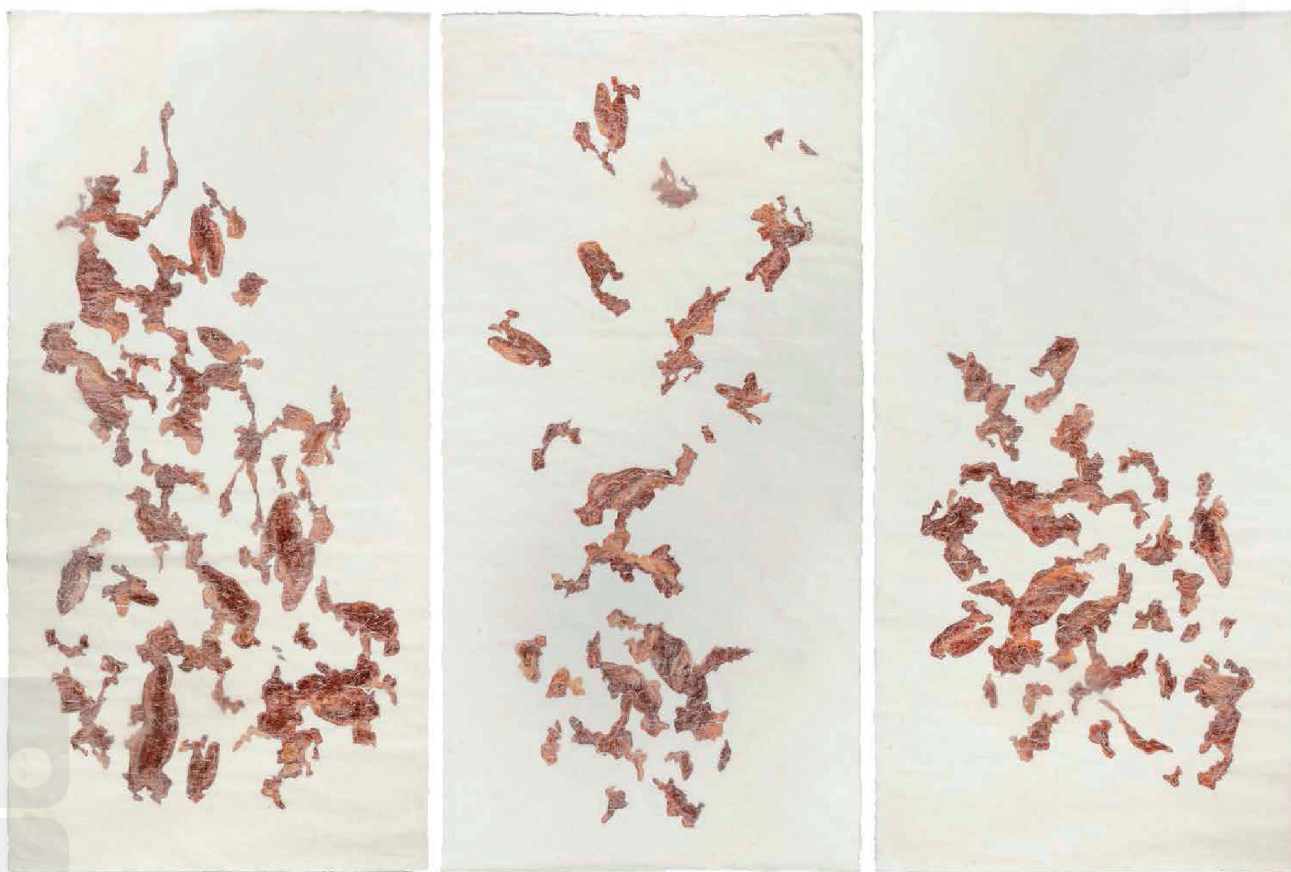


entreUnos



entre lenguas

Dos experiencias del tránsito por la cigarra de quienes leen y escriben la clínica en otra lengua. Un esfuerzo de traducción e intercambio que nos enriquece y multiplica sus alcances. La extimidad que siempre es el otro se juega en esta nueva sección, entre la afinidad por la transferencia al psicoanálisis y el hablar idiomas distintos. Estos dos textos recogen esos efectos de novedad en el encuentro que propicia la cigarra.

“Perder sus puntos de referencia para observar mejor” una experiencia clínica en un país extranjero

Pasantía en la cigarra. Marzo- junio de 2013

Amélie Veylon,

Diploma de psicóloga, Máster 2 en Psicología desarrollo del niño y del adolescente (Universidad Toulouse II, Francia - 2012).

Diploma de psicomotricista (Instituto de formación del hospital “Pitié Salpêtrière”, Paris, Francia -2007)

Llegué a Argentina en Enero 2013 con un nivel de castellano muy bajo. Obtuve mi diploma de psicóloga en septiembre de 2012. Trabajé 4 años como psicomotricista con niños, adolescentes y adultos con dificultades psíquicas distintas.

Cuando elegimos Argentina como destino para viajar ¡no sabía que el psicoanálisis fuera tan importante acá! Actualmente en Francia -y parece que aquí desde hace poco tiempo también- hay mucha *publicidad* para el tratamiento del autismo con teorías cognitivo-conductuales. El año pasado (2012) “la alta autoridad de salud” validó por escrito que el psicoanálisis no es apto (“pertinente”) para niños con autismo. Las subvenciones para las nuevas instituciones son reservadas para las que sostienen proyectos cognitivos-conductuales. También en cuanto a la profesión del psicólogo, muchas órdenes y modificaciones de las responsabilidades del profesional intentan transformar al psicólogo en un técnico de la evaluación y del tratamiento *rápido*. La definición misma de terapia es cambiada. Fue bueno conocer que existe un país donde el psicoanálisis es más reconocido y aceptado por la gente. De hecho, es más alentador.

