ClÃnica del riesgo cierto e inminente en la neurosis

Me interesa situar un punto que se presenta a menudo en la clÃnica, pero que tambiÃ©n se articula con ciertos temas legales: el concepto de riesgo cierto e inminente. Se presenta habitualmente en varios dispositivos clÃnicos que estÃ¡n en relaciÃ³n a la urgencia, tambiÃ©n en dispositivos hospitalarios, como una guardia, una sala de internaciÃ³n, una admisiÃ³n, en los que suele presentarse esta pregunta: Â¿este paciente estÃ¡ en riesgo? Â¿en quÃ© medida? Â¿Es un riesgo para sÃ o para terceros?

No es una pregunta menor, porque muchas veces de ella dependen las intervenciones que harÃ¡ el profesional: criterios de internaciÃ³n, criterios de derivaciÃ³n a hospital de dÃa, criterios para hacer determinadas intervenciones u operaciones. A veces esta pregunta se responde intuitivamente, o bien a partir de los aÃ±os de experiencia del practicante, a veces hay protocolos o cuestionarios de los que pueden servirse los profesionales.

Pero en el Ã¡mbito psicoanalÃtico, por fuera de la intuiciÃ³n o la experiencia, nos interesa situar quÃ© categorÃas o conceptos nos permitirÃan construir un criterio de respuesta a esa pregunta: Â¿cuÃ¡ndo y cÃ³mo podemos distinguir en el paciente los datos del riesgo para sÃ o para terceros que se ubican en la Ley de Salud Mental?

Para la ley, un â€œriesgo cierto e inminenteâ€• se refiere a una situaciÃ³n donde el peligro de daÃ±o es evidente y se espera que ocurra muy pronto. Es decir, es un peligro que ya es conocido como verdadero, seguro e indudable, y que amenaza o causa perjuicio a la vida o integridad fÃsica de una persona o de terceros. El riesgo cierto e inminente se caracteriza por:

- Certeza: el daÃ±o no es probable, sino que se espera que ocurra de manera inevitable.
- Inminencia: el daÃ±o estÃ¡ a punto de ocurrir, muy cercano en el tiempo.
- Gravedad: el daÃ±o puede ser grave, permanente o incluso mortal.

Esos criterios dependen de varios elementos, uno de ellos es el diagnÃ³stico, y serÃ¡n diferentes los criterios segÃºn si se trata de una neurosis o una psicosis. Me centrarÃ© en este texto en la neurosis, para abordar un punto central que se relaciona al riesgo, que podemos llamar las variaciones del

fantasma.

En la clÃnica de la neurosis, la funciÃ³n del fantasma permite mantener de un modo mÃ¡s o menos estable la relaciÃ³n entre el sujeto y el objeto *a* causa de deseo, lo cual permite al sujeto sostenerse en su relaciÃ³n al deseo. Cuando por diferentes causas, algo de esa relaciÃ³n estable falla, se producen distintas manifestaciones. SerÃa difÃcil agotar todas las manifestaciones posibles de eso que falla en el fantasma, pero en principio podemos ubicar tres principales: la angustia, el sÃntoma, y la inhibiciÃ³n.

Lacan sitÃºa en el Seminario 10 una compleja articulaciÃ³n que se produce entre estos tres conceptos, construyendo una clÃnica que se produce en el entrecruzamiento de los tres como si fuera un cuadro de doble entrada, en los que puede articularse por ejemplo la inhibiciÃ³n con el sÃntoma, o el sÃntoma con la angustia. Esa compleja articulaciÃ³n es la que nos servirÃ¡ para retomar nuestra pregunta, en relaciÃ³n a los criterios de riesgo cierto e inminente, y por eso analizaremos el cuadro que propone Lacan.

El cuadro de Lacan es el siguiente:

Como vemos, los tres conceptos centrales de inhibiciÃ³n, sÃntoma y angustia se ubican al modo de un cuadro de doble entrada, en el que cada concepto se articula con el anterior, generando un nuevo concepto que es producido por los dos: por ejemplo, si en el primer eje se articula la inhibiciÃ³n con el sÃntoma, eso da el impedimento. Pero como es un cuadro de doble entrada, tambiÃ©n se articula la inhibiciÃ³n con el sÃntoma en el segundo eje, y eso da la emociÃ³n.

