

El síntoma en la clínica analítica

B. Miguel Leivi

“Su enfermedad no debe ya parecerle despreciable, sino que debe devenir un enemigo merecedor de su coraje, una parte de su personalidad, que tiene sólidos fundamentos para su existencia, y de la cual deben derivarse cosas de valor para su vida futura”.

Freud. *Recordar, repetir y elaborar*, 1914.

La clínica psicoanalítica constituye un campo unificado en el cual, si bien es posible reconocer sectores que presentan ciertas peculiaridades que los singularizan, no por eso llegan éstos a conformar campos específicos, compartimientos estancos aislados del resto. Así, por ejemplo, si el psicoanálisis de niños pudo desarrollarse a pesar de las dudas iniciales del propio Freud, ello se debió en gran medida al hecho de que, como señala Lacan (1956), “*Melanie Klein argumenta ... que nada es más semejante al análisis de un adulto que el análisis de un niño*”. En una dialéctica en la cual es importante, con todo, no perder de vista las singularidades, dicha afirmación puede transformarse en su recíproca, lo cual justifica y legitima la utilización de los aportes del psicoanálisis de niños para el campo general del psicoanálisis, tanto en lo teórico como en lo clínico, e incluso en lo técnico.

Lo mismo vale para el psicoanálisis de adolescentes, territorio menos delimitado y desarrollado que el de niños, y que ha sido considerado imposible hasta épocas aún más cercanas. Si te-

nemos en cuenta que Freud ya había caracterizado al psicoanálisis como una profesión imposible, podría afirmarse, parafraseando a Lacan: nada es más semejante al análisis de un adulto que el análisis de un adolescente. De este modo, en una época en la cual el propio psicoanálisis parece encontrarse con dificultades, e incluso con pronósticos agoreros acerca de su caducidad y su muerte cercanas, quizá la supuesta imposibilidad del análisis de adolescentes tenga algo para aportar a la aparentemente creciente imposibilidad del psicoanálisis.

CLINICAS Y SINTOMAS

Surgida de la clínica médica y de la clínica psiquiátrica (Bercherie, P.) –aplicación ésta de los principios de la clínica médica al campo de los trastornos psíquicos–, la clínica psicoanalítica se separa de ellas en la organización misma de su experiencia. La interpretación, su principal instrumento terapéutico, enteramente definible en el campo del sentido, no encuentra equivalente alguno en aquéllas. Por su parte, a nivel del síntoma –*“forma bajo la cual se presenta la enfermedad”* (Foucault, M.); *“alteración del organismo que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza”* (Moliner, M.)– la ruptura es menor sólo en apariencia. En rigor, si la interpretación opera de alguna manera sobre el síntoma, si es posible disolver el síntoma mediante la interpretación –principio básico del psicoanálisis–, es preciso concebir que síntoma e interpretación tienen una medida común, están hechos del mismo paño. Más que indicar, como en la medicina o la psiquiatría, una localización, una lesión, una enfermedad, el síntoma en psicoanálisis porta un sentido posible, sentido que la interpretación realiza, y en eso consiste su efecto terapéutico.

Así como *“la formación del método clínico está vinculada a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y los síntomas”* (Foucault, M.), la clínica analítica se instaura en el campo de la escucha. No es que el médico sólo mire y el analista sólo escuche, sino que sus respectivas experiencias están organizadas de maneras diferentes. *“La mirada médica ... comprime en una estructura única campos sensoriales diferentes ... Las dimensiones táctil y auditiva no han venido pura y simple-*

mente a añadirse al dominio de la visión ... La triangulación sensorial indispensable para la percepción anatomoclínica permanece bajo el signo dominante de lo visible ... esta percepción multisensorial no es más que una manera de anticiparse a ese triunfo de la mirada que será la autopsia ... mirada que toca, oye y, además, no por esencia o necesidad, ve ... mirada absoluta, absolutamente integrante, que domina y funda todas las experiencias perceptivas” (íbid.). En cambio, el campo de la experiencia psicoanalítica, su dispositivo, está organizado alrededor de la escucha; lo cual se evidencia incluso en la restricción intencional de todo otro registro perceptivo. Si el analista debe mirar —como sin lugar a dudas tiene que hacerlo el analista de niños y, en gran medida, también el de adolescentes—, su mirada se ubica bajo el signo dominante de lo audible, de lo inteligible: mirada que escucha lo que ve. Y tacto, sólo como metáfora.

