De cuerpo presente

> *“Si nada nos salva de la muerte, al menos que el amor nos salve de la vida”. Pablo Neruda.*

De cuerpo presente, es una locución adjetiva que tiene un significado doble. La primera acepción es cadáver: que está expuesto y preparado para llevar después al entierro, la segunda acepción es estar realmente presente y no por medio de un representante. El título encierra un equívoco, una ambigüedad. Dos maneras de presentación del cuerpo que encontramos en algunos pacientes que consultan por sus dolencias orgánicas. La muerte está presente, es un riesgo cierto. Su estado de salud es muy delicado y prima la urgencia.

Antonio llega a una sesión muy angustiado. Relata que fue convocado por su jefe para volver a trabajar. A pesar de su mejoría no puede volver, ya que está muy limitado por su escasa visión y por tener que asistir a diálisis tres veces por semana. Esta situación lo angustia. Relata que estaba en su casa y empezó a sentir debilidad, falta de fuerza. Entonces pensó que estaba bajo de azúcar, fue a la cocina y empezó a comer descontroladamente. Se midió el nivel de azúcar y estaba muy alto. Ante mi pregunta de qué cree que fue lo pasó dice:” Lo que pasa es que inconscientemente pienso, ahora estoy bajo, estoy en terreno donde puedo comer todo lo prohibido como si fuera normal y me doy un atracón. Es un ansia que me agarra… es como decir, ahora tengo mucha plata y puedo jugar todos los números que quiero…Nunca me había pasado, es la primera vez que me pasa, no lo puedo dominar…Me dio una bronca, el tipo que no se puede dominar, me dio culpa… Como y nadie me ve…De los 45 años para acá estuve tratando de entrar en el carril… ¿Por qué lo hago si no tengo hambre? Si no me voy a morir, no lo puedo controlar, con esto no puedo….”

Este relato pertenece a una sesión de un tratamiento que había comenzado dos años antes y que marcó un hito en la dirección de la cura, por primera vez aparece una pregunta que implica subjetivamente al paciente. Una pregunta en relación a algo que se le escapa, que no puede controlar y que le genera bronca, culpa y angustia. A partir de esa sesión cambia su modalidad discursiva y puede comenzar a establecer relaciones entre sus dolencias y sus afectos incluyéndolas en su historia e implicándose.

Pero, este camino comienza un tiempo atrás. Volvamos al principio, el primer momento en el que consulta.

Antonio de 57 años llega a la consulta derivado por su médico. Comenta que hace dos meses que no trabaja porque su estado de salud es crítico. Su avanzada diabetes, su obesidad y sus picos hipertensivos no le permitían comenzar con diálisis. Le indicaron someterse a una rigurosa dieta, control estricto de medicación, reposo para compensarlo y una consulta psicoterapéutica. Se presenta diciendo que es ingeniero. “Soy prevencionista, hago prevención de accidentes, es un trabajo que me encanta, pero a veces me olvido de mí, de cuidarme en las comidas y hasta de la insulina.”

Antonio nació en Italia, vino a los seis años, después de la guerra. Sus padres deciden emigrar en busca de trabajo y de una vida mejor.” Vinieron de la guerra donde sufrieron muchas pérdidas y situaciones de carencia extrema. El padre era constructor y le inculcó la cultura del trabajo. De su madre comenta que siempre fue depresiva. “Ella nunca se adaptó a la Argentina, aún hoy añora su tierra natal”

Comenta que es diabético desde los 50 años, momento en que fallece su padre repentinamente y que se fue agravando ya que le cuesta mucho cuidarse. Es la primera vez que hace una consulta psicológica y no le encuentra mucho sentido. “No veo en qué puede ayudarme hablar, pero el médico me dijo que viniera” Consulta porque hace un mes que no trabaja, por

licencia médica y dice “Para mí el trabajo es fundamental, en 30 años no falté ni un día a trabajar. Tengo 57 años y 51 años de trabajo…” Me pone muy mal no poder ir a trabajar. El padre de Antonio era constructor y, según él, le inculcó la cultura del trabajo desde muy chico, “El bienestar es ser terriblememente trabajador”. Así se presenta Antonio.

