

EL FENOMENO PSICOSOMATICO su abordaje multidisciplinar

BOOK –1a

GEIFC

Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos

COSVEU
Barcelona

GEIFC

Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos

BOOK –1a

EL FENOMENO PSICOSOMATICO
su abordaje multidisciplinar

COSVEU

Barcelona

GEIFC

Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos

1. De los antecedentes

Como se crea el **GEIFC** (Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos)

a. Primer momento del Grupo: El fenómeno Psicosomático, el cuerpo en la enfermedad.

- La intención: El fenómeno Psicosomático y el abordaje multidisciplinar
- Casos (en) tratamiento.
- Conceptos (en) tratamiento.
- La extensión:
1995. I Jornada: *Dolor o Sufrimiento*
1996. II Jornada: *De la Escritura a la Escucha*

b. Segundo momento del Grupo: El fenómeno artístico, el cuerpo en el arte

- 1er contacto MACBA: Identidad Múltiple/Obras del Whitney Museum of American Art.
- 2^{do} contacto MACBA: Introversiones, Aspectos de la Colección
- 1997.III Jornada: *Intro/versiones del objeto*

2. El Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos

- 3er contacto MACBA: Arte y Acción, entre la performance y el objeto, 1949-1979
1998. Exposición/Seminario: Itinerario, Angel Peidró
- 1999. IV Jornada: *De la Transcultural. acción a la Inter. acción* (publicado)

3. GEIFC objetivos

- Intención
- Extensión

1. De los antecedentes

a. 1er. Momento

Un grupo de profesionales proveniente de distintas áreas crea, en el curso de 1994-1995, un espacio de estudio y de intercambio de experiencias que denominamos “**Casos (en) tratamiento**”.

*Por otro lado se crea un grupo de estudio y formación, con personas que provienen de áreas distintas: de la ciencia y del arte, de la enseñanza y de la terapéutica, en una actividad privada o pública, etc. El objetivo fundamental es seguir una serie de lecturas: de la ciencia, el psicoanálisis, la literatura, que permitan una base común, para poder entender ciertos **fenómenos de la cultura**.

Se trataba de la presentación de un caso clínico, por uno de los componentes del grupo, o por un invitado para la ocasión. La presentación de un caso sirve de pretexto para dar a conocer distintos abordajes al problema planteado, y el consiguiente debate entre los concurrentes: un psicoanalista, un logopeda, un médico homeópata, un fisioterapeuta, etc. Las reuniones tenían carácter mensual, además de una Jornada de trabajo al fin del curso.

**La tarea del grupo de estudio, además del seguimiento de conceptos teóricos para su consiguiente elaboración, llevó primero al análisis de ciertos casos concretos que los componentes del grupo sentían importante en su trabajo cotidiano, y segundo a entroncar con la Jornada de “Casos (en) tratamiento”, de fin de curso.

O sea intención y extensión, además de hacer su proceso particular, iban proponiendo puntos y momentos de encuentro y de debate, en el apartado correspondiente se encuentra el desarrollo de dicho proceso.

b. Segundo Momento

El grupo toma conciencia que las conclusiones que va obteniendo con los fenómenos somáticos se pueden aplicar a otras formas de hacer lazo social, como es el caso del arte, particularmente en su expresión contemporánea.

El Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona, sirve al grupo de plataforma de reflexión sobre esta otra modalidad del Fenómeno Contemporáneo, o mejor dicho **esta cualidad del fenómeno de hacerse contemporáneo**. Las exposiciones programadas desde 1995 a 1999 sirvieron de material de trabajo para elaborar el proceso que va de la identificación a la acción, como una cualidad particular del fenómeno, del objeto a la performance. Esta última idea sirvió de eje a la III Jornada, que se comentaron en el apartado correspondiente.

2. GEIFC.

Grupo de Estudio e Investigación en los Fenómenos Contemporáneos.

Luego de un impás del ciclo 1998-1999 de “Casos (en) Tratamiento”, de la extensión del grupo, para dar mas tiempo a la elaboración de los objetivos internos, el grupo logra tomar forma y definición, las dos líneas intensidad y extensión, hasta ahora separadas, se articulan en una sola. Por otro lado, se define el eje de investigación: los Fenómenos Contemporáneos. Así el grupo adquiere la denominación “GRUPO DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN LOS FENÓMENOS CONTEMPORANEOS”, su primer acto es la organización de la IV Jornada: debate / acción

“ De la Transcultura acción a la inter.acción”. La palabra no es suficiente hay un paso a la acción, el fenómeno de la inmigración forzada, la acción con el cuerpo en el arte (Afasia de Marcel.Í Antúnez), y el personaje de *Alice* de Lewis Carroll, servirán de pretextos para el debate entre la palabra y la acción.

3. GEIFC, objetivos

*Intención: La definición, formulación, elaboración y desarrollo en los estudios e investigación de los fenómenos contemporáneos, para llegar a las causas primeras, donde el síntoma no es suficiente para la relación del sujeto con el otro, para la relación del sujeto con el mundo. Es necesario un huracán, un terremoto, un holocausto, una catástrofe. La separación entre el sujeto y el otro, no es suficiente, hay una insuficiencia en el efecto de la separación, algo ha quedado del lado del otro que produce fenómeno, algo de la identificación efecto de esa separación no ha hecho su trabajo. No es suficiente creer en el efecto que produce la separación, se produce otra vez algo de la catástro.fe, del fe.nomeno, el número no hace orden, no ordena cada uno en su lugar. Uno y el Otro, otra vez afectados, a.fe.ctados. Más allá de la razón de la ciencia, que concluye lo imaginario, esa posibilidad de fantasear propia del sujeto, está la razón de la fe, de lo sagrado entre uno y el otro, que no le permite soportar la separación sin dar algo a cambio.

*Extensión: La aplicación de los conceptos elaborados irá definiendo diferentes áreas de actuación, sostenida por un cartel de trabajo con una línea elegida previamente, que permitirá preparar un programa de extensión determinado.

Algunas líneas previstas: hasta 1996 El Fenómeno Psicossomático

en 1997 El Fenómeno del Arte/Acción

en 1999 El Fenómeno de la Trasculturación

Para el ciclo 1999-2000 el grupo trabaja sobre el texto de Sigmund Freud, de 1930, “El Malestar de la Cultura”, poniendo como objeto de dicho malestar al cuerpo, lo que resulta “**El malestar del cuerpo en la cultura**”, donde se podrán trabajar los fenómenos consecuencia de la inmigración, la transculturación, el fenómeno del asociacionismo, de la trans.sexualidad en juego, a como esto afecta al cuerpo, no sólo al sujeto sino a su familia, o sea los diferentes lazos sociales que se ponen en juego, y por consiguiente a la producción artística, que intenta hacer algo con dichos fenómenos, una relación con el cuerpo, otra, diferente.

El **GEIFC** tiene cuatro modalidades de trabajo, independientes pero interrelacionadas entre sí:

El Grupo de Estudio, seguimiento y elaboración de los conceptos a través del trabajo con los textos. Elaboración de un método que permita el seguimiento de los textos y su aplicación para llegar al cumplimiento los objetivos planteados por cada uno de los componentes

El Cartel de Investigación, dentro de una línea de investigación común al grupo, cada uno desde su tema particular, se aplicarán los conceptos trabajados en los grupos de estudio, y se prepararan las actuaciones de extensión, las presentaciones periódicas del proceso que sigue cada uno, es un lugar intermedio entre la intención y la extensión.

Las Actividades de Extensión del GEIFC: Actividades mensuales y actividades anuales. Las actividades mensuales estarán organizadas por el cartel correspondiente, con alguien invitado para la ocasión, como contrapunto para el debate. Las actividades anuales estarán organizadas por el **GEIFC**, de acuerdo al tema elegido para la ocasión, con los invitados que se crea conveniente.

La Publicación del Book/Guía: El material elaborado por los espacios de extensión, así como la bibliografía trabajado por los espacios de intención, como las conclusiones a las que se ha llegado en la investigación, será publicado en el **Book/Guía** anual, para que sirva además como base de trabajo para el curso siguiente.

5. Componentes del GEIFC

Xavier Aldavert
M^a Carmen Badia
Montse Montero
Isabel Muñoz
Angel Pastor
Joan Pons
Belén Farrés

Coordinación:
Alberto Caballero

Identificación gráfica:
Marcel.lí Antúnez

a. 1er Momento del Grupo: El Fenómeno Psicossomático.

Entre los años 1994 a 1997 se han organizado las siguientes actividades, de las cuales se ha seleccionado algunas de ellas para preparar: Book 1 a.b.c.

1994-1995: Casos (en) Tratamiento
I Jornada: "Dolor o sufrimiento"

1995-1996: Casos (en) Tratamiento: **La Demanda Psicossomática y su escucha Multidisciplinar.** (book 1a)

II Jornada: **"De la escritura a la escucha-4 discursos sobre el cuerpo"** (book 1b)

1996-1997: El Síntoma y su Escucha: **Del contacto al con.-trato (book 1c)**
Casos (en) Tratamiento
Conceptos (en) Tratamiento

El fenómeno Psicosomático su escucha multidisciplinar

Alberto Caballero
analista

Introducción

Hemos tomado el título del segundo ciclo de conferencias para englobar al resto de los ciclos porque ha sido la problemática que más nos ha ocupado y creemos que de manera subyacente ha ido deslizándose por las demás.

PRIMERA PARTE

1995-1996
CASOS (en) TRATAMIENTO

LA DEMANDA PSICOSOMATICA Y SU ESCUCHA MULTIDISCIPLINAR

lunes 19 de febrero

"Un grupo de obesidad en un marco interdisciplinar"

Elsa González, psicóloga

"Un caso de obesidad, con trastornos circulatorios"

Lourdes Antón, drenaje linfático

lunes 18 de marzo

"El síntoma hipocondríaco dos enfoques":

M^a LLuisa Queralt i Gimeno, tocoginecóloga, homeópata
Claudia Truzzoli, psicóloga, psicoanalista

lunes 15 de abril

"A la búsqueda del SIDA"

Cuca Trullàs, enfermera (Enf.Tras.Sex)

Historia Clínica: paciente varón 32años

Dra. Mari Sol Segur Tolsa, del Area Básica de Salud del Casc Antic.

"Voy a Cambiar de piel"

paciente afectado de SIDA atendido en Centro de Día.
Raúl Azzarini, psicólogo, psicoanalista,
colaborador Ass.Cna.Antisida Cataluña

lunes 20 de mayo

"Sentir la anatomía a través del movimiento"

Esther Vidal, profesora de gimnasia

"El síntoma en el cuerpo y el cuerpo en el grupo"

(una sesión de psicodrama)

Joan Pijoan, psicólogo, psicodramatista

"Un grupo de obesidad en un marco interdisciplinar"

Elsa González
psicóloga

"Un caso de obesidad, con trastornos circulatorios"

Lourdes Antón
drenaje linfático

"Un grupo de obesidad en un marco interdisciplinar"

Elsa González
psicóloga

La obesidad, no sólo es objeto de tratamiento del área médica, sino también de la psicológica. Cuando escuchamos decir: "Como, porque estoy nerviosa" o "Desde que me ha sucedido tal o cual cosa he engordado" o "Estoy angustiada y por eso como"; podemos pensar que el engordar es algo más que un trastorno metabólico.

También podríamos pensar en ciertas características, que podemos plantear como comunes a muchas personas obesas: la tendencia a buscar tratamientos mágicos, la negación (no registran lo que comen, ni la forma, ni la cantidad), la omnipotencia ("Yo cuando quiero parar de comer paro, no necesito ayuda, tengo fuerza de voluntad") y el saber sobre dietas, nutrición, etcétera... casi más que un profesional. Otra característica común es que suele haber cierta distorsión del esquema corporal, suelen verse gordos cuando comienzan a adelgazar, como sí antes no se hubieran visto.

La metodología de trabajo con el grupo que voy a presentar es de una conjunción entre los grupos de autoayuda, basados en la eficacia de la identificación, por lo tanto la fuerza está en el grupo-, y los grupos de aprendizaje con técnicas operativas -el aprendizaje apunta a que el paciente pueda traducir los conocimientos adquiridos en acciones concretas frente a la comida.

La constitución del grupo es heterogénea en cuanto a su extracción socio-cultural y económica; es mixto y abierto -esto quiere decir que entra y sale gente cada semana, no más de dos personas por vez, a los efectos de preservar cierta dinámica grupal-.

Antes de llegar a este grupo que coordino, han pasado por la nutricionista, que les ha puesto un plan de alimentación, no dieta, porque la propuesta es aprender a comer de todo en cantidad y frecuencia adecuada. También han pasado unas semanas en un grupo coordinado por una persona que ha perdido peso y lleva años en mantenimiento. Esto sirve a los efectos de la credibilidad y efectividad del tratamiento, por vía identificatoria: " Si él/ella ha podido, yo también podré".

Trabajando el plan de alimentación, insistimos con la posibilidad del mantenimiento incluye un plan de actividad física adecuada. Nos proveemos de un texto a leer que es un pretexto para que comiencen a hablar sobre ellos.