Intentaré poner por escrito mis preguntas, surgidas desde que llegué a la *cigarra*. Mis objetivos para esta pasantía eran aprender sobre la institución y sobre una cultura diferente pero también comparar las maneras de trabajar de los psicólogos de Francia y de Argentina.

Entre mis primeras preguntas, una fue a propósito del equipo compuesto solamente por psicólogos y estudiantes de psiquiatría. En Francia no existe un lugar terapéutico o de salud mental público con un equipo no pluridisciplinario. Tenemos a menudo educadores especiales, psicomotricistas, médicos, ortofonistas, profesores especiales y a veces también en el seno de hospital de día, enfermeras psiquiátricas. La noción de *equipo pluridisciplinario* es muy valorada en Francia. Se trata de trabajar juntos entre profesionales de formaciones distintas para comparar nuestras miradas sobre un paciente, para construir un proyecto terapéutico común. El trabajo en equipo pluridisciplinario puede ser muy interesante, muy rico y dinámico a condición de que se encuentre un lenguaje común para hablar del paciente. Y eso no es cosa fácil.

También podemos preguntarnos por qué en la *cigarra* el equipo no incluye profesionales de otra formación y si esta manera de hacer carece de diversidad para pensar el tratamiento. El hecho que haya tantos psicólogos que trabajan juntos en el mismo lugar implica muchas preguntas.

En Francia es difícil pensar un equipo así, creo que podría ser interpretado como un signo de *omnipotencia*.

Tampoco pensamos los grupos terapéuticos de la misma manera. Un grupo de orientación psicoanalítica está coordi-

nado por dos o tres psicólogos, no más. Los grupos son cerrados la mayoría de las veces y son distintos de otras actividades del establecimiento.

En las instituciones francesas no se persiguen únicamente objetivos terapéuticos –desde la perspectiva psicoanalítica-. El proyecto general está compuesto por objetivos terapéuticos pero también por objetivos educativos y de aprendizaje. Entonces no se puede fácilmente comparar las maneras de trabajar de los psicólogos de los dos países, porque los entornos de trabajos son muy distintos.

Durante mis cuatro años de trabajo como psicomotricista y tres de pasantía como psicóloga, trabajé en establecimientos distintos que se dicen de orientación psicoanalítica. Pero en realidad... había muy poco psicoanálisis. Como máximo tres psicoanalistas trabajando a tiempo parcial. Y otros profesionales dicen trabajar con psicoanálisis pero con pocos conocimientos. Hace muchos años, en algunos establecimientos, profesionales afirmaban trabajar de esta manera como si el psicoanálisis fuera accesible a todos (ortofonistas, educadores, etc.). *Se confundió mirada clínica y psicoanálisis.*

En cuanto a lo que ocurre en *la cigarra*, me parece importante y una ventaja para trabajar que haya tantos psicólogos en la institución y que el lugar de la terapia sea distinto que el lugar del aprendizaje.

Sin embargo no estoy segura de que el hecho de que haya solo psicólogos y no otros tipos de profesionales sea ideal. Es difícil para mí no pensar en un equipo pluridisciplinario, pero también estoy convencida de que puede ser más rico. Aunque el trabajo de un equipo de psicólogos sea rico, me parece incomparable con el trabajo conjunto de diferentes profesionales. Es una manera de trabajar más difícil porque cada uno tiene que cuidar su función y su lugar, su especialidad y sus objetivos. Pero imaginar un lugar terapéutico donde un chico pueda encontrar distintos medios terapéuticos sería una oportunidad diferente. Podemos pensar en un servicio de salud mental donde los chicos de la cigarra puedan encontrar terapéuticas utilizando el medio del arte, el medio corporal, de la música...

Otro tema que me interrogó cuando llegué a la cigarra es *la forma de los grupos*. Nunca encontré en Francia un grupo terapéutico de este tipo, pero pienso que si habría algo así, la forma del grupo sería más estricta. En general ponemos reglas más rígidas. Un grupo terapéutico se pauta una vez por semana, con los mismos chicos, duración de una hora e intentamos entrar y salir del taller todos juntos, al principio y al final. Hay una progresión del taller. El desarrollo es señalado por “rituales”. Si un chico sale del cuarto no es fácil acompañarle afuera. Además la cuestión del *adentro y afuera* del grupo es a menudo más angustiosa para los profesionales.

No sé si estas diferencias provienen del hecho que en Francia somos menos cantidad de profesionales y no tenemos el tiempo de pensar... ¡o no tomamos el tiempo de pensar! ¡Una gran pregunta para las instituciones francesas! No imaginamos tener un día de reuniones, cursos y seminarios como en “*la cigarra*”. A menudo durante las reuniones los equipos pluridisciplinarios no se ponen *al trabajo*, no están realmente disponibles para tomar distancia de los hechos y reflexionar sobre temas teóricos.

Desde mi lugar, podría decir de la cigarra que hay muchos puntos positivos que deben preservarse. Tal vez lo más

importante son los tiempos para cursos y seminarios, indispensables a todos los psicólogos. Eso abre la condición para pensar juntos con conceptos teóricos en común en el equipo.

La ausencia de reglas rígidas también parece ser efectiva, además porque la patología de los chicos lo exige. Que haya muchos profesionales es una suerte para eso. Pero no puedo dejar de preguntarme cómo los chicos encuentran una referencia estable con el cambio de adultos. La pregunta por la transferencia viene hacia mí.