Habla en relación a su cuerpo desde la anatomía médica, respeta dicha anatomía. Inunda las sesiones con datos sobre síntomas, estudios, porcentajes con profusión de datos, cifras, mediciones, estudios referidos al cuerpo de la anatomía y el cuerpo de la representación queda desbancado. Está presente el cuerpo-organismo, es un discurso acerca del cuerpo pero sin cuerpo. Discurso frio, homogéneo. Objetivante y objetivado. La dolencia aparece como desconectada de toda red asociativa y resistente a toda dialéctica. Puede situar el comienzo de la enfermedad, si hubo algún hecho importante, cuando, cómo y dónde aparece la enfermedad, pero no es consciente de la estrecha relación que puede existir entre su enfermedad y el modo en que subjetiva los acontecimientos de su vida. Antonio comenta que él sabe que si se pone nervioso le sube el azúcar pero nunca le había prestado atención a éste hecho, ni lo consideraba importante, nunca había pensado que eso tuviera alguna relación.

La aparición de la enfermedad es vivida como una irrupción siniestra, como un extraño que invade el cuerpo, territorio igualmente extraño y ajeno. Las cosas para él son cómo son. Son así, no hay nada para asociar, no hay un más allá.

El primer tiempo de entrevistas de Antonio transcurrió con relatos de visitas a los distintos médicos, recuento de los valores y de los análisis y los estudios a los que se iba sometiendo. Ante mis preguntas la respuesta constante era, “Bien, todo bien”. Así continuó viniendo una vez por semana durante un período en el que comentaba su agenda de consultas médicas y escasas cuestiones de la vida cotidiana ya que se encontraba muy limitado por el reposo, “pero bien, todo bien”.

Interrogando no se llega muy lejos. Contestará, “todo bien, nada nuevo”. Si intentamos plantear algo del orden de la asociación libre, la respuesta habitual será “nada, no se me ocurre nada”. Relata la cotidianeidad a modo de agenda, sin detalles, sin matices, sin afecto en juego. En algunos casos son capaces de relatar las situaciones más trágicas y dolorosas de un modo desafectivizado

Antonio se expone a situaciones riesgosas sin medir las consecuencias de sus actos. Me cuenta: “en las obras era muy jodido, muy estricto, siempre trabajé en situaciones extremas, en la nieve, en el desierto, en cataclismos, donde la empresa me necesitara, ahí estaba yo. Siempre cerca de la aventura y algo más…”. “Siempre le exigí a mi cuerpo cómo a una máquina que no para, manejaba 18 horas seguidas y no me cansaba…”. “Estuve a cargo de la seguridad en una catástrofe, siete días y siete noches sin dormir, orinaba sangre. Fue la primera vez que tuve un problema renal y a la semana se me fue. El sistema dependía de mí, las ordenes tenían que estar en la cabeza de alguien, el único que puede contar lo que pasó soy yo”. “La empresa me daba mucho prestigio y mucha carga, uno se acostumbra a llevar mucha carga y siente que es de hierro”

Más, siempre más, más alto, más lejos, más responsabilidad… Cuando la demanda de goce se ejerce sobre estructuras en las cuales la función paterna devela fallas en su constitución, nos encontramos con éstas acciones. Son éstos los padecimientos, en los que falta la eficacia de la función normativa del nombre del padre. No pueden encontrar un límite al goce que amenaza permanentemente con una invasión devastadora. Nos encontramos entonces por un lado, con una gran labilidad en cuanto al posicionamiento subjetivo en el sostén fantasmático y por otro lado, el Otro social que ejerce una presión que empuja al goce. A Antonio su excesivo ideal del yo lo lleva a cumplir con sus obligaciones de manera indeclinable, desestimando la posibilidad de sus recursos. No

siente cansancio, fatiga o dolor, no percibe las señales de su cuerpo y se expone a situaciones extremas sin tener registro de las consecuencias.

La modalidad con la que se presenta es querer deshacerse de la dolencia, que les molesta sin querer saber nada, ni porque se produjo, ni cuál es la significación inconsciente de su padecer y menos la parte que a cada cual le toca en relación a la responsabilidad en el malestar que padece.

Dice el paciente: “hay dos Antonios: uno por dentro y otro que es el cuerpo. El cuerpo me está fallando y me está volviendo loco. La diabetes va avanzando y va dejando secuelas. Esto es producto de la falta de dolor, si a uno no le duele nada, tampoco sabe el daño que se está haciendo”.

¿Cómo ubicarnos cómo analistas en éstos casos donde todo está a la vista, en los que no hay formaciones del inconsciente, donde no hay síntoma, en el sentido analítico?

No nos suponen ningún saber, es más vienen traídos por la relación a su médico y esperan de nosotros que respondamos de igual modo. Llegan con respuestas, responden con su cuerpo, su enfermedad los invade, les cambia la vida. Arrasa su cotidianeidad. El cuerpo aparece como punto de llegada, cómo la respuesta dada pero sin interrogantes. En principio no es el punto de partida para interrogarse. Es un discurso cerrado que no cede. Traen respuestas teñidas de la certeza del discurso médico. Marcas en el cuerpo que no están en relación a su historia ni a su sufrimiento.

