

Fernando O. Ulloa

Novela clínica psicoanalítica
Historial de una práctica

FACULTAD DE PSICOPEDAGOGÍA

Inventario

125253

INDICE

Cubierta de Gustavo Macri
Motivo de tapa: Fragmento de *Cuadrigo persa*,
dibujo de María Celia González Gay

1a. edición, 1995

Impreso en la Argentina – Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

Prefacio I	11
Prefacio II	24

PRIMERA PARTE

I. Historial de una práctica clínica	
1. La narración en la clínica	
2. La noción de herramienta clínica,	
3. La novela clínica neurótica de Don	
4. Pichon Rivière, un	
5. Los barquitos pintados	
6. La asamblea clínica y la	
7. El primer ser	

15. La novela neurótica del psicoanálisis	117
16. La ternura como fundamento de los derechos humanos ..	131
17. Las campanas solidarias de Marie Langer	140
18. "H 8", algo más que "llámelo hache"	144
19. Adenda final	149

SEGUNDA PARTE

II. Desde los procederes de la crítica literaria a la clínica psicoanalítica como un proceder crítico	153
1. El psicoanálisis y los procederes críticos	153
2. Consideraciones acerca de los aforismos	174
III. La tragedia y las instituciones	185
IV. Propio análisis	205

TERCERA PARTE

V. La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental	231
1. "La salud mental, un desafío para el psicoanálisis en su siglo de vida"	231
2. Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización, una reactualización de las neurosis actuales [<i>Aktualneurose</i>]	236
VI. El lugar del sujeto y la producción de subjetividad ...	257
1. Así hablaba Cañuqueo	264

CUARTA PARTE

VII. La amistad, el psicoanálisis y sus alrededores	269
1. Cuantos con tigres y alguna rata	269
2. Del amor por las palabras y las palabras amigas ..	273
3. La poco amable política de Tebas	275

VIII. Tres ámbitos y sus modos correspondientes de amistad	287
IX. La amistad en el psicoanálisis	301
1. Una preocupación personal temprana	301
2. Relaciones entre candidatos II	304
3. Los duelos esenciales de lo conocido no sabido	318

I. HISTORIAL DE UNA PRÁCTICA CLÍNICA

Puntos de reparo semiológicos para un abordaje clínico de las instituciones

1. LA NARRACIÓN EN LA CLÍNICA

En este capítulo, algo extenso, pero facilitado por subtítulos que lo van acotando temáticamente, voy a historiar los momentos más importantes de mi experiencia clínica en el ámbito de las comunidades institucionales. Pondré especial atención en la paulatina organización de las principales herramientas, las más personales, destinadas a funcionar como puntos de reparo, facilitadores de lecturas semiológicas de una situación, que su aplicación ha tornado oportunidad clínica.

Empleo la noción de punto de reparo de un modo diferente del que es habitual en la clínica médica, donde designa los indicadores que señalizan, en el cuerpo, la manera de arribar a un diagnóstico.

En el corpus psíquico –y más aún en la complejidad social– no es tan sencillo advertir una señalización semejante. La idea designa, entonces, una posición metacognitiva que posibilita esa lectura, en tanto provee de un punto reparado (protegido) desde donde reparar (observar) y conducir, según una modalidad clínica, una situación capaz de adquirir tal calidad, precisamente por la aplicación de esas herramientas. Reparo alude, de manera familiar y algo indirecta, a la reparación del daño que inflige el sufrimiento.

En este relato me ocuparé de distintas situaciones, referidas tanto al oficio de psicoanalista clínico como al vivir, en

las que fui poniendo a punto este instrumental, a la par que forjando estilo.

Un relato actualizado supone el beneficio de oportunos descartes de lo desechable, de mejores resignificaciones de lo ya conocido y también el surgimiento de nuevas perspectivas clínicas.

En los últimos años me ha resultado más factible, y en consecuencia más legítima, la intención de mantenerme psicoanalista en el transcurso de una intervención institucional. Esto es consecuencia lógica de una mayor experiencia personal, aquella que a lo largo de esta reseña presentaré como la gradual veterania alcanzada en el oficio, sin temer al posible tono suficiente de este término, en la medida en que vaya aclarando el alcance que le doy.

Insisto en el beneficio personal que supone poder descartar, ahora en la práctica de la escritura y sin demasiados miramientos, las ideas y los modos clínicos —por más sellos psicoanalíticos que acrediten— cuando no resultan útiles para advertir los factores inconscientes que sobredeterminan conductas y subjetividad. Esto es decisivo en el campo social, donde conviene marchar como los baqueanos, con equipaje ligero, eficaz y desprejuiciado, no exento de prudencia.

Resulta entonces importante mantener la mayor lealtad a lo que ahí acontece y poca fidelidad a lo que la tradición presupone que debe acontecer, en cuanto a una operación clínica psicoanalítica.

Si bien la fidelidad es mérito importante del mejor amigo del hombre, los perros no son amigos del psicoanálisis, entre otras cosas, por su decidida apuesta por el amo. Cuando no lo hacen es porque abandonaron los hábitos serviles, tal vez en aras de una recuperada lealtad al antiguo instinto de sus primos, los lobos, aun al precio de la intemperie. El mismo precio que paga el psicoanálisis cuando se aleja de los caminos don esticados por el uso, para arriesgarse por senderos poco habituales, pero propicios para sortear los obstáculos que dificultan el quehacer psicoanalítico, apuntado al inconsciente.

Intentaré componer una narración, que a la manera de una lanzada a mi a, vaya y vuelva discerniendo y resignificando, hoy y hoy con vocación clínica. Es posible que

esta narración, en algunos tramos, tome en cuenta lo conjetural como actividad clínica con propósito resignificador.

Los historiadores insisten en aplicar a la memoria personal la operación histórica “haciendo historia”. Una legítima perspectiva propia del oficio. Un psicoanalista tiende, en cambio, a tomar la historia —aun la que compaginan los historiadores, pero mucho más la que construyen “oficialmente” los individuos y las comunidades— como telón de fondo contra el cual recorta y recupera la memoria del sujeto. Esto es propio de los historiales, que amalgaman la neurosis del paciente y la del clínico como punto de partida de posteriores conceptualizaciones.

Esta narración, con sus riesgos autobiográficos, tiene algo de historial novelado de mi práctica, al grado de ser en parte lo que justifica el título del libro.

En las comunidades institucionales, un analista tiene oportunidad de asistir al escenario mismo donde las transferencias neuróticas hacen historia contemporánea; otro tanto acontece con cualquier relato escuchado psicoanalíticamente. Cuando escuchamos a una persona con atención psicoanalítica, advertimos cómo se resignifica su relato, no sólo desde lo que le sucede sino, y especialmente, desde el modo como cuenta lo que cree saber o ignorar de sí misma. Es así que un sueño deviene elocuente, no tanto por lo que se recuerda, sino por la manera como se refiere lo recordado y se reconocen los olvidos.

Si bien una narración no es un sueño, tampoco es del todo ajena a los mecanismos oníricos de condensación y desplazamiento de recuerdos que insisten y olvidos tenaces.

En este interés del psicoanálisis por el acontecer se afirma su carácter de actividad crítica, atenta a lo inesperado que valida o cuestiona lo narrado. Desde una perspectiva psicoanalítica, cuando se cuenta una historia, y más si es personal, entra a contar, en sentido de pesar, otra historia, la que el estilo trasunta, que como música de fondo habla del que está hablando.

Mao Tse-tung sostenía que recuperar desde hoy el sentido válido del ayer era una manera de dignificar la tradición. Eso mismo ocurre cuando alguien, al zarcuticamente un

comportamiento, aun el propio, logra resignificarlo. Críticos son los procederes de la clínica psicoanalítica cuando, motivados por la curiosidad, como vocación por el inconsciente, logran eludir las trampas superyoicas que transforman una autocrítica en mero hablar mal de sí o de otros.

Toda narración que se ocupe de describir con atención metapsicológica una práctica clínica, contribuye al desarrollo del propio análisis de quien lo hace. Para ello es importante poder advertir lo que correspondería llamar "modos novelados" identificables en una narración.

Puede resultar extraño que, en relación con el proceder psicoanalítico, hable de estos modos y que incluso extienda su presencia a los relatos más ajustados a la tradición metapsicológica; pero se trata de abordar la *novella* —en el sentido de noticias nuevas— recordando la novela familiar neurótica y el papel que juega esta observación freudiana en la constitución del sujeto infantil.

Con intención generalizo la idea de "novela familiar neurótica", y extendiendo a todo sujeto infantil lo que Freud restringía a las personalidades neuróticas.

Algunos modos de esta novela primigenia han de persistir —bajo matices distintos— en el adolescente, en el adulto joven e incluso en el adulto pleno. A veces aparecen reactivados en los años avanzados de la vida, como formas neuróticas defensivas o como juegos de ficción que, sin ocultar los hechos, intentan ir más allá de ellos, hasta resignificarlos en una perspectiva que los torne aceptables. Algo de esto acontece con el trabajo de Freud sobre "La división del yo como mecanismo defensivo", no solamente con valor de testamento psicoanalítico, sino de producción elaborativa frente a las difíciles situaciones que enfrentaba en sus últimos días en Viena.

Por supuesto, es imposible negar su presencia en este capítulo, ya que los hechos documentados fehacientemente son materia de la historia, pero su lado oscuro circula a la manera de las formas noveladas del deseo, haciendo posible explorar y acceder a esa otra faz.

Freud tenía algo de razón al presentar su metapsicología como límite a los excesos de la filosofía, cuando ésta resulta ser la espacialización de los conflictos intrapsíquicos del filósofo

hechos sistema de ideas. Algo de razón, pero no toda, si se acepta que los momentos conjeturales no son ajenos a una descripción que pretende avanzar por caminos ignorados, valiéndose de la ficción novelada. Una ficción que no pretende velar fetichísticamente la realidad (no-velada), sino que, como acontece en los paradigmas de las ciencias más matematizadas, trabaja los hechos hasta acceder a los datos suficientes para desarmar el paradigma que los hizo posibles y proponer uno nuevo. Así avanza legítimamente la ciencia y también la organización de la subjetividad.

En un análisis, los modos novelados suelen anecdotizar los primeros tiempos de la transferencia, para luego transformarse en novela neurótica transferencial, más tarde novela histórica más o menos neurótica y después, en el estilo propio con el que es posible escribir la propia historia. Tal vez a la manera del estilete —que de ahí viene estilo— aquel antiguo punzón con el que se escribían las letras en la arcilla, marcando el pasaje de la humanidad desde la prehistoria a la historia.

En general, son más novelados los modos narrativos del comienzo de una práctica, porque en el origen de toda vocación suele encontrarse algo mítico. A esto no escapa mi propia vocación por las instituciones —y antes, por el psicoanálisis.

Es frecuente que todo mito se reactive en ceremonias que lo recrean, ya sea de forma advertida o a sabiendas. Como experiencia personal puedo consignar una época en la que una y otra intervención institucional cobraba valor de ceremonia, y reactivaba mi interés por la tragedia, siempre presente, en distintas formas y grados, en los conflictos de las comunidades instituidas.

Esta vocación pudo haberme ubicado en algún momento en el grupo de los estudiantes si no más convocados, más encontrados, por no detectar presencia en las distintas formas de la tragedia y su despliegue social. Una frecuencia que puede resultar fatigosa y que amenaza cristalizar aforísticamente el pensamiento. Esto no es grave en sí mismo, en tanto corresponde a los oficios asumidos con cierta pasión vocacional, a la que se suman los restos tentacionales subyacentes en ellas.

Hablando de vocación psicoanalítica por la comunidad, cabe

recordar aquellos remotos precursores institucionalistas, los llamados Siete Sabios presocráticos. Ellos se caracterizaban por su permanente injerencia en los asuntos de la comunidad, por su dedicación para encontrar soluciones concretas y prácticas, útiles a los oficios c6dianos, y por impulsar tenazmente un pensamiento racional.

Fueron precursores no solo en el sentido hist6rico, sino como preuncio de la organizaci6n de la *polis*, as6 como del pensamiento filos6fico.

Sin pretender algun octavo lugar (en todo caso, "H 8" se llama el equipo que actualmente integramos un grupo de colegas y desde el cual sostenemos nuestra pr6ctica con las instituciones p6blicas), me resulta f6cil identificarme con las l6neas de trabajo de aquellos remotos sabios. Por un lado, acceder al pensamiento racional sin descartar la consideraci6n de los aspectos m6ticos y los recursos novelados, cosa inherente al oficio psicoanal6tico, a la par que interesarse por las cosas de la ciudad, atento a la construcci6n de herramientas, m6s que para los trabajos cotidianos, para los obst6culos que aparecen en el desempe1o y la convivencia ciudadana.

2. LA NOCI6N DE HERRAMIENTA CL6NICA. ALGO PERSONAL

Hace algunos a1os, despu6s de una conferencia en la que expl6citamente se me pidi6 una mostraci6n artesanal de mi pr6ctica cl6nica, publiqu6 un art6culo en el que describ6 las principales herramientas de esa pr6ctica, a las que suelo denominar personales, dom6sticas y vocacionales.

Acreditan esa calidad en la medida en que constituyen un domicilio conceptual e ideol6gico, y aluden a la dignidad del *domus*, como lugar privilegiado de residencia. Un car6cter dom6stico que puede degradarse a servidumbre, cuando m6s que servirnos del instrumento cl6nico, sobre todo en su expresi6n conceptual, nos convertimos en sus servidores y hasta predicamos su excelencia. De ah6 la importancia de un descarte posible, superando la tentaci6n de la ritual y arbitraria repetic6n, que obstaculiza la vocaci6n cl6nica por acceder a lo que s6byace oscuro.

Aquel texto, escrito en el a1o 1987, estaba construido —eso lo advert6 posteriormente— en una forma casi afor6stica.

En el cap6tulo correspondiente, examino el lugar que los aforismos ocupan m6s que en la teorizaci6n, como memoria de una pr6ctica no escrita. Suele acontecer que cuando esta se escribe, conserva la misma modalidad ret6rica.

Para superar ese obst6culo afor6stico y recuperar su contenido v6lido, es oportuno historiar la manera en que fueron organiz6ndose estas herramientas. Intentar6 hacerlo en un proceso narrativo, explayado a lo largo de las tres etapas o edades, propias del oficio cl6nico: los tiempos del noviciado, los amores e intereses te6ricos y, en su momento, el grado de maestr6a que cada uno alcance como estilo, despu6s de haber experimentado el desprendimiento personal en los desiertos necesarios, hasta poblar lo propio.

Retomar6 lo se1alado al comienzo de este texto, acerca del descarte y su funci6n en la narraci6n, para aplicarlo al origen de las herramientas cl6nicas. Parto de la afirmaci6n general seg6n la cual, en el quehacer cl6nico, los contenidos conceptuales o metodol6gicos son descartables cuando dejan de impulsar un proceso diagn6stico o terap6utico.

Lo esencial de la eficacia cl6nica es la versatilidad resultante de ese descarte, cuando a la par que evita tentarse con una teor6a que opaca el campo de trabajo, no deja de apoyarse en la excelencia te6rica pertinente.

En este descarte, algunas ideas cl6nicas son definitivamente abandonadas; otras ir6n a reposar, como recurso disponible, nuevas posibilidades de empleo. Muy pocas, por ser menos dom6sticas y con m6s m6rito de universalidad, integrar6n el edificio te6rico y procesal de ese oficio.