Anteriormente en diferentes talleres encontré como principio que la estabilidad de la pareja terapéutica es importante para que los chicos puedan construir referencias identificatorias y se establezca una transferencia. Por otro lado, pude observar durante mi pasantía que algunos chicos parecen apoyarse sobre adultos *elegidos*. Tal vez haya que pensar en la transferencia de manera más amplia, en el entorno del grupo y no en la relación privilegiada con un terapeuta.

Otro punto importante es la posición o función de los psicólogos que se incluyen en el equipo por algunos meses. En Francia el modelo del grupo terapéutico es compuesto por tres adultos como máximo. A menudo son dos *coordinadores* y (a veces) un observador. El lugar del observador es muy importante e interesante en un taller. Al principio me preguntaba cómo los chicos pueden vivir esta situación con tantas miradas. Ahora esta situación me parece implicar más de continente que de molestia. El comportamiento de los chicos, la manera de moverse en el espacio, de sentarse o acostarse, de reaccionar al contacto corporal, a la mirada son informaciones clínicas esenciales. Si hay más profesionales, casi siempre alguien puede ver y responder a una acción, una palabra, un comportamiento de un niño. Esta disponibilidad puede ser esencial.

Cuando llegué a la cigarra mi comprensión del idioma y mi capacidad de expresión eran bajas. No tenía otra posibilidad más que concentrarme sobre lo que veía. Si ponía demasiada atención en lo que escuchaba, esto era rápidamente perdido en un campo sin sentido. Algunos talleres eran más fáciles para mí: el taller de idiomas, el de sombras, el 208x. Pero no podía entender todos los comentarios y reacciones de los adultos y chicos. Al contrario el taller del disparate era al mismo tiempo muy rico y muy difícil ¡Qué *perturbador es no entender el sonido que llega a la propia oreja como una palabra!* Podemos imaginar que para muchos niños de la cigarra, eso ocurre muchas veces. Es frustrante también pronunciar una palabra que nadie entiende y nadie puede repetir. Era una buena experiencia de la comunicación *imposible*.

Desde mi lugar podía entender una palabra o un hecho solo dos o tres días más tarde. Pero no era problemático y me recuerda que la distancia temporal puede ser necesaria para comprender. Aprendí también que no es la forma y las reglas las que hacen al grupo terapéutico, sino tal vez más los psicólogos y su espontaneidad.

La propuesta de los talleres de la cigarra era nueva y muy distinta de todo lo que encontré en Francia. Pero todo cobra sentido y enriquece mi representación del taller.

Ahora tengo que continuar con los estudios y lecturas de textos y con reflexiones a propósito de mi manera de trabajar en Francia, con nuevos básicos.

amelie.veylon@gmail.com

« Perdre ses repères pour mieux observer », une expérience clinique dans un pays étranger.

Stage à La Cigarra Mars à Juin 2013

Amélie Veylon

Psychologue, Master Psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, Université Toulouse II. 2012

Psychomotricienne, Diplôme d'Etat, Institut de formation de la Pitié Salpêtrière, Paris 6. 2007

Je suis arrivée en Argentine en Janvier 2013 avec un niveau d'espagnol très bas. J'avais obtenu mon diplôme de psychologue en septembre 2012 après avoir travaillé 4 ans en tant que psychomotricienne, auprès d'enfants, adolescents et d'adultes présentant des troubles psychiques variés.

Quand nous avons choisi l'Argentine comme destination de voyage, je ne savais pas que la psychanalyse y était si importante. Actuellement en France - mais il semble que ce soit également le cas ici depuis peu- il y a une grande médiation des méthodes cognitivo-comportementales pour la prise en charge de l'autisme. L'année passée (2012), la haute autorité de santé a affirmé que les thérapies d'orientation psychanalytiques n'étaient pas pertinentes pour la prise en charge des enfants présentant des troubles autistiques. Les subventions attribuées aux nouveaux établissements sont réservées à ceux qui justifient d'un projet d'orientation comportementaliste. Par ailleurs, en ce qui concerne la profession de psychologue, de nombreuses modifications de son rôle et de ses fonctions tentent de le transformer en un technicien de l'évaluation et du « traitement rapide ». La définition même de thérapie est changée. Il aura été intéressant de faire la connaissance d'un pays où la psychanalyse est mieux reconnue et acceptée par la population. Ceci fût très motivant.

Je vais tenter de mettre par écrit mes questions, qui ont surgi depuis mon arrivée à La Cigarra. Mes objectifs pour ce stage étaient de connaître un autre type d'institution, une nouvelle culture mais également de pouvoir comparer les manières de travailler des psychologues des deux pays.

Parmi mes premières questions, une concernait le fait que l'équipe soit uniquement composée de psychologues et d'étudiants en psychiatrie. En France, il n'existe pas de lieu thérapeutique ou d'établissement de santé mentale public dont l'équipe ne serait pas pluridisciplinaire. Il y a souvent des éducateurs spécialisés, des psychomotriciens, orthophonistes, médecins mais également des professeurs spécialisés et parfois des infirmiers psychiatriques. De plus, la notion d'équipe pluridisciplinaire est très valorisée. Il s'agit de travailler ensemble, entre professionnels de formations différentes, afin de confronter nos points de vue sur un patient, construire un projet thérapeutique commun. Le travail en équipe pluridisciplinaire peut être très intéressant, très riche et dynamique à condition qu'un langage commun soit trouvé pour parler du patient. Et ceci n'est pas toujours simple.