Antonio, dirá en varias oportunidades la enfermedad es muda, no avisa. A pesar de haber tenido el diagnóstico y estar medicado y sometido a innumerables limitaciones por su enfermedad sigue exponiéndose a situaciones de riesgo. Es especialista en prevenir accidentes pero no puede prevenir la catástrofe de su propio cuerpo. Llega a la consulta padeciendo un importante deterioro por los descuidos a los que se somete,

si a uno no le duele, no se cuida ¿De qué dolor estamos hablando?

El síntoma conversivo, a diferencia del fenómeno psicosomático marca una trayectoria que va del sentido a la fijación libidinal. En ésta operación el síntoma procura al neurótico un anudamiento entre satisfacción pulsional y defensa.

En el fenómeno psicosomático no hay, como en el síntoma, un saber ni la metaforización de un deseo reprimido. Son manifestaciones que no pudieron entrar en la cadena discursiva por eso se repiten siempre del mismo modo en forma monótona. Si en el fenómeno psicosomático, la parte del cuerpo lesionada o marcada puede pensarse como una falla en el proceso de simbolización. Podemos ubicar allí un punto real, algo que emerge en el cuerpo biológico. Si leemos su insistencia como la señal de algo que pugna por inscribirse, que no puede articularse a la palabra ni a algún tipo de representabilidad, deberemos crear las condiciones para que el padecimiento pueda ser subjetivado. Si apostamos a la función de la palabra desde una posición ética, aportaremos el encuadre que el paciente necesita, dirigiéndolo en el descubrimiento de sus propios hilos para tejer una trama simbólica, un texto que pueda ir armando su cuerpo gozante.

El encuadre de una sesión semanal y el analista presente, en el tiempo y con constancia, asista o no el paciente, permite que ese sea el ámbito donde pueda jugarse, construirse y constituirse la posibilidad de la transferencia. A modo de las primeras rutinas instaladas entre la madre y el niño que constituyen la subjetividad, en el ámbito analítico, se trabajará para construir la alternancia de presencia-ausencia que permita ir nombrando lo gozoso del cuerpo que queda afuera para ir armando una trama, e ir dando así un marco a la inscripción.

A partir de la consulta por su enfermedad, Antonio pudo detenerse, su ansiedad extrema no le permitía parar. Puede

lograr lo que hasta ese momento no podía: detenerse, pensar, elaborar otras alternativas para hacer frente a los problemas que se le presentan.

Antonio llega con la certeza de que su cuerpo es de hierro, indestructible, inquebrantable. Esta certeza se va conmoviendo a partir del trabajo analítico. Comienza a sentir dolores, cansancio, debilidad, pesadez en las piernas. Hasta ese momento éstos eran registros que él no tenía en cuenta, y tuvo que llegar a un estado de deterioro importante, para llegar a sentir las sensaciones de su cuerpo. Su enfermedad lo detiene, lo invalida pero también le permite empezar a sentir, le permite conectarse con la fragilidad, con las limitaciones, con las renuncias que debe hacer. Le permite confrontarse con un límite. De las actuaciones que realizaba en su arriesgado trabajo para mitigar la angustia, pasa a los actings con sus atracones. Esto lo pone en peligro y aparece, por primera vez, el temor a morirse. Se angustia y se pregunta: "si sigo comiendo en exceso, ¿puedo morirme de una suba de azúcar? Nunca lo había pensado así…" Se encuentra con la fragilidad, con las limitaciones y la imposibilidad se hace presente.

Decíamos que Antonio llegó con la certeza de que su cuerpo era de hierro, indestructible, un cuerpo que funcionaba como una máquina que nunca para y que cumple a rajatabla, a pesar de todo y sometiéndose a cualquier situación.

En la misma línea, ser hombre y ser padre de familia, era sostenerlo todo, ser el sostén de su madre depresiva y de su familia, resignando sus propios deseos e intereses en función del deber cumplido.

De ser terriblemente trabajador a trabajar para vivir: ese fue el recorrido que pudo ir armando en el trabajo analítico, poniendo en cuestión su forma de trabajar y de responder a las demandas de los Otros.