Fundados en experiencias diferentes, el síntoma médico y psiquiátrico por una parte, y el síntoma psicoanalítico por la otra, son distintos en su propia organización. De esta forma, “el mismo síntoma”, sometido ya sea a la mirada médica, ya sea a la escucha analítica, no es el mismo síntoma¹. Uno remite al cuerpo, a lo inmediata o mediatamente visible, “*supone ... la visibilidad de la enfermedad*” (Foucault, M.); el otro remite a lo inconsciente, a lo que por principio no es accesible sensorialmente. Uno remite a la diferencia entre salud y enfermedad, entre normalidad y patología; el otro se agrupa con un conjunto de fenómenos mínimos, insignificantes, en los cuales la cuestión de la enfermedad o la normalidad no es en absoluto prioritaria: el síntoma psicoanalítico es una más de las formaciones de lo inconsciente. Vale en un caso por su simple presencia empírica, en tanto acontecimiento, abierto entonces a un registro estadístico de frecuencias, diferencias, normas, simultaneidades, sucesiones²; en el otro

¹ “Esta persona ... tiene algo que salta a los ojos que es su gordura, pero a la cual no hace referencia ... La gordura, la obesidad, es un síntoma médico, no es un síntoma psicoanalítico. Falstaff, para tomar un personaje de teatro, no sentía su gordura como síntoma; porque definirlo a priori como síntoma es definirlo desde un ideal, fechable históricamente, un ideal de flacura” (Rabinovich, D.).

² “La certeza médica no se constituye a partir de la individualidad completamente observada, sino de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales” (Foucault, M.).

caso, vale por sus articulaciones, sin las cuales no es nada. En tanto brindado a la mirada, el síntoma médico se inscribe en una estructura espacializada, idealmente sincrónica, de coexistencia con otros síntomas: el síndrome, el cuadro clínico. En cambio, el síntoma psicoanalítico se ubica en una organización temporalizada, diacrónica, donde –en el plano del sentido– importa fundamentalmente su articulación con lo que lo precede y lo que lo continúa. Estructura de imagen, en un caso; estructura de discurso, en el otro.

EL SINTOMA Y EL SUJETO

No son menores las divergencias en lo que atañe a la relación entre el síntoma y el sujeto en quien se manifiesta. Portador del síntoma, para la medicina el sujeto es secundario con relación al mismo; informante acerca de las condiciones de aparición y de presentación, sus singularidades subjetivas –cómo lo registra, cómo lo padece, cómo lo informa– no dejan de ser un obstáculo. El objetivo de máxima sería, justamente, la máxima objetivación del síntoma: describirlo, medirlo, representarlo, volverlo visible, sensible. Si es necesario hacer hablar al sujeto, interrogarlo, es para que aporte información; luego, debe callar. A la inversa, para el psicoanálisis, la dimensión subjetiva, singular, lo es todo: ¿lo registra? ¿cómo lo registra? ¿lo padece o goza de él? ¿cómo aparece en su palabra, cómo se articula en su discurso, cómo “*se une a la conversación*” (Freud, S.; 1895)? Se trata aquí precisamente de hacer hablar al sujeto, de liberar su palabra de todo objetivo explícito, para recuperar en ella el sentido del síntoma: “... *el síntoma histérico muestra la estructura de un lenguaje y se descifra como una inscripción que, una vez recogida, puede sin pérdida grave ser destruida*” (Lacan, J.; 1953). El objetivo de máxima: decirlo, singularizado al máximo. Ya que –nueva diferencia– si en ambos casos se trata de su eliminación, en uno ello es consecuencia de la supresión de la condición patológica que el síntoma manifestaba; en el otro, es consecuencia de la recuperación de la condición subjetiva que el mismo contenía. Para el psicoanálisis, el síntoma no debe desaparecer sin antes haber entregado su mensaje cifrado, concerniente al sujeto y a ser asumido por éste en su palabra. “*El síntoma es lo más particular*

que cada uno tiene y, por otra parte, lo más real” (Soler, C.). Apuntar meramente a su reducción en razón del sufrimiento que le está asociado equivaldría a arrojar al bebé junto con el agua de la bañera.