En el psicoan6lisis, esta universalidad suele corresponder a la calidad metapsicol6gica de esa herramienta. Lo ejemplifica la noci6n de transferencia, de aplicaci6n universal, pero ajustada a la singularidad de cada caso. Algo semejante puede decirse de las constelaciones ed6picas, singulares para cada persona sin perder su valor antropol6gico generalizado.

Algunas de estas conceptualizaciones te6ricas o metodol6gicas, por ajustarse m6s a la pasi6n de s6 mismo haciendo vocaci6n, expresar6n el estilo de quien las usa, sin olvidar

concitaban voluntades de lucha, sino más bien una propensión a abandonar aquello que se prolongaba estérilmente. En este contexto de fatiga era fácil que prendieran más las propuestas de renuncia que las de resistencia. Esto correspondía no solamente al ámbito universitario, sino a toda una generación propensa a declamar banderas que no sostenía. Esta incongruencia contribuyó a radicalizar muchas posiciones, sobre todo entre los más jóvenes, que habrían de alzar esas consignas a extremos heroicos y generosos, con trágica ineficacia, como lo evidenciaron los sucesos posteriores.

Éstas eran algunas de las observaciones que se insinuaban en aquellas primeras intervenciones institucionales que efectué antes de la dispersión: ellas mostraban cómo la Universidad reflejaba un contexto social de características semejantes, con escaso poder para modificar, desde un pensamiento y un poder específico, las condiciones contextuales que reproducía en su propio seno.

Sabido es que cuando una institución sólo refleja el entorno, sin operar eficazmente sobre él, tiende a configurar un organismo conservador y aun reaccionario a toda modificación; de la misma manera que si no existe en ella ningún reflejo del entorno y sus necesidades, y sólo violenta este contexto, se estructura un organismo autoritario, ya se trate de un cuartel, una escuela, un hospital, una conducción política, etcétera. En estas condiciones, una institución deviene cliente de sí misma, con la excusa de ocuparse de los maltratados usuarios. La noche de los bastones largos mostró triunfante una vez más a estas instituciones de mal público, en este caso frente a la Universidad, que no representaba una organización conservadora —no sería justo considerarla tal— sino una institución ganada por esa indiferencia propia de la cultura de la mortificación.

11. LOS PASOS METODOLÓGICOS COMO NIVELES DE ANÁLISIS EN EL ABORDAJE DE UNA INSTITUCIÓN

Por entonces, yo iba avanzando en las intervenciones institucionales, no ya en la enseñanza sino principalmente en el

campo hospitalario. En general, comenzaba por atender invitaciones a conferencias o seminarios breves, que luego se transformaban en análisis de la situación institucional bajo la contraseña de supervisiones clínicas

Mi intención apuntaba a transformar estas situaciones en algo que ya empezaba a llamar “comunidad clínica”, por aquello de aprender clínica en común a partir de la conceptualización de las prácticas cotidianas, con especial consideración en las que aparecían más obstaculizadas.

Así fue que con los años cobró un gracioso valor clásico, entre quienes trabajábamos juntos, hablar de la socialización de los carajos, a partir de escuchar con frecuencia cómo alguien expresaba su dolor enojado diciendo: “¡No sé qué carajo hacer!”. Expresión que suele traducir el sentir de las personas dispuestas, más que a quejarse, a levantar su protesta enojada y dolorida, que ése es el sentido frecuente y auspicioso de la expresión. Claro que si no logran modificar las circunstancias terminan yéndose literalmente a... la expresión.

Lo anterior sugiere que, por entonces, ya me movía en esas comunidades clínicas con mayor libertad de la que me permitían los modos disciplinados de los grupos operativos.

Procuraba manejar me con tres ejes. Uno, más abarcativo, unificador de las diferentes capacitaciones y disciplinas de quienes integraban la comunidad, estaba representado por una conducción clínica. De hecho una concepción de la clínica alejada de la medicina y de la patología, incluso de la psicología médica. Una manera de ver, leer y procesar un campo definido como clínico por el modo de conducción y por sostener una producción crítica comunitaria. En este intento me apoyaba en lo que he presentado como las cinco condiciones de eficacia clínica y en toda la experiencia extraída de las primeras asambleas de 1966. También en los cuatro parámetros de un encuadre y el juego dinámico al que se presta.

El segundo eje se proponía asegurar una lectura e interpretación pertinentes desde el punto de vista psicoanalítico. Hoy, más avezado en este intento, calificaría sólo de intención aquel propósito, aceptando que en la actualidad me resulta más factible —sobre todo a partir del lugar que doy a la narración como alternativa de interpretación psicoanalítica—

que dice de lo que ahí sucede sin decir a persona en particular. También es un factor que ayuda a ese propósito haber conceptualizado el propio análisis como algo inherente a un acontecer en la intimidad de cada sujeto contextualizado comunitariamente. Dedico un capítulo a ese tema.

El tercer eje lo constituye lo institucional, en tanto no sólo se pretendía examinar los conflictos manifiestos, como situación actual, sino sus orígenes en la historia de esa institución. Es importante enfatizar el "para qué" de ese acontecer sintomático, con la idea de ensayar desde ahí mejores soluciones, que no releven sólo el "porqué" genético del conflicto y su consiguiente tendencia regresiva.

Este eje se corresponde bastante con los lineamientos disciplinados de los grupos operativos, que procuran dibujar en común el problema, para luego desplegar la heterogeneidad de las personas frente a él. Aquí es fundamental atender a lo que he denominado seguridad psíquica, que apunta a no cristalizar roles fijos en víctimas torpes o líderes hábiles. Sin este requisito no hay conceptualización de lo cotidiano ni confrontación útil de las diferencias.

Me preocupaba comprobar que con frecuencia esas intervenciones se deshilachaban en el camino, sin arribar a un punto más o menos definido. Esto aparecía en relación con los grados de permeabilidad o impermeabilidad que la institución ofrecía a la operación clínica propuesta; era obvio que de ese coeficiente dependía fundamentalmente esta vía muerta en la que con frecuencia terminaban las intervenciones.

Comencé entonces por poner a punto un abordaje clínico, en cierta forma también disciplinado, ajustándome a algunos pasos graduales en el abordaje, pretendiendo que cada paso fuera un nivel de análisis, sin necesidad de nuevas operaciones para ser validado. Sólo si la evaluación lo justificaba se efectivizaban los pasos siguientes.

La operación podía terminar en cualquiera de esos niveles de análisis, definidos como pasos metodológicos del abordaje, ~~incluso en el primer tramo~~, si ella no ofrecía un margen razonable de factibilidad. Se trataba de diagnosticar —y tomar en cuenta como pronóstico— la permeabilidad de esa institución ~~a la intervención clínica~~.

La primera etapa atendía al esclarecimiento del pedido, y procuraba identificar cuáles eran las motivaciones latentes, no necesariamente inconscientes, sino aquellas que con frecuencia eran eludidas y hasta ocultadas de forma explícita. Este recaudo procuraba evitar que un motivo importante de la demanda, no incluido de entrada, obstaculizara o impidiera la continuación de la operación no bien comenzara a evidenciarse. Podía ocurrir que el director de un colegio, preocupado por el cuestionamiento de su gestión, que adivinaba en aquellos de quienes dependía, pretendiera que un análisis institucional cobrara valor de escudo frente a la crisis latente de su función. En una situación así, el recurso moderno del análisis institucional no valía para él como aporte útil a la institución, sino como un seguro para sus falencias. Esclarecer esto abre dos posibilidades: que la intervención no pueda tener lugar, lo cual es ya un elemento de diagnóstico importante para el propio interesado, o bien que al advertir éste la verdadera razón de sus dificultades, encuentre la intervención tolerable y útil como propia capacitación.

De hecho, este esclarecimiento del responsable de la demanda va mucho más allá de hacer explícitas las posibles motivaciones ocultas. En esta primera etapa se trataba de prever, en lo posible, las crisis que la intervención, como recurso moderno, habría de promover. Un recurso moderno —se trate de un análisis, el reclutamiento de nuevas personas, un programa de capacitación, una computadora, etcétera— provoca de inicio una crisis, antes de evidenciar los resultados positivos que se esperan de él. Hay que estar atento a su posible deterioro, precisamente por no poder superar el efecto resistencial y de conmoción que de entrada promueve, sobre todo cuando se toma este recurso como una ~~escoba nueva de la que no se espera que barra bien, sino de una manera determinada~~, por ahí ajena a lo que ese recurso representa.

Insisto en que este primer paso, ~~manejado como~~ "ignóstico" de los grados de permeabilidad o impermeabilidad, puede resultar el único, interrumpido el proceso de común acuerdo, cuando las perspectivas evidencian un obstáculo que la institución o quienes promueven la operación no están en condiciones de transitar. De hecho, un paso útil para ambas par-

tes. En la clínica, como en la vida, resulta importante saber a qué atenerse, si no se quiere correr el riesgo nunca del todo evitable— de terminar ateniéndose a las consecuencias. Con el tiempo, fue claro para mí que en la operación clínica —y aun más, en la numerosidad de una institución— es importante que el operador mantenga siempre la decisión sobre la admisión.

Si el primer paso abría razonables expectativas de éxito, seguía el diagnóstico no operacional. En esta etapa procuraba examinar, fuera del campo en que habría de trabajar, toda la información disponible; algo así como recorrer virtualmente y con imaginación observadora el universo de la institución. En realidad, se trata de un momento un poco más complicado, como se verá.

Ya había advertido que trabajar solo ofrecía serios inconvenientes frente a la multiplicidad de variables que presenta una institución; la experiencia aconsejaba que fuera un equipo, en lo posible de tres personas, el que realizara la intervención, aunque por problemas económicos, de esfuerzo y de dinero se limitara a sólo dos integrantes.

Había observado que la tarea específica, o sea la tarea principal de una institución, siempre tiene un amplio valor normativo, en el sentido de generar normas espontáneas en la comunidad que la habita. Por ejemplo, en un hospital que atiende a pacientes psicóticos, muchos de los comportamientos de fragmentación y de incomunicación que se dan en estos pacientes se reproducen en la comunidad clínica. De la misma manera, puede suponerse que una institución bancaria, que maneja dinero, tiende a imprimir, en los funcionarios a cargo de las operaciones, características atribuibles al dinero y a su impacto en la producción de subjetividad.

Hoy diría que la comunidad de una institución dramatiza, en el sentido de reproducción especular, no solamente las características de ese oscuro objeto del trabajo que es una institución, sino las características del trabajo que se hace con ese oscuro objeto. Cuando es un equipo el que lleva adelante la se dan mejores condiciones para que la discusión de ese diagnóstico no operacional (válido tanto al inicio a lo largo del trabajo) ponga en evidencia, además de la

sumatoria de opiniones y de registros de información que cada uno tiene, la importante fuente de información que constituye una suerte de reflejo dramatizado y espontáneo, operado entre los miembros del equipo, cuando se trata de uno con experiencia.

Si pasan desapercibidas por los actores, esas dramatizaciones recrean condiciones semejantes a las neurosis actuales (tal como lo señalé en el capítulo sobre mortificación). Por el contrario, cuando son identificadas posibilitan algo así como una captura de la neurosis de transferencia dada dentro del equipo, en relación con los procesos transferenciales del cotidiano institucional. Si el equipo puede dar cuenta de estas capturas que dramatiza especularmente, acrecentará la información y evitará verdaderas actuaciones, o mejor dicho contra-actuaciones transferenciales. Una de las más frecuentes es asumir roles complementarios, supliendo los que faltan en la institución; esto puede llegar a configurar el extremo de verdaderas conducciones paralelas supletorias, una situación que inhabilita el trabajo institucional desde una óptica psicoanalítica.

Esta situación se complica si se trata de una sola persona que está a cargo de la intervención. De hecho, esto no se resuelve por la mera existencia de un equipo, lo compruebo permanentemente en las supervisiones de quienes trabajan con instituciones, incluso en los equipos que integro. Pero no cabe duda de que estar atento a esta posibilidad transforma el obstáculo en una excelente oportunidad de acrecentar la eficacia clínica.

Por otra parte, es un hecho que la clínica, sobre todo psicoanalítica, es un oficio en soledad; algo que no se funda únicamente en aquellas cosas que la abstinencia limita en cuanto al decir, sino en la cantidad de situaciones que se presentan de una manera inefable, de difícil puesta en palabras.

Este silencio suele ser consecuencia del impacto que sobre el operador llegan a producir las distintas formas, explícitas o latentes, de la tragedia que con frecuencia anida en la forma cultural de una institución. Tragedia muchas veces reducida a un estado crónico y mortificado.

Pero es fundamentalmente lo inefable, lo que no se sabe cómo nombrar, lo que hace en

hacer en soledad. Este tipo de inefabilidades será el que retorne luego como actuaciones dramáticas espontáneas en el propio equipo. de ahí la importancia de extraer de ellas todo su valor interpretativo, sin reenviarlas en crudo a su origen como actuaciones ciegas, invalidando el accionar clínico.

Ya señalé que uno de los obstáculos mayores en una intervención clínica es lo que denomino la asunción de roles complementarios, que pretenden sustituir un rol carente en la institución. Recuerdo a una joven psicóloga, muy entusiasmada con sus primeros pasos por las instituciones; en supervisión le aconsejé cierta moderación, en vista de su entusiasmo, que ya anunciaba la posibilidad de asumir este tipo de roles, e insistí en la etapa de diagnóstico no operacional. Muy pocos días después me pidió que me hiciera cargo del trabajo institucional. Le pregunté por qué había abandonado su tarea y me informó que había comprado el colegio. Se trataba de un colegio con serias dificultades económicas, en tanto ella era una rica heredera. Realmente más que un rol complementario asumió un rol supletorio cabal. De hecho, su actuación fue favorecida desde su soledad o tal vez desde una oportunidad vocacional oculta.

Desde la anterior perspectiva, el diagnóstico no operacional —aquí presentado en términos de una segunda etapa en los niveles de análisis— habrá de mantenerse, a lo largo de toda intervención, como un momento de discusión del equipo que permite elegir las estrategias y los modos de operar la tercera etapa, la del diagnóstico operacional.

Como síntesis puede proponerse que en este diagnóstico no operacional, el equipo efectúa sobre sí mismo el esclarecimiento de lo subyacente, de igual manera que lo hizo con quienes pidieron la intervención.

En relación con el trabajo en equipo, también importa tomarlo en cuenta en el primer contacto de admisión de una demanda. Un analista institucional integrado en equipo, en general trabaja como visitante en ese campo, pero puede resultar útil que reciba la demanda en su propio ámbito, en calidad de local —opción fundamentada en los procedimientos clínicos—. En tal sentido, conviene pedir a quien solicita la intervención que llegue acompañado, sin sugerir ninguna elec-

ción, pues la integración de ese conjunto interesa en el diagnóstico; puede indicarse en la ocasión, a título práctico, el número de asistentes. Con esta grupalidad inicial se procura evitar una versión del caso demasiado atravesada por una perspectiva individual. Si esto ocurre pese a los acompañantes, se habrá sumado al diagnóstico un importante aporte.

La experiencia muestra la importancia que tiene, para poder desplegar con razonable eficacia un cometido clínico, la posibilidad de identificar y sostener lo que en otros pasajes de este libro denomino “el punto de facilidad relativa de una operación clínica”. Facilidad en relación con la situación más difícil en la que se encuentran quienes, por definición, atraviesan las complicaciones que originan su pedido. La idea alude a un punto excéntrico, no ajeno al campo clínico, postura semejante al margen desde el cual es posible la lectura anotada de un texto. Es frecuente que a esas anotaciones habladas nos respondan “Claro, para usted es fácil decir eso porque no está en mi situación”. Obviamente, de ese “no estar ahí” emana la posibilidad de aportar ayuda; de lo contrario, seríamos socios en la desgracia y no clínicos comprometidos con la demanda, sin falsas culpas por estar fuera del problema. De hecho, esta facilidad no necesariamente es lugar cómodo y supone el compromiso ético de aportar, desde esa relativa facilidad, nuestra acción clínica.

En los primeros tiempos de mi práctica, un día me embarqué con todo un manicomio en un trabajo superior a mis posibilidades. En una reunión con los jefes de sala —ése era el abordaje elegido—, el director del hospicio me dijo: “Para usted es fácil pensar lo que piensa, porque viene sólo una mañana a reunirse con nosotros que vivimos aquí y conocemos lo que pasa”.

En verdad, ese “vivir ahí” determinaba que el conocimiento de esta gente estuviera muy abrumado por la mortificada costumbre. Tampoco era cierto que para mí fuera fácil; de hecho, renuncié a ese tipo de abordaje frente a una impermeabilidad para la que aún no estaba habilitado. Decidí fraccionar la intervención a la medida de mi facilidad y trabajar sólo con algunas salas más accesibles.

Los jefes de sala de un hospital manicomial, en general,

tienden a mantenerse aislados en sus ámbitos. Dramatizan así características de la "tarea principal" que acometen: la psicosis. Pretender una coexistencia témporo-espacial, aun episódica, que haga comunidad clínica útil como yo lo intentaba en la ocasión, era un propósito excelente, pero se requiere algo más que la buena intención que por entonces me asistía.

Todo esto vale para ilustrar un aspecto importante del momento que denomino "diagnóstico no operacional", relacionado con el tema de la admisión en el sentido que el término tiene en clínica. Fue luego de la reunión que he descrito, que pude recuperar el criterio clínico para evaluar mis escasas posibilidades en ese abordaje. Una cordial relación con el director de ese hospicio aproximaba la tentación de auxiliarlo como "director paralelo", cosa poco factible y clínicamente arbitraria.

El hecho de que un equipo trabaje de visitante en el campo institucional, favorece un frecuente malentendido acerca de quién admite a quién. Es claro que ambas partes juegan en el acuerdo, pero lo que quiero señalar es que ese equipo, quizá convocado en su condición psicoanalítica, aunque no necesariamente demandado como tal, debe mantener muy clara la evaluación acerca del punto clínico de facilidad relativa, que será determinante para admitir un pedido en general con grados marcados de ambigüedad. El momento de diagnóstico no operacional es el paradigma de ese lugar facilitador.

Al hablar de ambigüedad, cabe volver a mencionar aquí lo que en el capítulo crítico presenté como el noble linaje etimológico de este término: conducir lo que está en discusión desde el entorno, sin precipitarse en invasiones ni abandonos. Ésta es otra modalidad de la facilitación de la que vengo hablando.

Estos dos primeros pasos metodológicos que he desarrollado con algún detalle, tienen un valor esencialmente diagnóstico en cuanto a la perspectiva prevista en una intervención institucional, en lo que se refiere a los distintos grados de permeabilidad/impermeabilidad que parece ofrecer el campo. Precisamente, la denominación de niveles de análisis alude a la idea de establecer hasta dónde es pertinente o no

avanzar en un análisis, en función de la factibilidad que el operador vaya advirtiendo.

Es cierto que hoy pienso primordialmente desde una óptica psicoanalítica y que mis posibilidades cuando conceptualizaba este gradual abordaje, estaban más limitadas a un planteo, algo administrativo, desde aquel sabio aforismo médico que advierte *primo non nocere*; consejo que cubre tanto el campo institucional sobre el que se opera como las motivaciones del operador; se trataba de no exponer de manera imprudente a ninguno de los dos términos.

El paso siguiente, al que denomino -quizás un tanto simplificado y por oposición al anterior- "diagnóstico operacional", es la operación misma, tramo que ofrece menos posibilidad de ser previsible. Siempre es azaroso penetrar y poner en evidencia los procesos emocionales y su gestión, cuando nos introducimos en alguna torre babilónica con intenciones psicoanalíticas, e incluso desde una clínica -como era mi caso por entonces- bastante ajustada a un linaje médico. En el ajedrez de las partidas institucionales, son modelizables las aperturas y no tanto los desarrollos, aunque un poco más los finales; no obstante hice referencia a los tres ejes: clínico, psicoanalítico e institucional, para operar con las comunidades institucionales. En ellos se juega en mi experiencia todo el conjunto de herramientas clínicas, de hecho ajustadas al estilo y el propósito de cada operador.

12. EL ACOMPAÑAMIENTO CORRESPONSABLE EN UNA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL

Exageraría si pretendiese afirmar que toda institución es pre-psicótica. No dudo demasiado en afirmar que al menos es pre-caótica.

Empleo con intención esta figura bastante actual de la psicosis. La experiencia clínica psicoanalítica acumulada aconseja un avanzar cauteloso frente a posibles cuadros que merezcan este calificativo. No tomar recaudos es exponerse al riesgo de quedar como aprendiz de brujo, por más avezado que se pretenda ser en la clínica -un riesgo mayor, tratándo-

por el cual ciertas experiencias del inconsciente, como la contemplación, la intuición, la inspiración poética y el impacto inefable que a veces produce la tragedia, van adquiriendo también grados de condensación en la metáfora de pensamiento, en la metáfora hablada y finalmente en la escritura. Señalé ahí, bajo la idea de artefacto, cómo en este proceso creativo lo más denso, en este caso el texto escrito, soporta y refleja el origen sutil de la inspiración. Pues bien, esto pasa también en una institución, cuando lo más denso de su materialidad soporta y refleja el nivel sutil de las personas. Cuando esta situación fracasa en un texto, por no soportar ni reflejar la sutil inspiración, también pierde eficacia; queda reducido al rigor de la letra porque ha desaparecido el espíritu que lo impulsó. Acontece algo semejante en una institución cuando no refleja el nivel de la subjetividad, el nivel del estilo de quienes la habitan, y prevalece el corpus instituido, el corpus de normas administrativas. Esto supone seguramente la existencia de sujetos coartados, que habrán de resultar ineficaces en la expresión de subjetividad propia de un quehacer creativo.

Esta coartación subjetiva reflejada como clima en la materialidad del campo es propia de la mortificación. Se puede hablar de cultura mortificada, puesta en evidencia en la protesta y aun en la queja, pero esta última suele ser la estación previa a la coartación mayor de la subjetividad; ya no cabe para esa situación el término cultura, sino a lo sumo el de sociedad (anónima) de mortificados. Ahí conviven “la biblia con el calefón”, una no leída y el otro apagado. La estación terminal es manicomial, con o sin hospicio.

Se preguntará, ¿qué tiene que ver todo lo anterior con una lectura clínica de las instituciones? Tiene que ver con aquella pregunta que lanza Neruda en su poema Machu Picchu, cuando frente a las monumentales piedras, testimonios de un pasado, exclamaba, aludiendo a los hombres que las construyeron: “¿Y el hombre dónde está?”, o tal vez, ¿dónde estuvo? Ésta es la pregunta que preside toda la búsqueda psicoanalítica en cualquier campo de la subjetividad, cuando el hombre agoniza aplastado bajo las piedras de la materialidad, como clima instituido que no lo representa.

14. LA ABSTINENCIA PSICOANALÍTICA UNA ACTITUD NO INDOLENTE

Hasta ahora han desfilado por el texto, más o menos contextualizadas en el momento del desarrollo de mi experiencia, varias maquetas instrumentales, con distinta valoración clínica.

No tengo dudas que los cuatro parámetros de un encuadre que acabo de presentar constituyen una de las herramientas diagnósticas y metodológicas que más utilidad me prestan para conducir técnicamente diferentes intervenciones clínicas sobre todo en la numerosidad social.

Por supuesto que tanto ésta como las otras herramientas, para nada están presentes según un modo memorioso en el momento de desarrollar una propuesta clínica. Más bien cabe pensar que alguna de ellas, básicamente la última, constituye una buena descripción de mi manera habitual de funcionar; en este sentido, las he denominado herramientas personales, domésticas y vocacionales.

Los cuatro parámetros constituyen un encuadre “interno”, algo así como un consultorio que se lleva puesto cuando, por trabajar de visitante, se carece de él, en el sentido de ámbito local.

Se trata de maniobras metodológicas que se confunden con el propio operador, en tanto éste es el eje de un método como el clínico, donde una situación pasa de ser social a ser clínica, no tanto en función de algún instrumental visible, sino por la actitud, diría la presencia, de este operador, eje del método.

¿Pueden considerarse herramientas psicoanalíticas? En mi experiencia, sobre todo los cuatro parámetros resultan totalmente compatibles con un quehacer propio de la clínica psicoanalítica, así como de aquella que he definido como de linaje médico.

Para que sean psicoanalíticas deberán ajustarse a la clásica formulación que plantea como condición necesaria la presencia de una escucha idónea, condición no suficiente en tanto debe complementarse con la expectativa de alguien que desea ser escuchado en esos términos.

Puede afirmarse, en general, que lo específico de un quehacer clínico psicoanalítico gira en torno a la interpretación.

Conviene recordar entonces que la clínica psicoanalítica se ve apartada de los caminos médicos en función de la abstinencia, regla fundamental tanto metodológica como ética. Metodológica, puesto que es desde la abstinencia que el psicoanalista clínico no suministra los legítimos cuidados, prescripciones y consejos médicos, sino que en función de ella y sus efectos en la modalidad de escucha, complementados con la propuesta de la asociación libre explicitada al paciente, habrá de establecerse la neurosis de transferencia, como una captura *in situ* de los conflictos del sujeto analizante y su cortejo sintomático. Cabe insistir en este valor activo de analizante, en tanto el término sugiere la participación de alguien, asistido por un analista, pero titular y responsable de su propio análisis.

Regla ética, entre otras cosas, porque un analista no tiene un proyecto, ni siquiera un buen proyecto, que defina cómo debe “curarse” un paciente, sino que su papel es asumir la dirección de la cura sin marcar una dirección. En esta restricción de un sujeto analista, que demora sus valores afectivos e intelectuales más personales, se funda la abstinencia. Digo demora para insistir en algo señalado ya en otros pasajes de este libro, en el sentido de destacar cómo un analista podrá expresar en términos de elaboración teórica todo ese caudal personal, a partir de su paciente pero más acá de él, e incluso por fuera del acto clínico, trabajando a nivel de la teoría aquello que durante ese acto fue conducción técnica, encuadrada metodológicamente y soportada en la excelencia teórica, sin ser una práctica de teoría.

Toda esta abstinencia activa compone lo que podría considerar la herramienta fundamental de mi práctica clínica, que defino como estructura de demora.

Pero si la interpretación es el quehacer específico del analista, como corolario de lo que la abstinencia permite leer en un campo transferencial, antes de presentar esta herramienta quisiera hacer algunas consideraciones acerca del alcance y los niveles del término interpretar.

Introduzco entonces este diseño que habrá de resumir la

puesta a punto de la habilidad psicoanalítica mayor, la de interpretar

Interpretar psicoanalíticamente admite tres significaciones o designa tres operaciones, cada una definida en función de las otras: un rol activo, una lectura y una formulación hablada (o accionada) de ella.

Un rol activo como actitud o disposición para la acción clínica. Una manera de “pararse” en la cancha clínica. En psicoanálisis, este aspecto del interpretar es, de hecho, la función más facilitada, pues se la asume abstinentemente desde lo que no se hace. Saber no hacer es un recaudo metodológico central de la clínica. La disciplina abstinentemente, cuando está bien incorporada, no se hace notar. A la manera de un arte marcial, no es ausencia ni reticencia, es dar lugar al otro.

Al decir “facilitada” no califico el arduo adiestramiento abstinentemente; señalo lo que implica la demanda de atención psicoanalítica. Quien la formula atribuye, delega, teme, espera, y muchas cosas más, que el analista asuma un lugar prominente de entrada.

Describiré con los elementos de un dibujo, que finalmente integraré como campo de la relación analista-analizante, graficando en el tamaño de un trazo lineal la cada vez más difícil asunción de las distintas funciones del interpretar.

Imaginemos esta primera función “facilitada” por el no hacer y las expectativas del que demanda, como un trazo lineal de seis centímetros de largo, medida totalmente arbitraria.

El segundo significado-función del interpretar alude a la lectura que desde lo advertido hace el analista. Esta función presenta más dificultades que la anterior, si consideramos lo que realmente “sabe” el analista acerca de quien lo demanda, comparado con lo que éste supone de su saber; algo bastante esclarecido desde el lacaniano “sujeto supuesto saber”, manera de designar al analista en tanto objeto transferencial de las expectativas sintomáticas del paciente.

De esta confrontación entre el saber atribuido sintomáticamente (línea de seis centímetros) y el arduo saber resultante de la lectura, se entiende cómo el interpretar-leer presenta un mayor grado de dificultad que el interpretar como asunción activa de un rol. Grafiquemos esta segunda función,

la de lectura, con un trazo lineal más restringido, al que asignaremos una extensión de cuatro centímetros.

Finalmente, interpretar desde el rol y la lectura, mediante una formulación hablada (o accionada) de lo advertido —lo cual se ajusta a la clásica significación psicoanalítica de “interpretar”— resultará obviamente más difícil aún. Aquí se ponen en juego decisiones metodológicas y éticas, que validan o no el hacerlo. Pero mucho de lo que “lee” un psicoanalista cae dentro de lo inefable, aquello difícil de traducir en palabras. Imaginemos entonces esta dificultad mayor, inherente a esta función, en un tercer trazo de sólo dos centímetros.

Si componemos un esquema a partir de estas tres líneas desiguales, tendremos el siguiente resultado:

Rol activo

Lectura

Formulación hablada

Al completar simétricamente con puntos los trazos lineales, obtenemos un dibujo útil para presentar gráficamente un campo clínico psicoanalítico. La diagonal que lo cruza figura la abstinencia psicoanalítica, no sólo como disciplina abstinenta, que promueve cada vez más el lugar del analizante en una temporalidad lineal, sino también como expresión de la creciente dificultad que va presentando el acto interpretativo en relación con las tres funciones que lo componen.

Esta diagonal de la abstinencia articula gráficamente la relación analista-analizante en el transcurrir temporal de un análisis. En él, la figura del analista parece avanzar al comienzo como un espolón, ya sea por la invalidez sufrida de quien demanda, ya por el supuesto saber atribuido al analista. Al final del proceso, se ha invertido el dibujo, tanto en función de la autonomía que ha ido ganando el paciente, como de la maestría adquirida por el analista para organizar las *descripciones del desierto*, la que corresponde metodológicamente, más allá de las cronologías personales, a la tercera edad del analista.

Además, este trazo abstinenta señala una calidad propia de la clínica en general y de la psicoanalítica en particular,

en la medida en que representa para el operador un ejercicio en soledad, precisamente a partir del creciente “silencio” que las tres funciones consignadas van adquiriendo en la puntualidad interpretativa y en la linealidad temporal, según la cual se “hace hablar” la estructura sintomática del analizante, originando la transferencia.

La propia persona del analista cae “abajo y arrinconada”, tal como lo sugiere el gráfico, por los personajes transferenciales que fue accionando. Opera en ese punto la maestría de alguien que sin proponerse como modelo, contribuye no obstante a poner en cuestión valores y deseos en el analizante. Es que ese rincón no es lugar de arrumbamiento, sino de poder metodológico, el único válido, que frente a la transferencia sólo se propone poder “estar” psicoanalista. Toda otra forma, conceptual o de prestigio, desarma lo que el psicoanálisis se propone armar como dispositivo.

Podría extraer otras consecuencias de este diseño. Indicar, por ejemplo, que su parte superior, la del espolón del supuesto saber, señala principalmente el polo psicoterapéutico del psicoanálisis, lo cual no equivale a una mayor incidencia curativa, pues en realidad se trata de las iniciales y precarias curas transferenciales. La parte inferior, en cambio, corresponde al polo psicoanalítico, encaminando el fin de un análisis, donde la lectura puede resultar un hecho estable, subsiguiente a la resolución de la transferencia.

También diría, tomando el trazo de seis centímetros seguido de uno punteado de dos, que nunca existe un paciente con tal invalidez como para no inscribir su presencia como persona, aunque sea en una ínfima medida. Reconocerlo es un necesario recaudo ético para abrir la promesa de una verdadera eficacia psicoanalítica.

De manera similar, si corremos la atención al trazo lleno de dos centímetros, que completa una línea punteada de seis, al pie del dibujo, podemos afirmar que nunca se conduce un fin de análisis sin la presencia explícitamente reconocida del analista, por reducida que ella sea. De lo contrario, no estaríamos en un final de análisis, sino que nos aproximamos a la *débâcle* del parricidio.

—> Un fin de análisis implica reconocer un lugar que, por ha-

ber sido abandonado, garantiza la extranjería exogámica. Puede ser que nunca se retorne a él, pero eso no desmiente el valor de su existencia simbólica.

Finalmente, arribo a una herramienta, quizá la menos anecdótica, la más conceptual, que designo como "estructura de demora". Presentarla implica un problema, que surge siempre que nos disponemos a transmitir psicoanálisis psicoanalíticamente.

Se trata no sólo de intentar hablar según un modo académico del inconsciente, sino también al inconsciente. Esto último supone, por momentos, inevitables efectos relacionados con la confusión como paso previo a una ulterior metabolización.

La estructura de demora se relaciona con algunos grandes temas psicoanalíticos, tales como la escucha, la atención libremente flotante, la contratransferencia, es decir, aquel acontecer propio de la neurosis de transferencia, principalmente relacionado con la abstinencia concebida como una suerte de arte marcial, que no suprime el registro sino la acción inmediata; al hacerlo, logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento.

Ve mos. La unidad mínima de operación clínica es la siguiente: mirar, pensar, hablar. Cada uno de estos términos es de por sí complejo, pero a los fines mostrativos los presento en su máxima reducción. El eslabón central, pensar, es algo así como el laboratorio de la clínica psicoanalítica. Si este eslabón resulta salteado, se establece un cortocircuito por el cual el clínico, psicoanalista o no, sobredetermina o es sobredeterminado por el campo. La forma más frecuente —pero no la única— de esta sobredeterminación es el diagnóstico prematuro, que no es lo mismo que precoz.

Examinemos entonces este segundo eslabón —este consultorio en la intimidad de cada clínico— empezando por complejizar el pensar. Pueden describirse diferentes acontecimientos. Por lo pronto, los siguientes: siento, quiero o no quiero lo que siento, creo —acerca de este querer o no querer— lo que siento. Luego vendrá lo memorioso y, finalmente, algo que denomino "lo impensado". Aclaro que sólo estoy estableciendo una cronología según requisitos de exposición. En la realidad, no hay tal secuencia.

"Siento" describe un sentir elemental: aquel que señala que todo organismo vivo es reactivo al medio —sea que para subsistir, lo interpreta—. Entonces, sentir es placentero o paranoide según lo que interprete. En un comienzo suele prevalecer el conocimiento paranoide.

Es fácil entender que se quiere o no se quiere lo que se siente. Este "quiero" o "no quiero" puede considerarse la base de la primera y más elemental operación clínica, en tanto promueve acercamiento o alejamiento espacial, o cambios corporales y procesos emocionales.

Sobre esa base, surgen en el psicoanalista las creencias acerca de las causas de estos movimientos y afectos.

Estos verbos, sentir, querer, creer, designan la manera como el clínico "está afectado", involucrado emocionalmente, diría afectado por contagio, frente al clínico.

Llegamos aquí a una estación importante en el establecimiento de la estructura de demora. Estar afectado no sólo significa estar involucrado o contagiado, sino que también tiene el sentido de estar afectado a una tarea. Pues bien, esta vocación, esta tarea, en psicoanálisis es la de la abstinencia, que no es tarea de supresión o purificación, sino que se afecta como tarea al estar afectado, involucrado, para perfeccionar la acción clínica.

Detengámonos. El "creo tal o cual cosa" suele ser la expresión más frecuente del estar afectado, contaminado. Guarda poca objetividad respecto de lo que el clínico expresa; se refiere principalmente a lo que le acontece al clínico frente al estímulo que ha recibido. En este sentido, la creencia se emparenta con la sustancia misma de los delirios. Si el psicoanalista habla desde su creencia, desde su "creo que", está sólo opinando. Esta opinión implica, más que una objetivación concerniente al campo, el imperativo de una catarsis emocional. Abstenerse de ella transforma ese "siento", "quiero", "creo", en algo así como un importante nicho ecológico emocional, pronto a albergar una próxima idea, aún impensada. Se va estructurando así la demora —por el momento emocional— que agudiza la empatía clínica.

Podría generalizar diciendo que un psicoanalista "no opi-

na" (en el sentido en el que aquí lo señalo), y que ésta es la primera estación de la abstinencia.

Toca ahora el turno a las ideas, a lo específico del pensar. Se trata de un pensar memorioso, que incluye cuatro memorias. Próxima a la creencia no opinada, surge la memoria de propias experiencias, que evocan en el analista situaciones personales semejantes a las de su analizante. Es la importante memoria que permite poner en nosotros algo del otro.

Otra memoria constituye la base de la continencia clínica y permite organizar el historial del paciente. Por ahí surgirá la memoria casuística, que agrupa con otros al paciente actual. Por último, la memoria más importante y frecuente, la teórica, que encuadra en un determinado capítulo conceptual al analizante y su suceder.

Nadie duda de la importancia de la continencia, el historial clínico, la casuística o la ubicación teórica, pero el psicoanalista, si quiere acceder con su acto a la singularidad interpretativa eficaz, no habla "de memoria".

Así como no suprimió el registro afectivo, tampoco suprimirá el memorioso; sólo lo demora hasta alcanzar el premio que ello aporta, bajo la forma de una idea nueva articulada con lo que llamé el "nicho ecológico emocional". Se estructura entonces una distinta relación ideativo-emocional, lo impensado... hasta ese momento, resultado de ambas abstinencias: la de opinar y la de hablar de memoria.

Lo impensado es una de esas ideas clínicas que integran el repertorio de las ideas descartables. Incluye dos núcleos: el que resulta de la abstinencia de opinar, que agudiza la intuición clínica, y el que produce la abstinencia memoriosa, que acrecienta la eficacia ideativa de la palabra. Lo impensado que habla al y del inconsciente del analizante disparará en él lo impensable, aquello que sólo el sujeto está en condiciones de advertir en sí mismo. Un impensable que a su vez promueve en el analizante ajustado a la intención asimétrica de no callar, algún comentario, quizás impensado, sólo reflejo de la desmesura de lo impensable. Puede ser que con él fleche impensables (inefables) contenidos en el psicoanalista, moviéndolo a priorizar su práctica a partir de estos flechazos que animarán sus propias pertenencias.

Decía Heidegger que un poeta (aludía a un gran poeta, Trakl) siempre poetiza desde una misma fuente, a través de múltiples poemas particulares. Poemas que no sólo son afluentes que de ahí parten, sino que acrecientan lo que los origina.

Con un analista acontece algo semejante, en tanto no puede eludir sus propias pertenencias en el proceso de teorización. Son teorías estimuladas por su paciente, pero procesadas en sí mismo. Es por eso que la pertenencia psicoanalítica más que escolástica, es adueñamiento de la propia fuente.

15. LA NOVELA NEURÓTICA DEL PSICOANÁLISIS

Repasaré algunas vicisitudes en relación con la institución psicoanalítica; en primer lugar, la renuncia a la APA donde me formé con beneficio y de la que me fui, a principios de 1970, también con beneficio.

En la APA fue donde comencé mi formación y en ella desplegué todo el recorrido institucional hasta ser miembro didacta.

Esta salida se tradujo en un reforzamiento de mi posición psicoanalítica más afín a mi visión del mundo y a mi estilo clínico.

A partir de la ruptura, empecé a dedicarme con interés a la institución psicoanalítica, quizá por aquello de que el psicoanálisis institucional empieza por casa, pero sin integrar ninguna como miembro. Por lo menos, en términos de pertenencia formalmente mantenida.

Hace un tiempo escribí, simultáneamente con otros colegas, un texto destinado en un primer momento a integrar un libro, una suerte de "Cuestionamos 3", conmemorando los veinte años de salida de la APA, ocasión en la que con varios de esos mismos colegas habíamos publicado "Cuestionamos 1", publicación en la que algunos fundamos conceptualmente por entonces el porqué de nuestra salida. Éste era al menos mi caso, con un texto de título abundante al que más adelante me referiré.

El proyecto de un tercer texto no fue viable por una razón interesante. La editorial que se ha-

en cuyos organismos actué inicialmente como perito de personas torturadas y más tarde atendiendo a afectados directos por la represión integral del terrorismo de estado, y en ocasiones haciendo intervenciones institucionales en el seno de estos mismos organismos. Fue para mí importante no desmentir en todo este quehacer una perspectiva psicoanalítica, en cuanto preparación para la acción clínica, atento a la posibilidad de implementar una actitud pertinente en cuanto a idoneidad, en situaciones muchas veces atravesadas por el horror, pero también por el esfuerzo en establecer la verdad.

Decía que Documento (para otros fue "Plataforma") constituyó una importante estación de tránsito, mientras cada uno encontraba o fabricaba sus propios caminos institucionales. Con el tiempo, varios amigos —que no es la amistad condición reñida con el quehacer psicoanalítico— nos encontramos reunidos en un paradigma de institución abierta, paradójicamente cerrada en tanto no se propone ningún crecimiento orgánico como institución, pero sí el que surge del poder confrontar las propias prácticas clínicas y teóricas. Nadie se queda a vivir o a hacer carrera en "Foro" —a él me refiero— y, sin embargo, se trata de un ámbito doméstico, con la nobleza del *domus*, en tanto domicilio de producción conceptual y crítica, sin riesgo de que lo institucional implique alguna servidumbre para atender su mantenimiento. No existe ninguna estructura administrativa, salvo que nos hemos acostumbrado a la mesa doméstica y cordial de uno de nosotros, Gilberto Simoes. Es como si una antigua idea expresada en aquel primer trabajo que escribí, "Relaciones entre candidatos", donde sostenía que la práctica del psicoanálisis podía pretender ser práctica amiga, sin degradación amiguista ni enmascaramientos corteses de las diferencias, terminara haciéndose realidad en Foro. Por supuesto, no faltan los sobresaltos, aunque no constituyan lo habitual.

Algo más en alusión a Foro y a los ámbitos de producción psicoanalítica. Un día uno de nosotros escuchó "asociación libre" como una expresión más allá del reconocido recurso metodológico. Asociación libre como denominación institucional, en realidad instituyente, pretende conservar todo el dinamismo propio del término original, sumado a la originalidad de

un programa que al retomar el artículo freudiano "El múltiple interés del psicoanálisis", promueva un entrecruzamiento recíproco de saberes con otras disciplinas. Estamos dando los primeros pasos y nuestra intención es no desmentir el espíritu Foro ni nuestro interés por el psicoanálisis ni el múltiple por otros pensamientos. No es tarea fácil, pero el proyecto es interesante.

Una última estación en este viaje por mis pertenencias y afinidades psicoanalíticas. Personalmente puedo sostener mi trabajo con las instituciones, en tanto hemos puesto a punto, con algunos colegas, una particular herramienta que pretende ajustar su funcionamiento a una institución de las que califico abiertas y con la que sostenemos un número considerable de intervenciones institucionales en el campo asistencial y educativo público. Se trata de "H 8", H de hospital, también H de herramienta e incluso de "llámelo hache". Ocho por el número original de personas que la pusieron en marcha, porque acostado es número con vocación entre infinito y banda de Moebius; y como solemos bromear, ocho es algo más que el cabalístico siete. Si el espíritu de una pertenencia abierta es el que privilegia su carácter instrumental, "H 8" procura no desmentir tal espíritu. Por supuesto, una soltura así cada tanto suelta los conflictos inherentes a la H de lo humano. De la dinámica de un grupo de esta naturaleza, que por su índole instrumental siempre está atento a lo que en sí mismo refleja dramáticamente de los campos en los que trabaja, me ocuparé al final de este recorrido.

16. LA TERNURA COMO FUNDAMENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

El subtítulo anterior menciona al pasar una actividad a la que traté de aportar como psicoanalista, por considerar que tal aporte era coherente con mi trabajo en el campo social; me refiero a los Derechos Humanos.

Coincidentemente con la salida de la institución psicoanalítica, y siendo presidente de la filial de la Federación Argentina de Psiquiatras, empezamos a recibir institucionalmente,

por parte de agrupaciones referidas en general a Familiares de Desaparecidos o de Presos Políticos, la demanda de que nos hiciéramos cargo del peritaje de personas por lo común en prisión o que habían sido torturadas.

Consideré que, dadas mis funciones, era mi obligación asumir en primer término esta tarea. Fue una de las razones por las cuales años después debí vivir un tiempo en el exterior.

A mi regreso, cuando aun no había asumido el gobierno constitucional, incrementé mi colaboración con los organismos de Derechos Humanos. Concretamente, al principio, desde el Movimiento Solidario de Salud Mental y después también en peritajes y supervisiones, sobre todo relacionados con la recuperación de nietos robados, tarea tenazmente sostenida por las Abuelas de Plaza de Mayo.

Por mi trabajo específico con Derechos Humanos, en el sentido restrictivo que el término y la idea cobraron durante la tiranía militar, solicitaron mucho mi actividad. Pero siempre consideré mi quehacer en el campo de la salud y la educación ligado a los Derechos Humanos, claro que en una definición ya mucho más amplia.

Un texto breve, presentado en 1988 en un seminario de las Abuelas de Plaza de Mayo, parte de algunas conceptualizaciones sobre la ternura, que tienen como telón de fondo el horror de la represión, la marginalización y el escándalo de la miseria. Allí doy cuenta bastante claramente de esta actividad en el ámbito de los Derechos Humanos, por lo cual transcribo tal como fue escrito en su momento. Esto explica que, al igual que en el texto anterior, prefiera no eludir algunas redundancias y repeticiones de conceptos, porque suprimirlos debilitaría la estructura y la eficacia de estos trabajos.

*La ternura como contraste y denuncia
del horror represivo (1988)*

Es frecuente que en encuentros y discusiones teóricas acerca de los efectos psicológicos de la represión, centre mi participación en torno a dos ideas que considero particularmente útiles para trabajar con afectados en grados y situaciones distintas.

Me refiero a lo que he situado como encerrona trágica y como efecto siniestro.

Voy a recordar estas ideas sólo como introducción y fundamento a una conceptualización que hoy quiero aportar en el marco de la restitución de niños secuestrados.

El paradigma de la encerrona trágica es la tortura, situación donde la víctima depende por completo, para dejar de sufrir o para sobrevivir, de alguien a quien rechaza totalmente. Otro tanto acontece con sus familiares.

La tragedia así concebida es una situación de dos lugares, opresor-oprimido, sin tercero de apelación. Esta falta absoluta de una instancia para apelar, tal como ocurre en el terrorismo de estado, da a la situación el carácter de encerrona concreta y psicológica. Es posible, no obstante, que en el aspecto psíquico la víctima pueda escapar de la encerrona, cuando está apoyada tanto por la absoluta convicción en el valor de sus ideas y de sus acciones, como en los lazos solidarios que la unen a sus compañeros. Emocionalmente al menos, encuentra una apelación valiosa a partir de la cual resistir. Por supuesto, esto es sólo probable en un adulto. De cualquier manera, es sobre la invalidez extrema de tal situación que la extorsión se ejerce.

También he señalado en otros trabajos cómo esta falta de tercero de apelación, realidad frente a la cual se encuentran los familiares, sin puertas que golpear en los momentos del terrorismo de estado, fue uno de los orígenes de los organismos de Derechos Humanos, cuando los afectados se agrupaban y organizaban constituyendo ellos mismos una instancia de apelación.

Los organismos de Derechos Humanos tenían al comienzo poco poder efectivo, pero inmenso poder moral para denunciar frente al mundo la situación de la cual eran víctimas ellos y los secuestrados, apuntando así a quebrar el fundamento de la represión integral: la pretensión de impunidad.

Simultáneamente, demandaban justicia y castigo ante las instancias que se iban abriendo.

Una función importante de los organismos de Derechos Humanos que resulta ser una salida, por momentos la única para romper la encerrona tanto en el nivel concreto como en lo emocional, es impedir que los crímenes se secreteen.

Los hechos se secreteen desde la propia metodología de secuestro y desaparición. Empleo este término para referirme al sentido de una modalidad de represión en la que simultáneamente se

neamente se busca mostrar y ocultar el crimen. Es algo así como un secreto a voces con el que la población convive. Los secuestros son más o menos públicos pero a la vez se clandestinizan, se hace desaparecer a las víctimas, se borra todo rastro. En este secreteo radica parte de la eficacia de la metodología represiva.

El psicoanálisis ha estudiado esta situación mostrando como el secreto oculto del cual se desprenden indicios, tiende a promover el efecto siniestro, a la sombra de la renegación de los hechos, sin poder ocultar el temor y la parálisis resultantes de lo que siendo atroz, permanece semioculto. Se niega que se niega, como una defensa muy elemental de alguien que intenta ocultar lo temido, o tal vez pretende vanamente ocultarse de aquello que lo atemoriza.

Esta renegación continua hoy como efecto residual del período del terrorismo de estado. Es frecuente que alguien diga que ignoraba los crímenes cometidos durante la represión y que sólo después se enteró. Es verdad que pasado el período más cruento de la represión, se investigaron y pusieron en mayor evidencia los hechos, pero la formulación "Yo ignoraba lo que ocurría" sigue conteniendo cierta cuota de negación, en tanto se continúe ignorando por qué se "ignoraba" tanto. El efecto renegación persiste así, pronto a acrecentarse. Hay una realidad: superar tanto la renegación como el efecto siniestro implica el duro trance de enfrentar la tragedia cruda, que por permanecer semioculto, mantenía y mantiene aún, aunque atenuada, su eficacia.

Si la encerrona trágica coloca a la víctima en una invalidez aguda favorable a la extorsión, el efecto siniestro promueve una invalidez crónica, propicia a cualquier manipuleo político-cultural, además del económico.

Hay un antecedente de esta invalidez que merece destacarse: la invalidez infantil como estado propio de los primeros tiempos del sujeto humano. Cuando la represión cae sobre los niños, no cae sobre una invalidez producida por regresión en un adulto sino sobre algo que existe naturalmente. Quiero desarrollar con algún detalle esta situación porque la encuentro particularmente importante para sostener, con sobrados argumentos psicológicos ante la sociedad, la monstruosidad del apoderamiento de niños y los peligros que ello implica para las víctimas; agregar, además, fundamentos ante la justicia señalando cómo la única salida posible pasa por la ~~mostración a los niños~~ de la verdad plena, aun cuando su puesta en evidencia deba ser enfrentada por niños pequeños, con los

acompañamientos y auxilios terapéuticos necesarios, respetando la singularidad de cada caso. Para ello resulta importante también interpretar algunas presunciones acerca del perfil patológico de los que se avienen a ser usurpadores de niños.

El tiempo de la invalidez infantil es el escenario donde actúa la ternura parental. Luego he de referirme concretamente acerca de qué se entiende por ternura, pues más allá de las connotaciones emocionales del término, se trata de una instancia psíquica fundadora de la condición humana.

La invalidez infantil es un tiempo sin palabras aún, en consecuencia con pocas posibilidades de pensamientos susceptibles de ser rememorados de forma consciente con ulterioridad, aunque todo lo que se inscriba entonces será constituyente del continente inconsciente del sujeto. Podría decirse que es merced a la invalidez infantil que el niño recibe no sólo la historia de la humanidad sino la humanización misma. De no existir ese período de invalidez que coloca al infantil sujeto en necesaria dependencia de sus mayores, no se podría transmitir el aporte acumulado en la historia. Es así que con el correr de los siglos no sólo se nace en otro siglo, sino que en cierta proporción se recibe lo que culturalmente acumulan los siglos. Así va avanzando la especie humana y en ese avance las contraseñas se van transmitiendo de forma condensada en los tiempos iniciales del sujeto.

No se trata de confundir esta etapa de invalidez con incapacidad y menos con una cosificación del niño, de modo que al negar su condición de sujeto, se instauran cultural y jurídicamente sistemas de tutelaje arbitrarios, que para nada lo toman en cuenta como individuo singular.

La invalidez infantil está presidida por la ternura parental. La ternura es instancia típicamente humana, tan primigeniamente constituida que se la podría pensar de naturaleza instintiva. Se habla del instinto materno. Mas la ternura es producción que va más allá de lo instintivo, aunque tenga allí su basamento. La ternura, siendo de hecho una instancia ética, es inicial renuncia al apoderamiento del infantil sujeto. Para definirla en términos psicoanalíticos, diré que la ternura es la coartación —el freno— del fin último, fin de descarga, de la pulsión, concepto que aquí solamente menciono. Esta coartación del impulso de apoderamiento del hijo, este límite a la descarga no ajeno a la ética, genera dos condiciones, dos habilidades propias de la ternura: la empatía, que garantizará el suministro adecuado (calor, etc.)

palabra) y como segundo y fundamental componente el miramiento. Tener miramiento es mirar con amoroso interés a quien se reconoce como sujeto ajeno y distinto de uno mismo. El miramiento es germen inicial y garantía de autonomía futura del infante

Una idea que encuentro eficaz en relación con el proceso de la ternura es que su mediación crea en el niño el sentimiento confiado de que el mundo consiente en satisfacer sus demandas. Es así como va adquiriendo convicción en la existencia y bondad de un suministro ajeno a él, a la par que confía en sus propias posibilidades de demandarlo y obtenerlo. Es a partir de este sentimiento de confianza que en el sujeto se estructurará una relación de contrariedad con lo que daña, con el sufrimiento. Relación de contrariedad quiere significar que lo que daña es percibido como algo externo a sí mismo. Este proceso será fundamental para el desarrollo paulatino de la conciencia acerca de que él mismo puede ser causa externa de sufrimiento para el otro.

En esta relación de contrariedad con el daño, radica la posibilidad de acceder a lo que llamaré la imposición de justicia, aquel sentimiento que distingue no sólo entre lo que daña y lo que no daña, sino que indica además cuándo el mismo sujeto es o no dañino para el otro. Este saber que se va imponiendo es una de las bases del discernimiento de lo que es justo como parte constitutiva de la persona.

La ternura atendiendo a la invalidez infantil hace posible, desde el suministro y la garantía de autonomía gradual, superar esa etapa inicial y organizar un sujeto esperanzadamente deseante, al tiempo que sienta las bases constitutivas de lo ético.

Veamos ahora lo contrario, lo que podríamos llamar el fracaso de la ternura y la patología que genera desde la invalidez infantil.

Mi experiencia como analista, ya sea en el control de procesos terapéuticos o en el aporte de elementos periciales, comprende algún caso de niños restituidos; ya sea controlando procesos terapéuticos o aportando elementos periciales; es obviamente un cuadro más complejo que el de los casos de adopción, con la patología de adoptadores y adoptados, como asimismo de los casos de hijos que aun propios por nacimiento, sufren también apoderamiento por parte de sus padres. Es en estas situaciones comunes en la práctica psicoanalítica donde la casuística es mayor.

El fracaso de la ternura puede darse tanto por exceso como

por defecto en el suministro. De hecho, en situaciones en las que no se instaura la coartación instintiva, no existe la ternura; los padres se apoderarán del niño para su exclusiva descarga. No hay miramiento promotor de autonomía; hay sí apropiación torpe, que por supuesto también perturba la empatía suministradora.

A estos fracasos de la ternura corresponden algunas patologías más o menos típicas. En el apoderamiento se suele estructurar un verdadero incesto pre-edípico, que compromete el desarrollo de la autonomía del niño, atrapado en relaciones simbióticas, base de futuras patologías que bordean o llegan a la psicosis.

En el fracaso del suministro por falta de empatía, el niño desarrolla una modalidad patológica muy singular. Cuando desde los primeros años carece de algunos suministros tiernos, que nunca tuvo ni tendrá, se verá enfrentado a elaborar un tipo de duelo particularmente difícil y a veces imposible, aquel que concierne la pérdida de lo no tenido. Este sentimiento, que de forma atenuada es universal y en parte fundamento de la incompletud del ser, cuando adquiere mayores dimensiones genera la tendencia a organizar vínculos sustitutos de modalidad perversa-adicta. Precisamente es antecedente en la drogadicción severa.

Frente al duelo por lo no tenido, no es fácil encontrar una solución; más bien se buscan sustitutos alternativos. El término perversión aquí remite a su significado etimológico de giro o desvío. El duelo sin solución, por inexistencia de suministro tierno, provoca un desvío hacia una alternativa de reemplazo de lo inexistente. Esta nueva situación que llamo perversa tiene algunas características más o menos típicas. El objeto sustituto no puede ser reconocido como original porque no sólo no lo es, sino que se refiere a algo que, habiendo sido necesario, estuvo ausente. Además, en cuanto vínculo sustitutivo, lo nuevo tampoco es reconocido en sus propias características singulares. Por estas dos razones se trata de una relación espuria. La función de esta relación perversa, por desviada, es encubrir o mantener apartado al sujeto de ese doloroso y difícil duelo. Resulta así un vínculo recreado en permanencia, precisamente para mantener esta distancia, de ahí su transformación en vínculo adicto, al mismo tiempo frágil y tenaz, puesto que configura una modalidad de relación donde fácilmente se abandona al objeto por otro, pero no se cambia de estilo relacional, a la manera de un alcohólico que cambia de bebida pero no deja de beber.

Si la carencia ha sido mayor, si el sujeto no contó en grado extremo con la mediación de la ternura, y su invalidez infantil o juvenil transcurrió en el sufrimiento, la violencia y la injusticia, el sujeto mismo será esas cosas. Estará seriamente comprometida la adquisición de lo que antes llamé imposición de justicia. No se tratará sólo de alguien proclive a las alternativas perversas adictivas, sino que configurará una intensa perversidad, en el sentido sádico, donde la violencia, siendo algo constitutivo, se ejerce por la violencia misma. Un sujeto desesperanzado, incluso desesperado como individuo deseante, propenso a la dependencia de droga o equivalente y con muy pocas posibilidades éticas. El apoderamiento será su hábito.

El cuadro se corresponde bastante con lo que algunos autores como R. Laing describen bajo la denominación de "inseguridad ontológica", donde el tiempo presente no aparece como un *continuum*, con un mañana posible desde los indicios de hoy que permiten imaginar y organizar el futuro; los indicios en todo caso se transforman en presagios más o menos temibles o en una total indiferencia sin proyección futura. Lo que no se tuvo en su momento refuerza el sentimiento de lo que no vendrá.

No sólo el tiempo no es un *continuum*, tampoco lo es el cuerpo, transformado en escenario de sufrimiento y violentación. Esto es dramático en los casos de los drogadictos, en quienes el cuerpo está enajenado y funciona principalmente como una vía para mediatizar la droga. Son sujetos para la muerte. No viven; en cierta forma, son sobrevivientes.

Por supuesto, he cargado las tintas al extremo; en la práctica, los grados de patología se despliegan en una amplia graduación en cuanto a su magnitud. Pero tiene sentido dibujar estos extremos, pues no sólo existen, sino que me sirven de introducción a una situación totalmente límite.

Me refiero a la de los niños cuya invalidez infantil está atendida por adultos usurpadores del rol parental, en quienes toda posibilidad de ternura está insanablemente cuestionada por definición. Es imposible el desarrollo del miramiento cuando el punto de partida mismo es un apoderarse del niño, de hecho secretado frente a éste y a la sociedad. De ninguna manera habrá empatía que garantice el suministro de lo necesario, cuando lo necesario primordial, los padres, han sido eliminados y los familiares apartados, muchas veces con la complicidad de los mismos usurpadores y siempre

con el conocimiento de éstos, aunque ellos no sean partícipes directos.

Todas las condiciones señaladas en el fracaso de la ternura están exaltadas al máximo, en cuanto a la dificultad para la inscripción de las contraseñas de humanidad humanizadora. La relación con los usurpadores se transforma de modo inevitable en relación perversa, puesto que ella es sólo alternativa impuesta por la supresión violenta de lo originalmente necesario, la familia.

No se trata únicamente de un vínculo perverso, sino que el apoderamiento en secreto tiñe la situación de sádica perversidad. Un secreto que de manera inevitable se filtrará y, de acuerdo con la magnitud de lo filtrado, el niño podrá atravesar por lo que he descrito como "encerrona trágica" o quedará atrapado en el efecto de renegación siniestra.

A muchas personas les cuesta tomar conciencia de lo que representan estos niños atrapados en un pozo profundo, del que es injusto que sólo intente recuperarlos la infatigable acción de las Abuelas.

No es de extrañar que, en el curso de su restitución, se deban enfrentar, sobre todo al comienzo y en grados diversos, vínculos dependientes adictos establecidos por estos niños, desde su invalidez, con los usurpadores. Hay bastante experiencia acerca de cómo abordar esta situación terapéuticamente, sobre todo en casos de niños adoptivos que viven en condiciones de torpe ocultamiento de su condición. La mayor y más frecuente torpeza es precisamente el secreto de familia, con el que el niño convive cotidianamente, y que crea condiciones semejantes a las que señalé al comienzo como efecto siniestro.

Cuando alguien se apodera de un hijo ajeno, usurpando el lugar parental con ocultamiento ante la sociedad y la víctima, de ninguna manera puede pensarse que se trata de alguna forma de solución altruista para ese niño. El acto usurpador constituye lo que describí como una alternativa perversa adicta, que supone en los delincuentes la existencia de una patología de base, con algunos elementos frecuentes en su personalidad. Por ejemplo, la ausencia del requisito ético que he denominado "la imposición de justicia", una de las causas de la perversión sádica, así como una carencia que configure el llamado duelo por lo no tenido, donde el niño atrapado funciona como sustituto de lo originalmente ausente, y en cuanto sustituto, no es reconocido ni en su identidad ni en su historia.

Se establece entonces una relación espuria adictiva tiránica, que es tal no sólo para el niño sino también para el propio usurpador, que no puede renunciar a su presa, de la cual está preso, porque de lo contrario se vería enfrentado con lo originalmente ausente. No es por amor que la retiene, sino como alternativa al servicio de su patología. Muchas veces, lo no tenido, al ser asunto antiguo, está acrecentado por la imposibilidad de tener hijos propios.

El niño usurpado, aunque de inicio esté formalmente atendido en cuanto a calidad y cantidad de suministro, no podrá ser sino un niño atrapado en un vínculo perverso, pues el mismo está sometido a pérdida de lo no tenido, ya que fue privado del deseo engendrador de sus padres y, sobre todo, privado de la verdad acerca de su cruel situación. El lugar de la verdad estará inevitablemente infiltrado por el "secreteo" y sus efectos nocivos.

Muchas veces el niño atrapado funciona a la manera de un objeto fetiche, en tanto que con su presencia y con los cuidados que le brinda, quien se apodera de él pretende proclamar ante su conciencia y la sociedad algo así: "No es verdad que soy culpable, puesto que amo tanto a este niño". El amor no tiene nada que ver con el velo fetichista que tenazmente pretende ocultar el crimen. El fetiche es un ídolo adorado por lo que es: una mentira que dice que es lo que no es.

Sólo el establecimiento de la verdad absoluta, en condiciones contextuales de tercero al que apelar con ayuda adecuada y justa, pondrá en marcha el desentramamiento de este niño. Ya contamos con suficientes casos que confirman plenamente esto. Por desgracia, son muchos los que continúan todavía atrapados sin salida.

17. LAS CAMPANAS SOLIDARIAS DE MARIE LANGER

La *Revista de los Derechos Humanos* hace propicia la ocasión para incluir en esta historia a Marie Langer, como una persona con quien he mantenido extrema afinidad en este terreno, dentro del psicoanálisis. No debe extrañar que ella no integre, como tampoco Dieger, el quinteto pascual que pertenece a otros andariveles de mi vida. Ambos componen una línea mucho más política y emocional como influencia importante en mi visión del mundo. Con ellos, más que extranjería

compartí lo que de internacional tienen los ideales socialistas; destaco el sentido del término socialista en su valor más genuino, en general perdido en su empleo cotidiano.

La acompañé como amigo psicoanalista, así me lo pidió ella, en sus últimos meses de vida. Alguien me preguntó, luego de su muerte, qué había aprendido en tal trance, entonces escribí un texto que por razones no ajenas a la Guerra Civil española, que la contó como médica de las Brigadas Internacionales junto a Max, su esposo, también médico, titulé: "Las campañas solidarias doblaron por Marie Langer", aludiendo al personaje de pelo corto de un conocido film sobre la guerra civil española. Mimi también tenía, en los últimos tiempos, el pelo corto por efecto de los rayos.

En el libro en el que se basa la película, Hemingway utiliza aquella frase que advierte que "cuando doblan las campanas por algún muerto también doblan por ti".

En ocasión de un congreso en La Habana, pocos meses antes de su muerte, sabiendo ella de su cáncer, fuimos a visitar la finca -ahora museo- de Hemingway. El azar quiso que se encontrara con un viejo pescador y también excombatiente de las brigadas, al que la televisión francesa estaba reportando, junto con sus compañeros.

Mientras le sacaba una foto a Mimi frente al museo, un cuidador señaló que en ese lugar se había fotografiado por última vez el dueño de casa, antes de morir. Ella comentó, como al pasar, que ése también sería su último retrato; no había tragedia en su tono, sólo aceptación.

Horas después se realizaría un acto en su homenaje en la Casa de las Américas; los cubanos querían destacar así el solidario compromiso de esta psicoanalista con lo que representaban Cuba y la Nicaragua del sandinismo, adonde ella viajaba frecuentemente desde México para contribuir a la capacitación de trabajadores de la salud.

Sabiendo que yo tomaría la palabra en la ocasión, me dijo: "Así que, compañero, vas a hablar sobre mí en la Casa de las Américas... Tengo miedo de ponerme a llorar". Era obvio que temía que el acto acercara la presencia de su próxima muerte. Le respondí que habría de celebrar lo que representaba su manera de vivir.

En este sentido avanza la narración psicoanalítica, como lo hace el tiempo físico cuando supera la degradación entrópica (degradación que también puede serlo de las palabras y las ideas cuando se banalizan), para ordenar conceptualmente si no el caos, al menos la necesaria ambigüedad de los inicios.

Aprender de la experiencia, enseñaba Bion –y lo confirman las ciencias duras, como la física, y las más elásticas, como la metapsicología–, supone tolerar el tiempo necesario para que los textos –y también los hacedores de textos– vayan cursando, desde el noviciado y los amores teóricos hasta arribar a la cuesta del saber posible que sobre sí mismo se puede afirmar. Un saber que en psicoanálisis suele develar que ya se sabía lo que se acaba de saber con posible destino de olvido. Un olvido que, marcado por un instante de temporalidad consciente, habrá de aparecer “radioactivo” de temporalidad, colonizando la inconciencia (preconsciente) a la que ha retornado. Éste es el fundamento del oculto trabajo (*durcharbeiten*) que amplía la brecha de una preconciencia más permeable al tránsito entre los dos escenarios psíquicos donde se representa el vivir de las personas.

Parte II

aforísticas, que nos permiten hacer pie en alguna, tal vez presente solo en nuestra propia memoria, mientras vamos en búsqueda de la pregunta oportuna, tanteando vacilantes el fondo con vocación de milagro.

III. LA TRAGEDIA Y LAS INSTITUCIONES

Es probable que provoque cierta extrañeza el lugar que asigno a la tragedia en las prácticas sociales del psicoanálisis, prácticas cuyos escenarios más frecuentes son las instituciones donde las personas agrupan sus vidas y esfuerzan sus trabajos.

Mi experiencia más frecuente y sostenida en este cometido psicoanalítico tiene lugar en las organizaciones asistenciales públicas y un tanto menos, en las educativas. Esto me dio oportunidad de prestar especial atención al costado trágico relacionado con las actividades específicas que en ellas se desenvuelven. El quehacer con la enfermedad y la muerte en unas y la epopeya del aprender en otras suelen estar contextuados, en muchos casos, en la proximidad con el escándalo de la pobreza, lo cual multiplica el factor trágico.

La tragedia, bajo la forma de encerrona trágica, es un factor epidemiológico habitual en cualquier ámbito social donde juega lo establecido (instituido) y lo cambiante (instituyente), sobre todo cuando lo primero asume la rigidez cultural propia de la mortificación, y coarta (encierra) a los sujetos. Desde esta perspectiva, las encerronas trágicas constituyen un factor etiopatogénico —y muy importante— para un abordaje de la psicopatología social.

Con frecuencia me refiero, más que a las instituciones, a la numerosidad social, en tanto esta institución abarca a los seres humanos en sociedad, sobre todo cuando éstos son maltratados o al menos “distratados” por esas instituciones

(hospitales, colegios, administración pública, ámbitos de trabajo e incluso de esparcimiento) de las que son usuarios.

Extraje el concepto de encerrona trágica de mi quehacer en el campo de los derechos humanos, principalmente referido a la tortura como situación límite, pues constituye uno de los pasos de la represión integral (secuestro, tormento, desaparición de personas y pretensión de impunidad) que organizaron en la región y en otras partes del mundo siniestras formas del terrorismo de estado.

En la tortura, la víctima depende totalmente, para dejar de sufrir o para no morir, del torturador; depende físicamente, aunque no siempre esa coartación física logre quebrar otros niveles de quien alcanza a resistir el brutal tormento físico y moral. Sabido es que el objetivo es quebrar todas las resistencias del sujeto, colocándolo a merced de algo o de alguien totalmente repudiado. Este estar a merced de algo que se rechaza configura el encierro que denomino trágico.

Un correlato de esta situación puede alcanzar a los familiares y compañeros de la víctima, como lo ilustró la madre de quien había sido secuestrado pocas horas antes, que pensaba en voz alta: "¡Ojalá que todavía esté vivo!" Mas sabiendo del inexorable tormento, murmuraba, con voz inaudible y con profunda angustia: "Quizá ya haya muerto y no sufra", pensamiento que la confundía atrozmente con los torturadores. La inhumana encerrona estaba jugada entre esos dos pensamientos.

Es que el familiar también depende para reencontrarse con su ser querido, para tener noticias de él, finalmente para que viva, de un sistema o de personas a las que rechaza con todas sus fuerzas.

Es un hecho, inherente a su función, que los organismos de derechos humanos estén atravesados por la tragedia y sus multiplicaciones, mas, ¿qué organismo que se ocupe de la vida cotidiana de la gente no está atravesado por la transgresión a estos derechos?

La práctica con las instituciones públicas, sobre todo desarrollada en las comunidades mortificadas, aquellas que van haciendo mortecina cultura de ese acostumbramiento, me lleva a identificar la vigencia de otras formas de tormento social que tra curren a plena luz del sol y muchas veces bajo la mi-

rada de una sociedad que se torna indiferente, quebrada en sus resistencias. Son las encerronas que se dan cada vez que alguien, para vivir (amar, divertirse, trabajar, estudiar, tramitar, recuperar la salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo "distrata", negándolo como sujeto.

La situación que describo como encerrona trágica está estructurada en dos lugares: dominado y dominador. No hay tercero mediador a quien apelar, alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad del más fuerte. Una fuerza capaz de estupidizar en su miserable brutalidad a quien la ejerce, reduciéndolo a la condición de idiota, que por ser él mismo víctima de su propia perversidad, termina insensible al significado criminal de lo que hace, aun cuando tenga claro lo que se propone. Una idiotización extendida a las víctimas cuando ellas caen en sometida aceptación mortificada. No hay una connotación insultante, sino de diagnóstico clínico, en esta versión de remoto sentido griego del término idiota, aunque el victimario bien se hace acreedor a mayores insultos. De inicio, en una encerrona trágica prevalece el dolor psíquico, un sufrimiento que se diferencia de la angustia porque ésta tiene momentos culminantes y otros de alivio. Quien sufre ese dolor no vislumbra para éste ningún final ni tiene la esperanza de que cambie la situación de dos lugares. Una situación sin salida con connotación infernal.

Ilustra todo lo anterior, cuando se refiere al campo asistencial, un enfermo maltratado, e incluso re-enfermado por un hospital, que representa para él la única posibilidad de curación. Otro tanto acontece con el operador clínico de ese hospital, cualquiera que sea su nivel de jerarquía y su pertenencia profesional, también maltratado por el ambiente posible para desarrollar su vocación, acrecentar su experiencia, que por deformada probablemente resienta el sentido ético de su oficio. A todo esto se agrega una magra retribución económica, por debajo no ya de su expectativa sino de su necesidad. Puede decirse que este clínico no es un corrupto, pero está atrapado en un sistema hospitalario totalmente corrupto. Estas encerronas trágicas alcanzan a todo individuo so-

cial, usuario o integrante de la institución, e idiotiza a propios y ajenos.

Una idiotización capaz de infiltrar la sociedad más allá de los individuos que se resistan. Es sorprendente la cantidad de personas que luchan, solas o episódicamente agrupadas, en aquellas instituciones públicas y privadas que encarnan la mayor magnitud de "distrato". Una lucha en general anónima, sostenida por consignas más o menos utópicas: "Seamos realistas, hagamos lo imposible", "Resistir es vivir" o "La imaginación al poder...". Consignas no sólo del mayo francés, sino de los mayos de la humanidad enfrentando inhumanidades.

No menciono casualmente la utopía ni lo hago a la manera de la objetivación de algunas luchas. Trato de recuperar todo el valor operante que tiene en la clínica frente a estados próximos o ya terminales de mortificación, como consecuencia de las tragedias larvadas o explícitas. Le asigno a esta versión de la utopía, en su forma más actualizada, un sentido que se expresa en un negarse a aceptar aquello que niega (encubre) las causas más arbitrarias de los sufrimientos individuales o colectivos. Si estas arbitrariedades están veladas, lo están por un proceso de renegación (negar que se niega) con que la víctima asume su mortificación y la desglosa de lo que la origina.

La utopía como operación clínica supone una doble vuelta: la de una negación con sentido positivo (negarse a aceptar aquello que niega lo subyacente), opuesta a la propia de la renegación.

El pasaje de la mortificación idiotizante a la toma de conciencia de la tragedia supone —éste es el problema— la recuperación del sufrimiento embotado por la mortificación, en todo caso por su carácter mortecino, apagando la conciencia. Éste es el obstáculo que hace tan difícil superar la alienante anestesia mortificada.

Es obvio que todo lo anterior está referido no sólo a procesos visibles y documentables, sino y fundamentalmente a las vicisitudes con que el sujeto produce lo que entendemos por subjetividad. Y esto es mucho más difícil de evidenciar.

El trabajo psicoanalítico, que opera con un individuo o con muchos simultáneamente, siempre gira en torno a los procesos de la subjetividad, si se pretende no desmentir el queha-

cer del psicoanálisis. Me ocupo de esto en el capítulo sobre propio análisis.

Documentar esta producción, cuando se refiere a la tragedia y sus consecuencias mortificadas, en un texto metapsicológico es un propósito que se verá favorecido si quien lo intenta está familiarizado con los pasajes de la tragedia encaminados a la circulación dramática.

No debe extrañar entonces la inclusión un tanto exaltada que hago de la tragedia en las prácticas psicoanalíticas con la numerosidad social.

Por eso procurare ahora desentrañar algunas características específicas del campo institucional que dificultan, al menos en mi práctica, la narración de aquellos hechos, expresivos por su naturaleza, pero no siempre fáciles de transcribir en un relato hablado y menos aún escrito.

No siempre resulta fácil teorizar por escrito la tragedia, sobre todo cuando quien lo intenta ha disparado con sus intervenciones clínicas aquello que aparecía más o menos latente hasta ese momento. Una emergencia que puede llegar a conmover antes sus afectos que su pensamiento, cosa propia de la tragedia como escena observable.

Esto sin olvidar que el término teoría encierra, entre otros, el significado de "lo que se ve en una escena teatral", es decir, en un accionar dramático.

Entonces, este tipo de escritura resulta más tarea de dramaturgos habituados a dramatizar lo que se presenta trágico, que de clínicos habituados a conducir ese mismo pasaje en el escenario de los hechos.

Para teorizar la tragedia no es necesario ser Sófocles, pero si se quiere escribir acerca de aquello que se da en ese escenario, no es mala compañía; por eso quisiera examinar, desde una perspectiva un tanto distinta, cómo juega la situación que describo en relación con la escritura, tomando en cuenta la semejanza del obstáculo con algunos estados de conciencia habitualmente englobados por el término inspiración. Estos estados próximos a la producción de los sueños —como algo que a la vez nos concierne y se nos presenta del dormir, a la vez propios y extranjeros.