Nous pouvons également nous demander pourquoi l'équipe de la Cigarra n'intègre pas des professionnels d'autres formations et si cette manière de faire n'entraîne pas un appauvrissement dans l'élaboration du travail. Le fait qu'il y ait autant de psychologues dans le même lieu a engendré de nombreuses questions.

Il serait difficile de penser une telle équipe en France ; il me semble que ceci pourrait être interpréter comme un signe d'omnipotence.

Par ailleurs, nous ne pensons pas les groupes thérapeutiques de la même manière. Un groupe d'orientation psychanalytique est animé par deux ou trois professionnels maximum. Les groupes sont fermés (le plus souvent) et distincts des autres activités au sein de l'institution.

Au sein des établissements en France, les objectifs d'accompagnement ne sont pas uniquement thérapeutiques (dans une perspective psychanalytique). Le projet global du jeune accueilli est composé d'objectifs thérapeutiques mais également éducatifs et pédagogiques. Il est donc compliqué de comparer directement les modalités de travail des psychologues des deux pays, car les dispositifs de travail sont très différents.

Durant mes quatre années de pratique comme psychomotricienne et lors de mes stages en psychologie, j'ai travaillé au sein d'établissements différents qui se disaient d'orientation psychanalytique. Mais en vérité, j'y observais peu de fondement psychanalytique et je n'ai connu qu'une institution avec des analystes intervenants à temps partiels. Et d'autres professionnels disent utiliser la psychanalyse mais avec peu de formation. Depuis de nombreuses années, dans certains établissements, des professionnels affirmaient travailler avec la psychanalyse, comme si cette approche était accessible à tous (éducateurs, orthophonistes...). *Approche clinique et psychanalyse sont alors confondues.*

En ce qui concerne la pratique à la Cigarra, il m'est apparu important voire un avantage pour travailler, qu'il y ait autant de psychologues dans le service et que le lieu de la thérapie soit distinct du lieu d'apprentissage.

Pour autant, il ne me semble pas que ce fonctionnement, avec uniquement des psychologues, soit idéal. Il est vrai qu'il m'est difficile d'imaginer une équipe non pluridisciplinaire ; mais je suis également convaincue de la richesse de la pluridisciplinarité. Bien que le travail d'une équipe de psychologues soit riche, il ne me semble pas comparable à un travail transdisciplinaire. Il s'agit d'une modalité de pratique plus complexe car chacun doit être attentif à sa fonction et sa place, sa spécialité et ses objectifs. Pour autant, penser un espace thérapeutique où un jeune pourrait rencontrer des moyens thérapeutiques variés ouvrirait d'autres opportunités. Nous pouvons imaginer un service de santé mental où les jeunes de la Cigarra pourrait bénéficier de thérapies utilisant la médiation de l'art, de la musique ou bien la médiation corporelle...

Un autre thème m'interrogea quand je suis arrivée à l'hôpital de jour : il s'agit de la forme, du cadre de ces groupes. Je n'ai jamais eu l'occasion d'en connaître de tels en France, et il me semble que s'il existe un dispositif de ce type, le cadre du groupe serait plus strict. De manière générale, nous posons des règles plus rigides. Un groupe thérapeutique se déroule une fois par semaine, avec les mêmes jeunes, la durée est souvent d'une heure et nous tentons d'entrer et sortir de l'atelier tous ensemble, au début et à la fin de celui-ci. Il y a une progression temporelle au cours de l'atelier, signalée par des « rituels ». Si un jeune sort de la pièce, il est souvent compliqué de l'accompagner en dehors. Par ailleurs, la question de *l'intérieur et de l'extérieur* du groupe est souvent plus angoissante pour les professionnels.

Je ne sais pas si ces différences viennent du fait qu'en France nous sommes moins nombreux et que nous n'avons pas le temps de penser... ou que ne prenons pas le temps de penser ! C'est une grande question des institutions françaises ! Nous ne pouvons pas imaginer avoir une journée entière de réunions, cours et séminaires comme il existe à la Cigarra.

Et souvent durant les réunions, les équipes pluridisciplinaires ne se mettent pas réellement « au travail », les professionnels ont du mal à se distancier du factuel et à se rendre disponible pour une réflexion théorique.

De ma place, il me semble que beaucoup de points positifs dans le fonctionnement de la Cigarra doivent être préservés. Peut-être que le plus important est le temps de cours et de séminaires, indispensable à tous les psychologues. Ceci offre la condition nécessaire pour pouvoir penser ensemble, avec des bases théoriques communes à tous les membres de l'équipe.

L'absence de règles rigides semble être effective, d'autant plus que la pathologie des jeunes l'exige. Le nombre élevé de professionnel permet cette souplesse dans le cadre. Même si je me demande toujours comment les patients trouvent des repères stables parmi tous ces changements d'adultes. La question du transfert est alors apparue.

Lors des ateliers thérapeutiques auxquels j'avais participé auparavant, le principe de stabilité des co-thérapeutes était important. Il permet aux patients de construire des références identificatoires et qu'un transfert opère. Par ailleurs, j'ai pu observer pendant mon stage à la Cigarra, que certains jeunes semblaient s'appuyer sur des adultes choisis. Peut-être qu'il y a à penser le transfert de manière plus large, au niveau du cadre du groupe et non pas seulement dans une relation privilégiée avec un thérapeute.

