

Universidad de Palermo.
Facultad de Ciencias Sociales.

Trabajo Final Integrador.

Título: El accidente como síntoma.

Autor: Borneo, Adriana

Índice

1 INTRODUCCION	3
2 OBJETIVOS	4
2.1 Objetivo general:	4
2.2 Objetivos específicos:	4
3 MARCO TEÓRICO	4
3.1 Constitución del aparato psíquico	4
3.1.1 Primera tópica: Consciente, Preconsciente, Inconsciente.	4
3.1.2 Segunda tópica: Yo, Ello, Super Yo.	6
3.1.3 Complejo de Edipo	7
3.2 Lo traumático	8
3.2.1 Pulsión y dualismo pulsional	11
3.2.2 Deseo y falta	13
3.2.3 Repetición y compulsión de repetición	14
3.3 Síntoma	16
3.3.1 El síntoma en la neurosis	16
3.3.2 Síntoma como formación del inconsciente.	17
3.3.3 El accidente como síntoma	18
3.3.4 La teoría del accidentarse	20
3.4 El lugar del analista y la dirección de la cura	21
3.4.1 Demanda y transferencia	22
3.4.2 Intervenciones en psicoanálisis	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de Estudio:	24

	3
4.2 Participantes:	24
4.3 Instrumentos:	25
4.4 Procedimiento:	25
5 Desarrollo	26
5.1 Analizar el accidente del paciente como posible síntoma	27
5.2 Describir el vínculo del paciente accidentado con su madre y su relación con el síntoma	34
5.3 Analizar las intervenciones hechas por el psicoanalista que permitieron al paciente escucharse en relación a su accidente como un síntoma.....	38
6 Conclusiones	43
7 LISTADO DE REFERENCIAS	48

1 INTRODUCCION

La puesta en marcha del presente trabajo surgió a partir de la práctica de integración profesional V.

Dicha práctica se llevó a cabo en una Institución Psicoanalítica Argentina, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta Institución Psicoanalítica Argentina posee un convenio para realizar las prácticas con pacientes que se encuentran internados en la parte de accidentología de un hospital público en la zona de Capital Federal.

En este marco se realizó la práctica durante 280 horas, con un promedio de 20 horas semanales. Durante la práctica se llevaron a cabo diferentes cursos en el centro de estudio, como *La sesión psicoanalítica*, *Los temas fundamentales del psicoanálisis en la obra Freud* y *Problemáticas corrientes y practicas actuales del psicoanálisis*.

El presente trabajo intenta pensar el accidente padecido por un adolescente que se encuentra en el hospital público, abordado desde el dispositivo psicoanalítico. El objetivo principal es el de relacionar la concepción del aparato psíquico en relación al accidente como síntoma, tomando en cuenta que las causas del mismo no son siempre las más evidentes, sino que forma parte del entramado de la constitución psíquica de cada sujeto. Conceptualizando el accidente como síntoma, que encubre y a la vez devela un padecer de un sujeto (Granel, 2009), se pretende desarrollar los elementos del accidente buscando el sentido del síntoma (Freud, 1915-17/2000) para comprender la intervención dentro del tratamiento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

Analizar el accidente como posible síntoma en un paciente de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Su relación con el vínculo materno y las intervenciones psicológicas realizadas.

2.2 Objetivos específicos:

Analizar el accidente del paciente como posible síntoma

Describir el vínculo del paciente accidentado con su madre y su relación con el síntoma

Analizar las intervenciones hechas por el psicoanalista que permitieron al paciente escucharse en relación a su accidente como un síntoma.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Constitución del aparato psíquico

Sigmund Freud formuló su teoría sobre la constitución del aparato psíquico en 1900, primera tópica (consciente, preconsciente e inconsciente) luego la reformuló 1923, creando otra conceptualización más amplia con los agregados metapsicológicos que responden a la necesidad de Freud de explicar las partes inconscientes del yo diferenciándolas del inconsciente estructural (yo, ello y Super yo). Las primeras concepciones sobre la neurosis, la teoría de los sueños, las hipótesis sobre el funcionamiento mental en el chiste, el estudio de los olvidos, de los actos fallidos permiten a Freud y luego a sus seguidores pensar de otro modo la conducta humana.

3.1.1 Primera tópica: Consciente, Preconsciente, Inconsciente.

Freud sostiene que los restos diurnos son parte del material preconsciente que, en el estado de dormir, son influenciados por representaciones reprimidas de deseo inconscientes, las cuales conforman el sueño latente. Este material, a

consecuencia del accionar del inconsciente, sufre la condensación y el desplazamiento, el cual es un proceso desconocido para el sistema preconscious en el estado de vigilia.

El sistema inconsciente introducido en la primera tópica corresponde a la parte más arcaica y originaria del psiquismo y al mismo tiempo se considera como el habitáculo de los impulsos innatos, los sentimientos, los deseos, los recuerdos reprimidos y se caracteriza porque, en general, sus elementos son inaccesibles a la conciencia, solo pueden acceder a esta a través del preconscious, que cumple la función de censor o filtro. En el umbral entre el sistema inconsciente y el sistema consciente se encuentra la censura, la cual cumple la función de no admitir en la conciencia mociones anímicas que considere displacenteras. Cuando la entrada de estas representaciones a la conciencia es rechazada, son llamadas reprimidas. Las mociones a las que la censura no frenó, no necesariamente lograron llegar a la conciencia, sino que, para llegar a ella, primero deben posicionarse en el sistema preconscious.

La cualidad más relevante del inconsciente es la de ser atemporal, no responder a las leyes de la lógica aristotélica y desplegarse a través de sus dos funciones, la condensación y el desplazamiento. (Freud, 1900/2000).

Según Granel (2009) el inconsciente sería la instancia que estructurada desde la infancia determina de modo no azaroso las elecciones que el sujeto hace en esta instancia el sujeto no reconoce en su hacer la influencia del inconsciente por lo que se despliega a través de los sueños, los actos fallidos, el chiste y el síntoma. En la actualidad otra de las formas de manifestación del inconsciente que ha tomado relevancia es a través de las afecciones psicosomáticas y de los accidentes. Según Freud (1900/2000) la vía regia al inconsciente es el sueño por su parte Granel (2009) dice que el accidente al igual que otros productos psíquicos se pueden considerar otra vía regia para acceder al inconsciente ya que el síntoma encubre y a la vez expresa una problemática.

3.1.2 Segunda tópica: Yo, Ello, Super Yo.

A medida que avanza el psicoanálisis se introducen como nuevos elementos el *ello*, el *yo* y el *Super yo*. Estos elementos no superan a la primera tópica sino que resuelven ciertos interrogantes planteados por el comportamiento de los humanos, como ser la repetición.

En un primer momento de la constitución del aparato psíquico somos todo ello, fuente de tendencias que buscan satisfacción. Cuando este Ello y sus tendencias entran en contacto con la realidad se producen roces, se plantea una relación problemática que trae como consecuencia una modificación de ese Ello, a partir de la cual va a surgir el Yo diferenciándose de él de manera análoga a lo que sucede con la formación de una callosidad.

Recién mucho después, con la resolución del Complejo de Edipo, es una parte del Yo la que se modifica para transformarse en el Super Yó. En este punto el Yo queda definitivamente constituido como separado de las otras instancias psíquicas (Ello y Super Yó) y también de la realidad. Pero aún en esa separación se encuentra en una relación profunda con ellas, al punto que el propio Freud (1923/2000) lo describe como esclavo de tres amos.

El correcto equilibrio de estas tres instancias de la personalidad asegura la estabilidad psíquica, mientras que la desproporción entre los elementos del aparato psíquico supondría la aparición de la patología. Una acción lograda del Yo sería aquella que logra responder a las demandas del Ello, respetando al mismo tiempo a las exigencias del Super Yó y del principio de realidad. Los síntomas neuróticos surgen, pues, ante el fracaso del Yo de mediar entre los impulsos instintivos del Ello (eróticos y destructivos), la realidad externa y las demandas del Super yo. Constituyen un compromiso entre el deseo (pulsión) y la defensa. Los síntomas representan un intento de conciliación entre las satisfacciones de las pulsiones del Ello y la seguridad del Yo marcada por las exigencias del Super yo (Freud, 1923/2000).

3.1.3 Complejo de Edipo.

El complejo de Edipo marca el inicio de los procesos de hallazgo de objeto. Desde el momento en que la madre deviene en primer objeto de amor comienza el trabajo de la represión. La elección de objeto sexual incestuoso es, regularmente, la primera elección de objeto. Sólo más tarde aparece una resistencia que podría definirse como estructural (Freud, 1924/2000).

El varón quiere a la madre sólo para él y el padre le resulta una molestia, aunque por momentos siente ternura hacia éste. La ambivalencia de estos sentimientos hacia la figura paterna, es algo que en el momento en que se desarrolla el Edipo no resultan un problema para el niño; pero, en la medida en que pueden permanecer a nivel inconsciente durante toda la vida, sí provocan conflictos en la adultez (Mozzi, 2012).

En el complejo de Edipo se encuentra una de las fuentes más importantes de la conciencia de culpa de los neuróticos y tal vez de todas las personas. La resolución de este complejo, la salida o no del mismo, es lo que marca el destino del sujeto. El Complejo de Edipo permite acceder a la parte descifrable del síntoma, en tanto el deseo inconsciente surge de las ambivalentes relaciones de amor de objeto que se dan en el marco de este complejo. A partir de ellas, la fantasía permite la articulación entre una satisfacción pulsional y un deseo prohibido, que se expresa desfiguradamente (Mozzi, 2012).

En la resolución exitosa del Complejo de Edipo las investiduras de objeto incestuosas son resignadas y sustituidas por identificación. La identificación del varón con el padre tiene como momento anterior un sentimiento de hostilidad respecto a él que se relaciona con el haber tomado a la madre como objeto de su libido (Freud, 1921/2000).

Al mismo tiempo que se produce el sepultamiento del complejo, la autoridad de ambos progenitores es introyectada en el yo para formar el núcleo del Super Yo. De esta manera se instala una nueva instancia del aparato psíquico que representará el aspecto moral, enjuiciador del mismo, habiéndose internalizado las normas y prohibiciones parentales (Freud, 1924/2000).

Este proceso es más que una represión; según Freud (1924/2000), cuando se consuma idealmente equivale a una destrucción total y completa del complejo. Una salida de este tipo marca la frontera entre lo normal y lo patológico, ya que, si en lugar de este sepultamiento logrado se da una simple represión, el complejo permanecerá activo a nivel inconsciente, encerrando la capacidad de expresarse patógenamente.