Comienza a armar relaciones entre sus vivencias afectivas y su

historia. Los señalamientos iban en el sentido de construir relaciones entre sus estados afectivos y las situaciones penosas que iba viviendo, los nombraba y, aunque muchas veces el paciente no asociara ni relacionara nada en particular, se iba estableciendo un trabajo. Algo se construía. Realizaba señalamientos que apuntaban a poner en relieve por ejemplo, el conflicto de ideales entre la comida que hace bien y el exceso que mata. Intervenciones que daban cuenta de que todo acto, tiene consecuencias.

“Del mangia che ti fa bene” y el culto a la comida, a la dieta que sana. De los atracones, a poder prevenir las recaídas y las catástrofes en su cuerpo. Las intervenciones en el caso de Antonio siempre fueron en la línea de ofrecer un lugar de escucha. Eran intervenciones más activas, en donde se lo alentaba a historiar, retomando temas que el paciente dejaba sistemáticamente por fuera, como la dieta o el probable trasplante y eran importantes para su supervivencia.

A partir del trabajo analítico, Antonio logra bajar de peso y compensa su estado clínico general. Se opera de la vista y puede empezar y sostener su tratamiento de diálisis tres veces por semana. El pasaje por el análisis le permite hacerse de un cuerpo y cuidarlo.

También descubrió que sus palabras y sus afectos podían tener efectos: “Licenciada, yo nunca pensé que hablar podía hacer tan bien, decir las cosas que uno siente… eso ayuda”. Se transformó en el promotor de la psicoterapia en su grupo de diálisis. Escuchaba las historias de vida de sus compañeros y los alentaba a empezar un tratamiento. Se conectó con el Rotary Club de su zona y se dedicó a organizar charlas sobre la importancia del cuidado y la prevención en el paciente con diabetes, donde entre otras cosas, relataba su propia experiencia.

Podemos plantear entonces dos momentos diferenciados en el tratamiento: un primer momento, donde se realizó un trabajo

que permitió alojar al paciente, tiempo de entrevistas preliminares, en un espacio cara a cara con intervenciones más activas. Y un segundo momento, donde Antonio pudo empezar a ponerle palabras a su angustia en lugar de poner el cuerpo.

“Invitar al cuerpo a componerse en la palabra, dice Sylvie Le Poulichet, sólo es posible si el paciente puede situar su propio cuerpo en un aquí y allá, para hacer aparecer correlativamente al analista en una dimensión de presencia y de ausencia. Arrojar lejos y dejar caer, volver y desaparecer serían tal vez las dramatizaciones previas al advenimiento de un vínculo transferencial. Es a través de una forma de simbolización de la ausencia, como se puede perder algo del cuerpo en tanto lugar de surgimiento de las lesiones que conservan un impensable. En ciertas condiciones hablar al analista, hace perder algo del cuerpo, recortando y anudando su superficie de deseo. La cura de la palabra está allí llamada a trabajar en un cerramiento del cuerpo, trabajo de cerramiento que sostendrán las nominaciones y las metáforas, que recortan zonas de sombra y secreto”.

Llega con un cuerpo hablado desde la medicina y va construyendo un cuerpo propio. Se da el pasaje de la sorpresa del analista a la sorpresa del paciente. Comienza a angustiarse y a partir de la angustia empieza a poder cuidarse con la dieta y en los controles médicos. Se cuida y empieza a tener registro de dolor y de saciedad. Se van marcando los bordes del cuerpo, lo posible y lo imposible .Los bordes versus el desborde. Ya no responde masivamente a las demandas del Otro con su cuerpo, descubre la posibilidad de nombrar lo que siente.

Antonio terminó su tratamiento hace algunos años atrás. Durante algún tiempo, cada veinticinco de Diciembre, recibí un mensaje que decía: “Feliz Navidad, licenciada, espero que esté muy bien”.

Bibliografía

- *Freud, Sigmund- "La neurastenia y la neurosis de angustia" (1895)*
- *"Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa" (1896)*
- *"Introducción al narcisismo" (1914)*
- *"Construcciones en Psicoanálisis" (1937)*
- *Foulkes, Eduardo- "El saber de lo real". Ed. Nueva Visión.*
- *Heindrich, Haydee- "Cuando la neurosis no es de transferencia". Ed. Homo Sapiens*
- *Lacan, Jacques- Intervenciones y textos II.*
- *Le Poulichet, Sylvie- Toxicomanías y Psicoanálisis". Ed. Amorrortu.*
- *Nasio, Juan David- "Mi cuerpo y sus imágenes". Ed. Paidós*

Daniela Vuattolo es miembro titular del Centro Oro, coordina el Departamento de Dolencias Orgánicas e Interconsulta.