El abordaje psicoanalítico del síntoma pasa entonces por su inclusión en la trama discursiva. En ella, el mismo aparece como un punto enigmático, sin sentido, inherente al sujeto pero, al mismo tiempo, extraño a él, a su control, a su comprensión. En tanto formación de lo inconsciente, su sentido no es inmediato, sino que sólo surgirá *a posteriori*: si se brindase por sí mismo a la comprensión –es decir, a su inclusión en una configuración de sentido ya existente–, pues no sería en absoluto un síntoma, no tendría razón de ser³. En la dimensión subjetiva en la que se despliega, el tiempo es ineludible: si alcanza el instante de la mirada para registrar su presencia, el síntoma no deja de representar un enigma, el cual hace imprescindible la apertura de un tiempo para comprender –tiempo cuyo límite es imposible objetivar–, a fin de que el momento de concluir pueda ser alcanzado, momento en que se cerrará retrospectivamente un sentido sólo presente al comienzo como posibilidad (Lacan, J.; 1945).

EL SUJETO Y EL SINTOMA

La instauración del abordaje analítico sostiene esta apuesta por el sentido. Abre un tiempo en el cual, sobre la base de la oferta de escucha que el analista brinda, el sujeto podrá desplegar los enigmas, los interrogantes, que su síntoma, verdadera formación transaccional, a la vez plantea y responde. Toda la problemática de la entrada en análisis reside en la puesta en funcionamiento efectivo de este dispositivo: el establecimiento de la transferencia.

Ello implica, entre otras cosas, que el síntoma suponga un cierto sufrimiento (ya que es perfectamente posible gozar de él, abierta o secretamente, y no encontrar ahí nada por lo cual

³ “...lo que emerge de lo inconsciente ha de entenderse no a la luz de lo que lo antecede, sino de lo que viene después” (Freud, S.; 1909). “No se debe olvidar que las cosas que uno (psicoanalista) escucha son en su mayor parte cosas cuyo significado sólo es reconocido más tarde” (Freud, S.; 1912).

problematizarse); que sea el propio sujeto quien lo padezca (ya que, como es frecuente en la adolescencia, el sufrimiento puede ser ajeno, lo cual bien puede también ser a su vez un factor de goce); que ese sufrimiento lleve a una cierta interrogación y no meramente a querer librarse de él⁴ (ya que en tal caso la demanda seguramente no tendrá como destinatario a un analista); que esa interrogación pueda dirigirse a una escucha analítica, que tal escucha pueda ser encontrada, y que pueda abrirse un tiempo, tiempo para analizar, cuya duración es difícil anticipar pero que nunca es instantáneo. Nada menos.

Puesto en juego en la transferencia, el síntoma se muestra como una interrogación no formulada, que concierne al sujeto. De ahí que Lacan afirme que *“la estructura de una neurosis es esencialmente una pregunta”*⁵, en la cual *“cualesquiera sean sus cualidades, su naturaleza, el material del que han sido tomados, (los síntomas) cobran valor de formulación, de reformulación, de insistencia inclusive, de esa pregunta ... no son sino un material, indudablemente favorable, que utiliza el sujeto para expresar su pregunta”*. ¿Y cuál es esa pregunta? *“¿Quién soy? ¿Soy? ¿Soy un hombre o una mujer? ¿Soy capaz de engendrar? ¿Qué es ser una mujer?”*, etc., son las variantes histéricas de esa interrogación subjetiva⁶; en tanto que los interrogantes por el propio ser, la vida, la muerte, etc., son las variantes obsesivas⁷, ese dialecto de la histeria. Preguntas por la sexualidad, por el deseo, por la vida, la muerte, el nacimiento, el propio ser: eternas preguntas que ningún ser humano, en tanto humano, puede dejar de plantearse, sin poder responder plenamente a ellas, ya que hay allí *“algo radicalmente inasimilable al significante ... el significante es incapaz de darles respuesta”* (Lacan, J.; 1955). Tampoco puede hacerlo el psicoanálisis, obviamente; éste sólo se pro-

⁴ *“Justo en el punto en que se podría considerar terminado es cuando verdaderamente empieza. Empieza más allá de su supuesto bienestar y más allá del momento en que empieza a sentirse bien bajo su piel”* (Miller, J. -A.).

⁵ *“... una especie de pregunta cerrada para el propio sujeto, pero organizada, estructurada como pregunta”* (Lacan, J.; 1956).

⁶ *“¿Qué supone tener el sexo que tengo? ¿Qué quiere decir tener un sexo? ¿Qué significa que pueda incluso preguntármelo?”* (ibid.).

⁷ *“¿Qué es existir? ¿Cómo soy con respecto a lo que soy sin serlo, ya que de alguna forma puedo dispensarme de ello, distanciarme lo bastante como para concebirme como muerto?”* (ibid.).

pone lograr que el sujeto pueda sostener sus interrogantes, produciendo respuestas siempre insatisfactorias, pero sin tener que ocluirlos con sus síntomas.