Lacan (1999) plantea tres tiempos en el Complejo de Edipo. En el primer tiempo, lo que el niño busca es satisfacer el deseo de su madre. Esta identificación con el deseo de la madre se da en el inicio de la etapa fálica y para el niño basta con ser el falo para gustarle a la madre. Esta es una etapa en la que pueden generarse muchas fijaciones de la libido. En el segundo tiempo entra en la escena el padre como privador de la madre, como interdicción. Se produce entonces la entrada del niño a la ley del padre, concebida en términos imaginarios como privación de la unión con la madre. Es el momento nuda del Edipo, y es negativo, porque desprende al sujeto de su identificación. Aquello que constituye su carácter decisivo es su relación no con el padre, sino con la palabra del padre. El tercer tiempo, es tan importante como el segundo, pues de él depende la salida del complejo de Edipo. En el anterior el padre ha aparecido dando el falo, pero sólo en la medida en que es portador de la ley, en este momento ha de dar alguna prueba de tener el falo. Esto es fundamental porque reinstaura la instancia del falo como objeto deseado por la madre, y no ya solamente como objeto del que el padre puede privar.

3.2 Lo traumático

Freud (1894/2000) explica la importancia del concepto de defensa y el rol que cumple la sexualidad dentro de los problemas de neurosis. Gracias a sus investigaciones de las neurosis histéricas pudo dar cuenta la complejidad de los procesos psíquicos señalando que el origen de los conflictos dentro de las neurosis, comienzan por la escisión de la conciencia. En su primera hipótesis

metapsicológica de la histeria remarca que las diferentes neurosis a las que denomina histeria de conversión, neurosis obsesiva y neurosis fóbicas, en su comienzo comparten un mismo recorrido, pero en un segundo momento de la teoría metapsicológica estas se separan.

Según en sus pacientes analizados, descubre que en todas las neurosis, hay un momento en que a las personas le sobreviene una representación inconciliable que es insostenible para la conciencia debiendo ser reprimida y alojada en el inconsciente y dejando una marca o huella del recuerdo en el mismo, por lo tanto, las personas sustraen esta idea de la conciencia. Por un lado, las personas separan esa representación que le resulta tan penosa y la cambian por una representación más débil y tolerable para la conciencia, en tanto la idea inconciliable queda reprimida en el inconsciente, mientras que el afecto o la suma de excitación queda libre, debiendo ser ligado a otra representación más débil, que funcionara como sustitutiva de la reprimida pero más tolerable para la conciencia; es aquí cuando las neurosis comienzan a transitar diferentes recorridos.

Según Freud (1895/2000) en toda persona con predisposición histérica, la representación intolerable para la conciencia se reprime y el monto de afecto o suma de la excitación inerva una parte del cuerpo. Mientras que en las personas que no poseen una predisposición histérica, la representación inconciliable es reprimida y se divorcia del afecto, al igual que en la histeria, pero a diferencia de esta, el afecto se muda al ámbito psíquico y sobrevienen representaciones obsesivas y fóbicas.

Con respecto a la neuropsicosis de defensa, Goldenberg (2011) advierte que, en la obra de Freud, el niño se presenta como víctima del accidente sexual. Sostiene que el trauma es una perturbación, y a consecuencia de la misma, el psiquismo se defiende aislando representación de afecto. El afecto se traslada hacia otra representación y la representación se hace más débil.

Freud (1893/2000) afirma que las neurosis traumáticas son sumamente similares a las conductas neuróticas espontáneas, pero no son lo mismo, no

concuerdan plenamente. Las primeras mencionadas demuestran claros indicios de que tienen su base en una fijación al momento del accidente traumático, situación que los enfermos repiten constantemente en sus sueños.

Según explica Freud (1893/2000), todo el tiempo que un paciente repite la acción obsesiva no sabe que la misma lo anuda con una vivencia infantil que ha generado una fijación de la libido. Ese nexo permanece oculto, hasta el momento en que, a través del trabajo de la cura, el enfermo descubre el nexo y le es posible comunicarlo. La vivencia, conjugada con el motivo del accionar del enfermo, configuran el *sentido* de la acción obsesiva.

Laurent (2002) aduce que todo lo que no es programable deviene en trauma. Sostiene en congruencia, que el sentido clásico del trauma fue principalmente desarrollado, a causa de un acontecimiento de contacto entre la descripción científica del mundo y un suceso cultural que lo desborda. La sexualidad completa puede explicarse como una compleja reacción al trauma. Sostiene que Freud entre 1895 y 1897, creía que era posible condensar la sexualidad a un trauma, y que luego abandonó esa teoría proponiendo que la causa necesaria del malestar en la sexualidad debía encontrarse en la propia sexualidad y no en la contingencia de un encuentro prematuro con ella. Los traumas de guerra le permiten a Freud encontrar un fracaso del principio de placer y fundamentar su hipótesis de la pulsión de muerte. Lo nuevo de la propuesta freudiana es que ligado a lo traumático está la repetición.

Delgado (2011) recorta de la obra de Freud dos momentos del trauma. Explica que en un primero momento, el trauma se conecta con la vivencia sexual prematura traumática, siendo esta vivencia de carácter externo con respecto a la estructura del sujeto. Más adelante, en 1920, Freud modifica la obra y comienza a sostener que la estructura es interna.

Según Freud (1896/2000), el trauma posee dos etapas. En un primer momento, el sujeto es atravesado por un suceso traumático, el cual no ocasiona resultado alguno, ya que para que eso ocurra, debe existir un segundo momento compuesto por la fase de latencia. Es en el último momento

donde aparecerá un representante psíquico que comenzara a conectarse asociativamente con la marca que produjo, en la primera instancia, el suceso traumático. Como consecuencia del segundo momento, el recuerdo implicara un mayor displacer que la propia vivencia traumática.

Para Delgado (2011) el valor del trauma se logra retroactivamente, ya que, desde el segundo tiempo toma sentido el primero.

3.2.1 Pulsión y dualismo pulsional

Cosentino (1983a) señala que Freud introduce el concepto de pulsión, en *Tres ensayos de teoría sexual*, a partir del valor traumático de sexualidad. La introducción del concepto de pulsión implica un alejamiento de los planteos en términos de instintos.

Pulsión aparece como un concepto límite entre lo anímico y lo somático, donde anímico hace referencia al funcionamiento del psiquismo, mientras que lo somático al funcionamiento del cuerpo como biología. La pulsión, definida como motor (trieb), actúa como un representante psíquico de las excitaciones que provienen del interior del cuerpo (Freud, 1915/2000).

La fuente de una pulsión proviene de un proceso excitador a nivel de un órgano y su meta es la cancelación de esa excitación. Esto significa que, como impulso, emerge continuamente a nivel interno, generando una necesidad de la cual es imposible huir. La pulsión siempre insiste en busca de una satisfacción (Delgado, 2012).

Como representante psíquico, representante-representativo, plantea la necesidad de su tramitación en el marco del aparato psíquico, y por representar excitaciones corporales, posee un quantum de afecto que implica una exigencia de trabajo. Puede decirse entonces que la pulsión actúa como una medida, que está en relación directa con el quantum de afecto que posee (Freud, 1915/2000).

Además, explica que el objeto de la pulsión es independiente de la sexualidad. El objeto, al ser hueco, permite la circularidad de la pulsión, pero solo se satisface en su recorrido. En este sentido Freud señala la ganancia paradójica ya que el síntoma pone a funcionar la pulsión tratando de encontrar la satisfacción mítica, satisfacción en tanto pérdida.

Freud modifica su obra en 1920, e introduce el concepto de pulsión de muerte, el cual logra modificar el trauma, que deja de considerarse como una eventualidad externa que le ocurre al sujeto, para empezar a considerarse algo interno a la estructura (1920/2000). Es en este momento donde se produce la extinción inaugural del principio de placer, lo cual desencadena la angustia traumática, anulando la ligadura de pulsión-deseo y se cancela la posibilidad de significación. Según la lectura que hace Goldenberg (2011) de Freud, en *Más allá del principio del placer*, el trauma es estructural y está vinculado a la pulsión de muerte.

Las instauración de este dualismo pulsional introduce, entre otras cosas, un nuevo significado para la ambivalencia, que ya había aparecido en otros momentos de la obra freudiana. Tanto es así que, hacia el final de su obra Freud le concederá a la ambivalencia un lugar importante en la clínica y en la teoría del conflicto, revelando que en el dualismo pulsión de vida – pulsión de muerte pueden encontrarse las raíces de esta ambivalencia (Laplanche & Pontalis, 2004).

Al abordar el accidentarse desde una perspectiva psicoanalítica, Granel (2009) presenta a las lesiones corporales que se producen como consecuencia de un accidente como una forma de descargar los contenidos traumáticos y ligar esa carga pulsional, como una defensa frente a la amenaza que implica la desintegración psíquica. De alguna manera, las lesiones en el cuerpo representan un intento de dar forma a ciertos contenidos inconscientes intolerables, y dar un sentido a la experiencia vital aún a costa de una marca en el cuerpo. En este sentido, una fractura puede significar la manifestación del dolor de una separación, de una ruptura, de algo quebrado en la psiquis del sujeto, tal vez en sus vínculos objetales.

3.2.2 Deseo y falta

La fantasía permite la búsqueda de una satisfacción pulsional a la vez que la articula con un deseo inconsciente que encuentra así la oportunidad de expresarse. A través el mito de la experiencia de satisfacción Freud (1900) le es posible diferenciar la satisfacción del deseo.

Basándose en los conceptos Freudianos, Cosentino (1983a) explica al síntoma como una formación sustitutiva que está relacionada con cierto fracaso de la represión y, al mismo tiempo, conlleva un valor de satisfacción sustitutiva.

Según la lectura que hace Cosentino (1983a) de Freud en el texto de la interpretación de los sueños, la experiencia de satisfacción es la que le permite al niño diferenciar la satisfacción de la necesidad por un lado, y por otro, la realización de deseo. Aquí se produce una ruptura, ya que la satisfacción de la necesidad responde a la necesidad biológica, lo cual indica que, frente a un estímulo, el niño llora y el alimento que le brinda el cuidado ajeno colma esa necesidad. Por otro lado, la identidad de percepción le permitirá al niño la realización de deseo y entonces es en ese momento cuando se constituye el objeto perdido que Freud va a denominar huella mnémica o primera experiencia de satisfacción. Por lo tanto, la satisfacción sustitutiva introduce la búsqueda del deseo, que a su vez, será una búsqueda que estará marcada por la repetición, ya que el objeto se constituye como objeto perdido.

Según Collado (2013) el concepto de deseo como satisfacción originaria es una huella que constituye al sujeto. Éste surge como una necesidad de investir nuevamente una representación mnémica de una percepción ya vivenciada, lo cual lleva al sujeto a la alucinación de volver a experimentar la satisfacción primera. Respecto al deseo, el autor remarca la concepción que de él hace Lacan: la falta es un elemento originario y es condición para al deseo.

Deseo y pulsión aparecen, en principio, como aspectos separados, y es la fantasía la que viene a actuar como una soldadura entre ambos. De esta

manera un deseo inconsciente, que pudo haber sido reprimido, se articula con una satisfacción pulsional (Delgado, 2012).

En los casos de accidentes de tránsito en los cuales el exceso de velocidad aparece como factor causal, éste puede interpretarse en el sentido de expresión de un estado emocional generado por la fantasía de llegar lo antes posible al destino, a la meta (Granel 2009).