Hablamos de los pacientes que destacan: Julia es una de ellas, ha bajado de peso . Según la coordinadora anterior ha hecho temblar el Imperio del Sol, ya que pertenece y es de una familia japonesa de tradiciones bastante rígidas. Su marido es mucho mayor que ella, ejerce un gran control sobre Julia. Ésta dice no poder seguir el plan de alimentación, quiere bajar de peso pero siente que le es imposible dedicarse más tiempo a ella misma, tiene que atender a sus hijos (ambos adultos y universitarios) y a su marido que vuelve a casa al mediodía y ella debe estar cuando él llega. Tienen una vida social de muchas salidas y comidas de por medio (el esposo, un importante ejecutivo de una empresa, debe cumplir muchas relaciones sociales de corte laboral). Además cuando Julia le pide que le regale flores su esposo le trae bombones. (Esto suele a veces aparecer en las familias, son saboteadores, que consciente o inconscientemente minan las intenciones del paciente).

Otra paciente es Emperatriz. Con apariencia de niña, tiene 50 años, tampoco baja de peso, hace mucho tiempo que viene al grupo. Al comienzo perdió algunos kilos, pero ahora permanece en el mismo peso, cuando no engorda. Agradece poder venir al grupo, porque es su única salida a nivel social. Está siempre encerrada en su casa excepto para hacer las compras y venir al encuentro semanal. Dice tener vergüenza que la vena. Trae una foto al grupo de cuando era joven, parece otra mujer. Por su vergüenza no va a ver a su familia y evita que la vean con su marido y su hijo.

Abro la pregunta al grupo sobre qué piensan para poder salir de tanta imposibilidad. Surgen técnicas y recursos para aplicar frente a las posibles compulsiones. Anotar lo que comen, suele ser eficaz, escribir es anteponer algo, es darse cuenta. Ayudarse con un tratamiento alternativo, de mayor frecuencia en la asistencia. Otros han llegado a su peso, pese a ciertas dificultades, ahora lo que les da pesar es tener que dejar el grupo y pasar al de la gente que está en mantenimiento.

Se trata de establecer algún tipo de compromiso. Registrar por ejemplo alguna técnica: Cuántas veces comemos despacio y sentados. Los recursos conductuales aunque no suficientes no se pueden descartar, si se quiere bajar de peso se deben modificar también algunos hábitos de alimentación.

Después de una semana muchos siguen igual, otros han logrado algún descenso. Julia ha bajado, poco, por lo cual está enfadada. Emperatriz también, y además ha decidido realizar un tratamiento alternativo. Salir del peso y salir de casa. Reberca e Isaac deben pasar la semana siguiente al grupo de mantenimiento. Otra etapa difícil. No solo es bajar... Alguien le pregunta a Julia para qué quiere bajar de peso, ella responde que porque se ve mal (en realidad tiene 10 kg de mas y es una mujer muy atractiva). Ana le dice que podría quedarse como está. Comenta a su vez que su propio marido le dice que no baje, que a él le gustan las mujeres gorditas. Interviene María y dice que los maridos quieren a las mujeres gorditas y a las amantes delgaditas.

Sugiero que tratemos de pensar algún motivo por el cual tengamos ganas de hacer el esfuerzo de seguir el plan de alimentación, y comenzar la actividad física. La tarea queda pendiente, el grupo se termina.

En este grupo, algunos miembros de los que aquí presento son interesantes desde su decir y su imposibilidad. La dificultad, "El no puedo", "El bajo-subo", son habituales cuando trabajamos con personas que tienen sobrepeso. Aquí, en este tipo de trabajo en grupo hay objetivos específicos, confrontamos (mostramos al paciente que entre lo que dice y lo que

hace hay una brecha). El abrir la pregunta al grupo posibilita muchas veces que desde la propia experiencia del otro semejante surjan recursos que se puedan poner en práctica.

Trabajar en obesidad interdisciplinariamente es una alternativa, no reduccionista, sabemos que el problema es aún difícil de resolver. Hay que sobreponerse a la frustración, hay que saber que muchos pacientes reinciden, que muchos se anclan en la imposibilidad. Solemos derivar a

psicoanálisis individual cuando es necesario y el paciente puede plantearse algo del orden de una pregunta sobre sí mismo, algo que le angustia, algo que sabe sobre su implicación en esta situación.

De todas formas, pensar la obesidad como psicósomática, como síntoma de psiconeurosis, es difícil, sólo en el caso por caso se puede hablar. Hay ciertas semejanzas con la adicción, (sin drogas) en la cual la palabra, lo no-dicho del a-dictum debe ocupar un lugar, ese lugar que a veces se produce si se puede lograr interponer una acción a la impulsión, si se puede soportar esa necesidad de llenar un vacío para el que no hay comida que satisfaga, no hay objeto.

¿Podría ser el comer una forma de negar que no lo hay, una especie de sustitución imaginaria?. ¿Habría algo del orden del placer en este exceso de objeto?

El tema plantea preguntas. Irrumpe con un plus que siempre retorna, el obeso normalmente baja para volver a comer y volver a engordar. La "curación" se hace a veces difícil, otras casi imposible.

Se piensa como salida, dentro de este marco teórico en el que he desarrollado la actividad, en la "recuperación", una vía intermedia a la curación. En definitiva una de las acepciones de curarse es cuidarse. A los efectos de la clínica médica no está mal, desde el lado del sujeto puede haber un algo más. Aprender a comer sobriamente, es una propuesta, apelar a las diferentes disciplinas es una alternativa.

"Un caso de obesidad, con trastornos circulatorios"

Lourdes Antón
drenaje linfático

En el presente caso hablaremos de Marga, una mujer de 40 años, casada y con tres hijos, de profesión instrumentista de quirófano.

Al acudir a nosotras habían pasado 11 años desde el último parto, hacía dos años que no trabajaba y estaba en trámites de separación. Quería adelgazar y modelar su silueta, pesaba 76 Kg. Mide 156 cm, antes de casarse su peso habitual era de 56 Kg. Después del último embarazo le practicaron una liposucción en muslos y una lipectomía en abdomen, pero en aproximadamente un año volvió a engordar.

Antes de informar a Marga sobre nuestros métodos de trabajo, valoramos su colaboración durante y después del tratamiento. Descubrimos una resistencia a modificar hábitos:

-Alimentación: Es una excelente cocinera, no se deja derivar a dietista, conoce a muchos y cree saber como debe comer. En los últimos meses había empezado a beber alcohol, (vino en las comidas y una o dos copas de licor al día).

-Ejercicio físico: Argumentó falta de tiempo y dinero.

-Estrés: Fumadora de 20 cigarrillos al día. Tomaba antidepresivos y tranquilizantes, estos últimos ocasionalmente.

En resumen, Marga hacía aproximadamente 2 años que no trabajaba. Tramitaba su separación y tenía una gran preocupación por el dinero, era una mujer irónica, ansiosa, de hábitos muy sedentarios y en algunos momentos parecía estar a punto de derrumbarse.

En exploración física:

Presentaba trastornos circulatorios en extremidades inferiores, (desde el primer embarazo), las piernas eran dolorosas al tacto, existían varices y se apreciaba un ligero edema, padece estreñimiento, según ella, desde siempre, abdomen abultado, apenas apreciamos cintura, las caderas proporcionadas. Celulitis localizada en rodillas y en cara anteroposterior de muslos.

Enfocamos el tratamiento:

Lo principal era no angustiarse (no volvimos a mencionar ni dieta, ni tabaco, ni alcohol). Además no le dimos importancia a las medidas, queríamos mejorar la circulación de retorno venoso, eliminando pesadez y sensación dolorosa en sus piernas, modelar su figura para que se viera mejor ante el espejo. No pusimos tiempo al tratamiento, proponiéndole que perdiera peso muy lentamente.

Durante el desarrollo del tratamiento la dejamos hablar de sus problemas y la alentamos para que buscara trabajo.

En el primer encuentro trabajé su espalda con un masaje suave para relajarla. El masaje, en estos casos, es el contacto de unas manos humanas sobre el cuerpo humano, donde establecemos una relación directa masajista/paciente con la posibilidad de ejercer beneficiosos efectos.

En la segunda semana empecé con Drenaje Linfático Manual, (desde este momento nos referiremos a él como DLM), esto me ayudaría a conseguir:

-Tratar el edema.

-Ejercer una acción analgésica sobre las zonas tratadas.

-Favorecer el automatismo del intestino, mejorando estreñimiento, (ya que actúa sobre fibras musculares lisas).

-Por último, al tratarse de manipulaciones suaves, lentas y repetidas, se consigue un efecto antiestrés.

Intercalamos en esta etapa un par de sesiones de Acupuntura con la intención de bajar ansiedad, ya que ésta había ido en aumento (excesos en las comidas y sensación de angustia). Deducimos que era consecuencia de la situación familiar. No continuamos al saber que había iniciado una terapia con Flores de Bach.

Tras realizar 22 sesiones de DLM desapareció el edema, había mejorado notablemente la circulación de retorno (no existían zonas dolorosas al tacto ni sensación de pesadez). Propuse continuar con DLM añadiendo termoterapia y crioterapia. La termoterapia es un tratamiento que mediante el calor potencia el efecto de los productos anticelulíticos, reduciendo la acumulación de grasas y mejorando el drenaje.

La crioterapia utilizada produce frío controlado y prolongado desarrollando una vasoconstricción profunda, con ello se consigue acelerar el metabolismo, limpiar de toxinas y drenar líquidos estancados. En particular destaco su efecto descongestivo y reafirmante.

Algunos de los principios activos de los productos utilizados son los siguiente:

Cafeína: Favorece la degradación de las grasas.

Carnitina: (triple acción cosmética): Eliminación de la sobrecarga lipídica, remodela la silueta y mantiene la tonicidad de la piel.

Sales biliares purificadas: Emulsionan y hacen hidrosoluble las grasas.

Silicio orgánico: Efecto lipolítico, orientado hacia la hidrólisis de triglicéridos insaturados.

Algas marinas, Hiedra, Naranja Amarga, Romero: Propiedades estimulantes y tónicas, que favorecen el intercambio cutáneo.

En este punto, Marga ya había perdido 10 Kg (empezaba a utilizar ropa de una de sus hijas, se sentía animada para continuar). Realizamos 12 sesiones con termoterapia, sólo en abdomen,

continuamos con 6 más de crioterapia en abdomen y piernas. Las 4 últimas sesiones fueron de DLM.

La respuesta de Marga al DLM fue positiva desde la primera semana, en la 3ª semana mejoró el aspecto de sus piernas, el edema se

redujo y desapareció el dolor que se presentaba en situaciones de mucho cansancio y calor.

Durante las 47 sesiones sólo pesamos 3 veces perdió en total 12,5 Kg

Redujo -según ella- 3 tallas en la ropa.

Hoy se mantiene en el mismo peso, come de todo pero menos.

El próximo mes termina su contrato y vuelve para seguir con los masajes.

"El síntoma hipocondríaco: dos enfoques"

Sra AC: LACHESIS
M^a. LLuisa Queralt i Gimeno

tocoginecóloga, homeópata

Una mujer de cierta edad
Claudia Truzzoli
psicóloga, psicoanalista

Sra AC: LACHESIS
M^a Lluisa Queralt i Gimeno
tocoginecóloga, homeópata

(los diagramas y los textos acompañaron a la presentación)

El texto de la presentación:

Profesora, edad 44 SF.C 1H

M.C. Amenorrea hace 3 meses. Operada de quistes de ovario hace 6 meses, luego 3 reglas normales y a continuación amenorrea 3 meses.

A.P. Hace 3 años operada de un quiste en el ovario Izdo. de 6 cm. aprox. Desea embarazo desde los 40 años, hace 4 años, sin conseguirlo.

Exploración: Utero hipertrófico de 111 mm L. Resto exploración anodina.

Menarquía: 12 años. Reglas muy abundantes, con coágulos y adelantadas, cada 23 días.

Clima: calurosa, con oleadas de calor desde el tórax hacia el cuello.

APDA: SIC

S. Mentales: Locuacidad. Llanto en la consulta mientras explica su situación emocional. Me relata que llora fácilmente ante cualquier emoción y que el llanto la mejora. Desea separarse pero no se atreve porque está comprando una casa a medias con su marido. Miedo a envejecer y a quedarse menopáusica. Miedo al cáncer y a las enfermedades, miedo a morir.

Tratamiento: Lachesis 200 K.

2ª Visita a los 2 meses.

Ha tenido dos menstruaciones con una diferencia de 1 mes. Se siente mejor de estado de ánimo y sigue su proceso de separación y su psicoanálisis.

Para tomarse el tratamiento acudió a la consulta cada día durante más de una semana preguntando si se iba a curar, si no le iba a hacer daño el tratamiento y cómo se tenía que tomar los gránulos, siempre la atendió la secretaria hasta que finalmente le puso el tratamiento en la boca. Este síntoma confirmó uno de los síntomas principales de los pacientes que necesitan Lachesis que es el miedo a ser envenenados. Se tendría que preguntar el tema de los celos, ya que también es un síntoma central de Lachesis.