En el orden personal es posible que un impulso vocacional por la desmesura trágica me lleve a preocuparme más por las herramientas clínicas que por escribir acerca de lo que ahí acontece. Herramientas útiles para recrear, en una institución, el espacio dramático donde se desenvuelve la tragedia y explorar una y otra vez críticamente ese escenario, donde la desmesura (de difícil medida) dada en las encerronas, que llamo trágicas, obstaculiza el pasaje hacia la circulación dramática. Suelo afirmar, sin demasiado rigor, que esta vocación por la escena trágica, no ajena al teatro, me hace aparecer, si no como el analista institucional más convocado, al menos como uno de los más encontrados, por no rehuir presencia. Una ocupación que también posterga la reflexión escrita.

Resulta un tanto paradójico que algo limitado por un encierro sea inmensurable, pero es que ese encierro trágico, como ya señalé, genera el dolor psíquico, un dolor al que no se le percibe fin y, por eso, no necesariamente por la intensidad, es metáfora del infierno, siempre sin medida.

Voy a desprenderme por un momento de mi interés autocrítico acerca de la escritura y la tragedia, para ver desde una perspectiva menos personal aquello que en la tragedia alude a la desmesura.

Maurice Blanchot, crítico literario, cita a Von Hoffmanshtal, en carta a lord Chandos y dice: "Sentí en ese momento, con una certeza que no dejaba de ser dolorosa, que en el año próximo, y el siguiente, ni en ningún otro de mi vida, escribiría ningún libro, ni en latín, ni en inglés y esto ocurría por una razón extraña y penosa... Quiero decir que la lengua en la que tal vez me sería dado no solamente escribir, sino pensar, no es el latín ni el inglés ni el italiano ni el español, sino una lengua de la que no conozco una palabra, una lengua que me hablan las cosas mudas y con la que un día deberé tal vez, desde el fondo de la tumba, justificarme ante un juez desconocido".

Sin duda, un texto que alude al terrible sentimiento de que la inspiración —que de eso habla Chandos— y también la tragedia, ése es además el espíritu de la cita, puede llegar a tener el rostro de la esterilidad.

No es necesario consignar que no me parecen ni tan profundos ni tan enigmáticos los obstáculos que encuentro en mi

práctica, pero ¿no será el inefable sentimiento de haber estado, por momentos, próximo al lugar del ignorado idioma —cuando así se expresa la inspiración—, al lugar de la desmesura trágica que sólo alcanza a manifestarse, y eso en contadas ocasiones, en ideas con el mérito de lo impensado, pero que resultan pálidos reflejos de lo impensable? Lo desconocido, entonces, puede aparecer en el texto escrito, como desmerecida referencia a lo inefable, y genera, en el mejor de los casos, un conocimiento impensado, algo que no lo había sido hasta entonces, pero que pese a su originalidad sabe a poco conocer, confrontado con el impacto emocional que disparó la escena trágica. Entonces no es mera fatiga ni severa autocrítica; es conciencia de algo menor, que no traduce ni traducirá el momento esquivo de la tragedia, lo que hace poco satisfactorio el resultado.

Se trata entonces de seguir vocacionalmente atento a la práctica. Los llamados de la vocación no sólo conducen por los caminos del oficio, también proponen una manera de vivir que a veces deja estela y otras, se documenta en obras. Cuando esto ocurre, sea como escritura, teoría científica, obra plástica, música e incluso en las sentencias aforísticas de un saber, siempre producirá expresiones medidas, como el relato del soñante, que pretende vanamente traducir la desmesura de su sueño.

El mismo Blanchot agrega: "Hay un movimiento demasiado fuerte que a veces nos atrae hacia un espacio en el que falta la verdad, donde los límites han desaparecido y somos entregados a la desmesura; sin embargo, allí se impone mantener una marcha justa, no perder la medida y buscar una palabra verdadera yendo al fondo del error".

Sin duda una forma de la sobriedad como virtud, la propuesta de Blanchot. Un conformarse con la medida de la obra vocacional frente a la tentación por la desmesura en el instante de inspiración.

Con intención recorro a estos términos de origen eclesial, para recuperar su valor en la clínica. Tentación alude al anhelo de contacto —ésta es su esencia— que traduce el afán de fusión propio de la unicidad fáctica, que el psicoanálisis define como identidad de percepción, y que produce los equi-

vocos alucinatorios del recién nacido-venido. Aún no está recortado el sujeto como tal, sólo es tentativo. Hambre y alimento, boca y pecho son todo uno.

Es por la ardua acción de la espera del suministro demorado, que se descubre lo externo a la necesidad —y sobre todo por el trabajo del lenguaje, que se va inscribiendo— que finalmente habrá de surgir el esbozo del sujeto por los iniciales tiempos de la identidad de pensamiento. Aquí se inician también los esbozos de la vocación, por vocablo que evoca, convoca, provoca.

Mucho más tarde, superada la (autoerótica) pasión por sí mismo, como remanente de la fusión tentadora, la vocación —otra forma distinta, ahora la pasión por lo propio—, será artesanía que construye el sujeto, como una forma de vivir y producir subjetividad.

Son términos eclesiales y, como tal, sujetos a calificación moral. Tentación diabólica, vocación religiosa. En la clínica pierden ese carácter para designar momentos distintos, más articulados.

Lord Chandos renuncia con melancólica resignación, casi diría con mortal renuncia, a intentar adentrarse vocacionalmente en el ignorado lenguaje con que habla su propia inspiración enmudecida. Nada de esto es ajeno —y el psicoanálisis se ocupa de ello— a la condición dividida del hombre, en tanto descentrado de su conciencia y por momentos coartado como sujeto.

Heidegger, tal vez más optimista, aproxima una perspectiva distinta, al hablar del poeta Tralk. Es vocacional la artesanía con que procura localizar (en el sentido de mostrar y reparar, como operaciones que él llama preparatorias) el lugar y la esencia de la inspiración. A mi entender, la localización que propone Heidegger es el lugar de la propia pertenencia, no entendida como alguna filiación a la que se pertenece sino como vocación que parte y converge en lo propio que nos constituye sujeto. Desde esta perspectiva, no se trata de un rostro mudo, inefable, el que intenta localizar Heidegger desde los pasos que él llama mostrar y reparar. Lo que para lord Chandos era melancólica renuncia a un lugar imposible, para el filósofo sería el llamado de la vocación. Un

gran poeta —dice— siempre poetiza fiel a una única poesía, incapaz de expresarse a lo largo de todos los poemas de su vida, que de ella emanan y que a ella vuelven. Una imposibilidad fecunda que no se agota, sino que en cada intento parcial acrecienta la desmesura de la fuente, en tanto va haciendo obra medida, en cuanto acepta la incompletud

Heidegger recurre al antiguo vocablo alemán *Ort*, que tanto designa “lugar” como la punta de una espada, aquel donde todo converge, aun la voluntad vocacional de quien la empuña; punto que congrega, penetrante, la localización subjetiva. Espada que brilla y retumba al entrar en el mundo.

Es ese doble movimiento, centripeto y centrifugo, de la vocación lo que se ensancha en desmesura, sin duda un ritmo distinto del que nos hablan Von Hofmannsthal y en parte Blanchot cuando aluden a una fascinación paralizante, propia de la tentación de lo inalcanzable, más que de la vocación que no se agota.

La pasión vocacional es una posibilidad de encontrar en el gesto del arte, en la teoría científica, en la simple técnica como arte, una verdad donde tal vez imperan, legítimamente, el equívoco o el silencio. Es la oportunidad de hacer centro sin descartar que, al errar el blanco, la flecha equivocada acierte un sorpresivo destino. En esto consiste la vocación psicoanalítica, no tanto en precisar puntería, sino en estar atento a lo inesperado, cuando más que arquero se resulta flechado.

Hay algo más que decir en relación con la escritura, cuando ella parte de esos lugares desmesurados y es instrumento vocacional.

Conocido es que aquel que se mantiene próximo a una inspiración que se niega en su proximidad, se verá probablemente atormentado por los insomnios, como también por los sueños, esos otros insomnios que impiden reposar al espíritu. Es que el insomnio y algunos sueños parecen transcurrir en ritos tan desconocidos que el alerta aleja la posibilidad del adormecer. En las altas horas de la madrugada insomne, sólo el intento de la escritura —para quien la pretende— posibilita el dormir, para volver a alertarse en otro insomnio, hasta alcanzar una nueva medida de escritura. Un escribir que irá emborrachando la desmesura insomne hasta lograr el reposo.

¿Pero cuantas veces la lectura de la vigilia, ahora sí “la de los ojos abiertos”, como decía Macedonio Fernández, suele mostrar que los afanes de la madrugada insomne apenas dibujaron un rostro mudo, inconexo, desparramando en notas, algo de lo que creíamos entrever? Sólo nos queda entre los dedos de la memoria, como semillas dispersas, alguna que otra iluminación entre tanta granza. Pero semillas al fin, que quizá germinen un texto que hable en metáfora dramática, una indecible inspiración que, por muda, muestra algo del rostro de la tragedia.

Vale recordar a Kafka, cuando afirmaba su posibilidad de escribir desde las horribles noches de insomnio. Un Kafka atormentado que parecía haber metamorfoseado su inicial facilidad para la escritura, en descreimiento de ella. Quizá por eso en sus últimos días —la cosa no es clara— pidió a su amigo y albacea, Max Brod, que destruyera sus manuscritos, tal vez con la secreta esperanza de que un tercero, en función de crítico —así ocurrió—, testimoniara acerca de la legitimidad de su obra y la preservara. En su fuero íntimo, Kafka debía de saber a quién encomendaba sus escritos.

A esta altura, el lector puede preguntarse legítimamente, pese a la introducción con que justifico la índole de este texto, de qué tragedia hablo en relación con el ámbito institucional. Ocurre que la mayoría de las veces las encerronas trágicas, precisamente por estar encerradas en los límites del sujeto coartado, no hacen demasiado ruido. Suelen ser silenciosos los sufrimientos de aquellos que para vivir, sostener a los suyos, desplegar las expectativas de su vocación —todo esto sin nombrar situaciones más encarnadas del sufrimiento— dependen con frecuencia de un ámbito, un sistema, tal vez una persona, que los maltratan. El sujeto queda a merced, para alcanzar sus fines, de algo que lo rechaza y que a su vez él repudia, siempre y cuando no haya claudicado en sometimiento. Un maltrato en general anónimo, que no habrá de reparar en la condición de la víctima.

Puede ser que también resulten víctimas algunos de los ejecutantes de ese maltrato, degradados a la condición de verdugos, como precio de su pertenencia institucional, al aproximar la obediencia debida y sus posibles canalladas.

Éstas son, en general, las oscuras razones que subyacen a los explícitos conflictos por los cuales somos demandados. Ocurre que la puesta en acción del conflicto ya supone un intento de dramatizar lo que está paralizado en las encerronas singulares. Es más, nuestra intervención, cuando no desmiente una atenta advertencia de la subjetividad, promueve esa dramatización conflictiva. Es posible entonces que el psicoanalista bordeé el riesgo (un riesgo para considerar clínicamente) de quedar en mero aprendiz de... psicoanalista (oficio que nada tiene de brujo), aunque se acredite sobrada maestría.

Entonces, no debe sorprender que frente a la mortificación, sus corrales trágicos y su claudicante y empobrecida subjetividad, un analista se disponga a abordar la situación, teniendo presente la universal magnitud que la tragedia tiene en todas sus formas, articulando lo que ahí ocurre con esa magnitud universal. Todo humano es reflejo de esa universalidad.

Por eso no debe extrañar que, apoyado en Blanchot y Heidegger —de paso en Kafka—, haya presentado la tragedia en su dimensión más próxima a los personajes clásicos de la literatura universal, aunque aquí me refiera a sus formas larvadas. Formas en las que a muchos hombres cotidianos se les va la vida y la de los suyos —o al menos los modos más justos de vivirla, tan opuestos a las arbitrariedades en las que agonizan—.

Debo insistir que, en general, un psicoanalista, al trabajar en la numerosidad social, enfrenta la paradoja de ser convocado como psicoanalista —quizá sólo tolerado— sin ser demandado, al menos no en forma explícita, en sus posibilidades interpretativas, aunque es probable que se espere, secretamente, que asuma su condición psicoanalítica.

En estas condiciones paradójicas, cobra especial valor lograr componer una narración que aluda, desde la óptica psicoanalítica, a lo que sucede, sin apuntar a persona alguna en particular. Una suerte de interpretación puesta a disposición del que la desee, que con frecuencia habrá de promover el surgimiento del escándalo, clínicamente útil cuando dispara reacciones inesperadas, protagonizadas por aquel a quien le quepa el sayo...”. Esto habrá de contribuir a comprometer a

toda la comunidad instituida, en funciones de tercero de apelación para denunciar las encerronas singulares. Denuncia apoyada –de la misma manera que lo hizo el analista en su narración– en los analizadores que surgen del propio campo.

Si bien el psicoanalista, en esa ocasión conduce clínicamente una situación colectiva, su eficacia habrá de operar en la singularidad de cada sujeto contextualizado institucionalmente. De hecho, se trata de una circunstancia alejada del dispositivo habitual del psicoanálisis. Pero cuando la situación es conducida de modo pertinente desde la clínica psicoanalítica, es doble esperar la posibilidad del propio análisis, procesado en la privacidad subjetiva de quienes se muestran permeables a un efecto interpretación. En ellos, la paradoja de la convocatoria sin demanda está menos presente o habiéndolo estado en un primer momento, la eficacia de la conducción provocó un cambio.

Se podría proponer que, en ciertas ocasiones, frente a la contemplación impactante de la tragedia se requiere algo del talento sofocleano ya evocado para organizar los dinamismos inteligibles del drama. Esto implica, por parte de quien contempla la globalidad simultánea del panorama trágico –ya sea en sí mismo, en la vida cotidiana, en el teatro o principalmente en la clínica– encontrar, defender y operar lo que defino clínicamente como el lugar de la facilidad relativa. Una platea en los márgenes del escenario.

Esta ubicación facilitadora de la lectura clínica posibilita la organización de una narración, con valor de interpretación psicoanalítica.

Una narración de la tragedia, ocurrida *in situ*, que propone una salida –incluso desde su condición de narración no mejorada, si no mejor– a las encerronas de la tragedia. Suerte de “entrar a salir”, fórmula ésta que presenta, desde términos contradictorios –una entrada para la salida–, no sólo la vía de la dramática, sino también la del humor que aproxima aires de comedia.

Digo narración mejor y no mejorada, porque no se trata de maquillaje alguno, sino de apelar a la ficción sin ocultar los hechos. Nunca es acción ficticia. En cierto sentido, toda teorización, cuando no se aparta de lo que se ve en la escena que

se considera, es una versión mejor que la existente y, como tal, herramienta posible para quienes integran esa escena. Ésta es una manera de entender la conceptualización de la práctica como uno de los fundamentos de la capacitación clínica.

Por otra parte, apelar al humor, aunque más no sea el de “entrar a salir”, frente al sujeto trágico tiene el beneficio de disolver las cristalizaciones de la mortificación desde el penetrante fluido humorístico, aun el esbozado levemente. También implica el riesgo del sujeto cómico, que en la cultura de la mortificación puede ser doblemente trágico, cuando por vía de lo cómico se encamina lo grotesco.