Autre point important : la position et la fonction des psychologues qui sont intégrés à l'équipe pour quelques mois. En France, le modèle du groupe thérapeutique comprend deux ou trois adultes maximum, avec souvent deux co-thérapeutes et parfois un observateur. La place de l'observateur est par ailleurs très importante et intéressante dans un atelier. Au début, je me demandais comment les patients pouvaient vivre cette situation, avec autant de regards. Maintenant, il me semble que cette configuration des groupes est plus contenante que gênante. Le comportement des jeunes, la manière de se déplacer dans l'espace, de s'asseoir ou s'allonger, de réagir au contact corporel, au regard, sont autant d'informations cliniques essentielles. Le nombre élevé de professionnels permet qu'il y ait (quasiment) toujours quelqu'un de disponible pour voir et répondre à une action, un mot, un comportement d'un enfant. Cette possibilité peut être d'une grande richesse.

Quand je suis arrivée à la Cigarra, mon niveau de compréhension de la langue et mes capacités d'expression étaient faibles. Je n'avais pas d'autres possibilités que de me concentrer sur ce que je voyais. Si je portais trop d'attention à ce que j'entendais, j'étais rapidement perdue dans un espace dépourvu de sens. Certains ateliers étaient plus simples pour moi : l'atelier de langues, celui des ombres et le 208x. Même si je ne pouvais pas comprendre tous les commentaires et réactions des adultes et des enfants. Au contraire, l'atelier « del disparate » (jeu du téléphone arabe) était à la fois, très riche et très compliqué. Qu'il est déstabilisant de ne pas comprendre le son qui arrive à sa propre oreille comme un mot ! Nous pouvons imaginer que ceci arrive souvent, pour de nombreux jeunes accueillis à la Cigarra. Il est également frustrant de prononcer un mot que personne ne comprend et que personne ne peut répéter. Ce fût alors une bonne expérience de communication « impossible ».

Il m'arrivait parfois de comprendre un mot ou un fait avec deux ou trois jours de décalage. Ce n'était pas probléma-

tique, mais me rappelait que la distance temporelle peut parfois être nécessaire pour comprendre. J'ai réalisé que ce n'était pas la forme ni le cadre qui font du groupe, un atelier thérapeutique, mais peut-être plus les psychologues et leur spontanéité.

Les propositions d'ateliers à la Cigarra étaient toutes nouvelles et différentes de ce que j'avais pu rencontrer en France, mais tout pris sens et enrichi ma représentation d'un atelier thérapeutique.

Maintenant, il me faut continuer à étudier et lire ; poursuivre mes réflexions quant à ma manière de travailler en France, avec de nouvelles bases.

Introducción

Interrogamos efectos que se pueden decantar del trabajo de análisis y de un taller terapéutico en la construcción de un cuerpo por niños en vías de estructuración de autismos y psicosis. La función del analista varía según el niño se esté estructurando. Si suponemos en el autismo fallas en el proceso de alienación, es posible que el analista apueste por un intento de posicionarse especularmente delante del sujeto para permitir esa operación.

En la estructuración de una psicosis la separación es fallida: el sujeto se mantiene sometido al Otro. ¿Cabría al analista posicionarse como *secretario del alienado*¹, acompañar al niño en el intento de restituir la realidad mediante el delirio, escuchando el testimonio de su relación sin mediación con el Otro? ¿Sería el caso de acompañarlo en su proceso constitutivo o la apuesta sería por una intervención que tenga la potencia de apuntar hacia un lugar tercero que rompa con la dualidad imaginaria especular? Interrogar cómo el analista puede acompañar al sujeto en la invención de algo que pueda amarrar los registros y apaciguar la angustia para que se realicen operaciones nos parece válido.

El cuerpo en la clínica psicoanalítica

Con el fin de investigar la función de la integración de la imagen del cuerpo en la estructuración subjetiva, partiremos de un fragmento de análisis de un niño[®] de 7 años, remitido por la escuela para el servicio de atención psicológica, con la sospecha de esquizofrenia. Los profesores relatan que a veces se tapa los oídos con las manos y grita.

El padre, diagnosticado con esquizofrenia, tenía 32 años cuando el hijo nació y la madre, 15. La pareja se mantuvo a lo largo de 5 años *debido al hijo*, dice el padre. Después de la separación permaneció bajo los cuidados de la madre, pero luego fue a vivir con el padre. Presenta enuresis nocturna y comparte la cama con el padre. Empezó a hablar a los 5 años. Antes solo emitía zumbidos.

Dice que él y su corazón lloran porque extrañan a su madre y añade: “el corazón de ella me duele”. No quiere dormir en su cama pues “la cama tiene un corazón”. Cree que el abuelo falleció por comer frutas envenenadas. Asocia los fenómenos de su cuerpo con lo que ingiere: al comer pochoclos su garganta se rasga y él vomita.

P (paciente): Faltan piezas.

A (analista): Ese espacio entre las piezas es para jugar. ¿Vos sabes jugar?

P: Sí.

(No se hizo nada con las piezas)

P: ¡Gané!

A: ¿Ganaste? ¿Y cómo sabes que vos ganaste?

P: Yo gané la pelota.

Ese fragmento no nos permite definir la estructura, porque en la infancia la estructura no está decidida. Sin embargo, algo como una perturbación en la asociación de ideas aparece. No sabemos si el chico presenta alucinaciones, solo que tapa los oídos con las manos. Atribuir vida a los objetos inanimados aparece en forma de fantasía en historias inventadas por los niños o en sus producciones gráficas. Eso indica especificidades de la clínica con niños que deben

1 Lacan, J. 1955-56/ 2008, p. 236

ser consideradas en la formulación de hipótesis sobre la estructuración.

