

MARTÍN H. SMUD

EN GUARDIA

Crónica de una residencia
en Salud Mental

*Letra
Viva*

Coordinación editorial: Leandro E. Salgado
Revisión literaria: Vanina Muraro

A mi hermana Valeria.

© Letra Viva ediciones
© 2000, Martín H. Smud

I.S.B.N.: 950-649-028-7

Impreso en la Argentina - *Printed in Argentina*
Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723
1° edición: Marzo 2000

Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en las leyes queda rigurosamente prohibida sin previa autorización escrita de los titulares del *copyright*, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos.

Índice

De la A a la Z. Por Rafael Skiadaressis	9
Prólogo a una formación. Por Valentín Barenblit	11

I. FINAL DE CARRERA O ¿QUÉ HAGO?

1.1. LA RESIDENCIA

Introducción	15
Suposición de pacientes	17
Hacer psicoanálisis de un texto ridículo.....	18

1.2. EL HOSPITAL

La invocación de pacientes	22
La revolución neuroléptica	26
¿Remedio equívoco- remedio equivocado?.....	27
El juego con pacientes.....	28
Un sueño.....	31
Carta abierta a quien me clavó un tenedor	32
La quemazón de pacientes.....	33
Freud como investigador y Freud como analista	35

1.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

Contar el caso del otro analista	40
El caso freudiano	45

1.4. APUESTA AL DISCURSO DE RESIDENCIA

Final de carrera. Soy psicólogo... ¿Y ahora qué hago?	58
La apuesta a la residencia	59

II. PRIMER AÑO DE RESIDENCIA O LA ENTRADA NO ES EL PASE

2.1. LA RESIDENCIA

Introducción	63
La entrada no es el pase	67
Reunión de residentes	73

2.2. EL HOSPITAL

Hacerse el muerto	77
Hospital público: ¿Puede el dolor volverse espectáculo público?	77
La clínica de la mirada.....	85
Estar en guardia.....	85
¿La psicología es ciencia?	89

2.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

La resistencia y la extinción de la cura	97
--	----

2.4. DISCURSO DE RESIDENCIA I

¿Cómo trabajar en conjunto?	107
¿Qué lugar para la residencia y el reconocimiento?.....	107

III. SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA O EL DERECHO DE LA CLÍNICA

3.1. LA RESIDENCIA

Introducción.....	113
La votación de la jefatura.....	116
El ateneo clínico.....	119
La proclamación del novel-analista.....	128
El caso del analista.....	130

3.2. EL HOSPITAL

La residencia y el hospital.....	138
----------------------------------	-----

3.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

La neurosis de transferencia como guía en la dirección de la cura.....	142
--	-----

3.4. DISCURSO DE RESIDENCIA II

¿El estatuto de residentes arregla al conjunto?.....	149
--	-----

IV. TERCER AÑO DE RESIDENCIA O LA ROTACIÓN DE LA ANGUSTIA

4.1. LA RESIDENCIA

Introducción.....	151
La salud mental del trabajador de la Salud Mental.....	155
Los volados de la residencia.....	159

4.2. EL HOSPITAL

Rotación por la red de atención de la drogadependencia en España....	162
Viaje a la heroína.....	164
“Los sentimientos volvían y me mordían el culo”.....	166
La Rotación por el Hospital de Día.....	173
De la <i>talking cure</i> al <i>talking bolas</i>	174

4.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

La angustia como guía de la cura.....	182
---------------------------------------	-----

4.4. DISCURSO DE RESIDENCIA III

¿La residencia o lo que queda de la operación grupal?.....	195
--	-----

V. CUARTO AÑO DE RESIDENCIA O EL TRABAJO DEL DUELO

5.1. LA RESIDENCIA

Introducción.....	199
Buscando un diván.....	202
La caída a tiempo.....	210

5.2. EL HOSPITAL

El hospital y su zona progrática.....	213
---------------------------------------	-----

5.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

La identificación como guía de la cura.....	220
---	-----

5.4. DISCURSO DE RESIDENCIA IV

La presentación a la jefatura.....	228
------------------------------------	-----

Agradecimientos.....	
----------------------	--

De la A a la Z

El libro de Martín Smud constituye un acontecimiento, acontecimiento único, ya que no se conocen muchos textos sobre la práctica hospitalaria donde el autor cuente su experiencia de la A a la Z. Experiencia que ha sido no sólo el despliegue de su formación sino una trayectoria llena de encuentros con lo real de la clínica.

Este recorrido comienza en el transcurso de su carrera de psicólogo cuando, sobre el final, se precipita la pregunta: ¿Y ahora qué hago? Pregunta inaugural porque ya nunca dejará de acompañar al sujeto en su camino: en los *impasses* de su formación y en los *impasses* de la clínica. Intero-gantes que se irán formalizando, introduciendo una lógica y conformando un instrumento para el encuentro del caso por caso.

El texto está poblado de ejemplos donde se encuentran tematizadas, en su momento naciente y con lenguaje coloquial, las respuestas a las que Smud arriba en sus primeros años de trabajo en el campo de la Salud Mental.

Otra particularidad para destacar, a causa de su singularidad, es la convivencia de diferentes saberes que enriquecen al libro con referencias propias de la literatura, la lógica, la filosofía y el psicoanálisis.

Su derrotero como novel analista transcurre en un marco institucional donde todos los interrogantes y la ignorancia propia de su posición, la del psicoanalista, llevan adelante la tarea de construir un saber. Saber que parte de los textos pero que no hace oídos sordos al decir de sus pacientes, a la realidad en la que éstos habitan y a la época que los determina.

El resultado: erigirse en profesional de la Salud Mental sin perder la capacidad de sorprenderse, día tras día, de los límites y alcances de su propia práctica deja en el lector un aire optimista. El psicoanálisis es posible en la institución pública, pero a condición de que no se transforme en una práctica hermética y de que haya un deseo siempre presente, deseo del analista, que funcione como operador.

Por ello a esta segunda publicación de Martín Smud debemos darle una calurosa bienvenida.

Rafael Skiadaressis

Prólogo a una formación

Prologar un libro como el que nos presenta Martín Smud conlleva un compromiso personal, profesional y ético. Quien es elegido para cumplir con este encargo debe ser breve y expresar su opinión acerca del autor y su discurso. Esta ocasión es para mí un motivo de especial satisfacción por tener la oportunidad de acompañar en su texto a este joven psicólogo que desea comunicar públicamente los avatares de la formación de postgrado de los trabajadores de la Salud Mental en la República Argentina.

El interés por esta problemática me acompaña desde el comienzo de la década del sesenta, cuando vivimos una etapa de múltiples esperanzas transformadoras. Esos años fueron esenciales para quienes compartíamos las responsabilidades de la conducción de un nuevo esquema teórico y práctico de atención en Salud Mental. Con el incomparable privilegio de contar con la inspiración creadora de nuestro maestro, Mauricio Goldenberg, asumimos el compromiso fundacional de este modelo de formación profesional de postgrado en el Policlínico de Lanús. En este ámbito, desde el Hospital General, se implantaron y desarrollaron las claves fundamentales de una actividad interdisciplinaria en la atención a la salud mental comunitaria y de la introducción del concepto de la subjetividad y de las prácticas psicoanalíticas en el sistema de la salud pública. Desde ese marco institucional hospitalario, durante largos y fecundos años de actividad colectiva –no exenta de múltiples dificultades–, compartieron con nosotros el trabajo en la Residencia del Servicio de Psicopatología y Neurología numerosos profesionales argentinos y de distintos países de América Latina. Muchos de ellos en la actualidad son prestigiosos especialistas, docentes e investigadores que optaron por desarrollar distintos saberes que integran el amplio campo de la salud mental.

Años después, en una situación muy diferente, en Barcelona, se presentó la ocasión de volver a participar en el diseño y la realización de un programa de formación para profesionales de la salud mental. Fue así como nos conocimos con Martín Smud, nos visitó entre los meses de enero y marzo de 1997 en *iPsi, Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental*, asociación sin ánimo de lucro en la que, junto con un cualificado grupo de psicoanalistas y colegas de otras disciplinas desarrollamos desde el año 1994 un proyecto institucional que pretende dar sentido, en la

realidad concreta de nuestra labor, al nombre con el que designamos nuestra institución. Dicha visita se realizaba en calidad de rotación externa en el marco de nuestro Programa de cooperación con Iberoamérica – Formación de recursos humanos en Salud Mental. Entre los objetivos del programa se destacan: facilitar una experiencia transnacional a profesionales de la Salud Mental; dar salida a las necesidades formativas expresadas por diferentes centros e instituciones iberoamericanas; difundir la experiencia acumulada, además de mejorar los diferentes modelos existentes a partir de posibilitar la interacción y el intercambio de conocimientos y experiencias; promover nuevas propuestas de investigación en el campo de la salud mental; y formalizar, a nivel académico y curricular, las instancias formativas de los profesionales que participan en este programa como estudio de especialización. El programa se desarrolla en forma continuada desde el año 1995 hasta la fecha. Cuenta con la participación y el valioso apoyo de distintos miembros de nuestra institución. Aprovecho esta oportunidad para agradecer la excelente colaboración que nos brindan desde entonces numerosas instituciones de Cataluña, Andalucía, Francia, Italia y Suiza.

El libro de Martín Smud parte de sus experiencias como Residente de Psicología. A través de la lectura de sus capítulos se percibe una precoz preocupación por registrar las complejas circunstancias personales desde la finalización de su carrera universitaria y durante los cuatro años en que transcurren sus actividades como Residente en el Hospital General Manuel Belgrano.

Abarca así desde el relato más íntimo de sus vivencias, pensamientos y producciones oníricas, hasta sus reflexiones acerca de la formación teórica, de la práctica clínica de los psicólogos y de los contextos institucionales, comunitarios, sociales y políticos en la que se desarrolla. Lo hace de manera autobiográfica, testimonial, con notable sinceridad. Expone y se expone ante el lector en un estilo de linaje freudiano a través del cual investiga sobre sí mismo y en sus relatos ensaya la difícil tarea de ilustrar los conceptos con narraciones de escenas, logrando convertir sus pensamientos y opiniones en agudas interrogaciones. Uno de los méritos de esta modalidad narrativa es que lo individual y singular de sus relatos expresan también las problemáticas generales que conciernen a la gran mayoría de jóvenes profesionales de la Salud Mental que realizan su formación de postgrado en programas que se desarrollan en diversas universidades e instituciones sanitarias.

De igual manera, como suele ser habitual en Argentina, articula paralelamente su formación en Salud Mental con su formación psicoanalítica. Desde esta última perspectiva, da cuenta a través de su libro de su deseo de saber como psicoanalista. En este campo, elige como referentes teóri-

cos y maestros preferidos a Sigmund Freud y Jacques Lacan con quienes dialoga e investiga en una búsqueda rigurosa para esclarecer sus incertidumbres conceptuales y sus requerimientos para la práctica clínica.

Desde la perspectiva de su discurso psicoanalítico, Martín Smud intercala muy ilustrativas narraciones en relación con distintas situaciones clínicas de la práctica cotidiana en su trabajo hospitalario. Además, debe destacarse su labor teórico-clínica más exigente y rigurosa, que se expresa en el análisis que realiza sobre la *Historia de una neurosis infantil*. Este historial, difundido también en la bibliografía mundial como el “Hombre de los Lobos”, es el más importante de los historiales de Freud y sobre el que más y con mayor acierto se ha escrito. A través de su texto, en cada capítulo, el autor despliega cuidadosas aportaciones con interesantes consideraciones en relación con el famoso paciente freudiano. A mi parecer, de esta manera intenta estimular y dirigir nuestra atención hacia ciertos temas específicos, que serán definidos por la relación que establezca cada lector con el texto.

Desde otra perspectiva, con enorme y trascendental importancia, a lo largo de todo el libro se plantean preguntas y cuestionamientos relevantes: ¿Qué aporta y cómo contribuye el sistema de Residencia a los profesionales de la salud mental? ¿Cuáles son y cómo se abordan las angustias, los padecimientos y los propios problemas de salud mental de dichos profesionales? ¿Cuál es la situación de la atención a la salud y en especial de la salud mental en Argentina? ¿Cómo se integran estos complejos problemas en las realidades psicosociales de carencias, marginaciones y sufrimientos de la población?

Desde la amplia diversidad y extensión de estas cuestiones el autor se presenta al lector, articulando en su discurso sus capacidades y su disposición a manifestarse con los estilos de la producción de conocimiento científico y también como historiador crítico, en el marco general de un relato que adquiere con frecuencia la tersura y espontaneidad narrativa de la novela.

A las interrogaciones antedichas, hay que agregar que del texto surgen argumentos sobre los que considero necesario reflexionar con especial atención técnica y política. En este libro, el autor interpela a los sistemas de formación profesional, a la universidad, a los modelos de atención a la salud, a las responsabilidades del Estado y al futuro de los profesionales a los que el mismo Estado financia una formación de postgrado que no hallará canales adecuados para desarrollar sus vocaciones, saberes y destrezas en beneficio de la atención pública de la salud mental.

En este punto, citaré algunos párrafos de lo expuesto por Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. En una brillante conferencia titulada: *La ciudadanía*

como forma de tolerancia, que tuve el placer y el honor de presentar durante el Primer Congreso Català de Salud Mental realizado en Barcelona en el mes de febrero de 1999, dice: "La ciudadanía es una forma de tolerancia que no está basada en la noble voluntad de una minoría iluminada sino, en la capacidad de organización de los recursos y de las instituciones que existen en una comunidad. La tolerancia como ética del respeto de la igualdad de los seres humanos se transforma en, ética del acceso a las oportunidades materiales y afectivas de que una comunidad dispone. Hay que acabar con la idea de que los usuarios de un servicio sean simplemente un costo: son un costo y una inversión al mismo tiempo. En realidad la miseria de los servicios depende sobre todo de la miseria conceptual y organizativa de los mismos..."

Como corolario de lo dicho hasta aquí, deseo reiterar que en este libro, el autor enuncia un mensaje importante a través del cual describe, analiza, interroga e interpela, pero se puede afirmar que su deseo de ser escuchado representa también el pensar y el sentir de numerosos psicólogos y trabajadores de la Salud Mental. También es portavoz de quienes, limitados en su palabra y en sus derechos como ciudadanos, esperan con resignación que se atienda a sus legítimas necesidades y demandas en salud y en salud mental en Argentina.

Tomando en cuenta estas consideraciones, el trabajo que Martín Smud nos ofrece en su libro es relevante, no sólo para los psicólogos y trabajadores de la salud mental, sino para quienes tienen la responsabilidad y las capacidades de decisión para diseñar, planificar e implementar los futuros programas de atención, docencia e investigación en el campo de la salud mental.

Valentín Barenblit
Barcelona, febrero de 2000

FINAL DE CARRERA O ¿QUÉ HAGO?

1.1. LA RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de trabajo de quien ha terminado una facultad no resultan fáciles. Y no es solamente por la cuestión del título profesional. Por muchas razones los primeros años de trabajo de cualquiera que ha terminado un estudio no son sencillos. Este libro intenta pensar algunas de dichas razones.

Estos textos fueron escritos en el momento en que iban sucediendo los problemas, las sorpresas, las preguntas: los primeros pacientes, la llegada al Hospital público, la llegada a un grupo de profesionales en formación. Textos que, sólo al final, cuando estaba haciendo el duelo de esa etapa que se terminaba, fueron conformando el presente libro.

La estructura del libro se compone de cinco capítulos y cada capítulo está dividido en cuatro puntos: la residencia, el hospital, el caso del Hombre de los Lobos y el discurso de residencia. Todo el libro tiene esa estructura, lo que permite una lectura por ejes además de una lectura "evolutiva". Más allá de la forma, el contenido es la experiencia de los primeros años de llegada a un campo laboral y de cómo aquello que aprendimos (y somos) se estrella contra la llegada "en vivo y en directo" del trabajo en esta Argentina de hoy.

Es apasionante y conmovedor. Del final de carrera, a los primeros años de residencia en el campo de la Salud Mental. Vayamos al final de carrera. Éste es el comienzo.

- 1 -

De repente, empecé a vislumbrar que el tiempo universitario llegaba a su término. La meta del final de carrera, después de una larga travesía, se volvía presente. Desde finales de la década del '80, hasta mediados de la década del '90, me convertí en un experto en cursar, promocionar y pasar a otra materia.

Pero la carrera no terminaba allí, también estaban las largas colas de inscripciones, las elecciones de materia y cátedra, las comisiones que nunca salían como estaban programadas, la presentación del docente y el programa, la bibliografía imposible de leer, el insuficiente tiempo para preparar los exámenes, la pelea con el texto, la espera de la nota, la insatisfacción por la cursada, con el docente, y algún chiste dirigido a una compañera de comisión que me miraba de reojo ante las estúpidas preguntas que realizaba para llamar su atención. Todo era parte de la llamada vida universitaria.

Sólo en el final de carrera me surgió una pregunta: ¿qué hace un psicólogo en esta Argentina de hoy? En realidad, la pregunta fue un tanto más angustiante: ¿qué carajo hace un psicólogo en este final y comienzo de siglo en la Argentina? Ésa fue la pregunta. Aún me lo sigo preguntando.

- 2 -

Llegaba al final de la carrera, y no había visto pacientes. Me puse el objetivo de, aunque sea, verlos; quería experimentar lo que se sentía cuando un individuo nos hablaba de su padecer esperando algo de nosotros. Estaba tan decidido que no me importaba de dónde salieran esos pacientes. Había que estar preparado, de cualquier lado podían aparecer, cualquiera podía serlo; llegado a un punto, no me importaba si mi paciente era mi novia, un amigo, mi padre. Estaba atravesando un verdadero *furor curandis*, tenía un desencadenamiento de *psicologicus rara avis*.

No ayudó a mi estabilización un docente universitario que intentaba enseñar psicoanálisis cuando aseveraba que el psicoanálisis no se podía enseñar. ¿Qué había hecho todo este tiempo? Varias horas por semana me sentaba a estudiar textos varios, donde había que subrayar lo importante, recordar lo esencial y desechar todo el resto. Adquisición rápida de conocimientos que me permitiría separarme de los profanos, de los que no saben lo que yo sé. Pero, para esto, debía tragarme los textos que me ponían delante, debía leer la bibliografía obligatoria y lo que sugerían en la bibliografía optativa. Ese saber se podía evaluar, cuantificar y hasta cualificar. Pero el saber de la clínica era diferente. No estaba ligado a su adquisición por medio del esfuerzo erudito y obsesivo de intentar ser un titulado universitario. El saber en psicoanálisis tenía características inéditas, se trataba de un saber no sabido, de un cuestionamiento a su posibilidad de adquisición. ¿Cómo aprender este saber?

Desencadenado el *furor curandis* por un lado, y embarazado por la pregunta acerca del saber con que contaba para enfrentarme a un paciente, iba hacia el final de mi carrera. Quizás usted no se sorprenda, pero un es-

tudiante a punto de recibirse en una facultad pública a mediados de los años 90, se estaba volviendo loco por estas cuestiones.

- 3 -

En cada época, diferentes autores, grupos e instituciones tiñen el campo de trabajo con un discurso que se supone se desprende de articulaciones teórico-científicas. Esto genera coincidencias en las problemáticas a investigar pero también es motivo de luchas que tienen menos de analíticas que de políticas, fanatismos varios y prejuicios que dificultan aún una mínima posibilidad de diálogo. Cualquiera, y más un estudiante, por el sólo hecho de haber atravesado una facultad, está posicionado en el debate. Antes de haber nacido ya tenemos un nombre y una época que nos espera.

¿Qué haremos con este nivel de determinaciones político-institucionales?

¿Nos detendremos en maldecir a quien jugó su deseo en nuestro cuerpo?

¿Defenderemos nuestra filiación de quienes se acercan, acusadores, marcando nuestras determinaciones?

¿Haremos mención del relativismo de las posiciones teóricas y acentuaremos la identidad común como trabajadores del campo de la Salud Mental?

¿Nos desprenderemos de las implicancias de la problemática definiéndonos como laburantes, simples jornaleros que, además de tener algo de ganancias, deben presentar su declaración a la D.G.I. una vez por año?

Así, la transmisión de un saber imposible, el posicionamiento como profesional que dirige una cura y la filiación corporativa fueron tres temas que no me dejaban dormir. Y antes de decidirme a tomar algún hipnótico me puse a escribir. Esa costumbre... la de no dormir, la seguí teniendo aun después de recibido, así que seguí escribiendo mis primeros años de residencia. Un primer año, un segundo año, un tercero y un cuarto. Me detengo aquí, vuelvo a leer lo escrito y te lo doy para que le eches una ojeada. He aquí algunos textos que pueden servir a quienes ya están inmersos en el campo de la Salud Mental o a quienes en algún momento, quizás después de terminar la carrera de grado, se van a arrojar.

SUPOSICIÓN DE PACIENTES

Estaba al final de la carrera y no había tenido la posibilidad de tener una experiencia directa con pacientes. Me habían contado casos en los cuales me fascinaban las posibilidades de desciframiento en la lectura clínica.

Me había resultado hasta divertido encontrar indicadores para sostener una hipótesis clínica, pero estar frente a la presencia de un paciente, era otra cosa. ¿Qué decirle? ¿Cuándo? ¿Cómo mirarlo a la cara? ¿Cómo leer el caso clínico estando uno mismo incluido en el campo por investigar? ¿Los indicadores no estarían cegados por mi puntuación arbitraria y subjetiva? Me preguntaba cómo maniobrar con la transferencia y cómo llevar adelante la dirección de la cura. Y también cosas más terrenales: ¿cómo hacer para mirar en el reloj el tiempo pasado desde que se puso a hablar, o cómo cobrarle sesión por sesión un honorario establecido más allá de que no haya hablado o venido?

Tenía muchas dudas. Tenía que ver pacientes pero, por el momento, no era factible; de cualquier manera, quería ver pacientes y los iba a ver. Al principio, sin darme cuenta; luego, compulsivamente comencé a suponer como paciente a cualquiera que se me acercara. Sé que no era al único que le pasaba esto. Cuando iba a estudiar en grupo, algunos empezaban a interpretarse mutuamente, las interpretaciones graciosamente iban y venían y en varias oportunidades alguno, en general de sexo femenino¹, se ponía a llorar. Era común el considerar como pacientes a compañeros de comisión; no obstante, a mí eso nunca me pasó. Lo que me pasó fue diferente, comencé a suponer como pacientes a gente aún más familiar. Recuerdo ese fin de semana, en el que un sábado a la noche, de una frase escuchada por mi novia, construí la escena primaria siguiendo la odisea freudiana en el caso del Hombre de los Lobos, y cómo aquel domingo a la mañana interpreté las tendencias homosexuales y paranoicas de un amigo que llegaba a casa, y cómo esa misma tarde, aprehendí psicoanalíticamente la frase de truco «*por el río Paraná, viene navegando un piojo con un hachazo en el ojo...*».

HACER PSICOANÁLISIS DE UN TEXTO RIDÍCULO

Un estudiante, a punto de recibirse. Un recorrido que tiene historia, una marca que quizás ya esté en el cuerpo, alguna forma especial de mirar, de comportarse, de escuchar.

—Estudio psicología.

—Ah... ahora entiendo por qué sos así.

—¿Cómo soy?

1. N. de A: No se trata de cierta identificación entre el lloriqueo y la mujer sino de una proporción evidente para quien tiene la suerte de pisar el edén de las facultades de psicología: en una proporción de ocho a dos, las mujeres llenan los bancos de las aulas, intentando titularse.

Un estudiante a punto de decidirse a recibirse en una facultad pública. Una encrucijada biográfica, y la apertura a un campo de trabajo.

Me interesaba el psicoanálisis, el saber-hacer de analista, pero tenía una pregunta: ¿cómo es el saber-hacer de analista?, ¿cuáles son los requisitos mínimos, o al menos esenciales? ¿El saber-hacer psicoanalítico merece una especialización? Por ejemplo, fulano de tal, especialista en psicoanálisis. ¿Merece una *especificación*? Psicólogo psicoanalista, freudiano, lacaniano, etc... etc... Si merece una especialización y una especificación: ¿qué nos da la facultad? Nos dicen que, al menos, nos han hablado de psicoanálisis, nos han mostrado sus casos y hemos estudiado a los maestros. Pero luego agregan que la clínica es caso a caso y rematan con que toda construcción y/o interpretación tiene efectos sólo mensurables en la clínica. Le pregunto a un docente, un tanto alterado: —*¿Qué es, entonces, la clínica psicoanalítica?*

Dice: —*Un saber determinado por la experiencia analítica, y ésta sólo puede ser el saber de la transferencia. La clínica es antitética del discurso que intenta aprehenderla, porque el saber se desprende de la experiencia, el saber es una operación que nace del movimiento del análisis.* El docente no para de hablar del tema, parece querer remarcar con tono enfático que lo esencial queda por fuera de nuestro aprendizaje. Lo miro con angustia, parece entender mi cara y agrega que lo que sí nos han enseñado es una forma especial de escuchar. *Una escucha psicoanalítica.*

Muchos respiramos aliviados, era posible un poco de transmisión. Me predispongo a escuchar psicoanalíticamente. Si el saber acerca del manejo de la transferencia me queda vedado, me debo ejercitar en la escucha analítica.

Una compañera le cuenta a otra que por fin se decidió y se va a casar dentro de 5 meses, dice que va a ser esposa.

ESPOSA

—*Fulano de tal, ¿acepta por esposa a la gran causa del psicoanálisis, en las buenas y en las malas, en el amor como en la adversidad...?*

—*Sí, me autorizo.* —No caí en la trampa del Otro, porque si el Otro no es intachable, ¿a quién le voy a jurar? El psicoanálisis es mi esposa. Mi esposa, repito, esposa, quedo encadenado a los 24 tomos de Amorrortu, y a los no sé cuántos seminarios de Lacan. Pues bien, ¿cuándo la llevo a la cama? ¿Cómo hacerlo? ¿Debo realizar el *coitus a tergo* de los padres del Hombre de los Lobos, o quizás el cunnilingus del padre de Dora a la Sra. K., o quizás el tormento de las ratas?

Esposa. Significante. Un significativo no significa nada sino en relación con otros significantes.

NOVIA

La novia habla un sábado a la noche. ¿Cómo no escuchar la escena primaria?

Dice: —*Fue antes de nacer mi hermana, yo empecé a tener problemas con el agua. En las piscinas me asustaba, y pensaba si podría detener la respiración. Siempre decía la respiración: no lo puedo creer.* Novia deja de hablar y sale corriendo, ha visto una mariposa de llamativos colores.

Construcción de la escena primaria:

Novia está junto a la madre, seguramente su madre se encuentra lista para ir a bañarse. La madre se ofrece para que novia escuche los latidos de la hermanita aún no nacida. Ésta coloca la oreja en la panza materna y escucha. La cabeza está ladeada de tal modo que le permite ver el genital femenino. Novia dice: “*La respiración... no lo puedo creer*”. Tenemos la separación en la escena primaria en *algo que se escucha*: la respiración, con carácter de pulsación, de latido, y *algo que se ve*, lo cual se querría desestimar. El contenido de la escena pareciera ser la castración materna y la competencia por el nacimiento de la hermana. La frase: “*no lo puedo creer*” remite tanto al anhelo de su madre de tener otro hijo, como también a la no creencia de que su madre no lo tenga. No tenga el falo y no la tenga a ella sola. El deseo de detener la respiración es el deseo de muerte con relación a esa hermana y con la madre. Se constituye una fobia a las mariposas. Mari, primeras letras de mariposa, coincide con parte del nombre del ser naciente. Novia posa su oreja en un instante que tendrá efectos en su vida guiando la posición subjetiva del sujeto.

Estaba tan contento por mi primera construcción de una escena primaria que se la comenté. Novia ahora escucha y no lo puede creer. Esa construcción no era sin consecuencias. Pero mi novia no era de grandes debates, prefería la acción, me dijo que me había aguantado demasiado, que se había sacrificado demasiado y que de una frase escuchada un sábado a la noche... ¿construir la escena primaria?, era demasiado y que, además del final de carrera, éste era el final de pareja, en un abrir y cerrar de ojos novia era ex novia. Yo trataba de explicarle que era una deformación profesional, o una futura deformación profesional, o una pre-deformación profesional, le quería explicar que estaba leyendo la construcción de la escena primaria por Freud en el Hombre de los Lobos y que me había fascinado con la imagen de los lobos mirándolo más allá del marco de la ventana, al pobre niño que soñaba. Me había impresionado esa construcción que databa de su año y medio de vida, se trataba del *coitus a tergo* de los padres, visto desde la cunita por el niño que, como demostración de excitación sexual, como mensaje o como rebeldía, deja una marca en las sábanas.