Los dos ejes, horizontal y vertical, son el de la dificultad y el movimiento, situÃ¡ndolos en una dimensiÃ³n ascendente: de menor dificultad a mayor dificultad, y de menor movimiento a mayor movimiento. Esos dos ejes, dificultad y movimiento, se relacionan con el fantasma: ubican cÃ³mo son los acercamientos/alejamientos del sujeto a la presentificaciÃ³n del objeto *a*, que serÃa el punto de la angustia. Pero son diferentes entre sÃ.

El eje de la dificultad se ubica en el registro subjetivo, lo que llamarÃamos el pensamiento, la dificultad que se puede registrar, pensar, imaginar, sea consciente o inconscientemente. El eje del movimiento

se ubica en el registro corporal, lo que se experimenta en el cuerpo o lo que se siente, consciente o inconscientemente.

Con este cuadro entonces ubicaremos algunas de las coordenadas de lo que situamos como riesgo para sÃ o para terceros. Â¿En quÃ© medida un sujeto puede estar inhibido en su deseo -en su relaciÃ³n a la manifestaciÃ³n clÃnica de depresiÃ³n-, o en quÃ© punto estÃ¡ mÃ¡s cerca del acting o el pasaje al acto? Lo interesante que tiene este cuadro es su movilidad, donde puede pasarse de un casillero a otro, es decir que los casilleros son mÃ³viles, tal como lo encontramos en la clÃnica.

Lo iniciaremos en la inhibiciÃ³n. En la inhibiciÃ³n, el eje de la dificultad estÃ¡ en menos, y el del movimiento tambiÃ©n en menos. Esto implica que cuando un sujeto estÃ¡ inhibido, hace poco, piensa poco, siente poco, y ademÃ¡s, habitualmente no percibe demasiado su propia inhibiciÃ³n. La inhibiciÃ³n se asocia con la interrupciÃ³n o la caÃda del deseo, y eso puede manifestarse como dificultad para hacer, pensar, actuar, decidir, incluso puede manifestarse con caracterÃsticas de lo que comÃºnmente se llama depresiÃ³n.

Cuando la inhibiciÃ³n se articula con el sÃntoma en el eje de la dificultad, y el eje de la dificultad aumenta -del menos avanza hacia el mÃ¡s-, se produce el impedimento. El impedimento es el punto donde la inhibiciÃ³n se vuelve sintomÃ¡tica, es decir que la inhibiciÃ³n se registra, se siente. Como decÃamos antes, la inhibiciÃ³n puede no percibirse, pero cuando el sujeto se ubica en el impedimento, sÃ la percibe, lo cual se subjetiva al modo de: quiero pero no puedo. Un ejemplo es la timidez: quiero hablar pero no puedo, quiero hacer pero no puedo. La inhibiciÃ³n entonces se sintomatiza, lo cual implica que se percibe, pero ademÃ¡s que el sujeto se pregunta por ella. Por otro lado, cuando la inhibiciÃ³n se articula con el sÃntoma en el eje del movimiento, y el eje del movimiento aumenta -del menos avanza hacia el mÃ¡s-, se produce la emociÃ³n. La emociÃ³n se produce en el registro corporal, en el sentido de un cuerpo afectado por la inhibiciÃ³n que se sintomatiza, una emociÃ³n que puede manifestarse como movimientos inespecÃficos, sensaciones corporales, tics, intentos fallidos de hacer algo, etc.

En el siguiente paso, tanto en el eje horizontal como en el vertical, es cuando la inhibiciÃ³n se articula con la angustia. AllÃ toman mÃ¡s cercanÃa al riesgo.

En el eje horizontal, el de la dificultad, cuando la inhibiciÃ³n se articula con la angustia se produce el mÃ¡ximo de dificultad. De este modo, una inhibiciÃ³n que ya no se vive como impedimento sino como angustia y en estado de mÃ¡xima dificultad, es llamada por Lacan embarazo. El embarazo implica la dimensiÃ³n del â€œtrÃ¡game tierraâ€•, es ese punto donde ya no es â€œquiero pero no puedoâ€• como lo era el impedimento, sino que es la escena misma la que se vuelve insoportable, el sujeto se ubica al modo del querer huir, salir de la escena. El embarazo puede situarse como la mÃ¡xima barra puesta sobre el sujeto, donde el fantasma ha dejado de funcionar como mediaciÃ³n para el sujeto.