Mind; LOQUACITY*

Mind; FEAR; disease, of impending; incurable, of being*

Mind; FEAR; death, of*

Mind; FEAR; disease, of impending*

Mind; ANXIETY; health, about*

Mind; FEAR; poisoned; of being*

Female; TUMORS; Ovaries*

Female; TUMORS; Ovaries; left*

Generalities; HEAT; flushes of*

Female; MENSES; copious; daytime*

Female; MENSES; clotted*

Opciones de Análisis: Totalidad, Todos los remedios

	Lach.	Calc.	Lyc.	Phos.	Plat.	Nit-ac.	Cimic.	Puls.	Apis	Arg-n.
Total	23	17	16	16	14	13	12	12	11	11
Rúbricas	10	8	8	7	6	6	7	6	7	6
1. Mind; LOQUACITY	4	1	1	2			2		1	
2. Mind; FEAR; disease, of impending;...	1	1					1			1
3. Mind; FEAR; death, of	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2
4. Mind; FEAR; disease, of impending	1	2	1	3	2	2	1	1		2
5. Mind; ANXIETY; health, about	1	2	3	3	1	3		2		3
6. Mind; FEAR; poisoned; of being	2			1			1		1	
7. Female; TUMORS; Ovaries	3	2	3		2				3	
8. Female; TUMORS; Ovaries; left	3								1	
9. Generalities; HEAT; flushes of	3	3	1	3	3	1	2	3	1	2
10. Female; MENSES; copious;...								1		
11. Female; MENSES; clotted	3	3	2	1	3	1	2	3	2	1

Pregunta: ¿Que significado le da eso a la lateralidad? Respuesta: no es un significado, sino una correlación, uno al nivel de patogenesas, que patología desarrolla, y los síntomas, otro es reconocer las intoxicaciones propias del medicamento y que patología desarrolla, y en tercer lugar aconsejarlos como remedios y que enfermedades a curado, recogiendo todo esto se recogen los síntomas de un medicamento homeopático. Hay unos medicamentos que tienen lateralidad, Lachesis tiene lateralidad izquierda muy marcada, otros que no son bilaterales. Un envenenamiento promovido por la Lachesis sería intoxicación, y los síntomas que daría a una persona sana que se toma Lachesis y a lo largo de la historia que existe el medicamento, como se ha curado esa enfermedad tenemos hoy en día los síntomas y todas las movilizaciones que llega a curar Lachesis. Un tipo de pacientes, un tipo de enfermedades, que determinaba ese medicamento.

Lo vamos a aclarar con la siguiente bibliografía complementaria:

Homeopatía
Tomás Pablo Pasquero
Ed. Ateneo

Lachesis

Demasiado a la izquierda

En este mundo vivimos demasiado bajo el régimen de una dualidad derecha-izquierda perceptible a nivel de nuestro propio cuerpo.

Grosso modo, el lado derecho corresponde al mundo de la fuerza, de la destreza, del espíritu matemático: El espíritu de la geometría de Pascal. El lado izquierdo representa el mundo de los sentimientos, de las asociaciones, el lado artístico: el espíritu de la delicadeza de Pascal.

Esta dualidad se encuentra en todas partes. Culturalmente, educamos a nuestros niños en el lado derecho y su defecto es el de convertirse en "machos". A las niñas aún se las decanta a menudo del lado izquierdo y se vuelven demasiado sentimentales. Esta separación izquierda-derecha resulta evidente en muchos campos.

Incluso la medicina no se escapa; el lado derecho es el espíritu cartesiano de la alopátia, el lado izquierdo la deriva artística de las medicinas "suaves". La verdad está evidentemente en la línea media, en el equilibrio entre los dos lados. Los niños han de descubrir sus sentimientos, las niñas no deben temer en ocasiones tomar el poder.

Encantadores parásitos, con la homeopatía actuando sobre el terreno podemos ayudarlos a acabar con ellos. Es interesante constatar además que entre los remedios de niños piojosos, tres son remedios de niños celosos (Apis, Arsenicum álbum, Lachesis).

Comprendí esto un día que estaba visitando a una madre que acababa de dar a luz a su segundo hijo. Al marcharse, me pide un remedio para su hija mayor de 5 años, que continuamente tiene piojos en la cabeza. Le pregunto si es celosa. "¡Oh, como un piojo, doctor!" De hecho, mientras la madre estaba en la maternidad, ¡la niña iba a dormir a la cama del padre! Simbólicamente, hay que matar al "esposo",² que es el tema del complejo de Edipo. Se comprende entonces que sea en la fase edípica cuando estos parásitos aparecen con mayor frecuencia, es decir en el jardín de infancia.

LACHESIS

En cada medicamento debemos comprender el cuadro característico esencial, que integra con los síntomas patognomónicos imprescindibles, tanto de orden somático como psíquico. De todos ellos lo que mejor y más seguramente da la pauta del medicamento es lo psíquico.

En este plano de la actividad central, hipotalámica y sensorial, es donde hallamos el carácter personal del remedio. Debemos comprender el síndrome mental a través de los síntomas de la patogenesia.

Lachesis tiene como síntomas imprescindibles

- 1 por el sueño.
- 2 hipersensibilidad superficial con intolerancia al tacto y constricción.
- 3 lateralidad izquierda o dirección de izquierda a derecha.
- 4 desde el comienzo de una descarga.
- 5 intolerancia al calor y encierro.

¿Pero cómo comprender los síntomas mentales?

En este aspecto hay melancolía, miedo, presentimiento de muerte, irritabilidad, excitación, locuacidad, celos.

La comprensión del síndrome caracterológico nos exige un concepto de la estructura mental humana, una visión de las instancias psíquicas que condicionan el mecanismo de la personalidad.

Para eso debemos asimilar el siguiente esquema que hace comprensible las vicisitudes de la personalidad y permite la interpretación real del fondo anímico de cada remedio.

El ser humano tiene, como capital biológico constitucional, una dotación instintiva de erotismo o necesidad de placer, y de agresividad o necesidad de destruir todo lo que aumenta o excita sus tensiones, ambos son aspectos del instinto elemental de conservación.

Esta instintividad erótico-agresiva, fuente de todos los impulsos, afectos y sentimientos se halla en pugna constante con el mundo, representante de todo lo que significa freno moral, interdicción y censura. El resultado es un permanente conflicto en el que se debate todo ser humano.

Se puede decir que la salud consiste en una perfecta conciliación entre lo que una persona puede exigir a la vida con su genotipo constitucional hereditario y lo que el mundo puede darle. La enfermedad sería así el resultado o expresión de una fórmula personal de dirimir psicosomáticamente tal oposición. Tal condición de permanente desequilibrio es la que fundamenta el estado psórico o de hipersensibilidad alérgica, que consiste en el eretismo psico-neurovegetativo producido por dicha alteración del ritmo vital. A esta alteración fundamental se agrega la exaltación patológica del instinto agresivo que conduce a la destrucción, identificado con el genio mórbido de la sífilis y la del instinto erótico, productivo, generador lujurioso de vida, que conduce a la perversión identificada con el genio neoplásico de la psicosis.

En esta situación se hallan todos los seres humanos y la noxa estimulante, emoción, traumatismo, germen o tóxico, desencadena un mecanismo mórbido condicionado estrictamente a la fórmula psicológica personal de cada individuo.

Los órganos o sistemas fisiológicos del organismo reaccionan de acuerdo con su correspondiente mecanismo funcional, puestos electivamente en actividad anormal, por la peculiar estigmatización neurovegetativa que ha decretado la constitución del enfermo. De

la misma manera, la mente, órgano que tiene por función conciliar el instinto de conservación con la realidad ambiente, reacciona como un mecanismo.

La noxa patógena desencadena mentalmente un tipo de perturbación que estaba latente en el sujeto, siempre en función de ese básico conflicto, pero con modalidades que singularizan un modo particular de enfermar.

Lachesis trigonocephalus, la temible serpiente surukuku, es una noxa patógena que produce patogénicamente un cuadro reaccional semejante al que desencadenan, en sujetos susceptibles, causas psíquicas deprimentes, disgustos, penas o quebrantos morales amargamente sostenidos, la intoxicación alcohólica, infecciones sépticas e intoxicaciones.

La sintomatología mental tiene caracteres bien definidos. Hering destaca que el veneno halla su mejor experimentador en sujeto melancólico. . .

Como en todas las patogenesias la reacción primaria es la exaltación del conflicto latente entre los impulsos erótico-agresivos y la interdicción moral. De allí surgen las modalidades caracterológicas que singularizan la forma personal de resolver el conflicto.

Lachesis es maliciosa, orgullosa, hiriente, suspicaz y crítica; Nos referimos en femenino porque el cuadro típico se da con todos los caracteres durante la edad menopáusica, edad en la que la mujer sufre una crisis de su personalidad psicológica, cuyo desenvolvimiento y vicisitudes de formación están íntimamente ligados con el proceso de maduración neuro-hormonal.

La primera reacción inconsciente a esta agresividad es el miedo, miedo a lo desconocido a la muerte, a que la sorprenda la muerte durante la noche mientras duerme. Para defenderse de este peligro, que no es más que sus propios impulsos instintivos exacerbados, recurre a la proyección y cree que está bajo el poder de una fuerza superior sujeta al control sobrehumano de un ser maligno exterior a ella o que está perseguida por enemigos que tratan de matarla, que le han hecho un daño o maleficio, que hay ladrones en la casa que el mismo remedio que toma es un veneno y que hasta los suyos le están preparando el entierro porque seguramente morirá.

Es tal la proyección paranoica, persecutoria, de su propia hostilidad hacia los demás que cae en melancolía con suspiros se aísla con miedo a la gente, con deseos de no hablar, dudando de todo desconfiando de todos no quiere mezclarse con el mundo se muestra apática y aburrida de la vida, se siente extremadamente triste al despertar a la mañana con sensación de que esta sola o solo, sin afectos, sin amigos, y desea la muerte

El mecanismo psicológico de proyección de sus propios contenidos erótico-agresivos hacia los demás, es la característica fundamental. Se hace así extremadamente susceptible con suspicacia ante cualquier palabra dicha sin la menor intención, se cree objeto de la maldad del mundo, desplaza sobre su marido o sobre su esposa (en una edad crítica que tanto alcanza a la mujer como al hombre) sus propios deseos de infidelidad conyugal, inspirados inconscientemente por la exacerbación sexual menopáusica y engendra así el cuadro dramático de los celos más violentos, con crisis de airados reproches e insultos mezclados con burlas sátiaras hirientes y una interminable verborrea de ideas ridículas y absurdas.

Su locuacidad es extraordinaria, cambia rápidamente de una idea a otra; De un tema a otro distinto, llevada por una palabra que le trae a la mente los objetos más dispares, a los que sigue sin terminar siquiera la frase. Este es el síndrome mental patogénico de Lachesis. Extremada actividad mental con incontenible locuacidad para defenderse, proyectando hacia el mundo sus contenidos exacerbados de agresión y sensualidad que no quiere reconocer que estaban en sí misma y achaca, por consiguiente a los demás.

Cuando esta situación marca el paroxismo o llega a su momento particular de agravación, que siempre se produce al caer la noche, puede llegar a un verdadero delirio con parloteo constante, facies roja, abotargado, con dificultad para hablar o pronunciar correctamente, con rechazo violento de la ropa o todo lo que le ajuste. Después de una pelea por celos, por ejemplo presenta el típico cuadro de la mujer furibunda que, con la cara encendida los ojos desorbitados y las palabras en borbotones insultantes, se pone la mano al pecho y cae desmayada en estado asfíctico.

Esta hiperactividad psíquica e hiperestesia de Lachesis, con tendencia a la proyección, es el terreno favorable para determinar el cuadro del trance espiritista o mediúmnico, fenómeno metapsicológico, que expresa una posibilidad del conocimiento extrasensorial de la realidad y que se traduce en descargas sensoriales (imágenes, alucinaciones, manifestaciones auditivas, olfativas táctiles) o musculares (escritura automática) o el péndulo o la varilla de la radiestesia .

Lo cierto es que Lachesis produce una actitud psíquica para la captación metagnósica, clarividente o para los fenómenos de la radiestesia (percepción de minerales) o rabadomancia (percepción de agua subterránea).

El síntoma es claro: Lachesis piensa que es otra persona en manos de un poder superior, que está bajo el control de una fuerza sobrehumana o que esta muerta y que su cuerpo es usado por espíritus.

Una mujer de cierta edad

Claudia Truzzolli
psicóloga, psicoanalista.

La hipocondría, en su definición más sencilla, es el temor de estar gravemente enfermo sin estarlo. La literatura nos brinda un ejemplo excelente en la obra de Molière, "El enfermo imaginario". Yo quisiera tomar una cita de Freud, porque a pesar de lo que piensan los americanos, un pensamiento que ha conmocionado este siglo, no puede ser reducido a una crítica biológica. Esta cita me ha llamado poderosamente la atención " Una historia clínica demonológica acaso nos mostrará como metal puro lo que en las neurosis de una época posterior, que ha dejado de ser supersticiosa, pero que a cambio de ello se ha vuelto hipocondríaca, tiene que ser decantado mediante un empeñoso trabajo analítico a partir del mineral de las ocurrencias y síntomas." Cita extraída de "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII", obra de 1923, donde Freud analiza el caso de un pintor que padecía crisis convulsivas y visiones, que tenían que ver con el demonio. Todo esto parecería obsoleto, si no fuera porque para el psicoanálisis, " los demonios son deseos malos, desestimados, retoños de mociones pulsionales rechazadas, reprimidas. Esos demonios nacen en la vida interior de los enfermos, donde moran." " En nuestra época, ya no se presentan casi neurosis con vestidura demonológica, dado que es una época más atea, pero sí se presentan con vestidura hipocondríaca, disfrazadas de enfermedades orgánicas." Lo interesante de estas citas de Freud es que se puede pensar en la posibilidad de que tal vestidura hipocondríaca se presente en la histeria, con lo cual el síntoma hipocondríaco estaría sosteniendo una metaforización que puede ser analizable, liberando a quien lo padece de la angustia y la satisfacción que coloca allí. Los síntomas, dice Freud, son la expresión de la vida sexual de los enfermos.