Algunos fenómenos se manifiestan en el cuerpo: agitación motora, enuresis nocturna, ideas sobre determinados alimentos que rasgan su cuerpo por dentro. Hay riesgo de que esté estructurando una psicosis. A partir de esta hipótesis el analista va a trabajar con los recursos que el propio sujeto construye para lidiar con la intrusión del Otro. Que el sujeto pueda, poco a poco, ir delimitando el tiempo y el espacio, de modo que vaya armando un borde imaginario que permita circunscribir algo del goce que emerge en exceso, puede ser una apuesta del análisis.

Dibujar un cuerpo en el taller terapéutico

Los eventos cotidianos de un hospital de día[®] para niños nos han permitido cuestionar la función de los talleres en el tratamiento y en la constitución del sujeto. La escritura permite traducir en palabras algo de esa experiencia. Elegimos analizar este taller en particular por ser tal vez el que más claramente permite poner en escena el armado del cuerpo.

En el taller 208x el coordinador solicita que cada participante dibuje en el pizarrón una parte del cuerpo de una persona hasta que alguien diga que parece estar listo. Se les pregunta si a alguien le gustaría añadir o quitar algo del dibujo. En seguida, se crea una personalidad para el personaje. Se interroga cuál podría ser el nombre, la edad, lo que está haciendo, etc. Niños y analistas del taller sugieren respuestas. Al final cada participante vota la característica que prefiere y aquellas más votadas definirán el personaje.

Estar incluido en el dispositivo nos ha permitido observar dificultades y avances, éxitos de los niños en la conformación de la imagen del cuerpo: un brazo separado del cuerpo, representación del corazón y de los pulmones (como si hubiera transparencia en el cuerpo), orejas demasiado grandes, manos sin dedos, ojos fuera del rostro, con frecuencia eran dibujados. Había niños que no paraban de dibujar, buscando hacer el cuerpo entero. El coordinador ponía límite advirtiéndoles para parar, que ya estaba bien hasta dónde habían hecho.

Construir conjuntamente un cuerpo permitía que otro participante pudiera incluir el ojo, que había sido dibujado fuera, en el rostro; forjar una unión del brazo suelto con el pecho. Gradualmente, el cuerpo se iba unificando en la imagen. Marcar el cuerpo con significantes, asignar sentidos, nominar, constituye una forma de delimitar el cuerpo: un cuerpo otro, supuesto, pero que correspondientemente alude al cuerpo propio del niño implicado en su construcción.

No podemos afirmar que la forclusión del significante del Nombre-del-Padre ya se haya efectuado para un niño que esté estructurando una psicosis. Nuestra apuesta es que el trabajo en los talleres aliado a la atención clínica pueda ayudar en la construcción de la imagen del cuerpo propio, integrando las partes fragmentadas. Eso permitiría regular algo del goce, forjar la construcción de bordes para el cuerpo, para que poco a poco pueda diferenciarse del otro y posicionarse en la esfera social.

La construcción de un cuerpo

La idea de tener un cuerpo no está dada desde el principio. El cuerpo del bebé es experimentado como partes desintegradas: él no es capaz de reconocer como propio su brazo cuando lo mira. Es la experiencia del estadio del

espejo² que va permitir anticipar la unificación de la imagen corporal. El niño experimenta con alegría el reconocimiento de su imagen en correlación con la visión del cuerpo del adulto que lo acompaña y que instituye, por intermedio de la palabra, que aquel que aparece en el espejo es él. Primero el niño designa con su nombre la imagen que ve en el espejo. Sólo después va poder decir que aquel que aparece en el espejo *soy yo*. La imagen especular constituye la matriz sobre la cual el yo se precipita.

Hay un momento en la constitución de la imagen del cuerpo en que aparece el fenómeno del transitivity, indicando la imposibilidad de distinción entre el yo y el no yo, debido a la alienación imaginaria. El niño que le pegó al compañero dice “él me ha pegado”, mostrando que para él es exactamente la misma cosa. Algo del transitivity insiste en la psicosis, pues no hay mediación simbólica capaz de promover una separación entre el sujeto y el otro. En el taller el semejante aparece para el niño a veces como rival y otras veces como sostén imaginario. En esta última hipótesis vemos el niño identificarse en la imagen del otro, imitándolo en todo lo que hace.

En la esquizofrenia hay fragmentación del cuerpo, metonimia infinita del significante y desregulación del goce. La palabra adquiere consistencia, pudiendo provocar sensaciones corporales (lenguaje de órgano). Contra la intrusión del Otro, el sujeto sacrificaría una parte del cuerpo, pero no se entregaría totalmente. Puede creer que no es él quien comanda los movimientos de su propia pierna. En el delirio el perseguidor se incluye en el cuerpo.

En la paranoia el Otro es supuesto como haciendo referencia al sujeto desde el exterior, tal como en el delirio de persecución. El cuerpo está en la mira de un Otro del cual no se puede escapar: Schreber no tenía elección a no ser someterse a los mandatos de Dios. La alienación del sujeto hace que el *objeto a* no pueda restarse, desalojarse del cuerpo. La mirada en un delirio de estar siendo observado, nunca cae sino que se remite al cuerpo del sujeto todo el tiempo; las voces en la alucinación auditiva, viniendo de fuera, invaden el cuerpo del sujeto.

En el taller había un chico que, invitado a participar, no contestaba: seguía absorto en la tarea de rasgar un papel y tirar los pedazos por la ventana. Un día fue hacia el pizarrón e hizo un círculo al lado del dibujo de la persona. No sabemos lo que quiso representar; tampoco si entendía la tarea. Sin embargo, actuó de modo distinto rompiendo con la repetición indefinida del movimiento. En el autismo es posible que la noción de cuerpo no se constituya, pues dentro y fuera están indiferenciados. La no delimitación de los bordes del cuerpo sería resultado del “*fracaso del circuito pulsional completo*”³. El tercer tiempo en que el niño ofrece una parte del cuerpo para satisfacer al otro, estaría ausente.