El riesgo que se produce allÃ, es porque el embarazo se articula, en el cuadro de doble entrada, con el pasaje al acto. De modo que el sujeto puede pasar del embarazo al pasaje al acto. Esto se produce no como querer huir o salir de la escena, sino efectivamente como la ruptura de la escena, la huida, la salida.

El pasaje al acto es el criterio central de riesgo: el pasaje al acto toma muchas formas, como un intento de suicidio, una conducta autolesiva, una conducta de agresiÃ³n hacia otros, o incluso un suicidio consumado o un acto de violencia hacia otros.

Pero antes de llegar al pasaje al acto, que implica el riesgo ya consumado -ya ocurriÃ³, ya es tarde para prevenir-, es posible orientarse, y quizÃ¡s prevenirlo, mediante las formas clÃnicas que toma el embarazo. El embarazo puede â€œavisarâ€• del riesgo de un pasaje al acto, es decir del riesgo cierto o inminente.

Para Lacan el fantasma es el sostÃ©n del deseo, por eso el embarazo puede ser la puerta de entrada al pasaje al acto, donde el fantasma ya no funciona, lo cual implica que no sostiene al deseo.

En el eje vertical, en el punto donde la inhibiciÃ³n se articula con la angustia en el mÃ¡ximo de movimiento, se produce la turbaciÃ³n. La turbaciÃ³n es el punto donde Lacan ubica un movimiento mÃ¡ximo pero angustiado e inhibido, lo cual toma la forma que habitualmente llamamos un â€œataqueâ€•: el ataque histÃ©rico, el ataque de angustia, el ataque de pÃ¡nico, donde el cuerpo pierde su control y su potencia y se derrumba. Lacan usa la palabra latina *esmagare*: el desmayo, la caÃda. Ese â€œesmagareâ€• no es el â€œtragame tierraâ€• del embarazo, sino la dimensiÃ³n donde el cuerpo estÃ¡ caÃdo de todas sus funciones.

La turbaciÃ³n, en el mismo cuadro, puede pasar hacia la siguiente posiciÃ³n, que es el acting out. Entonces, del mismo modo que antes veÃamos el riesgo que se produce entre el embarazo y el pasaje al acto, aquÃ podemos ubicar el riesgo entre la turbaciÃ³n y el acting out.

El acting out es descripto por Lacan como una mostraciÃ³n del objeto que ha sido desalojado de la escena, una mostraciÃ³n al Otro, que habitualmente tiene una forma riesgosa. Por ejemplo las fantasÃ-as de suicidio, los accidentes semi-voluntarios, los cortes en el cuerpo, toda una serie de conductas de riesgo que si bien no son tan graves como el pasaje al acto, se relacionan con Ã©l.

De modo que la turbaciÃ³n es tambiÃ©n un â€œavisoâ€• del acting out, por lo que tambiÃ©n es Ãºtil para la escucha analÃtica poder ubicar sus variables clÃnicas, con el fin de intervenir, si es posible, antes que se produzca el acting.

Y por Ãºltimo, el acting out es en sÃ mismo un riesgo, pero paradojalmente, puede tambiÃ©n servir como aviso de un riesgo mayor que es el pasaje al acto. Esto ocurre porque tambiÃ©n hay una cercanÃa en las posiciones del cuadro entre acting y pasaje al acto. De modo que sobre el acting, si bien implica un riesgo, es tambiÃ©n posible operar analÃticamente con el fin de intentar evitar el pasaje al acto.

AsÃ, podemos ubicar dos dimensiones muy Ãºtiles en la clÃnica, la turbaciÃ³n y el embarazo, como modos de situar variables del riesgo cierto o inminente, en la medida en que â€œavisanâ€• de la posible cercanÃa del acting out o el pasaje al acto, respectivamente. Y agregar en esa lista al acting out que, a su vez, avisa de la posible cercanÃa del pasaje al acto.

Tres dimensiones clÃnicas, turbaciÃ³n, embarazo y acting out, que sitÃºan en la clÃnica psicoanalÃ-tica, las variables del riesgo cierto o inminente, para sÃ o para terceros.

Obra de Julieta Cantarelli