Una mujer de cuarenta y cinco años me consultó a finales de julio, presa de una angustia que no era nueva en ella, pero que ya se le hacía muy insoportable. Sabía que estábamos al borde de las vacaciones cuando me llamó para que la atendiera, lo que no deja de ser un dato importante, como luego veremos. Pero dada su angustia, acepté verla antes de marcharme. Ella estaba desesperada porque era la primera vez que sentía una poderosa atracción erótica por un profesor suyo, quince años menor que ella, y no sabía cómo librarse de ese deseo. Se sentía imposibilitada de realizarlo, tanto más cuanto más lo deseaba. Casada desde hace diez años, tiene una hija en edad escolar. Esta atracción por este profesor invadía todas sus horas: No podía pensar en otra cosa. Descuidaba sus obligaciones en su casa, en su trabajo, en relación a su hija, y no sabía qué hacer con su marido: Si separarse o no. Aún teme dejarlo porque lo necesita muy fuertemente, no puede prescindir de su apoyo afectivo, pero cree que con él repite la misma situación que siempre ha sentido como una cárcel con su familia, especialmente con sus hermanas, no poder hacer lo que desea por miedo de perder un afecto que sabe imprescindible para sostenerse. Pero no desea a su marido. Siente que las relaciones sexuales con él son una inversión de cómo se ha considerado tratada siempre en otras relaciones, donde ella era el objeto de goce. Ahora si bien ella hace de su marido un objeto, es la única relación en su vida donde ella se atreve a adoptar esa posición y tampoco se percibe deseante. Eso la hace sentir mal porque constata que sus intercambios sexuales siempre han sido mecánicos, igual que sus orgasmos, pero sin ilusión.

Cuando Freud escuchaba una perturbación de esta naturaleza en lo que concierne a la falta de deseo, no tenía dudas acerca del diagnóstico y así lo decía: Se trataba de histeria. Hoy no nos es tan fácil hacer un diagnóstico tan rápido cuando aparecen otros síntomas que complican el cuadro, por ejemplo, la certeza que ella tenía de que su enamoramiento era compartido por ese profesor, que él sentía lo mismo que ella, certeza que la llevaba a adoptar actitudes muy invasoras hacia él, hasta tal punto que un día él protestó muy vehementemente interrogándola acerca de qué es lo que él le había dicho para que ella se montara semejante historia con él. Esto me hacía pensar en un delirio erotómano, lo que me hacía ser mucho más cautelosa escuchándola. En realidad, lo que la trajo a consultarme era la desesperación en la que entró cuando creyó que ese profesor ya no se interesaba por ella, lo que desató una angustia poderosísima. Añoraba lo que ese enamoramiento le hacía sentir. Decía: "Ese globo que lo abarcaba todo, que me hacía sentir transportada en una nube, me hacía vivir. Entonces no me faltaba nada más. Sólo pensar en él me daba energía para todo lo demás. Podía trabajar, no pensar en mis problemas, ni en mi menopausia, ni en mis quistes ováricos ni en los problemas con mi marido. Hasta me daba la fuerza para tener relaciones con él y sentir alegría porque pensaba en el profesor."

Ese fragmento de su relato es muy interesante, entre otras cosas, porque hace referencia a lo que a ella le resulta muy insoportable, sentir su vacío, que ella tapaba total y únicamente con ese enamoramiento. El la hacía sentir joven, a veces, una niña. Para esta mujer, que es muy bella y que siempre había sostenido su narcisismo a través de una seducción ambigua, del tipo de glamour que resulta de un intercambio de miradas sugerentes, pero sin riesgo ninguno, la menopausia le significa una debacle. Presentaba una verdadera obsesión por las arrugas que ella veía aparecer en sus ojos. Que su pelo perdiera brillo, era otro drama. Comienza a sentirse muy insegura de la eficacia de su cuerpo para seducir. Tener un atraso en la regla podía convertirse en una fuente de angustia terrible y hacerla llorar sin parar. Aparecieron ideas hipocondríacas, verdadero pánico de estar enferma de cáncer, quistes ováricos, que aparecieron y desaparecieron varias veces espontáneamente. Dudaba de los diagnósticos que le daban, creía que los médicos le mentían porque no se atrevían a decirle que estaba grave, se hizo hacer una laparoscopia, en fin, un tormento resultado de la creencia en un cuerpo amenazado de muerte.

Cuando ella empezó a hablar de sus quistes ováricos, inmediatamente pensó en la posibilidad de una operación quirúrgica para extirparlos, pero según relato, en otras ocasiones donde se había hecho ver por la misma cuestión, estos quistes aparecían y desaparecían solos, lo cual ya hacía pensar más en un síntoma histórico. Además habla de sus alteraciones de la regla, de una trompa obstruida y la otra con una luz muy disminuida, lo que le dificultaba la posibilidad de quedar embarazada. Entonces me parecía interesante indicarle una consulta con una médica homeópata porque pensó que podía resolver el problema de sus quistes sin someterse al efecto traumático del quirófano. Ella no quiso escuchar esta indicación, a pesar de que la reiteró en varias ocasiones, y decidió hacerse operar. Pero aquí hay un matiz interesante: Decidió hacerse operar por el médico que le iba a hacer una intervención más dolorosa para ella.

Esto tiene conexión con su fantasma: su padre era un hombre violento. Ella recuerda de sus años infantiles una sensación de tensa expectativa cuando oía los pasos de su padre por la escalera dirigiéndose al cuarto de matrimonio. Su habitación, que compartía con una hermana, estaba al lado de la de sus padres y ella podía oír los golpes que su padre le daba a su madre, los gritos de ella y luego silencio, que ella imaginaba como un reencuentro

sumamente tierno. Esto se ha convertido en una impronta que mueve todo su anhelo relacional.

En realidad, es de neurosis de lo que habla, de una neurosis que hace que no pueda realizar su deseo más que en sus fantasías masturbatorias que siempre incluyen un personaje que la somete a una violencia humillante, generalmente es un hombre muy viril, pero a veces es una mujer, que siente fuerte, segura de sí misma, a la que le atribuye un valor fálico del que ella se siente carente.

En su trato con este profesor del que se enamoró, ella

provoca esa violencia que aparece en sus fantasías masturbatorias, haciéndole pequeñas humillaciones que logra que lo irriten profundamente. Un día lo sacó tanto de quicio que él se puso a gritarle totalmente fuera de sí y eso la erotizó muchísimo. Cuando lo vio furioso se sintió como una niña pequeña frente a un papa que la reñía. Ella no soporta que un hombre sea pánfilo. El problema es que ella confunde la fuerza con la violencia, confusión que resulta de como ella tiene fijado su goce. Su marido, que no es un borracho violento no la satisface sexualmente porque ella está identificada con la madre en un goce masoquista, que por otra parte rechaza, pero en la medida en que es en gran parte inconsciente de ello, ese goce la empuja a hacerse maltratar por los médicos.

Juega con su marido a atarse de pies y manos y le satisface sentirse totalmente instalada en la pasividad para que él haga con ella lo que quiera, pero su marido no la humilla y eso le resulta placentero. Pero en la medida que aún desconoce gran parte de su goce inconsciente, eso la empuja a intentar realizarlo alucinatoriamente en sus fantasías masturbatorias, o en la realidad, buscando fuera de su matrimonio un hombre que fuera más perverso que su marido. Lo intentó en una ocasión con otro profesor de su edad, a quien sentía muy viril, intentando reproducir exactamente sus fantasías masturbatorias, pero con el resultado insatisfactorio que lógicamente cabe esperar. Se sintió muy absurda y avergonzada por ese episodio. En la medida en que el trabajo analítico fue permitiéndole saber acerca de este goce, su angustia fue remitiendo, empezó a preguntarse por sus quistes ováricos, y dijo que sentía que ellos expresaban el mismo tipo de hinchazón en la que ella se instala cuando desea algo. Sólo entonces pudo escuchar mi indicación para que viera a una homeópata, indicación que volví a reiterar porque le era terriblemente angustiante no tener la regla. Para ella era una confirmación demasiado brusca de su climaterio y su angustia respondía a una sensación de no tener más ninguna oportunidad para jugarse en el deseo. Aunque esto es una trampa porque el deseo histérico, quiere la insatisfacción. Siempre está lejos de quien puede procurársela, en otra parte. Lejos del compañero y lejos en el cuerpo, de donde debería ser sentido. O sea, que hay una erotización de órganos diferentes de los genitales, lo que sostiene su creencia de estar enferma, sin estarlo. Si sus síntomas corporales son una expresión metafórica de un goce reprimido, aunque eso la llevase a hacerse muchísimos análisis de todo tipo, para descartar enfermedades gravísimas que ella suponía tener, si bien puede parecer hipocondríaco el cuadro, es sin embargo, histérico.

Ella se queja de que los hombres que ha conocido la trataban sexualmente como un objeto. Y aquí aparece una paradoja frecuente en la histeria, porque a pesar de esa queja, es como objeto que ella se ofrece al otro buscando hacerse imprescindible para todo, pero quisiera poder lograrlo eliminando la relación sexual, intentando suplirla con el amor. Porque en su fantasma todas las insuficiencias, los fracasos, las frustraciones, las imposibilidades, todo lo que en psicoanálisis se resume en la palabra castración, sería superado en esa relación de

absolutos que implicaría el recubrimiento de los dos deseos: el suyo y el del compañero. Es la relación sexual justamente la que le hace evidente que eso no es posible, por eso la rechaza.

La madre se encerraba en su habitación, totalmente abandonada, sucia. En su juventud había sido una mujer muy atractiva, pero luego de tener a sus seis hijas, se puso muy gorda y la relación con su marido empeoró. La diferencia de edad entre ellas es de un año, a veces, menos, lo que quiere decir que todas sus hijas, excepto la última, estaban lactando cuando se producía un nuevo embarazo. Este es un dato importante, porque habla de un déficit de atención materna, que es real y que ha dejado cierta impronta, en mayor o menor grado en las hijas. Una de las hermanas de mi paciente, la que le sucede a ella, se suicidó tirándose por el balcón de su casa. Esto provocó en ella mucho miedo de tener un destino semejante y muchísima culpa hacia su hermana. Sólo le fue posible aliviarla cuando pudo reconocer que no sólo la quería sino que también la odiaba, como odiaba a su hermana inmediatamente mayor, y a la más pequeña.

Este odio hacia estas hermanas en particular, estaba fundado en la fantasía que ellas no dudaban de su feminidad porque tenían un cuerpo muy femenino, de caderas muy formadas, bajitas, no como el suyo, que no tiene caderas notorias y es muy alta. De adolescente, siempre tenía miedo de ser confundida con un travestí. Ese fantasma bisexual, retorna en la queja de que su marido no es lo suficientemente viril, en la angustia que apareció frente a un compañero suyo de trabajo, que ella sintió como una imagen de sí misma, en las fantasías homosexuales que aparecieron entorno a esta hermana que se suicidó. Un día vino a verme especialmente angustiada porque la hermana menor, que además es la preferida de su madre, iba a tener un hijo. Ella dice de esta hermana que es quien recibió en herencia un negocio que era de su padre en condiciones más favorables que el resto de las hermanas, que tiene un marido muy guapo, que encima es un genio. Estas palabras connotan lo que ella siente como el colmo de la plenitud.

Ella supone que su hermana tiene acceso a un goce pleno, que no le falta nada, dado que su marido es una maravilla, va a tener un hijo, que a ella le es difícil tener porque ahora tiene un ovario menos y dificultades en las trompas, y además, esa hermana es la preferida de su madre, cuando ella está convencida de cuanto le hace falta un afecto materno que la soporte. Hay otros factores que también la exponen a la envidia y es que ella supone que esta hermana no tiene la relación angustiada que ella tiene con su propio cuerpo, sintiéndolo al borde de un derrumbamiento cuando no hay una mirada que la haga sentir deseable o bien, con la convicción de estar enferma de cáncer, convicción que siempre le fue desmentida por los médicos.

Su padre murió de cáncer. Ella creía que iba a morir de cáncer lo que habla de su identificación con su padre- y además localizaba el momento de su muerte: cuando se acabara una casa que aún están construyendo con su marido y que tiene un alto valor de reconocimiento narcisístico para ella y su marido, porque es una casa espectacular que quiere que le sirva para demostrarle a la familia que ni ella ni su marido son unos colgados. Ella se ampara en este proyecto para postergar muchas cosas: resolver la situación con su marido, de quien quisiera separarse pero no del todo, para ir a experimentar que pasaría con su deseo si conoce otros hombres que la hagan sentir su cuerpo. Pero se excusa de no hacerlo porque esa casa le consume toda la energía.