El niño puede intentar estabilizar su relación con el cuerpo a través de la invención de un objeto que, indiferenciado, asume la función de una parte del cuerpo y de lo cual rechaza separarse. En el taller se busca anticipar la posibilidad de apropiación y de integración de la imagen corporal, cuando las operaciones psíquicas necesarias a tal aprehensión no acabaron de establecerse. Una apuesta anticipatoria en el advenimiento del sujeto es la base ética del psicoanálisis y constituye el norte común entre la experiencia del análisis y la de los talleres.

ariolifer@gmail.com

2 Lacan J., 1949/ 1998, p. 99

3 Lasnik-Penot, 1997, p. 40, traducción propia

Referencias Bibliográficas

LACAN, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: *Escritos I*. Madrid: Siglo XXI, 2013, p. 99-106.

LACAN, J. (1955-56). *El seminario, libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós Ed., 2008.

LAZNIK-PENOT, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. B. *Palavras em torno do berço*. Salvador: Ágalma, 1997.

Introdução

Interrogamos efeitos que podem decantar-se do trabalho da análise e de uma oficina terapêutica na construção de um corpo por crianças em vias de estruturação de autismos e psicoses. A função do analista difere dependendo de como a criança está se estruturando. Se supusermos no autismo falhas no processo de alienação, é possível que o analista aposte numa tentativa de posicionar-se especularmente diante do sujeito para viabilizar essa operação.

Na estruturação de uma psicose a separação é falha: o sujeito é mantido subsumido no Outro. Caberia ao analista posicionar-se como “*secretário do alienado*” (LACAN, 1955-56/ 2008, p. 236), acompanhar a criança em sua tentativa de restituição da realidade pelo delírio, escutando o testemunho de sua relação sem mediação com o Outro? Seria o caso de acompanhá-la no processo constitutivo ou a aposta estaria em uma intervenção que tenha a potência de apontar para um lugar terceiro que rompa com a dualidade imaginária especular? Interrogar como o analista pode acompanhar o sujeito na invenção de algo que possa amarrar os registros e apaziguar a angústia para que operações se efetivem nos parece válido.

O corpo na clínica psicanalítica

Na intenção de investigar a função da integração da imagem do corpo na estruturação subjetiva, partiremos de um fragmento da análise de um menino⁸ de 7 anos, encaminhado para atendimento pela escola, pela suspeita de estar estruturando uma esquizofrenia. Professores relatam que às vezes tapa os ouvidos com as mãos e grita.

O pai, diagnosticado esquizofrênico, tinha 32 anos quando o filho nasceu, e a mãe, 15. O casal permaneceu junto por 5 anos “por causa do filho”, segundo o pai. Após a separação, permaneceu sob os cuidados da mãe, mas logo foi morar com o pai. Apresenta enurese noturna e divide a cama com o pai. Começou a falar aos 5 anos; antes, só emitia zumbidos.

Conta que ele e seu coração choram de saudade da mãe e acrescenta: “o coração dela dói em mim”. Não quer dormir na sua cama, pois “a cama tem um coração”. Acredita que o avô faleceu ao comer frutas envenenadas. Associa fenômenos de seu corpo ao que ingere: ao comer pipocas, sua garganta rasga e ele vomita. Coloca peças no tabuleiro de damas.

P (paciente): Faltam peças.

A (analista): Esse espaço no meio, entre as peças, é para jogarmos. Você sabe jogar?

P: Sim.

(nenhum movimento é feito com as peças)

P: Ganhei!

A: Ganhou? E como sabe que você ganhou?

P: Eu ganhei a bola.

Esse fragmento não nos permite definir a estrutura, até mesmo porque na infância a estruturação não está decidida. Entretanto, algo como um distúrbio na associação das ideias aparece. Não sabemos se o menino apresenta alucinações, apenas que tapa o ouvido com as mãos. Atribuir vida a objetos inanimados aparece sob a forma de fantasia em histórias inventadas pelas crianças ou em suas produções gráficas. Isso indica especificidades da clínica

com crianças a serem consideradas ao formular a hipótese relativa à estruturação.

Alguns fenômenos se manifestam no corpo: agitação motora, enurese noturna, ideias de que certos alimentos rasgam o seu corpo por dentro. Há risco de que esteja estruturando uma psicose. Ao partir dessa hipótese o analista vai trabalhar com os recursos que o próprio sujeito edifica para lidar com a intrusão do Outro. Que o sujeito possa, pouco a pouco, ir delimitando o tempo e o espaço, de modo que a ir armando uma borda imaginária que permita circunscrever o gozo, que emerge em excesso, pode ser uma aposta da análise.

Desenhar um corpo na oficina terapêutica

Os acontecimentos cotidianos de um Hospital-Dia¹ para crianças permitiram-nos interrogar a função das oficinas no tratamento e na constituição do sujeito. A escrita permite traduzir em palavras algo dessa experiência. Escolhemos analisar uma oficina em particular, eleita por ser talvez a que mais claramente permite colocar em cena a armação do corpo.