El suponer pacientes en gente cercana no era lo más conveniente; algunos, cuando se los conté, me dijeron que se me había ido la mano, que tenía un error conceptual, la frase “*no lo puedo creer*” era una frase dicha por la voz materna, y hecha carne por la hija. Y que ese error explicaba que novia me dejase y que ello era mi equivocación y mi culpa.

Al rato, escuchaba un timbre en la puerta. Era un amigo de visita.

AMIGO

Llega borracho después de haberse peleado con su pareja a trompadas, viene lleno de sangre y con un trofeo: la camiseta llena de la sangre de ella y unida también a su sangre. A la noche, deja una marca en las sábanas, se orina en la cama igual que el Hombre de los Lobos al ver su escena primordial. A la mañana no le pido explicaciones, pero él habla, y cuenta que hace meses que la venía persiguiendo, iba de noche a ver si estaba con otro, iba en coche detrás del colectivo que ella tomaba desde el trabajo, esperaba verla con otro. Agrega que todos en la calle se la cogen con la mirada. Él le insiste a ella para que le confiese su infidelidad. Le digo: —*No seas paranoico.* Me dice: —*Hasta los paranoicos tenemos enemigos.* Va a hablar con un pai que le dice que ella le es infiel, que le había metido los cuernos. —*Fue como una puñalada por la espalda, me la metieron por donde no la veía.* En ese momento le saca sangre y se lleva la remera de esa ramera de mierda.

Recuerdo a mi amigo meado, durmiendo en pedo abrazado a la remera ensangrentada y me pregunto acerca del amor. Me hubiera gustado ir a ver al pai y preguntarle de qué le habló.

PAI

El pai no era otro que el padre. El padre es político, dice Freud al hacer referencia al padre de la Horda. Ése es el padre que todo lo sabe y que goza de todas las mujeres. El padre no cede nada de poder, no hay circulación de objetos donde un objeto tiene valor en tanto objeto de deseo del Otro. Ese padre es la encarnación de una especie de antipolítica. Si la política se relaciona con los lazos, el padre de la Horda, que tiene todas las mujeres, impide la transmisión. Algo hay que hacer. O sacrificarse o sacrificarlo. El padre estalla en pedazos. Asesinado canibalísticamente, el padre queda forcluido como lugar, los hijos escribirán versiones de esa ex-sistencia, los pequeños padres arman el rompecabezas pero nos desorientan con su multiplicidad, con su ánimo fragmentario y pusilánime, con su deseo de confundirnos. ¿Cuál es la versión menos mentirosa de las tantas escuchadas? Las versiones suelen empezar con el cuento: “*Por el río Paraná, viene navegando un piojo con un hachazo en el ojo...*” Me acuer-

do de Edipo. El hachazo se clava en el cuerpo (imaginario) de un individuo y lo mortifica. Y nos preguntamos: ¿alguien podrá decir qué versión del padre está escribiendo? ¿A cuál está conformando? Se trata de la conformación del padre, la única posibilidad de transmisión entre generaciones que se entrelazan en un discurso en forma de mito, donde hay oráculos, encrucijadas, posiciones.

Ese padre absoluto queda convertido en un piojo, tres cartas de truco y un grito desesperado: *Flor*. ¿Había que creerlo?

—La quiero ver en mesa.

FLOR

Flor de trabajo me salió, un estudiante a punto de recibirse, un recorrido que ya tiene historia, una manera especial de escuchar. Ya estaba cantado, el acto final se acercaba. Final de carrera. Había que poner la cara del que ha estudiado y sabe. ¿Cómo explicarle al futuro ex paciente que era un engaño, que no había flor y que sólo tenía 25, y no de mano?

* * *

1.2. EL HOSPITAL

LA INVOCACIÓN DE PACIENTES

La estrategia de suponer pacientes me había resultado desoladora, ya no tenía novia, ni amigo, por tanto decidí intentar buscar ver pacientes en las pasantías hospitalarias que la facultad me ofrecía.

La pasantía en el Hospital Borda tenía como objetivo el conocimiento de una institución neuropsiquiátrica. El Borda estaba dentro de una pelea que atravesaba a toda la comunidad, y era la forma en que son tratados algunos enfermos crónicos llamados cariñosamente “caños” por “algún personal” del Hospital. El “debate”, sin embargo, debía situarse en otro nivel, en aquel que se cuestiona la pertinencia del lugar del manicomio como lugar de tratamiento de la locura. Como en todo debate, aparecían diferentes versiones, posiciones, ideologías. Algunos apostaban a mejorar al Hospital neuropsiquiátrico para que ofreciese al enfermo: tratamiento, rehabilitación, resocialización y alta en un tiempo limitado, contando con posibilidades de derivación a hogares de medio camino, centros geriátricos, talleres protegidos, comunidades terapéuticas, hospitales de día, etc. Para sostener su postura, sostenían que en el Borda había 1800 enfermos, que el 60% no debería estar internado ahí, que cada paciente costaba 2.000

pesos por mes para su manutención, y que ese dinero se podría invertir en otras estructuras menos estigmatizantes y con mayor participación comunitaria para una mejor resocialización.

Otros pensaban diferente, planteaban que el hospicio era una estructura imposible de reestructurar, que debía ser desmantelado pues no podía ser sino un depósito de crónicos que son dejados allí. “*Un programa serio de transformaciones no puede mejorar lo existente sino que debe apuntar al desmantelamiento de los manicomios*”.²

El debate continuaba y no era cualquier debate, apuntaba a determinar no solamente el tratamiento de la locura sino las políticas implementadas en Salud Mental, y también la manera misma de reconocimiento de los locos.

Dice Vezzetti: “*Y si los manicomios, allí donde todavía existen, revelan mucho acerca de las sociedades que los engendran, en el caso de Buenos Aires, lo más impactante es la coexistencia contradictoria de la lógica de la segregación con formas de cura avanzada, incluso «sofisticada»*”. Estas dos posturas antagónicas coexistían en el mismo espacio y en el mismo tiempo. Las cuestiones que se planteaban eran muchas: si el Borda era un manicomio o un psiquiátrico, si debía ser cerrado o reformado, si la reforma era un plan revolucionario o una forma de echar locos a la calle. Escuchemos a algunos protagonistas.

Lo Valvo, director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (1998) dice: “*El viejo manicomio no existe más en la Argentina. Nuestros hospitales psiquiátricos son de puertas abiertas, sólo tienen la seguridad lógica y razonable como cualquier hospital*”.³

Néstor Marchand, director del Moyano, está absolutamente en contra de la desintitucionalización. Dice: “*Esa es una palabra rebuscada, pero sin sentido. Cuánta gente se hubiera salvado si la hubieran internado. Cuando uno tiene una idea suicida en la cabeza, no hay medicación antidepressiva ni psicoanálisis ni terapia que se la cure: lo único es el electroshock*”.⁴

Héctor Lombardo, Secretario de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (1998), sostiene que la mayoría de los pacientes no están bajo tratamiento terapéutico, esto es reconocer que, de hecho, es una institución de secuestro de personas y atenta contra derechos humanos básicos. Andrés Mouratian, director de Radio Babel, que transmite desde el Borda, afirma que se tendría que juzgar a todos aquellos que, en nombre de la salud y la medicina, maltrataron, golpearon, sobremedicaron e hicieron experimentos con personas, aun antes de probar sus efectos en animales de laboratorios.

En relación con la desmanicomialización, las posturas no son menos

2. Vezzetti, Hugo: Nota publicada en la sección psicología del diario *Página/12* del 5 de marzo de 1998.

3. Lo Valvo, Roberto: *Ibid.*

4. Marchand, Néstor: *Ibid.*

polémicas. Hugo Cohen, quien conduce el plan en Río Negro, dice: *“Esta nueva forma de atención de la enfermedad mental es más sofisticada a la vez que económica: es que el promedio que se gasta por paciente está entre 800 y 1200 dólares, y con esa plata se pueden hacer cosas mucho más dignas que un Hospital psiquiátrico”*. Lo que muchos temen es que, en Buenos Aires, se produzca una falsa reforma psiquiátrica, utilizando las circunstancias para achicar gastos, vender los terrenos ocupados por el predio sin desarrollar las nuevas modalidades de atención y sin asegurar el presupuesto anual y a largo plazo.

En el debate se juegan aspectos que exceden el campo terapéutico para plantarse directamente como un indicador de las políticas en Salud Mental, la forma de representarse a la locura y el tratamiento social de los alienados. Lo que no genera dudas, lo que la mayoría acuerda, es que el Borda y otros neuropsiquiátricos deben ser reformados en función de un tratamiento posible y no simplemente en función de su capacidad de hotelería o, mejor dicho, de hacinamiento de gente que no tiene dónde ir.

- 1 -

Pero volvamos a la pasantía universitaria. Su objetivo era “canchearse” con la locura. Conocería los distintos servicios: de puertas abiertas, de puertas cerradas, consultorios externos, la unidad penitenciaria. Pero además de la recorrida y observación iba, por fin, a tener coadmisiones en consultorios externos, iba a ver pacientes. Un profesional a punto de recibirse, iba a ver su primer paciente, en el Borda. Parecía hasta litúrgico. Estaríamos presentes en una admisión, seríamos testigos excepcionales de ese espacio donde se generaba material clínico, avances terapéuticos. Estaba convenido que, por no ser aún profesionales, no debíamos hablar en las admisiones y, si no fuera posible, hablar lo menos posible. El tema de no hablar me venía bien pues, en ese momento, no hubiera sabido qué decir. Se habían planificado tres horarios en toda la cursada para realizar coadmisiones.

En mi primer turno, la semana siguiente de comenzar, me comunicaron que el horario de admisión convenido no se había ocupado. Tendría mi segunda oportunidad dos semanas después. Ese tiempo, recuerdo, fue de una absoluta ansiedad. Un par de días antes de la admisión, me informaron que el horario estaba ocupado, había paciente.

A tiempo, me encontraba, en el momento indicado, al lado de la terapeuta, ya sin hablar, a la hora convenida, esperaba... Ella miraba cómo mis manos sudaban, e intentaba calmarme hablándome de sus casos más difíciles. La tensión aumentaba pues yo no hablaba. Los minutos pasaban,

padeciendo comprendí que aquel encuentro no se realizaría. El paciente había faltado a su hora. La terapeuta, adivinando mi desilusión, me dijo: *—Vamos a encomendarnos a Dios para que venga la próxima semana*. Me pareció una tontería lo que decía, pero durante la semana me descubrí realizando rumiaciones, pequeñas invocaciones intentando exorcizar mi suerte. El día de mi última oportunidad tenía que realizar una visita por un servicio de puertas cerradas. Me probé un guardapolvo que me prestaba un compañero, me quedaba bastante chico.

Entro; detrás de mí, cierran la puerta. Me imagino sin ese delantal, intentando explicarle a quien tiene el poder de la entrada que yo era un estudiante de psicología y no un enfermo mental. Me choco con un internado que me pregunta cómo me llamo, algo le digo, miro para todos lados, me pide un cigarrillo, le digo que por ahora no fumo. Me aferro a mi guardapolvo, me dirijo hacia el box donde están los terapeutas, les digo que tengo que ir a consultorios externos para la admisión.

Llego acalorado, la terapeuta es la misma y me espera. De repente, me encuentro hablando muy calurosamente: hablo de la facultad, de mi historia, hablo mucho y sin parar; la terapeuta está sorprendida por el cambio, le agrada que le cuente que casi me dejan adentro. Mientras hablo, llega un individuo.

Dice: *—Vengo a pedir un consejo, me tengo que operar de la vesícula, y no sé si encuentro mi voz o tengo que afrontar mi voz. Cuando estoy solo trato de descubrir mi voz, es como un pensamiento que se me aparece, es como un destino, que se me aparece. Yo les voy a contar si me prometen un consejo, que me van a dar un consejo. Yo me acuerdo de un primo mío, yo no sé si es mi voz o la de mi primo. ¿Qué creo? Que es mi voz porque yo soy un ser. Ahora por ejemplo, estoy hablando y siento algo aca, parece que yo hablara con temor. Yo vine con mi mamá, hace 5 años que me pasa esto. Cuando era chico miraba una novela, en esa novela trabajaba Antonio Grimau, puse su voz, usaba esa voz. Parecía que yo quería usar esa voz. Cuando pongo esa voz mía, me siento bien, cuando hablo como mi primo también. Estoy tratando entre esas dos voces, no sé cuál es la mía, eso es lo que quiero saber. No tengo en quién confiar, perdí toda la confianza. El problema es que me tengo que operar y esto que hablo lo hablo por dentro, póngale que me pongan anestesia, y quiero toser. ¿Cómo va a suceder? Se me traba la saliva, quizás lo que tenga es preocupación. Ahora no puedo hablar por la operación, no es mi voz, ¿qué pasa si se me abre el cálculo? Necesito que me digan algo*.

Así como el paciente entró, salió. Entró su madre; era la típica Doña Rosa, su cara de no matar una mosca, cierta relación complaciente con el saber, y esa preocupación por su hijo... Dijo, mirándome: *—Doctor, mi hijo es psicótico. ¿Cómo hay que hacer para que se cure?* La terapeuta viene en ayuda de mi voz, que no iba a salir, y le dice: *—No es un estado pasajero, señora, el daño es irreparable. Lo que podemos hacer es tratar de que viva mejor, que*

no empeore. Podemos intentar que viva más tranquilo si está con una excitación psicomotriz, o más activo si no se levanta de la cama. Antes de cambiarle o no la medicación de neurolépticos necesito algunos otros datos.

La terapeuta psiquiatra evalúa la historia de la enfermedad, internaciones, controla la medicación: toma diaria, dosis, efectos clínicos y contraindicaciones, riesgos suicidas, peligrosidad, agresión “para sí y para terceros”, posibilidades de continuar la cura, gravedad, estrategias terapéuticas.

Mientras va avanzando la entrevista intento recordar lo que sabía del tema de los neurolépticos y cuándo lo había escuchado por primera vez. Hacía poco que lo había estudiado, no recordaba bien en qué materia. Traté de recordar, había investigado algo acerca de su nacimiento y el cambio que habían producido en la psicofarmacología moderna. ¿Sería necesario que yo supiera todas esas cosas?

LA REVOLUCIÓN NEUROLÉPTICA

En 1833, Bernthsen descubre el núcleo fenotiazínico sospechando que tenía actividad antimalárica; actividad que no se encontró finalmente. Lo que sí se encontró fue la acción sedante y antihistamínica. Ésta fue la primera de una larga serie de investigaciones donde azarosamente se encuentra otra cosa de lo que se estaba buscando (interesante método de avance de la ciencia).

El efecto sedante fue utilizado por Daumezón y Guiraud para calmar las agitaciones. Laborit, cirujano de la marina francesa, trasladado por Bizert a París, conoce a Huguenard, quien era anestecista. Juntos buscan una sustancia que amortigüe el sistema vegetativo sin desconectar el S.N.C., encuentran sustancias como el Fenegan y el Dolosal. Estos cirujanos piden al laboratorio Rhone-Poulenc, productos más fuertes para tal fin. Les dan el 4650 R.P. (compuesto sintetizado el 11 de septiembre de 1950 por el químico Charpentier), al que se llamó Clorpromacina. Más adelante, se lo llamará comercialmente Largactil, que significa: largas acciones. El Largactil, era un estabilizador neurovegetativo, efecto descrito como “lobotomía farmacológica” y además se observaban efectos psicológicos como: “desinterés del enfermo por lo que acontecía a su alrededor”. Esto abrió la posibilidad de una nueva farmacología que posibilitaría el desarrollo de sustancias químicas susceptibles de convertirse en mecanismos activos de terapéutica psiquiátrica.

Luego de las observaciones de estos cirujanos, los psiquiatras Velluz, Hamon, Paraire publican un trabajo sobre el tratamiento de la agitación maniaca con Largactil, Pentotal y electroshocks. Denicker, jefe de la sala de

hombres del Hospital Psiquiátrico Sainte-Anne y asistente de Delay, profesor de psiquiatría, pide que se interne en la sala a todo paciente agresivo, querulante y enchalecado. A estos pacientes se les inyecta clorpromacina, era la primera vez que se utilizaba esta droga sola y en dosis mayores. Los pacientes se calmaban, sin que se produjese el estado de sopor propio de los hipnóticos (barbitúricos). Además de observar la disminución de la agitación, se dieron cuenta de que también disminuían las alucinaciones, las gesticulaciones, las bizarrías y los trastornos formales del pensamiento. (Es interesante el dato: en la misma sala y en la misma época, el Dr. Jacques Lacan dictaba su Seminario acerca de las psicosis.)

En mayo de 1952, Delay y Denicker publican seis informes, basándose en 40 casos sobre la aplicación de la droga en manía y psicosis aguda. Recomiendan tratamientos continuos y prolongados, es ésta la fecha que se considera como la del nacimiento de la psicofarmacología moderna.

Delay acuña el término “neuroléptico”: “Sustancias que impregnaban el organismo deprimiendo selectivamente el psiquismo exaltado”. En 1955 en Sainte-Anne se realiza el primer coloquio sobre neurolépticos y se reconoce a la Clorpromacina como el mayor descubrimiento en el tratamiento de las enfermedades mentales. Se siguen sintetizando nuevas drogas. En 1959 el químico belga Jansen descubre el Halopiridol.

Es a partir de estos descubrimientos que surgen nuevas hipótesis etiológicas sobre la esquizofrenia y posibles mecanismos de los neurotransmisores, etapa que podemos llamar: la era moderna de las terapéuticas biológicas.

Mientras yo intentaba recordar el nacimiento azaroso de los neurolépticos, la madre ya no hablaba de su hijo, se quejaba de que ella no podía más, estaba absolutamente trastornada, no dormía, no conciliaba el sueño y cuando lograba dormirse se despertaba ante cualquier ruido, por ejemplo, el movimiento de aleteo de una mosca maldita. Yo la miraba alegrándome de no poder hablar. Contaba que había intentado matarse al menos dos veces, las dos con pastillas para dormir.

El perfil de doña Rosa ha desaparecido, ahora exige que le receten benzodiacepinas para dormir, dice la dosis, el nombre de la droga y hasta el nombre comercial. Cuenta que hace 8 días su pareja se fue, la dejó, dice que se lo tienen que recetar porque sino no sabe qué podría pasar. La psiquiatra duda, no me gustaría estar en su lugar, me imagino qué debe estar pensando.

¿Cómo darle de tomar pastillas para dormir a una señora de 49 años que viene por un hijo psicótico y cuenta con dos intentos de suicidio? Intentos ambos llevados a cabo con pastillas para dormir. Desde hace 8 días no olvida, no puede apaciguarse, y ansía dormir: esa acción reparadora. Se despierta por la noche y busca a alguien que no está a su lado, ella piensa que se ha ido para siempre, cada noche es la primera de su soledad.

—*Usted debe irse a la cama más temprano para que le haga efecto el remedio.*

¿Cómo darle pastillas para dormir a alguien que ubica el dormir en la línea del morir? Morir... dormir... El remedio no es el problema, el problema es el sujeto que lo toma. ¿Cómo no pensar que aquello que se dio con las mejores intenciones, será el ejecutor del destino? ¿Y aquel que lo prescribió el verdugo inconsciente?

Ella recuerda que abandonó su matrimonio de 10 años llevándose consigo al hijo que se pregunta por su voz. ¿Por qué se fue él? No aguantó estar lejos de su familia: —*Nosotros, no éramos su familia.* Y ahora... toda su vida es un fracaso. ¿Es recomendable recetar a esta señora? ¿Cómo dar un hipnótico a alguien que se intenta matar con pastillas para dormir? Miro a la psiquiatra y le pregunto: —*¿Estos remedios son inocuos?* La psiquiatra me mira en forma rara, era una pregunta tarada pero de tan tarada... denunciaba una responsabilidad. Un sujeto en urgencia es un sujeto que pierde el control de su vida, esa señora pide no ser dejada sola. La terapeuta le ofrece, antes de una receta, un tratamiento (le ofrece otro remedio que el pedido por la señora). Y agrega que: —*Vamos a pensar si éste es el mejor lugar para su tratamiento teniendo en cuenta que es el lugar del hijo.*

El remedio de un tratamiento es un remedio de palabras, palabras equívocas que siempre pueden ser tomadas por lo que son: *palabras*. En cambio, la receta es una prescripción, una fórmula, un resultado esperado, una explicación por todos conocida.

Un remedio equívoco y un remedio que puede estar equivocado.

(En el momento que la terapeuta escribe el turno para la señora me sorprende por una pregunta acerca de la toxicidad del trabajo del analista: ¿cómo transmitir lo tóxico de la posición del analista, del deseo del analista?)

La señora agradece y se va, me preguntó por su hijo. Yo me levanto, termino la pasantía y dejo el Borda atrás. La invocación había dado resultado, la rumiación había llamado pacientes aunque mi voz y mi cuerpo parecían haber perdido algo más de sueño.

Empezaba mi pasantía en el Hospital de Niños Gutiérrez, ahora tocaban los niños. Me había quedado pensando en el paciente psicótico que no encontraba la voz y su madre suicidándose con pastillas para dormir, de repente caí en la cuenta de que iba a ver chicos y me asusté. No eran esos chicos correteando por los columpios y los subibaja de los areneros de las plazas sino aquellos otros ahogados en una situación familiar alarmante. ¿Quién se puede reír, “*abrir la puerta y salir a jugar*” sabiendo cómo son las cosas?

Caminaba rumiando por los pasillos del Hospital, tenía una cita. La costumbre de rumiar comenzó por aquella época (todavía hoy se me reconoce por ir hablando solo por los pasillos hospitalarios). De repente, me choco con un médico y me pregunto —*¿Qué hará este médico acá en el hospital?* Era ridículo el pensamiento, la cuestión estaba invertida pues la pregunta debería haber sido qué hace un psicólogo en un Hospital general. La formación de los médicos estaba absolutamente ligada a la práctica hospitalaria, mucho más que la práctica hospitalaria a la formación del psicólogo; sin embargo, cuando descubro a ese médico me sorprende de su presencia. Lo empiezo a seguir con la mirada, camina rápido y se mete en un pabellón. Este encuentro fue quizás el comienzo de una reflexión acerca de la diferencia entre lo que hace un médico y lo que hace un psicólogo. Y lo que es un Hospital público.

- 1 -

Me pareció útil separar entre enfermos y pacientes. Los enfermos exigen que se los cure con el menor sufrimiento y la máxima urgencia. El enfermo se quiere curar, no hay tiempo que perder, lo único que se necesita es hacerlo en el momento justo y con los instrumentos adecuados. El paciente, en cambio, no espera solamente la curación, coloca al médico en la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es radicalmente diferente de ser un enfermo pues lleva aparejado la idea de conservarse en ese lugar. Esta diferencia cobra estatuto de demanda: el paciente demanda al médico que lo legalice en su condición de enfermo. Freud ubicó este punto y lo llamó beneficio secundario de la enfermedad. Las ventajas de la invalidez no se quieren perder por nada del mundo. Freud ya llama a estos pacientes neuróticos. “*La experiencia demuestra que cuando uno de tales individuos contrae una neurosis, no se deja sino difícilmente arrancar de ella, y le produce una ventaja patológica secundaria, le presta grandes servicios en su lucha por la subsistencia. La enfermedad le ayuda a lograr compasión y le permi-*

te eximirse a sí mismo de combatir su situación".⁵ No hay duda, el lugar del paciente era un lugar neurótico. La demanda se articula con el deseo que tiene coordinadas singulares y por cierto no explícitas. ¿Cómo nos damos cuenta de que estamos con un enfermo o con un paciente?

—*No se va muy lejos por este camino*— pensé, haciéndome a un lado para dejar pasar a dos enfermeros que llevaban a un chiquito a otro pabellón. El chiquito era acompañado por el médico que me había sorprendido hacía un rato, estaba en servicio, trabajando; el médico había hecho un juramento, había jurado servir a un enfermo, era su obligación, su deber médico. Tenía que ayudar en cualquier momento, ya sea en la vía pública, en el hospital, en algún quirófano, no podía camuflar su ser profesional. —*Por favor, un médico*— grita una persona que supone que hay médicos en los alrededores que escucharán y acudirán al llamado.

¿Los psicólogos tenemos un juramento como los médicos que nos dé un ser profesional, un llamado a la identidad? ¿Existe un llamado al reconocimiento del psicólogo? ¿Y del analista? ¿Nos podrá aportar algo el trabajo con niños para responder estas preguntas?

- 2 -

Ya estaba por las escaleras, subiendo al Servicio de psicopatología, estaba citado para las 8 de la mañana.⁶ Llegaba en horario, estaba en hora.

Hablo con la secretaria y me presento, me dice que espere un rato, me paro cerca de la escalera, a un costado, de ahí puedo mirar sin llamar la atención. Había muchas personas en la sala de espera. En el vértice opuesto a donde me hallaba, un chico estaba tratando de despegarle un dedo a su madre. La madre lo dejaba actuar como si no le molestara. Otro chico, un poco más inquieto, buscaba cómo entretenerse: primero se paró encima de las sillas asomando la cabeza por el tercer piso; la madre, asustada, lo manoteaba a los gritos. Un rato después se quiso tirar por las escaleras; esta vez fui yo el que le cerré el paso, la madre me miraba agradecida pues a pesar de que lo intentaba regañar, el chico no la escuchaba.

La secretaria me llama, entro al Servicio y una psicóloga me dice que hoy hay bastantes pacientes y que ya vamos a empezar la admisión. Entramos al consultorio que es realmente pequeño, sale y va en busca de los pacientes. Espero. Se presenta una señora con su hijo en brazos, era la misma señora que estaba siendo tirada del dedo, el chico ahora estaba tran-

5. Freud, Sigmund: "Sobre la iniciación del tratamiento" (1913), Biblioteca Nueva.

6. N. de A.: Esta pasantía es coordinada por la Prof. Marta Ainztein, y se realiza en el Hospital de Niños Gutiérrez.

quilo y hasta tímido, mira sin comprender. Nos presentamos, la licenciada me presenta como licenciado (al estar frente a un paciente ya era un licenciado). La licenciada me pide que le traiga la caja de juguetes, me indica dónde está; la traigo y la ubico en el piso. El chico mira la caja pero no tiene intenciones de dejar a la madre. (Y aunque quisiera no podría porque la madre lo tiene agarrado de una manera muy especial.) La licenciada mira el papel de la derivación, empieza hablando con la madre:

—*¿Cómo se llama?*

—*¿Él?*

—*Él y usted.*

La psicóloga ha tomado un papel y escribe, le pide datos generales, pregunta si tiene hermanos y para qué vienen. El chico observa de refilón los juguetes.

—*Venimos porque tiene problemas de conducta en la escuela, dicen las maestras que le pega a los compañeros.* La licenciada se dirige al chico: —*Decime, así que tenés mala conducta en el jardín*—, el chico esconde su cabeza entre los pelos de su mamá. La madre se dirige a su hijo: —*Decile a la señora por qué estás acá, decile por qué estás...*—, la madre hace un signo en su sien, como queriendo significar: decile por qué estás loco, el chico se ríe del gesto de la madre. La licenciada le pregunta si lo tiene mucho encima, la madre responde que siempre que está en casa lo tiene encima. —*A ver, déjelo en el suelo para que juegue con los juguetes.* El chico va hacia los juguetes, da vuelta bruscamente la caja de juegos y empieza a destruir uno. La licenciada comienza a preguntarle a la madre datos evolutivos del chico: cuándo había comenzado a caminar, cuándo a comer comida sólida, le pregunta acerca de la relación con el padre y de lo que piensa que le está pasando a su hijo. El chico, ahora, se ha serenado, juega tranquilo. La licenciada se levanta y dice que va a averiguar una cuestión, sale. La madre, que no se había sentido muy cómoda con la licenciada que había anotado todo lo que hablaban, ahora se sentía aún más incomoda, pero seguramente menos que yo. El chico juega como si nada, hago un comentario general y ella me responde avergonzada, decido no hablar pues la licenciada no está presente; miro al chico, quien me invita a jugar.

