

<https://www.psicomundo.com/foros/investigacion/discapacidad2.htm>

Siguiendo la idea que planteábamos en la presentación de esta área, este artículo tratará de cernir algunos interrogantes inmersos en el campo de la Discapacidad, para llegar a formalizar algunas preguntas precisas junto a su contexto de incumbencia, intentando ser un aporte para orientar la investigación psicoanalítica en dicho campo. Esperamos entonces, que esto tenga como efecto nuevos artículos de otros investigadores que intenten articular éstas y nuevas preguntas, propongan respuestas, argumentaciones y contra-argumentaciones, a fin de poder establecer una *serie* que sostenga la investigación, la profundice y le dé el rigor necesario para acercarnos y bordear *lo real* de la Clínica que nos ocupa.

Un primer tema a trabajar será discernir y establecer cómo se legitima la intervención y eficacia del psicoanálisis en la clínica de la discapacidad mental.

Solemos encontrarnos en el ámbito Institucional e interdisciplinario con ciertos planteos del tipo - ¿Pero si el problema es orgánico, de que puede servir una estrategia clínica o una intervención desde las coordenadas psicoanalíticas? Esto es importante ya que poder fundamentar conceptualmente la pertinencia de nuestra intervención nos corre de quedar aferrados solo a una defensa de tipo ideológica. También es importante ya que la construcción conceptual permite hacer evaluables y transmisibles los efectos que nuestra práctica produce.

Teniendo en cuenta que muchos enfoques sobre la llamada "*Discapacidad*" son poco aptos para alojar al discapacitado mental como sujeto de palabra, nos vemos obligados a plantear en primer lugar la pregunta sobre la relación entre sujeto, lenguaje y discapacidad. Es decir: ¿es legítimo plantear que, por ejemplo, al encontrarnos con un sujeto afectado de un daño orgánico-neurológico muy severo, igualmente debemos sostener la constitución y estructuración de un aparato psíquico tal como clásicamente lo entendemos desde el psicoanálisis? ¿Hay lugar para la suposición de un sujeto del lenguaje en un individuo cuyo organismo está dañado brutal o medianamente en sus funciones intelectuales? Estos son algunos de los interrogantes a los que nos vemos impelidos a buscar respuesta frecuentemente en este campo clínico. A veces sucede que dada nuestra perspectiva teórico-ética particular, las demás especialidades médicas o terapéuticas esperarán de nosotros una decisión, un veredicto a favor o en contra de la apuesta subjetiva. Somos demandados en general como "psicólogos" por las instituciones, aunque muchos de nosotros disponemos por principal herramienta de trabajo la teoría psicoanalítica; Es por eso que nos vemos compelidos a sentar los fundamentos conceptuales desde los cuales se pueda argumentar y proponer estrategias para mantener y desarrollar la dimensión subjetiva, a pesar de

los impedimentos orgánicos u fisiológicos, o mejor, desde los mismos impedimentos, perturbaciones o problemáticas médicas. El diálogo y el trabajo transdisciplinario se hace imprescindible en este nivel. Lo orgánico, lo subjetivo, el desarrollo, los criterios de salud-enfermedad, de vida y muerte... nuestro aporte es enlazarlos con los conceptos producidos por nuestra propia praxis (y por lo mismo, no disponibles en las otras disciplinas) como los de *deseo, sujeto, falta, pulsión, goce, Demanda*, etc., etc.

Desde esta perspectiva, entonces, es posible situar que el suceso biológico se inscribe en una particular *forma de hacer con la falta* en un grupo familiar, en una trama familiar que según su estructura, le dará mayores o menores oportunidades al discapacitado mental para quedar atrapado o salir de un proyecto de muerte subjetiva.

Sobre este punto proponemos poner a prueba la hipótesis freudiana acerca del factor de predisposición transmisible a través de distintas generaciones, como variable de análisis de las producciones sintomáticas. Con frecuencia, el sujeto afectado de discapacidad soporta por parte del discurso familiar y social (y muchas veces institucional) la focalización de una falla sobre su persona, que no es más que la de ese mismo grupo, - no es más que la de todos los grupos -. A esta falla (la universal, la de ser sexuados y mortales) que queda corporeizada y suturada en la falla de la discapacidad, le sigue un segundo movimiento de ocultamiento o aislamiento por ese mismo discurso. Se produce así una paradoja: el "discapacitado" produce en el «otro» el impulso de separarlo, de nominarlo como diferente, como excepción, cuando en realidad este movimiento le sirve a ese «otro» que se sitúa como "normal" para velar o reprimir lo "universal" de nuestra especie, la falta estructural al sujeto hablante.