En realidad, no es de energía de lo que se trata sino como ella se escabulle del deseo, porque realizarlo es fantaseado como una muerte. Se queja de que su marido no toma decisiones, que no es suficientemente viril, pero es notorio que repite la misma historia con otros hombres que han aparecido en su vida, a quienes ha encontrado o pobres o débiles, desvalorizados en síntesis, se ofrece a ellos como una salvadora, los viriliza, y cuando están deseables para otras mujeres, pierden para ella todo interés. Lo mismo le pasa ahora con el marido. Hablando del joven profesor que la erotiza, dijo que con él ella estaba segura de ser deseada, porque él era muy joven y tímido y ella no tenía que competir con otras. Este es un dato importante porque siempre aparece el fantasma de la Otra Mujer estropeándole la fiesta. La Otra Mujer que es para ella el otro sexo, la feminidad encarnada, como las dos hermanas entre las que ella se sentía como un travestí.

¿Por qué busca profesores? Su relación con el hombre es siempre una relación con un personaje insuficiente. Sabe que lo que le ofrece cualquier compañero no es el falo. Ella hace pareja con el Padre Ideal, el de la excepción insostenible, el incastrado y de la potencia plena, una especie de Rambo, frente al cual su marido y cualquier otro hombre es una triste pantomima impotente, incluido su profesor tan anhelado si lo saca de la fantasía, que es único lugar donde puede mantenerlo como Ideal. En una sesión dice que se sintió mejor con su marido aunque él no fuese el más inteligente de todos. Y quién podría ser el más inteligente de todos sino aquel que pudiese hacer de ella una mujer de excepción. Eso la coloca del lado del goce fálico en un hacer de hombre mejor que su marido, hacer del que se complace detrás de la queja.

¿Por qué busca a una mujer para que la ayude? ¿Por qué yo la mando además a una homeópata mujer? El climaterio es casi como una segunda edición de la pubertad, pero a la inversa que en la pubertad donde hay tiempo por delante que puede permitir la esperanza, aquí ya no hay tiempo, empiezan los signos de la decadencia con la desesperación consiguiente por intentar quemar los últimos cartuchos. Todo lo que es conflictivo entorno a la sexualidad se acentúa. En esta mujer aparecieron muchas preguntas, acerca de su deseo, de su identidad sexual, de sus angustias, de su derrumbe corporal, de su goce, de su relación con los hombres y con las mujeres. Todo esto en el marco de una ambivalencia muy fuerte. Ella necesitaba, a mi juicio, una mujer que hiciera función paterna. Quería saber de sí misma, pero su fantasmática le imposibilitaba ponerse en manos de un hombre para preguntarse eso. Además su marido es un hombre del que ella se queja que tiene respuestas para todo, lo que la deja a ella descalificada si sus ideas no coinciden con las de él. A pesar de que su relación con la madre no le era válida para sostener una identificación aceptable para ella, y con las hermanas era conflictiva, éstas cumplieron cierta función materna, dado que ella dice que su madre fueron sus hermanas. Cualquier mujer, de todos modos, tiene que resolver primero el problema de la relación con su madre para poder tener una relación aceptable con el hombre.

Esto me colocó a mí en una difícil situación transferencial porque tenía que sostenerle el desafío que me lanzaba para que yo demostrara que era alguien en quien podía confiar, me probaba en mi capacidad de ponerle límites, aunque después se quejara porque se los ponía, me pedía que yo supiese pero a la vez, yo no podía mostrarme sabiendo. De esta manera, escuchándola sin anteponer a su decir interpretaciones propias del saber que ella me supone, logré que fuese paulatinamente dudando acerca de lo que tenía tan "sabido". Esto fue posible gracias a dos circunstancias: una, es que yo estoy convencida de que no-todo se puede regular por el significante fálico, que algo escapa a la significación. La segunda circunstancia es

que yo creo que quien sabe, aunque no sepa que lo sabe, es ella. Y mi trabajo consiste en poner entre paréntesis lo que pueda saber de teoría, para escuchar por que caminos absolutamente propios, ella expresa su sufrimiento sintomático. Si yo creyera que el síntoma es una metáfora que se agota en una interpretación, yo sería una analista inaceptable para esta paciente, porque como histérica que es, aunque yo repitiera sus propias palabras para señalarle algo del deseo que la habita, siempre diría: "no, eso no es..." Y a veces, es verdad.

"A la búsqueda del SIDA"

Cuca Trball
enfermera (Enf Tras Sex)

Historia Clínica: paciente varón 32 años

Dra. M^a Sol Segú Tolsa,
del Area Básica de Salud del Casc Antic

"Voy a Cambiar de piel"

Paciente afectado de Sida atendido en Centro de Día.

Raúl Azzarini
psicólogo, psicoanalista,
colaborador Ass Cna Antisida Catalunya

¿Porqué el sujeto pone en juego su cuerpo?. Lo hace en el contacto sexual, ¿Qué se pone en juego en el contacto con el cuerpo del otro?. De allí las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA es una de ellas. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, **si da** que sucede. El sujeto lo sabe. ¿Porqué va ha hacerse las pruebas?. Qué recorridos siguen según su proceso. ¿Cuál es la transferencia con los distintos profesionales?.

Hemos invitado a Cuca Trball, enfermera de (Enfermedades de transmisión sexual) y a Raúl Azzarini (psicólogo, psicoanalista, colaborador de la Asociación Ciudadana Antisida de Catalunya), para que nos ayuden a debatir, a través de casos concretos, estas y otras cuestiones a plantearnos.

Agradecemos la participación de la Dra. M^a. Sol Segú, especialista en medicina interna, Area Básica de Salud del Casc Antic, que consideramos de interés para el debate.

Como es característico, el debate se centrará sobre los casos presentados y no sobre consideraciones generales.

"A la búsqueda del SIDA"

Cuca Trall
enfermera (Enfermedades de Transmisión Sexual)

Soy Cuca Trall, soy enfermera, trabajé durante 6 años en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual, en el CAP de Drassanes, es un centro muy antiguo, que se remonta antes de la guerra y por los cambios que hubo en los tipos de enfermedades de transmisión sexual también el interés, ha ido variando, antes estaba puesto en la sífilis y gonorreas, actualmente el SIDA, es el tema que centra la atención.

Les presento el caso de un paciente de 30 y pocos años, muy afable, vivía con sus padres, repetidamente se hacía pruebas de anticuerpos, y nosotros tenemos por costumbre en las primeras visitas, si hay una demanda, o crearla, hacemos una educación sanitaria, siempre que el paciente lo acepte, y si hay una angustia, un poco de cauce. Ya era conocido nuestro iba viniendo repetidamente, este es uno de los hechos que ha motivado la presentación de este caso. Hacemos los análisis, espera con angustia, primero tiene que esperar el tiempo ventana, si la respuesta es sospechosa, tenemos que esperar tres meses más. Durante estos tres meses hay una sensación de angustia hasta el momento que se entrega el análisis, hasta que se relaja y piensa que esta vez no me he contagiado de anticuerpos del SIDA, que no es lo mismo que tener la enfermedad. Esta contentísimo, te regala bombones. Al cabo de un tiempo vuelve a suceder lo mismo, dice "salgo poco, y cuando salgo no me acuerdo que tengo que usar preservativo".

Desde el punto de vista de MTS, se repetía el hecho de saber cual es el comportamiento que hay que tener cuando no es una pareja cerrada, no estable sino cerrada, se recomienda usar preservativo, hay la necesidad de hacerse los análisis para superar la angustia y siempre como un círculo vicioso. A partir de una cierta edad es muy difícil que un caballero se ponga preservativos, esta persona era de este tipo, no se acordaba. Como un interrogante, desde el punto de vista de enfermería, de la educación sanitaria, se repite el mismo ejercicio hasta que el resultado ha dado positivo. En busca del SIDA, que está buscando, del resultado de 0+. Aquí dos vertientes, yo hice la previa, la psicológica y la médica. ¿Qué pasa con este paciente? Que a partir de sus idas y venidas, en las que no puede haber una distancia entre lo que se escucha de la prevención, al acto de hacerse los análisis que ¿"SI-DA" positivo? El paciente era homosexual, no se si este dato puede ser relevante, pero si el hecho de que se

repite esa necesidad de autodestrucción, yo no soy quien me destruyo, es un agente externo.

"Historia Clínica: paciente varón 32 años"

Dra. María Sol Segú Tolsa
del Area Básica de Salud del Casc Antic

Paciente varón de 32 años. Adicto a drogas por vía parenteral hasta hace 10 años. Desde el abandono de su adicción, no ha vuelto a probar ningún tipo de drogas y desde hace 3 años trabaja como monitor en grupos dedicados a la deshabituación y rehabilitación de drogadictos.

Acude a la consulta solicitándome que quiere hacerse "las pruebas del Sida", por primera vez en su vida. Le pregunto si hay algún motivo o practica de riesgo por el que desee realizarse la prueba o bien es por pura curiosidad. Me explica su adicción hasta hace 10 años, dice que nunca tuvo interés en realizarse las pruebas pues hace mucho que dejó la droga y no tiene ningún miedo a estar infectado; pero hace unos meses inició una relación estable con una persona que trabaja en su mismo campo y quieren iniciar una convivencia, por lo que para mayor tranquilidad de ella se hará las pruebas. Realizo el consejo pre-test, aclarándole lo que puede significar en su vida el resultado del mismo. Cito al paciente un día de guardia con muchas horas por delante para comunicarle el resultado y hablar con calma.

Tras la comunicación del resultado aparece en el paciente un hermetismo y un bloqueo total, ni un gesto, ni una palabra... nada. Seguimos mucho rato en silencio, le aclaro que para mi un solo resultado nunca es fiable y que siempre realizo a todos los pacientes una nueva prueba de confirmación, también le digo que me tiene en todo momento a su disposición para hablar, para escucharle y para responderle a todo tipo de dudas, miedos o preguntas que puedan ocurrírsele.

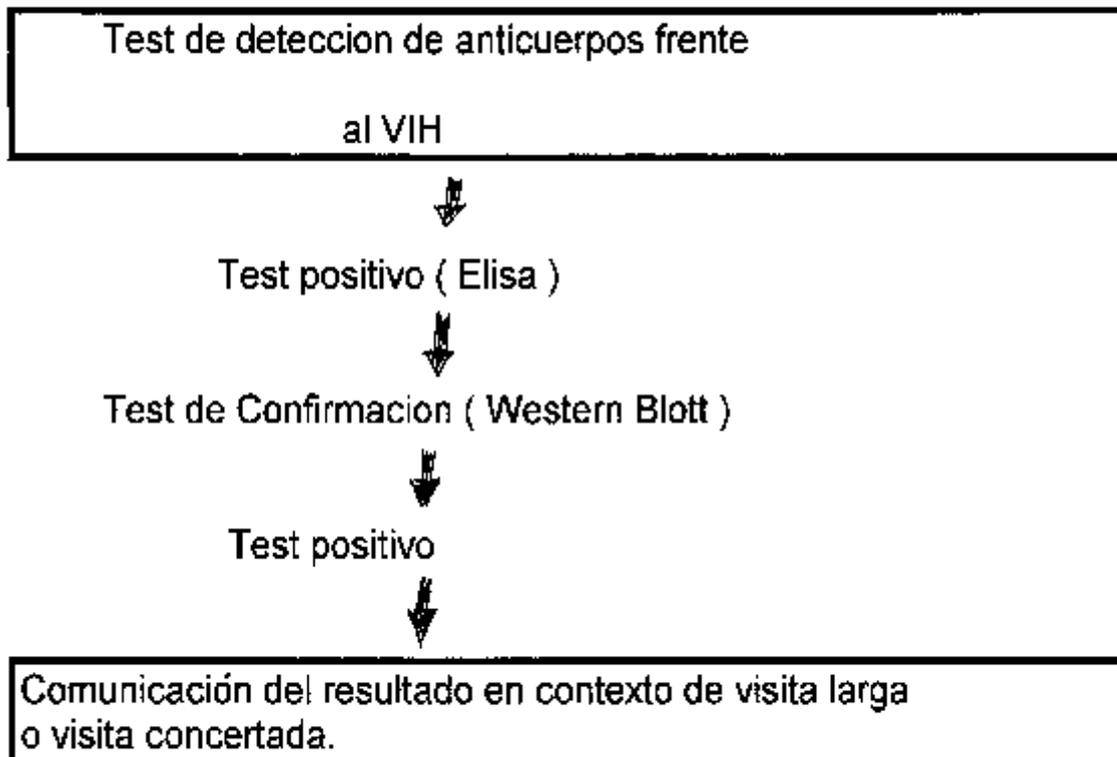
Me dice que no se esperaba este resultado, que se niega a realizarse la prueba de confirmación y también a aceptar su seropositividad. Se marcha, pero vuelve a las 2 horas completamente destrozado, lleno de preguntas, de dudas, de ideas autodestructivas y repitiéndome continuamente " que su vida está destrozada". Estuvimos hablando 3 horas más, aclaramos muchos miedos y dudas e incidí al máximo en el consejo pot-test. A partir de aquí y tras la

positividad de la prueba de confirmación iniciamos el estudio general (anamnesis, exploración física y pruebas complementarias).