3.2.3 Repetición y compulsión de repetición

Antes de *Más allá del principio del placer*, Freud (1915/2000) planteó una primera hipótesis sobre las pulsiones. En su primer teoría sostiene un modelo pulsional plasmado en pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, a las cuales denominó pulsiones de vida. Ambas pulsiones permiten ciertos procesos anímicos en el interior del aparato psíquico que responden al principio de placer. Este principio de placer tiene como función regular excitaciones de estímulos provenientes tanto del mundo exterior como del interior del cuerpo, que recibe el sistema consciente.

Años más tarde, Freud (1920/2000), sin contradecir el principio de placer anteriormente señalado, dará cuenta que ciertos procesos anímicos del aparato psíquico responden a la pulsión de muerte, destronando así a la pulsión de vida señalada en su primera hipótesis.

En sus observaciones realizadas durante el dispositivo psicoanalítico, toma en cuenta algo de la vida anímica que los sujetos repetían continuamente en la transferencia. La reacción terapéutica negativa se observa cuando el tratamiento llega a un punto en el que promete una mejoría respecto del padecimiento, entonces el paciente se aferra al dolor, lo que iría en contra del principio del placer como regulador de la vida anímica. A partir de aquí introduce el concepto de repetición, para explicar lo que sucedía con los sujetos que durante el análisis manifestaban ciertas relaciones vinculares

similares a su pasado infantil, actuándolas en lugar de recordándolas. Según Freud (1920/2000), estas relaciones son contenidos reprimidos sexuales e inconscientes y están conectados con el vivenciar infantil de cada sujeto.

Por otra parte, en la neurosis traumática, los sueños que conducen al paciente al momento del accidente demuestran que no siempre éstos están a favor del cumplimiento de deseo. Cuando un paciente revive un hecho traumático en sueños que se repiten, también es posible considerarlo como una negación del principio del placer. Esto sugiere la existencia de pulsiones de un tipo diferente al postulado en la primera instancia.

Lo mismo ocurre con la observación del juego infantil de Fort Da. En él el niño juega preferentemente a hacer desaparecer el carretel que representaría a su madre, en lugar de a provocar la reaparición. Nuevamente se contraría el principio de placer.

En los sujetos hay una tendencia a la compulsión por la repetición, esta tendencia afirma la insistencia de una pulsión que no busca una satisfacción placentera, sino que está asociada con el dolor. La postulación de una pulsión negativa, llamada pulsión de muerte permite explicar estos fenómenos a partir de una tendencia a retornar a lo inanimado, que sería anterior a la pulsión de vida, incluso, y que estaría presente en todos los organismos vivos (1920/2000).

Según Granel (2009) es posible encontrar en el accidente una manifestación de esta compulsión de repetición. Por ella, lo que en principio es un acontecimiento puede llegar a constituir una transformación del yo por la cual el accidentarse queda incluido como rasgo del carácter. Si se verifica esta cronificación del accidentarse, puede pensarse que la persona no ha podido conectarse con aquellos contenidos inconscientes que determinaron su expresión en el accidente. La repetición del accidente, puede interpretarse también como un llamado angustiada en busca de una respuesta de su ambiente social o familiar.

3.3 Síntoma

3.3.1 El síntoma en la neurosis

Freud (1894/2000) sostiene que la neurosis obsesiva manifiesta, de manera más deslumbrante que la histeria, algunos caracteres extremos de la neurosis en cuanto a la resistencia del síntoma frente al trabajo analítico. El enfermo que padece este tipo de neurosis, solo puede poner en lugar de una idea ridícula otra que sea más frágil; reemplaza un ritual por otro, pero no puede suprimir la obsesión, sino que solo puede desplazarla. Esta última particularidad es un carácter principal de la enfermedad. Con respecto a los neuróticos obsesivos, advierte que los mismos demuestran una conciencia moral sobresaliente, y son, por regla general, poseedores de dotes intelectuales más elevados que las personas que carecen de esa neurosis.

Freud (1894/2000) mantiene que los síntomas neuróticos tienen un sentido, y el mismo se encuentra en dependencia con el vivenciar del paciente. La interpretación de este síntoma es una recopilación de resultados que se adquieren luego de un tiempo, que puede llegar a abarcar semanas o meses. La tarea que debe cumplir el analista se basa en descubrir la situación del pasado en que la acción certifica su fin, y mediante la cual se justifica la idea sin sentido. Todos estos pacientes obsesivos suelen reiterar algunas acciones, y eludir otras. Los enfermos que sufren agorafobia pueden repetir, en sus cuadros clínicos, rasgos iguales, como tener miedo a los espacios cerrados, a las lugares descubiertos o a las grandes y transitadas calles.

En principio, Freud (1894/2000) describe que el síntoma es un símbolo mnémico con una función soporte en la constitución de la estructura psíquica, un rol en la estructuración del aparato, una función constituyente del sujeto. El síntoma, entonces, es concebido como metáfora de la cosa, como un sustituto, aquello puesto, en el lugar de. Das Ding es un concepto que Freud formula considerándolo uno de los elementos originarios de la vivencia de dolor y de la vivencia de satisfacción. Ambas son consideradas por Freud como matrices

del aparato psíquico. A raíz de su nacimiento en un momento inaugural, originario, primordial, el aparato se constituye como un aparato cuya función principal es el desear. Freud sostiene que cuando ambas vivencias se producen dejan, cada una, una marca psíquica imborrable que consta de, al menos, dos elementos y un efecto. Los elementos son, en los dos casos, de dos tipos: un elemento inmutable, constante, inaccesible, no comprensible, inasimilable, incomparable.

3.3.2 Síntoma como formación del inconsciente.

Con respecto al síntoma, Freud señala que gracias a Breuer se considera que el mismo surge como la consecuencia de que algún proceso anímico no llegó hasta el final, es decir, no llegó a ser consciente. El paciente se defiende contra la cura de sus síntomas porque en él se produce una renuncia a que el proceso anímico llegue a la consciencia, razón por la cual permaneció siempre en el inconsciente, y causa responsable de la formación del síntoma. Este proceso patógeno de la resistencia es llamado represión.

Freud parte del impulso para explicar la esencia de la represión. El impulso puede ser rechazado, por lo cual se eliminaría su energía, pero como esa desestimación sería notoria para el yo, se transformaría en un recuerdo. Caso contrario a este, el impulso podría sufrir el fenómeno de la represión, por lo cual su energía no se eliminaría, y como este suceso no sería notorio para el yo, no quedaría ningún recuerdo del mismo.

Freud (1915-17/2000) sostiene el sentido de los síntomas siempre es desconocido para el enfermo solo mediante el análisis puede descubrir restos de procesos inconscientes que posiblemente logren pasar al plano de la consciencia. La posibilidad de darle un sentido a los síntomas neuróticos a través de la interpretación analítica es para Freud, una demostración indiscutible de la existencia de los procesos anímicos inconscientes.

Freud considera que las representaciones y los impulsos obsesivos no son inconscientes ya que los síntomas no hubiesen aparecido si no hubiesen llegado hasta la consciencia, pero sostiene que si lo son sus condiciones

psíquicas previas y los nexos posibles de descubrir a través de la interpretación.

Leivi (2001) afirma que en lo que refiere al psicoanálisis, su dispositivo se compone por la escucha. El síntoma médico y el psiquiátrico, separado del síntoma psicoanalítico, se diferencian completamente en su estructura; como consecuencia de esto, el mismo síntoma sometido al punto de vista médico o analítico, no es el mismo síntoma. En la medicina el síntoma hace referencia al cuerpo, a lo manifiesto, y en el psicoanálisis hace referencia a lo inconsciente, aquello que no es abordable a través de la percepción sensorial.

Para la medicina, según narra Leivi, el sujeto que porta el síntoma es insignificante con relación al mismo, pero, en contraposición a esa postura, para el psicoanálisis lo subjetivo, lo particular, es lo más importante; esto abarca dar cuenta si el paciente registra el síntoma o no, de qué manera lo hace, si lo tolera o se angustia de él, cómo se une a la conversación, etc. Bajo el punto de vista psicoanalítico, la tarea está compuesta por originar que el sujeto hable, y así recuperar el sentido del síntoma a través de su discurso. El síntoma no se anula si no es admitido por el sujeto.

En el psicoanálisis, se aborda al síntoma desde su incorporación en el discurso. Con respecto al inconsciente, el sentido del síntoma no es inminente, sino que aparece posteriormente: primero debe alcanzarse su sentido, para que así, consecuentemente deje de ser un síntoma, ya que en ese momento no conservaría motivo de ser. El abordaje psicoanalítico inicia un tiempo en el que el sujeto lograra presentar las incógnitas que su síntoma plantea y responde. El problema que surge al comienzo del análisis se basa en la presencia de la transferencia; una vez que la misma se hace presente el síntoma aparece como una interrogante no manifiesto.

3.3.3 El accidente como síntoma

Según Granel (2009) el inconsciente sería la instancia que, estructurada desde la infancia, determina de modo no azaroso las elecciones que el sujeto hace. El sujeto no reconoce en su hacer la influencia del inconsciente que sólo

se despliega a través de los sueños, los actos fallidos, el chiste y el síntoma. En la actualidad, las afecciones psicósomáticas y los accidentes han pasado a considerarse como otras de las formas de manifestación del inconsciente. Según Freud (1900/2000) la vía regia al inconsciente es el sueño, por su parte Granel (2009) señala que el accidente, al igual que otros productos psíquicos, se pueden considerar otra vía regia para acceder al inconsciente ya que el síntoma encubre y a la vez expresa una problemática.

Granel (2009) sostiene que el accidente, como el síntoma, tiene un sentido y una finalidad que se relaciona con el vivenciar del paciente; y al igual que otros productos psíquicos, es una manifestación por la cual se accede al inconsciente. Esto se basa en el supuesto que el accidentarse implica la expresión de conflictos internos de origen inconsciente que se expresan en el mundo exterior. Toda conducta humana es una combinatoria coordinada entre el vivenciar del paciente individual y el vivenciar universal.

El sentido de un síntoma sólo puede hallarse en su relación con la vida infantil sexual pasada de un sujeto. Incluso, para Freud (1900/2000) cuanto más singular se nos presenta un síntoma, más podemos esperar que el mismo esté íntimamente relacionado con ese pasado. El trabajo analítico tendrá como uno de sus objetivos, descubrir aquella situación del pasado que justifica una acción presente que parece sin sentido y carente de fin.

Para analizar el accidente desde su sentido y significado hay que descubrir el “para que” y develar el secreto que siempre tiene su raíz en el inconsciente. El autor sostiene que las lesiones corporales son una manera de ligar y descargar los contenidos traumáticos, y concluye que el cuerpo lesionado es un intento de dar forma a los contenidos inconscientes (Granel, 2009).