No es difícil reconocer en esos interrogantes cuestiones que, con cierta frecuencia, se les plantean explícitamente a muchos adolescentes, en general con un nivel de angustia que puede bordear la despersonalización. Sólo sosteniendo un lugar de escucha analítica, aún en momentos tan apremiantes, se puede recuperar la dimensión subjetiva en juego. De lo contrario, es fácil recaer en un enfoque más médico y psiquiátrico que analítico: objetivar el síntoma, clasificarlo, agruparlo, construir un síndrome, asignarle una etiología, frecuentemente “traumática”, localizada en el tiempo, y brindarle una respuesta, a veces medicamentosa. ¿No responden el “*síndrome borderline*”, del cual parecen padecer tantos adolescentes actuales⁸, o los aún más recientes “*panic attacks*”, a un enfoque de este tipo? Desde una perspectiva más cercana al análisis, la adolescencia aparece, por el contrario, como un período de histerización subjetiva, en el que el sujeto, puesto en cuestión su sustento histórico, la semantización historizada de la escena del mundo en que se movía, es confrontado por sus interrogantes de manera acuciante e ineludible (Leivi, M.). “*El adolescente, siguiendo el modelo de la histeria, sufre entonces de ‘reminiscencias’*” (Jeammet, Ph.). ¿No será la estructura de la adolescencia esencialmente una pregunta?

EL PSICOANALISIS Y EL SINTOMA

Desde un cierto punto de vista, las dificultades del abordaje psicoanalítico en la adolescencia pueden ser entendidas como un

⁸ “La clave para el diagnóstico no son los síntomas subjetivos que el paciente pueda manifestar, sino su actuación, evidente para todos los que lo observan pero que él mismo difícilmente quiera comunicar ... La mayor parte de la evidencia, por lo tanto, deberá obtenerse de los informes de los padres, quienes, al sufrir ellos mismos su propio síndrome fronterizo, no son buenos observadores ... Por lo tanto, muy a menudo el diagnóstico debe hacerse a partir de evidencias que provienen de observadores no calificados ... El terapeuta debe exigir al paciente que le provea la mayor cantidad de datos lo más detallados posibles” (Masterson, J.).

amplio muestrario, desplegado y como magnificado por un cristal de aumento, de los problemas generales vinculados a la entrada en análisis, al establecimiento y sostenimiento de una transferencia analítica y a la puesta en funcionamiento del dispositivo. Son esas dificultades las que llevaron a considerar imposible el análisis en la adolescencia, y quienes trabajan con adolescentes están acostumbrados a vérselas con ellas. Pero, como si la adolescencia se hubiera vuelto más representativa de nuestra época que la adultez, como si se hubiera producido una cierta adolescentización subjetiva, dichas dificultades parecen haberse extendido, amenazando de imposibilidad al propio análisis.

Si los eternos interrogantes humanos son estructuralmente siempre los mismos, las formulaciones y las respuestas son, en cambio, singulares y cambiantes. De ahí que ninguna generalización válida pueda hacerse a partir del síntoma, marcado de singularidad. Constituido y atravesado por los discursos de su época, el sujeto encuentra en éstos tanto las posibilidades y los límites de su interrogación, como las respuestas que le son ofrecidas a modo de ideales, y también los significantes con los que articulará singularmente, de forma normalizada, creativa o sintomática, sus propias respuestas. *“Los sujetos no llegan a ser completamente conformes a la gran voz de la prescripción uniformizante ... en cada uno hay un punto en donde a eso se resiste ... Esto es el síntoma, simplemente”* (Soler, C.). Por eso el síntoma es absolutamente cambiante: cada época, cada sitio, cada sujeto, tendrá los suyos. Ante esto, el lugar del psicoanálisis es claro y ofrece pocas dudas: sostener el interrogante planteado por el síntoma en su singularidad. Pero tampoco el psicoanálisis está fuera de los discursos de su época: a pesar de que los requerimientos tecnológicos que demanda están presentes desde los albores de la humanidad, sólo surgió en una determinada coyuntura histórica y no antes; y las posibilidades de la experiencia analítica también dependen de dichos discursos.