Para investigar y avanzar sobre esta conceptualización, puede sernos de mucha utilidad el concepto psicoanalítico de castración, en su entrecruzamiento con los registros simbólico, imaginario y real. De esta manera, podemos empezar a entender cómo puede

confundirse lo imaginario de la minusvalía con la condición estructural de la falla que implica ser sujetos hablantes. La caída en esta confusión redobla el lugar de la **excepción** en la que generalmente el discapacitado mental ha tenido que vérselas para armarse un lugar en el mundo. Esclarecer estas dimensiones puede aportar mayor eficacia a nuestra intervención clínica (y abrir un espacio de reflexión compartida para aquellas posiciones clínicas dentro del psicoanálisis que entienden al discapacitado como un ser que padece un plus, como un ser diferente que debe recibir un tratamiento diferente).

Dos tendencias ubican al discapacitado como *víctima del destino* o, como *aberración natural*. Dos tendencias que anticipan una posición de fijeza donde no hay espacio para que advenga un sujeto.

En lo institucional, plantear una clínica con la discapacidad mental desde el psicoanálisis, implica que pueda producirse tanto en el plano de la institución como a nivel del discurso familiar algo del orden de un síntoma, de una queja, un malestar, que motorice la posibilidad de hacer lazo social. El descubrimiento de que esa falla está también **en los otros**, (otras familias, otros discapacitados) puede colaborar en el atravesamiento de la propia y permitir una alternativa a la condena a muerte (subjetiva) que supone, el lugar de la víctima imposibilitada o el monstruo vergonzante. Como decíamos, ciertas posiciones clínicas se alían tanto a la versión del destino como a la de aberración natural, como soportes de diagnóstico de la patología del discapacitado, y

considerándolo un ser "carente" por su "diferencia a los demás". Creemos que apostar a la producción subjetiva, - y no desde una posición victimizante-, produce efectos por añadidura que posibilitan la construcción, restablecimiento, o reubicación, de una relación con los objetos y con los otros.

Entrando en el terreno de las propuestas de abordajes clínicos concretos, surge también la necesidad de establecer algunos parámetros y «direcciones» para el tratamiento de un amplio abanico de presentaciones o perturbaciones. Así, en el tratamiento de la debilidad o retardo mental, surge la pregunta acerca de cómo pensar los diversos fenómenos que se manifiestan a nivel de su clínica. ¿La debilidad mental es una estructura subjetiva particular o encubre siempre estructuraciones como la psicosis, la neurosis? Este no es un interrogante nuevo del psicoanálisis. Ya en el seminario de los *Cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* (-1964- Paidós, pag. 246), Lacan se refiere a la necesidad de introducir la "dimensión psicótica" para pensar al "débil mental " y llamativamente invita a la lectura de la obra de Maud Mannoni. No seremos nosotros quienes contradiremos esta última invitación. Sostenemos que en los textos de Maud Mannoni podemos encontrar la fuerza aún viva de un real de la clínica con el que ella se enfrentó. Su abordaje tuvo el suficiente rigor como para mantener abierto un núcleo de interrogantes y problemas clínicos, aun cuando su teorización no haya dado respuesta acabada a esos interrogantes.

He aquí entonces otra propuesta: retomar los interrogantes abiertos que dicha teorización nos dejó. Y por supuesto, retomar a los otros – y no pocos ni menos interesantes -, autores e investigadores que han trabajado extensamente el tema del retardo mental, la discapacidad, la psicosis infantil, etc., en relación a la estructuración subjetiva.

Finalmente, está nuestra intención e invitación a considerar y formular alguna *palabra* sobre la intersección formada por el tríptico: política, salud mental y discapacidad. Esto posibilitaría tener injerencia en las discusiones sobre planes, políticas y leyes sobre el tema. El Area de la Salud Pública está cada vez más amenazada con distintos discursos y poderes que cada vez más anulan, forcluyen, el nivel subjetivo de la persona humana.

En esta confusión conceptual, la **subjetividad** parece no tener un lugar claro ni prioritario en el discurso y la práctica de los entes que regulan la problemática de la **discapacidad mental**.

Laura Salinas

Oscar Zelis

(enero/2002)