Según Valls (1995, citado en Granel, 2009) el accidente puede ser tomado como un síntoma. El autor considera al accidente como el ruido que manifiesta cómo se ha desgarrado y desorganizado el mundo interno del accidentado por el trauma previo al acto. Un accidente es en realidad un acto pleno de sentido,

detrás del cual se encuentran deseos reprimidos que determinan las acciones del sujeto.

A su vez Freud (1901/2000) utiliza la noción de escena para explicar la puesta en acto del funcionamiento anímico. Es decir los elementos del accidente plantean una escena que habla de la ubicación subjetiva del paciente, y nos entrega elementos para poder abordar un análisis de las circunstancias que lo determinaron.

Granel (2009) sostiene que el mecanismo que aparece en el sujeto que se accidenta es el de la metáfora. Retomando la noción de escena, el accidente viene a representar en la realidad una escena inconsciente. Tomando como punto de partida los fenómenos corporales y las manifestaciones psicofísicas de un accidente, pueden desarrollarse elaboraciones psicológicas y transformaciones metafóricas que revelen el sentido del accidente para ese sujeto. Este autor aclara que para que esto ocurra es necesaria una estructura de base que se constituye en un conflicto dilemático sobre el cambio o no cambio, que tiene raíces edípicas y pre edípicas y cuya síntesis se presenta escenificada en el accidente.

3.3.4 La teoría del accidentarse

Según Granel (2009) el sujeto que está viviendo una situación de cambio se encuentra en un dilema frente al cual desarrolla mecanismos de defensa en un primer momento, para luego entrar en un bloqueo, con un gran incremento de tensión y con la imposibilidad de expresar el dilema en que se encuentra de una forma más simbólica, creando el escenario para el accidente. Este, aunque de una forma trágica, es un intento de salir de la situación dilemática, que si quedara estancada podría ser aún más letal para el sujeto.

La libido insatisfecha se asocia con la pulsión de muerte y busca expresarse en el acto mismo del accidente, algo se descarga y algo se expresa, manifestando lo lesionado del mundo interno o psiquismo del sujeto (Granel, 2009).

El accidente no es una forma que pueda limitarse a un tipo de psicopatología, sino que puede aparecer en distintas estructuras, adoptando características propias de acuerdo con las condiciones personales de un sujeto y las particularidades de su situación. En algunos casos, los accidentes aparecen relacionados con conflictos en torno de la resolución del Complejo de Edipo. Cuando esto es así, el dilema frente al Oque se encuentra la persona ofrece como opciones igualmente intransitables, el abandono de los objetos edípicos para acceder a una etapa de superación, por un lado, y el retorno hacia relaciones más primarias vinculadas con las propias fantasías edípicas, por el otro (Granel, 2009).

3.4 El lugar del analista y la dirección de la cura

Según Delgado (2012) en la obra de Freud es posible identificar en varios momentos de su elaboración teórica dos términos que marcan el lugar que ocupa el analista: Abstinencia y neutralidad.

La abstinencia aparece tempranamente junto con la técnica de la asociación libre. Ésta tiene dos caras: compromiso de decir todo lo que venga a la mente sin aplicar ningún filtro, ni selección, para el paciente; abstinencia, en el sentido de no imponer sus propios valores y creencias al discurso del paciente, para el analista (Delgado, 2012).

En ese primer momento el mismo intento de encontrar la etiología del síntoma resultaba terapéutico, ya que al poner el paciente en palabras el recuerdo de un suceso traumático y revivenciarlo, el síntoma desaparecía (Freud, 1893/2000). Esto marca el inicio del método psicoanalítico propiamente dicho, en la medida en que, para Freud, lo importante no es el síntoma en sí, sino lo que el paciente dice sobre el síntoma (Mozzi, 2012).

Lacan (1998) va a abordar críticamente esta cuestión, señalando que en esta forma del dispositivo psicoanalítico el analista es aquel a quien se le habla, y libremente. Pero desde su perspectiva no existe verdadera libertad en la asociación libre a la que se invita al paciente, sino que existe el temor a decir algo que sea verdad. Esto no hace más que reforzar la necesidad de la regla

de abstinencia, el acento del lugar del analista está puesto en la escucha. Incluso al punto de frustrar las expectativas de un paciente que espera una respuesta, una interpretación, ofreciendo el silencio como respuesta.

Pero el propio Freud había encontrado hacia el final de su trabajo que no era suficiente con la interpretación, que se chocaba con la compulsión de repetición que se expresaba en la persistencia del síntoma y que se relacionaba con una satisfacción paradójica. Este es el momento en que debe comenzar a considerar el trabajo con las resistencias estructurales, para hacer entrar en el trabajo psicoanalítico las demandas de satisfacción del Ello y el Superyó, y la necesidad de castigo (Mozzi, 2012).

3.4.1 Demanda y transferencia

La regla de abstinencia mencionada antes, se relaciona con la necesidad de mantener la energía libidinal en el marco de la transferencia. Según Laplanche y Pontalis (2004) la transferencia designa al proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, estableciendo un tipo particular de relación. La transferencia en el marco de la relación analítica es la manifestación más importante de este proceso para el psicoanálisis, y es allí donde la regla de la abstinencia cobra su sentido, en la medida en que evita que la libido del paciente se vuelque sobre objetos ajenos al dispositivo analítico, o encuentre otras formas de satisfacción sustitutiva.

Freud (1915/2000) llama la atención sobre la importancia que tiene “dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza, como unas fuerzas pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados” (p. 169). La necesidad del enfermo mantiene la demanda del paciente en dirección de la cura y, al mismo tiempo, es la fuente de energía para avanzar en el cambio y la transformación que el trabajo psicoanalítico proponen. Cualquier intento del analista por responder de alguna manera a esta demanda que se le plantea en el marco de la transferencia constituiría un error, ya que el propio Freud destaca allí que sólo podría ofrecer subrogados.

El paciente tiene ciertas expectativas respecto del lugar que espera ocupe el analista. Hay una demanda implícita en su despliegue de discurso, demanda que responde en realidad a la oferta del analista (Lacan, 1998). Esta demanda refiere a la transferencia primaria, la más antigua del sujeto que, aunque permanezca en las sombras no deja de hacer sentir su presencia. Justamente una presencia es lo que puede ofrecer el analista a esa demanda, a través de la acción de escuchar como condición para que fluya la palabra. A pesar de la nada que puede sugerir esa presencia que es sólo escucha, Lacan (1998) dice que “el sentimiento más agudo de su presencia está ligado a un momento en que el sujeto no puede sino callarse, es decir en que retrocede incluso ante la sombra de la demanda” (p. 598).

Durante una primera etapa del trabajo psicoanalítico realizado por Freud, la transferencia cobraba significado en la medida en que facilitaba la apertura del inconsciente, que entonces podía expresarse a través de la asociación libre, de los sueños, y otras formaciones que se ofrecían al análisis y la interpretación. Pero, a partir del obstáculo que representan las resistencias estructurales, el manejo de la transferencia va a pasar a buscar el camino por el cual lograr una modificación a nivel libidinal, que haga posible que el sujeto pueda volver a disponer de su libido (Mozzi, 2012).

3.4.2 Intervenciones en psicoanálisis

Por todo lo anterior, las intervenciones en psicoanálisis tienen un estatuto que las diferencia de las que se utilizan en otras psicoterapias. En el trabajo psicoanalítico no corresponden las intervenciones que implican violaciones de la regla de abstinencia, es decir que brindan alguna forma de satisfacción a la demanda del paciente a través de subrogados (Freud, 1915/2000).

En el trabajo con el discurso del paciente, el analista tiene a su cargo conducir a través de sus interpretaciones y construcciones contra las resistencias que se dan en un triple nivel de estratificación hacia el núcleo patógeno, y los recuerdos asociados. El paciente, a través de la asociación libre, se encarga de la resistencia longitudinal, aquella que se da en un mismo

nivel, mientras que el analista, enfrentará la resistencia radial, es decir aquella que separa un nivel de otro, para avanzar hacia el núcleo patógeno, donde se encuentra la cadena de representantes psíquicos, asociados por contigüidad y contemporaneidad. A medida que el trabajo se acerca a ese núcleo patógeno mayor es la resistencia que se encuentra, y mayor deberá ser el esfuerzo del analista para avanzar ya que el paciente no quiere saber de su enfermedad (Freud, 1937, citado en Delgado, 2012).

Esto se relaciona con la concepción del inconsciente como algo que no existe simplemente allí para ser encontrado a través de las interpretaciones del analista, sino que se produce gracias al dispositivo analítico. En este sentido el analista se ofrece también como un representante psíquico, especialmente a disposición para aquello que en el aparato psíquico no tiene representación (Delgado, 2012). Lacan destaca esto mismo, cuando analiza la identificación que se produce en la transferencia y asegura que, cualquiera sea ella siempre será una identificación con significantes (Lacan, 1966/1998).

El objetivo de las intervenciones, y de todo el trabajo psicoanalítico comenzando por la forma que adopta el dispositivo no es cancelar el conflicto entre las demandas de la pulsión y el yo del paciente. Tampoco puede ser el de dominar las pulsiones, sino que apuntará a hacer algo con aquello que se muestra como no ligable, que no puede tramitarse por medio de la palabra (Mozzi, 2012). El propio Freud destaca, como logro del psicoanálisis la posibilidad de lograr “un estado que nunca existió de manera espontánea en el interior del yo, y cuya neocreación constituye la diferencia esencial entre el hombre analizado y el no analizado” (Freud, 1937/2000, p. 229).

El análisis, en definitiva, no garantiza una cura, sino que permite la resolución del padecimiento del neurótico para que el sujeto pueda adoptar una posición distinta frente a los avatares de su vida (Delgado, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudio:

Descriptivo. Análisis de caso único.

4.2 Participantes:

Adolescente de 18 años que sufre una fractura de tibia siendo este su segundo accidente de tránsito con muy poca diferencia de tiempo entre el primero y el último. En el momento que ocurrió del segundo accidente se encontraba trabajando de repartidor en su moto. Luego de este suceso fue derivado al hospital público donde quedo internado desde el mes de Febrero hasta Marzo, permanece en el hospital 34 días en total.

Su lugar de procedencia del conurbano bonaerense donde vivía con su mama, padrastro y hermanos. Reside actualmente en capital federal vive solo y trabaja de ayudante de cocina para un restaurante.

4.3 Instrumentos:

Observación no participante del adolescente accidentado, internado en un hospital público.

Observación no participante de la entrevista de la psicóloga al adolescente accidentado.

Entrevista con la psicóloga que presencia junto a mí los encuentros con el joven accidentado para debatir lo vivenciado en las observaciones.

Espacios de supervisión para análisis del caso, donde se analizan las posibles causas que potenciaron el accidente del adolescente, como así también se brindan herramientas para la intervención terapéutica.

4.4 Procedimiento:

Para desarrollar el presente trabajo se utilizarán las desgrabaciones de las entrevistas realizadas al adolescente accidentado durante los encuentros en el hospital público. Cada uno de estos encuentros tuvo una duración aproximada

de 40 minutos, y tuvo lugar en la sala de internación junto a la cama del paciente, con excepción de la primera entrevista que se realizó en un balcón que se encuentra al final del pasillo por el cual se accede a las habitaciones.