Me acuerdo del pasillo, del médico, de su juramento hipocrático, de su identidad. ¿No es la identidad del psicólogo de niños jugar, tener deseos de jugar? Si el psicólogo no tiene deseos de tirarse al suelo para empujar un camioncito sin ruedas que empuja un chico con problemas de conducta, es evidente que resiente las posibilidades terapéuticas porque, al decir de Fukelman: "*porque hay juegos, hay niñez*". El psicólogo colabora en la reconstitución del espacio de juego que va desde el juego a solas pasando por el juego con una autoridad y el juego de pares.

Entra la licenciada y le da un turno para dentro de una semana. Yo también me despido de ella hasta la semana que viene.

UN SUEÑO

A la noche sueño que juego con un chico psicótico, era el paciente que había visto en el Borda pero a la edad de 8 años. Yo soy su acompañante terapéutico, porque aún no soy un licenciado. A ese chico lo acompaño yo porque además de no encontrar su voz escupe y le toca el culo a las chicas. Yo cuido de ese chico, juntos caminamos por el zoológico, también lleno de pasillos, miro a la jirafa que levanta su enorme cuello, me pregunto qué se verá desde esa altura. Me siento con el paciente en una habitación donde hay papeles, marcadores, un cortante. —*Seguro que alguien está armando la cartelera*. No sé que hacer, me pongo a leer el diario y lo invito a sentarse conmigo. Mira el diario y charlamos sobre las noticias, le cuento de talas indiscriminadas de árboles en el Amazonas y los cambios climáticos que éstas producen. El niño pierde interés y se quiere escapar, agarra el cortante y quiere jugar a los espadachines. Me asusto como nunca me había asustado pero la angustia emergía en el punto donde veía que él no sabía lo que estaba haciendo, su mundo se había achatado, sus acciones no estaban atadas a sus consecuencias, nada cercano a una alerta acerca de la peligrosidad de las acciones. Yo me defendía como podía, las piernas no me respondían para salir corriendo, estaba inmóvil, sólo mis manos se movían. De repente algo pasa en mi puño, un pedazo cae, se abre; era un corte fino y sin dolor. La sangre apareció tan rápido como la desesperación. El paciente, ante la sangre, huele que algo pasó. Arroja el cortante. Miro mi mano, y no puedo comprenderlo. A él, por más que sea psicótico, le tiro una patada con la fuerza que me queda. Salgo corriendo a buscar ayuda. Escucho voces que me dicen que yo tuve la culpa, que lo provoqué, que por algo habrá sido... El resto es una seguidilla de lo más verídica: voy al hospital, me cosen cinco puntos, me acompaña un amigo, la gente me mira. Tengo una marca imborrable, indeleble, una marca de la psicosis en mi cuerpo.

Cuando me voy a despertar, me doy cuenta de que estoy despierto y de que en realidad me estoy durmiendo. Sueño con mi verdugo. Le escribo.

CARTA ABIERTA A QUIEN ME CLAVÓ UN TENEDOR

—*Te voy a asesinar*— le grité desencajado a un chico detrás de una pecera increíblemente grande.

Contra el vidrio me desafió: —*¿Me estás amenazando de muerte?*

—*No* —reaccioné—. *Es una forma de decir. No me entendés, ya no sé qué hacer con vos.*

Antes había agarrado un tenedor e intentado subirlo por sobre su cabeza y bajarlo por sobre la mía. Tomé su muñeca justo a tiempo, fuimos y vinimos de un ángulo a otro. Mi fuerza era apenas mayor que esa que se me oponía. Un esfuerzo más teniendo en cuenta que ya me habían clavado un cuchillo de cortar bifés en otra oportunidad, y logré quedarme con el tenedor. Le pegué tres bofetadas tan increíblemente bien ubicadas que me sorprendió mi puntería. Mis manos bailaban al compás de la música que se generaba en su cara. Ahora él sufría un total desvalimiento, era yo, dramáticamente, el atacante. Nadie se sorprendió, algo debía suceder. Era yo su acompañante terapéutico. Todo estaba bajo control a pesar de que yo no lo estuviera, las miradas empezaban a entender la situación.

—*¿Quién resistiría la tentación de pasar a la otra vida por un tenedor?* Mi furor era justificado. Y, a pesar de haber triunfado, yo no tenía la mejor cara, mis ojos desenfocados lo miraban a través del vidrio. Era él quien me seguía amenazando.

—*Me había intentado cambiar la personalidad* —diría alguna vez.

¿Cómo llegué a semejante desatino? Miré el tenedor que tenía en mis manos, no era un tenedor cualquiera, era mi tenedor de mango de madera. Observé la situación: él en la pecera, todos preguntándome qué iba a hacer, yo aquí. No por mucho tiempo más. Todo volvería a la normalidad, algo nuevamente me volvía a entender. Ya no sabría nada más de él, olvidándolo hasta en los sueños. La pecera sería alimentada por otro, en esa pecera seguiría él, yo ocuparía mi fracaso con otros, por venir.

Este fue mi encuentro con la quemazón, y este texto una despedida de ese chico que me dejaba un tenedor en el puño.

LA QUEMAZÓN DE PACIENTES

Había una frase que me había quedado grabada, la escuché después del episodio del cortante: —*Por algo te pasó lo que te pasó, te quemaste, nunca había pasado antes.*

Lo primero de lo que me di cuenta (aun antes de entrar), era de que en el campo de la Salud Mental había que cuidarse, y no solamente de los pacientes. El cortante no era solamente el *cooter* sino esa máxima del psico-

logismo que decía: —*Por algo te pasó esto, tuviste la culpa*. Todo está determinado, el destino de ese cortante en mi mano y el corte fue fruto de algo que estaba buscando, ya sea consciente o inconscientemente. —*Que no joda, que no hay azar*. El determinismo psicológico volvía estadístico hasta el azar, para el determinismo no existía la fatalidad, sólo el destino de un sujeto que encuentra lo que busca. El destino⁷ sería siempre prefigurado por el sujeto. No se escapa nada ni nadie; aun Edipo, quien compartía su lecho y su amor con una mujer que al final resultó haberlo parido, puede alegar desconocimiento.

Y después agregaron: —*Por eso, te quemaste*. Lo de la quemadura era cierto. No era psicologismo sino la certeza de que mi piel se había curtido. Recordé otra terrible quemadura a la vuelta de un fin de semana en la playa. Una persona que sabía me había advertido que el sol ya no era el mismo. —*Entre las 12 y las 4 de la tarde es imposible*. No le hice caso. A la noche no sabía cómo ponerme. Desesperado, sin poder casi vestirme, voy a la farmacia de la esquina. La farmacéutica me da una crema. La crema se esparce en la piel, su suavidad y su frescura eran un bálsamo para mi piel chamuscada. Mi gratitud está cercana a la adoración, al entusiasmo, soy un fundamentalista de la farmacéutica de la esquina. —*No hay otra igual a ella, se las recomiendo*.

Un rato después, la piel convence a la crema, la seduce, la comienza a calentar. Para mi desesperación la crema se endurece. —*No puede ser*. Algo se quiebra además de mi piel, me sale una puteada más allá de las grietas de mi piel: —*Había supuesto saber en esa farmacéutica de mierda*. (A partir de esta suposición intenté comprender lo que dice Lacan acerca de la transferencia como sujeto supuesto al saber). Me saco la crema con agua y dolor, me tiró a la cama a esperar, nadie me podría ayudar, resignado, sufriendo espero con apatía.

Esos momentos que había atravesado en unas vacaciones de verano eran similares a las quemaduras que padecían todos aquellos que trabajan con seres humanos. Este fenómeno denominado *burn out* por investigadores yanquis acontecía ante la exposición con otros individuos. Ya se habían determinado hasta las fases que iba atravesando la quemazón: comenzaba con gran entusiasmo, pasaba por la ira, la desesperación, y llegaba hasta la apatía y el desgano. Eran las fases de la quemazón de quien trabajaba con seres humanos.

Me pongo a pensar: en esta época, no sólo el sol estaba terrible, también los pacientes estaban que ardían. Escucho a una docente hablar de las pa-

7. N. de A.: Acerca del destino habla el libro de las brujas, acerca de al menos tres tipos diferentes de destino. Quedarse con uno, es que te caigan encima los otros. Cuidado, somos mortales. Editorial Campana.

tologías de fin de siglo y de agravamientos de patologías producto de la caída: de la imago paterna (roles, modelos, ideales) y del discurso capitalista (globalización, uniformidad, segregación) que implicaban adelantos de la ciencia que forcluían al sujeto. La docente exponía su saber, pero yo me quedo pensando en la quemazón: —*¿No estará relacionado todo lo que nos está pasando con el debilitamiento de la capa de ozono?*

- 1 -

—*Pero no nos vengas con la quemadura, esto no había pasado antes*.

Nunca había pasado antes, era la última parte de la frase y la peor. En la escena con el chico psicótico, a partir de una noticia del diario comencé a explicarle que nunca había pasado antes tal desastre ecológico que afectase la capa de ozono. La exposición del saber al Otro tenía consecuencias. La exposición del saber al neurótico y al psicótico sobre el agujero no causaban los mismos efectos. El querer saber podía desencadenar a un neurótico a trabajar en un tratamiento, a preocuparse por la extinción, por la falta de ozono, de felicidad, de proyecto. Al psicótico, el agujero de ozono lo podía dejar sin piel con que taparse, y de ahí sus actos; era inimpuntable su culpa, la realidad del mundo de las acciones se habían desatado de sus consecuencias jurídicas. (Intuía que no sería la última vez que la psicosis demostraría esa relación tan estrecha entre cambios climáticos, subjetividad y tiempo.)

Nunca había pasado antes, me dijeron, era yo quien se quemaba. Entraba a un campo de trabajo donde era posible insolarse, donde la exposición del saber conducía hasta el agujero... de ozono y esto tocaba la piel, agrietaba la piel de quien se encuentra en la posición del terapeuta y/o analista.

FREUD COMO INVESTIGADOR Y FREUD COMO ANALISTA

Estaba reunido con compañeros de facultad intentando estudiar a Freud. La reunión estaba particularmente entretenida. Ya se habían puesto a llorar dos compañeras y las interpretaciones eran “casi” salvajes.

El tema de conversación trataba acerca del motivo de elección de la carrera de psicología. Una compañera sostenía que muchos elegían la carrera para solucionar sus problemas personales. Su amiga que, desde ya estaba de acuerdo, decía que muchos empezaban después de haber comenzado un tratamiento analítico y/o psicológico. La rival que no miraba con agrado a la primera refutó la aseveración diciendo que la mayoría de

los alumnos de psicología no estaban en tratamiento y, para validar su hipótesis, preguntó cuántos estábamos en tratamiento, con resultados positivos para su afirmación. Así siguió la conversación acerca de las características de los estudiantes al momento de elegir la carrera. Yo pregunté en un momento de silencio si no se trataría de una particularidad del saber de la psicología, —*siempre suponer una razón inadecuada en su fundamento, una razón inconsciente pero no inconsistente*. Como nadie entendió nada, ni yo tampoco, seguí hablando suponiendo interés grupal en mis incipientes desarrollos teórico-conceptuales. Freud, dije, podía hablar de las particularidades del campo psicológico pues había llegado a él después de haber atravesado otros campos de investigación como la fisiología, la neurología y la psiquiatría. En el campo psicológico (psicoanalítico) no podía dejar de sostener lo hipotético de las aseveraciones así como también se demostraba la imposibilidad del sujeto en este campo para la investigación tradicional. Dice en 1932, en “Nuevas lecciones de Introducción...”: *“Sólo en psicología sucede algo distinto a la investigación en otras áreas. En este sector se manifiesta plenamente la incapacidad constitucional del hombre para la investigación científica. Parece como si de la psicología no se esperasen progresos en el saber sino satisfacciones de otra índole”*.

Freud, que venía de otros campos de investigación, descubre esa otra satisfacción: la presencia del goce, e inaugura el campo del psicoanálisis desde el lugar de investigador que no deja por fuera esa satisfacción, ese goce excéntrico al saber. Se trata de la verdad del goce cuyo tratamiento convierte a Freud en analista. Había entrado como investigador al campo pero el tratamiento del goce lo convertía en analista. Freud continuará toda su vida tensionado entre el analista y el investigador.

Una compañera se sintió convocada por el goce y se puso a hablar, relacionando esa otra satisfacción con lo que suponíamos jugaba a la hora de elegir una carrera como psicología en la elección de carrera, si bien no se podía analogar con la elección de neurosis, se “intuían” otros “intereses” que superaban la relación del saber y la verdad con la historia de la ciencia y de la disciplina.

Ya a punto de terminar nos, preguntábamos por qué habíamos comenzado.

- 1 -

Freud pronuncia conferencias en la facultad a lo largo de su vida. Ya cercano a su muerte, con dificultades para hablar, escribe “Nuevas conferencias...”, jamás pronunciadas en público. Freud justifica su ausencia en la facultad por su edad cercana a los 80 años, pero en el texto apunta a un

público joven, ávido de conocer novedades por él abiertas en el campo de investigación psicológica. Dice: *“no voy a ocultar los problemas ni las inseguridades”* del campo psicológico-psicoanalítico. El progreso en sus investigaciones debía ser correlacionado con puntos oscuros, vacíos, imposibles. A pesar de esto jamás se desligó de su lugar como científico y del proyecto de ciencia como apuesta del hombre. Pero el campo de la psicología, como campo de investigación, tenía particularidades incuestionables. Se ha intentado buscar el nombre más preciso que la diferenciara de las “ciencias duras”, de las ciencias lógico-deductivas: ciencias hipotéticas, ciencias del hombre, de la subjetividad, de la conducta, de los afectos, de la percepción, de la conciencia, del inconsciente, han sido nombres efectivamente pronunciados y sostenidos.

Me puse a pensar que el pasaje de investigador a analista era un tema interesante, se podía utilizar para comprender, además de la biografía freudiana, la difícil relación del psicoanálisis con la ciencia.

Vayamos a la historia de Freud como investigador. Freud es llevado por sus circunstancias, él hubiera querido dedicarse a la investigación en laboratorio y a la docencia universitaria pero eso no daba suficiente dinero como para, entre otros proyectos, casarse y formar una familia en la Viena de finales del siglo XIX. Tenía una prometida, Martha, pero no tenía suficiente dote, necesitaba renombre para abrir un consultorio y que los pacientes acudieran a él. Pasó por diferentes campos buscando su destino profesional: de la fisiología a la neurología, de la psiquiatría al hipnotismo hasta llegar al psicoanálisis, al cual da nombre. En todas sus investigaciones, como todo investigador, apuntaba a encontrar la originalidad, el punto no sabido, lo cual le permitiría, por un lado, un avance en el saber científico y, por otro, ser renombrado, clavar su nombre en la historia de la ciencia.

Busca la originalidad. Primero, encuentra los testículos de las anguilas cuyo sistema reproductor no había sido determinado hasta ese momento, después investiga acerca de las células nerviosas del cangrejo fluvial. Esos momentos coinciden, al igual que para nosotros, con un final de carrera. En su caso, con el final de carrera de medicina.

—*¿Qué voy a hacer?*, se pregunta el recién recibido Freud. El trabajo de laboratorio se debía realizar bajo supervisión de profesores titulares y sólo se podía aspirar a ocupar su lugar al momento de su retiro. Freud, ante las pocas perspectivas económicas, decide cambiar de rumbo. Comienza una pasantía en una clínica psiquiátrica, se va inclinando hacia el ejercicio liberal de su profesión. A pesar de este cambio, sigue buscando un nombre mediante el descubrimiento de alguna cosa importante. Siempre está muy cerca de conseguirlo, sobre todo dos temas podrían haber sido el trampolín

para el apetecido renombre: uno era el método del cloruro de sodio y otro las aplicaciones anestésicas de la cocaína. Pero se le escapa de las manos, y con consecuencias para su persona, pues parece quedar más que insolado. En cuanto a la cocaína, se lo llega a acusar de ser propagandista de la que sería uno de los mayores flagelos de la humanidad.

A las compañeras les interesa este tema, la cocaína había sido un gran capítulo en la vida freudiana y muchos han llegado a sostener que jugó un papel fundamental a la hora del descubrimiento y nominación del campo psicoanalítico. Freud con la cocaína se mete en los límites y posibilidades ya propiamente de la ciencias del hombre. Había muchas cuestiones para pensar.

Una de ellas es que Freud investigó los efectos de la cocaína en sí mismo y se transformó en un gran entusiasta de esa sustancia que aún no se conocía mucho en Europa, recomendándola para diversos usos: droga alternativa para los adictos a la morfina, trastornos gástricos, fobias y alteraciones del humor. Primer punto: las ciencias del hombre y la investigación en el sí mismo. Hay aquí un necesario planteo ético: ¿se puede investigar en el hombre sin conocer las consecuencias de esa investigación?, ¿es válida la investigación en el sí mismo? Además de un planteo ético, había un escotoma, un pedazo del campo no se reflejaba en el sí mismo. Freud, a pesar de su valentía y de su ponerse a sí mismo como objeto de investigación, no vió ni se dio cuenta del peligro adictivo de la sustancia. Este pequeño detalle lo estaba convirtiendo en otra cosa que lo “aspirado”, lo estaba convirtiendo en una amenaza social.

A las compañeras les interesó el tema, les hacía gracia imaginárselo drogado a Freud y siendo causa de una epidemia social.

Un segundo punto ligado al primero: Freud saldrá mal parado de esta experiencia en el sí mismo, de su “poner el cuerpo”, pero aprenderá que es necesario poner el cuerpo, pero el “cuerpo teórico”, una nominación sostenible ante la comunidad científica. (Algunos resaltan la honestidad freudiana pero Freud tenía que ser honesto, no le quedaba otra.)

- 2 -

Freud investiga y escribe sobre la cocaína. Escribe un fenomenal tratado sobre la sustancia, el mejor “estado del arte” que se conociera hasta ese momento. Lo mismo hará en las primeras páginas del libro *Interpretación de los sueños* (1900), que es considerado como el comienzo formal del psicoanálisis.

Tercer punto: Freud y los aportes técnicos a la ciencia. A la cocaína intenta buscarle usos terapéuticos, cree estar seguro de las propiedades anes-

tésicas de la sustancia pero, antes de conocer esos usos, da a conocer sus hipótesis. “*Las propiedades anestésicas de la cocaína hacen pensar en su posible uso en el futuro especialmente en los casos de infección local. Parece probable que en el futuro se llegue a otros usos basados en sus propiedades anestésicas*”. No encuentra esos usos. Otro médico descubre esas propiedades anestésicas en las operaciones de ojos y se lleva todo el éxito.

Las hipótesis eran el comienzo de la investigación, pero había que encontrarles utilidad. Los resultados opacaban al descubridor de las hipótesis. A Freud no se lo tomó en cuenta, quedó catalogado como un buen recolector y organizador de información. —*Freud se sintió estafado*, cuenta Jones en su biografía. Dice Freud: “*Sugerí a un oftalmólogo, Koniggstein, que investigara hasta qué punto las propiedades anestésicas de la cocaína se podrían aplicar a las enfermedades del ojo. Otro amigo, Koller a quien yo había hablado acerca de la cocaína hizo los experimentos decisivos sobre primero los ojos de los animales, presentando sus comprobaciones en el congreso de Oftalmología*”. Koller se llevaba los laureles y el renombre al presentar las pruebas en un congreso, siendo este un descubrimiento importantísimo para la cirugía menor de ojos que, hasta ese momento, se realizaba en condiciones cruentas.

Freud no sabía, en ese momento, que éste sería el único uso terapéutico de la cocaína; lo que le quedaba por comprobar era que la cocaína se estaba convirtiendo en una peste por sus propiedades adictivas. Le llueven noticias acerca de sus cualidades adictivas, hasta un amigo que había cambiado la morfina por la cocaína muere de una sobredosis. Freud tomará nota en su cuerpo.

- 3 -

Una compañera no entendía bien eso del cuerpo teórico. Al mismo tiempo que la tratábamos de tarada le intentábamos explicar aquello que habíamos entendido.

Freud prueba en sí mismo las propiedades de la cocaína, se maravilla con ella. “*Cuando mi última depresión, tomé cocaína otra vez, y una pequeña dosis me elevó a las alturas de una manera admirable. Precisamente me estoy ocupando de reunir bibliografía para una canción de loa a esta mágica sustancia*”.

Una compañera se ríe imaginando a Freud cantando una loa a la cocaína y empieza a tirar preguntas:

—*¿Podía considerarse a Freud como adicto, aun cuando no sabía las propiedades adictivas de la cocaína?*

—*¿Debía el investigador de la subjetividad poner el cuerpo hasta el punto de investigar sobre sí mismo?*

Freud la usa para experimentar en el sí mismo pero escribe sobre sus efectos y escribe mucho, se da cuenta de que la cocaína es un anestésico del estómago, suprime la sensación de hambre, cambia el humor (pasa del enojo a la alegría) y no disminuye la energía para el trabajo y el estudio. Investiga acerca de los trastornos alimenticios, “tengo la esperanza que servirá para terminar con los vómitos más rebeldes, aun de aquellos que provienen de un dolor intenso”.

Intenta también conseguir que sea droga de sustitución para los adictos a la morfina. Se la da a ese amigo. Sigue buscando usos terapéuticos y escribe acerca de sus efectos. Su escritura, su trabajo, su pasión lo salvan de la adicción. En las ciencias del hombre había que poner el cuerpo y esto tenía consecuencias en el sujeto investigador. (No es lo mismo investigar en las ciencias del hombre que en las ciencias duras, o en las ciencias empíricas.)

Quien está decidido a dedicarse a este campo de trabajo debe poner el cuerpo pero aprenderá que no se trata del cuerpo real sino del cuerpo teórico de una disciplina que circula y se regenera en sus límites. Las diferencias son notables. Hay un ejemplo ilustrativo. A Freud le deriva un doctor con mucha reputación una paciente “histórica” de alta sociedad. El doctor le hace el “pase” de la paciente, lo lleva a un costado de la habitación y le cuenta que la paciente es virgen porque el marido es completamente impotente. Con tono llamativo le dice que lo que a esta paciente habría que recetarle es: dosis de pene, cada 24 horas, repetir. Se ríe. Freud lo mira, saca sus conclusiones. Escribe poniendo el cuerpo a la teoría de la etiología sexual de las neurosis y escribe las hipótesis que nombran el campo. Freud es ahora nombrado por nombrar un saber de hecho que mediante una escritura, un nombre y un puño, pasa a ser un saber de derecho, validado y parte de un cuerpo teórico que inaugura una disciplina. Nombra el campo y por esto es renombrado.

* * *

1.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

CONTAR EL CASO DEL OTRO ANALISTA

Aún no estaba “habilitado” para tomar pacientes pero ya estaba preocupado por cómo orientarme en la dirección de una cura, para dónde ir, qué hacer cuando me tocaran.

Decidí analizar un caso clínico de Otro, el caso de un analista. Como ya era costumbre en la historia de la comunidad psicoanalítica, me decidí a

tomar en tratamiento al Hombre de los Lobos. Si cometía alguna equivocación, no sería tan perjudicial para el paciente, pues él ya estaba multianalizado, no solamente por un mismo analista sino a lo largo de su vida, por varios. Y, además, “*el suyo constituye el único caso que ha podido ser seguido desde la niñez a la vejez*”.⁸ Freud había tratado al noble y rico hijo del terrateniente ruso por primera vez entre 1910 y 1914; en 1918 aparece el historial freudiano. Freud lo escribe en plena primera guerra mundial mientras el paciente, vuelto a Rusia, resiste a la neurosis por las privaciones y sufrimientos que genera el conflicto bélico (el conflicto bélico salva al paciente del conflicto psíquico). La revolución bolchevique también lo “salva” de ser rico y el paciente, caído de la nobleza, retorna a Viena con lo puesto. Después de padecer ese acto político regresa a Freud en 1920, con culpa por padecer aquellos síntomas intestinales a los que Freud había prometido curación (y lo había conseguido, al final del primer tratamiento). El paciente retorna a análisis; Freud dice de este re-análisis: “*se trata de analizar restos no tramitados de amor de transferencia*”. Freud, que había dado fin al primer tratamiento por la “*extinción de la resistencia y la fijación a la enfermedad*” constataba que esto no era tan así. El paciente volvía dedicándole los síntomas para que con su hábil puño y letra los volviera a interpretar. Freud no escribe de este segundo tratamiento pero, de cualquier manera, tiene efectos en la vida del paciente. Le aconseja no volver a su patria a intentar salvar algo de la fortuna perdida. Y ante la carencia de recursos económicos para mantenerse organiza una colecta durante siete años en el ámbito de la comunidad psicoanalítica. El paciente termina el segundo tratamiento en 1921. Su futuro está en Viena, consigue con dificultad un trabajo que le sirven a él y a su esposa para sobrevivir. En 1922 le mandan las joyas que quedaron de su stirpe familiar. Cree que las puede vender a alto precio, las cree valiosas.

El paciente, a esta altura, estaba estable, mucho mejor que cuando llegó a mediados de los años 10, ya no necesitaba ni podía tener criados que lo vistieran y le realizaran continuas lavatinas para desagotar la *res excrementus*⁹ constipada, que no cedía. El paciente iba solo al baño. En el camino, en 1926, se entretiene mirándose en el espejo, ve algo que no debería estar, había un problema en su reconocible “nazo ruso”. Desesperado, luego de ir dermatólogo tras dermatólogo, vuelve a pedir tratamiento, con la idea de haber sido perjudicado desde el punto de vista médico y del trato con respecto a su nariz. Freud, quien aún proseguía la colecta

8. Gardiner, Muriel: Introducción al libro *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*. Colección «Los casos de Sigmund Freud», Nueva Visión, pág. 7.

9. N. de A.: Este concepto está desarrollado en el libro *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas?*, La Campana, 1998.

anual pro-Hombre de los Lobos, lo deriva a una analista mujer. Aparece Ruth Mac Brunswick. La analista se sorprende del paciente que viene a consulta, dice que está completamente loco. *“La mucama que abría la puerta de mi departamento le temía porque, como ella decía, él siempre pasaba por delante de ella como un loco y se dirigía a un gran espejo que estaba en la sala. Caminaba de un extremo a otro de la pequeña sala, sacaba su espejo y examinaba su nariz bajo una y otra luz”*. No era para nada el paciente que había atendido Freud. Había cambiado, en lo único que se parecía al caso freudiano era en su comprensión aguda de las premisas teóricas del psicoanálisis. El Hombre de los Lobos le entrega sueños para que la analista se entretenga. Ésta interpreta que el paciente se ha “dado vuelta” por quedarse mirando a Freud y a su maldito reloj de pared donde el joven cabrito se escondía para que no lo comiera el lobo feroz de aquellos cuentos infantiles. Dice que el paciente se ha vuelto desconfiado a causa de sentirse el “hijo afortunado” de Freud, su gran caso, y también, por no decir que tenía en su poder las joyas familiares que suponía valiosas. Le cuestiona que siga aceptando el dinero de la colecta freudiana.

Ruth Mac Brunswick escribe su historial ubicándolo como complemento del historial freudiano. Su diagnóstico es el de idea fija hipocondríaca con tendencias paranoides; luego de cinco meses de tratamiento los resultados son inmejorables. El paciente vuelve a ser quien fue, “vuelve a la normalidad”. A ser la copia fiel del caso freudiano. Su vida sigue.

Tendrá una recaída luego del suicidio de su mujer en 1938, estando la analista Gardiner en el lugar de sostén y dando “testimonio” de la evolución y vejez del paciente.

Ella lo manda a escribir y el paciente ahora se gana la vida contando “Mis encuentros con Sigmund Freud”, y haciendo dibujos que firma con el nombre freudiano que quería preservar la identidad del paciente. Firma sus producciones: Hombre de los Lobos.

El paciente ha sido un “colaborador” de la causa del psicoanálisis. Freud dice de él que es “un pedazo del psicoanálisis”. El paciente, que sobrevive al analista, responde los halagos. En 1952 escribe pidiendo que *“pongan una placa conmemorativa en la puerta de la casa donde vivió”* el doctor Sigmund Freud.

