hace intervenir directamente una referencia a la función paterna. Por otro lado, para esa fecha: 31 de mayo de 1956, el concepto de forclusión del Nombre-del-Padre no había sido aún despejado. En el meollo de los motivos de entrada en la psicosis Lacan discierne entonces "lo que se llama tomar la palabra, quiero decir la suya -precisa-, justo lo contrario a decirle sí, sí, sí a la de su vecino. Esto no se expresa forzosamente en palabras. La clínica muestra que es justamente en ese momento, si se sabe detectarlo en niveles muy diversos, cuando se declara la psicosis. A veces se trata de un pequeño trabajo de forma de palabra, mientras que has-

ta entonces, el sujeto vivía en su capullo, como una polilla"(30). Esta notación es importante por que permite aprehender una de las circunstancias mayores en las que el encuentro de Un-padre o la llamada al significante paterno se verifican patógenas, es decir cuando el sujeto quiere tomar la palabra o cuando se encuentra constreñido a hacerlo.

Consideremos en relación a esto lo que suscita el pasaje al acto criminal del cabo Lortie, al cual Legendre ha consagrado un interesante trabajo. Se trata de un enfrentamiento con un superior jerárquico, el sargento Chénier que le niega un franco a pesar de la reiteración de su pedido. En su presencia Lortie alucina el rostro de su padre, y unos días después se la toma con otra figura paterna, el Gobernador de Québec(31), quien por azar no se encuentra en la Sala del Consejo cuando el cabo entra a ella después de haber matado o herido a varias personas. Es bastante frecuente que un psicótico encuentre en la vida estrictamente organizada de las comunidades religiosas o militares una protección ante la puesta en juego de su deseo. ¡Imaginad que Van Gogh avizoraba seriamente, como terapéutica contra sus angustias, nada menos que enrolarse en la Legión Extranjera!(32). Que un suboficial respetuoso de los reglamentos como Lortie, se ponga súbitamente en posición de tomar la palabra al sostener con firmeza su demanda en contra de las exigencias de un superior, lo confronta al enigma de lo que le solicita el Otro. Algo terrorífico para quien no dispone del significante fálico, el único apto para interpretarlo. La voluntad de goce que emana del Otro es sentida como un peligro de destrucción en relación a la cual, a falta de la elaboración de una defensa delirante, el pasaje al acto aparece como una tentativa de protección(33). Los tres ejemplos dados por Lacan para ilustrar el encuentro con Un-padre: el caso de un esposo luego del nacimiento de un hijo, el de un confesor a quien se le confía una falta y el del padre del joven para la jovencita enamora-

da del hijo, constituyen circunstancias emparentadas con las que coinciden con la declaración de los trastornos de Lortie: el sujeto se encuentra en situación de tener que sostener una elección e incluso de justificarla. Que se le haga obstáculo a ello o no, no aparece como determinante.

Si la toma de la palabra debe ubicarse entre los factores desencadenantes de la psicosis clínica, es necesario preguntarse qué es lo que pone al sujeto en posición de no escamotearse más y cuáles son las conexiones de este acto con el Nombre-del-Padre.

Este último sufrió en el seno de la enseñanza de Lacan una evolución considerable. En los años '50, se trata de un elemento inherente a la cadena significativa que constituye el soporte de su ordenamiento correcto, luego descende en importancia para ser una referencia menos certera y designar una función localizadora del goce. Al mismo tiempo, el mito de "Totem y Tabú" toma un nuevo relieve: se produce una acentuación de la distinción entre el Padre simbólico y el padre real. Este último, poseedor de todas las mujeres, encarna la existencia de un goce infinito, sin límite y sin ley, mientras que el asesinato del ancestro perpetuado por los hermanos sella el pacto que los liga, instaura la culpabilidad y limita y regula el deseo de tal suerte que emplaza al Padre simbólico, el Nombre-del-Padre, quien, a su vez por la lógica del inconsciente, es igualado al Padre muerto que funciona en el silencio de la estructura. Sin duda el Un-padre real de los años '50 debe ser aprehendido a favor de los afinamientos del análisis de la función paterna. Si así lo hacemos aparece bien en el momento del desencadenamiento de la psicosis, no necesariamente encarnado por un personaje, pero siempre evocado por la instancia del goce del Otro. Pareciera después de todo, que las fórmulas que insisten en la presencia de Un-padre real en el comienzo de los trastornos psicóticos delimitan un caso particular que ejemplifica una coyuntura más general.

¿Qué quiere el Padre gozador? Es a lo que el psicótico intenta responder elaborando regularmente en el marco de sus construcciones delirantes un llamado a un padre pacificador del goce. El sujeto testimonia, en su imaginario, sentir la intuición de lo que le falta en lo simbólico, es decir el Nombre-del-Padre. Este designa una función que permite poner un velo sobre la oscura voluntad del Otro gracias a la puesta en plaza de un deseo regulado, es decir, sostenido por el desfile del significante. Su foreclosure pone al sujeto en posición de no poder asegurarse más de su deseo. A partir de ese momento el goce no se ordena más bajo la primacía del falo, sino que el psicótico se encuentra librado a un goce pregenital, angustiante, incestuoso y sin límite. Se conoce la propensión de las alucinaciones verbales a tratar al psicótico como a un objeto del goce utilizando injurias sexuales para apostrofarlo a punto tal que los autores clásicos hicieron mención de un síndrome llamado S.V.P.\*\* (cerda, cochina, puta) a las cuales habría que agregar las muy frecuentes imputaciones de homosexualidad. El sujeto se encuentra ofrecido al goce del Otro, goce sin ley, a las manifestaciones diversas que presentifican la voz y la mirada, que desorganizan las sensaciones, que suscitan tanto sufrimientos hipocondríacos, como éxtasis voluptuosos. Cuando el psicótico no puede sustraerse a la toma de la palabra implicante ni a la confrontación con el deseo del Otro, descubre que no tiene emplazados los elementos reguladores que hubiera puesto en funciones la interdicción paterna. Perplejidad, delirio o pasaje al acto son consecuencia de ello.

Se concibe así que la pubertad sea propicia para la eclosión de trastornos psicóticos. En primer lugar por que constituye un período durante el cual se impone un llamado al goce, pero también por que hace del sujeto un objeto

sexual potencial y por que incita a hacer elecciones existenciales.

El psicoanálisis puede contribuir a dar cuenta de dificultades que el sujeto encuentra durante el tiempo intermedio entre el estatus del niño y el del adulto, tan desarrollado en nuestras sociedades, esencialmente examinando las incidencias que tiene sobre el deseo el llamado puberal al goce.

#### La vacilación de las identificaciones conformistas

Es habitual que el psicótico presienta el peligro que encierra para él toda expresión *de* y todo encuentro *con* un deseo libidinal. Es así que Anna Rau se guardó bien, hasta sus veinte años, de frecuentar a los jóvenes de su edad. Su historia evidencia, sin embargo, que el éxito de la evitación de la "corriente sensual" de la libido(34) es compatible con el surgimiento de los trastornos. Por lo tanto, hay que inferir de allí que para el psicótico, los riesgos inherentes al período puberal no residen solamente en la emergencia de esa corriente.

Interviene otro factor cuyo análisis nos debe permitir precisar las circunstancias en las que el sujeto no puede sustraerse a tomar la palabra y explicarnos porqué es obligatorio que toda confrontación al deseo del Otro sea desestabilizante.

Volvamos sobre una breve cita de Lacan que hicimos más arriba. Hasta que la psicosis se declara —dice en 1956—, el sujeto "vivía en un capullo, como una polilla" (35). En 1938 expresaba la misma idea, aunque formulada de manera más explícita. En el umbral de los trastornos —decía— "se derrumba el conformismo superficialmente asumido por medio del cual el sujeto enmascaraba hasta ese momento el narcisismo de su relación con la realidad" (36). Lacan subraya la existencia de "compensaciones imaginarias" que dan al psicótico la posibilidad de sostenerse duraderamente sin caer en un marasmo intelectual. Una contribución mayor, según él, al estudio de este fenómeno fue efectuada por Hélène

Deutsch cuando describió la clínica del "como si". Los sujetos que ella presenta "no entran nunca en el juego del significante, sino por una suerte de imitación exterior"(37). Deutsch constata que en ellos el Edipo no llegó a resolverse y que el investimento de objeto se encuentra marcado por la carencia. Y precisa que "la relación aparentemente normal con el mundo corresponde al espíritu de imitación del niño y es la expresión de la identificación con el entorno; un mimetismo que llega hasta una adaptación aparentemente buena al mundo de la realidad"(38). Por otro lado, "ligándose con una gran facilidad a grupos sociales, éticos y religiosos, buscan —en la adhesión a ellos— dar contenido y realidad a su vacío interior y a establecer la validez de su existencia por medio de una identificación". La autora relata que sus observaciones de pacientes esquizofrénicos le han dado la impresión de que el "proceso esquizofrénico pasa por una fase 'como si' antes de construir la forma alucinatoria"(39); sin embargo, vacila en correlacionarlos ya que la demasiado buena adaptación de sujetos "como si" le impide considerarlos como psicóticos. Pero la carencia de la función paterna se le evidencia netamente: "el yo 'como si' —escribese subordina por identificación a los deseos y a las órdenes de una autoridad que no ha sido jamás introyectada"(40). En relación a esto en "De una Cuestión preliminar..." se pone el acento sobre una identificación "por la que el sujeto ha asumido el deseo de la madre"(41), cuya conmoción se encuentra en la base de la disolución del trípode imaginario que sostiene la realidad del psicótico. A la inversa, cuando ese trípode está en su lugar la realidad logra ordenarse apoyándose sobre el yo, sobre la imagen especular y sobre la identificación fálica al deseo de la madre.

En circunstancias en que el sujeto necesita de la imagen fálica sostenida por el discurso materno y ésta falta, la hiancia del Otro puede revelarse y la catástrofe psicótica desencadenarse. Es lo que se produjo en una joven

\*... le Père jouisser... en el original.

\*\* En francés Salope, Vache, Putain (N. del T.)





quien ya hundida en la inquietud por un examen, luego del mismo va a visitar a una amiga, a fin de telefonar a su madre. La joven considera a su progenitora como una "santa" y vive en una estrecha relación de dependencia con ella. La madre no responde el llamado y entonces, desamparada, desprovista de una imagen ideal para sostenerla, enfrentada al enigma de ese silencio, la joven entra en una angustia incoercible. Provoca un escándalo callejero, se propina una puñalada en el vientre y la policía la conduce al hospital donde es admitida en un estado de confusión. Durante los días siguientes desarrolla un delirio: tiene la sensación de que su vida se va y que está lobotomizada, deviniendo luego apática(42).

La observación de Anna Rau muestra claramente cómo ella sostenía su realidad y se orientaba en la existencia antes del desencadenamiento de sus trastornos: no se topó con dificultades mientras pudo conformarse al discurso del Otro materno. "Antes yo era niña -señala-; entonces yo lo lograba sin problemas. Aprendía todo simplemente y era tratada simplemente como una niña". En el curso de su psicosis, para intentar recobrar las nociones que le faltan, las busca en el discurso materno pidiéndole que las repita. "Todas las esperanzas de Anna se concentraban en su madre -escribe Blankenburg-; es de ella y sólo de ella que podría venir la ayuda: 'la existencia -dice Anna- es tener confianza en su manera de ser... cuando mamá viene en-

tonces eso tiene simplemente sentido... De lo que me falta yo no puedo hablar más que conmigo misma.

Es solamente mamá quien puede devolvérmelo"(43). Para lograrlo le pedía repetir las cosas con los términos y el tono estrictamente idénticos a los que había utilizado para hablarle en su primera infancia(44).

Muchas anamnesis de psicóticos confirman que la carencia de la significación fálica puede ser durablemente compensada, a condición de que el sujeto se conforme a lo que podríamos describir como un estatuto de niño tranquilo, reglado al deseo materno, sostenido por evidencias no cuestionadas, esforzándose por dar réplicas perfectamente adecuadas a las expectativas de su entorno. Un sujeto tal se cuida mucho de caer en toda expresión de originalidad.

El procedimiento puede ser utilizado hasta en la edad adulta. En relación a esto Raymond Roussel había elaborado estrategias radicales: no expresaba jamás sus opiniones, y replicaba con una pregunta a cualquier pedido demasiado urgente. Llevando el borramiento de su enunciación en la escritura hasta un punto extremo, usaba un procedimiento que obtenía de un puro juego de la letra; el punto de partida, el de llegada y aun la progresión del relato. Todo el mundo coincidía en señalar su talento como imitador al cual Roussel confería una gran importancia. Notemos, sin poder detenernos demasiado en esto, que la práctica de la escritura posee también una función de protección contra la psicosis, a veces combinada con las identificaciones conformistas. Sin embargo no aprenderemos mucho más de esos fenómenos interro-

gando los textos de Roussel, tan poco autobiográficos.<sup>2</sup>

En revancha, la obra de Fritz Zorn titulada "Mars", constituye un documento de un interés excepcional en cuanto a la descripción del funcionamiento "como si" utilizado como defensa contra la descompensación psicótica. Zorn relata su cólera contra los tormentos que le inflige el goce del Otro. Al principio considera su enfermedad cancerosa como producida por su educación, "yo fui educado a muerte", afirma, después le parece que es la voluntad de Dios la que debe ser denunciada, "yo soy -escribe entonces- el carcinoma de Dios" (46). Ese joven perteneciente a la gran burguesía de Zürich, cuyo verdadero nombre era Fritz Angst, usaba procedimientos muy parecidos a los de Roussel para guardarse de tener que expresar una opinión: "Puede parecer un poco exagerado -confía el autor- que yo no haya tenido jamás una opinión personal; parece imposible que no haya habido situaciones conflictivas que me hayan forzado a jugar con las cartas sobre la mesa. Pero yo estaba, en verdad, perfectamente iniciado en el arte del ocultamiento y si no rehusaba directamente el pronunciarme sobre cuestiones desagradables es por que tenía a mi disposición una multitud de técnicas para eludir las"(47). Aunque educado "a muerte" relata que durante su juventud todos los problemas le fueron evitados. Vivió en un mundo extremadamente "armónico" en el cual nadie debía "arriesgarse a decir algo que no gozara seguramente de la aprobación general". En todos los temas él se habituó a "adoptar siempre el juicio de los otros" (48), a no tener nada específico, a no ser jamás descortés, a nunca emprender algo, a decir a todo que sí. Para evitar todo conflicto una de sus expresiones favoritas era "Yo no podría juzgarlo"(49). Zorn subraya su falta de "voluntad propia" y su "normalidad casi repugnante"(50) pareciéndose a sí mismo "una partícula conformista"(51). Había aprendido en su familia que no es la voluntad del individuo sino la de la comuni-

dad, lo que cuenta en la vida y solamente aquél que podía compartir esa opinión sin reservas estaba en su verdadero lugar. Naturalmente –constata Zorn– esta búsqueda constante de la opinión justa y única salvadora, condujo rápidamente a una gran cobardía en materia de juicios “[...] Yo creo que en esos tiempos era un verdadero pequeño Kant atemorizado, que creía no poder actuar más que en perfecto acuerdo con la ley general”(52). Es claro que había tomado esto último del discurso de sus padres, a los que se esforzaba por seguir “en todo”. “Fundamentalmente –escriben ellos tenían razón [...] Yo podía, a veces, tener otra opinión sobre ciertos detalles pero era incapaz de poner realmente en tela de juicio sus acciones o sus pensamientos [...] Yo no tenía, por lo tanto, ningún problema con mis padres y me sentía armoniosamente ligado a ellos”(53).

¿Era al deseo de la madre, como lo sugiere Lacan, que Zorn se ajustaba? Interrogarse sobre una problemática inconsciente a partir de un texto autobiográfico deja, ciertamente, lugar a un gran margen de dudas. Sin embargo Zorn mismo pone más bien el acento sobre la opinión de su padre(54) aunque relata por otro lado que la de su madre estaba siempre tan rigurosamente conforme con la suya que uno no podía distinguir las. Además, una amiga de Zorn informa del lazo excepcional que lo unía a su madre: “En espíritu, de corazón y de cuerpo tú eras el gemelo de tu madre con la única diferencia que ella es mujer y tú hombre. Ninguna unión podía ser tan perfecta y ninguna separación más difícil”(55). Todo lleva, sin embargo, a pensar que otros discursos pueden tomar, para el psicótico, el relevo del discurso materno; es lo que sugieren las estabilizaciones obtenidas por la estricta observancia de las reglas de una comunidad religiosa, militar o profesional o incluso toda organización cuya existencia se base en principios que no comprometan el deseo. La identificación fálica al deseo de la madre de aprehender en su fundamento un fenómeno que parece poder extra-

polarse, en un contexto más general de sumisión del sujeto psicótico, a quien ocupe, para él, el lugar del Otro. En tales condiciones, para retomar las palabras de Zorn “la armonía” queda preservada.

¿Cómo es entonces que ella se rompió desencadenando la patología cancerosa? A medida que él progresaba en sus estudios y la edad de sus condiscípulos se acrecentaba, Zorn constataba, de manera cada vez más insistente, que en cierto aspecto no era como los otros. Uno de sus “principales puntos de apoyo” –escribe– le falló cuando pasó del Liceo a la Universidad, ya que allí le fue imposible seguir ocultándose el fracaso de su vida sexual. “Eso –confía– se convirtió en uno de mis más grandes problemas durante el transcurso de mis estudios. En mi fuero interno yo sabía que era un fracasado pero no lo quería reconocer. También sabía, en el fondo, que si era un fracasado, esto se debía a que no tenía mujer, ya que ‘mujer’ era simplemente el símbolo y el punto crucial de todo lo que me faltaba. Pero me camuflaba todo eso e inventaba una multitud de razones por las cuales estaba todo el tiempo terriblemente deprimido”(56).