Las supervisiones tuvieron lugar en la institución especializada en accidentología desde un abordaje psicoanalítico a la cual pertenece la psicóloga que interviene en el caso. Se llevaron a cabo después de cada una de las entrevistas con el paciente con una duración aproximada de una hora

Además se obtuvo información también a partir de pequeñas entrevistas con la psicóloga, después de cada sesión, de unos 30 minutos aproximadamente.

Gracias a estas herramientas se podrá realizar un desarrollo más profundo tanto acerca de las causas que potenciaron el accidente, como también de las intervenciones realizadas durante los encuentros.

5 Desarrollo

El presente trabajo intenta pensar el accidente padecido por un adolescente que se encuentra internado en un hospital público, abordando su análisis desde el dispositivo psicoanalítico. El acceso al paciente fue posible por la intervención de una Institución Psicoanalítica que posee un convenio para realizar las prácticas con pacientes que se encuentran internados en la parte de accidentología de un hospital público en la zona de Capital Federal.

El objetivo más general al encarar este análisis fue el de relacionar la concepción del síntoma, como formación del inconsciente, al acontecimiento del accidentarse. Se parte del supuesto de que la génesis de un accidente va más allá de las causas inmediatas del mismo, y los factores que intervienen no son siempre evidentes, sino que forman parte del entramado de la constitución psíquica de cada sujeto (Granel, 2009). Considerar al accidente en relación con lo inconsciente, considerando que encubre y a la vez devela un padecer de un

sujeto (Granel, 2009) permite además comprender la intervención del analista dentro del tratamiento.

El caso elegido es el de un adolescente de 18 años que hasta poco tiempo antes de accidentarse vivía con su mamá, padrastro y hermanos en el conurbano bonaerense. En el momento del accidente se había mudado a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para vivir solo, ya que trabaja de ayudante de cocina para un restaurante. Al ser atropellado en la vía pública sufre una fractura de tibia por lo que fue trasladado al hospital público donde quedó internado desde el mes de Febrero hasta Marzo de 2013, permanece en el hospital 34 días en total. Este es el segundo accidente de tránsito que sufre con muy poca diferencia de tiempo entre ambos.

5.1 Analizar el accidente del paciente como posible síntoma

En el marco teórico hemos visto como el accidentarse puede convertirse en algo que, en función de la repetición, se vuelva un patrón de una estabilidad cercana a la de un rasgo del carácter (Granel, 2009). En el caso de Axel el accidente que lo lleva a la internación en la cual se lo contacta es el segundo que vive en unos pocos meses. Esto es lo primero que surge de la entrevista inicial.

Psicóloga: ¿Te había pasado alguna vez algo parecido?

Axel: No, quebradura nunca, fue la primera vez.

Psicóloga: ¿Y de estar internado?

Axel: No. La primera vez que estuve internado fue cuando, al volver de trabajar, con una moto que me había prestado un amigo, me caí y me raspe el brazo con algo que había en el piso. Eso fue en enero, en Guernica, donde yo vivía.

En primer lugar, Axel responde con una negativa a la pregunta de la Psicóloga que encierra cierta confusión, que parte de la propia pregunta combinada con la respuesta anterior de Axel. A pesar de esto puede pensarse que el paciente toma como un hecho novedoso el accidente, aunque inmediatamente ubica la primera internación, que no sólo es reciente, sino que aparece relacionada también con el trabajo y con un accidente de tránsito. Hay aquí una no percepción de la repetición del accidente que puede pensarse en términos de falta de consciencia, asociada a que la persona no se ha puesto en contacto con aquellos contenidos inconscientes que se expresan en el accidente (Granel, 2009).

Analizando las condiciones en que se produce un accidente, hemos visto que accidentarse implica un conjunto de situaciones que favorecen, o hacen más probable que ocurra. En el caso de un accidente de tránsito, la velocidad puede aparecer como una de las causas inmediatas, que, en relación con el estado anímico del sujeto accidentado, puede vincularse con la fantasía de llegar antes al lugar deseado configurando un estado emocional que se puede caracterizar como imprudencia (Granel, 2009).

En relación con lo anterior, encontramos que en la entrevista, Axel se describe en términos que pueden asociarse fácilmente con este aspecto del accidentarse. Inmediatamente después de la respuesta anterior dice.

Psicóloga: Los dos accidentes pasaron muy cerca uno del otro, ¿No te parece?

Axel: Yo le digo que soy muy acelerado, en el sentido que no me puedo quedar quieto, soy una persona hiperactiva, de esos que tienen que estar tranquilos pero se les hace imposible. Como me pasa últimamente que tendría que estar descansando durante el día pero me voy a jugar a las cartas en la habitación de al lado.

En estas dos oraciones, el paciente se describe claramente enfatizando tres aspectos: uno, justamente, es la velocidad. Así se ve cuando dice que es muy acelerado. Esto aparece directamente relacionado con los factores que

intervienen como condiciones de posibilidad del accidente (Granel, 2009). Más adelante en esta entrevista podrá verse otra manifestación de la velocidad en la vida de Axel.

Por otra parte, el paciente habla de un nivel de actividad exagerado. Esto se presenta de dos maneras, una positiva y otra negativa, sugiriendo cierta ambivalencia respecto de este rasgo que reconoce como propio. Axel dice ser una persona hiperactiva, y al mismo tiempo como alguien que *no puede* quedarse quieto. La primera definición representaría algo positivo, deseable; la segunda en cambio es algo del orden de la limitación, de la imposibilidad, también incluso de lo que no se debe. Puede rastrearse en esta relativa ambivalencia algo que podría ser expresión del dualismo pulsional constitutivo (Freud, 1920/2000).

Esto se relaciona con el tercer aspecto de su personalidad que aparece en el discurso del paciente. Axel habla de un deber ser: estar tranquilo, y de una imposibilidad respecto de ese deber. Esto último puede pensarse en relación con una exigencia interna vinculada con el Superyó, en tanto es la instancia del aparato psíquico que demanda al Yo respecto del ajuste a un ideal internalizado (Freud, 1923/2000).

Hay incluso un cierto tono de reproche en la oración final cuando dice que hasta en la internación le resulta imposible estar tranquilo. Llama la atención también el *Yo le digo* con el que inicia la respuesta, que podría suponerse introduce un otro frente al cual siente que tiene que justificar su actuar.

A pesar de esta posición, inmediatamente Axel le da una significación diferente a su modo de actuar. No lo hace directamente, pero lo muestra en su breve relato de lo que ocurrió con el anterior accidente:

cuando salí de la internación tendría que haber hecho 3 días de reposo, pero, sin embargo, volví a la panadería para seguir con mi trabajo, y fue ahí cuando me enteré que habían tomado a otra persona en mi lugar. Como me quedé desocupado, les empecé a preguntar a mis amigos si no conocían algún lugar donde necesiten tomar personal, y uno de ellos me

dijo que conocía un trabajo que me podía interesar, por lo que me vine a capital un jueves; el viernes me llamaron y el sábado empecé.

En este relato la hiperactividad aparece como un rasgo positivo para hacer frente a la situación que le generó el accidente. Axel no se queda en su casa haciendo el reposo que le habían indicado, sino que inmediatamente se pone a buscar otro trabajo y en tres días está de nuevo ocupado. En principio esto es un indicio de que el paciente desea trabajar, o al menos de que hay algo que lo impulsa hacia ello, quizás con una fantasía inconsciente que en todo caso habrá que rastrear en su discurso, considerando que es la fantasía la construcción que permite soldar un deseo inconsciente con una satisfacción libidinal (Mozzi, 2012).

Justamente, una cuestión que resulta importante para el análisis de los accidentes sufridos por Axel como posibles síntomas, es su relación con el trabajo. Según sus propias palabras en el momento en que tiene su primer accidente, estaba trabajando y le estaba yendo muy bien, por lo que el accidente vino a cortar esa situación. El segundo accidente se produce también mientras está trabajando, a los pocos días de haber comenzado en su nueva ocupación, y, según él mismo cuenta, el primer día que salía de la cocina, donde trabajaba como bachero, para reemplazar a un repartidor. La forma en que lo dice, “justo ese día había empezado como repartidor”, sugiere en ese momento tenía expectativas respecto de lo que ese cambio podía significar.

Es de destacar que, aunque el paciente se refiere a las consecuencias del primer accidente como “un raspón”, estuvo internado 15 días. Las complicaciones se explicarían por una infección a la cual el paciente tiene cierta propensión. Esta propensión de Axel proviene de su infancia y, según sus propias palabras, sería la causa de que visite “seguido a los médicos”. De hecho, la internación durante la cual fue entrevistado no fue una consecuencia directa del accidente, sino que el paciente ya había sido operado y se le había puesto un clavo, que su cuerpo rechazó generándole una infección importante. Puede decirse que existe aquí un elemento de repetición (Freud, 1920/2000) que configura un cierto patrón desde la infancia.

Con respecto a la situación en torno del accidente que lo llevó a la operación que originara la situación actual, el paciente relata un cuadro de sobreexigencia: desde que ingresó en su nuevo empleo estaba trabajando doble turno y algunos días no descansando por la noche (cuenta que uno de esas noches estuvo descargando cascos y se fue a trabajar sin dormir) y con una sensación que puede asimilarse a lo que Granel (2009) describe como avalanzarse hacia la meta.

Esto se observa en su relato de un regreso a la casa en moto, donde precisamente dice que iba muy acelerado, coincidiendo con la descripción de sí mismo que hiciera antes. Nuevamente, aparece aquí una voz del deber que le dice que “no se puede andar así por la vida”, y que tiene que “respetar los tiempos”. Como expresión del Superyó, estos mandatos están en la línea de lo que sostiene Freud (1923/2000) al describir al Yo como esclavo de tres amos.

Más allá de la vinculación con mandatos propios del Superyó, esta sensación puede considerarse dentro del marco de la sobreexigencia que caracteriza su situación vital en el momento del accidente (Granel, 2009). De alguna manera, Axel siente que hace más de lo que puede, y también de lo que debe.

En el mismo tono de respuesta ante una exigencia, describe su situación laboral en el momento del accidente en términos positivos, como consecuencia de haber hecho bien las cosas, de haber demostrado que quería trabajar. Aparece además la figura del patrón, como si de alguna manera estuviera transfiriendo a ella cuestiones muy personales, como cuando afirma que nunca le hubiera fallado, al referirse al temor de su empleador de que hiciera un reclamo legal, y que no tiene nada para reprocharle, por el contrario está agradecido, y destaca que fue su patrón quien estuvo con él los primeros momentos en el hospital, hasta que llegó su madre.

En cierta medida hay una similitud con los términos en que considera a su padrastro, la pareja de la madre, que fue quien lo crió. Su padre falleció cuando él era más chico, pero en realidad nunca vivió con ellos. Fue la pareja de la

madre quien ocupó ese lugar y para Axel “él fue mi papá. Me dió una educación, me dió el amor de padre, todo lo que uno necesita”. Claramente está agradecido por eso, y él mismo se compara con sus hermanos en cuanto a la relación con el padre, diciendo que éstos “lo quieren pero no lo valoran”. Resulta interesante que la valoración que Axel le da a su padrastro se expresa en una buena relación, cosas compartidas, pero también en haber ido a “trabajar para él”. De alguna manera esa experiencia acerca la figura de su patrón actual a la de su padre/padrastro a través de la posición de agradecimiento y lealtad que Axel asume frente a aquel. Se puede pensar que existe aquí una forma *silvestre* de transferencia, ya que no se da en el marco del análisis, por la cual se proyectan elementos del lazo afectivo con el padrastro a su nuevo patrón. De alguna forma, siguiendo a Lacan, una identificación con significantes que resultan intercambiables (Lacan, 1966/1998).

Claramente, en el discurso de Axel el trabajo ocupa un lugar importante. En un primer momento histórico, se describe haciendo distintos trabajos, “changas”, desde muy pequeño. Después de haber dejado el colegio en tercer año empezó a trabajar y, según cuenta, allí encontró algo que le daba más satisfacción que estudiar. La satisfacción venía a través de la independencia (“no depender de nadie, ni pedirle nada a nadie”) y también de la posibilidad de ayudar a su madre. La fantasía como modo de articulación del deseo inconsciente con una forma particular de satisfacción, aparece aquí en la imagen de no necesitar de otro y poder ayudar a la madre. De alguna manera esto puede pensarse en relación con la fantasía edípica de reemplazar al padre junto a la madre (Freud, 1921/2000).

En distinta medida se juntan aquí acontecimientos como el haber dejado el colegio para empezar a trabajar, que puede pensarse al mismo tiempo en relación con el deseo de independencia (consciente) y el de ocupar el lugar del padre junto a su madre (inconsciente). Esta situación estaría en el origen del dilema que va a expresarse en el accidente (Granel, 2009). Para ver con algo más de claridad esta relación, en el apartado siguiente veremos cómo es el

vínculo afectivo de Axel con su madre y la posible vinculación con el dilema de cambio-no cambio que se encuentra detrás de los accidentes sufridos.

La fuerte significación adjudicada al trabajo, se da en el marco de una elevada exigencia autoimpuesta en función de reglas morales internalizadas tempranamente. El Superyó de Axel parece ser muy demandante, y la sobreexigencia en la que se mueve Axel tiene, además de su discurso de reconocimiento y conformidad, otras formas de expresarse. Cuando se le pregunta si sueña estando internado, inmediatamente reconoce que varias veces se despertó sobresaltado soñando que estaba llegando tarde al trabajo. Remarca que “varias veces” tuvo el mismo sueño, al que califica como una pesadilla. Si aceptamos el carácter traumático que para el paciente parece tener el sueño, y su repetición, podemos relacionarlo con los sueños traumáticos a partir de los cuales Freud (1920/2000) encuentra la expresión de algo que va más allá del principio del placer. En este sentido resultarían expresión de la pulsión de muerte, en tanto lo compulsivo es algo que los caracteriza, y cuesta encontrar en ellos la realización de un deseo.

Al mismo tiempo, la aparición de este tipo de sueños-pesadillas durante esta segunda internación, ponen en juego temores relacionados con las consecuencias del primer accidente, y de alguna manera son formas de tramitación para controlar la angustia, que tienen su fuente en un deseo inconsciente que aspira a la recuperación de la experiencia de satisfacción originaria a través de la vía alucinatoria que permite el sueño para investir una huella mnémica que constituye al sujeto (Collado, 2013).

Entonces, considerada como sueño traumático, la pesadilla de llegar tarde al trabajo estaría expresando algo del orden de la pulsión de muerte, a lo que también apuntaría la repetición del sueño, pero no puede dejar de considerarse la posibilidad de que aparezca desfigurado el cumplimiento de un deseo. Esto abre un cuestionamiento: el carácter de pesadilla que tiene el sueño, ¿radica en la angustia que genera no poder ir al trabajo, o (recordando que el trabajo del sueño implica alguna medida de deformación o desplazamiento) hay un

expresión transfigurada del deseo inconsciente de no tener que cumplir con ese trabajo? La respuesta no puede formularse con el material disponible.

En el apartado siguiente, correspondiente al segundo objetivo, se presentan algunas cuestiones más, relacionadas con el vínculo madre e hijo, que aportan a la caracterización de la situación dilemática que vivía el paciente en el momento del accidente. Allí se verá cómo el resultado del accidente, realiza de una manera paradójica, el deseo de Axel de estar junto a su madre sin tener que tomar la decisión de no trabajar lejos. En este sentido, existe una cierta similitud con el síntoma que corresponde a una satisfacción sustitutiva y paradójica de un deseo inconsciente (Freud, 1894/2000).

5.2 Describir el vínculo del paciente accidentado con su madre y su relación con el síntoma

Cuando se le pregunta a Axel acerca de las preocupaciones que podría haber tenido en el momento del accidente, lo primero que menciona es el tema del trabajo. Precisamente dice que “me preocupaba el tema de que yo quería trabajar”, cosa que parece no tener un correlato con su realidad, porque estaba trabajando y, según había dicho antes, le estaba yendo bien en su nuevo trabajo. En la misma frase aparece otro asunto que lo preocupaba: su mamá estaba con algunos problemas de salud, y él quería ser quien la ayudara, aunque menciona al pasar que se había comprado algunas cosas para él. Esto le genera un conflicto porque, según sus propias palabras “yo era todo para ella, yo doy todo por ella y nunca lo voy a dejar de hacer”. Este conflicto entre ser el protector de su madre tal como ella lo fuera de él, y al mismo tiempo lograr su independencia, pueden considerarse en términos de una situación dilemática, que se encuentra por regla general, según Granel (2009), detrás del accidentarse.

Evidentemente, el vínculo con su madre es fuerte, y es una exigencia más a las que se siente obligado a responder. La situación de su madre, más allá de

lo real de los problemas que tiene, lo pone frente al dilema de avanzar en su independencia o responder a un deseo inconsciente de conservar la relación edípica y dar lugar a una cierta fantasía de ocupar el lugar paterno, convirtiéndose en el sostén económico de su madre.

La situación dilemática se agrava materialmente porque el nuevo trabajo es en CABA, mientras que la madre sigue viviendo en Guernica, ahora sin el padrastro, por lo que siente que estaría dejándola sola. En una de sus respuestas, Axel cuenta que cuando el hombre se fue “mi mamá se quedó sola”, y dice que él quería llevarla consigo. Puede interpretarse que quería sacarla de la casa en la que vive actualmente para llevarla a vivir con él, aunque esto puede haber sido una intención manifiesta, o solamente un deseo relacionado con la fantasía inconsciente de ocupar el lugar del padre. Lo que sí queda claro, porque él mismo lo dice, es que desde ese momento sintió que tenía que hacerse cargo de ella y asumió la responsabilidad de trabajar para ser su sostén.

Al considerar la situación del paciente frente al trabajo se mencionó que había allí un encuentro de deseos y exigencias, encuentro que en parte implica una tensión entre independencia y responsabilidad por la situación de la madre. Axel dice que, cuando comenzó a trabajar después de haber dejado el colegio: “Yo me sentía una persona grande, un hombre, porque tenía mis responsabilidades”. En cualquier otra circunstancia esto podría interpretarse como un paso en el sentido de la independencia y de la separación de la madre, sin embargo aparece al mismo tiempo una percepción confusa de su nueva condición y la de hijo. Si bien, se siente “un hombre” y tiene su trabajo y su propio ingreso, en la misma frase destaca que no vive solo, que vive con su madre.

La ambivalencia ante la cuestión de su independencia llega hasta el punto de expresarse en una contradicción dentro de una misma respuesta. Al explicar que empezó a trabajar por propia decisión, porque era algo que le gustaba más que estudiar, afirma con tono seguro: “Soy muy independiente”. Pero inmediatamente, como si quisiera dar muestras de esta afirmación, cuenta que

se había construido una habitación en la parte trasera de la casa de su madre, pero que “tenía la misma vida de siempre, porque a la mañana seguía desayunando con mi mamá; no me separé de ellos, solamente me independicé un poco”. En alguna medida esta tendencia a seguir estando con la madre puede pensarse en relación con los tiempos del Edipo señalados por Lacan (1999). El primer tiempo que marca la unión imaginaria entre madre e hijo, tiene aparentemente un peso muy grande en la constitución psíquica de Axel. Esto, además, se ve reforzado por el problema en cuanto a la capacidad de la función paterna para cortar ese vínculo imaginario, en lo que sería el segundo tiempo del Edipo. Al haber abandonado el padre biológico a ambos, se reforzó el vínculo entre madre e hijo, y aunque la nueva pareja de la madre es reconocido por el paciente como su verdadero padre, puede pensarse que el lugar de la ley paterna en este caso haya tenido sus problemas para inscribir el Nombre del Padre. Correspondería profundizar en las circunstancias y momento de la historia de Axel en que se produjo la separación y en el vínculo con el padrastro.

Indagando un poco más en la historia familiar se pueden encontrar elementos que permiten comprender en mayor medida esta situación de Axel. Al responder acerca de las circunstancias de su nacimiento, cuenta que el embarazo fue complicado porque en el momento que tuvo la noticia su madre padecía cáncer, y los médicos le recomendaron no llevarlo a cabo. Su madre no siguió el consejo, e incluso “se escapó del hospital”. Por esta decisión que significó para Axel la posibilidad de vivir, él dice estar agradecido por siempre, porque le debe todo a su madre. Esta situación, por la cual su madre asumió el riesgo de perder su vida para tenerlo, arroja otra luz sobre las afirmaciones de Axel cuando dice “yo era todo para ella, yo doy todo por ella y nunca lo voy a dejar de hacer”. Ahora que su madre está enferma, él siente que tiene una oportunidad para demostrar que esto que dice es cierto. La posibilidad de no hacerlo, de no cumplir con este deseo/compromiso, genera una carga adicional considerable en el sentimiento de culpa por su independencia, que puede adjudicarse al exigente Superyó del paciente (Freud, 1923/2000).

Esto resulta muy importante en el marco del análisis del accidentarse como posible síntoma que expresa un conflicto dilemático que no encuentra solución. La carga particularmente intensa del vínculo entre Axel y su madre, hace que la superación del sentimiento de que separarse es morir (Granel, 2009), resulte mucho más difícil. Quizás podría pensarse que es en casos como éste cuando la tendencia a accidentarse no logra prosperar como intento de resolución del dilema, por lo que puede llegar a culminar en el cumplimiento paradójico de ambos términos enfrentados en la muerte real.

Todo lo anterior sugiere una vinculación con la resolución del Complejo de Edipo que, como se vio en el marco teórico, es uno de los temas que pueden rastrearse tras las motivaciones y contenidos expresados en un accidente. Axel se encuentra atrapado entre la opción de despegarse de su madre para ser un hombre independiente, que trabaja y tiene su propio ingreso, y la fantasía de ocupar el lugar paterno como soporte económico de la madre, que encuentra en los problemas de salud que la mujer sufre una oportunidad para la racionalización, dándole razones para quedarse a su lado. Indudablemente esto le genera preocupación y sentimientos de culpa que encuentran en el accidente la ocasión de acceder a la realidad en una metáfora que reúne culpa y castigo (Granel, 2009).

La salida del accidente, en este caso de la internación derivada del mismo a raíz de una infección, ofrece la oportunidad de realizar un trabajo para no quedar estancado en el dilema ser o no ser y de poder superar la pérdida del vínculo edípico. Sin embargo, en la segunda entrevista, cuando se le pregunta acerca de sus planes para cuando salga del hospital, Axel manifiesta la intención de volver a convivir con su madre. En el próximo apartado veremos la intervención de la analista para ponerlo sobre la pista del sentido del cambio necesario; pero en lo que a la resolución del conflicto dilemático en torno del Complejo de Edipo se refiere, Axel no se muestra demasiado angustiado por tener que volver a vivir con su madre. Cuando se le pregunta cuánto tiempo le llevará volver a retomar sus actividades personales, se proyecta de aquí a al menos seis meses. Con tono de estar hablando de algo inevitable, pero sin

signos de contrariedad, sino más bien de resignación, dice: “No me queda otra”. Incluso su hiperactividad y su valoración del trabajo parecen retroceder en este caso, ya que sostiene que no va a buscar otro trabajo hasta que no esté totalmente recuperado. Aparentemente, volver con la madre es su prioridad; todas las expectativas de Axel están puestas en el reencuentro con ella, quizás una forma de vínculo tocada por la fantasía de unidad del primer tiempo del Edipo (Lacan, 1999).

5.3 Analizar las intervenciones hechas por el psicoanalista que permitieron al paciente escucharse en relación a su accidente como un síntoma.

Antes de comenzar con el análisis de las intervenciones hechas por la psicoanalista en las entrevistas que pudieron observarse, es necesario señalar que lo que puede brindarse en el marco de las entrevistas que los psicoanalistas de esta institución tienen con los pacientes que se encuentran internados en el hospital por haber sufrido un accidente no va mucho más allá de una contención y la invitación a hablar acerca de lo que les ha ocurrido y, de pensar acerca de las circunstancias que rodearon al accidente. Aclaremos esto porque no es lo mismo analizar el lugar del analista y sus intervenciones en estas circunstancias que en el marco de una terapia que se lleva a cabo con todos los elementos del dispositivo analítico. Según pudo averiguarse durante la pasantía, en algunos casos el contacto con los pacientes no pasa de tres o cuatro entrevistas, alguna de ellas en medio de traslados, o expectativas de visitas y otras contingencias. El mejor resultado posible es mover al paciente a reflexionar acerca de algunas cuestiones que pudieran aparecer y que este decida iniciar un tratamiento o retomar si hubiera abandonado.

En alguna medida estas condiciones destacan el lugar de escucha que puede ofrecer el analista, generando una demanda a partir de una oferta (Lacan, 1999), en el sentido de generar la producción de discurso en el paciente y que a partir de allí surjan las posibles asociaciones.

Al principio de la primera entrevista, la analista buscó indagar en las cuestiones que podrían encontrarse detrás del accidente, preguntándole a Axel:

Psicóloga: Porque a veces nosotros lo que pensamos es que el accidente tiene una cuota de mala suerte, y de azar, ¿no? Pero que a veces hay días en que algunos tienen más facilidad de meter la pata en un pozo, más que otros, según como este cada uno, según sus preocupaciones. La atención está en algo que te preocupa.

De esta manera, con una intervención simple invitó al paciente a hablar acerca de sus preocupaciones en el momento del accidente. Así fue que apareció su preocupación por el trabajo y la independencia, y también la relación con su madre y la situación conflictiva que se generaba a partir de haber empezado a trabajar en su nuevo empleo.

De la misma manera, en un momento de la entrevista la analista le preguntó al paciente si había soñado estando internado. Esto hizo que Axel relatara el sueño/pesadilla de llegar tarde al trabajo, que permitió indagar acerca de sus preocupaciones. Esta intervención de la psicóloga se inscribe en la línea de considerar al sueño como una de las vías privilegiadas de acceso al inconsciente (Freud, 1900/2000).

Pero, además de invitar a hablar al paciente, de realizar la oferta a la que se refiere Lacan (1998), en el caso que estamos analizando, quizás por las condiciones en las cuales se realizaron los encuentros, la terapeuta intentó señalar algunas cuestiones a Axel. Por ejemplo:

Psicóloga: Bueno, si quieres, en algún momento, puedes terminar la escuela ¿no?

Axel: Claro, quizás en otro momento. Ahora mi patrón (repetición) se está haciendo cargo de todo el tema de mi internación, y está cubriendo los gastos.

Psicóloga: Ah, mira que tal tu patrón, como te conseguís padre.

Axel: ¿Cómo?

Psicóloga: Te conseguís padre.

A través de esta intervención, que implica una interpretación sobre el discurso del paciente, la analista llama la atención de Axel sobre el significado inconsciente que tiene en ese momento su patrón para él. En un momento en que, prematuramente, el paciente está buscando su independencia, la figura del patrón que “se hace cargo” de su situación, tiene cierta resonancia con la función paterna que en su caso estuvo bloqueada por el abandono de su padre biológico. Esta forma de intervención, presentando una interpretación al paciente, tiene que ver con el trabajo en el sentido radial de las resistencias al que se ha hecho referencia en el marco teórico. A través de ese trabajo el analista intenta generar asociaciones que vayan más allá de las relaciones superficiales para acceder a un nivel más cercano al núcleo patógeno (Freud, 1937, citado en Delgado, 2012).

Axel en un primer momento parece no entender a qué se refiere la analista con su comentario, y cuando se lo aclara no responde nada al respecto porque interrumpe una llamada de celular que recibe. Cabe aclarar que, por tratarse de una entrevista preliminar, no se había establecido la regla de la asociación libre como modo de trabajo, lo que sí hubiera brindado el contexto del dispositivo analítico para continuar con la indagación (Delgado, 2012).

Después de atender rápidamente la llamada, Axel retoma la pregunta diciendo:

Axel: Ah, decía, yo nunca tuve dialogo con el patrón, dialogaba con los encargados, a él lo conocí mas en el momento del accidente. Desde un principio me demostró que era buena persona. Al estar solo en la guardia, sabía que tenía alguien en quien apoyarme porque él me dio una mano, nunca se fue. Cuando llego mi mama, él se hizo cargo, consiguió los clavos, puso abogados por el tema de la moto, me ayudo en todo. Yo pensé que no iba a encontrar gente así.

Psicóloga: Claro...

Axel: Pero hice las cosas bien, yo arranque de bachero, y me quede en la cocina, demostré que quería trabajar. Mi patrón tenía miedo que yo lo atacara

por el lado legal, pero jamás le hubiese hecho nada de eso porque siempre fue muy buena persona conmigo y no tengo nada para reprocharle.

En estas palabras puede encontrarse un eco de la forma en que describiera la relación con su padrastro, términos de agradecimiento y compromiso, al igual que al hombre que acompañó a su madre, Axel no tiene nada que reprocharle a su patrón. La analista de cualquier manera no sigue con esta línea, lo que es comprensible dadas las circunstancias.

Otra cuestión que ya fue mencionada, y que ocupó el segundo objetivo de este trabajo es la relación de Axel con su madre. Cuando el paciente contó las circunstancias en las cuales su madre había decidido tenerlo en contra de la recomendación de los médicos, la analista le preguntó:

Psicóloga: ¿y te pudo dar la teta, todo? ¿A pesar de lo que estaba pasando?

Axel: Sisi, todo.

Psicóloga: Ah mira que bien. Bueno, a veces tiene que ver tu carácter, el hecho de que seas tan cuidadoso y afectuoso con ella, porque tu mamá estuvo enferma y siempre te cuidó muy bien.

Axel: Si, mi vieja siempre es lo primero, si a ella le pasa algo yo no soy nada.

Esta última frase de Axel genera una nueva intervención de la analista que, cambiando el tono con el que se dirige al paciente le dice:

Psicóloga: Claro. Vos sabes que nosotras con esta entrevista tratamos de buscar que más puede haber atrás de las palabras, y la idea es que vos te lleves algo con lo que puedas estar bien, que te sirva y lo puedas usar. Cuando vos decís "si mi vieja no esta yo no soy nada" me da un poco de temor. Tenés que saber que ella en este momento está, que es muy importante para vos, pero también que cada uno tiene sus propios motivos para vivir. Nadie te va a abandonar con intención, pero algún día ella ya no va a estar, por ahí eso va a pasar dentro de mucho tiempo, vos sos muy joven.

Esta intervención va más allá de la interpretación. En realidad en este caso la analista está apelando a algo propio, lo que declara como un temor, para

generar una cierta respuesta en el paciente. De alguna manera puede interpretarse que en este caso se está dejando un poco de lado la regla de la abstinencia que le cabe al analista (Lacan, 1998). El diálogo sigue:

Axel: Si, eso ya lo se, pero en este momento estoy muy pegado a ella porque es mi mejor compañera.

Psicóloga: Vos siempre vas a poder acompañar a tu mamá, y desear que ella esté bien, pero hay una parte que hay que respetarla, que es del otro, y vos no vas a poder hacer mucho, mas que acompañarla. Te tenes que dar cuenta que tu cuerpo te pidió a gritos que vos le des bolilla a lo que te esta pasando. Dentro de las necesidades que puede tener alguien de tu edad, por supuesto puede ser que la familia esté bien, y la importancia del trabajo, pero también lo que vas a hacer vos de tu vida, las ganas de armar una familia, y cosas como esas...

A partir de la respuesta de Axel la superación del límite que impone la regla de abstinencia parece más clara. De alguna manera es comprensible que la limitación del espacio que tiene la analista para trabajar con el paciente, pueda llevar a intentar apurar algunos señalamientos para que, como ella misma dice, el paciente pueda llevarse algo que le resulte útil para pensar su situación vital. Pero quizás este sea uno de los casos en que correspondería ofrecer el silencio como Lacan (1998) propone.

Axel: Si, en el momento que llegue esa decisión quiero tener mis cosas, quiero tener mi casa y no depender de nadie.

La respuesta de Axel vuelve a traer la cuestión de la independencia, del no tener que depender de nadie, que es algo que al paciente le preocupa. No hay aquí lugar para continuar con los señalamientos, desde el momento en que el paciente proyecta el momento de “esa decisión” hacia un futuro indefinido. Su tarea sigue siendo la de construir su independencia.

El momento de salida del hospital es un momento importante para el paciente, y la analista pregunta acerca de cuáles son las expectativas que Axel tiene respecto de ese momento.

Psicóloga: Bueno, te vamos a preguntar para que te vayas con lo que necesitas. ¿Tenes algún temor de la ida, del regreso a tu casa?