Claro que lo grotesco, en manos del talento de un pintor como Goya, puede plasmar el gesto dramático que hace hablar a la tragedia, muchas veces con mayor eficacia que el discurso escrito; tal vez porque la pintura mantiene algo de la simultaneidad propia de la esencia trágica; en tanto que alude a lo real se hace expresión simbólica que impulsa la circulación dramática. Por eso se puede decir que la pintura es anterior a la letra. La mano que dibujaba los bisontes de Altamira no sabía aún escribir y su dueño quizá sólo balbuceaba una lengua gutural, pero podía encerrar el espacio, de la misma manera que el gesto teatral delinea el campo dramático de la tragedia.

La escena trágica, al ser observada, es promotora de eficacia, tal vez porque en su movimiento detenido juega como estímulo la simultaneidad de todo el campo. También puede producir, a la manera de la mítica Medusa –una tragedia que nos mira– el atrapamiento que paraliza el entender. De ahí el beneficio de un observador que no está colocado ni en alejada platea ni en el centro mismo del escenario. En el proceder clínico, a este puesto de observación lo designo “punto-clínico de facilidad relativa”. Un puesto excéntrico, pero no ajeno al campo.

Voy a ilustrar esta posición dentro del campo dramático con un ejemplo. En una supervisión institucional de un servicio de psicopatología de un hospital suburbano, se presentó una interesante y ardua cuestión en torno a una interconsulta solicitada desde una sala clínica; se trataba de un paciente

portador de sida, internado por una infección tuberculosa y que ignoraba su enfermedad más grave.

Una enfermera de la sala lo reconoció como un sujeto de avería que vivía en su barrio, a quien se le imputaban no sólo hechos delictivos sino alguna violación. Este reconocimiento había creado una hostilidad temerosa en el servicio de enfermería, extendida a los médicos, frente a un paciente que, como todos los portadores de sida, despertaba arbitrarios prejuicios, que aludían no tanto a las características de esa persona, sino a la manera como suele ser visualizado este flagelo, como una enfermedad propia de marginales —y no como una amenaza para la humanidad entera—.

En este caso, los rumores justificaban esa actitud al ver al paciente como potencial portador de una suerte de bomba mortal, no esperándose de él los más elementales cuidados para no propagar la enfermedad. Algún médico había comentado que era una desgracia que el enfermo respondiera favorablemente al tratamiento de su tuberculosis, porque pensaba que tratándose de un psicópata, cuando conociera su diagnóstico pondría en acción una criminal difusión del sida.

Más allá de casos conocidos, confirmatorios de esta presunción, tampoco puede descartarse que el prejuicio señalado alcanza con frecuencia a quienes al estar a cargo de la asistencia, no tienen demasiado entrenamiento para ello.

Al parecer, poco contacto tenían los médicos con el paciente; la mayor proximidad correspondía a las enfermeras que debían asumir su cuidado.

Se esperaba del servicio de psicopatología que evaluara, además de la personalidad del paciente, lo que se suponía un peligroso comportamiento sociopático.

Lamentablemente, no puedo extenderme acerca de la resolución del caso, porque mi conocimiento de él se reduce a ese momento de supervisión institucional.

Debo sí señalar la oportunidad que representó esta consulta para bosquejar lo que podría ser un correcto manejo clínico. Cor encé por indicar que mi posición como consultor institucional al epir ódico, para conducir una discusión clínica, era relati e te fácil Aclaro que la consulta sobre este caso me fue hecha e isos minutos antes que terminara la supervi-

sión. Resultaba un poco menos fácil la posición del servicio de psicopatología, que debía responder a la interconsulta, especialmente la de los encargados de realizarla. El grado de dificultad aumentaba para los médicos tratantes —y mucho más aun para las enfermeras que tenían un contacto directo con el paciente, probablemente sin poseer adecuados conocimientos ni entrenamiento sobre bioseguridad en relación con el sida—. De hecho, la situación parecía afectar mucho más a la enfermera vecina del paciente. Pero quien atravesaba una circunstancia verdaderamente difícil, por la naturaleza de su enfermedad visualizada más tarde o más temprano como terminal, era el propio paciente.

Podemos presumir algunas hipótesis sobre su personalidad. Parecía alguien más o menos marginal, o que había soportado algún grado mayor de marginalidad, que lo ubicaba entre quienes suelo denominar “los sobrevivientes”, es decir, aquellas personas que en sus años infantiles, adolescentes y aun adultos soportaron el fracaso en grado mayor de los suministros elementales que, tal como lo describo en otro pasaje de este libro, provienen de la ternura: abrigo, alimento y buen trato.

Cuando estas carencias son mayores, la constitución ética del sujeto bordea casi inevitablemente la ética de la violencia, aunque pueda extrañar que aquí asocie estos dos términos. Es que en la violencia radica la oportunidad de sobrevivir para quienes ya sobrevivieron a un sinnúmero de familiares desaparecidos, al igual que las víctimas del terrorismo, cuando no es la mortalidad sino la mortandad infantil lo que se establece. Y no sólo la de sus hermanos y familiares sino la de los vecinos de su comunidad, víctimas del hambre y la carencia de atención primaria, que los hacen pasto de la enfermedad y la muerte. Todos ellos están atravesados por una violencia que termina organizando, casi inevitablemente, sujetos jugados a la violencia por la violencia misma. Es obvio que distinta habrá de resultar la constitución ética de aquellos que se agrupan en organismos de derechos humanos, en tanto los visualicen como derechos universales para defender. Pero aquellos a quienes se les ha negado todo derecho, mal pueden defender una universalidad que los contó como

excluidos. Los primeros pueden luchar por las causas que afirman esa justicia: los sobrevivientes están atrapados en las consecuencias que los ajustician, a la espera de una justicia ciega e insensible que, a su tiempo, oficialice ese ajusticiamiento.

Fácil es entender que el sobreviviente vive en las proximidades cotidianas con la muerte: sus instituciones de destino más frecuentes son el cementerio, el hospital o el hospicio, la cárcel y a menudo las llamadas fuerzas de seguridad, a las que los sectores marginadores de la sociedad encomiendan mantener la represión marginante.

No se trata de una descripción piadosa; es sólo una lectura realista de la que se enseñorea la tragedia, que ilustra en grados distintos, desde una lectura clínica, lo que he llamado el punto de facilidad relativa, en un difícil contexto, letal más que vital, que atrapaba a aquel paciente y, de hecho, a los clínicos, enfermeras, psicólogos, médicos, quienes debían hacerse cargo, con oficio, de las falencias de una sociedad sustancialmente injusta.

De ser así lo que entonces supuse, era obvio que quienes debían suministrar cuidado estaban en una posición clínica de mayor facilidad relativa en relación con el enfermo. La posición fácil, no obviamente cómoda, es necesaria para organizar un dispositivo clínico, desde un punto excéntrico pero no ajeno a él. Esto supone el compromiso de poner en juego una mejor oportunidad para ejercer una inteligencia atenta a procedimientos eficaces. De hecho, resulta importante no sólo beneficiarse clínicamente sino defender esa mejor situación, sin inútiles culpabilidades ni falsa conciencia frente a la mayor mortificación. Una dificultad que se incrementa gradualmente, en círculos concéntricos, hasta el núcleo de la infernal situación en que se encuentra quien demanda atención. Es fácil desentenderse desde un "Es mejor que se muera", afirmación que parecía circular en algunos sectores de la sala de internación. También lo es experimentar alguna culpa cuando desde esa facilidad distante se tiende a elaborar especulaciones sin mayor utilidad clínica —como las monedas alcanzadas a un mendigo—. En ninguna de estas trampas hay que caer. Y mucho menos en el fácil enjuiciamiento moral de quie-

nes experimentan un rechazo por una situación que los supera. Ésta era posiblemente la posición de la enfermera vecina barrial del paciente.

Aquella supervisión fue particularmente útil para mí y para algunos participantes y esto, sin duda, creaba mejores perspectivas para planear una interconsulta que resultara clínicamente eficaz para el paciente y para todos los involucrados.

Tal vez sea significativo que, sobre el final de la breve supervisión, planteada en los términos en que la describí, haya surgido un dato "más fácil" para abordar el caso. Alguien recordó que contemporáneamente a los hechos, la compañera del paciente había dado a luz a un niño en el mismo hospital y, al parecer, ni la madre ni el hijo estaban contagiados. Era sin duda un punto a favor para operar, por lo menos de inicio, sobre la subjetividad de la persona en tan difícil situación.

Este ejemplo sirve, además, para ilustrar, con respecto a un clínico que enfrenta situaciones de corte trágico, lo que suelo denominar "las variaciones del estar afectado".

Hay un primer estar afectado que alude al ser afecto vocacionalmente a un determinado campo de trabajo, que en condiciones favorables determina la especialización del clínico. Sin embargo, ocurre que también esa especialización se le estructurarse en condiciones difíciles y hasta de favorable, lo cual implica acreditar una verdadera vocación que descarte la tentación gozosa de un destino. Recuerdo haber escuchado a un neurologo —pionero en nuestro medio en el tratamiento del sida, el doctor Pedro Cahn, con quien he colaborado en sus comienzos una especialidad que, por acción de los antibióticos, presumiblemente no tenía enfermos terminales; pero hoy ese destino pende como el más probable sobre un gran número de sus pacientes, sin que esto lo haya hecho abandonar el ser afecto, en sentido vocacional, a la infectología.

Un segundo significado de "estar afectado" alude —dicho de manera gráfica— al estar contagiado. Esto corresponde a aquel aserto de la biología según el cual todo organismo vivo, incluso un clínico, es sensible al medio, es decir, lo interpreta

empáticamente. Sin este "contagio" no hay empatía clínica facilitadora del diagnóstico. Es la necesaria resonancia del estar afectado por quien demanda lo que permite al clínico inclinarse frente al sufrimiento que debe asistir, a la manera de la empatía propia de la ternura materna que sabe por que llora su niño. Ésta es la base de la intuición, el llamado "ojo clínico", sostenido además por una meditada experiencia, que hace de las "corazonadas" una opinión no aventurada.

Pero si la ternura es la coartación del fin último pulsional, también esto es propio de la clínica. De no mediar coartación que limite el empático contagio, mal podría un clínico preservar la facilidad relativa de una posición desde donde diagnosticar y decidir terapéuticamente

Esto nos presenta el tercer orden de ese estar afectado, como sujetado a un trabajo y a las condiciones necesarias y adecuadas para llevar adelante un cometido clínico.

En psicoanálisis, este estar afectado tiene la connotación específica de estar afectado al trabajo de la abstinencia. Una abstinencia que nunca es indolencia, como lo sugiere lo que en el capítulo de las herramientas clínicas denomino "estructura de demora".

Esta no indolencia se articula con la difícil dialéctica entre la abstinencia y la no neutralidad, en realidad, no neutralización, del sujeto analítico, atravesado por todos estos niveles del estar afectado.

Un analista no neutralizado no se convierte en grotesco predicador, ni en gendarme moralista. Puede ser que en el propio espacio y momento clínico tenga poca oportunidad de jugar su no neutralidad, dentro de límites compatibles con la ética afín a la verdad no disimulada. Esto trae a primer plano el antiguo tema de la verdad como "verdadera" y la verdad propia de las causas justas –tan relacionado con las verdades mentirosas y las mentiras verdaderas, aunque éste es otro asunto–.

Sin duda, aquí reside uno de los grandes dilemas que enfrentan todas las ciencias, tanto las naturales como las del hombre, en la medida en que se visualice la ética no como una especulación, sino como una práctica que, entre otras cosas, apunta a la producción social de sujetos éticos, sujetos

en cuya estructura esté impresa aquella "imposición de justicia" que los tornará inevitablemente sensibles a lo que es y a lo que no es justo, para sí y para los demás. Así entendida, la ética, como la vocación, resulta también una manera de vivir que no se enseña: se produce.

Desde que el hombre comenzó la aventura cultural, siempre se ha hablado de los hombres justos y éstos no necesariamente son opuestos a los hombres sabios. Unos y otros tienden a concordar. El problema de compatibilizar la verdad que se va conociendo con las causas justas radica en que es muy difícil para una cultura que hace del saber un trofeo de la eficiencia establecer las proscripciones que limiten la transferencia tecnológica de algunos conocimientos. Sin ese conocimiento hecho técnica no serían posibles las guerras totales y planetarias ni los gendarmes del mundo que excluyen grandes sectores sociales de los beneficios de la ciencia, y que configuran, a nivel planetario, múltiples encerronas trágicas.

En relación indirecta, pero como otra cara de este tema en torno a la verdad y la ética motivado por preocupaciones personales derivadas del análisis de su mujer, Gramsci escribía desde la cárcel que el psicoanálisis, en ocasiones, puede producir algo así como "un buen salvaje". Más allá del compromiso afectivo que sin duda lo movía a pronunciar estas palabras, ellas destacan el riesgo de una práctica centrada sólo en la legitimidad del deseo no regulado por el compromiso; un problema semejante, aunque en otro registro, al de la verdad "verdadera" y la verdad de las causas justas.

Cuando sólo el deseo encamina los actos humanos, se corre el riesgo de encaminar –a la manera de un Edipo ciego antes de estarlo– un destino trágico, aunque resulte sólo la tragedia menor del "buen salvaje", un habitante semi-estupidizado de la cultura. Mas cuando el compromiso excluyente asesina el deseo, también perece el sujeto, agobiado por el aburrimiento. Un sujeto incapaz de aventurar una existencia, aunque aparezca militante de la aventura que otro desea, se juega a la eficacia a costa del placer. En clínica psicoanalítica, suele corresponder a los modos del ~~obsesivo~~ –uno de los antídotos culturales frente a las ~~condi~~ es de la tragedia–, que al eludir el drama instaura el viejo cuadro freu-

diano de las neurosis actuales (*Aktualneurose*). Pero ésta es otra historia, la del capítulo de la cultura de la mortificación, aquella a la que sí puede despertar el hecho de admitir la cronificación de las crisis trágicas.

IV. PROPIO ANÁLISIS

Ya he señalado la importancia que le doy a la capacitación como conceptualización de lo cotidiano, en una intervención institucional, cuando esto no aparece francamente contrario a la naturaleza de la demanda. Estoy pensando principalmente en instituciones asistenciales y educativas, en todas sus gamas.

Esto implica mantener el prudente recaudo de no bastardear los supuestos teóricos con un empirismo meramente eficientista. Las instituciones, al menos aquellas en las que me muevo con más frecuencia, suelen favorecer un empobrecimiento conceptual en aras de un criterio pragmático, aun en quienes reúnen las mejores características vocacionales para la actividad que se proponen. Por esta razón, los procesos de subjetividad ocupan un lugar tan destacado en la capacitación. Una subjetividad que, desde el punto de vista de la clínica, en la medida en que se define psicoanalítica, no puede desconocer que aun si opera con individuos contextuados grupalmente, llegará a promover en la singularidad de cada sujeto el "efecto interpretación" propio del accionar psicoanalítico.

Sobre esta premisa se apoya lo que a lo largo de este texto presentaré como propio análisis, al grado de pensar mi trabajo como un "análisis crítico de las instituciones y propio análisis del sujeto", parafraseando el clásico freudiano *Psicología de las masas y análisis del yo*.

Es inevitable que se establezca una tensión —clínicamente útil— entre el nivel colectivo donde se orquesta el quehacer institucional, y lo procesado en cada sujeto como propio análisis.