- 1 -

Era un paciente único. Fue el primer paciente que de rico pasó a pobre, de pagar a ser pagado. Al momento del segundo tratamiento con Freud, dice Ruth Mac Brunswick: *“El paciente carecía de trabajo y de recursos, su esposa estaba enferma, y él mismo agobiado por la desesperación. Freud inicia, entonces*

una colecta de dinero que repite todas las primaveras durante seis años”.¹⁰

El paciente, más de 30 años después, dice en su autobiografía que este segundo tratamiento *“no se llevó a cabo por pedido mío, sino por deseo del propio Freud. Cuando le expliqué que no podría pagarle por ese tratamiento, se mostró dispuesto a analizarme sin remuneración”*. Freud lo trata gratuitamente. Su caso ya era famoso dentro del movimiento psicoanalítico. El más interesante caso freudiano. Difícil, increíble, polémico. Para la comunidad psicoanalítica era prueba de la relevancia de la “corriente progrediente” que nace en la neurosis infantil y tiene efectos en el desencadenamiento de la neurosis adulta. Pero, además, en el historial se lo ve trabajando a Freud; en su consultorio, su forma de guiar y terminar una cura es el ejemplo en el cual, por la operación de escritura freudiana, un paciente se renombra como su caso. El Hombre de los Lobos vive en Viena, lee su historial y se reconoce como su caso. Impresionante pasaje de paciente a caso. Se renombra, se rebautiza como el Hombre de los Lobos. Esta sustitución le depara ventajas (ventajas de la enfermedad), su fama le permite vender en forma de “contribución” sus dibujos, entre ellos el que ilustra el historial, esos 6 o 7 lobos¹¹ con gran cola encima de un nogal que lo miran cuando súbitamente se abre la ventana a la edad de cuatro años. Recuerda su despertar, presa de angustia, y el llamado a la *chacha* (niñera) para que testifique si lo que había soñado era real.

Ya sin ser chico, nuestro ex-neurótico infantil, con dibujos vendidos en Estados Unidos al ambiente “psi”, se gana la vida. Gardiner, quien lo “sigue”, le recomienda que escriba sus memorias, y nos dice *“en 1971, a sus 84 años, el Hombre de los Lobos, aún esta vivo”*.

Interesante evolución analítica, que pasa por la constipación producto de la pulsión anal del neurótico obsesivo a la colecta económica por su caída como persona a la miseria y, luego, a la compra de su producto artístico mediatizado por la operatoria del nombre freudiano que lo deja estampado en ser el “ahijado” del movimiento psicoanalítico.

Algunos podrían decir evolución de mierda.

- 2 -

El accionar freudiano me resultaba hartito curioso. ¿No era el paciente el “hijo preferido” de Freud, su criatura? Freud estaba en problemas,

10. Mac Brunswick, Ruth: Op. Ibid, pág. 182.

11. N. de A.: En su famoso dibujo sólo aparecen cinco miserables perritos. ¿Qué habrá pasado con los que faltan? ¿Y cómo se ha convertido esa ferocidad de la mirada de los lobos en estos animales que miran con “indiferente docilidad” al paciente que despierta con angustia?

escribir clínica era un problema. Por un lado las exigencias del moralista y legalista secreto profesional; por el otro, el peligro de la obscenidad de contar los detalles más íntimos de una persona en análisis. Y, si esto fuera poco, las dificultades del escrito narrativo y su circulación en una comunidad psicoanalítica con afán de escudriñar el fundamento del accionar del Otro.

El paciente no era cualquiera, era único igual que Freud, quien escribió el historial de un ruso, dándolo a conocer a la comunidad psicoanalítica como prueba de sus teorías y en contra del camino que estaban tomando algunos de sus discípulos y algunos de los analistas. El paciente se lee y cambia su nombre por el de su caso. Y saca beneficios. Podríamos hablar aquí de un inédito beneficio terciario de la enfermedad. Freud estudia los efectos analíticos en su paciente. No duda que lo tiene que sostener. En un verdadero acto político incluye a toda la comunidad psicoanalítica en la colecta en pro de la causa del Hombre de los Lobos.

—¿Por qué todos? ¿Por qué nosotros tenemos que pagar por la acción freudiana?

Los analistas también pagan. En este juego, todos pagan. No sólo los pacientes, los analistas también, con sus palabras que son tomadas en transferencia, con su cuerpo y con lo esencial de su ser (Lacan, 1958) en el análisis en intensión. Pero ¿en el análisis en extensión?, pagan por la paternidad freudiana, por la fascinación arqueológica freudiana que había encontrado una joya nominada “escena primaria”, al año y medio del paciente. Los analistas pagan por la inversión freudiana.

- 3 -

Yo también quería formar parte de la comunidad psicoanalítica. Quería poner mi óbolo. El Hombre de los Lobos me venía bien porque, además, a esta altura, estaría muerto (o con 121 años cumplidos recientemente), lo podría analizar “en ausencia”. El punto que me interesaba era saber cómo guiarme en el manejo de un caso clínico. Todavía no tenía pacientes, todavía no me tocaban, pero si los tuviera ¿para dónde correría?

No es fácil transmitir lo que me ha costado pensar el tema de la dirección de la cura. En ese entonces, no sabía dónde me metía, estuve metido años en eso, incluso podría afirmar que estuve los años de residencia metido en eso. Las guías se multiplicaban a medida que las iba descubriendo. Cada año de residencia encontraba una nueva forma de guía clínica y, cuando la seguía un poco, aparecía indefectiblemente el callejón sin salida, el empantanamiento, el cepo, la inhibición. Y luego, vuelta a abrirse nuevos caminos y nuevas esperanzas de llegar a buen puerto. Y nue-

vamente enfilaba entusiasmado. Primer año, segundo año, tercer año, y hasta cuarto año iba de una guía a otra, en cuarto año me pasó algo distinto... Pero ¿para qué anticiparnos?

Lo único cierto es que encontré cosas que me sorprendieron. En principio, no había una sola manera de guiarse en la clínica. A lo largo del movimiento psicoanalítico, se habían utilizado de más de una manera, pero también el mismo Freud, en el historial utiliza al menos cinco guías distintas.

Así fueron apareciendo:

- a- La identificación ligada a la escena primaria.
- b- La resistencia como campo de batalla hasta su extinción.
- c- La neurosis de transferencia con la posición del analista en su centro.
- d- La angustia que marca eso que no se puede pasar por alto.
- e- Los ideales analíticos que implican un punto al que habría que llegar.

Todas las guías llegaban a perplejidades que me hacían temer la suerte de mis futuros ex pacientes. En los puntos tres de cada capítulo que siguen la evolución de la residencia, tomaré e intentaré pensar estas guías ubicándolas en el historial, en el debate que generan, en la práctica actual y en mis limitaciones teóricas.

Y comenzaremos ahora.

EL CASO FREUDIANO

Contar el caso del paciente no es nada fácil. Intenté muchas maneras y al final me quedaron tres versiones.

- A) Una pequeña ubicación del Hombre de los Lobos como personaje histórico que atraviesa nuestro siglo interrelacionándolo con sus tratamientos analíticos.
- B) La referencia inevitable al análisis a la letra freudiana, su dirección de la cura, sus aportaciones.
- C) Y, por último, la circunscripción de algunos significantes en los cuales se estructuran las coordenadas de su neurosis.

A) El personaje neurótico, el personaje histórico

El paciente nace en 1886 y muere en 1974.

Su familia pertenece a la nobleza rusa. Sus primeros años los pasa en fincas de la Rusia Meridional. Tiene una hermana un año y medio mayor. Sus padres, aquejados por diversas enfermedades no se ocupan demasiado de sus hijos delegando esa función en institutrices y criadas. El paciente tiene un carácter dócil pero, en determinados momentos de su vida, padece profundos cambios de carácter. El primero a sus 4 años, por el cual se vuelve irritable; estos cambios llaman la atención de todo el mundo, hasta de Freud que 20 años después investiga: ¿por qué cambió el niño? Devino en sádico, se entretenía despellejando pequeños animalitos, no quería comer, se cagaba encima en son de rebeldía y, abruptamente, comienza a manifestar una fobia a los lobos. Pero ¿hay lobos en Rusia? Algunos dicen que sí, otros que no, lo que no faltaba eran los lobos de los cuentos infantiles, y su arpía hermana persiguiéndolo con sus dibujos.

Freud ubica ahí el famoso sueño de angustia de los lobos encima del nogal que lo miran para comérselo. Su madre, desesperada, lo introduce en la religión, le comienza a contar el cuento de la religión, el cuento de las historias sagradas. Ahora el chico se convierte en un devoto creyente y en un culposo blasfemo. Antes de acostarse besa todas las imágenes religiosas que tiene en su pieza, pero también caminando por la calle no puede evitar, ante un montoncito de estiércol, pensar: Dios-cochino. El paciente había quedado muy enganchado con la historia del hijo de Dios, de su crucifixión pero, sobre todo, con el culo de Cristo. ¿Por qué su padre lo había mandado al muere? ¿Se puede llamar a esto ser un afortunado?

Freud se sorprende de estas preguntas pero no duda en diagnosticarlo como una “evidente neurosis obsesiva” infantil. Llega la latencia y el paciente mejora; empero, en la pubertad reaparecen abruptamente los síntomas: su cara se llena de granos y no quiere ir más a la escuela. Termina la secundaria y comienza la carrera de derecho. A los 18 años se contagia una enfermedad de transmisión sexual (que no es SIDA). A los 19 años su hermana se suicida. ¿Cómo se mató? No se veía linda, un día tomó veneno y sólo lo dijo tres días después, cuando los dolores y la muerte ya no eran evitables. Comienza a tener problemas con los estudios, comienza su indecisión y su malestar anímico que lo llevan, a sus 21 años, a pedirle tratamiento a Freud. A este panorama se suma la muerte del padre en circunstancias dudosas. Llega, dirá Freud, en una casi total inhibición para una vida independiente. Necesita ayuda para vestirse y, sobre todo, para “ir de cuerpo”. Tiene un enfermero y un colaborador que le realizan continuas lavativas y enemas.

El tratamiento freudiano termina 4 años después, en 1914 (tiempo inu-

sitado para la época), el paciente vuelve a su patria donde atraviesa la primera guerra mundial. Freud escribe el historial. En 1920 vuelve a Freud, nuevamente constipado, para un segundo tratamiento. Freud, quien teme por la vida de su paciente, le aconseja que no regrese a su patria pues se estaba llevando a cabo la revolución bolchevique. El paciente pierde toda su fortuna. Cae de la nobleza a la miseria. Se queda a vivir en Viena. Aquejado por la pobreza recibe la ayuda de Freud, quien organiza una colecta durante seis años dentro de la comunidad psicoanalítica para recaudar fondos para la manutención del Hombre de los Lobos. En 1922, recibe las joyas que le quedaron, el resto de su fortuna.

En 1926, lo vemos nuevamente cambiado; desmejorado, con ideas de perjuicio y mala praxis médica por un dermatólogo que, supuestamente, le había dejado cicatrices en su nariz rusa. Retorna desesperado a Freud, quien lo deriva a Ruth Mac Brunswick. Es tratado durante cinco meses. Ruth Mac Brunswick le mira la nariz y analiza “*restos transferenciales no tramitados*” en su análisis con Freud. Le exige que muestre las joyas, las cuales, al venderlas, no son tan valiosas como pensaba y bombardea la idea de ser el hijo preferido de Freud, su gran caso. El paciente vuelve a estar sano, a sentirse afortunado.

Los bombardeos ahora son “reales”, es la segunda guerra mundial. Se pierde el rastro del paciente que, gracias a su nariz reconociblemente rusa, se salva de los lobos nazis y de ser considerado judío. (Quizás haya sido el único que fue indiferente al período nazi por el nazo.) De lo que no se salva es del suicidio de su mujer en 1938, que sigue un “destino familiar”, el de una abuela y el de su hermana Ana.

Cerca de la década del 40, la comunidad psicoanalítica vienesa emigra. Freud muere en Londres. El Hombre de los Lobos se queda sin analistas. Trabaja diariamente en una pequeña empresa donde treinta años después se jubilará. Durante quince años cuida a su madre como un “ejemplar enfermero”. Muere Mac Brunswick. Mantiene contactos personales y epistolares con Muriel Gardiner, quien escribe en la comunidad psicoanalítica estadounidense acerca de la evolución del paciente. El Hombre de los Lobos la toma como confidente y analista. Se escriben y se ven frecuentemente.

Su madre muere en 1953. Después cuida a su criada ya vieja, quien lo había atendido después de la muerte de su mujer. Escribe, a pedido de Gardiner sus memorias.

Al final de su vida, el Hombre de los Lobos se gana la vida con su jubilación y vendiendo cuadros a la comunidad psicoanalítica firmándolos con el seudónimo: Hombre de los Lobos.

B) El caso freudiano

El Hombre de los Lobos tiene una vida larga que atraviesa el siglo. El encuentro con Freud es en su juventud, encuentro que lo dejará marcado, encuentro que le depara un destino. Freud está construyendo una doctrina de su trabajo en consultorio, sus pacientes son los cimientos, los pilares sobre los cuales construye su teoría. Freud está en su plenitud. Dice Jones que este historial es *“sin duda el mejor de la serie, pues Freud se hallaba entonces en la plenitud de su capacidad, con plena confianza y dominio de su método”*.

Freud escribe ese historial, y comienza hablando de las particularidades del caso y de la cura, señala que este caso es prueba de sus hipótesis de los dos tiempos de la sexualidad humana, la neurosis infantil y la neurosis propiamente dicha, prueba de la corriente progrediente de la evolución de la libido, camino que deja marcadas las fijaciones que se atravesarán en la corriente regrediente.

Además, Freud dice que no mostrará los enlaces entre la neurosis infantil y la neurosis adulta y que sin esta correlación *“desaparece también toda posibilidad de mostrar la conexión de su enfermedad infantil con su posterior dolencia definitiva”*. Pero no cumple, hablará además de la neurosis infantil, de la constitución del síntoma en transferencia y del emplazamiento que desencadena el final del tratamiento.

Pero vayamos al historial.

Freud comienza relatando las particularidades del caso y del paciente.

Ha sido un *tratamiento largo*, en el cual, llegado un punto, se tuvo que poner término a la continuación de la cura. Este *emplazamiento*, inédito para el naciente psicoanálisis, tuvo el mayor efecto pues *“bajo el apremio cedieron su resistencia y su fijación a la enfermedad, y el análisis proporcionó entonces, en un plazo desproporcionadamente breve, todo el material, que permitió la solución de sus inhibiciones y la supresión de sus síntomas”*. Freud duda acerca de la conveniencia de la publicación de este historial, pues hay en él elementos *tan inverosímiles y singulares* que lo desvelan a él mismo. La *construcción de la escena primaria* donde el niño desde la cuna ve a su padre erguido y a su madre agachada haciendo, el llamado en forma científica *coitus a tergo*, en tres ocasiones a la cinco de la tarde. Freud comienza un arduo debate acerca de lo *“real”* de esta escena y de su posicionamiento como punto de arranque de las condiciones neuróticas del paciente.

Otra de las particularidades es la *gravedad del caso*. El paciente se encontraba imposibilitado de una vida independiente y hasta debía ser vestido por su médico personal y su ayuda de cámara, quienes no se separaban del hijo del terrateniente ruso. Su ayuda de cámara también era el encargado de continuas lavativas y enemas, pues el paciente pasaba semanas y hasta meses sin *“ir de vientre”*, era su *colaborador*. El paciente estaba tapa-

do, inhibido de la función defecatoria, inundado de *res excrementus*, pide ayuda. Freud trabaja en su mejoría; evaluando el momento adecuado, le promete curación, el retorno al funcionamiento normal.

—*¿Qué me dice, usted, Herr profesor?*, dice el paciente dándose vuelta para ver a Freud. Su intestino toma nota, luego de veinticinco años de perturbaciones, vuelve a la normalidad. El colaborador ya no es necesario, tiempo que concuerda con el final de tratamiento. ¿Qué había hecho Freud? Mientras era su *“ayudante de cámara”*, su colaborador, había investigado en las increíbles *implicancias del erotismo anal*. Se mete en esa demanda original, en ese *“modelo de la demanda”* (Lacan, 1964) que se debería graficar como una operación de caída. Freud estudia las circunstancias donde el sujeto entrega lo que le es demandado y descubre que está presente la dimensión del amor. El chico entrega su excremento como regalo a su madre, que lo espera con devoción. Se trata de la *“primera prueba de cariño del niño, una parte del propio cuerpo, de la cual se separa a favor de una persona querida”*.

La madre pide al hijo una prueba de cariño, que entregue algo precioso que tiene adentro, esa caquita que pone contenta a la madre y que luego debe caer a lo repugnante, esa caquita que debe realizar una operación de caída a lo nauseabundo, debe irse a la mierda. —*No hay que tener trato con la mierda*— lo reprende la madre. (Nosotros decimos que tampoco se tiene que tener trato con la madre. Y otros nos dirán, leyendo este análisis *post-mortem*, que tampoco hay que tener trato con los muertos.) Freud se mete a fondo con esa pulsión anal y, además de esa operación de caída propia de la demanda original, descubre:

—Las consecuencias que tiene en el carácter del sujeto, en su destino, en la forma de *“estar en el mundo”*.

—Las equivalencias del excrementos con otros objetos: dinero, regalo, niño, pene.

Freud sabe que esta cesión del objeto anal ante la demanda del Otro está en relación con la castración: el excremento *“constituye el prototipo de la castración, siendo el primer caso de renuncia a una parte del propio cuerpo con el fin de conquistar el favor de una persona querida”*.

Y llegado un punto cae el telón. El paciente va al baño solo, se vuelve a sentir restablecido, afortunado. Se ubica ese instante, después de cada deposición donde el velo se desgarró, ese instante y la certeza de volver a estar bien, de sentirse nuevamente bueno, sano, querido y bien visto por la fortuna.

¡¡¡El niño ha cagado!!!

Aparece un significativo fundamental que abre el caso, el significativo afortunado. Su nacimiento ya estaba marcado por la cofia fetal que le auguraba fortuna. *“Sólo poco antes del término de la cura recordó haber oído que*

había nacido con una cofia de buena suerte. Se tenía por un ser especialmente afortunado, al que nada malo podía pasar, confianza que solo lo abandonó cuando contrajo la blenorragia y hubo de reconocerse vulnerable". Freud dice que la interpretación de ese velo fue ardua porque conllevaba la relación del sujeto con su destino (y con su cagada).

Freud al final cumplía sus objetivos. Termina el tratamiento. Del excremento y de su puño y letra amasa una fortuna. Fortuna teórica que da a conocer en un congreso de analistas, fortuna que arma con las joyas del paciente: la escena primaria, el sueño a repetición, la escena de la mariposa. Esas mismas joyas que luego le quedarán constipadas al paciente, que lo llevarán, aun después del final de tratamiento freudiano, a posteriores tratamientos. Es de esa fortuna que tenemos que hablar, y de como guiarnos para que no quedarnos atascados, constipados como el Hombre de los Lobos, con el agregado de ser para quienes Freud escribió el Historial, y puso en marcha un deseo, el deseo del analista.

Deseo del analista que se enfrenta, sobre todo en el deseo freudiano, con el deseo de un hijo por el padre, por el nombre del padre. El historial y el psicoanálisis están centrados en la problemática de un hijo en relación con el padre. El paciente se convierte en el caso del padre del psicoanálisis, se hace conocido por el nombre freudiano que hace trascender como su nombre de neurótico. El hijo sacrifica su nombre por el nombre del padre. El paciente antes de terminar el tratamiento tiene una alucinación: se da vuelta y parece verlo a Freud con las uñas afiladas como el padre en la escena primaria.

- 1 -

El caso está escrito. Comienza Freud el historial con los padres felices hasta que las enfermedades oscurecen sus vidas. A los tres años el niño era "apacible y dócil, hasta el punto de que los suyos se decían que él había debido ser la niña y su hermana, el niño". Pero de repente, y ante la sorpresa de todos, el niño se da vuelta, ahora es colérico, rabioso, irritable. Ahí acontece el primer cambio de conducta, el primer "darse vuelta". La madre se pone a investigar qué pasó, descubre que había habido una pelea entre mujeres, entre la chacha y la institutriz inglesa, quienes eran las encargadas de cuidar al chico; la madre despidió a la institutriz. Freud no está de acuerdo con la acción materna, más allá de la institutriz está la hermana, que lo seduce, lo toca, le habla, lo induce a cometer actos de carácter sexual. "La hermana le había cogido el miembro y había juguetado con él mientras le contaba que su chacha hacía lo mismo con todo el mundo". El paciente intenta hacer lo mismo delante de la chacha quien, sin vacilar, le prohíbe masturbarse

y lo amenaza con dejarle una herida ahí. El chico se empieza a interesar por el riesgo de la castración.

A los cuatro años tiene el famoso sueño y aparece la fobia a los lobos. Ahora, su querida hermana lo persigue con un libro de estampas, mostrándole la figura del lobo erguido en sus dos patas traseras. Su madre ya sin investigar, preocupada, lo introduce a las historias sagradas poniendo el acento en el martirio de Cristo. Él se interesa en la oscura relación entre padre e hijo. Se pregunta por qué fue sacrificado. La acción materna tiene efectos: el paciente nuevamente cambia, y ahora lo vemos piadoso, besando todas las noches antes de acostarse las imágenes religiosas de su habitación. Se pregunta por la suerte de Cristo, por su culo allí colgado en la cruz. Como hijo de Dios, ¿necesitará ir al baño?

Freud se sorprende del nivel de pensamiento de este niño, quien se identifica con Cristo y a su padre con Dios, llegado a un punto se sella su ambivalencia, entiende que no se puede saber a ciencia cierta si Jesús era hijo de José o de Dios, no hay certeza de la paternidad. "Comprendía tan sólo que la relación entre padre e hijo no era tan íntima como él se había figurado siempre. El niño intuía en cierto modo la ambivalencia sentimental con respecto al padre integrada en todas las religiones y atacaba a la suya por la relajación de aquella relación con el padre".

La relación con su padre quedó plasmada bajo el signo de la ambivalencia entre la irritación de ver a su padre preferir a su hermana, el deseo de satisfacción sexual pasiva y el miedo al padre, cuyo desplazamiento al temor al lobo, Freud muestra como constitutivo de la emergencia de la fobia. Freud se pregunta cómo es que el padre, del que se espera satisfacción, está también en el lugar del agente de castración del que se teme la realización efectiva de la castración. Este dilema es resuelto por el niño con la fobia a los lobos, luego del sueño de angustia que el paciente relata en tratamiento. Ocurre que la angustia es un afecto que anticipa la represión de la actitud pasiva con respecto al padre, al constatar que la castración era la condición del comercio sexual con el padre, dice Freud.

Así, el deseo de ser satisfecho por su padre sucumbe a la represión, "siendo sustituido por el miedo al padre bajo la forma de la fobia al lobo". El niño se da cuenta de que está en juego su virilidad y por lo que deposita en su miembro viril no lo quiere perder.

El sueño de angustia marca el eje del tratamiento, pues a partir de este sueño no solamente Freud organiza el historial, sino que es un antes y un después en el mismo tratamiento. No se trata de un trauma exterior, como podía ser la escena de seducción de la hermana o las amenazas de castración sino de un sueño: el famoso sueño del Hombre de los Lobos. Freud escribe el sueño a la enunciación del paciente. Es el único texto que escuchamos de boca del Hombre de los Lobos.

El paciente está en la cama, se abre la ventana, en un nogal hay unos seis o siete lobos blancos. Presa de horrible miedo, por temor a ser comido, despierta. El paciente tiene el sentimiento de lo siniestro. Le cuesta un gran tiempo entender que se trataba de un sueño, pues todavía tenía presente, clara, evidente esa mirada de los lobos fija en él y esa angustia a ser comido.

Freud dice que se trata de un primer sueño de angustia y construye la escena primaria a partir de dos elementos: la mirada de los lobos que recae sobre el paciente *“como si toda su atención estuviera fija en mí”* y su inmovilidad sólo cortada por el movimiento de la ventana que se abre. Descompone el sueño y le pide al paciente asociaciones sobre cada elemento. Por qué blancos, cómo suben al árbol, por qué seis o siete. Las asociaciones lo conducen a los cuentos infantiles escuchados de boca del abuelo. En un cuento el lobo devora a seis cabritos y el séptimo se esconde en un reloj de pared. De la escena del sueño de angustia a la construcción de la escena primaria hay un pasaje que va del ser mirado al mirar, y de la inmovilidad de los lobos a la movilidad de la escena del *coitus a tergo* entre los padres. Esa escena primaria se trataría de una escena *“con un agitado movimiento, que contempló con intensa atención”*.

Pasaje, que como todo pasaje, tiene un costo que hay que pagar para hacer el viaje que Freud nos propone, del sueño a otra escena difícil de ubicar en el tiempo pero que Freud ubica con una precisión cronológica. Pasaje que también Freud paga para explicar la causación de la neurosis, y el lugar de la neurosis infantil y del fantasma en la constitución de la subjetividad.

El paciente también paga esa apertura de sus ojos y esa escena donde el padre, erguido, todo erguido, tiene relaciones sexuales con su esposa que está agachada y le da la espalda. Increíblemente, Freud va a los detalles: esta escena de *coitus* se repitió tres veces a las cinco de la tarde y el niño de un año y medio interrumpió la escena con una deposición que Freud interpreta como signo de excitación sexual.

Después de esta construcción Freud se embarca en debates acerca de si:

- ¿Esta escena había ocurrido efectivamente o era una fantasía?
- ¿Cómo era posible que quedara en el recuerdo del paciente siendo tan niño?
- ¿Y cómo obtiene la significación sexual?

Pero sobre lo que no duda es acerca del valor de la escena, pues desde allí *“se puede continuar el estudio de las relaciones de esta escena primaria con el sueño, los síntomas y la historia del paciente”*.

Freud seguirá también la que tuvo de *“punto de partida en una de sus impresiones visuales”* que lo llevará a quedar fijado, su mirada detenida en

la posición de la pareja parental que tendrá consecuencias, no sólo en las condiciones eróticas inconscientes requeridas para el acceso del paciente a una mujer sino en su misma posición de hombre.

- 2 -

Freud ubica el deseo de satisfacción pasiva con respecto al padre. Y la preocupación materna por los cambios súbitos de conducta.

La madre lo había introducido en las historias sagradas; por la identificación de su padre con Dios, ese Dios que había sacrificado a su hijo, temía al padre como agente de la castración. Temor al padre. *“La identificación del padre con el castrador adquirió considerable importancia como fuente de una hostilidad inconsciente, llevada hasta el deseo de muerte, y de los sentimientos de culpabilidad surgida de ella”*. Freud descubre tres corrientes pasivas con respecto al padre. Una canibalística de ser devorado por el lobo, una posición de homosexualidad inconsciente y otra masoquista. Con su identificación a Cristo sublimó la tendencia masoquista con respecto al padre. La preocupación por el culo de Cristo era el indicador de la actitud homosexual. Una idea le agradó, no se podía dudar de quién era la madre de Cristo, pero en cambio, no estaba claro el padre. ¿Era José o Dios? *“Comprendía que la relación entre padre e hijo no era tan íntima como se había figurado siempre”*.

Freud advierte que es éste el punto donde todas las religiones demuestran la ambivalencia sentimental con respecto al padre. El paciente, en su autobiografía, relata la enorme fuerza que había cobrado la ambivalencia. *“A partir del suicidio de Ana, mi padre que antes me había prestado muy poca atención, empezó a interesarse activamente en todo lo que yo hacía, de modo que decidí tomarlo como confidente”*. El paciente cuenta que empezaron a tener encuentros diarios pero que éstos no le aportaban gran cosa pues el padre *“empezaba a sucumbir a la devastadora influencia de mi ambivalencia e incluso se había contagiado de ella”*.

Esta ambivalencia venía de lejos y Freud va en busca de sus orígenes, descubre un síntoma infantil que consistía en la retención de la respiración frente a los inválidos, mendigos o cualquier hombre digno de lástima, y lo sitúa en relación al padre y la visión de éste en un sanatorio, muy mejorado en su aspecto, digno de lástima (se trata del padre caído; dirá Ruth Mac Brunswick que se trata del padre castrado).

Freud intuye que la lástima esconde un movimiento pulsional-repulsional central en todo tratamiento. Lástima que Freud ubica en la misma escena primaria ligada al pene del padre que entra y sale, aparece y desaparece del cuerpo materno. De esa penetración tan aguda de su infancia

ligada al culo de Cristo el paciente, poco a poco, no quiere saber nada más, de aquel chico tan curioso, las redes de la neurosis lo dejan en una relación complaciente con el saber. *“El sujeto no mostró ya deseo alguno de aprender, ni aquella penetración”* con la que se lo distinguía. Esta imposibilidad en el plano del saber también le quitaba posibilidad de *“cualquier interés social que da contenido a la vida”*.

- 3 -

Freud toma al estreñimiento intestinal como un síntoma que puede ponerse a trabajar en tratamiento. Primero lo deriva a un especialista que diagnostica un padecer funcional. El análisis había llegado a un punto donde todo parecía “irrigado” por una “dócil apatía” del paciente. Habiendo abordado su relación a la pulsión anal, el paciente parecía retener algo, resistir. *“Merced a esta duda pudo conseguir nuestro paciente, atrincherado en una respetuosa indiferencia, que todos los esfuerzos terapéuticos resbalaran durante años enteros sobre él”*.

Freud, en un momento, no cualquiera, decide combatir la posición de goce del paciente que consistía en permanecer tras una inabordable postura de “dócil apatía”. Se ve precisado a emplazarlo, comunicándole la finalización del tratamiento.

Tiempo después, cuando discierne el valor que para su labor tiene la perturbación intestinal, le promete, ante la total perplejidad del Hombre de los Lobos, la remisión del síntoma. *“Y tuve la satisfacción de ver desvanecerse sus dudas cuando el intestino empezó a intervenir en nuestra labor”*. A Freud le responde el inconsciente. Ya cercano al final, Freud se da cuenta de que había recuerdos supuestamente insignificantes que eran *“la clave de los enigmas más importantes integrados en la neurosis del paciente”*. Ahí aparece el recuerdo de haber perseguido una mariposa y, al verla posada en una flor, salir corriendo presa de un miedo terrible. Mariposa en su idioma se dice *babuschka*, que quiere decir madrecita. Así, llega por asociación al recuerdo de una niñera anterior a la chacha llamada Grusha. Freud relaciona el olvido del nombre de este personaje con la madre. Así, Grusha era una primera sustitución de la madre en la escena primaria. Aparece la vergüenza, que según Freud está descolocada. Este camino en el tratamiento lo descubre a través de significantes de su lengua materna. Freud necesita la ayuda del paciente. Aparece aquí la vergüenza del nombre, el haber deseado ocupar el lugar materno.

El tratamiento se extingue, el paciente, sin la intervención freudiana, llega a un punto del complejo de castración: *“Sueño que un hombre saca las alas de una Espe”*. *Wespe* lo corrige Freud. *Wespe* era avispa, en cambio *Espe*

eran las iniciales del nombre verdadero del paciente. Llega a la letra del nombre y a la vergüenza relacionada con la falta del Otro.

C) Las coordenadas del caso

¿Cuáles son las coordenadas del caso?

En el centro, el lamento de su madre escuchado por el paciente a una edad menor de 4 años: *“Así me es imposible vivir”*. El lamento de la madre es fundamental, pero también las interpretaciones maternas, la inquieta búsqueda de la causa de los reiterados cambios de conducta de su hijo.

Y, además del lamento, de las interpretaciones maternas, Freud en análisis, ubica la vergüenza del paciente de haber deseado estar en el lugar de la madre al momento del *coitus a tergo* con su padre.

El deseo de la madre aparece claramente en el beneficio secundario de la enfermedad, en su apego a la enfermedad, a su necesidad de estar enfermo y de contar con un enfermero. ¿Por qué? Su madre se interesaba por él a condición de que estuviera enfermo. El paciente lo dice así: *“como de joven mi madre estaba muy preocupada por su salud, no le quedaba mucho tiempo para nosotros, pero si mi hermana o yo nos enfermábamos se convertía en una enfermera ejemplar”*. Ya grande, todavía rico, lleva en sus viajes a sus enfermeros. Llega a Freud con su séquito, con sus colaboradores. Freud trabaja con esa pulsión anal y, ya cansado de estar sacándole lo que retenía y cansado de resbalar, lo emplaza con una fecha de terminación en la cual sí o sí dará fin al tratamiento. El paciente, apurado entre ese fin y lo que quedaba, se larga a trabajar para desapegarse de la enfermedad e ir solo al baño. Fin de análisis de un obsesivo. Freud y el paciente se despiden. Pero no es el fin del enfermero, del colaborador. Su mujer será su enfermera y, luego de su suicidio, este lugar será ocupado por Fraulian Gaby, un ama de llaves. Llega un punto, gracias a su longevidad y cuando “no le queda otra”, en que pasa de enfermo a enfermero. Este pasaje lo estabiliza, como a tantos de nosotros. Cuidará a su madre y a Fraulian Gaby hasta la muerte.

¿Qué pasará con el paciente enfrenteado al momento de la muerte de la madre?

El Hombre de los Lobos vuelve a sorprender: Antes de la muerte, madre e hijo *“dormían en la misma pequeña habitación, pese a que en su departamento tenían dos habitaciones grandes y dos pequeñas”*; a la hora de la muerte de la madre, *“se comportaba como si nada en particular hubiera sucedido”*. Otra vez, la aparente inexistencia de duelo. Freud se había quedado perplejo ante la falta de duelo al momento del suicidio de la hermana y busca afanosamente los indicadores que den cuenta de la tramitación psíquica del duelo pues, teme por la gravedad del diagnóstico del paciente.

Freud no centra su historial en el deseo de la madre sino en la posición de satisfacción pasiva que espera el hijo del padre. ¿Por qué Freud no centra su historial en el deseo de la madre y sí ubica como central la actitud pasiva y la ambivalencia con respecto al padre?

Tras el síntoma intestinal descubre la pulsión invocante del lamento materno, ubica la interpretación materna luego del primer cambio de conducta y la vergüenza de querer ocupar su lugar, pero lo ubica en la perspectiva de la línea del padre. Es del padre de quien espera satisfacción y teme que sea el agente de la castración. Es del padre castrador y del padre castrado que habla Freud. Al padre castrador lo sustituye por la fobia al lobo y ante el padre castrado, aparece la lástima. Lástima que Freud sigue hasta su origen y llega a la escena primaria donde el niño ve el pene del padre desaparecer en su madre y luego observa su reaparición, la vuelta a la visibilidad.

Pero esa lástima guía a la represión, el retorno de los síntomas, la neurosis del sujeto. De chico ve a su padre hospitalizado, muy desmejorado, y ante esa lástima realiza un acto compulsivo. No respira. Retiene la respiración: ante la lástima, retención.

El Hombre de los Lobos continuamente se “da vuelta” y mira qué tiene atrás. Cambios de conductas, estos cambios marcan su vida. En 1926, cuando llega a Ruth Mac Brunswick, ésta se sorprende debido a que el paciente no parece el caso que había atendido Freud y se pregunta, al igual que la madre, el porqué del cambio de conducta. Ruth Mac Brunswick dice que el paciente, luego de dos tratamientos analíticos, se había quedado mirando al analista y que *“la fuente de la nueva enfermedad consistía en un residuo no resuelto de su transferencia”* con Freud. Y agrega que nada nuevo aparece en el tratamiento con ella, sólo un nuevo darse vuelta del paciente que vuelve a la normalidad luego de un sueño donde aparece la madre rompiendo las estampas religiosas. La analista acepta que carece *“de explicación, del mecanismo psicológico, del giro producido por el sueño de los íconos”*. Pero interpreta que en ese sueño ella era la madre, pero en un papel negativo, rompía y destruía esas imágenes. Vuelve la madre a ser fundamental en el cambio de carácter de su hijo.

Vayamos a la imagen freudiana. Freud, llegado un momento, después de tres años y medio, emplaza al paciente: le dice que el tratamiento terminará en tal fecha independientemente de sus logros, pase lo que

pase. Si el paciente no sale de su enfermedad, lo lamento. Aparece el lamento materno, ese apego a la enfermedad. Freud da batalla, al paciente se le mueven las tripas. Además, le promete curación a su vitalicio síntoma intestinal.

—*Es demasiado* —el paciente, incrédulo, se “da vuelta” y mira a Freud, y mira el reloj de la pared. Le cuenta que se ha estado escondiendo en ese reloj para que no lo agarren, pero va a salir. Sale de su dócil apatía, de su indiferencia y le trae recuerdos que no había recordado aún. Una vez, frente al movimiento de aleteo de una mariposa había salido corriendo presa de enorme angustia. Freud agarra la mariposa al vuelo, descubre los enlaces que le faltaban desde la escena primaria y cierra el tratamiento “a término”.

¿Cómo hizo esto?

Freud tiene ayuda, el síntoma intestinal, el fenómeno del inconsciente se entromete en las sesiones analíticas y parece guiarlo. El descubrimiento al descubridor. Hablan el paciente, el intestino y Freud.

Pero no es el final del paciente y de Freud. Seis años después el paciente vuelve a pedir tratamiento, se había quedado pegado al analista, del padre del psicoanálisis había renacido. Freud descubre los límites del amor de transferencia e intenta explicarle que no era bueno que un paciente quedara pegado a un analista. Le explica la resistencia. Dice el paciente: *“En las semanas que precedieron al término de mi análisis, hablábamos con frecuencia del riesgo de que el paciente establezca un vínculo demasiado estrecho con el terapeuta”*.

Me desorienta esta cuestión de la resistencia. Era una guía posible pero una guía complicada, Freud había dado fin al tratamiento por la extinción de la resistencia pero el paciente en el post-análisis no se separaba de la fijación al analista. El paciente también quería trabajar en eso de la resistencia pues, casi una década después, vuelve a pedir tratamiento para seguir charlando del tema. Freud lo deriva a Ruth Mac Brunswick. Derivación del analista. Ruth Mac Brunswick se ubica entre el paciente y Freud, bombardea esa relación pues *“no me era posible progresar en el tratamiento mientras siguiera combinando sus dos técnicas de satisfacción: por un lado, culpando a Freud por la pérdida de su fortuna, y por otro manteniendo su posición de hijo preferido”*. Los ataques dan en el blanco. El paciente se pone furioso: *“Hablabo como un salvaje, entregándose a sus fantasías fuera de la realidad. Amenazaba con matarme a mí y a Freud, amenazas que no sonaban tan vacías”* nos dice Ruth Mac Brunswick un poco aterrorizada.

Por suerte, vuelve la madre a intervenir. Un sueño en aquel momento, ubica a Ruth Mac Brunswick en la línea materna de la introducción de las imágenes religiosas que tanto efecto había tenido después de sus cuatro años.

Ruth Mac Brunswick, aun sin saberlo y sin teorizarlo, se había metido con la mirada del paciente, con la pulsión escópica y con su fijación. El paciente recuerda el carácter de pesadilla del famoso sueño de los lobos. Pesadilla en los *“brillantes ojos de los lobos le recuerdan ahora al paciente que, durante el tiempo que siguió al sueño, no podía soportar que se lo mirara fijamente, se ponía de mal humor y gritaba: ¿por qué me mira de ese modo? Toda mirada escrutadora le recordaba el sueño y su carácter de pesadilla”*.

Se trataba de esa mirada fijada en los lobos, en la escena primaria, en Freud. Se trataba del tratamiento del goce escópico que volvía al paciente “normal”. Repentinamente, descubre que puede volver a leer, lo cual hasta ese momento le era imposible porque sentía que quedaba a merced del autor. Volvía el Hombre de los Lobos. *“Esta vez para adquirir una forma normal, del mismo modo sorprendente en que había desaparecido el delirio. Volvía a ser el hombre que conocíamos por el relato de Freud”*.

- 3 -

Teníamos ahora algunas coordenadas que nos ayudarían a ordenar el caso y a continuar con el tema de las guías de la dirección de la cura.

- a- El lamento materno. La interpretación materna del “darse vuelta” del paciente. La vergüenza en desear la posición del Otro en la escena primaria.
- b- La ambivalencia con el padre y la constitución del complejo de castración. La tendencia pasiva, la constitución de la fobia y la lástima por el desfallecimiento paterno.
- c- La fijación de la mirada en la escena de los lobos y en los genitales combinados, paterno y materno. La imagen freudiana.

Y sabía que la guía con la que comenzaría el año siguiente sería la resistencia. ¿Me llevaría tanto tiempo como al Hombre de los Lobos descollarla?

* * *

1.4. APUESTA AL DISCURSO DE RESIDENCIA

FINAL DE CARRERA, SOY PSICÓLOGO... ¿Y AHORA QUÉ HAGO?

Mi último examen fue Psicoterapias, un 15 de diciembre. Cuando me llama el docente los nervios apenas me dejan hablar, le digo que me estoy recibiendo. El docente mira para afuera y ve a quienes están preparando los huevos y a quienes están preparando la harina. Ese examen fue una masa apelmasada de conceptos estudiados en noches de absoluta ansiedad. El docente seguramente consideró que ya era tarde para bochar-me y se levantó felicitándome ante mi nueva condición: —*Lo felicito, licenciado*.

Los momentos de alegría, festividad y borrachera aún los tengo en el álbum de fotografías tituladas: recibimiento. Me voy de viaje de egresado y, cuando vuelvo, me doy cuenta de que no tengo que ir más a la facultad. ¿Qué hago? Me tomo el colectivo y voy, sin embargo, para allá, alguna fila tendría que hacer para comenzar los trámites del diploma.

Unos días después, una tarde calurosa me vi enfrentado a aquella maldita pregunta: ¿dónde está el trabajo? *¿qué carajo hace un psicólogo en esta Argentina de hoy?* Sabía que el campo laboral estaba saturado y que los profesionales recién recibidos tenían pocas posibilidades de comenzar trabajando por un sueldo, lo usual era comenzar a laburar *ad-honorem*, “divertida” lectura etimológica, *ad-honorem* significa por el honor. ¿Los que terminábamos la facultad deberíamos trabajar por el honor? Y había también una lectura histórica del *ad-honorem*: en la Antigua Roma quienes llegaban a las altas magistraturas, al poder legislativo, trabajaban *ad-honorem*, trabajaban por el honor de ocupar ese lugar tan importante para la comunidad, para todos los ciudadanos. Costumbre insólita vista desde los tiempos de esta “post-mortem-nidad”¹², costumbre antigua que para los funcionarios actuales estaba absolutamente sepultada bajo capas y capas de lava, en cambio para los psicólogos, antropólogos de la subjetividad, estaba aún en actividad. Nuestro trabajo era la reconstrucción de prácticas olvidadas, rituales olvidados en el confín de la historia que aún seguían operando en el presente. Trabajar *ad-honorem* era una práctica sepultada pero los psicólogos la actualizábamos en nuestro trabajo, la hacíamos presente.

No existía ninguna planificación acerca de las necesidades de profesionales psicólogos en nuestro país: a la facultad había un acceso irrestricto y se recibían aquellos que daban su última materia pero, en el campo laboral, la cosa era diferente, no había acceso irrestricto. No había conti-

12. N. de A.: Concepto que es desarrollado en el libro *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas?*, Buenos Aires, Campana, 1998.

nuidad entre lo que se había estudiado y lo que se estaba trabajando. Salir de la facultad era, además de la dificultad de poner en práctica lo que se había estudiado, una prueba donde había que ver si se podría trabajar por un sueldo, era la prueba de permanecer en el lugar de residencia del trabajador de la Salud Mental.

Decidí apostar a dar el examen de residencia, una forma posible de entrar al campo laboral recibiendo un pago por la variable trabajo realizado. Había otras maneras: presentarme en comunidades terapéuticas para trabajar con adictos, conseguir algún contacto que me posibilitara entrar a alguna obra social, prepa o institución de tercerización de servicios en salud como era tan común en estos tiempos, anotarme en Tribunales para realizar pericias psicológicas, pagar una formación de post-grado que además me diera la oportunidad de atender pacientes y de recibir un porcentaje del arancel institucional, había algunas maneras de comenzar a trabajar por un pago. Había que tener ingenio, se me habían ocurrido otras: hacer publicidad con volantes sobre mi práctica profesional, dar charlas sobre cualquier tema en cualquier lugar e intentar promocionar mi trabajo aun sin experiencia.

Pero bueno, había maneras... pero ya que estaba tan acostumbrado a estudiar para pruebas, decidí probar suerte con la residencia.

LA APUESTA A LA RESIDENCIA

El examen de residencia se tomaba un sábado de abril. Desde muy temprano, los psicólogos recientemente recibidos hacían cola. Ya no sabía si era una vieja costumbre universitaria o una orden organizacional del tipo: "forme fila aquí".

Había llegado ese día, había dormido tan mal que hubiera preferido tomarme algún hipnótico, sabía que el examen era *multiple-choice*, había estudiado la extensa y variada bibliografía. Se trataba de elegir una respuesta de cuatro posibles.

Se reciben apuestas. Comienzo a leer las preguntas, estoy un poco nervioso, me muerdo las uñas y arranco algunos pelos de la cabeza. Estoy un poco confundido, había estudiado mucho pero parecía todo desvanecerse, no recordaba los textos, se me aparecían pedazos de textos estudiados pero deshilvanados, sin pies ni cabeza.

Leo una pregunta: «Según Ajuriguerra, ¿qué se entiende por tricotilo-manía?»

- 1- Morderse las uñas.
- 2- Caminar insistentemente.
- 3- Obsesión por la limpieza.
- 4- Irresistible incitación a tirarse el cabello.»

No sabía la respuesta, ese autor no lo había visto en la facultad. Mientras lo estudiaba para el examen de residencia, a ese libraco de 1000 páginas, me preguntaba si Ajuriguerra, era hombre o mujer, si estaría vivo o muerto. Lo cierto es que no sabía qué responder: estaba entre tirarse el pelo o comerse las uñas. Previo aldopingué, trato de decidirme y, como no me decido y en ese momento aún me quedaban menos uñas que pelo, señalo con una cruz la respuesta 1.

La otra pregunta parecía más fácil: «Si se le presenta un paciente con síndrome confusional en un cuadro claramente orgánico, ¿qué tipo de alucinaciones se espera encontrar?» Leo nuevamente la pregunta, no era una equivocación de lectura (o ahora de tipeo), decía empero encontrar. Me río y me desespero, empero había cuatro posibilidades.

- 1- Táctiles.
- 2- Acústicas.
- 3- Visuales.
- 4- Cinestésicas.

Tampoco la sabía, me pregunto qué estudié tantos días. No me decido, dudo entre visuales y cinestésicas. Me imaginaba al confuso, yendo de un lado a otro queriéndose ubicar temporo-espacialmente. Pongo cinestésicas.

Me empiezo a inquietar por mi futuro. Venía una idea tras otra, empecé a hablar en voz alta, me veía yendo de un lado a otro dejando mi currículum que decía: sin experiencia. Me empecé a mover en la silla, la acaticia me mataba, las hormigas también.

La tercera pregunta era: «Según Henry Ey, ¿cuáles son los síntomas principales de la excitación maníaca?»

- 1- La exaltación del humor.
- 2- La excitación psicomotriz.
- 3- El adelgazamiento.
- 4- La fuga de ideas.»

No me acordaba el síntoma principal, pero me parecía que debía aparecer la exaltación del humor, la excitación psicomotriz y la fuga de ideas como síntomas fundamentales.

¿Se podían señalar tres respuestas simultáneas? Se lo pregunto al docente; mis compañeros, antes de que el docente responda, me hacen callar. Así seguí hasta el final, equivocándome en la mayoría. Por suerte, no confiaba mucho en mi suerte y al final, en una repasada, cambié la mayoría de las respuestas señaladas. La tricotilomanía terminó siendo la tirada de pelo, en la confusión orgánica puse las alucinaciones visuales y en el síntoma principal: la fuga de ideas del maníaco. Hasta cuando me sacaron la hoja yo seguía cambiando crucechitas.

Al terminar, fui a dar también un examen *multiple-choice* a La Plata, para entrar a una residencia en la provincia. Las preguntas eran mucho más difíciles; allí, como estaba un poco cansado, elegía la primera que me parecía la más posible de ser la respuesta correcta.

Ya había hecho lo suficiente para la residencia en el campo de la Salud Mental. Ahora debía esperar los resultados, la grilla de partida todavía estaba por verse. Al llegar a casa me relajé y me acordé de que la respuesta 97 estaba mal.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA O LA ENTRADA NO ES EL PASE

2.1. LA RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

Los días posteriores al examen fueron de absoluta ansiedad, iba dos o tres veces por semana a ver si había logrado un lugar de residencia como licenciado en psicología.

Por fin me encuentro en una primera lista bien rankeado, en el examen correspondiente a la residencia de la Provincia de Buenos Aires, en el puesto 23. La semana siguiente, luego de la presentación de impugnaciones, me alejé de la grilla de llegada, pierdo lugares de una manera desesperante, mi puesto era el 38 y solamente entraban 35. Por suerte, en el turno de las impugnaciones de las impugnaciones (las meta impugnaciones), vuelvo a ganar lugares. Finalmente, en la lista de futuros aspirantes a residencia estoy incluido en el puesto 19. El día de la toma de posesión me encuentro en una sala abarrotada de personas. Llamen de a uno y en una pizarra enfrente del salón se van tachando las vacantes ocupadas. Veo cómo se van ocupando los hospitales.

—¿Cuál me quedará? ¿En qué hospital pasaré los próximos 4 años? ¿Será el Castex de San Martín, el Open Door de Luján, el Paroissian de La Matanza? ¿Había otros hospitales también en Mar del Plata, Junín, Necochea? ¿Me iría tan lejos si no me quedaba otro lugar, pues ya me iban quedando pocos?

No era fácil la decisión. Quería meterles la pata a quienes pasaban a elegir su lugar de residencia. Cuando me llega el turno, aún puedo elegir algún hospital del primer o segundo cinturón del Gran Buenos Aires. Miro la pizarra; con tanto trajín por el ranking, me había olvidado de averiguar con profundidad acerca de las características de los diferentes servicios de psicopatología de los distintos hospitales y su zona programática. Me dicen que me apure, elijo el Hospital Manuel Belgrano del partido de San Martín. No conocía las instalaciones de ese Hospital pero en su elección habían incidido dos cuestiones:

a) Tomando en cuenta los hospitales que me quedaban, me era accesible desde mi casa.

b) Me habían hablado muy bien de ese hospital, me habían dicho que era de mediana complejidad, interzonal, con 120 camas de internación organizadas según complejidad creciente: autocuidado, terapia intermedia, terapia intensiva. (Esta forma organizacional evitaba la división por especialidades médicas y sus respectivos pabellones para internación, permitiendo un mejor aprovechamiento y maximización de los recursos disponibles.) Y también me habían comentado que pese a la situación desoladora de los hospitales públicos por la falta de presupuesto, políticas de largo y mediano plazo y críticas despiadadas acerca de su eficiencia, trato y comida, este hospital del primer cinturón industrial se mantenía aún dignamente en pie. Pero del servicio de psicopatología y de la residencia que funcionaba allí, no sabía nada.

- 1 -

Al otro día de elegir mi lugar de residencia averiguo cómo llegar al hospital. Cruzo la General Paz y tomo Constituyentes. De mi mano derecha cruzo el regimiento de Villa Martelli. Unas cuadras más adelante, luego de pasar Laprida, tengo a mi izquierda unos monoblocks de tres pisos con frente de material pintado de un naranja grisáceo. (Años después me enteraría de que ahí comenzaba la zona llamada Villa Zagala, zona geográfica donde se ubicaba el hospital). En el medio de esos monoblocks construidos en la época de la primera presidencia de Perón llegué a observar una plaza y, en un costado, una escuela con su bandera izada. Luego de estas moles, monótonas, peleadas con la arquitectura, pero con una idea urbanística ligada a lo social, venía a mi izquierda un barrio sumamente pobre. Las casas bajas, pegadas una al lado de la otra, estaban sólo separadas por 5 pequeños pasillos. Sus techos, remendados con material de todo tipo (chapas, maderas, tejas, telgopor y encima material plástico impermeabilizante) no permitían confusión alguna: se trataba del Barrio Loyola. Construido en el año 1968 como una Unidad Transitoria Habitacional (U.T.H.), la cual debía permitir la residencia como máximo por 8 años, luego de lo cual se construirían en su lugar monoblocks. A pesar de la transitoriedad habitacional supuesta a finales de los '60, seguían allí, 30 años después, sus 2456 habitantes.¹³ El ba-

13. N. de A.: Datos facilitados por los médicos generalistas del Hospital Belgrano, quienes en abril de 1997 realizaron un trabajo de vacunación puerta a puerta y, ayudados por una planilla, tomaron algunos otros datos que ya veremos. Mi agradecimiento a ellos, al Dr. Alberto Tarica y al Dr. Luciano Miranda, Jefes de Residentes.

rrio llamaba la atención por su construcción rectangular, atravesada por nueve pasillos transversales y cinco longitudinales. Parado en cualquier esquina se podía tener una visión en las cuatro direcciones. Esta condición de inmejorable visibilidad era, para algunos, delatora pero para otros un medio ideal para diseñar estrategias de escape ante cualquier razzia o presencia policial. Tenían problemas con el agua. No había demasiada y la que había no era, según bromatología apta para consumo humano. Parecía que en algún punto la vieja red cloacal se filtraba en las vetustas cañerías de agua. Pero la gente la tomaba igual, decían que estaban acostumbrados, que la pobreza inmunizaba.

Llegando al hospital, cruzando la Avenida Constituyentes, se encontraba villa Las Flores. ¿Por qué llamar a este barrio villa y a Barrio Loyola, igualmente habitado por población llamada por el INDEC como indigentes, barrio pobre? A diferencia de Barrio Loyola, que tenía un concepto urbanístico o al menos una diagramación geométrica, en villa Las Flores su "diseño urbanístico", su planificación no era obra de ningún arquitecto sino de la desesperación de la gente que construye su casa con lo que tiene, y en el lugar que puede. Sus pasillos zigzagueantes, en forma de laberinto son la pérdida de cualquier improvisado visitante. A su senda principal, en el centro del barrio, se la denomina la calle de la Muerte.

El hospital estaba enfrente, rodeado de rejas verdes y murallón de dos metros en la mayoría de sus perímetros. Ahí entraba. Éste era mi lugar de residencia.

- 2 -

Me acerqué a las jefas de residentes, me presenté y nos pusimos a hablar. Les pregunté acerca de la zona pensando en las características de los pacientes. Me dijeron que era muy peligrosa, que no se me ocurriese cruzar la calle ni siquiera para ir a comprar una bebida.

—*No se puede salir*— fue la sentencia que se apoyaba en un gran número de casos de personal del hospital que había sido robado y amenazado, también me refirieron la gran cantidad de baleados que llegaban a guardia y las peleas a mano armada entre grupos de pandilla y enfrentamientos de barrios. Me imaginé dentro de un Fortín, en el medio del lejano Oeste yanqui rodeado de pieles rojas. Se trataba de vivir adentro, de no salir. Todavía hoy me pregunto cómo incidieron estos comentarios y esta representación de la realidad para que solamente muchos años después algunos trabajadores de la Salud Mental nos animáramos a, por lo menos, empezar a conocer el nombre de cada barrio, su historia, su gente. Averi-

guaríamos también que bajo la línea de pobreza estaba la *línea de indigencia* y cómo se operacionalizaba las variables que componían las *Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.)*. Mi lugar de residencia era una zona pobre.

Pobreza del primer cinturón del Gran Buenos Aires, pobreza unida a violencia, marginación, hacinamiento, robo, negocios ilegales, drogadependencia... La imagen no era muy distinta a la que la mayoría de la población vivía cotidianamente pero, para gran parte de los trabajadores de la Salud Mental que veníamos de la zona a la derecha de la calle Rivadavia, era un espectáculo poco cotidiano.

Las jefas de residentes me seguían hablando. Ya tenían preparado todo lo que haría esa semana, ese mes, ese año. Esa semana comenzaría un intensivo de guardia, pues la semana siguiente ya me quedaba en la guardia. Estaría incluido como personal del equipo de Urgencia 24 hs. en el dispositivo de urgencia externa del hospital. Ese año también sería integrante del área de Admisión y Urgencias dentro del servicio de Salud Mental. Realizaría admisiones de pacientes que demandaban atención en consultorios externos. Y también podría tomar un par de pacientes en tratamiento. Ya veríamos cuándo.

Mi tarea dentro de la residencia decía seguir un programa donde la formación ocuparía el 70% y la clínica, el 30%. Los jueves eran días de formación donde venían diferentes docentes a sostener una enseñanza ligada al programa de residentes y a temas elegidos por los mismos residentes. Además, ese día había lo que se llamaba reunión de residentes, donde se charlaba de cualquier tema pertinente y se diseñaba la política de la residencia.

Había muchas actividades, me empezaron a comentar algunas. Debía preparar ateneos clínicos para presentar al conjunto de los residentes que eran tanto psicólogos de diferentes años de la residencia como también médicos de diferentes años que estaban cursando la especialización en psiquiatría (las jefas de residentes que me estaban hablando eran una psicóloga y la otra psiquiatra). También había supervisiones de casos, preparación de temas, rastreos bibliográficos, cursos de urgencia, de psicofarmacología, de aspectos legales, pase de guardia, reunión de área, reunión de servicio, etc. etc. La cantidad de tareas era realmente impresionante, de repente me empezó a doler la cabeza y sentí una puntada a la altura del apéndice.

Si empezaba así, ¿cómo seguiría?

Como no todo era teoría y había también práctica, las jefas me llevaron a conocer, pese a mi repentino ataque de descomposición, el resto del hospital. El servicio de Salud Mental era muy chico, apenas entraban 6 llamados box de un metro por un metro y medio. Las separaciones eran de aglomerado, y tenían una altura que no llegaba al techo. Se escuchaba

todo lo que se hablaba en los otros boxes. Por falta de espacio, los que no atendían esperaban en el pasillo.¹⁴

También las jefas me llevaron de paseo por todo el hospital, haciéndome conocer con mayor énfasis la guardia y Casa Médica, donde dormiría en mis días de guardia. Me mostraron mi habitación, mi colchón y hasta mi sábana que, en los días de invierno, se convertiría en un objeto valioso de retener. Hasta me acompañarían en mi primer día de guardia para ser observadoras de mi bautismo de guardia que, en mi caso, resultó un tomate relleno con arroz y mayonesa en la cabeza y un baldazo de agua ni bien me llamaron a atender a mi primer paciente de urgencia.

Me despedí de las jefas hasta mañana y llegué a mi casa sin saber cómo. La cama se tiró a mí y, antes de que me diera cuenta, ya estaba dormido. Tuve un sueño, soñé que era el día siguiente: *“Mi delantal blanco era el mismo que el delantal de primer grado. Me lo iba a poner en un bonito acto con los directores, quizás mi mamá sonriera o sacara alguna foto. ¿Quién no tiene un recuerdo de cuando se puso por primera vez el guardapolvo?”* Ahí el sueño se volvía inquietante, angustiante. Estaba en el acto y me había olvidado el delantal de la primera vez. No podía seguir adelante pero el acto seguía y faltaba poco para que me nombraran y el director del hospital-escuela me diera la mano en son de bienvenida. Me nombran, digo algo, el director me da la mano pero no la suelta hasta que me voy del salón del acto. Me estaban despidiendo de la residencia. Una compañera lloraba. La residencia se terminaba. Todavía no había empezado y ya terminaba. Sueña el despertador y recuerdo que no me tengo que olvidar el guardapolvo del hospital.

Recuerdo cuando me lo puse. He aquí lo que comenzó a ocurrir. Espero que vengan conmigo, pues estoy en mi lugar de residencia que, por un rato, espero sea el tuyo (o suyo) también.

La entrada no es el pase

Estaba contento. Iba a empezar a trabajar de lo que había estudiado. Me había probado, con mucha vergüenza, el guardapolvo que me acompañaría por los pasillos del hospital. Su color blanco era igual al de los otros

14. N. de A.: A veces parecía un colectivo, o peor aún, ¿por qué no decirlo?, parecían seis letrinas y gente esperando para entrar. Hoy debo aclarar que esos boxes ya no existen y se ha construido en sus ruinas un magnífico Servicio de Salud Mental. Tiene diez consultorios muy bien decorados y dos para la dirección. La diferencia es incommensurable. Esto hace a las condiciones de atención de los pacientes pero también hace al lugar de trabajo de los profesionales y a su salud mental.

profesionales médicos que pasaban a ser mis compañeros de trabajo.

Mi primera tarea era estar en un pase de guardia. También tenía que estar en las admisiones a consultorios externos. Me dirijo a la puerta para ver si hay alguien para una primera entrevista. En el preciso momento en que estaba abriendo la puerta del Servicio de Salud Mental, sin pedir permiso, se zambulle una paciente. He aquí la primera entrevista. A pesar de ser consciente de la agramaticalidad del decir de esta paciente y de las correspondientes dificultades de lectura que la misma podría generar, quise respetar lo más textualmente posible su decir, debido a que forma y contenido aquí eran claramente uno:

Paciente: *todo me resulta una película no sé quién soy pero me parece que maté a alguien ¿cuándo empecé a tomar algo? ¿puedo fumar? tengo el dedo como en la película de E T no me tengo que ver con las nenas no quiero que me vean las nenas me siento como una nena tengo 40 años estoy pisando los 40 años se vuelven todos locos a los 40*

Terapeuta (o lo que haya sido): —¿Quién dice eso?

Paciente: *mi mamá es linda es simpática como mi papá mi papá está vivo yo quiero a toda la gente yo maté a alguien no sé si mis hijas son mis hijas necesito urgente un médico tengo que vivir*

Terapeuta (y su pregunta por la historia): —¿Cuándo empezó a sentirse así?

Paciente: *siempre estuve loca no quiero que me deje mi marido yo lo quiero mucho ¿es esto una película? estoy loca no me lo quieren decir porque estoy loca me tienen lástima mi suegro es mi papá son hermosos buenos tiene los mismos ojos que mi papá me siento como un borracho me busco yo ¿qué tomo? ¿qué como? me da asco la carne no sé por qué no me gusta tengo miedo no sé quién soy yo soy la esposa de y la madre de ya no tejo soy muy egoísta no soy nada dame algo mi papá está vivo vos me tenés que decir la verdad yo sé que está vivo si estoy loca puedo pensar cualquier cosa tengo miedo a la locura a los pelos a Chuqui mástico todo como cerebros soy retardado mental Chuqui hace como yo es un monstruo diabólico es feo no tengo que estar internada por mis hijas quiero estar bien para comer y dormir al muñeco lo vi en el cine Luis Miguel y mi marido me cantan canciones al oído soy loca borracha puta madre esposa no se cuántas cosas soy soy pillona ¿no estaré embarazada? todo el mundo me está cargando quiero tener un hijo pero no quedo embarazada no menstrúo*

Terapeuta (y su preocupación por el tiempo): —¿Desde cuándo?

Paciente: *no sé el tiempo ¿tendrán algo los cigarrillos? ¿podría dejar los cigarrillos? anoche dormí con vino ayer vi a mi hermano está flaco lo vi en el Hospital Borda no me quiere ver más somos mellizos mi mamá me dijo que éramos mellizos yo soy fea y él es lindo yo también soy linda ¿por qué no soy fea? a cada rato me cambio tengo soy Chuqui se parece a mí yo era desconfiada mala habla-*

ba mentiras me gustan las maderas los chupetes dame la razón como a las locas no me des la razón como a las locas yo robé dos metros de tierra mi marido es el más lindo todos me miran y nadie me dice que tengo todo esto no sé si es normal busco en los libros por qué se enloquece la gente esta es la enfermedad más fea yo estoy mal muy mal ayer vino mi cuñado no puede ser que se hayan separado ¿tengo que aceptar la separación? yo siempre me quise separar ahora no me quiero separar tampoco es feo vivir así yo vivo de las apariencias antes estaba ciega sorda y muda les tengo lástima

Terapeuta (y el comienzo de la investigación): —¿Conoce a alguien mudo?

Paciente: *no se puede hablar me asusta un tío materno ¿para qué buscar y buscar? no hice la secundaria odio a los policías me gusta escribir a máquina atiendo el bar de mi papá escucho ronquidos de mi papá cuando ronca mi esposo tenía miedo que bajara mi hermano por la escalera me parece que tenía un mono nadie me dice nada tengo 40 años estoy loca estoy igual que mi hermano estoy recibiendo un castigo de Dios hice muchas cosas malas mi padre embalsamaba animales y los guardaba en la heladera me hizo conocer lo que es la locura yo soy loca no quiero ser más loca salgo por la calle todos se enteran que estoy loca.*

Logro terminar la entrevista, le digo que espere para realizar una entrevista psiquiátrica.

—¿Esperar? ¿Podrá esperar esta paciente que, llamaremos Mariana, de 38 años y no 40, como dice tener?

—¿No será una paciente de urgencia que debe ser internada? ¿No debe ser internado alguien que quita todos los signos de puntuación y habla sin dirección, desconfiando de la realidad de la muerte del padre, fallecido hace 7 años?

—¿No debe ser internado alguien a quien se le escapa el tiempo y su yo estalla en mil pedazos como un rompecabezas desarmado?

La secuencia y la consecuencia de la realidad había explotado, se había desencadenado, Mariana y su mismidad, se fugaba en palabras. Era una urgencia, su lenguaje logorreico no se detenía ante la realidad, pienso en eso, su lenguaje era su realidad, era la única realidad que le quedaba. Tenía que hablar, hablar era la “prueba de realidad” que le quedaba. Mariana era sujeto del lenguaje, pero antes de que se estrelle; como dice Colette Soler, en el “*filo mortal del lenguaje*”, algo tenemos que hacer. Pienso en un tratamiento posible.

—¿Debemos armar el rompecabezas, reconstruir el tiempo y la subjetividad?

—¿Pero qué hacer con el padre? ¿Escuchar esa intuición de la presencia de su padre en los ronquidos del marido y en los ojos del suegro? ¿Decirle que está muerto, mandarla a pisar la tumba para convencerla de su muerte?

Recuerdo la frase: —*Mi padre está vivo, vos me tenés que decir la verdad.* Ella cree en la presencia agazapada del padre, cree que sólo ha desaparecido siete años y que está por reaparecer, pide que le digan la verdad; más allá de la prueba de la realidad (ella dice saber que está loca), se trata de la verdad, de la dimensión de la verdad.

Si Freud demostraba que en el duelo de una persona querida la prueba de realidad tenía una fundamental importancia, pues *“muestra que el objeto amado no existe más y de él emana la exhortación”* de darlo por muerto, Mariana demostraba cómo en el duelo la realidad misma era puesta a prueba. Más allá de la pérdida del padre, más allá de la realidad, se trataba de la verdad. Mariana preguntaba si todo esto no es una película. ¿Estará soñando con la aparición del padre por desear que regrese de la muerte, por desear su vida?

A Mariana la realidad se le achataba, se despersonalizaba, se desrealizaba. Como psicólogo me habían hablado muchas veces de la realidad pero no me habían dicho que la realidad se realizaba. ¿De qué realidad me habían hablado? Ese padre que reaparece en la voz del marido y en los ojos del suegro, que reaparece en el deslizamiento logorreico del discurrir sin signos de puntuación de Mariana, me angustiaba.

Salgo de Salud Mental, comienzo a caminar por los pasillos del hospital, hablo solo.

—¿Qué pasa con esa falla en la figura trascendental del tiempo que Kant pensaba como un *a priori* de todos los sujetos y que Mariana, con su aparición, lo objetaba?

—¿Qué pasa con la intersubjetiva realidad que se desrealizaba y confundía la separación *“sagrada”* entre vivos y muertos, entre vigilia y sueño?

Me imagino no pudiendo distinguir vivos de muertos. Veo al padre embalsamando animalitos pequeños, metiéndolos en la heladera y a Mariana confundida sobre su condición: ¿estaban vivos o muertos? (A Mariana le faltaba la «o», le faltaba la disyunción, le faltaba el ser o el no ser, a Mariana le faltaba.) Me quedo con la imagen del padre embalsamando, con esa acción de embalsamar, viejo rito de la humanidad, que consistía en quemar un cuerpo por dentro y volverlo inmortal, atemporal; embalsamar es renegar de la muerte. Mariana no cree en la muerte del padre y no puede dejar de hablar de eso.

La locura entraba en nuestro campo de trabajo, definía límites a nuestro campo. Ya algunos pacientes habían marcado las líneas de juego: el paciente del Borda que no sabía si su voz era suya o la de Alberto Grimau, ese niño del acompañamiento terapéutico detrás de la pecera cuyas acciones se habían despegado de sus consecuencias, y ahora Mariana.

Me seguía angustiando.

—¿Cómo conceptualizar esta angustia que aparece en lo inaugural de la clínica?

—¿Cómo pensar la angustia del lado del terapeuta?

De repente, me tropiezo con un médico, lo miro, era el Dr. Lacan que venía de anatomía patológica, de la morgue y que, viéndome en ese estado, mezcla de sorpresa y de desesperación, me habla, acordándose de sus comienzos. *“Por muy buenas disposiciones para ser analista que posea, aquel que ingresa en su práctica, ante sus primeras relaciones con el enfermo, experimenta cierta angustia”*.¹⁵

Quizás por su voz, o aun por su sonoridad a pesar de no entender demasiado, me sentí más tranquilo. Sin despedirse, sigue su camino (no sería la última vez que lo vería).

—*No sería que, de tanto leer seminarios, estaba alucinando frases que Lacan había dicho en voz alta?* Recordé que para el examen de residencia había tenido que estudiar el Seminario de *Las Psicosis*, allí se ubicaba esa no continuidad entre neurosis y psicosis, y ese grafiti en la pared del psiquiátrico donde Lacan hacía guardia: *“No se vuelve loco quien quiere sino quien puede”*.¹⁶

Me puse a pensar en el caso. Había estudiado los desencadenamientos al modo injuriante del paranoico o al modo de la fragmentación esquizofrénica pero ¿desencadenamiento maniaco? Nunca lo había estudiado.

Seguí caminando por los pasillos hospitalarios sin poder despegarme de lo siniestro de esa alucinación de ver al padre embalsamado en los ojos del suegro, y de su desesperada pregunta acerca de la realidad, ¿no sería todo esto una película?

La angustia tocaba la subjetividad del que intentaba ubicarse en la posición del terapeuta. Advertí la condena que implicaba tener que ubicar la subjetividad del terapeuta dentro del campo de trabajo. En la misma entrada estaba la locura, el duelo y la angustia.¹⁷

Caminé volviendo; el trabajo de la mañana aún no había terminado. Me preguntaba acerca de un tratamiento posible para Mariana. Al decirle que esperara, se introducía la dimensión temporal, al decirle que contara, la dimensión histórica y, por tanto, la dimensión subjetiva. Mariana fue citada para el día siguiente, se le dijo a los familiares que la acompañasen abriendo conjuntamente con psiquiatría un espacio psicofarmacológico y un espacio terapéutico.

15. Lacan, Jacques: *El Seminario. Libro 10* «La angustia». Inédito.

16. Lacan, Jacques: *El Seminario. Libro 3*: «Las Psicosis». Paidós.

17. N. de A.: Con el tiempo se fueron especificando los términos: el duelo había que relacionarlo con el amor, la angustia con lo siniestro y la locura con la política.

Un rato después, luego del “pase sin llamado” de Mariana, de su entrar por la ventana, de su urgencia, tocan a la puerta del Servicio y una voz anuncia que vienen para una primera entrevista.

Una mujer de 50 años se presenta diciendo: —*Mi problema es el chicle. Corto un pedacito y lo tengo en la boca todo el día. Es feo ver a alguien todo el día mascando.*

Terapeuta (Y su desorientación):

—*¿Cuándo come también masca chicle?*

—*Cuando como me lo saco, lo dejo en una servilleta y después termino de comer y me lo vuelvo a poner. Empecé a comer chicle para dejar de fumar, ahora fumo y como chicle. Por este tema no tengo ganas de ver a nadie.*

Refiere algo de su problemática familiar. Con el marido ya no hablan. De repente, un día se dio cuenta de que si ella no hablaba él tampoco lo hacía. En relación con sus padres cuenta que el padre manda y que su madre es para ella “lo más”, aunque “*todos dicen que tiene problemas mentales. Parece que de chica, fue violada por el esposo de una hermana*”. Comienza un interminable discurso en relación con la avaricia del padre. Se esmera en tratar de ilustrarlo. Dice: —*A mi padre le sobra lo que gana como jubilado. Agrega, haciendo historia: —No me dio un beso jamás, no me compró ni un lápiz para la escuela, compró una casa hace más de 50 años y no le puso ni agua corriente ni inodoro.*

La invité a poner en tratamiento ese objeto que el padre no había puesto. Terminé la entrevista, le dije que viniera a la mañana siguiente. Esta paciente, que llamaremos Mary, estuvo en tratamiento durante un año y medio. ¿Es conveniente recortar objetos del deseo del Otro y ponerlos en el centro de la escena en tratamiento? Recordar ese objeto anal (inodoro) como demanda del Otro, y ese objeto oral (chicle) como demanda al Otro, ¿no tendrá consecuencias?

Mary comenzará a hablar y se dará cuenta de que algo apesta. El chicle de su boca tapa el mal aliento. El inodoro tapado se destapa. Se pregunta quién es ella, si es buena o mala, se da cuenta de que no sabe responder una pregunta tan “elemental”. Tampoco sabe contestar si es avara o generosa. Y se larga a llorar. Llorar y llorar, no puede dejar de hacerlo. Llorar era un lujo que nunca se había dado. Todos se preocupan, hasta ella. Dice que está peor, que se quiere ir de la casa, que se quiere ir, cuenta episodios infantiles donde se intenta matar con veneno para hormigas, recuerda escenas, una del padre que le saca el vestido que le había regalado y se lo da a la hermana, otra escena donde ella es abusada por una cara que no logra reconocer. Sigue llorando. Comienzo a preocuparme. Dudo acerca de la conveniencia de la depositación del inodoro en tratamiento.

¿Hasta dónde había que tirar la cadena? Pienso en el chicle. ¿Hasta dónde había que hablar sin quedarse pegado?

La paciente también duda acerca de quién es, supone que yo lo sé, me pregunta, me suplica, me amenaza... para que se lo diga.

Esta es Mary que, junto a Mariana, fueron quienes entraron a Salud Mental y a mí aquel día.

Ellas nos acompañarán también en estos años de residencia. Pasen.

Ambos casos son rompecabezas. El rompecabezas del lanzado primer caso permitirá, por medio de un trabajo de reconstrucción, armar una imagen unificada de esos fragmentos en que había estallado su vida. El rompecabezas del pegajoso segundo caso se preguntará por una “pieza” que no entra en el tablero: su hermana, la preferida del deseo paterno.

Con mi ropa de trabajo, mi delantal (un poco manchado), en el Servicio de Salud Mental, en un Hospital público y con pacientes que hablaban, me encontraba en mí «lugar de residencia».

REUNIÓN DE RESIDENTES

Es jueves y es día de reunión de residentes.

Se estaba organizando un curso semanal acerca de las primeras entrevistas. Se estaban proponiendo nombres de profesionales para invitar a tomar a su cargo algunos de estos temas. Rápidamente la reunión se caldeó. Era claro que había dos grupos enfrentados y un par trataban, sin éxito, de hacerse los desentendidos.

El tema se desplazó rápidamente y comenzó a girar acerca de si en la residencia se aprendía algo, si había alguna posibilidad de transmisión del trabajo clínico y del tipo de saber que tratábamos que se enseñara. Se comienza a hablar:

Una compañera psicóloga R3 (residente de 3° año) habla: —*Primero deberíamos definir qué tipo de relación se establece entre paciente y terapeuta, entre dos individuos en tratamiento.*

¿Lo definiremos diciendo que uno ha estudiado y el otro ha sufrido, hablaremos de la relación intersubjetiva que tiene lugar o diremos que el paciente no es sino el caso del analista? Definir esa relación crea posiciones, diferentes marcos teóricos, sobre todo crea diferencias a la hora de laburar.

Otra psicóloga, R2, agregaba que se notaban mucho las diferencias y

que no se trataba solamente de aquellas ligadas a las posiciones divergentes con respecto al síntoma, al fantasma, etcétera, sino, fundamentalmente, al lugar que dice querer ocupar el terapeuta con respecto al caso.

Un psiquiatra R3 decía que no eran diferencias sino simplemente peleas, y que estábamos hablando de cosas que no tenían nada que ver con lo que deberíamos hablar, pues la dificultad de nuestro trabajo no se hallaba en el terapeuta sino en el campo de trabajo. —*¿Cómo aprender si la cuestión central de nuestro trabajo es cómo bancarse la falta? Las teorizaciones que se pueden llevar a cabo sólo son a posteriori, por tanto, siempre es posible decir algo más o algo diferente. Podemos hacer teoría de la falta, de la pérdida, pero ¿cómo hacer teoría de lo que se banca cada uno de esa pérdida, de cómo bancarse-la? Y agregaba que no había manera de enseñarlo.*

Otra compañera psiquiatra, R4, sin saber bien por qué, se empezó a celerar. Hizo referencia a que resultaba necesario el proceso de enseñanza-aprendizaje “*guiados por docentes que sean nuestros referentes. Además, seguimos un programa bajado por el Ministerio de Salud de La Plata. Y, más allá de eso, que no me parece anecdótico porque es quien nos paga, debemos intentar sistematizar nuestro aprendizaje, debemos formalizarlo, y no hablar tantas boludeces*”.

El compañero del otro lado, y antes de que la compañera terminara, hablaba en voz alta, con voz de cargada: —*Es cierto, ¿cómo formalizarlo, cómo formalizarlo? Se miran. Dejan de hablar. Un silencio.*

Por ser la primera reunión de residentes a la que asistía, el clima me parecía un tanto tenso. Una de las jefas de residentes moderaba e intentaba traducir la virulencia de las opiniones en material pedagógico. —*La primera cuestión que se nos ocurrió plantear es de muy difícil resolución. ¿Cómo teorizar sobre la pérdida que cada uno se banca en su clínica para intentar transmitir eso en una formación sistemática para los demás profesionales en formación? De cualquier manera, no se trata de que den vuestra opinión sino de tirar nombres de profesionales que puedan ser invitados a este hospital, a este espacio de formación.* Fue tan convincente, o todos se asustaron de lo que se venía, que comenzaron a tirar nombres. Pero al rato, un psiquiatra R2 pedía la palabra, parecía no gustarle demasiado los impulsos pedagógicos y silenciadores de una de las jefas y hacía una moción para votar si se abría nuevamente el debate acerca de las características de la formación antes de tirar nombres. Hay acuerdo en la votación. Se votó y ganó abrir el debate. “*Que se hable*”.

Uno de los participantes es elegido como encargado de dar la palabra y anotar el turno de los oradores. Le tocaba al que pidió la votación: —*Hay muchas líneas teóricas, no podemos tirar nombres así porque sí, es necesario primero pensar acerca de qué tipo de concepción de la cura apoyamos, qué tipo de clínica. Después buscaremos nombres. ¿No es necesario que todos o la mayoría estemos de acuerdo en esto?*

—*No, no es necesario* —le contestaba una compañera.

—*No es tu turno para hablar, si querés anotate.*

Le tocaba a una psicóloga R4: —*Yo podría decir que el problema central está en cómo ir del uno al todos en el aprendizaje en un campo ligado fundamentalmente a la falta, a la pérdida pero esto no es así, el problema central es la confrontación.*

A muchos no gustó que usara la palabra confrontación.

Otra psicóloga R4 dijo exactamente lo contrario. (Ya estaban en campaña proselitista y se querían diferenciar, al costo que fuese.) —*Hoy en día se evita la confrontación. Esto que estamos viviendo son enfrentamientos, pura lucha por narcisismo, pura lucha por poder, lucha por nada. El otro día leí un reportaje a Armando Bauleo que decía que en Argentina no hay polémica, que todos quieren quedar bien con todos, no vaya a ser que se pierdan una derivación de un paciente, que ya de por sí hay pocos. Se detiene, algo le pasa porque rápidamente cede la palabra. No habla más. (Parece que está en cuarto año y está preocupada por su futuro.)*

El debate continuó por largo rato, los temas iban y venían, se empezaba a notar el cansancio. El compañero que había pedido la votación dijo que al final no era una tarea tan equivocada tirar nombres, que después veríamos quiénes venían a hacer qué y, de última, se podía aprender de todos. Hubo un momento de calma pero después, la pesadilla.

El comentario de una residente volvió a enardecer los ánimos. —*¿Para qué sirven esos docentes? —se preguntaba— Ellos sólo pueden hablar de la experiencia de un caso, o de algunos casos, pero no de una lógica que valga para todos los casos, ni que nos sirva a todos, a nosotros, profesionales en formación. La clínica es una práctica del discurso. No se trata de saber de ciencia. Es caso a caso. A lo sumo se puede transmitir un caso. ¿Es que creen en la objetividad de la palabra que, como un metalenguaje puede fundamentar su pretensión universalista?*

No entendí por qué semejante comentario produjo lo que vendría.

La psiquiatra R4 se sintió absolutamente agredida por esa opinión, se puso a hablar elevando el tono de forma tal que terminó gritando, fuera de sí. —*No se trata de no ir del caso a caso, pero ante todo se trata de no pensar el campo del psicoanálisis por fuera del campo de la ciencia. Estamos en el campo de la subjetividad, de las ciencias del hombre o como lo quieren llamar, pero nuestro trabajo se incluye dentro de la ciencia que plantea en forma fundamental la cuestión de la objetividad, del acuerdo, del saber y de la verdad.* —Se detuvo ofuscada. No podía seguir hablando. Otra compañera, que era aliada, la alentó a seguir. —*Muchos piensan que el problema está en la supuesta objetividad que se exige y de la que se dice carecer en nuestro campo de trabajo. Ésa es una posición que muchos sostienen, que la objetividad en el trabajo clínico es imposible y, por tanto, no se molestan en ponérsela a pensar. Esta posición rechaza de plano la objetividad. No se dan cuenta que rechazar la objetividad es rechazar una parte esencial del sujeto.*

La que hablaba no podía detenerse, cada vez hablaba más rápido y más alto.

—*El otro día le pregunté a un profesional del servicio acerca del tipo de razonamiento que utilizaba en su trabajo clínico. Me dijo que él no utilizaba razonamientos sino que analizaba desde el lugar del Otro. Hay cuestiones que se deben explicitar para hablar de buena praxis profesional.*

Yo estaba bastante desconcertado, pero la cuestión recién empezaba, al igual que mi primer año de residencia. Comenzó a hablar un R3. Dijo que de lo que se estaba hablando hasta el momento era pura relación especular, imaginaria, y que era un típico debate postmodernista, un debate sin salida donde al final todos terminaríamos de acuerdo en que no valía la pena seguir hablando. De lo que se debería hablar, según él, era del plano del reconocimiento. —*Qué me importa si el caso de uno no puede transmitirse a los demás, si nuestro campo está ligado a la falta, lo que si me desespera es el tema del reconocimiento. ¿Cómo hacemos para reconocernos los terapeutas en formación, los que en algún momento nos podremos autorizar como analistas?*

Algunos lo miraban con cara rara, me pareció interesante lo que siguió diciendo. —*Se trata de nuestro trabajo. ¿Quién reconoce nuestro trabajo? ¿Acaso es el paciente el que lo hace? ¿Se puede pensar en la práctica hospitalaria, la permanencia o la desaparición, sin dejar rastros del paciente, como un indicador válido para la variable trabajo realizado? ¿Y si el paciente se queda, es su voluntad de mostrarnos su escena mas original, esa escena de goce, la que nos reconoce? Si la residencia sirve para algo es para pensar ese reconocimiento que no le podemos ceder al paciente ni a nuestra propia neurosis.*

En ese momento me dieron ganas de hablar, pues me parecía que el tema del reconocimiento era un tema central. Pero no era nada fácil. Pedí la palabra, era el debut, no había hablado aún, dije que coincidía con la pregunta por el reconocimiento y que la residencia podía ser ese Otro del reconocimiento. —*Lo importante es seguir el recorrido que va apareciendo en lo inaugurante de la clínica de cada profesional en formación.*

En ese momento entró un profesional del servicio a avisar que nos estaban llamando de guardia. Una compañera que era mi referente me miró, la tenía que acompañar. Era mi día de guardia, tenía que ir a atender la urgencia. Antes de salir, la jefa de residentes me dijo que tenía que escribir qué había querido decir con eso del reconocimiento y lo inaugurante de la clínica. Me pregunto para qué hablé.

Me había resultado muy dura la primera reunión de residentes. No me imaginaba lo que me esperaba. Ahora, a guardia. Eso sí que me asustaba. ¿A quién me encontraría en la urgencia? ¿Tenía ganas de no estar, de desparecer, de hacerme el muerto de, al menos, tener una cámara Gese-ll para verlo desde afuera?

* * *

2.2. EL HOSPITAL

HACERSE EL MUERTO

Camino por los pasillos del hospital hacia la guardia externa. Antes de llegar a la guardia atravieso algunas salas de internación tanto de mujeres como de hombres. Siempre miro a los pacientes y ellos hacen intentos por hablarme. Paso rápido para no explicar que no soy yo a quien deben preguntar. El aspecto de un paciente me llama la atención, su palidez me recuerda su diagnóstico lapidario: cáncer de pulmón con metástasis en otros órganos. Se esperaba su muerte desde hacía días. Cada vez que pasaba me miraba con esos ojos de pasajero, parecía ser él quien se movía. Era el padre de tres hijos que lo acompañaban continuamente, se alternaban para no dejarlo ni un segundo solo.

Aquel día que yo iba a guardia, estaba siendo seguido por la muerte, las enfermeras miraban de reojo para responder a tiempo al llamado de su función casi religiosa. Me paro. Observo su pecho, su imperceptible respiración. No era el único en mirar, toda la sala de internación estaba pendiente de su expiración.¹⁸ Parecíamos estar velando al moribundo. Me detengo y miro, parece darse cuenta de lo que estoy esperando.

HOSPITAL PÚBLICO:

¿PUEDE EL DOLOR VOLVERSE ESPECTÁCULO PÚBLICO?

Ese paciente se está muriendo, la medicina no tiene nada que hacer, sólo dejarlo descansar hasta que la naturaleza se apiade y lo deje de tener como juguete de sufrimiento. Ese pobre paciente está en la Sala de cuidados mínimos, no necesita otros cuidados, pues puede solo, está solo frente a la muerte. Todos lo miran. —*Al lado de lo que tiene él, yo no tengo nada, piensa el de la cama de al lado. ¿Puede la muerte ser espectáculo público? ¿Puede ser la muerte un espectáculo hospitalario?*

18. N. de A.: Esto es lo que Philippe Ariès en su libro *La muerte en Occidente*, llama la muerte hospitalizada, la muerte medicalizada incluida dentro de la versión invertida de la muerte, donde todos los que mueren son como chicos que siempre parecen portarse mal en relación a las predicciones de los médicos. El hombre ya no es dueño de la escena de su muerte.

Estamos en un Hospital público, por tanto, la mirada es pública. Nadie es el único, ni siquiera en morir, ya han muerto otros y van a morir seguramente, en el orden de las pocas certezas que tenemos, van a morir más. Y encima ese que muere es pobre. El estado asistencial le está aportando los elementos necesarios para su desarrollo natural y final. Los demás no pueden intervenir ni con su saber ni con su piedad.

Detengamos la muerte de ese pobre, asistido y público hombre en el momento justo de su expiración, en esa franja siniestra, tan bien escrita por Edgar Allan Poe en el cuento "El caso del Sr. Valdemar". El cuento trata de un enfermo a quien se lo magnetiza *in articulo mortis*, justo antes de morir (de haber muerto), y sólo queda del moribundo una voz que repite: estoy muerto. "Con este procedimiento podemos detener las intrusiones de la muerte". Dice el narrador: "Hay, en puridad, dos o tres epítetos que podrían serle aplicado en cierto modo a la voz que salía del recién muerto señor Valdemar. Aquel sonido era áspero, desgarrado y hueco, pero el espantoso conjunto era indescriptible, por la sencilla razón de que sonidos análogos no han hecho vibrar el oído de la humanidad".¹⁹

El señor Valdemar no puede definir su estado. Dice: "Sí, no, he dormido... y ahora ..., ahora... estoy muerto". No hay palabra, sólo la presencia de "un cadáver sobre un lecho, que de vez en cuando habla, para decir estoy muerto".²⁰

Dejémoslo en ese estado también a nuestro pobre moribundo, el de la cama 56, padre de tres hijos.²¹ Ahora que la muerte ha sido detenida por la operación magnética, podemos pensar acerca del espacio hospitalario y el espacio público donde insertamos nuestra práctica profesional.

Esa detención de la muerte, me llevó a pensar:

- a) Por un lado, el espacio hospitalario y el nacimiento de la clínica médica.
- b) Por otro lado, el lugar del padre y su muerte en el mito del padre primordial tomado del *Tótem y tabú* freudiano.

Intentaba relacionar, quizás hoy me pueda dar cuenta de ello, varias cosas: la muerte con el método anatómico-clínico que introducía a la medicina en el saber de la ciencia moderna, la pobreza con el hospital, el lugar del médico con el padre tiránico y con el padre tierno y, en última ins-

19. Poe, Edgar Allan: *Cuentos escogidos*, U.N.A.M., pág. 297.

20. Lacan, Jacques: *El Seminario; Libro 2: El yo en la teoría de Freud*. Paidós.

21. N. de A.: De usted depende el destino del moribundo: cada renglón que lea le quita tiempo de vida. ¿Se apura o se detiene?

tancia, por qué no decirlo, intentaba velar ese cadáver con voz de la cama 56. Intentaba relacionar una vertiente histórica con una vertiente mítica, una vertiente política, con una vertiente de goce. Tarea difícil pero tarea que tenía el valor de un sortilegio, un intento de ganar tiempo para el muerto y para mí.²² La mirada estaba en juego, mi mirada detenida en el muerto, en el muerto hospitalario. La mirada de los médicos, de las enfermeras y también la mirada del enfermo de la cama 55, que pensaba que al lado del 56 él no tenía nada.

Empecemos por hablar desde un punto de vista histórico del espacio hospitalario. Michel Foucault²³ refiere cómo en el siglo XVIII se lleva a cabo la reorganización del dominio hospitalario merced a las consecuencias, en todos los planos de la vida del hombre, de la revolución francesa. Era necesario encontrar las compatibilidades, la lógica que subyace a la práctica hospitalaria con los principios del liberalismo.

¿Qué es el liberalismo? "El liberalismo va a sostener que el mejor criterio para construir un mundo universal es no regular, no regimentar al ser humano sino dejarlo que persiga su propio interés, un supremo esfuerzo de egoísmo, porque en el ejercicio de su propio interés va a desarrollar, aun sin quererlo, el interés universal".²⁴

En aquella época se soñaba con una sociedad sin hospitales asistencia- listas pero la miseria era demasiado general; era también indispensable la protección social, entendida de una manera ambigua como la protección de la pobreza por la riqueza. Era necesario entonces que, entre ricos y pobres, se construyera un contrato variable que adscribiera a los principios del liberalismo, que estuviera en relación con el libre consentimiento y también con la necesidad de protección social de grandes masas indigentes.

Así nacieron los hospitales "modernos", hospitales donde se curaba a los pobres indigentes pero también donde se formaban los médicos. Aikin, médico de la época, decía: "...la formación en el Hospital está al abrigo de la traba de la reputación que acontece en lo privado, y su genio (el del médico)

22. N. de A.: Era la pregunta por el goce escópico. ¿Qué hacemos nosotros con ese goce? Estaba interesado en la cuestión del goce que se entrometía en mi clínica inaugural, goce que causaba bajar la mirada. ¿Cómo se tramitaría en otras especialidades? Cuestión que resulta de interés para cualquier practicante que desarrolle su práctica profesional en dependencias públicas.

23. Foucault, Michel: *El nacimiento de la clínica médica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI.

24. Samaja, Juan: *El lado oscuro de la razón*, JVE.

puede ejercerse de una manera nueva. Los enfermos de Hospital son bajo muchos aspectos, los sujetos más adecuados para un curso experimental”.

Con este pobre hombre de la cama 56 detenido en su muerte sí que podemos experimentar. Podemos dar rienda suelta a nuestra *“curiosidad y rigurosidad científica”*.

Sin embargo, la clínica había incitado, un pequeño problema moral: *“¿Con qué derecho se podía transformar en objeto de observación clínica, a un enfermo cuya pobreza lo había obligado a solicitar asistencia al hospital?”* ¿Cuál era el derecho que asistía al médico para volver al dolor indigente, famélico, desahuciado: dolor público, espectáculo? La pregunta es: ¿puede el dolor volverse espectáculo? Puede serlo e incluso debe serlo en virtud de un derecho “evidente”: nadie es el único en morir (y el pobre menos aún). El mal de uno es transformado en experiencia para otros. Dice Foucault: *“El hombre que sufre no deja de ser ciudadano ...la historia de los sufrimientos a los cuales está reducido, es necesaria para sus semejantes porque ésta les enseña cuáles son los males que los amenazan”*. Ese pobre es destinatario de una mirada médica, es objeto de esa mirada; lo que esa mirada descubre, descifra, está destinado a conocer mejor la enfermedad de los otros. Éste es el pasaje de lo particular a lo general. La particular suerte de ese pobre moribundo sirve para conocer las posibles formas de prevención y curación de enfermedades que se podrían ocasionar (tanto en pobres como en ricos) en lo universal. Esta es la lógica que sostiene a los hospitales públicos en el nacimiento de la clínica médica. Pero el contrato, como todo contrato, encubre una disputa, *“el pobre recibe asistencia por intermediación de los que tienen, los ricos, la utilidad es clara: al pagar para que se los atienda, pagará, incluso de hecho, para que se conozcan mejor las enfermedades por las cuales el rico mismo podría ser afectado”*. Los ricos atienden al pobre, le dan asistencia, hay que hacer algo con el pobre, es urgente. Los ricos temen que la muerte sea contagiosa el pobre les interesa en su muerte pues, si muere, no tardarán ellos, los ricos, en ser atacados por la enfermedad del pobre moribundo.

He aquí los términos del “contrato” que realizan riqueza y pobreza en la organización de la experiencia clínica. El rico paga por los hospitales públicos para sacar rédito, compensación, conocimiento del orden del *“interés objetivo para la ciencia y de interés vital para él mismo”* (los ricos pagan los hospitales por su hipocondría). El Hospital se hace rentable para la iniciativa privada a partir del momento en el cual el sufrimiento que viene a buscar alivio es transformado en espectáculo científico. La mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad. *“La mirada del médico es de un ahorro bien avaro en los cambios de un mundo liberal”*. Aquí se compatibilizan los principios del liberalismo y la necesidad de protección social.

La ciencia renace en la Modernidad; a partir de un cambio en la mira-

da del hombre, se deja de mirar a la salvación en el más allá y se ata la mirada a la suerte de ese pobre moribundo y al “todos somos iguales ante la muerte”.

- 3 -

¿Es que puede haber algún goce en juego? ¿Y esto, en qué nos puede ayudar en nuestra clínica psicoanalítica?

Dumas dice en 1807: *“La clínica debe desentrañar el principio y la causa de una enfermedad; a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas, conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones; distinguir al primer vistazo todos sus caracteres y todas esas diferencias; separar todo lo que le es extraño, prevenir los acontecimientos ventajosos, gobernar los momentos ventajosos que la naturaleza suscita, estimar las fuerzas de la vida, determinar con precisión cuándo es preciso actuar y cuándo conviene esperar, decidirse con seguridad entre varios métodos de tratamiento, calcular todos los azares, adueñarse de la enfermedad, y de los enfermos, aliviar sus penas, calmar sus inquietudes, adivinar sus necesidades, soportar sus caprichos, manejar su carácter y regir su voluntad, no como un tirano cruel que reina sobre esclavos sino como un padre tierno que vela por el destino de sus hijos”*.

La medicina se relacionaba con el contrato entre ricos y pobres pero también:

- a) Con un significante privilegiado: velar.
- b) Y con la noción de padre.

a) Velar, conlleva diferentes líneas de significación: por un lado se trata de cuidar a alguien, pero también significa velar a un recientemente muerto antes de su entierro. ¿Y la tercera significación? Es la más analítica: velar está en relación a algo que está por detrás, es pantalla de algo indescriptible, inaprehensible, difícilmente observable de frente, lo siniestro.

El nacimiento de la medicina moderna se realiza en la intersección entre las dos primeras significaciones de velar. El médico cuida al enfermo acompañándolo hasta la muerte, momento en el cual descubre, por fin, cómo lo podría haber curado. Velar al enfermo, velar al muerto. La medicina entrará al campo del saber de la ciencia, a su campo empírico cuando muestre su límite. *“Es cuestión de mostrar en el cuerpo sin vida lo que había hecho al arte de la medicina inútil”*. Lo que testimonia el fracaso, es donde fundaba su verdad. *“Antes, la muerte permanecía, a espaldas del médico como la gran amenaza sombría en la cual se abolían su saber y su habilidad. Ahora la mirada médica pedía a la muerte cuenta de la vida y de la enfermedad”*. La me-

dicina no pudo encontrar acceso a lo que la fundaba científicamente sino dando, con lentitud y prudencia, la vuelta a un obstáculo decisivo, el que la religión, la moral y obtusos prejuicios oponían a que se abrieran los cadáveres. “*La anatomía patológica vivió una vida de penumbra, en los límites de lo prohibido, por fin, el fundamento objetivo, real, indudable de una descripción de enfermedades: una nosografía fundada en la afección de los órganos sería necesariamente invariable*”.²⁵ Con el modelo anatomo-patológico la medicina alcanzaba su mayoría de edad, su entrada al campo científico, al fin era posible llevar una mirada escrutadora a los restos inanimados de un cuerpo humano. El saber de la Medicina se valida dentro de la ciencia en los comienzos del siglo XIX y debió atravesar el antiquísimo tabú de los muertos para formalizarse dentro del campo científico.

b) Decir algo del tabú de los muertos implica hablar del padre, del tótem del padre, de la muerte del padre. El Dr. Aikin dijo que el médico debía actuar como un padre tierno y no como un padre tiránico. ¿Por qué debe hacer semejante aclaración, y por qué debe incluir la noción de padre dentro de la cura de la medicina validada ahora dentro del campo científico?

El padre tierno está relacionado con su contracara: el *padre tiránico* que nos recuerda el de la horda primitiva, mito descrito por Freud a partir de su experiencia clínica en *Tótem y tabú* (1913). Freud, también médico dice en *Totem y tabú*: “*Los problemas de la vida anímica de los pueblos hallan una solución a partir de un único punto concreto, como es el de la relación con el padre. Parece necesario la inclusión dentro de la cura de la noción de padre*”. ¿Cuál es el mito freudiano que ubica esas dos caras del padre: el tierno, el tirano? Cuenta Freud: “*Un proceso como la eliminación del padre primordial (tirano) por la banda de hermanos no podía menos que dejar huellas impercederas en la historia de la humanidad y procurarse expresión en formaciones sustitutivas...*”. La banda de hermanos es la banda de hijos. Uno de ellos en el proceso de su asesinato se queda velándolo. Por una parte, lo cuida; por otra, quiere descubrir los causales de la muerte, descubrir su muerte. Freud agrega que ese hijo está ahí porque esconde el velado deseo de querer ocupar su lugar. Ése es el deseo de todos los hijos pero también el pacto que se sella ubicando ese lugar como prohibido. “*Los hermanos se habían coligado para el parricidio, animado cada uno de ellos por el deseo de devenir el igual del padre, pero ese deseo tuvo que permanecer incumplido a consecuencia de la presión que los lazos del clan fraterno ejercían sobre los miembros individuales. Nadie podía obtener aquella perfección de poder del padre primordial, que empero todos querían alcanzar*”.

Pero había uno que estaba cerca de cumplirlo. El hijo médico. Lo po-

día salvar pero también podía anunciar el momento de su muerte y sus motivos. Lo velaba. Todos quieren ubicarse en el lugar del padre tiránico, en el lugar de goce absoluto, en el lugar prohibido. El hijo médico realiza esa posición pero ubicándose en la contracara de ese padre, es el padre tierno. El padre bueno, moción pulsional tierna, que nos muestra la añoranza del padre tiránico. La posición del padre tierno del médico recuerda al padre tiránico y su asesinato por el clan de hermanos. El médico tiene el privilegio legal de la vida de sus semejantes, solamente comparable al padre tiránico de la horda.

De repente, caí en la cuenta de que, hacía rato que estaba parado ahí mirando al padre de la cama 56. ¿Lo estaba velando? Lo que estaba pensando era complicado: la relación del médico con la mirada, la relación del médico con el padre. Pensaba en el mito freudiano; los hijos, al matar al padre sienten culpa, se identifican a él y se sacrifican. No sería raro que el hijo médico, en el acto mismo de ofrecer la cura, alcanzara la meta de sus deseos en contra del padre y, al mismo tiempo, que se identificara viniendo a su lugar, deviniendo un padre tierno, curador. El hijo médico releva al padre tiránico por el padre tierno. Freud dice que con esa identificación se produce la expiación de culpa y que sólo faltaría, para la reconciliación, el sacrificio. “*La banda de hermanos se santifica y se identifica con el padre tirano. Pero en el sentir humano existe la ley del talión, un asesinato sólo puede ser expiado por el sacrificio de otra vida, ese sacrificio produce la reconciliación con el dios padre*”. Pienso en el sacrificio y miro al enfermo *in articulo mortis* a los ojos, me asusto de lo que pienso. Los hijos me miran. Quizás algo entiendan.

- 4 -

Quizás algo entiendan de la actitud ambivalente frente al padre, de lo tierno y lo tiránico.

La medicina es una de las grandes expresiones de la humanidad. Abrir y mirar cadáveres (y hacerlo público), ¿no era ésta la condición que le puso la ciencia a la medicina para considerarla como científica?, ¿no era la condición hacer algo con el tótem del padre? El médico, como padre tierno, tiene que sacrificarse y sacrificar a otros en favor del “derecho de todos” a la salud (en verdad, son los derechos de unos en relación al sacrificio de otros). El padre tierno, hijo médico, identificado al padre tiránico sacrifica la sangre y la carne de otros hijos, pobres hijos, experimenta en ellos la cura, su objeto de sacrificio, objeto de una mirada que parece enunciar una verdad: la única muerte fue la del padre primordial, no la muerte de ese pobre hombre

25. Foucault, Michel: *El nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI.

de la cama 56 que está muerto en vida. Su muerte no puede sino ser puesta en relación con la muerte de todos los demás. El único que muere es aquel que no tenía que morir, que fue asesinado. Aquel inmortal.

Tenía ganas de hablar con los hijos y decirles que, el psicoanálisis, si de algo habla, es de la relación de ambivalencia en relación al padre y de su deseo de muerte. Freud habla de los neuróticos obsesivos como de esos enfermos de prohibiciones, llegando a pensar que el nombre más apropiado para esta patología de la psique sería: "enfermedad de los tabúes". Freud estudia los tabúes más antiguos ligados al totemismo: no matar al animal totémico (representa al padre tiránico asesinado por el clan de hermanos). También existe un tabú en relación con los recientemente muertos, ese tabú llega al extremo de imposibilitar el nombrar al recientemente desaparecido, el tabú se ha desplazado, es contagioso, se transfiere del cadáver al nombre. "La explicación más inmediata recurriría al natural horror que suscitan el cadáver y las alteraciones que pronto se le notan". Pero no es ésta la explicación freudiana, no se trata de la descomposición de la carne sino la suposición de que los muertos atraen hacia sí a los vivos con un placer asesino.

Esto explicaría la dificultad que tuvo que atravesar la medicina para abrir cadáveres y consolidarse como campo científico, y sólo llegó a ello a comienzos del siglo XIX. Anteriormente, quienes abrían cadáveres eran considerados malditos, perversos, bestiales.

Hacia un rato que permanecía mirando al moribundo de la cama 56 con su respiración apenas perceptible. Miro a sus hijos que me miran. El que se moría era un padre. La historia de la medicina se mezclaba con los hospitales públicos, con el lugar del padre en su doble faceta como padre tiránico y como padre tierno, y había también tabúes y miradas a un pobre desahuciado que estaba atravesando ese límite del cual nadie ha regresado aún. En el modelo anátomo-clínico la verdad se depositaba en el cadáver. El tabú producto de la ambivalencia de sentimiento con respecto al padre tuvo que ser atravesado por este naciente método anátomo-clínico.

—*Doctor, doctor...* —me llama una enfermera de sala, asustada por el tiempo que llevaba mirando al paciente sin hacer nada (también yo estaba atravesando el tabú de los muertos). Sin decir nada, camino por la sala hacia la salida.

- 5 -

Hemos detenido la muerte de ese pobre, asistido, desahuciado padre que debe seguir su curso natural. Me encamino hacia la guardia. La muerte no era una urgencia. Me perdería el final del relato, cuando deciden despertar al Señor Valdemar, el magnetizado *in articulo mortis*. "Entre gritos de

muerto, muerto, que hacían por completo explosión sobre su lengua, y no sobre los labios del paciente, su cuerpo entero, de pronto, en el espacio de un solo minuto, se pudrió terminantemente bajo mis manos. Sobre el lecho, ante todos los presentes, yacía una masa casi líquida de repugnante, de aborrecible podredumbre".²⁶

"Cuando lo despiertan el señor Valdermar no es más que una licuefacción repugnante, una cosa que no posee nombre en lengua alguna, la aparición, desnuda, pura y simple, brutal, de ese rostro imposible de mirar de frente que está como trasfondo en todas las imaginaciones del destino humano, que está más allá de toda calificación, y para lo cual la palabra carroña es absolutamente insuficiente, la caída total de esa especie de hinchazón que es la vida. La burbuja se hunde y se disuelve en el purulento líquido inanimado".²⁷

De nuestro paciente de la cama 56, padre de tres hijos, su final me fue contado por esa enfermera que me hizo levantar la mirada de la imagen del moribundo al grito de: "Doctor, doctor". —*Su última respiración fue una bocanada de aire desesperada y un sonido de ronquido agudo y persistente; después, el silencio.*

LA CLÍNICA DE LA MIRADA

No había podido sacar los ojos de encima de ese paciente por un rato largo, perdí la cuenta del tiempo que lo había estado mirando mientras su vida de moribundo se desinflaba.

No tenía mucha experiencia hospitalaria ni había tenido demasiado contacto con el saber de la medicina ni con los médicos. Me pregunté por qué nosotros en la facultad de psicología estudiamos tan poco el saber de la medicina.

Me costó despegarme de la imagen que me había hecho del muerto, sus ojos viéndose desfallecer, su mirada fija en la inutilidad de quienes deberían hacer algo. Desde la muerte, el vértice ocupado por el cuerpo sin vida, en la camilla de la autopsia se podía comprender la emergencia de la medicina moderna y el lugar del Hospital público como institución de salud. Desde la muerte se veía en perspectiva la vida y la enfermedad. Se veía, por fin objetivado, desde la condición social de un paciente hasta la etiología de las enfermedades.

Todavía no había ido a guardia. Era mi día de guardia y había una urgencia. Tenía que apurarme.

26. Poe, Edgar Allan: *Ibid.*

27. Lacan, Jacques: *El Seminario, Libro 2: El yo en la teoría de Freud*. Paidós.

El clínico de guardia que nos llama, dice: —*A esta paciente le hicimos los análisis de laboratorio, tiene la glucemia un poco alta, pero esto no es causa suficiente para que la paciente esté así.* No coinciden los indicadores objetivos que muestran los análisis de laboratorio con la fenomenología sintomática de la paciente. Hay un elemento que no se adapta a otro. Y es justamente la paciente quien no se adapta a lo “objetivo” de su situación. Nos sentimos convocados a la función. ¿Qué hacer? Tomamos la imagen del practicante en Medicina. Debemos ir a “ver” a la paciente.

La paciente está en el *shock room*. Es una señora de 64 años. Mueve la cabeza en forma rara, de un hombro a otro sin parar. Respira con dificultad. Le pregunto el nombre, no habla. Es una situación incómoda, la paciente no habla y nosotros sin poder desarrollar el trabajo de un psicólogo en la guardia. De pronto, la paciente detiene su monótono y violento girar de cabeza, se deja de escuchar el sonido de la respiración, sus ojos súbitamente se abren de par en par, con una expresión totalmente absorta. Sin darnos cuenta, corremos a buscar un médico, la paciente se nos iba. Una médica me ve, le cuento, me dice que la paciente *es así*, eso ya lo había hecho antes. Me lleva nuevamente frente a la paciente, le habla; la paciente, con esfuerzo, le contesta. Le digo a la médica que le siga hablando. Me meto en la conversación y sigo hablando yo, le pregunto el nombre. Ahora me responde, súbitamente deja de hablar y empieza a mover la cabeza de hombro a hombro. Le pregunto qué le pasa, me dice que es la única manera que tiene de poder respirar mejor. Le duele el pecho, hago referencia a su pecho. De repente, le duele una pierna, la tiene totalmente dura. Le hablo, se le pasa. Le digo: —*¿Y el pecho?* Empieza a mover la cabeza de un lado a otro. Se va constituyendo un “juego”. —*La pierna, ¿no le duele la pierna?* Deja de mover la cabeza y pone dura la pierna. Al final, le digo mi nombre y le pregunto si quiere que vuelva más tarde a seguir hablando. Me mira y dice que sí.

—¿Era necesario para esta paciente que la viera un psicólogo?

—¿Qué hace un psicólogo con una paciente así?

Es evidente por este pequeño material clínico que el profesional psicólogo está en el campo propio de la actuación médica. Muchas veces los mismos doctores nos llaman doctor, mostrando lo difícil que es para los médicos poder pensar la inclusión de un psicólogo en la guardia de un Hospital general. Te preguntan: ¿qué hacés acá, en la guardia?

Es desde este contexto donde es pertinente hacernos la pregunta: acerca del que-hacer de un psicólogo en la guardia. Pareciera por un lado que estos dos campos no estuvieran bien definidos. Por otro lado, parecen dos campos fácilmente demarcables y hasta enfrentados.

Antes del 1900, Freud estaba intentando precisar el campo laboral del psicoanálisis aún no nacido. En “Estudio comparativo entre parálisis motoras e histéricas”, dice: “*Mas, por nuestra parte, intentaremos demostrar que puede haber alteración funcional sin lesión orgánica concomitante, o por lo menos sin lesión reconocible, aun por medio del más sutil análisis*”. Freud separa claramente dos campos: el orgánico y el llamado funcional. A la histérica la ubicará en las lesiones funcionales sin lesión de órgano, separación tajante entre lo orgánico y lo funcional. Lo médico queda del lado de lo orgánico, y lo psicológico (psicoanalítico) del lado de lo funcional sin lesión de órgano. “*La parálisis histérica deberá mostrarse ignorante de toda noción de anatomía del sistema nervioso e independiente de ella*”. Nuestro campo, ya desde el Freud médico, se constituyó en la diferencia con la lesión de órgano. Así, había parálisis que seguían al sistema anatómico y otras que le eran rebeldes.

En la guardia me derivaban lo que pensaban era de mi incumbencia profesional, me demandaban atención, nombraban a mis pacientes, las llamaban pacientes “H”, “las histéricas”, para el léxico de guardia. La apuesta freudiana había tenido sus consecuencias, en el llamado a guardia de Salud Mental había enfermos funcionales. El desarrollo de nuestro trabajo había circunscripto una letra, la letra muda, la letra enigmática, la H.²⁸ (Años después me sorprendí con una nueva denominación: nos derivaban la letra “CH”. Debíamos atender “Crisis Histéricas”, la letra “CH” es la letra desechable, la que del diccionario de la Real Academia Española fue expulsada del recinto de las letras aceptadas).

Campos nítidos y funciones diferenciadas: un campo médico, orgánico y, en otro campo, el nuestro, lo funcional sin lesión de órgano, campo más allá de la medición médica. ¿Pero existe una intersección de campos entre lo funcional y la lesión de órgano? ¿No es posible pensar lo funcional con lesión de órgano como una intersección entre lo orgánico y lo funcional? ¿Podemos ubicar a lo funcional con lesión de órgano como lo actualmente llamado psicósomático? ¿Es ésta la única manera de separar los campos?