Axel: No, como ya estuve acá más de una vez me quiero volver a mi casa ya. Quiero estar con mi mamá, mis hermanos..

Psicóloga: Bueno, capaz que te dan el alta uno de estos días. ¿Y en tu casa vas a volver a donde estabas antes, a la parte de atrás? ¿ O te vas a quedar con tu mama?

Axel: No, me voy a quedar con mi vieja un tiempo.

Psicóloga: ¿ Y tenes idea de cuanto va a ser esto?

Axel: No, la verdad que no se, hasta recuperarme, pienso que como máximo seis meses.

La analista le va a responder a Axel señalándole el camino para llegar a la independencia que tanto desea, a través de etapas.

Psicóloga: Bueno tenes que ir haciendo pasitos para ir recuperándote, primero salir de acá, después estar con tu mama, después volver a la parte de tu casa, y después de nuevo retomar tus actividades.

Axel se muestra de acuerdo con lo que se le señala, aunque queda por ver si sus objetivos están en la línea de lo que se le propone, o si el reencuentro con la madre va a reeditar esa relación imaginaria de unidad (Lacan, 1999), haciendo más difícil que logre despegarse y ganar su independencia.

6 Conclusiones

El motivo por el cual elegí realizar la práctica profesional en el marco de una institución psicoanalítica es porque me interesaba conocer más sobre el psicoanálisis, ya que desde esta perspectiva se considera al síntoma como una manifestación legítima, una forma en que lo más verdadero de un sujeto intenta expresarse.

El psicoanálisis pide al paciente que hable de lo que le ocurre, pues en estos relatos irá descubriendo sus sentidos y asumirá su deseo, único modo de limitar el sufrimiento.

En el curso de un análisis, una vez desvelado su sentido, los síntomas desaparecen, sin embargo éste no es el objetivo final del tratamiento, sino una consecuencia secundaria del trabajo analítico, cuya meta es que el sujeto pueda alcanzar una posición diferente respecto al sufrimiento.

El psicoanálisis propone una clínica del caso por caso que se aparta de toda práctica que sostenga saberes de antemano o recetas generales y prácticas directivas. Busca devolver el saber al propio paciente, y al hacerlo lo lanza a la búsqueda de su deseo.

Las expectativas respecto de la práctica se cumplieron en parte ya que fue posible observar cómo trabaja la institución en articulación con el equipo de accidentología de un importante hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Desde su orientación tratan de lograr que el paciente abra una demanda de tratamiento, de manera que después pueda ser atendido una vez que deje el hospital. Los pacientes, aunque se refiere a una institución que trabaja desde el psicoanálisis, no vienen a tratarse sino a resolver un problema urgente, lo que determina ciertas limitaciones respecto de lo que es realmente un tratamiento psicoanalítico, y por lo tanto una limitación para el presente trabajo.

Entonces, la gran cuestión es si desde la posición del analista el paciente puede poner en palabras su vivencia, para que se pueda abrir una pregunta. Si eso sucede, el paciente puede continuar con una terapia por fuera del hospital, ya sea en otra institución o, si se arma una transferencia, con el mismo terapeuta.

Basándose en esa experiencia, el presente trabajo se propuso tres objetivos particulares: Analizar las cuestiones relacionadas con el accidente del paciente desde la perspectiva del síntoma, como formación del inconsciente; analizar la relación del paciente con su madre y la posible relación entre este

vínculo y el accidente y, finalmente, analizar las intervenciones de la analista en el marco de las entrevistas realizadas con el paciente.

El trabajo con el primero de los objetivos permitió encontrar algunos indicios de que el paciente se encontraba en el momento de sufrir el accidente atravesando una situación dilemática que lo preocupaba. Aunque el conflicto dilemático no aparecía inmediatamente a la consciencia, puede conjeturarse que es algo que operaba a nivel inconsciente y que en un momento determinado, y a partir de ciertas circunstancias, encontró una vía para manifestarse, para producir una escenificación de ese dilema a través del accidente (Granel, 2009).

Como consecuencia del accidente el paciente tuvo que dejar el trabajo que lo había traído a Buenos Aires alejándolo de su madre, y que le había generado una sensación de culpa por “dejarla sola”. Al mismo tiempo, por la convalecencia correspondiente a la fractura que sufrió y las complicaciones derivadas de su tendencia a sufrir infecciones, volverá a vivir con su madre hasta el momento en que esté “totalmente recuperado”. Si el síntoma como resultado de la represión del deseo inconsciente resulta en una formación sustitutiva que, a veces de una manera paradójica, es una realización de ese deseo que la consciencia no puede aceptar (Freud, 1894/2000), el accidente y las complicaciones de Axel guardan ciertas similitudes con ese mecanismo que permiten pensar sobre aquello que aflora en un acontecimiento de este tipo.

El segundo objetivo, mostró el profundo vínculo que une a Axel con su madre, y ayudó a comprender la magnitud del conflicto dilemático que enfrenta, y que de otra manera no se hubiera comprendido plenamente. La decisión que tomó la madre de Axel de tenerlo aún a riesgo de su propia vida, sumado al abandono que ambos sufrieran poco tiempo después por parte del padre, generó un vínculo muy fuerte entre ambos. Esto se expresa en el discurso del paciente que dice estar agradecido para toda la vida por lo que ella hizo, y dice “yo era todo para ella, yo doy todo por ella y nunca lo voy a dejar de hacer”. Atendiendo a la presentación de Lacan (1999) de los tres tiempos del Complejo de Edipo, puede pensarse que en el caso de Axel el vínculo imaginario madre-

hijo, la fantasía de retorno a la unidad de ambos, fue muy fuerte como momento en el desencadenamiento del complejo. Por el contrario, el abandono del padre y la relación con la pareja posterior pudieron implicar una cierta falla en el segundo tiempo, en el cual la función paterna es fundamental. Resulta claro que se requiere una indagación más profunda, pero en principio se puede pensar que la inscripción de la ley paterna, que corta el vínculo imaginario madre-hijo, no se realizó completamente en este caso. En términos lacanianos, podría pensarse que a nivel inconsciente siguió rigiendo el deseo de agradar a la madre, de ser el objeto de deseo de la madre, ubicándose en el lugar del falo.

El último de los objetivos fue, quizás, el que pudo cumplirse en menor medida. La poca cantidad de entrevistas y la corta duración de las mismas no generaron un material suficiente para poder ubicar distintas formas de intervención, diferentes momentos del análisis, u observar el modo en que se plantea la transferencia y sus vicisitudes. En términos del lugar del analista según la caracterización de Freud (1893, 1937/2000) y reformulado por Lacan (1998), puede decirse que las circunstancias en que se realizaron las entrevistas pueden haber influido para que se superaran en algunos momentos los límites que impone la regla de la abstinencia al analista, que no debe ofrecer ningún tipo de orientación, ni satisfacción a las demandas del paciente, sino, más bien ofrecer el silencio y la escucha como principal actitud.

En síntesis, las condiciones en las que se realiza el trabajo en el servicio de este hospital público limitan el desarrollo de un trabajo acorde con lo que prevee el dispositivo analítico. En lo que respecta al presente trabajo, la poca cantidad de entrevistas realizadas y el hecho de que no puedan considerarse como parte de un trabajo analítico más amplio, resultaron las limitaciones más importantes. Por otra parte, no pudo articularse como se esperaba el material de las supervisiones con el propio de las entrevistas con el paciente. Al ser encuentros de varios terapeutas con muchos casos, prácticamente el trabajo con este caso en particular no resultó en un material útil para ampliar lo ya

observado, pues no surgió nada que fuera significativo para cambiar la mirada sobre el caso.

Más allá de las limitaciones mencionadas, puede decirse que el trabajo realizado ha servido para introducirse en el campo del trabajo psicoanalítico. Desde el punto de vista personal, la experiencia de la residencia se encaró con sumo interés, tanto por consolidar los conocimientos teóricos sobre la práctica psicoanalítica, como así también en el contacto directo con ésta. Habiendo concluido la residencia, y más allá de la realización del presente trabajo, se considera que, además del valor de los cursos a los que se pudo acceder, sería fundamental poder insertarse en la práctica psicoanalítica en mejores condiciones. Como se mencionó, el trabajo realizado por CIPEA en el hospital, por las condiciones de urgencia y transitoriedad, no permite obtener una experiencia directa de una terapia psicoanalítica, con las particulares características que tiene.

En cuanto a las líneas de trabajo posibles que se pueden proyectar a partir de este trabajo, se considera de interés profundizar en algunas de las cuestiones aquí planteadas, en lo que hace al lugar del analista en relación con el camino hacia la cura, fundamentalmente en cuanto al lugar que ocupa la escucha en el dispositivo, la importancia de la transferencia y, en función de los anteriores, el significado de las intervenciones.

7 LISTADO DE REFERENCIAS

- Collado, F.J. (2013). *Análisis del concepto de deseo, en Platón, Freud y Lacan frente a la crisis del sujeto contemporáneo*. (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Cosentino J.C. (1983a) *Construcción de los conceptos freudianos. Volumen 1* Buenos Aires: Manantial.
- Cosentino J.C. (1983b) *Construcción de los conceptos freudianos. Volumen 2* Buenos Aires: Manantial.
- Delgado, O. (2011). Angustia y trauma. *Virtualia*, 23, 48-55.
- Delgado, O. (2012). *Lecturas freudianas 1*. Buenos Aires: UNSAM Edita.
- Freud, S. (1893/2000). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras Completas. Volumen I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1893/2000). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En *Obras Completas. Volumen I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894/2000). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En *Obras Completas. Volumen III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895/2000). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas. Volumen II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1910/2000). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En *Obras Completas. Volumen XI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915-17/2000). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas. Volumen XV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2000). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas. Volumen XIV* Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1920/2000). Más allá del principio de placer. En *Obras Completas. Volumen XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1921/2000). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas. Volumen XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/2000). El yo y el Ello. En *Obras Completas. Volumen XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/2000). El sepultamiento del complejo de Edipo. En *Obras Completas. Volumen XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/2000). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En *Obras Completas. Volumen XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926/2000). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas. Volumen XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1981/2000). Primeras publicaciones psicoanalíticas. En *Obras Completas. Volumen III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1982/2000). Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. En *Obras Completas. Volumen I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goldenberg, M. (2011). Variaciones sobre lo infantil. *Virtualia*, 10, 45-47.
- Granel, J.A. (2009). *Teoría psicoanalítica del accidentarse*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan J. (1999). Las formaciones del inconciente. En *Seminario 5*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1998). La dirección de la cura y el principio de su poder. En *Escritos II*. México: Siglo XXI.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, 6, 2-6.

Leivi, B. M. (2001). El síntoma en la clínica analítica. *Psicoanálisis ApdeBA*, 2 (23), 341-356.

Mozzi, V. (2012). *La sospecha freudiana*. Buenos Aires: Tres haches.

Valls, J. (1995). *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: Editorial Yebenes