Los resultados fueron poco alentadores, ya que los CD4 eran muy bajos, pero no había aún ningún signo de infección oportunista, es decir, por el momento no era un enfermo de Sida. Lo derivé al hospital para valorar inicio de tratamiento con antiretrovirales. Inicia tratamiento con AZT y le sigo haciendo controles completos cada 3 meses. Pasó año y medio asintomático, hasta que presentó una Tuberculosis, seguida de una larga lista de infecciones oportunistas, que le llevaban continuamente a realizar ingresos hospitalarios. Tras el último ingreso volvió a su domicilio en un estado ya terminal. Con su consentimiento retiré toda aquella medicación que no fuera paliativa o que pudiera crearle molestias o disconfort.

Trabajamos juntos para poder conseguir la mejor calidad de vida posible, el máximo confort y la nutrición más adecuada. Se negó a cualquier nuevo ingreso hospitalario y durante 7 meses lo visito habitualmente 3 veces por semana, compartiendo con él como mínimo una hora en cada visita y dedicando prácticamente todo ese tiempo a charlar y a intercambiar ideas. Estas visitas y estas charlas han sido uno de los períodos más enriquecedores, gratificantes y hermosos de mi vida profesional y también personal. El paciente falleció en Febrero y puedo asegurar que falleció en paz.

PACIENTE SEROPOSITIVO . ESTUDIO INICIAL .



OBJETIVOS .

- Soporte emocional.
- Vigilancia de reacciones mas intensas o inhibidas.
- Consejo y educacion sanitaria
- Inicio del estudio general.

ESTUDIO GENERAL

OBJETIVOS

- Aproximación al momento evolutivo del proceso.
- Evaluación del estado clínico e inmunitario.
- Establecimiento de medidas terapéuticas y preventivas.
- Detección de situaciones susceptibles de derivación.

CONTENIDO .

ANAMNESIS: incidiendo en

- Cronología de la práctica y situación de riesgo.
- Mecanismo de transmisión.
- Antecedentes de viajes o contactos sexuales en países endémicos.
- Antecedentes de hepatitis, ETS, TBC,...
- Estancias en centros penitenciarios.
- Síntomas actuales relacionados con el VIH.
- Datos psico-sociales, situación laboral....

EXPLORACION FISICA .

- Sistematizada y completa.
- Estado general, peso, TA y T°.
- Lesiones cutáneas.
- Revisión de la cavidad oral.
- Revisión de territorios ganglionares.
- Revisión del área genital.
- Exploración neurológica y F.O.
- Tórax y abdomen.

2011
10/10/11
10/10/11
10/10/11
10/10/11

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Y

DETERMINACIONES ANALITICAS .

- VSG y Hemograma completo.
- Marcadores de hepatitis B y C.
- Serología Lues y Toxoplasma.
- Subpoblaciones Linfocitarias.
- Mantoux, estudio bacteriologico de esputo..
- Rx de torax.
- Exploración ginecológica en la mujer.

SEGUIMIENTO CLINICO DEL PACIENTE VIH .

Paciente adulto, asintomático o con síntomas menores y con $CD4 > \acute{o} = a 500 \text{ mm}^3$.

Seguimiento rutinario en cada visita :

- Exploración fisica :
 - .cavidad oral
 - .temperatura
 - .peso

Seguimiento evolutivo

- a) cada 3- 6 meses
 - .anamnesis
 - .exploración fisica : FO
 - territorios ganglionares
 - abdomen
 - piel
 - .hemograma y subpoblaciones
- b) anualmente y segun resultados iniciales

- .bioquímica general
- .serologías (lues, VHB, VHC).
- .Mantoux, bacteriología de esputo
- c) cada dos años :
 - .serología toxoplasma
- d) cada 6-12 meses
 - .exploración ginecologica en la mujer
- e) al inicio y posteriormente segun la clinica
 - .Rx de torax

Inmunizaciones y Educacion sanitaria.

Paciente adulto con:

Leucocitos < 3000 ó
 Hemoglobina < 10 ó
 Plaquetas < 50.000 ó
 CD4 < 500

Paciente sintomático.

Paciente asintomático

Derivación preferente o urgente.

Derivación no urgente

MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL .

OBJETIVOS .

- . Ofrecer correcta asistencia sanitaria
- . Soporte psicologico adecuado al paciente y a su familia
- . Medidas higienicas correctas

Atención domiciliaria del paciente con SIDA

- . Diagnostico causal de los sintomas
- . Tratamiento de los sintomas (ansiedad,dolor, diarreas..)
- . Evaluación del estado nutricional y corrección de deficits
- . Administración de tratamientos parenterales
- . Soporte psicologico del paciente y su entorno
- . Garantizar el confort del paciente
- . Educación sanitaria del paciente y su entorno
- . Dotación de recursos socio-sanitarios
- . Regimen de visitas programadas obien por requerimiento del paciente

"Voy a cambiar de piel", paciente afectado de SIDA

Atendido en Centro de Día.

Raúl Azzarini,
psicólogo, psicoanalista
Colaborador ASS Ciudadana Antisida Cataluña

Jorge es un hombre de 48 años, artista plástico de profesión, la pintura es su forma habitual de expresión, es vivaz inteligente, sarcástico y durante un tiempo, en El Taller mostró una actitud crítica casi provocativa (buscaba situaciones a partir de las cuales generar pleitos y reclamaciones). Hace 5 años que fue diagnosticado de infección por el V.I.H. y actualmente padece de sintomatología relacionada con el SIDA. "Yo lo sospechaba desde hace mucho tiempo atrás, lo intuí a partir de los cambios que se operaban en mi obra", dice Jorge. Se refiere a una serie pictórica producida de esa época (1988) - muy anterior al diagnóstico (1991)- y que consistía en una serie de collages de formas tenebrosas construidas con restos de pieles de animales disecadas y embalajes de cartón y papel teñidos con colores oscuros y apenas sin matices que producían un efecto inquietante y fúnebre. "Yo tengo el SIDA" le decía a sus amigos de entonces, cuando sufría las enfermedades habituales de los toxicómanos y éstos le respondían diciéndole que era un "hipocondríaco". Había intentado dos veces dejar el consumo, yendo por temporadas largas a Menorca, a buscar el contacto con la naturaleza y donde iba a trabajar duro hasta cansarse para no desear la droga, y alejándose de sus amigos drogodependientes haciendo largos viajes por España y el exterior apoyándose en motivaciones laborales, de estudio o de búsqueda de aventuras.

Jorge, tenía sobrados motivos para sospechar su seropositividad ya que había consumido todo tipo de drogas desde los 18 años, (cannabis, heroína, LSD) y por su orientación bisexual ha mantenido múltiples relaciones sexuales con hombres y mujeres. El hecho de haber perdido a algunos de sus colegas toxicómanos a causa del SIDA, con los cuales había compartido jeringuillas y con los que había mantenido relaciones sexuales, y el temor de ser rechazados por sus amigos (Jorge se movía en dos mundos: El de los colegas toxicómanos y el de clase media alta de sus amigos artistas e intelectuales de clase media) impidió que se decidiera a hacerse la prueba durante mucho tiempo. La íntima sospecha de su seropositividad se vio reforzada desde el exterior por el efecto de significación que le otorgó a su obra titulándola "Voy a cambiar de piel", y que fue lo que lo impulsó a hacerse la prueba. El resultado de la prueba no lo obtuvo inmediatamente, la enfermera que trabajaba en el laboratorio al que encargó la prueba y amiga de Jorge, enterada del resultado positivo, se resistió a comunicárselo por que temía que éste no fuese capaz de soportarlo, le decía que el resultado se había perdido. Después de mucho insistir logró enterarse de su situación. Tardó dos años en aceptarlo, durante ese período entró en una pendiente depresiva, hubo factores desencadenantes que se sumaron al conocimiento de su seropositividad: El marchante de arte con el cual trabajaba lo dejó (se había arruinado, llevándose inclusive cuadros suyos). Dejó de comer, se alcoholizaba frecuentemente, abandonó los hábitos de limpieza y orden, y se alejó de sus amigos habituales, dejó de pintar y volvió al consumo esporádico de drogas.

No buscó apoyo en su círculo de amigos (suponía que lo rechazarían) y el amigo de aventuras tóxicas con el cual él podía sincerarse, había fallecido.

La familia no estaba al tanto de su enfermedad (sus padres fallecieron en el año 74) los intentos que él hizo para comunicarlo fueron fallidos: la hermana "no lo quiso comprender", hizo un intento con la tía que vive en Madrid, sólo le dijo que padecía una tuberculosis pero sintió que ésta no se interesó por su situación. (o por él, no se sabe). Los tíos con los que se había criado y sus abuelos habían fallecido. Sólo tenía el apoyo de una ex-novia pero que no

le sirvió por que "era una relación sadomasoquista" ella no estaba preparada para sostenerlo", dice Jorge, " aunque su apoyo me iba bien, yo no la quería, la trataba muy mal, ella era masoca y por eso no me la sacaba de encima". Yo procuraba ser cruel con ella por que a ella le gustaba y a mí me permitía practicar la crueldad.

Un día, a partir de la lectura de un artículo informativo aparecido en una revista cultural alternativa en el cual un afectado de SIDA hablaba de la problemática y mencionaba una Asociación de seropositivos y afectados, decidió acudir a ella. La experiencia no fue muy buena: escuchó a uno de los miembros decir de otro ausente " es un mariquita y yonky", (doble identidad), él lo interpretó de manera despectiva y no volvió más (Jorge ha tenido militancia activa en grupos de liberación gay alternativos y ese comentario ofendió sus creencias y posturas ideológicas). Se encerró más, fumó hachís y bebió en exceso, contradiciendo las pautas habituales de salud que se siguen para la seropositividad.

Sus actividades se limitaban: por un lado, al seguimiento y control médico que se llevaba a cabo desde una unidad hospitalaria, la atención fue exclusivamente médica y no recibió (ni pidió) otro tipo de intervención (psicológica o social).

Por otro, mantenía relación sexual "autodestructiva", como él la define, con un amante sero positivo, bebían, fumaban y se relacionaban sexualmente sin adoptar medidas de prevención.

Esta situación que duró dos años cambió cuando conoció a un seropositivo que participaba en la asociación a la cual Jorge no había querido volver, se conectó con la asistente social del Hospital que le tramitó el ingreso a un piso de acogida para enfermos de SIDA (su estado de salud no era bueno). Ese período lo define como "caótico", de confusión. Padecía de tuberculosis y su vivienda habitual, un estudio de pintura, carecía de higiene y salubridad lo cual era contraindicado en su situación, además carecía de deseos y voluntad para cumplir con los hábitos más elementales que exigen una vida organizada (limpieza, comidas frecuentes, compras, etc.). A partir de su estancia en los pisos de acogida, se conectó con "EL TALLER" de la ACASC, a partir del cambio en su situación ambiental, algo se modificó en él "me puse las pilas, me mejoré físicamente, me bañaba en la Barceloneta, hacia caminatas. Fue importante el hábito de tener comida, de tener el tiempo pautado".

Tenia dos casas, El Taller y el piso de acogida. Pero a los tres meses de estar bien allí (en el piso de la Barceloneta), lo echaron. No sabe los motivos, ni nunca quiso saberlo "quería que me echaran, era mi forma de agradecimiento, no irme por mis propios medios sino que me echaran". No puede terminar bien una relación, tiene que haber una pelea que garantice el corte, la separación, la ruptura. Evita desesperadamente el instalarse en una situación gratificante (volver a ser un niño atrapado en el goce materno).

HISTORIA FAMILIAR Y ANTECEDENTES

Jorge cuenta en la actualidad con una hermana dos años menor que él (45) con la cual no cuenta demasiado. No se criaron juntos y estuvieron separados desde niños por un tiempo muy prolongado. A raíz de la enfermedad de su madre (aparentemente eran problemas cardíacos) que la obligaban a internarse en hospitales frecuentemente, fueron dejados a cargo de familiares diversos, la hermana fue enviada a Madrid a vivir con una de sus abuelas y el se quedó bajo la tutela y fue educado desde los 4 hasta los 13 años, por una tía materna casada con un hombre morfinómano (él los define como gente "preparados y cultos" de los cuales él hereda su afición por la pintura y las inquietudes literarias artísticas). El tío al que él define

como "un hombre anulado" en su juventud había desempeñado un alto cargo diplomático y había sufrido castigos y cárcel durante la guerra civil. Durante este prolongado tiempo de crianza en la casa de los tíos, veía muy esporádicamente a su padre, con el cual él no tenía buena relación y la familia se reintegró después de 9 años de estar separados. Jorge reconoce haber tenido dos casas. Jorge dice que el SIDA le enseñó cosas que antes no hubiera podido aprender: el amor, comprender la situación de los demás. Recuerda que a los 24 años sufrió una fuerte decepción amorosa con un chico por el cual sentía un enamoramiento adolescente. La causa fue que Jorge era muy liberal (tenía relaciones con mujeres y con otros hombres) y su pareja no lo comprendía.