Na oficina 208x o coordenador solicita que cada participante desenhe no quadro-negro uma parte do corpo de uma pessoa até que alguém enuncie que parece estar pronto. É perguntado se alguém gostaria de acrescentar ou retirar algo do desenho. Em seguida, cria-se uma personalidade para o personagem. Interroga-se qual poderia ser o nome, a idade, o que está fazendo, etc. Crianças e oficinairos sugerem respostas. Ao final, cada participante vota na característica que prefere e aquelas mais votadas definirão o personagem.

Estar incluído no dispositivo permitiu-nos observar dificuldades e avanços, êxitos, das crianças na conformação da imagem do corpo: um braço separado do corpo, representação do coração e dos pulmões (como se houvesse transparência no corpo), orelhas demasiado grandes, mãos sem dedos, olhos fora do rosto, por vezes eram desenhados. Havia crianças que não paravam mais de desenhar, buscando grafar o corpo inteiro. O coordenador colocava então um limite, alertando-as para parar, que já estava bem até onde haviam feito.

Construir conjuntamente um corpo permitia que outro participante pudesse depois incluir o olho, que havia sido grafado fora, no rosto; forjar uma ligação do braço solto com o tórax. Paulatinamente, o corpo ia-se unificando na imagem. Marcar o corpo com significantes, atribuir sentidos, nomear, constitui uma forma de delimitar o corpo: um corpo outro, suposto, mas que correlativamente alude ao corpo da própria criança implicada em sua construção.

Não podemos afirmar que a forclusão do significante Nome-do-Pai já tenha se efetivado para uma criança que está estruturando uma psicose. Apostamos que o trabalho das oficinas aliado ao atendimento clínico possa auxiliar na armação da imagem do corpo próprio, integrando as partes disjuntas. Isso permitiria regular algo do gozo, forjar a construção de bordas para o corpo, a fim de que aos poucos possa diferenciar-se do outro e posicionar-se na esfera social.

A construção de um corpo

A ideia de ter um corpo não está dada de início. O corpo do bebê é vivenciado como partes desintegradas: ele não é capaz de reconhecer como próprio seu braço quando o vê. É a experiência do “estádio do espelho” (LACAN, 1949/

1 Hospital-Dia “La Cigarrá” do “Centro de Salud Mental nº 1: Hugo Rosários” de Buenos Aires (Argentina), onde a pesquisadora realizou estágio, vinculado a curso de pós-graduação *lato sensu* (Brasil).

1998, p. 96) que vai permitir antecipar a unificação da imagem corporal. A criança vivencia com júbilo o reconhecimento de sua imagem em correlação à visão do corpo do adulto que o acompanha e que institui, por intermédio da palavra, que aquele que aparece no espelho é ele. Primeiro a criança designa por seu nome a imagem que vê no espelho. Só depois vai poder dizer que aquele que aparece no espelho “sou eu”. A imagem especular constitui a matriz sobre a qual o eu se precipita.

Há um momento da constituição da imagem do corpo em que aparece o fenômeno do transitivismo, indicando a impossibilidade de distinção entre o eu e o não eu, decorrente da alienação imaginária. A criança que bateu no colega diz: “ele me bateu”, demonstrando que para ela é exatamente a mesma coisa. Algo do transitivismo insiste na psicose, pois não há mediação Simbólica capaz de promover uma separação entre o sujeito e o outro. Na oficina, o semelhante aparece para a criança ora como rival ora como sustém Imaginário. Nessa última hipótese vemos a criança colar-se na imagem do outro, imitando-o no que faz.

Na esquizofrenia há fragmentação do corpo, metonímia infinita do significante e desregulação do gozo. A palavra adquire consistência, podendo provocar sensações corporais (linguagem de órgão). Frente à intrusão do Outro, o sujeito sacrificaria uma parte do corpo, dissociando-a, mas não se entregaria totalmente. Pode acreditar que não é ele quem comanda os movimentos de sua própria perna. No delírio, o perseguidor está incluído no corpo.

Na paranoia o Outro é suposto como fazendo referência ao sujeito desde o exterior, tal como no delírio de perseguição. O corpo é visado por um Outro do qual não se pode escapar: Schreber não tinha escolha a não ser submeter-se aos desígnios de Deus. A alienação do sujeito faz com que o *objeto a* não possa restar-se, desprender-se do corpo. O olhar, em um delírio de estar sendo observado, nunca cai, mas visa o corpo do sujeito o tempo todo; as vozes, na alucinação auditiva, provindo de fora, invadem o corpo do sujeito.

Na oficina havia um menino que, convidado a participar, não respondia: seguia absorto rasgando um papel e atirando os pedaços pela janela. Um dia dirige-se ao quadro-negro e faz um círculo ao lado do desenho da pessoa. Não sabemos o que buscou representar; tampouco se compreendia a tarefa. Entretanto, agiu diferente, rompendo com a repetição indefinida do movimento. No autismo é possível que a noção de corpo não se constitua, pois dentro e fora estão indiferenciados. A não delimitação das bordas do corpo seria tributária do “fracasso do circuito pulsional completo” (LASNIK-PENOT, 1997, p. 40). O terceiro tempo, em que a criança oferece uma parte do corpo para satisfazer ao outro, estaria ausente.

A criança pode tentar estabilizar sua relação com o corpo através da invenção de um objeto, que, indiferenciado, assume a função de uma parte do corpo, e do qual recusa separar-se. Na oficina busca-se antecipar a possibilidade de apropriação e de integração da imagem corporal, quando as operações psíquicas necessárias a tal apreensão não terminaram de efetivar-se. Uma aposta antecipatória no advento do sujeito está no cerne da ética da psicanálise e constitui norte comum entre a experiência da análise e o fazer das oficinas.

ariolifer@gmail.com

Referências bibliográficas

LACAN, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia