

*Mayéutica* 

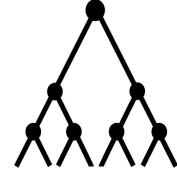
*Institución Psicoanalítica*

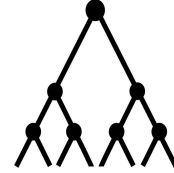
Fundadora y Miembro de Convergencia, Movimiento Lacaniano por el Psicoanálisis Freudiano  
Fundadora y Convocante de la Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis  
Fundadora e Integrante del Centro de Extensión Psicoanalítica

# NIÑOS, ADOLESCENTES Y PADRES: VACILACIONES DEL FANTASMA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

*Autor: Maria Borgatello de Musolino;*  
Trabajo leído en: El psicoanálisis en el  
Hospital Público –práctica y formación del  
analista- Avatares hospitalarios en la  
clínica con niños y adolescentes.

[mrbmussolino@gmail.com](mailto:mrbmussolino@gmail.com)





## NIÑOS, ADOLESCENTES Y PADRES: VACILACIONES DEL FANTASMA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

*"...El hecho de que haya transferencia fue suficiente para que estemos implicados en esta posición de ser aquél que contiene el agalma, el objeto fundamental del cual se trata en el análisis del sujeto, como unidos, condicionados por esta relación de vacilación del sujeto que caracterizamos como constituyendo el fantasma fundamental, como instaurando el lugar donde el sujeto puede fijarse como deseo".*

*Lacan, La transferencia, 8 de marzo de 1961*

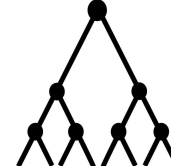
*"...Sin embargo, otra cosa es la falta a la que está enlazada la satisfacción. Esa distancia del lugar de la falta en su relación con el deseo como estructurado por el fantasma, por la vacilación del sujeto en su relación con el objeto parcial, esa no coincidencia de la falta de que se trata con la función del deseo por así decir, en acto, esto es lo que crea la angustia, y sólo la angustia encuentra apuntar a la verdad de esa falta. Es por eso que en cada nivel, en cada etapa de la estructuración del deseo, si queremos comprender de qué se trata en la función del deseo, debemos localizar lo que llamaré el punto de angustia.*

*J. Lacan, La angustia, 15 de mayo de 1963*

*"...El punto de angustia está a nivel del Otro, a nivel del cuerpo de la madre. El funcionamiento del deseo, vale decir, del fantasma, de la vacilación que une estrechamente al sujeto con *a*, aquello por lo cual el sujeto se encuentra esencialmente suspendido de *a*, identificado con *a*, resto siempre elidido, siempre escondido que nos es preciso descubrir, subyacente a toda relación del sujeto con un objeto cualquiera, ...".*

*J. Lacan, La angustia, 15 de mayo de 1963*

Introduciremos las *vacilaciones del fantasma*, parafraseando a Lacan en *La angustia*: el funcionamiento del deseo, vale decir, del fantasma es la vacilación que une **estrechamente al sujeto con *a***, el objeto de su deseo. Observamos en la clínica psicoanalítica hospitalaria que éstas vacilaciones no se reducen al deseo analizante sino a quienes intervienen en su atención y tratamientos. ¿Cómo perlaboraremos las vacilaciones del fantasma de aquellas transferencias laterales por las que el analizante llega a su análisis?. ¿De qué



modo se elongan la lengua que habla y, a su vez, influye sobre la dirección/orientación posible de una cura?

Las vacilaciones del fantasma, corresponden a momentos de desorganización o reorganización pulsional que no alcanzan a ordenarse en la palabra o la frase y se tramitan en actos, acting outs o pasajes al acto. Se trata de la vacilación del punzón -el espacio de corte articulado- que une y separa al sujeto del deseo y de lo inconsciente con el objeto a, con el objeto de deseo en el fantasma (Lacan, 15-363). La apertura o desarticulación, altera la organización simbólica del habla. Sus titubeos o apertura producen angustia, desbordes, violencia, agresiones, depresión.

Frecuentemente coincide con las de sus padres, los profesionales a cargo y hasta con la de su analista, lo que deja al paciente muy próximo a una fuerte desconexión con la realidad. En otras oportunidades, el analizante trae los afectos a los que se encadena en los límites de dicha articulación. Entonces, entra por guardia o se transforma en una emergencia.

Tal como en el caso de una adolescente de 19 años. Es traída al Servicio ‘descontrolada y en estado de hiperexcitación psicomotriz. Entra por Guardia y es derivada a Consultorios Externos. Allí no quiere hablar, sólo muestra sus ataques y los cortes en sus piernas.

Su madre de 35 años, dice: “es una carga para mí. No sé qué hacer con ella”.

Como ‘no responde a la medicación’, la internan. Mejora y se estabiliza.

El deseo que es deseo del A, como saber que trabaja en transferencia, sabe-hacer con la vacilación de la relación de deseo que impide la metáfora en un sujeto. Observemos cómo:

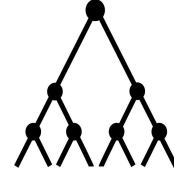
Su analista la acoge sin miedo, pues observa en sus reacciones violentas algo defensivo: “aquí podés decir lo que quieras”.

Pasa a dos veces por semana con tratamiento psicológico y ‘atención’ psiquiátrica.

“Me quiero morir.... No me puedo quedar sola. ...No puedo salir de casa”.

La relación de deseo se estructura en el terror a un **Hacer-se mutilar/destruir. Por estar en estrecha identificación con el a, no cree sustentarse como sujeto.** Fantasmáticamente realiza el rechazo o lo manifiesta verbalmente para preservarse. Parece fijada al deseo de retornar al vientre materno, en un ‘ser siendo incorporada’, tan sólo para evitar ser engullida por el Otro del que se defiende. Es lo que ha hecho vacilar el fantasma de la madre y lo que analista muestra con su afirmación de un ‘aquí’ distinto al batallar inconsciente.

Sin embargo, su posición desde un lugar neutro no vacila en hacer analizar el *contenido inconsciente*. Así desenlaza el marco de confianza transferencial que se allí instala. Aparece la **Angustia de destrucción y de abandono.**



Durante la supervisión clínica, el psiquiatra a cargo recuerda un sueño que trabajó con él –y que no evolucionó en la Historia Clínica:

Aparecía y desaparecía en medio de uno de sus ataques. Estaba pegada a su madre que la golpeaba para separarse y no desaparecer con ella. El *contenido manifiesto* es ahí, sin que alcance a leer algún sentido o significación de este rechazo. Sin palabras, llora desconsoladamente. Se golpea contra la pared. No puede asociar nada.

**Afortunadamente, su psiquiatra –con mucho tino- no aumenta la medicación sino que piensa en citarla otras veces. Entonces, le cuenta que tiene ‘dolor en el pecho y falta de aliento’. Él le dice que tiene el síndrome de corazón roto (o miocardiopatía de Takotsubo). Cree que lo dijo porque advirtió la vacilación de su fantasma ante la emergencia del afecto. En realidad lo concluyó porque lo sorprendió ‘el desborde pulsional’. Notoriamente y sin ‘vacilar’ el equipo se permite pensar que, al hacerse cargo de sostener la transferencia, tradujo estas vacilaciones que hizo suyas.**

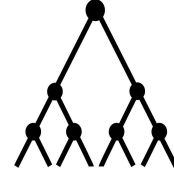
Ya en análisis, su analista advertida por el trabajo realizado, le pregunta si recuerda el sueño. Ester cree que es un reproche tal como el que, de modo inconsciente, recibe cada vez que desea. Dice, “perdóname pero tenía miedo de contártelo. Se lo conté a él **porque es más fuerte**”.

Su analista señala que tal vez porque F. es hombre, puso en juego su lugar de mujer –el de ella misma y el de su analista. ¿Por qué teme contarlo?.

“Tengo miedo a no existir. Que mi madre no sea mi madre. A perder la memoria. A dejar de ser”. Si dice lo que teme/desea, sin que el supuesto deseo en el Otro (su psiquiatra devenido Otro “fuerte”, el hombre que desea y la desea) la reconozca o le dé su asentimiento, puede dejar de ser quien es: una mujer que desea. La analista que interroga su miedo, afirma que es posible ponerlo en palabras en sesión, aún con quien viene al lugar de su madre por transferencia.

La suposición de saber por la cual la ama, dejar al amor libre de significación en la transferencia. Puesto que no depende de ella, en el lazo producido por un discurso que no es del semblante aparece el goce que impide condescender al deseo.

Es interesante observar cómo esta operatoria transferencial, organiza la relación de deseo alrededor de un **hacer-se oír/dominar por la omnipotencia del A que ella misma erige al producirse el punto de angustia (de emergencia de lo Real del deseo)**. Amar es ser amado, aún ante la destructiva disolución imaginaria que desencadena la intensidad de la



excitación y la consecuente retracción narcísica que la aísla y encierra en sí misma. Aún cuando reconoce su soledad –con el goce fálico de sus “ataques” y gritos-, aunque ya no se siente abandonada no sabe cómo articular el punzón que produce el corte, la caída del objeto y su condición de sujeto. Pero reconoce que existe en la denegación “*tengo miedo de no existir*”, de dejar de ser hija si su madre *no es su madre*. Hasta el extremo de dejar de ser, “*perder la memoria*” y no recordar quien es, si hace lo que desea: amar más allá del amor edípico.

En ese instante, su analista le sugiere que se anote las cosas, sin saber bien por qué. El hilo imaginario sitúa un puente libidinal hacia no sabe dónde. Mas a partir de sus notas, consigue tranquilizarse. Comienza a hablar en sus sesiones. Pasa a ambulatorio.

Continúa asistiendo a dos sesiones por semana. Aparece desconfianza en lo que hace y en lo que los demás dicen: “Me desespero. Ya no me dan los ‘ataques’ –no necesita actuarlo porque puedo decirlo”. “... Debe ser porque sé que no lo voy a lograr”.

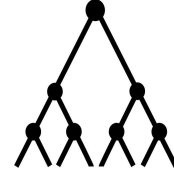
Relata que repitió tres veces 1º año. Decide volver a la escuela porque quiere terminar la secundaria. Trae a sesión y lee “lo poco” que anota. Después de unos meses, se da cuenta que ha comenzado a escribir para su analista, que le gusta. Luego de escribir ‘para su’ psiquiatra, escribe para un muchacho en la escuela que le responde con... cartas y una cita a la que acude.

En las entrevistas con padres, a las que su padre vino una sola vez ‘porque no puede’, **la madre ‘avisa’ que “ya no se corta” y que quiere interrumpir el tratamiento.** En la entrevista trabajan esta vacilación de su fantasma: qué hacer con una hija que cambió el exhibir cortes en el cuerpo por escribir cosas que no le muestra. Piensa, por qué no puede dejarla crecer y reconoce que nunca supo cómo sostener la pesada carga que sus hijos le representan. Acepta trabajar en una terapia familiar en la que se comprometa a su marido.

### **¿Qué función tiene el losange o punzón que vacila en el fantasma?**

Tengamos en cuenta que el losange o punzón, es la articulación narcísica al Otro y a los otros dónde acontece la relación del sujeto con su deseo. Este enganche a la cadena significativa articula lo pulsional al habla, le permite darle significación y sentido a la fuerza constante de su libido que determina su lugar de sujeto del deseo y de lo inconsciente, en su relación con el mundo y los demás. Sin este corte, agujereado y articulación con el objeto de deseo sobre el que se monta sujeto del verbo, no habría del lazo discursivo que expresara de manera armónica la disarmonía Real de su deseo.

En el ámbito hospitalario es posible hacerse cargo de -poner a trabajar en el análisis- las vacilaciones fantasmáticas del deseo en niños, adolescentes o adultos. El trabajo en equipo, optimiza la posibilidad de pensar las consecuencias para el análisis del fantasma de los padres y otras transferencias laterales.



Sin embargo, los titubeos y vacilaciones del fantasma del analista y demás personal del equipo implicado sólo pueden trabajarse, en parte, en los ateneos, las supervisiones o el análisis de control. Lo singular, sabemos, sólo emergerá en el análisis personal.

Claro que, cuanto antes sean advertidas en y por el Equipo o el profesional a cargo antes encontrarán cauce simbólico y no sólo anclarán en la angustia, la desorientación y la angustia de abandono que expulsará al analizante. Aquel enmascarado tras el ‘caso clínico’ o tras la tensión agresiva propia del equipo en sus fantasías de ‘grupo’ que le hacen defender a cada uno –celosamente- su área o disciplina. ¿Por qué es necesario trabajar y poner a trabajar en el equipo hospitalario, las vacilaciones del fantasma?

En primer lugar, es necesario para darse cuenta que las vacilaciones sostienen o producen el síntoma verbalizado por el paciente, así como las creencias inanalizables de quienes lo rodean. Si ellas pueden “contribuir” a la marcha del análisis, es porque nadie –o sea, cada uno de los involucrados- puede advertirlas por sí mismo.

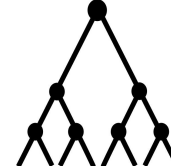
En segundo lugar, la vacilación que hace depender o identificar al sujeto con el objeto en busca de satisfacción, *instaurará el lugar donde el sujeto puede fijarse como deseo* (Lacan, La transferencia 8-3-61). Con lo que serán una baliza para la dirección de la cura. Las vacilaciones fantasmáticas son inherentes a las variantes del deseo en análisis. Influyen, condicionan u ocasionan las *variantes en la cura tipo* posible en el ámbito del hospital y, por consiguiente, la operatoria de quienes son responsables de que ocurra un psicoanálisis y los otros tratamientos.

### **Es importante advertirlo para:**

- **Evolucionar el antecedente en la historia clínica**
- **Observar su re-percusión en cada uno de los efectores y sus representantes – tanto como en el analizante-**
- **Considerarlas en las entrevistas de admisión /derivación**
- **Orientar las entrevistas con padres y con el niño a realizar fuera del análisis**
- **Encontrarla en el juego, el dibujo y el lenguaje en el análisis del niño**

Nos interesa transmitir, de qué modo operar cuando la escucha participa de estas oscilaciones. De qué modo no incidir sobre ellas precipitándolas, ya sea urgidos por el tiempo, la lista de espera y/o otras ansiedades básicas del ámbito hospitalario. Tales como no encontrar consultorio, consultar múltiples supervisores o responder ante la presión por la derivación que afecta el ideal del yo y el super-yo del analista antes de que la transferencia lo ubique en tal *posición: la de analista*.

Por otra parte, es necesario entender la importancia operativa de evolucionar las historias clínicas, para que sean útiles en la discontinuidad, la interrupción o continuidad del tratamiento, en el desarrollo de otras transferencias, sea por cambio de analista, por la intervención de otros profesionales o agentes, hasta la derivación de Hospital por circunstancias ajenas al tratamiento.



Puntualicemos que lo que vacila es el punzón. Es decir, el corte entre el sujeto y el objeto (de deseo fantasmático) por los desbordes y/o la desorganización pulsional. El sujeto se desdibuja –pues no ‘localiza’ el significante que lo representa sujeto. Sin la protección subjetivante de la palabra, con desasocio toma el lugar de objeto o se evanece en la piel del afecto, la violencia destructiva o la agresión contra sí mismo.

La violencia Real, sin Simbólico o Imaginario que la anuden en una relación de deseo, está signada en la apertura y vacilación del losange. El punzón es signo de corte que separa, que libera de la alienación al Otro en el fantasma.

Puesto que el correlato de este corte es el objeto a, objeto de deseo, se abre la relación de conjunción, disyunción, inclusión e implicación entre el sujeto y su objeto. La relación de deseo titubea frente a situaciones, reales o imaginarias, que exigen un cambio o por las que supone necesario otra posición subjetiva.

Se le impone un reacomodamiento ante lo que podría considerarse una Reacción Terapéutica Negativa -si aconteciese en situación de análisis. La reorganización pulsional, será necesaria porque algo de la transferencia analizada ha dado ‘en el clavo’, la castración sintomatizada, y el paciente cree no tener recursos para ‘clavarlo’ –asumir su deseo ante tal límite.

### **Incidencia en la Alteridad u Otredad de la demanda que organiza la pulsión**

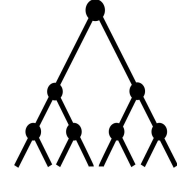
Especialmente, cuando las condiciones de realidad y de vida que intervienen –y, a veces, interfieren en el trabajo de la transferencia-, las vacilaciones del fantasma no son previsibles ni controlables porque provienen de factores externos. Agreguemos aquí, aquellas relacionadas a la forma de trabajo estipulado o posible en cada efector de salud. Así como aquellas constitutivas que hacen vacilar el fantasma del analizante, el de sus padres y/o el del mismo analista.

Tenerlas en cuenta en el tiempo de la residencia o concurrencia, hace a la posibilidad de analizar el fantasma cada vez. Con el fin de que quien goza esos sentidos, encuentre un sujeto, verbo y predicado en el montaje simbólico e imaginario de la pulsión que lo acusa sin ‘motivo’. Si quienes pasan en lo cotidiano por ello hacen caso omiso de esta articulación de los deseos en juego, ¿cómo asumirá el analista –quien tenga un deseo de psicoanálisis en la intensión y la extensión- su lugar neutro o de semblante del *objeto causa de deseo* con que el que se le suponga saber-hacer y trabajar el síntoma en análisis?

Para concretar esta experiencia en un análisis, es necesario estar atentos a la **alteridad u Otredad de la demanda en la constitución del orden pulsional en juego**. Pues la vacilación se manifiesta, tanto en las entrevistas con los padres –en su mayoría jóvenes entre 25 y 40 años- como en las mismas torsiones propuestas. Ya sea en:

- a. **El niño por la polimorfia perversa de la satisfacción de su deseo**
- b. **El adolescente por las metamorfosis pulsionales que padece el trayecto deseante**





Sigue la presentación y análisis de un relato clínico.