En el terreno del amor (mejor dicho de la sexualidad), Jorge reconoce que las relaciones que establece con las mujeres es diferente que con los hombres. Con los hombres hay camaradería, dice, con una mujer te puedes volver pequeño (hijo), y eso le molesta. Los hombres no me han causado problemas, la mujer sí. Valora que sus parejas le den "capacidad de acción y creación". Parecería como que Jorge no encuentra un lugar seguro desde el cual sostener su identificación sexual.

"Los gays me decían que me tenía que definir sexualmente"

"Los heterosexuales me decían que era muy vicioso"

Busca objetos sexuales "masoquistas" o "autodestructivos", mientras él juega de sádico, niega sus propios deseos "autodestructivos": masoquistas. Amar es entregarse al deseo destructor del Otro.

La dualidad parece marcar su destino (dos madres, dos padres, dos casas, dos pisos, dos años, dos objetos sexuales: hombres y mujeres. Dos posiciones sádica y masoquista (droga) Él reconoce esa dualidad, "Soy Géminis, dice, me representa Mercurio", el dios que tiene alas en los cascos y en los pies, el símbolo que representa las comunicaciones, la rapidez. Es el Dios de los ladrones y de los negocios. Su vuelo es largo. Tiene dos hijos Castor y Pólux: La castidad y la polución -> polvo- (putanero)" La castidad la reconoce, le cuesta poco trabajo (he tenido temporadas de abstinencia, era un propósito consciente, eran temporadas de creación). Tengo un punto místico en mi persona, busco el crecimiento personal, religioso, espiritual. Fui educado en el catolicismo. Soy cristiano "pre-cristiano". Me gusta la autoobservación, la búsqueda interior, estuvo 7 años con un Chaman que fue su maestro. Curiosamente no recurrió a él cuando supo de su seropositividad, a pesar de que habían tratado alguna vez del tema (el SIDA se puede curar, le dijo alguna vez). Aplica de vez en cuando sus enseñanzas. Le abrió las puertas a la fe, hizo viajes astrales. Los amigos le decían que volvía más loco cuando había estado una temporada con el Chamán. (Coincidió con el periodo de caos antes de ir al piso de la Barceloneta).

* Mercurio (se identifica con el dios griego Hermes-Mercurio carece de mito propiamente dicho y cuando interviene en la leyenda aparece como traducción de Hermes, p. ejem. En las tradiciones que lo representan como padre de Evandro y también como padre de los lares (Lara), Los lares como Mercurio-Hermes son los dioses de las encrucijadas. (Jorge se representa entre dos caminos que se cruzan). En realidad Cástor y Pólux no son hijos de Mercurio sino de Zeus (el más grande de los Dioses y soberano de los hombres y dioses que reina en las alturas) y de Leda y son dos Jóvenes héroes combatientes. El primero especialmente guerrero y el segundo es hábil en la práctica del boxeo.

CONCLUSIONES

Es difícil determinar el camino en el que quedó forjado su deseo, atrapado en las redes significantes del Otro sin un proceso de análisis que permita investigarlo, él no lo ha demandado, sólo podemos hacer inferencias, suposiciones de cómo él ha ido significando los hechos más importantes de su vida. Sólo contamos con retazos de su novela familiar. Jorge parece estar signado por la dualidad (dos casas, dos madres, dos padres, dos objetos sexuales hombres y mujeres), la actividad o la pasividad. La sexualidad o la castidad. La actuación autodestructiva (la drogadicción, la promiscuidad) o la sublimación, el sadismo o el masoquismo.

Parece que su vida se juega en la encrucijada marcada por la satisfacción de un deseo prohibido (Hermes: Dios de los ladrones, la droga: unión incestuosa) y el castigo de una instancia superyoica, punitiva y mortífera (Zeus. El Padre de todos los dioses, el del rayo vengativo, Padre real que reclama su autodestrucción). Con la posibilidad de sublimación. (Castor) se abre un tercer camino: es una posibilidad de superación de esta encrucijada (la agresión, la destrucción al servicio de la creatividad, y el lo esta recorriendo: El Taller le ha brindado esa posibilidad: recuperar el deseo de lo posible, superación del combate interior, posibilidad de creación, de jugar y no jugarse la vida mientras algo quede de ella. Su obra será su legado y la que lo represente.

Jorge reconoce que el contacto con El Taller significó empezar a moverse, hacer cosas. Participa activamente en los talleres de cerámica, Yoga y en el de escritura y ha realizado dos exposiciones de pintura organizadas por el Centro de Día. Ha mejorado la relación con sus compañeros y con el recurso. Hace proyectos de futuro, a pesar de que su salud no es muy buena." El Taller me es muy útil, estoy rodeado de seropositivos, me quedan muy pocos amigos seronegativos que me apoyan y me acogen en sus casas cuando deseo estar acompañado pero me es más fácil relacionarme con S.P. por el estilo de vida que desarrollo con ellos, no hay nada que ocultar, es diferente, las relaciones con otros S.P. es más amorosa que con gente que no lo es. Se da por sobreentendido la situación personal (no es necesario la palabra, hacer demandas que queden insatisfechas). El tema es la situación social: no queremos que nadie se muera en un banco, que no nos discriminen, es muy difícil pedir eso. Tienes que incrementar la capacidad de dureza, la respuesta tiene que ser contundente.

Ahora quiero más a la gente. Hay gente generosa que no lo esperaba (parece es ahora capaz de recibir y de dar sin temor a destruir o ser destruido). Su presente lo vive como inestable, le faltan determinar muchas cosas, para eso acude a grupos de autoayuda y sigue trabajando con crecimiento personal, con maestros personales. El estado físico precario le influye. Pero lo más importante que rescata es que ahora se acepta. Sus objetivos inmediatos son: Mejorar la salud. No necesitar nada de lo material. Volver al punto de partida, tener la posibilidad de volver a empezar. Jorge cree en la reencarnación. Siente que ya no tiene mucho tiempo, y se plantea la posibilidad de cambio en una futura reencarnación. Esta creencia le ayuda a soportar la espera, con el ánimo posible de desesperación.

"Sentir la anatomía a través del movimiento"

Esther Vidal
profesora de gimnasia

"El síntoma en el cuerpo y el cuerpo en el grupo"

(Una sesión de psicodrama)

Joan Pijoan
psicólogo, psicodramatista

Trabajo en instituciones, trabajo en grupo... trabajo con el cuerpo, dos enfoques diferentes. En uno, un gimnasio, "el grupo aprendió que estirarse de manera adecuada y con regularidad no sólo aportaba una mayor flexibilidad, buena forma y tranquilidad sino que modifica también el funcionamiento emocional y mental.

El ejercicio físico representa un esfuerzo, en ocasiones implica también dolor, el hecho de trabajar en grupo hace que este dolor sea más fácil de superar..." Se ha creado un grupo... de verse y de encontrarse.

En el otro, en un servicio de salud mental, las demandas son individuales, los grupos son abiertos, aquí las dificultades tienen que ver con dar significación a los síntomas. Hay voluntad por parte de los pacientes de convertir el grupo en una unidad, en un cuerpo. Mediante la representación, ponen en escena diferentes roles, los pacientes inician la movilización para poner palabras a lo que están expresando mediante sus síntomas. El cuerpo y el grupo, cuerpo como grupo de significantes, el grupo también es una ilusión corporal.

En ambos casos el cuerpo no sólo es movilizado ahora en el suelo, ahora de pie- sino a través de las diferentes representaciones es mirado, es escuchado, es puesto en escena, no sólo trabajar en el cuerpo, sino con el cuerpo, qué modificaciones del síntoma se producen en uno y otro caso... qué implicancia tiene para el sujeto y cuál es su lugar con los demás, son preguntas a hacernos.

"Sentir la anatomía a través del movimiento"

Esther Vidal
profesora de gimnasia

Hace seis meses empecé a dar clases de gimnasia de mantenimiento a un grupo abierto de más o menos veinte personas. Estas clases tienen una duración de una hora y se practican dos veces por semana.

En este tiempo se ha formado un grupo de ocho personas, con una edad comprendida entre treinta y cincuenta años, cuya característica principal es la constancia.

PRIMERA PARTE

Antes de empezar a desarrollar la evolución de este grupo, convendría aclarar a qué se llama clase de mantenimiento o gimnasia Sueca y cómo se realiza. Personalmente no estoy de acuerdo con el término mantenimiento, ya que la gimnasia no sólo ayuda a mantener el cuerpo por medio de ejercicios, sino que desarrolla, fortalece y da flexibilidad. Hace unos años se ha introducido música en estas clases (antes sólo estaba indicada en la gimnasia rítmica), pero se ha observado que la música es una parte importante a la hora de estructurar una clase, la hace más amena y motiva al alumno, que aprende, a escucharla y al sentirla adquiere sentido del ritmo.

En un principio la gimnasia sueca, es la que se realiza sin ningún instrumento. Hoy en estas clases se introducen pequeñas pesas, pelotas medicinales, barras y cuerdas.

Estos instrumentos posibilitan la ejecución de nuevos ejercicios, el trabajo en parejas y el desarrollo muscular, ya que muchos de ellos tienen un peso añadido que lo facilita.

Al empezar las clases con este grupo era prioritario saber cual era el nivel físico de estos sujetos, llegar a lo que se llama "Nivel de entrenamiento", para adecuar los ejercicios a sus condiciones físicas.

1 - Una clase de gimnasia empieza generalmente con un PRECALENTAMIENTO; El objetivo es preparar las articulaciones y los músculos para un trabajo más intenso, previniendo así posibles lesiones: Puede ser correr, saltar o cualquier tipo de ejercicio que eleve el ritmo cardíaco y en el que se integra el movimiento de todos los músculos en general.

2) Después del calentamiento pasamos al:

TRABAJO LOCALIZADO: En este momento es importante recalcar los principios de colocación del cuerpo, esto es técnica postural: La espalda recta, la cabeza alineada con la columna vertebral, los hombros relajados pero rectos, pared abdominal firme, pelvis ligeramente basculada hacia adelante y nalgas contraídas. Es el momento de trabajar los músculos de forma aislada o en pequeños grupos.

Hay que seguir una secuencia lógica, evitar que los alumnos tengan que levantarse y sentarse en el suelo repetidas veces, ya que esto rompería la dinámica de la clase y las secuencias de los ejercicios.

En este grupo en concreto empezamos la clase de pie con torsiones de cuello, movilizándolo así las cervicales, pasamos a los hombros, la musculatura de los brazos, pectorales y cintura. Hasta este momento permanecemos de pie, porque esta posición facilita la ejecución de los ejercicios.

Al trabajar de cintura para abajo, se puede cambiar la estructura de la clase, pasando directamente al suelo o bien continuar el entrenamiento de pie. En el suelo movilizaremos los tobillos y los pies. También en el suelo, realizamos varias series de abdominales. Trabajamos el abdomen y el estómago.

3). La clase finaliza con estiramientos, es aconsejable estirar los músculos después de haberlos sometido a un trabajo exhaustivo y localizado, en este momento están "calientes" y podemos mejorar su capacidad de estiramiento. El objetivo es la flexibilización de los músculos y tendones. Son movimientos lentos bajo una presión controlada y durante tiempos determinados.

4. Finalmente incluimos cinco minutos de relajación, tumbados de espalda en el suelo relajamos todo el cuerpo desde la cabeza a los pies, tomando consciencia de nuestra respiración, que es importante durante toda la sesión de ejercicios.

El orden de los ejercicios tiene varios motivos:

- 1-Preparar el músculo para después forzarlo.
- 2-Llevar la musculatura al máximo rendimiento.
- 3-Estirar ese músculo para evitar lesiones y adquirir flexibilidad.
- 4-Relajación física y mental.

Al empezar la clase y durante ésta, se dan una serie de pautas y de normas de ejecución sobre la posición del cuerpo y la forma de respirar. Se rectifican ejercicios que se ejecutan erróneamente y se explica qué músculo se está trabajando en cada momento.

SEGUNDA PARTE

Los sujetos de los que vamos a hablar, llegaron al grupo con diferentes objetivos y motivaciones: adelgazar, desarrollar la musculatura, probar lo que es una clase de gimnasia o simplemente moverse

Normalmente la respuesta de las personas que vienen a clase es buena, pero se limitan a hacer los ejercicios esforzándose y a participar siempre que les es posible. Este grupo llamó

mi atención por su interés. Al empezar las clases se centraron en aprender los movimientos, cuando los asimilaron, empezó la concienciación, aprendieron a sentir la musculatura en cada movimiento.

Hacia el sexto mes, fueron más conscientes de su cuerpo, llegaron a conocer el músculo que están activando, saben su nombre y lo más importante es que pueden reconocer, si lo están haciendo bien y en qué grado lo están desarrollando, también detectan cualquier problema o molestia orgánica.

Una de las características de estos sujetos al empezar las clases era la inseguridad, el miedo a hacer el ridículo y no adecuarse al ritmo de la clase.

A medida que pasaba el tiempo, ganaron seguridad en si mismos y aceptaron que cada individuo debe trabajar dentro de sus propios límites. En una clase de gimnasia la finalidad no es hacerlo mejor que los demás, no se trata de una competición. El objetivo es llegar a un compromiso contigo mismo y obtener el máximo rendimiento, a partir de éste, cada persona fue observando los progresos que, aunque lentos eran evidentes. Uno de los elementos que benefició este proceso fue el trabajo en grupo.