Aparece aquí evidentemente que la forclusión del Nombre-del-Padre deja a Zorn demunido para significantizar\* lo real del sexo. “En la Universidad –dice– yo no había tenido ‘dificultades con las mujeres’ ni siquiera ‘problemas sexuales’; no había tenido absolutamente nada con las mujeres y mi vida entera no era más que un problema sexual no resuelto. No era que yo había estado ‘enamorado sin esperanza’, que las cosas ‘no habían funcionado’ y que la mujer entonces ‘prefirió a otro’; no, yo no había estado jamás enamorado y no tenía la menor idea de lo que podía ser el amor. Este era un sentimiento que yo desconocía, de la misma manera que no conocía casi ningún sentimiento [...] era la total impotencia del alma”(57). Cuando la

\* “Significantiser” en el texto original (N. del T.)

cuestión sexual no puede ya ser eludida se revela la carencia del deseo y esto deviene rápidamente insoportable. A semejanza de Anna Rau, incapaz de afirmarse “adulta”, lo cual le significaba estar apta para el deseo, Zorn se ubicó también, el mayor tiempo posible, entre los “muchachitos asexuados”(58). Tanto para la una como para el otro, la falta del falo simbólico, instituido por el Nombre-del-Padre, hizo que el sexo se constituyera en un real traumático. Por la misma razón es que el conjunto del funcionamiento pulsional de esos sujetos se muestra carente: Anna Rau no tiene ni juicio, ni punto de vista, ni iniciativa, mientras que Zorn no tiene opinión, ni impulsos, ni deseos.<sup>3</sup> Cuando el significante fálico no opera como para localizar el goce en objetos fuera del cuerpo, invade al sujeto librándolo como objeto del goce de un Otro al cual Anna Rau se sacrifica, mientras que Zorn denuncia lo que le hace sufrir.

No es de sorprender que para ambos la psicoterapia haya sido más bien desestabilizadora. Anna reacciona con una viva oposición bajo la forma de tendencias suicidas de tal intensidad que en cada oportunidad los intentos del psicoterapeuta “debieron ser abandonados”(59). En lo que concierne a Zorn la psicoterapia –según sus dichos– no lo volvió más feliz: “Por el contrario hasta el presente [la psicoterapia] se dedicó a la tarea de romper en mil pedazos mi vida pasada, o mejor dicho, la ilusión que yo había tenido de mi vida pasada, por lo que se comprenderá fácilmente que esta manera de proceder, lejos de aportarme alegría me producía nuevas crisis de depresión. Este primer año de mi psicoterapia fue el peor de mi vida por que antes de que estuviera en condiciones de crear alguna cosa nueva, hacía falta que todo lo anterior fuera demolido”(60). Sabemos que las psicoterapias –en este caso de inspiración analítica– inducen una travesía de identificaciones imaginarias fragilizante, de suerte que tales curas pueden a veces ser dramáticas para sujetos de estructura psicótica.

No cabe duda de que la simple vacilación de las identificaciones imaginarias se encuentra entre las coyunturas más frecuentes de desencadenamiento de la psicosis. Isabel, -informa Consoli- se había identificado profundamente con los valores del gaullismo. Después del retorno de De Gaulle, en 1958, había consagrado a ese personaje y a la ideología que él encarnaba una admiración sin límites. "Isabel fue profundamente trastornada por los acontecimientos de mayo de 1968, pero el golpe de gracia le fue asestado por el "no" del referendun de marzo de 1969 como consecuencia del cual el general decidió retirarse. Inmediatamente después y en una progresión irresistible, Isabel "que se sentía directamente afectada por los acontecimientos en curso" entró en un delirio de persecución acompañado de alucinaciones verbales(61). Caída la imagen protectora sobre la cual ella se sostenía se constata la emergencia del goce del Otro. Interpretaciones que apuntaran a dilucidar los orígenes de su sentimiento por el gaullismo, habrían tenido sin duda, un efecto similar.

Parecería que pudiéramos ahora circunscribir de manera más precisa la coyuntura de desencadenamiento de la psicosis como residiendo en una conexión necesaria entre la vacilación de identificaciones conformistas y la emergencia del deseo del Otro. El encuentro de este último no es desestabilizante más que a condición de que las identificaciones imaginarias, que permiten enmascarar lo real, se revelen desfallecientes; mientras que la desposesión previa de esas identificaciones tiende a librar al sujeto a la malignidad del goce del Otro; en particular en ocasión de la toma de palabra o de iniciativa. Es en razón de esa correlación que la confrontación a una hiancia enigmática y la pérdida de una prótesis identificatoria dominan la clínica del desencadenamiento de la psicosis.

Es fácil de comprender que el sujeto de estructura psicótica esté más expuesto que nunca en un período de la vida en el que se conjugan la aparición de la posi-

bilidad del goce sexual y la necesidad de dejar su familia. Las dificultades específicas de la entrada en la edad adulta siembran, en el camino del psicótico, obstáculos capaces de revelar que su deseo no está anclado a un fantasma fundamental.

Cualquiera que sea su opción teórica, la mayoría de los clínicos acuerdan en que el período post-puberal es propicio para la eclosión de la psicosis por que perturba los reparos imaginarios y por que expone el deseo a la prueba del goce sexual. En relación a esto, el concepto de forclusión del Nombre-del-Padre no aporta una innovación fundamental, pero introduce una hipótesis más heurística, por que permite, al poner el acento en la eficiencia de las identificaciones conformistas para compensar la carencia paterna, fundar una clínica, dispersa en sus manifestaciones, en otra clínica más razonada y organizada. Gracias a ello evita clasificar a Zorn entre las "desorganizaciones psicósomáticas", saca un cierto número de "personalidades como si" de la bolsa de los "borderlines" y permite entender por qué incluir a Anna Rau en este último síndrome -como lo desearían algunos-<sup>4</sup> dejaría escapar los determinantes esenciales de su funcionamiento. En revancha, la clásica noción de reactivación del Edipo, aun entendida como su carencia, deja al margen un gran número de coyunturas de desencadenamiento dominadas por la vacilación de las identificaciones imaginarias y por el compromiso de tomar la palabra.

¿Estamos ahora en condiciones de comprender mejor por qué circunstancias aparentemente similares pudieron ser vividas por Schreber en unas ocasiones como patógenas y en otras no? Luego de haber tenido un éxito electoral soportó muy mal en 1884 el fracaso de su candidatura al Reichstag. Al contrario de lo que supuso Niederland no se trataba de un enfrentamiento edípico con Bismark: en tanto candidato del partido conservador Schreber apoyaba al canciller, en oposición a uno de los raros diputados socialistas que había sido elegido ese

año. Todo lleva a pensar que no fue la candidatura lo que le fue difícil de asumir, no sólo por que la precedente no lo había desestabilizado, sino por que presentándose como candidato del partido conservador no iba en contra de los valores de su entorno ni de su familia. Lo que despierta la amenaza de la emergencia del goce del Otro\* reside más probablemente en el fracaso de su proyecto que hizo caer una imagen ideal anticipada y que lo incitó a interrogarse sobre el porqué de su acto de candidatura. Pareciera que concluyó que no debía reiterarlo y debía detener allí su carrera política, luego de lo cual sus trastornos psicóticos conocieron ocho años de remisión. Ahora bien, fue su candidatura como Presidente de la Corte de Apelaciones del Land de Dresde lo que en 1893, puso en marcha la catástrofe que inspiró sus "Memorias de un neurópata". Aunque vemos aquí también que nombramientos anteriores en este dominio habían sido aceptados sin dificultad, la nueva promoción parece haber tenido algo de excepcional. En efecto, Schreber se encontró presidiendo un Consejo cuyos demás jueces eran casi todos de más edad que él "y de lejos, -precisa- hasta veinte años de diferencia"(62). Su biógrafo confirma que este nombramiento, a los 51 años, testimonia una "carrera fulgurante". De haber tenido una progresión más escalafonaria, es decir, de acuerdo con los usos ordinarios, su carrera hubiera sido menos brillante pero más estable y no lo hubiera conducido además a conocer Un-padre eminente, el doctor Schuring, ministro de Justicia, que le notificó en persona su nombramiento(63). El carácter extraordinario de esta promoción, que lo puso en situación de asumir una posición de excepción, da probablemente cuenta de su efecto patógeno. En cuanto al pedido que le hicieron ciertas asociaciones en 1907 de ser garante de la utilización correcta del nombre de su padre, nada podía

\* "l'Autre jouisseur" en el texto original (N. del T.)

ser más efectivo para conducirlo a preguntarse sobre la oscura voluntad de su Ancestro.

Nos faltan elementos para apreciar cuáles fueron las defensas movilizadas por Schreber en su juventud. Sabemos que vivió con su madre hasta su casamiento, a la edad de 35 años, y que se instaló con su mujer a unas po-

cas cuerdas de su antiguo domicilio. Según algunos psiquiatras expertos presentó desde esa época ideas hipocondríacas(64). ¿Por qué esos trastornos no tomaron entonces mayor amplitud sabiendo además que su mujer no correspondía con los gustos de su madre?<sup>5</sup>

Algo parece escapar aquí a

nuestra comprensión; no se trata de reducirlo a la fuerza, sino, por el contrario, de reconocerlo como propio de la clínica analítica. Si ésta se especifica por tomar en cuenta lo indecible del goce del sujeto, entonces una de sus características reside en la subsistencia irreductible de un residuo aleatorio ■

## Notas

1. Federn afirmó claramente en 1943: "... las psicosis latentes son provocadas por el método habitual de análisis" (Federn P., Basic Books, 1952, Traducción francesa P.U.F. París, 1979).

2. Su última obra es una excepción. En "Cómo he escrito algunos de mis libros", él revela sus procedimientos e inserta una imagen suya bajo la forma de su examen psiquiátrico realizado por Pierre Janet. La evolución posterior muestra que la emergencia de su originalidad y de su imagen de enfermo en sus textos no auguraba nada positivo para su estado mental.

3. "Yo no tenía deseos que satisfacer por que no tenía deseos. Era desgraciado sin por ello desear algo. El dinero no tenía sentido para mí por que nada de lo que me hubiera podido comprar me hubiera causado placer. No era, por lo tanto, un comprador entusiasta, por que sabía que para mí no había nada que comprar. Tenía un montón de dinero pero no sabía en qué gastarlo." (Zorn F., Mars, o. c., p. 174).

4. Según Blankenburg, algunos psiquiatras japoneses han planteado esta pregunta luego de la traducción de su obra en 1977.

5. Sabine Behr provenía de un medio social diferente al de su marido. "Ella nunca fue realmente aceptada por su familia política". (Israëls H., o. c., p. 175).

## Referencias bibliográficas

1. Cahn R., *Adolescence et folie. Les déliations dangereuses*. P.U.F. París, 1991, p. 38.
2. Porot M., "Modes d'entrée dans la schizophrénie". *La revue du praticien*, XV, 25, 1 Octobre 1965, p. 3256.
3. Cahn R., o. c., p. 26.
4. Melman C., "Une question particulière du père a l'adolescence?", in *Clinique psychanalytique. Articles et communications*. 1973-1990. Publication de l'Association Freudienne, Paris, Grenoble, 1991, p. 193.
5. Huerre P., Pagan-Reymond M., Reymond J.-M., "L'adolescence n'existe pas". *Histoire des tribulations d'un artiste*. Ed. Universitaires, Paris, 1990.
6. Calul R., o. c., p. 18.
7. Perrot M., "La fin du charivari. L'Ane". *Le magazine freudien* 22, Juillet-Septembre 1985, p. 45.
8. *Ibid.*
9. Keith S., Regier D., Rae D., Matthews S., "Prévalence de la schizophrénie: analyse des caractéristiques démographiques, des formes symptomatiques et de l'évo-

lution", in *Psychoses et adolescence, sous la direction de Ladame F., Gutton P., Kalogerakis M.* Masson, Paris, 1990, p. 101-102.

10. Maleval J.-C., "Les hystéries cérebrales". *Confrontations psychiatriques*, 1985, 25, pp. 63-97.

11. Dor J., "Langage et communication dans la problématique lacanienne des psychoses", in *Psychoses et adolescence*, o. c., p. 49.

12. Lacan J., "D'une question préliminaire a tout traitement possible de la psychose", in *Écrits*. Seuil, Paris, 1966, pp. 577-578.

13. *Ibid.*, p. 578.

14. Pinel P., *Traité médico-philosophique sur l'alléation mentale*. Seconde édition, 1809, p. 185.

15. Maeder T., *Antonin Artaud*. Pion, Paris, 1978, p. 196.

16. Lacan J., *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu (1938)*. Navarin, Paris, 1984, p. 80.

17. Lacan J., *Les psychoses. Le Séminaire III*. Seuil, Paris, 1981, pp. 227-228.

18. Communication personnelle du Dr. Cremniter.

19. Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle*. (1971). P.U.F. Paris, 1991, p. 69.

20. *Ibid.*, p. 72.

21. *Ibid.*, p. 71.

22. *Ibid.*, p. 78.

23. Niederland W. C., "Trois notes sur le cas Schreber (1951)", in *Le cas Schreber*. P.U.F., Paris, 1979.

24. Lacan J., *D'une question préliminaire a tout traitement possible de la psychose*, o. c., p. 581.

25. Berbiguier de Terre-Neuve du Thym A. V. C., *Les farfadets ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde (1822)*. Jérôme Millon. Grenoble. 1990, p. 66-67.

26. *Ibid.*, p. 69.

27. Czermak M., "Sur le déclenchement des psychoses", in *Passions de l'objet*. Joseph Cléms. Paris. 1986, pp. 87-88.

28. Bychowski G., "Psychosis precipitated by psychoanalysis". *Psychoanalytic Quarterly*. July 1966, XXXV, 3, pp. 327-339.

29. Lacan J., *Les psychoses*, o. c., p. 285.

30. *Ibid.*

31. Legendre P., *Le crime du caporal Lortie*. Leçons VIII. Fayard, Paris, 1989, p. 65.

32. Van Gogh V., "Lettres du 30 avril et du 2 mai 1889", in *Lettres a son frère Théo*. Gallimard, Paris, 1988, pp. 487 et 491.

33. Maleval J. C., *Logique du meurtre immotivé*, in *Psychose naissante. Psychose unique?* Ouvrage collectif sous la direction du Dr.

Henri Grivois. Masson, Paris, 1991.

34. Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Gallimard, Paris, 1987, p. 144.

35. Lacan J., *Les psychoses*, o. c., p. 285.

36. Lacan J., *Les complexes familiaux*, o. c., p. 80.

37. Lacan J., *Les psychoses*, o. c., p. 285.

38. Deutsch H., "Divers troubles affectifs et leurs rapports avec la schizophrénie" (1942). in *L'identification*. Tchou, Paris, 1978, pp. 240-241

39. *Ibid.*, p. 252.

40. *Ibid.*, p. 257.

41. Lacan J., "D'une Question préliminaire a tout traitement possible de la psychose", in *Écrits*. Seuil, Paris, 1966, p. 565.

42. Observation communiquée par le Dr. Haullier.

43. Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle*, o. c., p. 174.

44. *Ibid.*, p. 79.

45. Caradec F., *Vie de Raymond Roussel*. Ed. J. J. Pauvert, 1972, p. 144.

46. Zorn F., *Mars*. (1977). Gallimard, Paris, 1979, p. 61 et p. 306.

47. *Ibid.*, p. 46.

48. *Ibid.*, p. 40.

49. *Ibid.*, p. 91.

50. *Ibid.*, p. 120.

51. *Ibid.*, p. 118.

52. *Ibid.*, p. 43.

53. *Ibid.*, p. 113.

54. *Ibid.*, p. 149-150.

55. Verrey M., *Lettre à Fritz Zorn*. L'Aire. Lausanne, 1980, p. 24.

56. Zorn F., *Mars*. o. c., p. 127.

57. *Ibid.*, p. 194.

58. *Ibid.*, p. 126.

59. Blankenburg W., *La perte de l'évidence naturelle*, o. c., p. 83.

60. Zorn F., *Mars*. o. c., p. 204-205

61. Consoli S., *Le récit du psychotique*, in *Folle vérité*. Ouvrage collectif. Seuil, Paris, 1979, pp. 52-54.

62. Schreber D. P., *Mémoires d'un névropathe* (1903). Seuil, Paris, 1975, p. 46.

63. Israëls H., *Schreber, père et fils*. Seuil, Paris, 1986, p. 191.

64. *Ibid.*, p. 175.

El presente artículo, que se publica por primera vez, fue redactado en francés por el autor en setiembre de 1991. La traducción es de J. C. Stagnaro.



## el rescate y la memoria

**K**arl Ludwig Kalhbaum nació en Dresden, el 28 de diciembre de 1828 y se graduó de médico en Berlín en 1854. Comenzó su carrera clínica como ayudante del asilo de Wehlau en la Prusia Oriental conquistando más tarde el cargo de Privat-Dozent en la Universidad de Königsberg. El fracaso de sus posteriores pretensiones académicas lo llevó a alejarse de los claustros y a ingresar a trabajar en una clínica privada: el Sanatorium Psiquiátrico de Görlitz, del que llegó a ser Director y en el que falleció el 15 de abril de 1899. En 1863 publicó una Clasificación de las enfermedades mentales ("Die Gruppierung der psychischen Krankheiten") en la que prefiguró su condición de pionero de la escuela clínica en Alemania. En efecto, aunque surgido del tronco común que representaba el pensamiento de Griesinger, con su concepto de psicosis única, Kalhbaum –llamado por algunos el "J. P. Falret alemán"– elaboró desde 1865 en adelante una clínica basada en la descripción de unidades mórbidas diferenciadas, caracterizando a cada una de ellas por una semiología y una evolución propias. Su obra en la que se ha señalado la influencia de Spielman y Neumann, aunque no logró en su momento una trascendencia mayor en su país, se inscribió resueltamente en el paradigma psiquiátrico de la segunda mitad del siglo XIX, el de las enfermedades mentales, y abrió la vía a Kraepelin, quién fue el primero que lo reconoció y que rescató sus contribuciones.

Ellas estuvieron jalonadas por finas observaciones semiológicas, como la de las alucinaciones aperceptivas que Michéa llamó alucinaciones intrapsíquicas y luego Kandinsky, Hagen y Hoppe pseudo alucinaciones y que se caracterizan por la ausencia de todo aspecto sensorial y su extrañeza respecto del lenguaje interior.

Pero fue en la descripción de los cuadros clínicos que Kalhbaum marcó su impronta fundamental. En 1874, pre-

sentó su célebre trabajo sobre la catatonía o locura de tensión ("Die Katatonie oder das Spannungsirreisen"). Poco antes, en 1871, Ewald Hecker (1843-1909) –uno de sus discípulos y único colaborador– sistematizó la enseñanza que su maestro le había transmitido acerca de otro cuadro clínico: la hebefrenia ("Die hebephrenie") de la que señaló "...su eclosión en la pubertad,... su rápida culminación en un estado de debilitamiento psíquico y la forma particular que reviste esta estupidez terminal cuyos índices se dejan reconocer desde los primeros estadios de la enfermedad". Fue precisamente en ese grupo de las psicosis hebéticas que Kalhbaum incluyó otro cuadro con el nombre de heboidofrenia haciendo hincapié en que en él, que también aparece en la adolescencia, la sintomatología se manifiesta sobre todo en el comportamiento social bajo la forma de desviaciones de la vida pulsional y de la moralidad sin caer en la locura moral. Llama la atención, como lo señala Viillard, que en su monografía Kalhbaum nos presenta pacientes cuyas conductas aparecen como banales (presentarse sin cuello duro en las reuniones sociales, robar dulces en el hogar, hacer caprichos o rabietas, desobedecer la autoridad paterna...) en contraste con la descripción que se encuentra en posteriores Tratados de clínica psiquiátrica en los que la heboidofrenia, adjetivada de pseudopsicopática, aparece cargada de connotaciones delincuenciales mucho más graves y peyorativas para la vida del sujeto.

Mientras la hebefrenia y la catatonía mantuvieron su vigencia en la obra de Kraepelin, quien la integró a su descripción de la demencia precoz, la heboidofrenia, luego de un cierto eclipse, suscitó algunos trabajos de G. Halberstadt y P. Guiraud en los años '20, volviendo a ser de interés en nuestra época, en opinión de G. Lanteri-Laura y L. del Pistoia, en el plano médico-legal ■

Juan Carlos Stagnaro

# La heboidofrenia\*

Karl Ludwig Kahlbaum

**E**ntiendo por heboidofrenia un estado psíquico mórbido que aparece en la juventud y que tiene particularidades sintomáticas de una naturaleza tal que no se superpone con ninguna de las otras formas de enfermedades psíquicas establecidas hasta el presente. He aquí en qué consisten esas particularidades.

- En desviaciones del conjunto del comportamiento, en desviaciones y extrañezas de ese complejo de cualidades psíquicas que constituyen preferencialmente la individualidad del ser humano bajo el ángulo social y que llamamos a veces carácter, a veces personalidad o aun temperamento.

- Esas particularidades consisten (también) en desviaciones y extrañezas de la vida pulsional, que deben comprenderse como insuficiencias o desviaciones de las costumbres y de la moralidad, y que se expresan en casos extremos por tendencias o acciones criminales. Otros síntomas pueden igualmente estar presentes en ciertos casos, tales como el debilitamiento de la inteligencia, u aun a la inversa, un alto desarrollo intelectual, una naturaleza extremadamente genial y también debilitamientos o exageraciones de la vida afectiva; pero ellos no son característicos y pueden también estar totalmente ausentes. Como se sabe, ya he hecho uso de esos caracteres sintomáticos

\* Comunicación a la Asociación de Alienistas del Este de Alemania, realizada el 29 de junio de 1889 en Görlitz. Publicado por primera vez en *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. 46, 1980, págs. 461-474. Traducido de la versión francesa d'Alain Viillard aparecida en la *Revue Internationale d'Histoire de la Psychiatrie*. Vol. 2, N° 1, 1984. Traducción de J. C. Stagnaro.



en el cuadro mórbido que he descrito como hebefrenia o locura juvenil.

En efecto, partí de la hebefrenia para fundar este nuevo cuadro mórbido. En la medida en que procedí, ulteriormente a mi descripción de la hebefrenia, a una observación y una comparación más precisas de casos de jóvenes enfermos que examiné, y una vez que el número de historias de enfermos de esta especie fue muy importante, se verificó como necesario de entre esos casos, aparte de los que pertenecen a otro grupo mórbido —por ejemplo la distimia o la paranoia— se verificó necesario, decía, distinguir por lo menos dos series. 1. Los casos de una de esas series evolucionan mucho más tumultuosamente y luego de diferentes estados conducen finalmente —y en general bastante precozmente, luego de una evolución relativamente breve— a un perecimiento de las fuerzas mentales. Esto es lo que se produ-

ce en la hebefrenia propiamente dicha, tal como yo la he concebido precedentemente en su conjunto y tal como ha sido descrita por Hecker sobre la base de mi material y mis discusiones. 2. Los de la otra serie evolucionan menos impetuosamente y si bien pueden también presentar un cambio en el humor quedan esencialmente en el mismo estado de capacidad de sus logros mentales, característicos de su nivel individual y generalmente no caen en la confusión ni en la debilidad de espíritu. En una observación corriente superficial o profana estos últimos casos llevan mucho menos el sello de la enfermedad mental que el de la mala educación o el de la maldad. Por otro lado la diferencia debe también entenderse de la manera siguiente: los casos de la primera serie son los más ricos en síntomas, los más graves; los de la segunda son más estrechamente limitados y mientras los primeros son generalmente a definir como incurables los últimos son generalmente a considerar como curables. Pero como por otro lado las dos formas están estrechamente ligadas, y la última no es en cierta medida más que un tramo de la primera, he conservado la vieja denominación de hebefrenia o locura juvenil para la primera y he creído deber nombrar a la última (a partir del modelo de tifus-tifoide, cáncer-cancerode) heboidofrenia o más brevemente heboide por que desgraciadamente no encontré aún una palabra alemana apropiada —si bien podríamos quizás decir provisoriamente "Jugendhalbirreisein" (semilocura juvenil)—.

A continuación voy a conducirlos inmediatamente al centro del tema que nos ocupa a través de la descripción de un caso preciso. El hijo de una acaudalada familia de industriales de una

---

*¿Por qué quieres guardar una duda, mientras yo mismo, quien al fin y al cabo he sido quien más ha tenido que sufrir por esas desgraciadas relaciones y para quien la felicidad de vivir parecía perdida para siempre, he rechazado toda incertidumbre y recuperado un nuevo coraje!? Que el pasado sea olvidado. Yo creo que tú también, querido padre, no dudarás tampoco de mis buenas intenciones, y que no limitarás más la independencia que necesito por miedo a que yo haga mal uso de ella*

---

gran ciudad, Richard M., quien aparentemente se desarrolló normalmente hasta la edad de 12-13 años, comienza progresivamente a tornarse alunado ante los extraños y sobre todo con su madre que lo ha consentido mucho en tanto hijo único. El padre, un hombre muy recto, severo, con buenos principios concientemente cultivados, lo había educado muy seriamente; desde su más pequeña infancia había exigido rigurosamente un buen nivel de resultados escolares y lo había retado cada vez que no había vuelto a casa con buenas notas del colegio. Si bien su padre nunca le había levantado la mano, la actitud del hijo se tornó progresivamente recalcitrante hacia él también, y por fin se produjo un estallido en la escuela que motivó su expulsión del liceo. Inmediatamente fue enviado a un pensionado de una pequeña ciudad de provincia, dirigido por un profesor de liceo conocido por ser un pedagogo eficaz y severo. Allí permaneció algunos años. En cada oportunidad que volvía a su casa de vacaciones, en donde gustaba a sus anchas de los placeres de la gran ciudad, hubo disputas con sus progenitores y volvía a partir pleno de animosidad contra su padre. Richard no vivía tampoco en la mejor inteligencia con su anfitrión y una vez para hacerle una broma apiló, en presencia de otro escolar, una gran pirámide de cajas y otros objetos similares delante de la puerta cerrada de su alojamiento y les prendió fuego. Cuando los vecinos alertados por la espesa humareda pretendieron entrar, se rehusó a abrir pretendiendo ser amo en su habitación y por ende poder hacer en ella lo que quisiera. Al fin se hizo necesario llamar a la policía. Su ardiente deseo de volver de la pequeña ciudad a la grande y reencontrar la casa paterna fue entonces satisfecho y volvió a su ciudad natal, a otro liceo. Las incongruencias anteriores se renovaron. Se paseaba en pleno día desnudo bajo su bata en la residencia de verano, se presentaba en las reuniones sociales sin cuello duro en la camisa, se ausentaba sin razón de una reunión familiar en la casa paterna, y como un amigo de la familia le preguntó

un día por qué era tan extraño y no se comportaba como los otros, él le contestó groseramente que no tenía derecho a darle órdenes. Una vez le dijo a un pariente, joven médico con quien sus relaciones se habían estrechado a lo largo del tiempo y con quien tenía particular confianza, que había actuado inoportunamente con sus padres durante toda su existencia, y había debido amaestrarlos a su gusto mostrándose siempre violento con ellos. Y al mismo tiempo emitió la opinión de estar enfermo, sentirse agredido luego de todas esas escenas y no poder encontrar un hospital donde hallar una mejoría. Su padre —quien lo había considerado hasta entonces como un infame inútil— comenzó también a presentir que se trataba de un enfermo. Por esa razón se decidió a tratarlo, en adelante, más suavemente.

Pero bajo ese régimen de complacencia y perseverancia del padre, el hijo se tornó cada vez más rebelde y casi no observaba las formas del decoro que le debía. No deseo retenerlos en todos los detalles de los acontecimientos que sobrevinieron en la familia. Les contaré solamente que Richard levantó la mano rabiosamente sobre un tío que le hacía amistosamente reproches por su comportamiento y le gritó "¡Si no te callas ahora mismo, te pego hasta matarte!" y tres cuartos de hora más tarde lo envió a buscar y le dijo: "Me siento enfermo, no soy capaz de actuar como debería, me siento forzado a veces a actuar de una manera que no es buena, lo mejor sería que vaya a un loquero". Finalmente pidieron, a su instigación, consejo a un especialista y conforme al mismo fue transferido a nuestro establecimiento. En un escrito que remitió al especialista, leemos, entre otras cosas: "Me maravillo yo mismo de la iniciativa que he tomado queriendo ir al asilo de locos por que en este momento no pienso en otra cosa que en el crimen y el asesinato".

Atendiendo a la aparente espontaneidad de su entrada al asilo, intentamos internarlo con los enfermos leves. Pero al cabo de seis días apenas, sus bizarrerías e incongruencias se habían acumulado hasta tal punto, que hizo fal-

ta transferirlo a la sección para enfermos del grado siguiente de gravedad. Decía haber venido "para hacer de una buena vez un retiro completo y reposar", no hablaba con nadie y se quedaba sentado ante la mesa bien derecho y rígido, fijando la mirada en el vacío delante de él; extendía la mano de una manera muy particular por sobre los alimentos y la descendía para cerrarla frecuentemente al costado de ellos por que no miraba donde la ponía. Rechazaba un vaso de agua, por ejemplo, por que había un pequeño globo de aire en el fondo. En las declaraciones sobre su pasado se extendía sobre la impropiedad de la educación que le dieron sus padres y sus profesores; habría sido tratado injustamente y su padre se habría mostrado como un tirano sin corazón con él. En apoyo de esas aseveraciones recordaba historias completamente insignificantes que se remontaban a su más tierna infancia pintando un cuadro de su padre tal, que ni un perro le habría aceptado un pedazo de pan. En una oportunidad en la que quiso enviar a su casa algunas de sus cosas y que éstas fueron retiradas del paquete y se le devolvieron, hizo un gran escándalo pidiendo explicaciones a los médicos de manera singularmente inquisitoria, como si se tratara de una investigación de un Alto Tribunal sobre un asunto de vida o muerte. Fue en esa ocasión que se transfirió de la unidad de enfermos leves a la siguiente.

Al día siguiente hizo una escena rehusándose a comer. Como parecía pálido y miserable, bien que alto y de fuerte contextura, nos pareció bien no dejarlo deteriorarse permitiendo que siguiera el ayuno, sino quebrar enseguida su mala voluntad y alimentarlo a la fuerza. Cuando se le tendió la comida tomó una actitud rígida y torcida haciéndose apáticamente un ovillo en un ángulo del sillón. Pero fue alimentado a la fuerza y llevado después al jardín. Al día siguiente volvió a comer solo y a salir solo al jardín.

En cuanto a la continuación de su evolución me contentaré con mencionar brevemente que como Uds. pueden imaginar hubo frecuentemente toda suerte de co-

medias. Una vez que se hubo integrado hasta un cierto punto en el modo de vida del asilo y que debió empezar a trabajar un poco, declaró: "Yo no tengo necesidad de trabajar, los ricos no tienen necesidad de ello sino solamente los pobres". Finalmente, al cabo de siete meses, comenzó a hacer trabajos científicos. Agreguemos algunos pasajes de sus cartas:

• De una carta a su padre:  
"Cuando tú me dices en tu carta que mi amor por mis padres retoma su amplitud, me permito subrayar que el amor que he alimentado por ustedes, mis queridos padres, ha sido siempre el mismo, aunque a veces las circunstancias me han impedido exteriorizarlo en un mismo grado. Repito que en lo que me concierne voy a contribuir al establecimiento de la relación adecuada con mis queridos padres. Durante un tiempo yo tuve intensas dudas sobre la posibilidad de establecer una buena relación, y estaba muy cercano de la desesperanza completa por no poder encontrar mi felicidad más que en la resolución de todos los malentendidos y en la realización feliz de nuestra mutua relación. Sin embargo, esas dudas dejaron lugar a la convicción de que ese objetivo no es fácil pero no es tampoco completamente inaccesible. ¿Por qué quieres guardar una duda, mientras yo mismo, quien al fin y al cabo he sido quien más ha tenido que sufrir por esas desgraciadas relaciones y para quien la felicidad de vivir parecía perdida para siempre, he rechazado toda incertidumbre y recuperado un nuevo coraje!? Que el pasado sea olvidado. Yo creo que tú también, querido padre, no dudarás tampoco de mis buenas intenciones, y que no limitarás más la independencia que necesito por miedo a que yo haga mal uso de ella, sino que por el contrario me proveerás de buena gana la ocasión de mostrarme independiente, por que tú sabes que yo la usaré en mi honor y en el de mis padres. En realidad, el respeto de la persona y una confianza sin reservas son necesarias y si ellas faltan, todo esfuerzo será en vano. El lugar que me corresponde a mi edad se encuentra en la casa paterna"

---

*Estoy muy contento de que tengas tan buena opinión de mí, ... , pero no me causas placer elogiándome, nunca he apreciado que me elogien. Y además temo que te equivoques acerca de mis cualidades y capacidades que dejan aún mucho que desear. Ciertamente tengo la voluntad de hacer las cosas bien, que es lo principal, pero me faltan la fuerza moral e intelectual para poner realmente mi voluntad en marcha.*

---



# Zoloft®

sertralina droga investigada y desarrollada por



## CAMBIA LA CARA DE LA DEPRESION

• “En lo concerniente a mi salud debo aún quejarme de una gran melancolía. Trato de ocuparme un poco más seriamente”. “Esto puede todavía durar años antes de que esté completamente liberado de mi melancolía, pues mi humor moroso no está aún bastante alejado de ser un trastorno mental como para que se pueda prever con precisión el momento de mi partida del asilo de Görlitz”

• “Si tú emites la idea de que voy a dar una fiesta en ocasión de mi retorno a la casa paterna te responderé sobre ese punto que: 1° he estado muy enfermo, 2° por el hecho de haber permanecido tanto tiempo en un establecimiento para tratamiento de enfermos mentales, adonde se lleva una existencia muy particular, no me será nada fácil acostumbrarme a la existencia corriente de todo el mundo”... “Puedo garantizarte que yo dejo a los médicos de aquí, que son tan afectuosamente comprensivos conmigo, ejercer el mayor control posible sobre mi comportamiento”.

• Escribe a su padre una carta expresa diciendo, con muchas redundancias y formalismos hebreñicos que como ha entrado en su vigésimo año de edad debe enrolarse como voluntario por un año “y como creo que en ese caso el padre se encarga de pensar al hijo afectado, te pido encarecidamente, mi querido padre, no descuidar ese enrolamiento de tu único hijo”... “Es la primera vez que voy a ocupar una suerte de posición en la vida pública y no deseo faltar a mi deber de ciudadano, un deber que forma parte de los deberes más honorables del hombre aun si él es de poca significación para mí”.

• Escribe a su padre y a su madre, le ruega nuevamente a esta última no enviarle dulces por que no los merece y dice a su padre entre otras cosas que todavía se conduce de vez en cuando con bajeza. Luego a su primo: “Estoy muy contento de que tengas tan buena opinión de mí, ... , pero no me causas placer elogiándome, nunca he apreciado que me elogien. Y además temo que te equivoques acerca de mis cualidades y capacidades que dejan aún mucho que desear. Ciertamente tengo la voluntad de hacer las cosas bien, que es lo principal, pero me faltan la fuerza moral e intelectual para poner realmente mi voluntad en marcha. En lo que concierne a tu visita, mi querido primo... ella me sería ciertamente muy agradable, pero sería en la actualidad absolutamente nefasta a mi salud”.

Recibió entonces cursos privados dictados por profesores de la ciudad y aunque lentamente, los aprovechó tan bien que al cabo de dos años y tres meses de estancia en el asilo pudo ser admitido en el liceo local. En realidad él había dejado su educación en nivel subprimera del liceo, pero sus conocimientos eran

### ACCION:

ZOLOFT® (sertralina) es un inhibidor potente y específico de la recaptación neuronal de serotonina.

### CONTRAINDICACIONES:

ZOLOFT® (sertralina) está contraindicado en pacientes con una hipersensibilidad conocida a la droga.

### ADVERTENCIAS:

#### Inhibidores de la monoamino oxidasa

Han sido reportadas casos de reacciones serias en pacientes que reciben ZOLOFT® (sertralina) en combinación con un inhibidor de la monoamino oxidasa (IMAO). Se presentaron algunos casos con características que hacen recordar al síndrome neuroleptico maligno. Casos similares, a veces fatales, han sido reportados con otros antidepresivos durante el tratamiento combinado con un IMAO y en pacientes que recientemente han discontinuado un antidepresivo y han comenzado con un IMAO.

En consecuencia, ZOLOFT® (sertralina) no debe utilizarse en combinación con un IMAO dentro de los 14 días de discontinuado el tratamiento con un IMAO. De igual manera, por lo menos deben esperarse 14 días luego de discontinuar ZOLOFT® (sertralina), antes de comenzar con un IMAO.

### PRECAUCIONES:

#### GENERAL

**Activación de manía/hipomanía** - Durante los estudios de pre-marketing, se detectó manía o hipomanía en aproximadamente 0,4% de los pacientes tratados con ZOLOFT® (sertralina). La activación de manía/hipomanía también fue reportada en una pequeña porción de pacientes con trastornos afectivos mayores tratados con otros antidepresivos.

**Convulsiones** - Las convulsiones son un riesgo potencial con las drogas antidepresivas. Como ZOLOFT® (sertralina) no ha sido evaluado en pacientes con convulsiones, debe ser evitado en pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente monitoreados. La droga debe ser discontinuada en cualquier paciente que desarrolle convulsiones.

**Suicidio** - Dado que la posibilidad de intento de suicidio es inherente a la depresión y puede persistir hasta que ocurra una remisión significativa, los pacientes deben ser estrechamente vigilados durante el curso temprano de la terapia.

**Uso en insuficiencia hepática** - ZOLOFT® (sertralina) es ampliamente metabolizada por el hígado. El uso de ZOLOFT® (sertralina) en pacientes con enfermedad hepática debe realizarse con precaución.

Si se administra ZOLOFT® (sertralina) a pacientes con deterioro hepático, debería considerarse una dosis menor o menos frecuente.

**Uso en insuficiencia renal** - Como ZOLOFT® (sertralina) es ampliamente metabolizada, la excreción de la droga sin cambios por la orina es una ruta menor de eliminación. Sin embargo, la farmacocinética del estado estable de ZOLOFT® (sertralina) no ha sido adecuadamente estudiado en este grupo de pacientes, por lo que se recomienda precaución en el tratamiento a pacientes con deterioro renal.

**Uso en niños** - La seguridad y eficacia de ZOLOFT® (sertralina) en los niños no ha sido establecida.

**Uso en el embarazo** - No hay estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios de reproducción animal no siempre predicen la respuesta humana, ZOLOFT® (sertralina) debe ser usada durante el embarazo sólo si los beneficios percibidos sobrepasan los riesgos. Las mujeres fértiles deben emplear un método anticonceptivo adecuado si están tomando ZOLOFT® (sertralina).

**Uso durante la lactancia** - No están disponibles datos concernientes a niveles de ZOLOFT® (sertralina) en leche materna, por lo que su uso en madres amamantando no es recomendado.

**Uso en los ancianos** - Varios cientos de pacientes ancianos han participado en estudios clínicos con ZOLOFT® (sertralina). El patrón y la incidencia de efectos adversos en los ancianos fue similar a la de los pacientes más jóvenes.

**BAJO NINGUN CONCEPTO, POR SUS GRAVES RIESGOS TOXICOS, ESTE MEDICAMENTO NO DEBE UTILIZARSE DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO.**

**ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCION MEDICA Y NO PUEDE REPETIRSE SIN UNA NUEVA RECETA MEDICA.**

### INTERACCIONES:

**Alcohol** - La co-administración de ZOLOFT® (sertralina) y alcohol no potenció los efectos del alcohol sobre las funciones cognitivas y psicomotoras en sujetos sanos; sin embargo, no está recomendada el uso concomitante de ZOLOFT® (sertralina) y alcohol en pacientes depresivos.

**Interacción con otros drogas** - Como ZOLOFT® (sertralina) se une a las proteínas plasmáticas su potencial para interactuar con otras drogas que se unen a proteínas plasmáticas debe ser tenido en cuenta.

Se han llevado a cabo estudios formales de interacción con drogas y ZOLOFT® (sertralina). La co-administración de ZOLOFT® (sertralina) con diazepam o tolbutamida provocó pequeños cambios estadísticamente significativos en algunos parámetros farmacocinéticos. La co-administración con cimetidina causó una disminución sustancial de la depuración de ZOLOFT® (sertralina). El significado clínico de estos cambios se desconoce. ZOLOFT® (sertralina) no tuvo efectos sobre la capacidad adrenérgica beta bloqueante del atenolol. No se observó interacción con glibenclámid o digoxina.

La co-administración con warfarina resultó en un pequeño, pero estadísticamente significativo, aumento en el tiempo de protrombina cuyo significado clínico se desconoce. De acuerdo a esto, el tiempo de protrombina debe ser cuidadosamente monitoreado cuando se inicia o finaliza la terapia con ZOLOFT® (sertralina).

**Litio** - En investigaciones controladas con placebo en voluntarios normales, la administración combinada de litio y ZOLOFT® (sertralina), no altera la farmacocinética del litio. Sin embargo no hay estudios clínicos controlados con ZOLOFT® (sertralina) en pacientes tratados con litio. En consecuencia, se recomienda monitorear los niveles de litio en plasma luego de iniciar la terapia con ZOLOFT® (sertralina) o efectos de realizar los ajustes apropiados de la dosis de litio si es necesario. La co-administración con litio puede llevar a una mayor incidencia de efectos adversos asociados con la 5-HT.

**Drogas serotoninérgicas** - Existe una limitada experiencia controlada respecto del tiempo óptimo para cambiar el tratamiento de otros antidepresivos a ZOLOFT® (sertralina). En estos casos, es importante un cuidadoso y prudente criterio médico, particularmente cuando se reemplazan agentes de acción prolongada. No ha sido establecida la duración del periodo de lavado que debe existir antes de cambiar de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI) a otro.

Hasta que haya más información disponible, las drogas serotoninérgicas tales como triptano o fenfluramina, no deben usarse concomitantemente con ZOLOFT® (sertralina).

**Terapia electroconvulsiva (TEC)** - No hay estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de TEC y ZOLOFT® (sertralina).

**Manejo/uso de maquinarias** - Estudios de farmacología clínica han demostrado que ZOLOFT® (sertralina) no tiene efectos en el rendimiento psicomotor. Sin embargo, como antidepresivo, puede deteriorar las habilidades mentales o físicas requeridas para la realización de tareas potencialmente peligrosas tales como manejar un automóvil u operar una máquina; el paciente debe ser advertido apropiadamente.

**Inducción de enzimas microsomiales** - Como se determinó para la disminución de la vida media de antipirina, ZOLOFT® (sertralina) demostró inducir las enzimas hepáticas a un grado no significativo clínicamente.

### REACCIONES ADVERSAS:

Los efectos colaterales que ocurrieron significativamente con mayor frecuencia con ZOLOFT® (sertralina) que con placebo, en estudios de dosis múltiples fueron: náuseas, diarrea/heces blandas, dispepsia, temblor, mareos, insomnio, somnolencia/aumento de la sudoración, sequedad de boca y distensión sexual masculina (principalmente retardado en la eyaculación).

Han sido reportados infrecuentemente (aproximadamente 0,8%) elevaciones asintomáticas en las transaminasas (TGO y TGP) asociadas con la administración de ZOLOFT® (sertralina). Las anomalías generalmente ocurrieron entre la primera y novena semana de tratamiento y disminuyeron rápidamente al discontinuarse ZOLOFT® (sertralina).

Han sido reportados raros casos de hiponatremia los que aparecieron ser reversibles al discontinuarse la droga. Algunos casos posiblemente se debieron al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los reportes estuvieron asociados con pacientes ancianos y con pacientes que estaban tomando diuréticos u otras medicaciones.

### POSOLOGIA Y ADMINISTRACION:

ZOLOFT® (sertralina) debe ser administrado una vez al día ya sea a la mañana o a la noche. Las cápsulas de ZOLOFT® (sertralina) deben administrarse con las comidas. La dosis terapéutica es 50 mg/día. Esta dosis puede ser aumentada en casos de falta de respuesta en incrementos de 50 mg por semana hasta un máximo de 200 mg/día. El inicio del efecto terapéutico puede ser observado dentro de los 7 días, aunque usualmente se necesitan 2-4 semanas para la completa actividad antidepresiva. El mismo rango de dosis puede ser utilizado tanto en pacientes ancianos como en adultos más jóvenes.

La desorción durante la terapia de mantenimiento prolongada debe mantenerse en el nivel efectivo más bajo, con el ajuste subsecuente dependiendo de la respuesta terapéutica. Al igual que muchos otros medicamentos, ZOLOFT® (sertralina) debe utilizarse con precaución en pacientes con deterioro renal y hepático (ver Precauciones).

### SOBREDOSIS:

De acuerdo con la evidencia disponible, ZOLOFT® (sertralina) tiene un amplio margen de seguridad en sobredosis. No se han reportado secuelas serias que siguieran a sobredosis de ZOLOFT® (sertralina) de hasta 6 g. Aunque no se reportaron muertes por la ingestión de ZOLOFT® (sertralina) como única droga, éstas sí se reportaron relacionadas con sobredosis de ZOLOFT® (sertralina) en combinación con otras drogas y/o alcohol. En consecuencia, cualquier sobredosis debe ser tratada agresivamente.

No se recomienda terapéutica específica y no hay antidotos específicos a ZOLOFT® (sertralina).

Debido al gran volumen de distribución de ZOLOFT® (sertralina), probablemente no resulten beneficiosas la diuresis forzada, diálisis, hemoperfusión y extracción por intercambio iónico.

### PRESENTACION:

ZOLOFT® (sertralina) 50 mg. Se presenta en envases por 20 cápsulas.

ZOLOFT® (sertralina) 100 mg. Se presenta en envases por 20 cápsulas.

\*Marca de Pfizer Inc.

### Bibliografía

1. Preskorn SH and Burke M. Somatic Therapy for major depressive disorder: selection of antidepressant. J Clin Psychiatry 1992; 53 (Suppl): 5-18.
2. Fisch C and Knebel SB. Electrocardiographic findings in Sertraline depression trials. Drugs Invest 1992; 4: 305-312.
3. Doogan DP. Tolerability and safety of Sertraline: Experience worldwide. Int Clin Psychopharmacol 1991; 6 (Suppl 2): 47-56.

tan extraordinariamente lacunares que los cursos privados sólo sirvieron para colmar esas lagunas y devolverlo al liceo local en sub-primería nuevamente.

A propósito de la evolución ulterior, me contentaré con mencionar que los padres —y especialmente la madre— no pudieron a pesar de todo, resolverse a seguir mis consejos hasta el fin. Richard, luego de frecuentar el liceo de Görlitz durante seis meses con resultados relativamente buenos, fue aceptado en su hogar; las cosas fueron nuevamente muy mal y sólo luego de muchos años y con la ayuda de numerosos profesores privados logró pasar su bachillerato al que se presentó como alumno libre. Luego estudió Derecho, pasó el doctorado y fundó una familia con una numerosa prole, cuya subsistencia sólo fue asegurada con el trabajo del padre y eventualmente del abuelo del paciente, mientras que él mismo sólo pudo encontrar una situación como rentista.

Todos los casos que en gran número podría presentarles, son más o menos análogos. Ustedes también han tenido sin duda conocimiento de casos parecidos.

Lo que entiendo como esencial en ellos es:

1. El hecho de que las personas en cuestión no caen en la invalidez mental. En tal caso ellas pertenecerían al cuadro mórbido de la hebefrenia. El cuadro mórbido de la hebefrenia presenta por otro lado una evolución que atraviesa bastante regularmente diferentes estados. La enfermedad es inaugurada por estados distímicos a los cuales suceden estados de frenesí, en el curso de los cuales los enfermos en cuestión realizan con violencia no solamente toda suerte de actos reprobables sino que con frecuencia también manifiestan un contenido afectivo expansivo, una fuga de ideas y todo lo que pertenece al cuadro de la manía.

Luego del fin de ese estado paroxístico aparecen una confusión general y una invalidez mental más o menos profundas.

En lugar de esta evolución, que recuerda fuertemente el cuadro mórbido de la *Vesania typica*, vemos ciertamente en nuestros ca-

sos una oscilación entre humores melancólicos y afectos expansivos, pero jamás un cuadro de conjunto tan acabado. Lo que constatamos es únicamente un estado más o menos pronunciado de afectos y pensamientos pueriles e insuficientes. Es justamente en ello que consiste el carácter del heboide, en ese pensamiento insuficiente e inadecuado en la medida en que el pensamiento espontáneo de estos enfermos cae siempre fuera de lugar. Los heboides aprenden muy bien de memoria, a veces pueden discutir muy bien, pero lo singular es la comprensión imprecisa de lo que se les ha presentado y también el pensamiento fuera de lugar, como yo desearía llamarlo. Esto ocurre también en la hebefrenia, en ciertos casos, así como durante el estado de confusión de diversas formas de trastornos psíquicos, pero en esos casos ello también ocurre con las ideas delirantes que en el heboide no están presentes.

Lo que es esencial en muchos casos de este cuadro mórbido es la aparición de la apropiación de bienes ajenos, que a veces procede de la glotonería o del deseo de poseer, y por lo tanto responde a una utilidad comprensible y podría ser interpretada como no mórbida, pero que a veces también sobreviene sin utilidad aparente. Un caso que tuvimos aquí en Görlitz, aclarará perfectamente en qué circunstancias, sorprendentes al más alto grado, pueden producirse tales hurtos y raterías por glotonería y ser por ese hecho comprendidos por todo el mundo como pruebas de un trazo mórbido de la constitución psíquica:

[segunda observación]

Un muchacho de 15 años, benjamín de una familia de cuatro hijos, bien acomodada, fue sorprendido por un profesor, al final de la exposición comercial de Görlitz, mientras sustraía unos dulces del mostrador de una confitería. El muchacho ya había robado algunas golosinas a su madre a la edad de 6 años y a los 11 fue enviado pupilo por haber robado dulces del pupitre de un compañero. A pesar de no haberle faltado nunca lo necesario para

satisfacer su glotonería ni tampoco el dinero de bolsillo, este muchacho protagonizó una serie ininterrumpida de pequeños robos de golosinas y dinero que llegaron hasta billetes de 100 marcos. El joven había sido frágil desde su infancia sufriendo de enuresis nocturna hasta casi los 15 años y accesos de pesadillas y sonambulismo desde los 10 años. Hasta esa edad tuvo una parasitosis intestinal. Varias veces se fugó de su casa por motivos nimios, durmiendo a la intemperie y sufriendo hambre por períodos bastante prolongados. Luego de ser expulsado del liceo de la ciudad —en el que cursaba subtercera— a causa del incidente en la exposición, el muchacho fue admitido en nuestro asilo. Ya había estado pupilo en diversas pensiones con el objetivo de ser seriamente educado en el plano moral.

En nuestro asilo formó parte de los casos más difíciles que hayamos tenido en observación. Si bien no estaba mal dotado era muy difícil hacerlo progresar en las materias escolares debido a su reticencia para encarar un trabajo honesto, y de su incapacidad para mantenerse atento sin esfuerzo aunque más no fuera un cuarto de hora. Pero por sobre todo era una verdadera cruz para su sección debido a su propensión a mentir, su inclinación a hacer bromas y molestar a los otros, su desobediencia, su testarudez y su orgullo. Aunque con mucha prudencia, debido a su tendencia a la amargura, le fueron gradualmente aplicadas las medidas disciplinarias a nuestra disposición, las que pronto se demostraron agotadas. Lo que sorprendía era que acompañando a su actitud recalcitrante poseía una tendencia a llorar fácilmente y que sus incongruencias aumentaban en frecuencia e intensidad en la época de luna llena. A pesar de todas esas dificultades logramos disciplinarlo en el plazo de un año y medio. Fue entonces que habiendo logrado completar sus estudios, su madre lo sacó del asilo. Nos fue imposible entonces, hacernos una opinión sobre su capacidad de curar; sin embargo, pudimos poner suficientemente en evidencia que a

pesar de la dificultad extraordinariamente grande del caso, el muchacho no entró en una invalidación psíquica progresiva y que existía una posibilidad de influenciar en él.

Conozco otro caso de un jovencito que se apropiaba de relojes u otros objetos de similar valor y luego los regalaba o no los utilizaba dejando de prestarles atención de tal forma que uno estaba forzado a llegar a la hipótesis de que era el hecho mismo de sustraer los objetos lo que lo atraía.

---

*Cuando tú me dices en tu carta que mi amor por mis padres retoma su amplitud, me permito subrayar que el amor que he alimentado por ustedes, mis queridos padres, ha sido siempre el mismo, aunque a veces las circunstancias me han impedido exteriorizarlo en un mismo grado.*

---

Para no extenderme demasiado en el tiempo debo limitarme a los casos que he presentado. Debo también renunciar a presentar algo más específico para la descripción de la forma mórbida.

No creo que haga falta presentar sino lo que sirva para asentar y fundar la descripción de esta forma mórbida.

En primer lugar hay que preguntarse si casos como estos son verdaderas enfermedades o quizás producto de una mala disposición de carácter o el resultado de una educación errónea y deficiente. En otros términos, la aparición de un comportamiento incongruen-

te acompañado de actos inmora- les ¿es el producto inmediato de condiciones orgánicas con efectos físicos o es el resultado de una mala voluntad que el interesado hubiera podido reemplazar por otra mejor?

Es efectivamente una pregunta importante y en ciertos casos no es fácil decidirse. Es la misma pregunta que ha sido también repetidamente objeto de investigaciones judiciales y que fue respondida en detrimento de la concepción médica en un caso muy célebre. Me refiero al caso E.... de triste memoria, al que, por muy interesante que sea, debo renunciar a profundizar aquí.\*

Sin embargo en la gran mayoría de los casos las condiciones efectivas son tales que la prueba de la morbilidad no es muy difícil de darse. Un punto de vista esencial es aquél según el cual, en la mayoría de los casos, las condiciones hereditarias están netamente en favor de una tara orgánica. En muchos pacientes se puede encontrar en la ascendencia casos notables de perturbación mental comprobada o de grave nerviosismo. Es así que en el primer caso que he citado pudimos verificar que la abuela paterna había muerto enferma mental en un asilo de locos y que su marido era alcohólico. El padre y uno de sus tíos son coléricos e irascibles. Una hermana del padre es sumamente histérica y una hija de esa mujer sufre de epilepsia. En el segundo caso citado había habido en el linaje de ambos padres familiares con trastornos nerviosos y por otro lado la madre había estado gravemente enferma mientras portaba el embarazo de este niño. En otros

\* Quisiera solamente mencionar, incidentalmente, que por mi parte y a pesar de la evolución ulterior del caso, que aparentemente ha dado la razón a los que negaban la naturaleza patológica del mismo, yo conservo la convicción de que se trataba verdaderamente de una enfermedad mental. Sin embargo es cierto que había una cosa inexacta en lo que decían los médicos que declaraban a ese joven un enfermo y era la afirmación según la cual habría sido incurable. En mi opinión, ese caso mórbido pertenecía a este grupo de la heboidofrenia y tenía por ello un pronóstico relativamente bueno.

casos en que la herencia estaba probada de una manera menos decisiva es necesario incriminar a las enfermedades cerebrales de la primera infancia y en ellos generalmente se revela que el niño ya había sido dado por condenado y que el médico requerido había dicho, a guisa de consuelo a los padres, que de todas maneras, el niño no habría llegado a ser nada válido y que no sería otra cosa que un producto para el asilo de locos.

Existen generalmente en el portador de la enfermedad síntomas netos de alguna inhibición del desarrollo o de otros trastornos nerviosos. Así es que en el primer caso pudimos constatar al menos que el mentón estaba sorprendentemente poco desarrollado. En el segundo era observable la talla sorprendentemente pequeña en relación a la del padre, muy alto, y algo muy patológico como era la tendencia a mojar la cama hasta la edad de 15 ó 16 años como así también las pesadillas nocturnas y el sonambulismo.

Sin embargo, junto a todo esto uno podrá frecuentemente imputar a la educación una parte fundamental en el desarrollo mental deficiente. Pero esos sujetos oponen dificultades muy particulares a los esfuerzos educativos y debo subrayar que entre los casos que he observado, hay varios en los que los padres se han esforzado por asumir sus deberes educativos con una reflexión y una escrupulosidad muy particulares y estaban calificados para ello.

Es también sin duda particularmente significativo que estos jóvenes se consideren a sí mismos como enfermos, que digan justamente y con frecuencia que son enfermos del espíritu o enfermos mentales o que deben ir a un asilo de locos, como lo decía Richard, o que se lamenten muy precisamente del carácter compulsivo y forzado de sus actos.

Sin duda la *vox populi*, la opinión del entorno, que declara a esas personas como "chiflados", enfermos mentales, también merece atención.

Creo haber respondido positivamente la pregunta acerca del carácter mórbido en general.

En lo que respecta al presente

de la posición del cuadro mórbido al que he llamado heboide, en relación a las otras formas de enfermedades psíquicas, me ha sido objetado que no era necesario proponer un nuevo nombre de enfermedad y que en estos casos no sería nada nuevo sino, por el contrario, algo bien conocido. Justamente: tales casos mórbidos no han aparecido en época reciente solamente sino que han sobrevenido ya anteriormente y se convirtieron en familiares para todos los psiquiatras y pedagogos. Pero ¿dónde se los ha ordenado hasta el presente? Algunos han sido objeto de tratamiento científico o moral bajo la denominación de locura moral. Sin embargo, en cada ocasión que el concepto de locura moral fue evocado durante los peritajes de casos que fueron objeto de causas penales, fue siempre cuestionado en su solidez científica por los alienistas más competentes. Si la heboidofrenia fuera concebida como una locura moral quedaría como un concepto en el aire y por el contrario yo creo haber demostrado el carácter general mórbido de este estado.

Luego sería la debilidad de espíritu la que se presentaría como base de comparación; debilidad de espíritu en la que tienen efectivamente costumbre de ordenar estos casos los psiquiatras que niegan la existencia de la locura moral en tanto tal. Pero como lo he señalado al principio, estos casos con frecuencia no muestran el menor índice de disminución de su inteligencia. Sin duda se manifiestan ciertas particularidades del pensamiento y una capacidad general de rendimiento disminuida pero el cuadro mórbido de la demencia tiene de todas maneras un tipo tan preciso que el diagnóstico debería ser circunscripto mucho más. Ni el cuadro mórbido de la demencia aguda, ni el de la demencia terminal o secundaria son comparables a estos casos. Algunos de ellos podrían, ciertamente, ser vistos como de imbecilidad, pero esto está lejos de ser válido para todos, y en todo caso la posibilidad de mejoría notable va en contra de su subordinación al cuadro mórbido de imbecilidad. Hemos explicado la aparición de perversiones morales co-

mo siendo consecuencia de un desarrollo defectuoso de la afectividad, del sentido moral, como una pobreza o un déficit afectivos. Pero la vida afectiva está muy vivamente desarrollada en nuestros enfermos; el sentimiento de lo justo y lo injusto no se les escapa por más que pueda estar concebido verbalmente y ligado a representaciones. Los pacientes pueden discutir muy bien sobre esos conceptos y no solamente en su aplicación a situaciones particulares tienen deficiencias. Los sentimientos egoístas son tan poderosamente desarrollados en ellos que los medios inhibitorios habituales no alcanzan a reprimirlos.

El cuadro clínico de la melancolía o de la distimia aparece aún menos apropiado que el de la demencia para clasificar en él a estos casos. Sin duda nuestros enfermos están sometidos a afectos depresivos y en el primer caso presentado, el paciente ha hablado en varias oportunidades de su "melancolía". Pero la melancolía o la distimia de constitución autónoma tienen trazos extremadamente precisos, tales como la tendencia a la culpa y la autoacusación, la creencia en la propia bajeza, trazos que no encontramos para nada en los casos mórbidos que clasificamos como heboidofrenia.

Los casos heboides no pueden tampoco ubicarse con la paranoia ni con la manía. Es cierto que las particularidades del pensamiento hacen pensar a veces en un paranoico, y el sentimiento exagerado de autovaloración de los heboides presenta también algunas analogías, pero le falta lo característico de la paranoia: la aparición de ideas delirantes precisas y la sistematización de representaciones delirantes que se ligan a la idea delirante principal. De la misma manera las acciones absurdas y el comportamiento alocado del heboide podrían ser puestos en el mismo plano que la actividad incesante del maniaco.

Queda sólo reunir estos casos en un grupo particular que debe ponerse en relación muy estrecha con la hebefrenia y que —mientras no se le encuentre mejor nombre— puede ser dotado de la apelación

heboidofrenia o heboide (derivado de hebefrenia).

Hoy me ha sido imposible asumir la tarea de presentar el tema de manera sistemática y completa, agotándolo, dado todo lo que habría para decir sobre esta forma mórbida. Me interesaba ante todo reavivar en vuestra memoria vuestra propia experiencia de casos a través de la presentación de algunos llamativos y someter mis concepciones al juicio crítico de vuestra experiencia. Por todo ello es que querría concluir mis ideas centrales en las breves frases que siguen:

1. Existe un grupo de casos mórbidos de la edad juvenil que no se dejan clasificar en ninguna de las formas mórbidas conocidas;

2. Ese grupo se caracteriza por presentar modificaciones del ser humano en su conjunto y especialmente de la parte psíquica de sus manifestaciones vitales, de tal manera que no se puede calificar a estos casos de trastornos psíquicos parciales o eventualmente de simples enfermedades del comportamiento;

3. Además de síntomas de carácter general, estos casos se singularizan por la presencia de síntomas morales. Pero esos síntomas morales no constituyen el conjunto del registro sintomático y por ello no podemos erigir una forma de locura moral a partir de ellos;

4. Lo esencial en estos casos, es su constitución en los años de infancia y juventud. Toda aparición de trastornos psíquicos con predominancia de síntomas morales a una edad más avanzada debe ser distinguida de manera precisa;

5. Estos casos se ligan bastante estrechamente a los casos mórbidos de la edad juvenil que debemos distinguir como hebefrenia y pueden ser ligados en el seno de un grupo más vasto bajo el nombre de "formas hebéticas de perturbación psíquica" entre las cuales se deben distinguir, como géneros, dos categorías: hebefrenia y heboidofrenia ■



## Algunas consideraciones acerca del SIDA

Sandra Menon, Marcelo Godoy,  
Rubén Miozzo

Psicólogos Residentes de 3° y 4° año Hosp. "J. T. Borda", Bs. As.  
Médico Residente de 4° año Hosp. "J. T. Borda", Bs. As.

*Consignamos en el Editorial de nuestra última entrega que los días 16 y 17 tuvieron lugar en el Centro de la Recoleta, en Buenos Aires, las II Jornadas Municipales de Residencias en Salud Mental. Se presentaron 42 trabajos en cuya elaboración participaron 53 médicos y psicólogos residentes.*

*El jurado, por simple mayoría, declaró desierto los primeros premios y designó los tres trabajos que publicamos, en la categoría de menciones especiales*

Este trabajo puede considerarse un testimonio de nuestra pasantía por el equipo de SIDA del Hospital "T. Alvarez" de la ciudad de Buenos Aires. Pasantía que tuvo el valor de Atención Primaria de la Salud para la Municipalidad. El motivo de nuestra elección fue la posibilidad de trabajar en la atención del SIDA, enfermedad que puede ser considerada como la epidemia de los tiempos que corren, y desarrollar actividades tanto asistenciales como de prevención en la misma.

En primer lugar, cabe explicitar las características de nuestra pasantía. Los lugares de inserción eran en realidad, dos:

- *Servicio de Promoción y Protección de la Salud*, en donde se realizan entrevistas a la gente que viene de la comunidad a practicarse el examen de HIV y donde también se realizan interconsultas de los demás servicios del hospital, tanto de pacientes internados como ambulatorios. En ese servicio

se consignan las enfermedades de notificación obligatoria, se realizan las campañas de vacunación, los certificados pre-matrimoniales, las libretas sanitarias, etc.

- *Area Programática*, tiene a su cargo el diseño y la aplicación de las campañas de salud como la asistencia comunitaria en la zona sanitaria asignada al hospital por la Municipalidad.

La primera observación que hicimos fue que ambos servicios no tenían interrelación alguna con Psicopatología, a pesar de la relación del SIDA con la sexualidad y su aparición frecuente en drogadictos. Tampoco el Area programática que debía llevar a cabo las campañas de prevención en escuelas contaba con profesionales de la Salud Mental en el diseño de éstas. Entonces, como primer diagnóstico, notamos una falta de trabajo conjunto con Salud Mental y falta de especificidad en el tratamiento del SIDA, ya que en ambos servicios el trabajo con el SIDA era una entre muchas tareas.

Nuestra perplejidad ante la falta de agentes de Salud Mental en el equipo de SIDA no se debe a un espíritu de cuerpo o de gremio que considere que somos imprescindibles sino a que creemos que el SIDA es –además de una enfermedad viral– un fenómeno mucho más complejo, que al involucrar la sexualidad y la muerte ligándolas, escapa a enfoques exclusivamente biológicos o sanitarios. Y esta misma complejidad que conlleva el SIDA, es tanto la que dificulta la

prevención del mismo a nivel nacional, como la que obstaculizó nuestra tarea en la pasantía.

Creemos que hay más de una manera de encarar el SIDA. En Promoción y Protección se realizaba una entrevista dirigida por un cuestionario que con finalidades estadísticas –luego de preguntar datos personales– interrogaba al paciente acerca de su conducta sexual, adicciones, antecedentes clínicos y quirúrgicos. Estos datos no tenían un fin terapéutico para el armado de una estrategia de abordaje, con lo cual quedaba abierta la pregunta de para qué registrarlos. Luego se efectuaba el análisis y se informaban resultados, quedando cerrado el proceso.

Esto nos permite ubicar desde qué modelo se abordaba el despidite del HIV. Desde una concepción que limita esta expresión a una causalidad biológica que debe ser resuelta dentro del modelo tradicional positivista médico, con la ilusión de dar una respuesta química atomizadora a la demanda social. La sociedad pone todas sus expectativas en que la ciencia provea la vacuna salvadora. Quizás esta vacuna alguna vez se encuentre, pero mientras es necesario diseñar campañas de prevención, ya que son la única herramienta contra la enfermedad. Y es aquí en donde la simple información del agente causal de la enfermedad y la forma de enfermar y los medios de contagio son insuficientes.

El SIDA es causado por el virus

llamado HIV, que es un retrovirus, es decir que su genoma está compuesto por ARN que al ingresar a la célula huésped forma por medio de una enzima la transcriptasa inversa, ADN, que se incorpora al genoma de la célula infectada; es decir que tiene una lógica inversa a lo esperable, que va del ADN hacia el ARN. Una vez que el virus entra al organismo del huésped éste tiene un efecto citopático y citotóxico; es decir ataca a diferentes células del organismo, preponderantemente a células que tienen una molécula en su superficie llamada CD4. Estas son los linfocitos T4 principalmente, y secundariamente otras células del sistema inmune y del sistema nervioso central, y generan una deficiencia en el sistema inmune que deja al organismo del huésped sin defensas, con lo cual favorece la aparición de otras enfermedades infecciosas, llamadas -por estas circunstancias de aparición- oportunistas(2). Este virus se transmite por relaciones sexuales, por vía intravenosa, por heridas en la piel y contacto con sangre de un infectado, y al feto y al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia. Las medidas de prevención son, por consiguiente: el uso de preservativos en relaciones sexuales tanto hetero como homosexuales entre personas que no sean una pareja monogámica mutuamente fieles; el control de donadores de sangre para transfusiones, el no compartir jeringas; la limpieza y desinfección de materiales tanto médicos como odontológicos; el no compartir ni cepillos de dientes ni hojas de afeitar, etc.

El CDC (Centro de Detección de enfermedades de los EE.UU.) clasificó los estadios de infección con HIV en cuatro grupos(2). De acuerdo a ella, cada paciente sólo se encuadra en un grupo y se considera a los cuatro grupos principales como consecutivos en el tiempo, es decir que si un paciente es clasificado en un grupo, no puede pasar al anterior aunque los síntomas mejoren. Los grupos son:

**Grupo I: Infección aguda**

Cuadro semejante a la mononucleosis, con meningoencefalitis o sin ella, seroconversión documentada.

**Grupo II: Serología positiva Asintomáticos**

Tipo de exposición	Eficacia para el contagio(%)	Participación en el total de casos(%)
Transfusión sanguínea	>90	3-5
Perinatal	30	5-10
Contacto sexual (vaginal) (anal)	0,1-1,0	70-80 (60-70) (5-10)
Drogadicción Intravenosa	0,5-1,0	5-10
Accidentes Laborales	<0,5	<0,01

- A) Sin alteraciones de laboratorio.
- B) Con hallazgos patológicos de laboratorio (trombocitopenia, linfopenia, disminución de la relación CD4/ CD8, anergia, etc.)

**Grupo III: Serología positiva**

**Linfadenopatías generalizadas**

- A) Sin alteraciones de laboratorio
- B) Con hallazgos patológicos de laboratorio.

**Grupo IV: Serología positiva**

- A) Síntomas generales (al menos uno): Pérdida inexplicada de peso de al menos 10%; fiebre de más de un mes; diarrea de un mes de duración.
- B) Síntomas neurológicos como demencia, neuropatía periférica, esclerosis múltiple, etc.
- C) Enfermedades oportunistas.
- D) Neoplasias marcadoras (sarcoma de Kaposi, linfomas).
- E) Otras enfermedades (carcinomas).

Sin embargo nos gustaría invertir los términos, sin despreciar la información e interrogarnos por aquello de que el SIDA viene a conmover en la sociedad; para esto es necesario tomarlo (más allá de que sea una realidad biológica), como una producción discursiva. El SIDA es también una enfermedad.

**No cualquiera se contagia**

La eficacia de las diferentes vías y su participación estimada en el total de los casos que se describen en la tabla I es tomada del programa global para el SIDA de la OMS. Sólo el 1% de las personas que estuvieron expuestas al contacto sexual con portadores se contagiaron. Lo mismo ocurre con respecto a la

drogadicción intravenosa. Aún una exposición que podría pensarse de alto riesgo como son las transfusiones sanguíneas tiene una eficacia inferior al 90% de los casos.

No es casual que alguien se contagie (enferme o muera) de SIDA, independientemente de que haya estado expuesto o no a situaciones de riesgo. Aclaramos que esta no casualidad no implica discriminar y separar "grupos de riesgo". Una de las hipótesis que se manejan es la variación que se da en el sistema inmunitario de acuerdo a ciertos acontecimientos vitales (stress, duelos). Esta variación en las respuestas inmunitarias nos hace pensar en la importancia del "estilo de vida" no sólo en el enfermar sino también en el contraer(1) la enfermedad(8).

En nuestra experiencia no pudimos (por la puesta en juego de cuestiones institucionales) realizar seguimientos a largo plazo para comprobar por dónde pasaba lo reconstitutivo en estos pacientes, pensando como tal a aquellas ideas y acciones que se articulan como sostén y le permiten organizarse, organizando las defensas y aumentando la eficacia del sistema inmune.

Un ejemplo: Uno de los centros de referencia y derivación de los pacientes portadores en el equipo, era el grupo de autoayuda de Seropositivos Anónimos coordinado por un portador de HIV, que casualmente o no, hace diez años que sabe que lo es y no ha enfermado.

Podríamos agregar que en aquellos pacientes portadores de HIV a los cuales pudimos escuchar, se revelaba una particular relación al goce, evidenciando

que más allá de padecer esta enfermedad, padecían de un cierto exceso que no podía ser acotado.

Aquellos que "zafaron", encontraron vía la interdicción o en la línea de su deseo, alguna forma de ponerle límite, más allá de haber estado expuestos a las supuestas "situaciones de riesgo" que están estandarizadas.

Volviendo a la actividad del equipo, la única cualidad por la que parecen ser reconocidos aquellos que se acercan, es a través de la binaridad portador-no portador, sin dar lugar al reconocimiento del paciente como sujeto. Es otra característica del pensamiento binario, el preocuparse por los resultados, sin notar que los resultados están siempre antes, porque estos se producen a cada instante del proceso viviente. Así no suelen preguntarse qué demanda quien solicita un análisis, puesto que ya tienen la respuesta esquematizada en el modelo de historia clínica. Esta forma de operar no es independiente del tratamiento que la sociedad en general le da a estos temas. Ordenando la situación de riesgo y el resultado positivo a la manera de causa-efecto, se establecen divisiones que culminan en prácticas discriminatorias.

Nuestra sociedad, basada en el consumo, coloca como eje de su proyecto al individualismo; extraña paradoja la del mismo, que enajena y deja de lado la identidad y la recubre del anonimato del número. Las campañas de prevención caen en el mismo equívoco al sostener que todos pueden estar expuestos a contraer el HIV, sin apuntar a la particularidad, obteniendo como efecto un redoblamiento del individualismo.

### Indiscriminación y promiscuidad

Se puede tomar como paradigma una forma de contagio, la de los adictos intravenosos. Según dice Pedro Cahn: "la droga y el SIDA no se vinculan solamente por vía de la aguja"(5). Sabemos que aquello que llamamos pulsión de muerte se ubica estructuralmente en el sujeto y tiene manifestaciones en la cultura. Aquello que debería estar excluido de lo social retorna en experiencias especiales como la

adicción, forma de revelar el malestar. En ella se conjuga lo mortífero con un placer sin límites, tensión que sólo puede ser mantenida negando la alteridad irreductible, siendo esto lo que conduce a la muerte. Al denominar una conducta como promiscua no se toma en cuenta que el problema no está en que se mantenga relación con muchos, sino en que se lo haga con cualquiera, lo que revela que no hay elección de uno determinado, *cualidad* indiscriminada del vínculo y no *cantidad*. Podríamos jugar con la hipótesis de que la conducta de riesgo no está en la exposición sino en cómo se juega cada uno como sistema viviente para mantenerse como tal.

El contraer HIV es un quiebre somático en un estilo de vida; más que un enfermar es un perder la salud, algo se gana con la entrada del virus. Por este efecto económico al dolor se asocia un beneficio placentero. Pero esto no es privativo de las llamadas "enfermedades", sino que —como dice Freud en *El malestar en la Cultura*— se puede poner en serie con otros fenómenos como la religión y el enamoramiento, donde inevitablemente se recupera goce en el malestar(3). Pulsión de vida (tendencia a la unión), pulsión de muerte (tendencia destructiva), son fuerzas que, interjugando constantemente, organizan todos los procesos de los organismos vivientes, búsqueda del equilibrio constante. La ilusión de que Eros pueda vencer a su enemigo se quiebra al verificar que uno no existe sin el otro.

El verdadero límite a la muerte estaría dado por el deseo, como una danza de la vida y de la muerte, no como polaridades en oposición sino tratadas con la misma contradicción que la música trata a las notas y sus silencios.

Cada epidemia manifiesta siempre un punto de fractura en la sociedad. "En este fin de siglo nos encontramos frente a un momento de concluir. El tiempo de comprender se ha agotado en la consumación de los soportes en que se fundó la modernidad: la universalización del sujeto de la conciencia, el saber racional como progreso del conocimiento, el mundo como representación (toda realidad existe porque hay un sujeto que la conoce)(6)".

Considerar al sujeto como sujeto del conocimiento, de la autoconciencia, ha llevado a que se considere posible cierta gestión autónoma del cuerpo, como si el cuerpo se pudiera manejar por fuera del lenguaje y de las imágenes que lo constituyen.

Podemos arriesgar otra hipótesis: las modalidades de goce (satisfacción pulsional y sufrimiento) predominantes pueden variar según el momento histórico, social y cultural. Hoy el cuerpo insiste en manifestarse como algo ingobernable en el predominio de ciertas aficciones: psicósomáticas, anorexia-bulimia, adicciones, etc. Cada una con sus particularidades revelando algo imposible de simbolizar.

En este sentido, ubicamos al SIDA como correlato de la estructura social de nuestro tiempo, tanto en lo que hace a su aparición como en las respuestas que desde la cultura intentan circunscribirlo. No pretendemos ubicar su causa ni adscribirle un fin, ya que al hacerlo entraríamos irremediamente en el campo de la religión. Así, algunos sujetos al recibir un resultado positivo, lo significan como castigo o condena moral, sentido que no está por fuera de lo religioso.

El pasaje de la naturaleza a la cultura depende de una interdicción que obliga a la renuncia pulsional. En este punto se articulan las normas éticas y la conciencia moral —que será más exigente cuanto mayor sea esta renuncia— que instiga a declinar el placer y obtiene por ello un castigo. Entonces, en el mismo punto en que el goce queda prohibido, retorna como malestar (síntoma) en la cultura. "Todo intento de suprimir este malestar (estructural e inextinguible), produce un *impasse* sobre el sujeto"(7).

Podríamos decir que portadores de HIV y cultura dan el mismo tratamiento al SIDA, suponiendo que la causa de su padecimiento fue exponerse a una conducta de riesgo, cuando en realidad, si bien la causa está ligada a dicha conducta, no lo es en sí misma.

Las campañas de prevención se basan en el mismo equívoco; al homogeneizar, no toman en cuenta que el "para todos" circunscribe un resto. Esto es lo que generalmente se trata de obviar. El "para todos" tiene su límite en

lo real. No puede pensarse que solamente hace falta informar y estimular el uso del preservativo.

Si bien es difícil encontrar los elementos que permitan articular el problema general que representa una epidemia, con el problema particular de cada sujeto, esto se hace indispensable ya que sólo de esta manera se puede incluir la problemática del goce particular y de la satisfacción. Es así como se hace necesario considerar el lugar que temas como la sexualidad tienen con respecto al SIDA. Por ejemplo sabemos que para que una zona pueda ser erogenizada, tienen que ser levantados los diques que preservan su función vital. Lo complicado en el uso de preservativos es que, si preservan la vida, no hay erogenización, ya

que la sexualidad está estructuralmente ligada a la muerte.

La posibilidad está dada en que cada uno haga propio el tema. Pero un primer paso en este sentido, sería que las campañas dejen de dirigirse a todos y soporten las diferencias.

Hay por hoy se revela la ineficacia de las campañas publicitarias totalizadoras. Por un lado, porque predominan aquellas que desde un lugar de autoridad, informan apuntando al miedo, obteniendo como resultado -en el mejor de los casos- un efecto paralizante ante la imposibilidad de decidir, ya que "todos" son sospechosos de portar el mal. Además, esta ineficacia puede explicarse por apuntar sólo a un cambio en los conductos, cuando en realidad

ésta es una visión superficial del tema.

Si ponemos el énfasis en informar es porque creemos que alguien podría dar esta información, ya que la tiene. En nuestro tiempo, información es poder, y a su ejercicio se reduce la impotencia para sostener la práctica preventiva(4). Pedro Cahn sostiene que no se trata de "informar sino de educar"(5). Este simple deslizamiento en los términos carece de importancia si no consideramos que si bien educar es una tarea imposible -como analizar y gobernar- ya que intenta ir en contra de la pulsión de muerte- puede sostenerse como praxis sólo en la medida en que apunte a la participación activa del sujeto en la experiencia ■

#### Notas Bibliográficas

1. Cahn P., PSIDA. Ed. Paidós, Bs. As., 1992.
2. Corti, M., "La infección por el H.I.V. humano: aspectos clínicos, diagnóstico, evolución y terapéutica", *Wenta Rev. Arg. de Psiq.*, N° 11, pág. 22-27, Bs. As., 1993.

3. Freud, S., "El malstar en la cultura". *Obras Completas T. III*, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid España, 1929 (1930).

4. Lacan, J., "La dirección de la cura y los principios de su poder", *Escritos I*, Ed. S. Kail, México, 1987.

5. Shapiro, Juan Carlos, "En la brecha":

Entrevista a Pedro Cahn, *Vertex, Rev. Arg. de Psiq.*, N° 11, pág. 38-42, Bs. As., 1993.

6. Tarrab, M., Silitti, D., Sinatra, E., Sujeto, goce y modernidad - Fundamentos de la clí

nica. Instituto del Campo Freudiano,

## Sami Ali y Sylvie Cady

En la Argentina: 14, 15 y 16 de Abril de 1994

Aula Magna - Facultad de Medicina - UBA

### Jueves 14 de abril

#### Apertura

Lic. Susana Rotbard

#### "Teoría Psicosomática"

Prof. Sami Ali

#### "El Papel de la Psicosomática en la Interconsulta Médica"

Prof. Sami Ali

Dr. Natalio Fejerman (Neurólogo)  
Dr. Carlos Gurruchami (Oftalmólogo)  
Dr. José Schavelzon (Psicólogo)  
Dr. Pedro Cahn (Infectólogo)

#### COMITE CIENTIFICO

Lic. Susana Rotbard  
Dr. Roberto Fernández

### Viernes 15 de Abril

#### "El Cáncer y su Comprensión

Psicosomática"

Dr. Sylvie Cady

#### "Estrategias Clínicas en

Psicosomática"

Prof. Sami Ali

Dr. Sylvie Cady

Lic. Susana Rotbard

Prof. Valter Cortez (Epistemólogo)

#### "Psicosomática en la Infancia"

Prof. Sami Ali

Dr. Sylvie Cady

Dr. Aurora Pérez

Dr. Guillermo Rinaldi

### Sábado 16 de Abril

#### "Psicosomática en el Adulto"

Prof. Sami Ali

Dr. Mauricio Chevnick

Dr. Roberto Fernández

Dr. David Maldavsky

Dr. Leonardo Peskin

#### "Sueños y Psicosomática"

Prof. Sami Ali

#### Coordinación

Lic. Susana Rotbard

Dr. Roberto Fernández

Arancel Total: u\$s 180

Socios del Psicolibro club

u\$s 150



INFORMES E INSCRIPCION  
LIBRERIA PAIDOS

Av. Las Heras 3741 - Loc. 31 - Capital - Tel. 801-2860



# De duelos y duelistas

Silvina Weis *Psicóloga. Residente de 4º año del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"*

**E**n algún momento aprendí que los trabajos debían tener una introducción, un desarrollo y una conclusión. La conclusión, que era muy importante, iba al final.

Por eso, recién al final de este trabajo me escucharán decir que a mi juicio, la clínica con niños es una clínica de duelo. Antes, quería comentarles algunas cuestiones en relación al tratamiento de un niño, a quien llamaré Ricardo.

## El niño del duelo

Cuando los padres consultan, R. tiene dos años y medio.

"R. empezó el jardín y no hablaba, hablaba poquito. Se hacía entender más que nada por señas" dice Teresa, la mamá, en la primera entrevista.

Ernesto, el papá, agrega: Yo le digo a ella que si está siempre entendiéndole todo, R. no va a hablar. Cuando yo estoy es distinto, pero yo faltó mucho de casa, tengo dos trabajos, me voy temprano y vuelvo muy tarde.

Teresa: "Cuando R. empezó a caminar, yo empecé con mi problema. Tengo leucemia. R. chupa todo eso. Yo lo malcriaba. Lo superprotegía mucho, lo tenía como en un caparazón. R. se parece a mi papá: inquieto y despierto como él. Mi padre murió de leucemia. Yo no podía quedar embarazada. Mi papá decía que yo tenía que tener otro hijo. A los nueve meses de su muerte, nació R. Yo digo que mi papá me lo mandó".

En una entrevista poco tiempo atrás, T. me cuenta lo siguiente: "me acuerdo que cuando tenía 6 ó 7 años pasaban cosas feas en casa: mi papá tenía una amante. Desde allí, yo empecé a tratarlo muy mal, no le hablaba, me puse rebelde. Quería que se fuera. Mis hermanos

me decían que era muy metida, que dejara a mis padres arreglarse solos. Antes de morir, mi padre, como desahogo, me contó que su madre lo dio a unos tíos, cuando él tenía cuatro años, A partir de ahí, él se dijo: mujer que se me arrime, la voy a destruir".

"Para mí, me lo mandó mi papá", dice T. El agujero de la muerte de un padre es inmediatamente taponado por el nacimiento de un hijo. El trabajo de duelo del que Freud habla en "Duelo y melancolía" —clausura y sobreinversión— pieza por pieza de los recuerdos y expectativas en que la libido se anudaba al objeto—, parece no haberse realizado aún en T.

Dice Freud en *Una neurosis demoníaca del XVII...* "no es nada inédito que un hombre contraiga por la muerte de su padre una depresión melancólica. Inferiremos que estuvo prendado de ese padre con un amor particularmente intenso, y recordaremos cuán a menudo se presenta como forma neurótica del duelo hasta una melancolía grave... Un duelo por la pérdida del padre se trasmutará en melancolía tanto más fácilmente cuanto más haya estado el vínculo con él bajo el signo de la ambivalencia".

Agrega en el *Manuscrito N*: "Los impulsos hostiles hacia los padres (deseo de que mueran) son un elemento integrante de la neurosis. Estos impulsos son reprimidos en momentos en que se suscita compasión por ellos: enfermedad o muerte. Entonces, es una exteriorización del duelo hacerse reproches por su muerte (las llamadas melancolías) o castigarse históricamente mediante la idea de la retribución, con los mismos estados de enfermedad que ellos han tenido.

Sustituyendo al trabajo de duelo aparecen para T. un hijo, y poco después una leucemia, "como

la del padre". Herencia peligrosa. La maldición paterna sobre las mujeres se hace carne en esta hija, la más metida, la "arimada". "Para mí me lo mandó mi padre" decía T. ¿Hijo del padre muerto? "R. es igual a mi padre" ¿retorno del padre muerto en el hijo?

En *Más allá del Principio del Placer*, Freud habla del juego como una de las más tempranas prácticas normales de trabajo del aparato psíquico. Comenta: "... se advierte que los niños repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida", Acuerdo (humildemente) con Freud. Desde la ecuación simbólica todo niño, por estructura, es en principio esperado al lugar de fallo. Fallo imaginario de la madre. Objeto de requerimientos pulsionales parentales. Nada más "impresionante".

Lo que fundamentalmente se juega en el juego es la posición de objeto que el niño tiene para sus padres. El juego le permite al niño mediatizar esa "impresión" fundamental, haciéndola entrar, activamente, en una ficción que encubre y a la vez revela aquella verdad parental que el juego deja por fuera.

Veamos de qué se trata todo esto en el caso de R.

En nuestro primer encuentro, R. se oculta detrás de una cortina. "¿Dónde está R.?", digo. Asoma la cabeza y ríe. Propongo esconder una pelota y, turnándonos, jugar a buscarla. Cuando es su turno, se esconde con la pelota. Empezamos a jugar unas escondidas que resultan medio peligrosas: R. se mete hecho un ovillo en el estrechísimo hueco de un escritorio y después no puede salir. Cuanto más trata de liberarse de su improvisada celda, más atrapado queda. Atrapado sin salida, llora angustiado. Con mucho trabajo logro destrabarlo.

Animado por cierta torpeza sintomática, R. se cae de sillas y escaleras, tropieza con sus cordones y resbala con facilidad. Asoma brutalmente el cuerpo por la ventana abierta y acerca las manos al fuego encendido de la cocina sin el menor registro de peligro. En toda esta primera época, desarrolla cierta "ritual" de entrada al consultorio: cuando llega viene corriendo ha-

"matar tipos". Aparece uno, que yo introduzco y personifico, terriblemente malo, que come nenes. R. se desfilando y lo mata. Se mete en el famoso excitatorio que se ha convertido en auto y hace que escriba una nota: "voy a la casa del abuelo". Se encuentran otra niña que dice: "Cuidado con esos fantasmas". Después vienen Nico (de Terapeuta Casal) y la Doctora, que

sivamente. Cuando se señala el pito y digo: "abuelo, no tiene pito", R. escupe, y dice que quiere ir al baño a seguir escupiendo.

A partir de ese momento, deja de tirarse al piso como muerto. En su lugar, se acuesta diciendo "voy a dormir". "¿Vas a hacer nono?" señalo. Jugamos a dormir y roncamos con ronquidos ruidosos y escupidores. Entonces, R. afir-



cia mí, pero en el camino se tira al piso, quedando inmóvil por un rato. Cuando se levanta dice siempre, "me mataron".

Algo de la posición de R. se deja inferir de estos primeros encuentros: confundido con el objeto (pelota), fagocitado por la comparación del deseo materno excitatorio en las escondidas, representando en su torpeza el papel de "caído" y jugando al "muerto".

### El duelo del niño

El juego es el arma con la que el niño cuenta para fictionalizar la verdad parental. En este sentido es que afirmamos que el juego hace pantalla al goce en la medida en que juguemos en el "más acá", las cosas dejan de pasar en el "más allá" de la sesión... y del Principio del placer.

Veamos cómo continúan los encuentros con R.

A iniciativa suya, empezamos a

buscar enemigos al grito de R. de "¡aguante, Brigada". Sus armas son las de los cazafantasmas.

En una sesión dice que me mataron. Llamo a la policía y afirma: "¿acá está la tija que se mató". En otra, poco tiempo atrás comenta al llegar: "me lastimé la boca y me caí en el piso". Cuando entramos al consultorio digo: "acá hay una boca osada". La animo. La boca osada hace muecas. R. ríe. Le saca y patea los dientes, lo que permite que a la boca se le entienda o no lo que dice. R. me señala otras bocas que son bocas de tortuga. Como boca de tortuga digo: "¿quién me sacó los dientes?". R. contesta: "el nono". Después señala otra boca y dice "es la del nono".

Este juego se repite a lo largo de muchas sesiones. En una, R. dice que es el abuelo. Hace muecas. Le pregunto: "abuelo, ¿no tiene boca?". Afirma y ríe. Va señalando distintas partes de su cuerpo y yo voy diciendo: "abuelo, no tiene ojos, no tiene orejas", suce-

ma: "yo tengo un nonito". "¿Y dónde está?", "En Entre Ríos", "¿Y el otro?", "Está con jesucito, un malo lo mató con una bala".

Según mi diccionario, "duelo" es, en una de sus acepciones, combate o pelea.

Quienes trabajamos con niños podemos afirmar que hemos sido testigos de verdaderas luchas sangüinarias entre un niño y su posición. Para R., la del muerto.

### El duelo en la clínica de niños

El duelo se juega en un tratamiento en un segundo sentido. Tomando palabras de C. Marrone, "hay clínica de niños si y sólo si hay un analista que soporta en su posición la función de un duelo radical. El duelo del que se trata no es el que concierne a la muerte en tanto final de la vida, sino -al revés- a la muerte que concierne a la vida misma, en el sentido de la castración. Lo que el analista debe

instaurar en el análisis de un chico es la pérdida definitiva del goce".

Con R. introduzco un malvado come-nenes (¿Otro sin barrar?) personificación del voraz deseo materno con el que el niño lucha, y soy un semejante en los combates contra los enemigos de Brigada Cola. Y si T. lo tenía como en una caparazón, me convierto en boca cosida... de tortuga que, como juguete, se deja manipular por el niño. El que otro soporte el lugar de objeto boca cosida le permite al niño usar la suya para hablar... y escupir. ¿Escupirá todo lo que, según su madre, chupó?

De ser el muerto a jugar al muerto; y de jugar a ser el nono, a hacer nono, para, finalmente tener un nonito.

Del morto que habla a esta boca es mía.

En otras de sus acepciones, duelo es:

1. demostración de sentimiento por la muerte de alguno.
- 2.

reunión de parientes y amigos que asisten al entierro. 3. fatiga, trabajo.

Que a través del juego el niño se corra de su posición original



tiene consecuencias en los padres, parientes que deberán asistir al entierro de aquel objeto de goce. A veces, con mucho trabajo y fatiga. Siempre con una demostración de sentimiento porque, como indicaba Freud, el hombre no

abandona de buen grado una posición libidinal adquirida.

#### De la posición del analista: el duelista

Duelista es quien se precia de saber y observar las leyes del duelo.

Con los niños en tratamiento, somos duelistas. Representamos a un sujeto supuesto saber jugar (Alejandro Ariel) que ofrece las armas (el juego) para que se libere un combate con "todas las de la ley".

Habrà duelo para el niño, y duelo del objeto niño para los padres. A ellos, los padres, les damos una que otra estocada y fundamentalmente, les tenemos la vela, aunque a veces tengamos ganas de matarlos.

Es por todo esto que decidí llamar a este trabajo "De duelos y duelistas" y es por todo esto que, recién ahora, me escucharán decir que a mi juicio, la clínica con niños es una clínica de duelo ■

PSICOFARMACOLOGIA CLINICA INFANTO-JUVENIL

polemos

#### PSICOFARMACOLOGIA CLINICA INFANTO-JUVENIL

Nelson F. Albiano • Luis E. Barrera • Susana P. de Bronstein • N. A. Chamoles • Pablo Croce • S. M. Ferraro • Gustavo Finvarb • Patricia Frieder • Laura R. Guelman • Julio Moizeszowicz • Héctor J. Ramos • Sergio L. Rojtenberg • Bernardo A. Sabelli • Jorge C. Ulnik • Héctor A. Waisburg • Ricardo Yamahuchi • Luis M. Zieher

Juan Carlos Stagnaro • Hugo Massei (Compiladores)

"La psicofarmacología de niños y adolescentes ha sido objeto en los últimos años de incesantes estudios y encendidas polémicas. Las opiniones sobre sus riesgos y sus beneficios han dividido a los especialistas entre quienes plantean el abstencionismo total en su uso, por un extremo, y los que recomiendan calurosamente su empleo por el otro.

Entre ambos, la mayoría se interroga, desde la clínica, sobre la conveniencia de su indicación articulada con otras técnicas -psicoterapéuticas, institucionales- en una estrategia global de tratamiento. Este volumen colectivo reúne trabajos de destacados investigadores en el tema quienes analizan en forma actualizada este imprescindible capítulo de la terapéutica infanto-juvenil"

polemos EDITORIAL

En venta en librerías

# Acerca de lo traumático

Andrea P. Iaria  
Juan Pablo Zuluaga

Psicólogo, jefe de residentes del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de Buenos Aires.  
Psicólogo, Residente de 2º año del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica de Buenos Aires.

Nuestra práctica de psicólogos residentes desarrollada en el Instituto de Rehabilitación Psicosfísica nos confronta a una clínica en donde el lugar de "lo traumático" se impone con tal fuerza que nos exige, sin duda como tentativa de respuesta, la elaboración del presente trabajo.

Dicha práctica, que es la psicoanalítica, se nos presenta con una especificidad que la hace en cierto sentido particular: trabajamos con pacientes cuyo rasgo común es un padecimiento en el cuerpo, fruto de una lesión, una enfermedad del sistema nervioso, del tejido conectivo, una amputación, un accidente cerebro-vascular, etc. Si bien las patologías son muy diversas, se trata de lesiones que afectan al cuerpo de manera más o menos visible, según los casos.

Por esto al ser recibido un paciente en el consultorio, rápidamente se advierte "aquello de lo que se trata"; si esto no ocurre seguramente surgirá la pregunta ¿qué tiene que está aquí?

Generalmente los pacientes nos llegan derivados por el médico tratante "porque se encuentran muy deprimidos" o "están muy ansiosos".

Nuestro objetivo será dar cuenta de esto que el médico también escucha y poder ubicarlo en una articulación propia y diferente a la vez.

Intentaremos este abordaje apoyándonos en conceptos freudianos acerca de lo traumático y en un material clínico que nos parece ejemplificador de tales conceptos.

Comenzaremos definiendo los términos sobre los que vamos a trabajar. Lo traumático tiene dos vertientes según el Diccionario Enciclopédico. Traumatismo: estado general especial creado por la acción de una violencia externa; y trauma: lesión producida por una violencia externa. En la

acepción "trauma psíquico" hallamos la referencia al "choque emocional" que deja una impresión duradera en la subconsciencia.

En Freud se pueden encontrar estas dos líneas en el concepto de "lo traumático".

Desde la concepción etimológica Freud explica la etiología de las "Neurosis Traumáticas" por una experiencia que aporta una excitación tan grande que frustra su liquidación. El aparato psíquico queda en un estado tal que el Principio de Constancia, principio que tiene como función el regular la cantidad de energía que circula dentro del aparato, manteniéndola constante, falla. Este estado psíquico, característico de las Neurosis Traumáticas, que Freud alude en "Más allá del Principio del Placer" equivale a hablar de un desborde, de un exceso de energía que deberá hallar una tramitación. Como hablamos de un estado del aparato psíquico, reservamos la acepción de traumatismo para este estado de cosas.

En la otra acepción de lo traumático, el trauma, tal como nos lo da el diccionario, se trata de un choque emocional. Para producirse se necesitarán como mínimo dos instancias; efectivamente el trauma para Freud supone la existencia de por lo menos dos elementos, dos experiencias. En este juego de experiencias, juego de a posteriori, la primera devenida traumática sólo a partir de una segunda que la resignifica. Esta es la etiología de la neurosis, expresión de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil y en cuyos síntomas encuentra su retorno.

Volviendo a las Neurosis Traumáticas, Freud encuentra que allí, en estos sueños en que los enfermos regresan a la situación patológica, de la que por otra parte —señala— poco interés tienen en ocuparse en su vida diurna, el Princi-

pio del Placer no les ofrece explicación alguna y que, en definitiva, se trata de una nueva cuestión. Se tratará de una compulsión a la repetición en la que insistirá lo que jamás fue reprimido. Dicho en otras palabras, lo que retorna vehiculado en el sueño no lo hace desde dentro del aparato psíquico. Lo que repite lo hará a efectos de la producción de una ligadura, siendo este concepto central para entender lo traumático.

A los recuerdos referentes a experiencias dolorosas, Freud los califica de "indomados". Para que sean "domados" es preciso que se establezca una relación con el yo o catexias del yo; es decir que esta energía deje de ser libre para ligarse a representaciones. En la medida en que este desborde de energía psíquica pueda ser encauzado a través de representaciones, "esto" va a poder hablar. La energía libre es puro afecto que descarga vía angustia, la energía ligada será tal en tanto afecto ligado a representaciones.

En este momento del hablar hay otra posibilidad de tramitación y la aparición de un lugar para que alguien pueda escuchar y sea la causa de ese decir: el analista.

Un interrogante se nos presenta en este punto: ¿es necesario el establecimiento de un encuadre analítico a efectos de que esta ligadura se produzca? Freud, en un primer acercamiento, parecería decir que no: estos sueños se producen, de hecho, también fuera del análisis.

Freud agrega que estos sueños realizan su función por vía de la angustia, la que justamente se halló ausente en el momento de la producción del traumatismo ¿no se le podrá ahorrar al paciente algo del monto de esta angustia?

Retomamos aquí la pregunta arriba indicada ¿el prestar oídos a un relato en el que insiste en un

encuentro poco feliz, relato que al decir de nuestros pacientes suele angustiar a quienes lo escuchan, con la consiguiente determinación a callarlo; el detenerlo en significantes que se reiteran, la invitación a asociar, no justificarán nuestro lugar allí? Creemos que sí.

Luego, en el caso de que el camino que proponemos sea tomado por el paciente, éste revisará su historia, la revivirá y la reinscribirá como todo sujeto que entra en análisis. Por lo tanto, eso que le ocurre en el cuerpo, sea una lesión, un accidente o una enfermedad, se resignificará y ocupará su lugar particular dentro de su historia.

El material que vamos a trabajar es el siguiente:

S. tiene 29 años cuando concurre por primera vez al Servicio de Psicología en junio de 1991, habiendo sido derivada por el médico que la trata.

Ha sufrido en un accidente laboral la amputación de su mano derecha. La rehabilitación incluye la utilización de una prótesis.

S. es madre de 4 hijos: dos hijas de 13 y 8 años y dos varones de 9 y 6. Se halla separada de su esposo, de quien no acepta ayuda económica alguna. Se encuentra en pareja con Juan, de 54 años quien es dueño de la carnicería donde S. trabaja y ha sufrido el accidente. A partir de éste sólo se desarrollará en la caja del local.

Durante la entrevista dice hallarse muy deprimida, llorando durante algunos pasajes. Se la cita a una próxima sesión.

En el transcurso de la segunda entrevista relata su accidente de la siguiente manera: "estaba picanado carne, estaba muy preocupada ese día, en un momento de descuido, en vez de meter la carne, metí la mano, sentí que me chupó la máquina"... "lo que me hizo reaccionar fue cuando ví la radiografía: el pedazo de brazo y el pedazo de mano separados"... "los médicos me explicaron con una lámina dónde estaban los pedazos de cuerpo para ver hasta dónde me había quedado".

Al preguntarle por su preocupación del día del accidente responde: "cortaba carne porque Juan entregaba carne a unas clínicas, yo lo ayudaba, era habitual. Ese día estaba preocupada, fuí a la reunión del

colegio del nene de 4° grado: había problemas por los manuales. Fue un viernes, la maestra pidió muchas cosas para el lunes. También tenía que retirar libros para mi hija mayor, la maestra exigía sí o sí llevar el manual, le dije que no podía, hubo tensión. La reunión fue de 12 a 13 y el accidente entre las 14.30 y las 15.

En la tercera entrevista dice: "Siempre fui impulsiva, antes no pensaba las cosas, era espontánea. Ahora pienso, hay un cambio".

En la cuarta entrevista entra al consultorio quejándose del frío. Al pedirle asociaciones con este frío comenta... "la muerte, una persona muerta está fría". Inmediatamente recuerda a un hermano mayor, muerto... "cuando yo tenía 11 años y él 13 se fue a un picnic y lo trajeron muerto, yo lo tocaba cuando estaba en el cajón, éramos los dos mayores... fue lo más grande que me ocurrió hasta... la muerte de mi hijo, fue el otro golpe grande; hay una sola cosa que no tiene explicación: es el porqué sucede una cosa. Cuando me accidenté decía ¿porqué a mí? Me sentiría más tranquila si alguien me dice por qué suceden estas cosas: la muerte de mi hermano, mi hijo, no se compara con esto que me sucedió ahora, porque esto tiene solución"... "yo busqué, hablé con el cura, con una catequista, porque dicen que están más cerca de Dios, traté que me dijeran porqué le arrebatan un hijo a una madre, te lo sacan de las manos, es una cosa que te parte por el medio y te arranca pedazos de todo lo que tenés".

El hijo muerto al que se refiere S. era su primer hijo varón.

En la entrevista siguiente trae un recuerdo infantil en el que se ve jugando a la pelota y a la bolita con los hermanos varones... "siempre fui un varón más, prefería una pelota que una muñeca"...

En una entrevista posterior, hablando sobre la muerte de su hijo agrega... "Murió de un paro cardiorrespiratorio, no se sabe porqué, iba a nacer de siete meses, lo retuvieron 27 días, había tomado líquido amniótico infectado por no haberse dado antibióticos"... A continuación, respecto del accidente dice... "me desahogo llorando, eso me calma, hay

días que lo puedo contener, a veces no, es algo que me ahoga. Algo te está cortando en ese momento, ese momento no lo estás viviendo. Cuando falleció mi hermano sus compañeras vinieron y llamaron a mi mamá, nunca supe lo que dijeron las chicas, mi hermano se había metido en el agua para agarrar la pelota de unos chicos, que se había caído. Cuando lo trajeron yo le decía que se levante, que se despierte, lo agarré de la cabeza, lo encontré frío, frío..."

En referencia a una prótesis a la cual trata de adaptarse comenta: "... ¿será lo mismo que lo acaricie a Juan con mi mano o con esa cosa fría...?"

A raíz de una molestia en el muñón surge en S. la preocupación de "que me sigan cortando, que me sigan haciendo cosas... el sufrimiento que uno pasa, recién al tiempo reacciona. En ese momento uno sufre, se preocupa, y todo lo demás no tiene importancia, como si ese tramo te cortara el resto de la vida: dolor por la muerte de mi hermano, de mi hijo, mi accidente, falta un pedazo de tu propio cuerpo".

Sobre el temor de S. a seguir sufriendo cortes queremos agregar que la indicación médica se limitó a una terapéutica local.

S. interrumpe el tratamiento en noviembre de 1991, pocas sesiones después.

Podemos observar en el material citado cómo durante las primeras tres entrevistas S. habla de su accidente, cuenta el antes y el después, recuerda lo que ocurrió, diríamos que se producen ligaduras. Podemos situar cómo a partir de la cuarta entrevista el accidente de S. queda ubicado en una serie con sus otras dos pérdidas: la de su hermano y su hijo. Muertes que se presentan abruptas como su propio traumatismo y con duelos apenas elaborados. Respecto a estos últimos destacamos que S. dice "no se sabe" sobre las causas de la muerte de su hijo y se queda con una explicación poco clara, como así también dice que "no sabe" lo que se dijo respecto del episodio en el que muere su hermano, quedándole así estas muertes como "cortes" abruptos: un hijo iba a nacer sano y murió, un hermano va al picnic y regresa muerto.

Tomando la fórmula freudiana de "Duelo y Melancolía", "la sombra del objeto cayó sobre el yo" (1), podemos pensar que la sombra de estos objetos ha recaído sobre su mano, e incluso sobre su prótesis. "Muerte" se desplaza sobre el significante "frío", S. nombra su prótesis como "esa cosa fría", ubicándose en ésta un "pedazo" de muerte sobre su propio cuerpo. En palabras de Freud "la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo" (2).

Dentro de esta misma línea el significante "ahogo", que insiste en su relato, la ubica "ahogada" tal como su hermano, muerto de esta forma, y su hijo, que, en sus palabras tomó líquido amniótico.

En términos generales podemos decir que S. habla de estos tres episodios casi con los siguientes términos:... "te lo sacan de las manos", "te arrancan pedazos de

lo que tenés", "es una cosa que te parte por el medio", "dolor por la muerte de mi hermano, mi hijo, mi accidente. Falta un pedazo de tu propio cuerpo".

Respecto del significante "pedazo" queremos hacer notar cómo su propio cuerpo, a partir del accidente y la resignificación de las otras pérdidas, se le aparece como un conjunto de pedazos sin "ligazón".

El accidente posiciona a S. en un lugar diferente al que ocupaba, lugar posible de ser pensado como más propio de una posición femenina: antes cortaba carne, ahora atiende la cuna.

Una modificación se advierte también en el hecho de su anterior impulsividad, ahora se ubica como pensante.

Al interrumpir el tratamiento, se suspende la vía de elaboración de "lo traumático" mediante el

trabajo analítico, por lo cual surge el riesgo de pensar ¿será a costa de futuros "cortes" como S. se ubique frente a estas pérdidas, ¿será esta la vía de acceso de que dispone para la elaboración de sus duelos? Este riesgo se refleja en la fantasía de S. de que "me sigan cortando" que aparecía al final del material.

Para finalizar podemos pensar del siguiente modo "lo traumático" en el material trabajado: por un lado el desborde afectivo tramitándose vía angustia cuando S. llega al análisis y la posibilidad de tramitación apoyada en representaciones en el transcurso de las entrevistas por la invitación a hablar, por el otro, el accidente resignificando hechos anteriores de su vida, que devienen traumáticos a partir de éste, con la consiguiente determinación del trauma psíquico ■

#### Notas.

1 y 2. Freud, S., "Duelo y Melancolía", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1915, pág. 246.

#### Bibliografía.

Diccionario Enciclopédico Larousse  
Laplanche y Pontalis, "Diccionario de Psicoanálisis", Ed. Labor  
Freud, S., "Más allá del principio del Pla-

cer", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1920.

Freud, S., "Duelo y Melancolía", Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1915.



**INSTITUTO  
EIRNA**

ATENCIÓN INTEGRAL  
DE CUADROS DE  
PSICOSIS  
INFANTO-JUVENIL

NIÑOS - ADOLESCENTES - RESIDENCIA  
Atención Obras Sociales

DIRECTOR GENERAL: LIC. F. ADRIANO RUIVO

JUANES TRAMAS 1678/80 Cap. Fed. (1414)  
Tel.: 22-5774 de Lunes a Viernes de 10 a 17 hs.

# PAIDOS

**G. Freixas / M. T. Miró**

APROXIMACIONES A LA PSICOTERAPIA  
Una introducción a los tratamientos psicológicos

**Donald W. Winnicott**

EL HOGAR, NUESTRO PUNTO DE PARTIDA

**Donald W. Winnicott**

LOS PROCESOS DE MADURACION Y  
EL AMBIENTE FACILITADOR

Estudios para una teoría del desarrollo emocional

**Michael White / David Epston**

MEDIOS NARRATIVOS PARA  
FINES TERAPEUTICOS

**G. Baravalle / C.H. Jorge / L.E. Vacarezza**  
ANOREXIA

Teoría y clínica psicoanalítica

**Gérard Mendel**

LA SOCIEDAD NO ES UNA FAMILIA

**Cloé Madanes**

SEXO, AMOR Y VIOLENCIA  
Estrategias de transformación



## SEÑALES

### LOS CONSTRUCTORES DE LO IMAGINARIO Video-debate

*Prof. Sami Ali*  
*Arq. Martha García de Garsd*  
*Lic. Susana Rotbard.*  
Coord.: Dr. Roberto Fernández.  
Martes 12 de abril, 19.30 hs.  
Centro Cult. Gral. San Martín  
Entrada libre  
*Informes: Librería Paidós*  
Av. Las Heras 3741, Loc. 31,  
Capital. Tel.: 801-2860

### VIII Encuentro Internacional del Campo Freudiano

*"La conclusión  
de la cura.  
Variedad clínica de la  
salida del análisis"*

En el Palacio de Congresos de París se llevará a cabo este Encuentro desde el 10 al 13 de julio de 1994.

Para intervenir se deberá remitir:

- Fotocopia de la solicitud de inscripción.
- Fotocopia del giro a París.
- Fotocopia del resumen, si es que enviará alguno.
- Fotocopia del trabajo definitivo.

Informes en Argentina:  
Secretaría del Campo Freudiano,  
Riobamba 911, lunes, miércoles y viernes de 15 a 18 hs.

### Hospital Municipal Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tobar García"

#### **Primera Jornada de Adopción: Aspectos clínicos y legales**

Dirigido a estudiantes y profesionales de Salud Mental y de Derecho.

1° de Julio de 1994

Presentación de trabajos hasta  
31-5-94

Inscripción \$15.

#### **2° Encuentro de Musicoterapeutas en Psicopatología Infanto Juvenil**

Organiza:  
Sección Musicoterapia

Coord. Gral. M. T. Gisela Barok  
M. T. Lidia Romero.

11, 12 y 13 de agosto de 1994

Ramón Carrillo 315 - Tel.: 26-6108 (1275) Capital Federal.

### Asociación de Psiquiatras argentinos A.P.S.A.

### X Congreso Argentino de Psiquiatría II Congreso Argentino de Medios Audiovisuales y Salud Mental

**Encuentro del Mercosur en Salud Mental**  
**Reunión Nacional de Residentes y Psiquiatras en Formación**  
**Reunión Nacional de Docentes de Post Grado en Psiquiatría**

**Tema Central: "La Psiquiatría en Culturas y Sociedades en Crisis"**

En Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, Argentina  
10, 11, 12 y 13 de junio de 1994

Organizado por:

**A.P.S.A.**

Asociación de Psiquiatras Argentinos

**C.I.M.P.C.**

Centro de Inv. Médico Psicológica de la Comunicación

Auspiciado por:

**W.P.A.**

Asociación Mundial de Psiquiatría

**A.P.A.L.**

Asociación Psiquiátrica de América Latina

**Fundación C.E.P.**

Fundación Centro Experimental de Psicocine

#### **Informes e inscripción:**

San Martín 579 - 2° Piso - (1004) Capital Federal  
Teléfonos y Fax 393-3381 - 393-3129 - 393-3059

# Índice alfabético de autores

Volumen IV - 1993

- Abdala, E. N., *Sobre el suicidio. Algunas consideraciones clínicas*; N° 11, pág. 16.
- Alcohólicos Anónimos, *La cuestión no está en llegar a ser un asquir*; N° 13, pág. 255.
- Amaya, J., ver Samperisi, A.
- Augé, M., *El Hospital, una alternativa de tratamiento para pacientes en crisis*; N° 14, pág. 267.
- Avigo, L. N., ver Stingo, N. R.
- Baldacci-Epinette, Ch., ver Caroli, F.
- Barrancos, A., *El llanto sin lágrimas en los estados melancólicos. Su valor pronóstico*; N° 14, pág. 292.
- Bazán, G., ver Samperisi, A.
- Beraza, M., *Tratamiento del trastorno por pánico*; N° 14, pág. 253.
- Blanda, E., ver Samperisi, A.
- Cabral, C. A., *Experiencia Clínica Terapéutica en Trastornos Esquizoafectivos*; N° 13, pág. 167.
- Caroli, F., *Apertura del campo de intervención en psiquiatría sectorial*; en colab. con Ch. Baldacci-Epinette, Ph. Ribeyre y J. Gauillard, N° 14, pág. 280.
- Corti, M. E., *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*; N° 11, pág. 32.
- Dubrovsky, B., *La Evolución de Sistemas Nerviosos. Sus Implicancias para el Comportamiento Normal y Patológico*; N° 13, pág. 170.
- Epstein, R., *Algunas ideas sobre el Hospital de Día. Su estructura y su especificidad como espacio y dispositivo terapéutico*; N° 12, pág. 121.
- Epstein, R., *Observaciones psicodinámicas sobre la función del equipo psicoanalista-psiquiatra*; en colab. con C. Rozenzstoch, N° 14, pág. 284.
- Falcón, R. E., *Terapéutica de la depresión resistente: una revisión*; N° 13, pág. 19.
- Fejzo, R. R., *Instituciones de interacción psiquiátrica intermedia, Hospital de Día-Hospital de noche*; N° 12, pág. 104.
- Fernández Bruno M. D., *Hospital de Día psiquiátrico en 1993*; en colab. con P. M. Gabay, N° 12, pág. 128.
- Fernández Bruno, ver Gabay, P.
- Gabay, P., *Casos de medio camino*; en colab. con M. Fernández Bruno, N° 14, pág. 271.
- Gabay, P. M., ver Fernández Bruno M. D.
- Garcemilla, E. S., *La asistencia familiar de alienados en el Uruguay*; N° 13, pág. 219.
- Gatti, C., ver Stingo, N. R.
- Gauillard, J., ver Caroli, F.
- Gómez Fernández, R., *¿Quo vadis psicoanálisis?*; N° 14, pág. 258.
- González, A. B. de., *El Hospital, ¿una alternativa o más de lo mismo?*; N° 14, pág. 276.
- Hakim-Kreis, M., ver Salinas, E. O.
- Hirsz, E., *Semblante de a*; N° 12, pág. 144.
- Herrera Salinas, D., *Enfoques institucionales*; N° 14, pág. 313.
- Ingenieros, J., *Censo aproximativo de alienados*; N° 11, pág. 59.
- Ipat, J. J., *La polémica Putnam-Ferrell: la relación entre filosofía y psicoanálisis*; N° 12, pág. 152.
- Lacera, D., ver Samperisi, A.
- Maldini, E. L., *Casos clínicos psiquiátricos y neuropsicopatológicos del alcoholismo*; N° 13, pág. 185.
- Maleval, J. C., *La acentuada tentación de mortificación del sujeto en el discurso de la psiquiatría*; en colab. con L. Ottavi, N° 11, pág. 61.
- Milán, D., *El psicoanálisis en la clínica del Hospital de Día*; N° 12, pág. 113.
- Moizesowicz, J., *La psicofarmacología en el Hospital de Día, parte integrante del proceso terapéutico*; N° 12, pág. 116.
- Ottavi L. ver J. C. Maleval.
- Pellegrini, J. L., *Alcoholismo, identidad, grupo y red*; N° 13, pág. 209.
- Pérez, L., *Hábitos de todo un poco, y de Sida también*; N° 11, pág. 43.
- Quiroga, M. de los A., *Comunicación, persona y conducta*; N° 12, pág. 93.
- Ribeyre Ph., ver Caroli, F.
- Roca, V., *Algunas cuestiones sobre el abordaje clínico de los pacientes infectados con el virus del SIDA*; N° 11, pág. 55.
- Rozenzstoch, ver Epstein, R.
- Salinas, E. O. C., *Depresiones estacionales: Síntesis de los progresos realizados en una década, y experiencia clínica en el hospital Sainte-Anne*; en colab. con M. Hakim-Kreis, N° 11, pág. 7.
- Samperisi, A., *Tratamiento psicoterapéutico en pacientes psicóticos sin internación*, en colab. con G. Bazán, E. Toranzo, M. Samperisi, J. Amaya, A. Taborda, N. Vila, D. Lucero y E. Blanda, N° 14, pág. 289.
- Samperisi, M., ver Samperisi, A.
- Schnitzler, A., *Yo*; N° 12, pág. 134.
- Solano, L., *El porvenir de la psiquiatría: chances y peligros*, *Entrevista al Prof. Théophile Kammerer*; (E) N° 12, pág. 140.
- Stagnaro, J. C., *Cronicidad y cronicificación*; N° 14, pág. 265.
- Stagnaro, J. C., *En la brecha... Entrevista a Pedro Cahn*; (E) N° 11, pág. 38.
- Stagnaro, J. C., T. O. C., *¿Un viaje al interior del cerebro?*; *Entrevista a J. Yaryura-Tobías*, (E) N° 14, pág. 309.
- Starosiliz, D. G., *Alcoholismo, Aspectos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas*; N° 13, pág. 196.
- Stingo N. R., *Aspectos psiquiátricos legales del alcoholismo*; en colab. con M. C. Zazzi, N° 13, pág. 205.
- Stingo, N. R., *Responsabilidad profesional en Salud Mental. Consideraciones legales*; en colab. con L. N. Avigo, M. C. Zazzi y C. Gatti, N° 13, pág. 228.
- Taborda, A., ver Samperisi, A.



Terán, A. I., *Vejez, marginalidad y angustia*; N° 13, pág. 232  
 Toranzo, E., ver Samperisi, A  
 Valleur, M., *Toxicomanía: Acción, sexualidad y riesgo*; N° 12, pág. 87  
 Vegh, I., *Un hombre normal*; N° 12, pág. 138.  
 Vila, N., ver Samperisi, A  
 Wieviorka, S., *Algunos problemas que le plantea a los psiquiatras la atención de pacientes VIH positivos o enfermos de SIDA*; N° 11, pág. 46  
 Wintrebort, D., *Sistemas de integración del organismo viviente. Entrevista a France Haour*; (E) N° 11, pág. 50.  
 Zaratiegui, R. M., *Alteraciones neurobiológicas y psicofarmacoterapia de los síndromes premenstrual y menopáusico*; N° 14, pág. 247  
 Zazzi, M. C. ver Stingo, N. R.  
 Zazzi, M. C., ver Stingo, N. R.  
 Zirulnik, J. L., *Clínica psiquiátrica de la enfermedad VIH/SIDA*; N° 11, pág. 27.  
 Zöpke, P., *Antonin*; N° 14, pág. 305

#### Suplemento N° 1 al Volumen IV

Alvarez M., ver Fernández Labriola R.  
 Cetskovich-Bakmas M., ver Ciprian-Ollivier J.  
 Ciprian-Ollivier J., *Aspectos genéticos en las psicosis endógenas*; en colab. con M. Cetskovich-Bakmas, pág. 19.

Contentin J., *Las múltiples funciones cerebrales de la dopamina y sus diversos tipos de receptores*; pág. 23.  
 Fernández Labriola R., *Nuevas moléculas*; en colab. con M. Alvarez, pág. 33.  
 Martinot J. L., *Fisiología cerebral y Psicopatología. Modelos de investigación en el diagnóstico por imágenes*; pág. 9.  
 Moizeszowicz, J., *Psicofarmacología, parte del proceso terapéutico en Psiquiatría*; pág. 5.

#### Suplemento N° 2 al Volumen IV

Bertoldi, A., *La responsabilidad médica en los tratamientos psicofarmacológicos*; en colab. con R. Montenegro, pág. 48.  
 Bronstein, R., *Trastorno obsesivo-compulsivo. Aspectos neurobiológicos y tratamiento psicofarmacológico*; en colab. con L. Fernández, pág. 42.  
 Dorado, G., *Riesgos y beneficios actuales del uso prolongado de las benzodiazepinas*; pág. 9.  
 Etchazarreta, A., *Riesgos civiles y penales por el uso prolongado de psicofármacos recetados*; pág. 50.  
 Fernández, L., ver Bronstein R.  
 Frieder, P., *Psicofarmacología en niños y adolescentes*; en colab. con G. Mielnik, pág. 33.  
 Frieder, P., *Tratamiento de la depresión atípica psicótica*; pág. 11  
 Funes, J., *Utilidad del diagnóstico por imágenes en psiquiatría y en*

*especial en las demencia degenerativas*; pág. 52.  
 Golimstock, A., *Utilidad del diagnóstico neuropsicológico en las demencias degenerativas*; pág. 56.  
 Guala, S., *Neurobiología y terapéutica de las conductas suicidas*; pág. 15.  
 Leiderman, S., *Alteraciones endocrinológicas y tratamiento hormonal de los síndromes premenstrual y menopáusico*; pág. 38.  
 Luppó, C., *Utilidad de los marcadores neuroquímicos en 200 pacientes con diferentes desórdenes mentales*; pág. 28.  
 Mariani, L., *Utilidad del mapeo cerebral computarizado en el diagnóstico precoz de las demencias degenerativas*; pág. 57.  
 Marmer, M., *Tratamiento de la esquizofrenia resistente*; pág. 22.  
 Mielnik, G. ver Frieder, P.  
 Moizeszowicz, J., *Aspectos neurobiológicos y tratamiento actual de la crisis y el desorden de pánico*; pág. 4.  
 Moizeszowicz, J., *Perspectivas actuales y futuras del tratamiento psicofarmacológico de las demencias degenerativas*; pág. 61.  
 Montenegro, R., ver Bertoldi A.  
 Monti, J., *El insomnio y su tratamiento*; pág. 17.  
 Oubiña, L., *Neurobiología y tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de la alimentación*; pág. 36.  
 Suárez, E., *Neurolépticos atípicos*; pág. 25.  
 Zaratiegui, R., *Depresión psicótica*; pág. 13

## a-compañar

Director: Lic. Guillermo J. Altomano  
 Coord.: Lic. Silvia M. Azpillaga

Desde 1982 dedicada al Acompañamiento  
 Psicoterapéutico a través de sus dos áreas

### AREA ASISTENCIAL

Para integrar al tratamiento según criterio del profesional tratante. Brinda equipos de acompañantes y coordinación

### AREA FORMATIVA

Escuela de acompañamiento psicoterapéutico  
**Seminario primer nivel**  
 introductorio - duración un año.  
**Seminario segundo nivel**  
 especialización - duración un año.

Rodríguez Peña 286, 2° piso (1020) Buenos Aires. Tel.: 46-6966

## L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO  
 PSY

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa, comentarios de libros, artículos históricos Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353