El sujeto que demanda análisis es fundamentalmente un sujeto que se interroga. Y nuestra época parece haberse tornado poco propicia a los interrogantes. No vivimos una época particularmente metafísica. *“El tiempo ya no es hoy un principio de inteligibilidad ... se han caído los grandes sistemas de interpretación que pretendían dar cuenta de la evolución del conjunto de la humanidad, y que no lo han logrado ... se duda sobre la historia*

como portadora de sentido ... la historia se acelera ... nos pisa los talones ... hay superabundancia de acontecimientos ... sobredimensionamiento de sentidos ... crisis del sentido ... experimentamos explícita e intensamente la necesidad cotidiana de dar sentido al mundo” (Augé, M.). Si han caído las grandes respuestas –y algo de eso ocurre habitualmente en la adolescencia–, el efecto general parece haber sido menos una liberación de los interrogantes que una proliferación de respuestas que no aspiran a ninguna totalización ni a ninguna trascendencia, que son pequeñas, múltiples, que denuncian en esas mismas características su inconsistencia, pero cuyo efecto –y cuya función– es ocluir la inmediatez angustiosa de los cuestionamientos. Esto se traduce en una sobreabundancia de ofertas de objetos, de respuestas, de promesas de un goce inmediato, siempre efímero, que debe ser siempre alimentado, renovado, multiplicado. Mercado ampliado de propuestas, de objetos y de respuestas, en el cual abundan síntomas propios de la época pero escasean los interrogantes, reducidos en el mejor de los casos a pequeñas preguntas que, más que dirigirse a una escucha analítica, lo hacen a un “*Te escucho*” televisivo. ¿Tendría el psicoanálisis que salir a competir en el mercado de las respuestas? La falta de disposición a desarrollar los interrogantes subjetivos es indudablemente problemática para el psicoanálisis, pero la renuncia a sostener la oferta de escucha en que el análisis consiste sería irremediable.

Distintas épocas, iguales interrogantes, distintos significantes, distintos síntomas. Y siempre la singularidad subjetiva, lugar del psicoanálisis. Una pequeña comparación, a través de los siglos y los sitios:

VORREI E NON VORREI

Hay una enfermedad, hoy en día rara y remota, llamada tarantulismo o tarantismo, que se difundió principalmente por el sur de Italia entre los siglos XV y XVII y luego desapareció, aunque se ha descrito un caso tan cercano en el tiempo como 1959 (Maleval, J.-C.). Consistía en “*una condición nerviosa caracterizada por un incontrolable impulso a danzar*” (Webster); así, María de Nardo, la tarantulada de 1959, “*bailaba en estado semiinconciente, a veces durante 9 días consecutivos, sin inte-*

rrumpirse más que para dormir” (Maleval, J.-C.). Es considerada una “*forma de histeria ... moldeada en la cultura de la Italia del sur*” (íbid.). Debe su nombre a su presunta etiología: se la suponía causada por la picadura de una tarántula, tipo de araña particularmente frecuente en la campiña de la región. Las tarántulas, a su vez, deben su nombre precisamente a esa zona, en la que abundan, y donde en esa época causaban semejantes males: la región y la ciudad de Tarento o Taranto, en el sur de Italia y junto al golfo del mismo nombre. De esa misma zona, y un poco posterior, es originaria la tarantella, “*danza popular napolitana que apareció primero en Taranto, Italia. Se creía que curaba la picadura de la tarántula, que supuestamente ocasionaba la enfermedad tarantismo*” (Columbia), ya que “*las presumibles víctimas de la picadura de una araña tarántula podían ser supuestamente curadas sólo bailando frenéticamente*” (Encyc. Brit.). Se ha conservado en castellano la expresión (que no me parece familiar en nuestro medio, pero que está registrada) “*picado de la tarántula*”, cuyos sentidos son: “*I. Inquieto o desazonado por alguna causa física o moral. II. Afectado de una enfermedad venérea (Ver Sífilis)*” (Moliner, M.).

Siguiendo el consejo del diccionario se obtiene lo siguiente: aunque su origen es probablemente muy antiguo, la sífilis apareció en Europa en forma repentina y violenta, produciendo una epidemia a fines del siglo XV, “*coincidente con la época en que las tropas españolas, con soldados que habían regresado del primer viaje de Colón, reconquistan Nápoles de manos de los franceses y éstos, al retirarse con su séquito de prostitutas, dejan tras de sí un reguero de enfermos, y difunden el mal por Italia y Francia*” (Babini, J.). De ahí su discutido origen americano. Los primeros escritos acerca de la enfermedad datan de 1498 (López de Villalobos) y 1532 (Niccolò Massa). Pero fue Gerolamo Fracastoro, poeta y médico italiano, quien le puso el nombre, a través de su poema “*Syphillis sive de morbo gallico*”, escrito en 1530, y de su tratado de 1546 sobre el contagio, donde trata del carácter específico y la naturaleza infecciosa de las “*fiebres*”, entre las que se agrupaba a la sífilis. Exactamente en la misma época y zona geográfica se difunde el tarantismo.