Cuando empezaron las clases no se conocían, pero mediante los ejercicios en pareja, se creó una dinámica en el grupo. Las parejas se formaban sobre todo en la fase de estiramientos, el ayudar a estirar a otra persona, supone un contacto físico, tienes que observar las reacciones del individuo al que estás ayudando, preguntarle cómo se siente, conocer sus reacciones, hablarle para saber si siente alguna molestia. La elección de la pareja al hacer los estiramientos es libre, en poco tiempo todo el grupo llegó a conocerse, ya que optaron por no estar siempre con la misma persona, elegían a la que físicamente tenían más cerca.

El grupo aprendió a estirarse de manera adecuada y él hacerlo con regularidad no sólo aportaba una mayor flexibilidad, buena forma y tranquilidad, sino que modifica también el funcionamiento emocional y mental, cada uno de los asistentes desarrolló confianza en sí mismo.

Se observó un cambio en el grupo, desaparecieron los miedos, por el contrario se reforzaban y animaban unos a otros, los más aventajados ayudan a los demás y los animan.

Al principio no se dieron cuenta, pero experimentaron una mejoría en su postura que fueron advirtiendo más adelante. El estiramiento libera la tensión y la rigidez: la del propio tejido muscular y tendinoso y la tensión causada por la situación física o mental del individuo, ya que la rigidez es una reacción contra el dolor o contra cualquier problema psíquico. La ayuda entre los asistentes a la clase y el interés que mostraban se trasladó a todas las fases de la clase, en todo momento se observa un apoyo de unos a otros.

El ambiente de la clase ha cambiado, está más relajado y divertido, ya no sólo vienen a una clase de gimnasia, vienen a encontrarse, a hablarse.

El ejercicio físico representa un esfuerzo y en ocasiones implica también dolor, el hecho de trabajar en grupo hace que este dolor sea más fácil de superar, porque tiene el apoyo de los demás. Las mismas personas haciendo el mismo tipo de ejercicios solos no soportan el mismo esfuerzo que si se sienten reforzados por los demás.

EL SIMPTOMA EN EL COS I EL COS EN EL GRUP

(una sessió de psicodrama)

Joan Pijoan,

Psicólogo y psicodramatista

El material clínic que us proposo avui per a la discussió, amb la idea de plantejar algunes reflexions per obrir preguntes i intentar trobar vies de resposta, és una sessió de psicodrama freudià d'un grup de pacients neurotics en el marc de l'atenció primària en salut mental.

Començaré, però, citant un petit conte de Llorenç Villalonga (dels Relats, contes sintètics

nº 5), titulat "Un miracle".

"Li havien assegurat que la Sagrada Imatge retornaria el moviment al braç paràlitzat i la senyora tenia molta fe. Què no aconsegueix la fe! La senyora entrà tremolant dins la misteriosa cova i fou tan intensa la seva emoció que emmudí per sempre. Del braç no cura perquè era incurable."

Igual que Villalonga, prendre com a punt de partida una paràlisi per mostrar, però, un moviment diferent que apunti, mitjançant la representació d'un moment d'emoció i, a diferència del conte, al sorgiment d'un significant; sorgiment que pugui fer possible, com sempre de forma afegida, la curació.

Com el conte, en una sessió de psicodrama algú, un relator, comença a parlar produint una narració, un relat.

Remedios comença parlant de les seves parestesies (paràlisis lleugeres i incompletes). Aquest és el seu símptoma i, identificada amb ell, en el grup, paràlitzada, parla sense poder moure's del símptoma.

POR QUE TENGO ESA SENSACION? TENGO ALGO QUE NO ME SABEN ENCONTRAR (EN EL CUERPO). De quin cos i de quin preten parlar ?

Seguidament explica com fa 2 anys li van diagnosticar una **ESCLEROSIS MULTIPLE, PERO DESPUES ME DIJERON QUE SE HABIAN EQUIVOCADO.** De la mateixa manera, ara, preten enganyar a l'altre sobre el seu propi atribut: amb la intenció que algú descobreixi, cobreixi de saber el seu símptoma, busca amagar i recobrir la veritat que porta.

El psicodramatista, des de la seva funció d'analista, lluny de respondre a la demanda, sosté la paraula de la pacient a fi i efecte que es pugui formular de manera verbal, interrogativa i indirecta una elaboració lingüística.

Remedios insisteix SOY YO REALMENTE ? i seguidament associa amb UNA HUELLA DEL PASADO, UNA RELACION QUE ME HUNDIO.(moment d'una immobilització). NO HE TENIDO OCASION DE PROBAR OTRO TIPO DE RELACION. És a dir, amb un objecte d'identificació particular. I segueix ME LEVANTO CON GANAS DE VIVIR, ME MIRO AL ESPEJO Y YA VOY MAL. I què veu en mirar-se? És una imatge especular que li retorna una identitat simptomàtica: la paràlisi i la immobilitat.

Remedios parlant en el grup des d'aquesta identitat (reflex especular que li dóna una imatge virtual del seu cos) busca en els altres del grup un mateix reflex especular en el qual refugiar-se per reconèixer-se i sostenir-se en "un grup de paralizats".

En el dispositiu grupal és gràcies a què la mirada i el cos apareixen amb força en un primer pla, que el pacient vol veure's en els altres buscant denegar les diferències; en aquest cas sota el pretés denominador comú de la paràlisi. Però els altres responen com a suficientment distints i retornen quelcom més que el reflex especular d'un mateix i d'un mateix símptoma. Retornen la diferència, l'alteritat.

És des del malentès fonamental de creure ser entès per l'altre i de creure que l'altre no fa altra cosa que seguir el seu fil personal, que el pacient troba la sorpresa quan els altres parlen. Així, la resposta dels altres és un "Sí...però..." que retorna de manera diferent la dificultat evocada en un fet comparable però no el mateix (no equi-parable).

Un pacient parla del PROBLEMA DE AFERRARSE AL PASADO, i una altra parla de les parèsies pròpies que a ella, a diferència de Remedios, la sorprenen quan més tranquil·la està.

El psicodrama freudià com a dispositiu és una forma que permet treballar analíticament en grup. L'escena com a artifici serà l'instrument que possibilitarà anudar un discurs fent sorgir la paraula més enllà del registre imaginari que la presència del cos, la imatge de l'altre i la mirada en el grup, en provoquen la inflació. En la inflexió de la representació dramàtica, l'escena apuntarà a l'altra escena de Freud, a l'escenari de Lacan, a l'inconscient.

Remedios relatarà una situació personal, record d'una vivència, que el psicodramatista retalla per donar-li l'estatus de fet subjectiu i per precipitar el moviment que va de la narració al joc dramàtic, del jo a l'altre, del relator al protagonista.

En psicodrama el joc dramàtic és el camí ral d'accés a l'inconscient. Remedios representarà una escena que parla de la seva paràlisi, d'un moment d'immobilitat. Són les 7 de la tarda i ja ha fet el sopar. Li demana a sa filla de 18 anys Mireya que pari la taula. Diu haver-se sentit REPROCHADA quan la filla la interroga TAN PRONTO ?.

En la representació psicodramàtica, Remedios es veurà capturada en no-poder-escoltar la paraula (desig de reconeixement) que li adreça la filla: ESTOY AQUI..

Amb una intensa emoció li resultarà difícil prendre el rol de Mireya (Mire-YA) quan se li fa canviar de rol. Des d'aquest lloc de filla apareixerà el dolor: ME HACE DAÑO. I, ME ENCUENTRO MAL, representa "un-mal-encuentro", "un encuentro con el desencuentro" més insuportable que el símptoma -formació de compromís que li dona consistència-. Just en aquest moment queda immobilitzada en un moviment aturat. Colapse emocional que envaeix un cos que literalment surt d'escena i emmudeix. Acte que és un moment

privilegiat. Pel psicodramatista que anima la sessió no es tracta tant de sostenir el cos de Remedios com de sostenir el lloc que possibiliti l'aparició d'un significat del subjecte.

Com les seves parèsies, aquesta paràlisi serà lleugera i incompleta, i Remedios aconseguirà reincorporar-se tornant a posar el cos en escena. L'escena arrossega el cos i el cos arrossega les paraules més enllà de la intenció. Ara dirà TENGO GANAS DE ESTAR CON ELLA (MI MADRE) i TENGO NECESIDAD QUE ELLA ESTE POR MI; és a dir, que la mare estigui en lloc d'ella i ella en el lloc de filla.

Al final Remedios acabarà l'escena aconseguint que la filla pari (PONGA) taula i dient LLAMA A LA YAYA QUE SE PONGA (LA INSULINA). És a dir, una crida a la... "YA-YA", significat de la mare i de la precipitació.

En la representació el cos juga la doble funció de precipitar el subjecte i d'esdevenir paraula ja que, com ho mostra Remedios, el que escenifica esdevé missatge.

Les contractures, que en el cos anatòmic passen pels músculs que necessiten ser estirats, aquí són les de la paraula en el seu valor significat. Contractures de la paraula que, estirades, poden prendre un sentit, un efecte de significació a posteriori retroactivament.

El dolor que Remedios troba en el lloc de la filla passa a designar les paràlisis que toquen el cos que metaforitzen "el mal-encuentro-con-la-madre".

Associativament a la primera escena, una altra pacient, Balbina, parla de què li passava EN LA IMAGINACION. TENIA MIEDO DE NO PODER MOVERME. De quin cos, de què parla?. El psicodramatista retalla del discurs que la pacient teixeix una escena on ECHADA, estirada i immobilitzada al llit, parla amb sa mare que vol donar-li un got de llet.

Ja en la representació, en Balbina sorgeix la por: MI MADRE ME HA ECHADO ALGO (a la llet que ha d'incorporar). SON SUS PASTILLAS PARA DORMIR. ME VOY A MORIR. Colapsada diu LLAMA AL CLINICO. Seguidament apareix un gest, un moviment en la immobilitat del seu cos: li cauen els braços.

Moviment en alguna mesura anul·lat quan, ara en el rol de la mare, aquesta amb la mà li toca el braç dient-li: ESTAS, LAS MIAS SON LAS BUENAS, SE QUE EN UNOS DIAS, EN UN PAR, SE TE PASA.

L'escena acaba quan Balbina diu MI MADRE ME TRANQUILIZO. AHORA ESTOY BIEN. VEO QUE ME VOY A MORIR QUE COSAS PIENSO.

Tal com s'aprecia, Balbina mostra no tant l'engany de la mare com l'engany compartit (EN UN PAR) amb ella i com això la tranquilitza. La possibilitat de sortir d'un determinat lloc, que el símptoma en el cos assetja en un llenguatge particular, apareix dramàticament en un moviment que des de la mare immobilitza.

Aquesta segona escena també resignifica i respon a la primera, a LA LLAMADA A LA YA-YA. Els últims comentaris de la sessió acaben per denunciar-ho:

Ara Remedios pot dir què fa quan està angoixada: LLAMO A MI MADRE, ME DA LA MANO Y ME TRANQUILIZO. Però diu que en el lloc de Balbina ME SENTIRIA ENGAÑADA.

I en contraposició a un comentari d'un altre pacient, Balbina diu: NO ES LA COMIDA, ES UN LENGUAJE...

En les dues escenes hi ha elements comuns, dels que m'agradaria resaltar-ne tres:

1. Tal com destaca Lemoine, el canvi de rol mostra l'aptitud per identificar-se, un recorregut de l'altre per l'interior. Es en l'altre rol de les pacients apareix una paraula, un significat. I no com en el conte de Villalonga on l'entrada a la misteriosa cova, també un recorregut cap a l'interior, no troba altra cosa que la Sagrada Imatge, pur reflex sense paraula que acaba capturant la senyora. Així hi ha un efecte paradoxal en l'emudir, paraitzar la paraula; en lloc d'afavorir un aixecament produeix l'amplificació del símptoma reduplicant-lo i mostrant a què apunta simbòlicament.
2. Una determinada identificació a la mare que passa per la incorporació oral amb efectes d'atrapament imaginari del cos.
3. Allò que he anomenat les "contactures de la paraula". Els significants (YA-YA, EN-UN-PAR) fruit d'una lectura de l'anvers, que no del revers, de l'altre costat del mateix material.

Algunes preguntes.

En psicodrama es posa el cos en escena, la representació és un "com si", no es toca el cos,...., es tracta, en tot cas, de veure de quina manera el cos és aprehés i els seus efectes estructurants i estructurats en el jo; com el cos és tocat per la paraula i atrapat pel desig. Quins efectes pot tenir en el treball en grup tocar el cos o fomentar la catarsi a l'estil de Moreno ?.

Si així fos, quin lloc ocuparia el conductor del grup? En el cas que m'ocupa, seria el lloc de la mare que comparteix l'engany?.

El psicodramatista que en el grup hi està implicat per la seva presència (imatge i cos) i per la seva escolta, aconsegueix desplaçar-se del lloc d' Ideal al qual és convocat col·locant-hi l'escena. Com poden treballar-se les implicacions de la presència del "conductor" del grup en altres maneres d'operar en un dispositiu grupal?.