El tarantismo está entonces asociado con la sífilis, enfermedad de la cual seguramente se ignoraba casi todo, salvo su relación con el sexo. Se explica así, al menos en parte, la terapia

danzante: producía sudor, recurso terapéutico importante para el heterogéneo grupo de las “fiebres”, ya que “*expurgaba la sustancia morbífica*” (Foucault, M.), de cuya inyección era responsable en este caso la tarántula y nadie más que la tarántula. De todos modos, las enfermedades danzantes eran comunes, hasta epidémicas, en Europa desde la Edad Media, con distintos nombres (Totentanz, Danza de San Vito, etc.) y distintos contenidos, seguramente correspondientes a distintas organizaciones culturales. Es interesante reparar en qué medida la danza era, ambiguamente, expresión de la “enfermedad” y de su negación, su supresión; a la vez síntoma y “terapéutica”, deseo y defensa, interrogante y respuesta.

Sin duda, todo esto es un hilado demasiado grosero. Permite entrever fácilmente el tipo de problemática y el simbolismo en juego, insertos por entero en una organización significativa altamente específica que daba cuenta de la enfermedad. Pero éstos son apenas retazos. Con todo, son suficientes para reconocer en ellos los elementos del eterno interrogante que al sujeto neurótico se le plantea a través de sus síntomas: la pregunta por la sexualidad, por el propio sexo, por el deseo, desplegada con los materiales de la “*tienda de accesorios*” significantes (Lacan, J.; 1956) que la época brindaba para la construcción sintomática⁹: la sífilis, las “fiebres”, las toxinas, etc. Todas esas organizaciones discursivas y significantes han caducado hace mucho. Es enorme la distancia cronológica, geográfica y –fundamentalmente– cultural que nos separa, por lo cual seguramente casi todo se nos pierde. Y, obviamente, ninguna tarantulada (¿es forzado imaginarlas fundamentalmente mujeres?) fue psicoanalizada, como para poder acceder a la delicada trama significativa que sostenía en cada caso el síntoma, culturalmente condicionado pero singularmente determinado, como para hacerse una idea más precisa de qué tarántula le había picado a cada una y cómo había sido, y qué significado tendría su condición. Es una lástima. Debe haber sido espectacular.

⁹ Como también ocurría con las “histerias de Charcot”, consideradas generalmente como el paradigma de “la” histeria, hoy casi extinguida. Su “tienda de accesorios”: “...uno de los orígenes de las grandes crisis en cuatro fases de la ‘hístico-epilepsia’ (la fase epileptoide, la de los grandes gestos, la de las actitudes pasionales y la del delirio terminal) se encontraba en la reunión de histéricos y epilépticos en un mismo servicio en la Salpêtrière” (Maleval, J.-C.).

NO SE LO QUE QUIERO, PERO LO QUIERO YA

Se trata de un muchacho que se hallaba en tratamiento desde los 18 años debido fundamentalmente a que desde los 15 consumía en exceso drogas de distinto tipo. Concurrió por iniciativa de sus padres, preocupados y enojados a la vez, y aceptó tratarse, aunque durante mucho tiempo dicha aceptación no facilitó demasiado las cosas. Tanto su vida como su tratamiento transcurrían de manera tormentosa e irregular: seguía drogándose en forma casi permanente, y justificando su afición con todo tipo de argumentos; y era habitual que, cuando venía, concurriese a las sesiones drogado, lo cual tornaba muy difícil el trabajo. No hacía nada; fracasaba reiteradamente en sus intentos de estudiar una carrera, que sin embargo le interesaba; tenía problemas en su casa, entre otras razones por algunas sugestivas desapariciones de dinero; fue detenido una noche en la calle por portación de aspecto sospechoso y algo más, lo cual le valió una causa judicial, etc. Pero, por encima de todo esto, continuaba aferrado y reivindicando su consumo de drogas como una fuente personal de goce, que lo hacía sentir bien y le aliviaba el malestar que le producían la sociedad podrida en que vivimos, el ritmo enloquecedor de Buenos Aires, los problemas que tenía en la casa, etc. Esa reivindicación no excluía cierto grado de preocupación, al registrar que, contrariamente a lo que proclamaba, lo que hacía no estaba totalmente bajo su control, y que su situación implicaba muchos y variados riesgos. En algunas ocasiones llegó a manifestar, con tono pesimista y un tanto enigmático, que cualquier día lo encontrarían tirado en una zanja.

Así se desarrollaron las cosas durante bastante tiempo. El tratamiento se interrumpió por un largo período, durante el cual solía pedir entrevistas cada tanto, para finalmente recomenzar, esta vez a pedido suyo. Su vida se había ido regularizando en mayor medida. Había empezado otra carrera, que le planteaba menos exigencias y le resultaba menos interesante pero más cómoda, y la llevaba adelante de manera satisfactoria. También intentó varios trabajos, donde se desempeñaba bastante bien, pero los abandonaba porque lo aburrían y porque no toleraba horarios, dependencias, etc. Su aspecto general lucía más “normal”, y también su situación en su casa parecía más tranquila. Lo mismo ocurría en el tratamiento: el espacio de trabajo se había

ampliado y, aunque seguía consumiendo drogas con regularidad, lo hacía en menor medida que antes, en especial los fines de semana, y nunca antes de sus sesiones. En ellas participaba activamente, y asociaba con una fluidez poco habitual.

En una sesión, mientras hablaba de sí en un tono despreocupado y livianamente autocrítico, calificando su actitud general como muy cómoda, ya que no trabajaba pese a las dificultades económicas de su casa, seguía una carrera fácil que no le exigía mucho, se había alejado de los intereses sociales que solía tener, etc., soltó en un cierto momento la siguiente frase: *“lo que pasa es que mi postura es muy letal”*. La frase era, al mismo tiempo, muy sugestiva y totalmente discordante con lo que venía diciendo, por lo cual lo detuve, preguntándole qué quería decir. Se sorprendió; no sabía bien qué había dicho ni qué había querido decir. Le repetí sus palabras. Encontró entonces que se le había escapado el significado de *“letal”*; no sabía qué quería decir. Intentó recordar qué significaba: era como *“estar profundamente dormido”*; aunque no, eso era *“letargo”*; era *“volar, no tener los pies en la tierra”*, pero tampoco, eso era *“levitar”*. Sus asociaciones no le aportaban mucha luz, pero de todas maneras persistía en la búsqueda del significado perdido, sin cambiar de tema ni seguir con su discurso anterior, minimizando el hecho. Estaba intrigado. Como la situación parecía atascada y el olvido significativo, opté por alcanzarle un diccionario que tenía a mano. Allí buscó la palabra y se anotició de su significado, que por supuesto conocía, aunque sugestivamente se le había perdido en ese momento. Leyó y se quedó un rato pensativo. Entonces me dijo que, después de todo, era lógico que su postura fuese letal, ya que, al fin y al cabo, él podría haber estado muerto, podría nunca haber nacido, haber terminado en un aborto.

Ocurría que este muchacho era un hijo adoptivo; sus padres lo habían adoptado al nacer. Esta era una información de la cual, en tanto información, él dispuso siempre, y también yo, casi desde el comienzo (ya que los padres omitieron ese dato en nuestro primer contacto, y se sorprendieron cuando les señalé la omisión en una entrevista posterior, después de haberme enterado); y no parecía tener mayores conflictos al respecto. Pero la articulación que, en forma sorpresiva, produjo en ese momento entre su conducta—que podía indudablemente haber tenido consecuencias letales, aunque ya no tanto en ese momento—y ese aspecto clave

de su vida que el proceso de historización adolescente presentificaba de manera intolerable, era totalmente novedosa. Podía ahora incluir en su discurso la significación que su sintomatología contenía como posibilidad, la que ahora podría ser asumida en mayor medida en su palabra y en su historia, contribuyendo a hacer al síntoma superfluo. Drogarse sólo embotaba la dolorosa lucidez de la que era capaz y que mostró en ese momento, encadenándolo a la repetición: se convertía en lo real, sin saberlo, en ese niño no deseado, posiblemente muerto, que él pudo haber sido, y con relación al cual su sintomatología, *“lengua que permite expresar la represión”* (Lacan, J.; 1955), vista a la nueva luz que este fragmento arrojaba, representaba un permanente e inconsciente interrogante, a la vez expresado y ocluido, hasta ahora insoportable, y por eso reprimido.

Transformar una miseria neurótica en un infortunio común; así definió Freud alguna vez la función del análisis. Algo de eso ocurrió en el momento en que su síntoma pudo entrar en su discurso, desplegando el sentido singular que cobraba para él. Infortunio común que no es el hecho de ser un hijo adoptivo —¿quién dijo que ser adoptado es necesaria e inevitablemente más terrible que no serlo?—, sino que es el común infortunio de todos los seres humanos: no poder dejar de plantearse y de enfrentar los eternos interrogantes humanos, tal como se le presentan a cada uno, interrogantes a los que nadie puede responder satisfactoriamente; en su caso, las preguntas por su propio ser, por su posible no ser, por su vida y su muerte, por la trama desiderativa a la que advino, por el deseo materno que él no llegó a ocupar, o que pudo haberlo deseado muerto, etc. Hasta ese momento estaban encerrados en sus síntomas, síntomas contruidos, mucho más allá de sus posibilidades de darse cuenta de ello, por los propios discursos dominantes que él abomina, contra los que se rebela, con los significantes y los objetos que nuestra época brinda; obviamente no los de la epilepsia, el tarantulismo o la sífilis (¿aunque por qué no los del S.I.D.A.?), pero sí los de la droga, significante mayor en la actualidad. Con esos elementos, reconocibles y comunes, su interrogante no deja de ser singular, y no se presta a ninguna generalización. Las cosas no se les plantean así a todos los adolescentes, ni siquiera a muchos; ni tampoco les ocurre así, bajo esta perspectiva o con este sesgo dramático, a todos, a muchos o a algunos hijos adoptivos, o a

cualquier otra categoría que se quiera definir. Sólo es una articulación plena de sentido para este muchacho; para otros será de otra manera.

Sostener el espacio de escucha que el psicoanálisis establece, confrontar al sujeto con el sentido posible de su síntoma, hacerlo emerger en su palabra a través de la interpretación –que, dicho sea de paso, en este caso sólo consistió en detener su discurso, llevarlo a interrogarse por lo que dijo y alcanzarle un diccionario; es decir, lo menos parecido a una “interpretación” en el sentido habitual– siguen definiendo la función del psicoanálisis, que está lejos de haberse agotado.

BIBLIOGRAFIA

- AUGÉ, M. *Los “no lugares”. Espacios del anonimato*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1995.
- BABINI, J. *Historia de la medicina*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1985.
- BERCHERIE, P. *Los fundamentos de la clínica*. Ed. Manantial, Bs.As., 1986.
- Encyclopædia Britannica*. New York, 1978.
- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI, México, 1966.
- FREUD, S. (1895). Estudios sobre la histeria. *S.E.* T II.
- (1909). Análisis de la fobia de un niño de 5 años (Juanito). *S.E.* T X.
- (1912). Consejos a los médicos que practican psicoanálisis. *S.E.* T XII.
- (1914). Recordar, repetir y elaborar. *S.E.* T. XII.
- JEAMMET, PH. Dynamique de l'adolescence. Ed. Techniques. *Encycl. Med. Chir.* (Paris, France), Psychiatrie 37-213-A-20, 1994.
- LACAN, J. (1945). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En: *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, México, 1972.
- (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En: *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, México, 1972.
- (1955). *El Seminario, Libro III: Las psicosis*. Ed. Paidós, Barcelona, 1984.
- (1956). *El Seminario, Libro IV: La relación de objeto*. Ed. Paidós, Barcelona, 1994.
- LEIVI, B. M. Historización, actualidad y acción en la adolescencia. En: *Psicoanálisis A.P.de B.A.*, vol. XVII N° 3, Bs. As., 1995.

B. MIGUEL LEIVI

- MALEVAL, J.-C. *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Ed. Paidós, Bs.As., 1991.
- MASTERSON, J. F. *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Ed. Paidós, Bs.As., 1975.
- MILLER, J.-A. *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*. Ed. Fundación del Campo Freudiano en Argentina, Bs.As., 1983.
- MOLINER, MARIA *Diccionario de uso del español*. Ed. Gredos, Madrid, 1992.
- RABINOVICH, D. *Una clínica de la pulsión: las impulsiones*. Ed. Manantial, Bs.As., 1989.
- SOLER, C. El síntoma en la civilización. En: *Diversidad del síntoma*. Ed. EOL, Bs.As., 1996.
- The Columbia Encyclopedia*. Columbia University Press, New York, 1993.
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*. Ed. Gramercy Books, New York, 1989.

B. Miguel Leivi
Azcuénaga 1051, PB "B"
C1115AAE, Capital Federal
Argentina