28. N. de A.: Me llama la atención un texto de Allouch (*Letra por letra*) que llega a circunscribir la letra H: “*Un psicoanalizante aporta un corto sueño: la imagen de la letra H. Está dibujada en color blanco sobre un cartel del fondo azul. Estas precisiones abren la interpretación: H cifra el significante «hospital»*”.

En 1905, el psicoanálisis no era un recién nacido, ya se ocupaba de la neurosis infantil. Ya no se trataba de poner de un lado la lesión de órgano y del otro lo funcional, sino de establecer el mecanismo constitutivo del síntoma entre lo psíquico y lo orgánico. *“Todo síntoma histérico requiere de la contribución de dos partes. No puede producirse sin cierta solicitación somática brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo o relativo a ese órgano”*.²⁹

Se debe volver a situar la relación entre lo psíquico y lo orgánico. Lo que en el nivel funcional-orgánico había sido tan bien delimitado siguiendo criterios científicos que delimitaban campos de trabajo y criterios de derivación de uno a otro, en el nivel sintomático volvían a confluir y a dificultar su separación. Se trataba de una facilitación somática ligada a la pulsión y a una zona erógena específica y otra parte, se trataba del campo simbólico como esa posibilidad de repetición, empuje y significación propia de lo psíquico. Lo orgánico era ese grano de arena real que era recubierto por el síntoma psíquico. Lo orgánico estaría ubicado en ese punto imposible, ese límite al trabajo que Freud marca sólo un poco después de nombrar su campo de trabajo: *“una vez que se ha removido lo que puede eliminarse por medio de un Psicoanálisis, es posible formarse toda clase de ideas, probablemente acertadas, acerca de las bases somáticas, por lo general, orgánico constitucional de los síntomas”*.

El nivel funcional nos es imprescindible para la diferenciación con otros campos profesionales, para la determinación del derecho a que un paciente “nos pertenezca”, al derecho a la convocatoria, al llamado a la práctica con criterios nítidos de derivación y límite a la búsqueda etiológica del indicador objetivo de la medicina.

Un individuo que está en el hospital, está porque piensa que tiene algo. Algo de su cuerpo, piensa, está funcionando mal. No funciona como debería funcionar. El médico observa, toca, hace análisis de laboratorio, saca placas, obtiene resultados. El saber que el paciente tiene de su cuerpo no coincide con los órganos. Un saber equivocado. Pero luego de la determinación de que todo anda más o menos como debería andar, se da lugar al discurso del sujeto, y su cuerpo se vuelve a replantear la relación entre lo orgánico y lo psicológico, se replantea la pregunta acerca de cómo lo psí-

29. Freud, Sigmund: “Análisis fragmentario de una histeria” (1905), Amorrortu.

quico toca al cuerpo, y lo que queda luego del atravesamiento de las determinaciones significantes del destino.

Volvamos al caso clínico.

En *primer lugar*, no estaba bien delimitado el campo funcional diferenciado del campo orgánico. Cuando esta señora parecía haber dejado de respirar, cuando la paciente se iba, fuimos a buscar un médico. Aquí la diferenciación del campo es clarísima, los límites están puestos por la angustia y el saber que ahí no podemos hacer nada. Se requiere el acto médico.

En *segundo lugar*, cuando la médica habla con la paciente, se descubre intencionalidad en su negativismo y en sus ausencias. Le hablo. Y le hablo para que me conteste. Empieza un “juego” con la pierna, el pecho, la respiración... La pregunta, de cualquier manera, sigue siendo acerca de si esa intencionalidad puede convertirse en un síntoma para ser leído como una letra ya sea muda como la H o complicada como la CH. Lo cierto es que, en ese punto se vuelve imprescindible, más allá del juego en el *shock room*, un diagnóstico diferencial entre neurología, psiquiatría y psicología.

Las dos diferenciaciones del campo no están en el mismo nivel de análisis:

—El nivel funcional diferencia el campo claramente, amparándose en la legislación acerca de la buena praxis médica. Para “ver” un paciente hay que tener derecho.

—El nivel sintomático está en relación a los actos de intencionalidad del Otro y de un objeto que causa el deseo en tanto falta y en tanto no se sabe. ¿Qué quiere mi “Otro” cuerpo de mí? Se delinea un cuerpo sintomático apoyado en la capacidad erógena de los órganos.

El médico de guardia se acerca y nos dice que le va a dar el alta y que desde los indicadores clínicos está bien, ¿y de los psicológicos, nos pregunta? Le decimos que la paciente debe permanecer en guardia y que es necesario un diagnóstico diferencial entre psicología, psiquiatría y neurología. Y agregamos que no entendemos todavía qué le pasa a la paciente. El médico, medio irónico, dice: —*Me había olvidado que lo de ustedes no es ciencia.*

Me quedé pensando acerca de si la psicología era una ciencia; y si era ciencia ¿cuáles serían las diferencias con las *ciencias formales* (en las cuales mediante una experimentación con todas las variables determinadas y determinables se llega, mediante inferencias lógico-deductivas, a un resultado irrefutable), con las *ciencias empíricas* (en las cuales incluía a la medicina) y con las *ciencias epistemológicas* (que estudian el fundamento de lo mismo, de lo otro)?

La psicología tenía una difícil situación pues debía ser pensada con una doble inclusión:

a) Por un lado, dentro de las ciencias del hombre.

b) Y, por otro, dentro de las ciencias empíricas, tomando al hombre como objeto de estudio.

Al querer pensar esta doble inclusión, rápidamente me perdí. Me encontré en el medio del desierto sin saber adónde ir, y sin ganas de ir a ninguna parte. Tener el objetivo de correlacionar la psicología con la ciencia me dejaba inhibido, no me podía mover de donde estaba aunque quisiera. Era demasiado para mí. Y así pasaba el tiempo. Tenía bastante tiempo para perder porque aún era mi día de guardia y estaba en mi cama con mi frazada, en invierno, en Casa Médica, esperando que me llamaran para otra urgencia. Pensando, entredormido, soñé que una persona venía a buscarme, tenía la cara demacrada por el llanto; caigo en la cuenta, luego de verle algo conocido, que era yo. Y que ese yo me veía a mí, en el medio del desierto, también llorando. Me angustio al notar que un yo se quedaba y el otro yo se iba.

La psicología debía ocuparse de la angustia, del punto de constitución del yo en duplicación siniestra y de las motivaciones y las justificaciones que cada hombre propone para racionalizar y comprender su conducta. Esa duplicación, que era yo, debía escribir acerca de la psicología y no podía zafar del afecto de lo siniestro ni del intento de comprensión de las facultades mentales que separaban un delirio de una realidad, la razón de la locura, la vigilia del sueño. Esta duplicación de la psicología me llevó un tiempo entenderla. Me puse a leer a algunos autores, leí "Lo siniestro" de Freud, *El Seminario 10, La angustia* de Lacan y el capítulo X de *Las palabras y las cosas* de Foucault y algo de toda esa lectura fue decantando. He aquí lo que quedó de esa sedienta experiencia que nació el día en que quedé solo en el desierto y en la guardia.

Resultaba necesario, primero, definir qué era la ciencia, su momento histórico de surgimiento, para luego ubicar el nacimiento de la psicología como disciplina y del Psicoanálisis como práctica.

Esta manera de exposición iría del nacimiento de la ciencia moderna, en el siglo XVII, pasando por la Revolución Industrial y la emergencia de la psicología, en el siglo XIX, al descubrimiento del psicoanálisis, una especie de contrapsicología (Foucault, 1966), en el siglo XX.

Había una dificultad intrínseca (¿diríamos esencial?) a la posibilidad de ubicar a la psicología dentro del campo de la ciencia. Se encontraba conflictuada, tensionada entre las ciencias empíricas y las ciencias del hombre. El hombre puede ser tomado como objeto científico pero también está en su fundamento. En un momento del siglo XIX "se hizo pasar al hombre al lado de los objetos científicos, entre los cuales aún no se ha probado que pueda incluirse".³⁰ De este lugar de doble inclusión en relación con las ciencias humanas y con las ciencias empíricas parte la dificultad de delimitación de la psicología en relación con su campo epistemológico.

Este comienzo ubica dos problemas divergentes:

a) *En relación con las ciencias del hombre, no puede dejarse fuera la duplicación, la angustia, lo siniestro que ubica el punto de subjetivación que no puede prescindir de la imagen del otro y del deseo del Otro para constituirse. "Lo propio de las ciencias del hombre no es la dirección hacia un cierto contenido sino que lo más propio es la posición de duplicación"*³¹ con relación al Otro. Es necesario hablar aquí del pasaje que va de la indiferencia a la diferencia. Se trata de la ubicación del objeto del deseo del Otro, se trata de los cinco tipos de demanda (Lacan, Seminario 10, 1962) que constituyen al sujeto del deseo. Éste es el punto por el cual las ciencias del hombre no son consideradas ciencias, en tanto se definen y se diferencian en su aspecto negativo de las ciencias que pueden exponer su objeto de estudio, métodos y resultados contrastables. Las ciencias del hombre, dice Foucault: "no se trata de lo que son sino lo que dejan de ser cuando se abre el espacio de la representación y a partir de allí muestran cómo puede nacer una representación de lo que no son". ¿Pero no se las puede definir en su positividad? "La impresión de vaguedad que dejan todas las ciencias del hombre no es más que el efecto de aquello que permite definir las en su positividad".³² Las ciencias del hombre se definen en la negatividad, en ese envés, en esa marca en hueco donde se detiene el funcionamiento biológico, lingüístico, eco-

30. Foucault, Michel: *Las palabras y las cosas*, Siglo XXI, pág. 334.

31. Foucault, Michel. *Ibid*, pág. 337.

32. Foucault; Michel: *Ibid*, pág. 335.

nómico. Y quien se anime a sus tierras no puede sacarse de encima ese presentimiento de vaguedad, de tocar suelo pantanoso, de realidad que se deshace entre las manos.

b) Por otro lado, *en relación con las ciencias empíricas*, cuyas principales disciplinas son la medicina, la lingüística y la economía. La psicología toma como objeto de estudio al hombre en tanto vive, habla y trabaja en un mundo intersubjetivo donde existe una matriz jurídica que tipifica las acciones de los sujetos de acuerdo con sus consecuencias y con el derecho que construye la época. La psicología debe tomar prestado modelos que nacen de la medicina, de la lingüística y de la economía. Muchos le critican esa escasa autonomía, no viendo que esa interrelación entre las disciplinas empíricas demuestra lo arbitrario de sus delimitaciones en sus objetos de estudio autónomos y la necesidad epistemológica de tener un enfoque que no descuide la transversalidad necesaria entre disciplinas para la comprensión de un asunto u objeto de estudio.

La psicología tiene un papel preponderante dentro de las ciencias empíricas: la economía, la lingüística y la medicina giran alrededor del hombre, de sus posibilidades psicológicas y sociales. La psicología es el punto donde las ciencias empíricas no pueden ser independientes unas de otras.

- 2 -

Hablemos de la relación entre psicología y ciencias del hombre. Hablemos entonces de lo siniestro. Vayamos a lo siniestro. ¿Qué es lo siniestro? Freud estudia lo siniestro en 1919, Lacan a eso lo denomina angustia. “*Así como he abordado el inconsciente a través del chiste, este año abordaré la angustia a través de lo Umheimlich (siniestro)*”.³³ Intenta despegar a la angustia siniestra de la angustia de castración freudiana y hasta las invierte, diciendo que la angustia-siniestra (*Umheimlich*) emerge cuando falta la falta, cuando falta la castración.

¿Cómo podemos dejar afuera el efecto siniestro de las ciencias del hombre si justamente ése es el tema fundamental que marca el envés de la ciencia (ciencia deductiva, empírica, epistemológica), su marca en hueco, su negatividad?

Luego de la primera guerra mundial, de la primera guerra globalizada, Freud va en tren y, de repente, ve a un hombre de cierta edad envuelto en su bata con un gorro de viaje. Se levanta para informarle que se había equivocado de lugar, pues lo vio aparecer en un lugar equivocado. Al

levantarse, constata que ese hombre no era sino su propia imagen reflejada en un espejo. Se queda perplejo pues ese hombre que había visto no era sino él mismo y, además, le había resultado terriblemente antipático. Lo que es sorprendente, dice, es que “*en lugar de asustarme ante la aparición del doble, ni siquiera lo había reconocido*”.

Lo más familiar, en un punto, emergía siniestro. “*Lo siniestro sería aquella suerte de espantoso que afecta las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás*”.³⁴ Entre el uno y el doble, no había continuidad sino la falta de diferencia que fuera reconocible y reconocida por el propio sujeto. La imagen del Otro era constitutiva del sí mismo pero, en un punto, la mirada de Freud se extrañaba de su imagen duplicada. Lo siniestro era la aparición de lo más extraño, de lo irreconocible en lo más íntimo del sujeto.

Pero a Freud no lo alcanza esta definición y va en busca de otros siniestros. Busca en la ficción, en relatos literarios, en la vida real, en su consultorio, en lo que escriben otros autores.

En su consultorio, algunos pacientes en análisis le hablan de la sensación de lo siniestro ante la mirada del genital femenino. También descubren otra sensación de lo siniestro cuando en un objeto muerto aparece el brillo de lo vivo, “*cuando un objeto sin vida está de alguna forma animado... la catalepsia y la resurrección de los muertos son dos presentaciones con carácter siniestro, que además son muy comunes en los sueños*”.

Freud claramente ubica a lo siniestro en relación con estos dos agujeros que no son reconocidos por el sujeto del inconsciente: la muerte y el genital femenino. Así, diferenciará dos tipos de emergencia de lo siniestro:

- a) Lo siniestro animista, ligado a la muerte.
- b) Lo siniestro de la castración, ligado al genital femenino.

El punto a tiene que ver con etapas ya superadas, como el animismo que se manifiesta en la resurrección de los muertos, ligado a la omnipotencia de las ideas, a la realización de deseos. En esta etapa superada es posible matar al otro por la simple fuerza del deseo, como así también es posible que los muertos sigan vivos y reaparezcan en los momentos y lugares más impensados. (Pienso en Mariana y en su padre que reaparece poniendo entre paréntesis a la mismísima realidad.) Existe un sentimiento animista que está en el fondo-superficie (topología) de la subjetivación, a ese siniestro se le destina algo aún más categórico que el mecanismo de la represión, el sepultamiento.

33. Lacan, Jacques: *El Seminario, Libro10 «La angustia»*. Inédito.

34. Freud, Sigmund: «Lo siniestro» *Ibid*, pág. 2484, Tomo VII, Biblioteca Nueva.

El punto b es el que tiene que ver con el complejo de Edipo y el complejo de castración. Se trata de otro tipo de siniestro ligado, fundamentalmente, a la premisa universal del falo, a las teorías sexuales infantiles, al genital femenino. Está en relación con la castración y con su primera sustitución: del falo a la mirada. Algo que se ve, se niega que se haya visto. Se trata del mecanismo de la denegación que construye un fantasma perverso para todo neurótico. *“La experiencia psicoanalítica nos recuerda que herirse los ojos o perder la vista en un motivo terrible de angustia infantil. Este temor el de quedar ciego es un sustituto frecuente de la angustia de castración”*. Freud aclara que ambas formas de lo siniestro no se presentan netamente separadas, muchas veces se confunden los límites entre el complejo infantil y lo animista.

- 3 -

Pero sería muy (¿qué palabra usar?) complicado, fundamentalista, retrógrado, estúpido dejar a lo siniestro encerrado dentro de los límites vagos de las ciencias del hombre. Lo siniestro también aparece —y cómo aparece!— dentro de las ciencias empíricas. Las ciencias empíricas son una de las tres dimensiones de la ciencia. Foucault lo propone en su llamado triedro epistemológico. Las otras dos son: a) Las ciencias deductivas y b) Las ciencias epistemológicas.

¿Qué es lo siniestro de la ciencia? Hagamos un poco de historia para llegar a estos momentos en donde la imagen de la ciencia tiene tanto efecto en nuestra cotidianidad como tecnología y como escepticismo. La ciencia renace en la Modernidad unida a un ideal con relación al saber, a la verdad, a la virtud, a la política. El texto cartesiano en el siglo XVII, apuntaba a la libertad de conciencia del hombre, desprendido de las imposiciones del Otro social. Esto era la política de la Modernidad. Se trataba de encontrarle un límite a la intromisión del Otro con una proclamación de independencia en el plano del sí mismo. Se sostenía en la propiedad privada del yo y en la matriz jurídica que se deducía de la frase: *“En mi casa hago lo quiero, mis derechos terminan donde comienzan los de los demás”*.

Se trata de la Modernidad, de la “con-ciencia”³⁵, de la matriz jurídica ligada al derecho, a la intersubjetividad y al yo. En el camino a la verdad, había que aportar pruebas que mostraran la evidencia del enunciado. Esta forma de validación de la verdad también se utilizaba en las prácticas sociales, en los discursos, en la construcción de la realidad social. La cien-

35. N. de A.: Significante que es trabajado en el texto: *¿Dónde fueron a parar las escobas voadoras de las brujas?* (1998), Campana.

cia incidía en el contexto de su surgimiento. Pero, en su camino, encuentra contradicciones.

- a) Intentando encontrar el “para todos” se estrella con la noción del elitismo que tantas consecuencias, sobre todo en el siglo XX, ha traído aparejadas.
- b) Intentando encontrar el refugio de la trascendencia individual, el “para uno”, debe asentar una posición política.

a) Descartes marcaba el “para todos” de la razón: *“El buen sentido (la razón) es la cosa que mejor repartida está en el mundo, pues todos juzgan que poseen tan buena provisión de él que aun los más difíciles de contentar en otras materias no suelen apetecer más del que ya tienen”*.³⁶ La razón “es por naturaleza igual en todos los hombres”, separa al hombre de las bestias, discierne lo verdadero de lo falso, la verdad del engaño. La razón discierne los vivos de los muertos.

¿Pero qué diferencia hay entre los hombres, entonces? Se trata del método con que cada uno conduzca sus propios y liberados pensamientos en el plano del sí mismo.

Descartes dice que todos tenemos igualdad de razón pero la diferencia está en que algunos pueden, por su método, alejarse del sentido común y otros no deben hacerlo. En el “para todos” de la razón se planta el elitismo, con enormes consecuencias en el devenir histórico. Sólo algunos pueden bucear en sus propios pensamientos buscando el fundamento, la piedra de toque, la evidencia de lo Real, sólo algunos pueden tirar la casa abajo y mirar en los cimientos, en la consistencia del piso y, a su turno, reconstruir la casa de manera de asegurarse de no dejar lugar para el engaño, el autoritarismo, la imposición epistemológica basada en el Principio de Autoridad. Pero los otros no deben meditar acerca de los juicios, de la tradición y de lo heredado, pues dice Descartes: *“La mera resolución de deshacerse de todas las opiniones recibidas anteriormente no es un ejemplo que todos deban seguir”*, esas personas *“deben contentarse con seguir las opiniones de otros que buscar por sí mismos otras mejores”*.

b) Así, Descartes, por un lado, encuentra el elitismo y, por otro, encuentra la dimensión política al separar la casa individual de la gran casa del Estado, separación de lo privado y lo público. Dice: *Tirar abajo la propia casa no es comparable “a las dificultades que se encuentran en la reforma de las menores cosas que atañen a lo público. Los grandes cuerpos políticos son difíciles de levantar cuando se han caído y aun de sostener cuando vacilan, y sus caídas son*

36. Descartes, Rene: *Discurso del Método*, Madrid, Alianza (1979), pág. 69.

necesariamente muy duras".³⁷ Descartes marcaba los límites de la época y separaba, siguiendo una tradición filosófica, la *res cogitans* y la *res extensa*. Dualismo que le sirve de manera evidente para separar la subjetividad de la intersubjetividad, propia del campo político. Ésta es una de las maneras de pensar la subjetividad como puesta en correlación con la intersubjetividad. La subjetividad es el sí mismo cuyas acciones son independientes siempre y cuando no molesten las acciones y el campo de la subjetividad del Otro. Mi derecho termina donde empieza el derecho del otro.

La modernidad ubicaba la relación del sujeto moderno con la verdad y la virtud. Veremos más adelante, ya en la decadencia del sujeto de la Modernidad, cómo la verdad y la virtud son criticados. Maquiavelo criticaba la virtud en su relación con el sujeto político, Nietzsche criticaba a la tiranía de la verdad: "¿Por qué rechazar lo no verdadero, o la incertidumbre y hasta la ignorancia? ¿Ha sido el problema de la validez de lo verdadero quien se ha puesto frente a nosotros o hemos sido nosotros quienes lo hemos buscado?".³⁸ Y Freud critica las vacilaciones del sujeto moderno.

¿Pero es necesario hablar de Modernidad, y de Post-mortem-nidad, para intentar responder a la pregunta acerca de la relación entre psicología, ciencia empírica y ciencia del hombre?

¿Es necesario pensar lo siniestro como estructurante de las ciencias del hombre y como efecto de las ciencias empíricas en tanto el hombre vive, habla, trabaja?

- 4 -

Y yo seguía tirado en la cama de la guardia esperando ser llamado a urgencia. Me duermo esperando y, al otro día, me levanto bastante cansado por la espera y por lo que había pensado acerca de la psicología en relación con la ciencia. Voy por los pasillos del hospital hacia el pase de guardia. El día después pienso distinto, ¿la ciencia a quién le importa? La ciencia, junto a la revolución tecnológico-informática, cambia rápidamente el mundo de la vida pero cagándose en la cuestión del todo, de la verdad, del saber. Tiene evidencias de su poder. La ciencia y su relación con el poder, maldita ciencia. La ciencia construye un muro (¿será el muro de Berlín?, ¿el muro de los lamentos?) que separa dos lados: de un lado, globalizados, informatizados; del otro, excluidos, ignorantes, pobres.

Ese "aumento progresivo" hacia la verdad había dejado millones de cuerpos despellejados, cuerpos que otros millones estaban buscando deses-

37. Descartes, Rene: Ibid, pág. 79.

38. Nietzsche, F.: *Más allá del bien y del mal*, Edit. Mexicanos Unidos, pág.7.

perados para enterrarlos en la Tierra, en esa Tierra que se ha sacudido con millares de bombas que se tiran con un botón y caen con un margen de error de 5 metros. En el cráter que dejó la bomba un hombre busca sus ojos que lo ven llorar. Efecto siniestro de la ciencia. Es este el punto donde las ciencias del hombre se sienten convocadas a decir algo de lo siniestro.

¿Pero qué me interesaba a mí todo eso? ¿Era necesario que siguiera pensando en la Modernidad, el poder, la política, si mi trabajo consistía en admitir pacientes a Salud Mental, dirigir tratamientos y estar dispuesto a la urgencia? Más vale que me dedicara a lo mío, por ejemplo a pensar las brújulas en la dirección de la cura, y no me pusiera a pensar cuestiones que lo único que me permitían era pasar un día más de guardia.

* * *

2.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

LA RESISTENCIA Y LA EXTINCIÓN DE LA CURA

Seguían adelante los tratamientos y yo seguía preguntándome hacia dónde dirigirlos. Volvía Freud y su caso-hijo preferido.

- 1 -

Freud ubicaba el final del tratamiento en el punto donde la resistencia se extinguía y el paciente dejaba de estar fijado a la enfermedad. Había esperado agazapado a que el Hombre de los Lobos se fijara en su persona, en el analista, y pone entonces a jugar una fijación contra otra. Es la guerra. Le da un *ultimátum*, lo emplaza y le dice que salga del reloj de pared del consultorio donde estaba escondido por temor al lobo.

—Dejá de resistir, salí de donde estás.

Al fin, el paciente sale, su intestino vuelve a la normalidad, el Hombre de los Lobos termina el tratamiento. ¿Es que el seguimiento de la resistencia puede ser una guía en la dirección de la cura y su extinción el final? Iba a intentar seguir el camino de la resistencia, me iba a meter con la resistencia.³⁹

39. N. de A.: No me sorprendía mucho meterme con ella porque me había dado cuenta que desde el comienzo de la Residencia en el campo de la salud mental, aparecía la resistencia de los pacientes en tratamiento, de los usuarios de guardia a ser derivados

La resistencia era resistente a su definición, aunque aparecía por todos lados se reproducía con enorme facilidad, era una plaga; su definición era problemática. Aparecía en cualquier lado, caminando por la calle, en la historia del movimiento psicoanalítico, en un consultorio... Y peor, la resistencia se hacía más visible cuando se la distinguía, se aprovechaba de la fuerza del descubridor, se nutría de ella. Nombrarla era crearla. La resistencia y su nominación era una definición problemática. Me inquietaba esta peculiaridad de la resistencia que llevaba un efecto paradójico; cuando se la distinguía, se la nombraba, y encima ya no se podía dejar de verla, no se podía volver al momento anterior; parecía como si hubiera estado siempre ahí, con una evidencia que nos preguntaba cómo había sido posible que no la viéramos antes.

Y entonces, ¿qué pasaría si la quisiéramos hacer desaparecer? Parecía imposible luchar contra una fuerza que se robustecía ante cada empuje, luego de descubierta, del que la quería extinguir. Era un dilema. Nombrarla, en un rápido movimiento generativo, era crearla; intentar hacerla desaparecer era robustecerla, darle alimento.⁴⁰ ¿Cómo había hecho Freud para extinguirla en el historial del Hombre de los Lobos, justo al final, cerrando el caso a tiempo? ¿Podremos considerarla como una brújula posible en la dirección de la cura?

- 2 -

Freud, en toda su extensa producción, intenta trabajar con la resistencia. La resistencia de los pacientes, pero también la resistencia de los analistas y, siempre con honradez intelectual, su propia resistencia. No había querido encontrarse con ella pero a cada momento se le aparecía. Y él no iba a echarse atrás. Ésa era su guerra. Iba a combatir. Con el paciente puso a jugar la fuerza del analista contra la fuerza de la enfermedad y venció. Había esperado varios años, y cuando llegó el momento, batalló y ganó la fuerza ligada a Freud, ganó la fuerza fijada al analista. Ganó la resistencia del analista. El analista y su resistencia habían extinguido la resistencia de la enfermedad. Y eso, tenía efectos. El paciente volvía a ir solo al baño.

A poco de andar con el tema, y al proponer modelos para entender algo, me di cuenta de que los problemas no dejaban de multiplicarse. A la dificultad de su definición y de sus condiciones de visibilidad y permanencia, ahora se agregaba el atolladero que planteaba hablar de la resistencia

a salud mental, de los mismos profesionales o sea de nosotros que debíamos atenderlos. Lo que sí me sorprendió fue lo complicado y lo importante que era el tema.

40. N. de A.: Era semejante al dilema descubierto por Freud en relación al superyó, cuando se lo quería apaciguar, se volvía más y más severo.

del analista. Tanto Freud como Lacan sostenían la resistencia del analista. Y Lacan, además, aprovechó ese retorno a Freud para criticar a los post-freudianos por haberse desviado, justamente, de la senda de la resistencia del creador del psicoanálisis. “Esta concepción, hay que decirlo, generó todas las aberraciones del psicoanálisis de la resistencia, donde vemos a un psicoanalista empujar al paciente hasta sus últimos escondites, y al desdichado resistir cada vez más”.⁴¹

(Al tomar el tema de las guías en la dirección de la cura no podía quedar por fuera la historia del movimiento psicoanalítico y los caminos que en ella se han seguido. En la ruta principal había que pasar por varios autores, posiciones y textos desde la invención resistencial de Freud, pasando por la infinitización de la resistencia de los post-freudianos, con parada en la resistencia del analista lacaniano y siguiendo el viaje por vaya a saber qué resistencia en los post-lacanianos.)

Freud y Lacan estaban preocupados por la resistencia del analista y alertaban sobre los puntos donde desfallecía, donde el camino tomado, las teorizaciones y la clínica ejercida dejaban a la comunidad de psicoanalistas perdidos, sin rumbo.

Freud, en el historial del Hombre de los Lobos, critica a sus discípulos por la suerte que corría su descubrimiento, habla en voz alta de “interpretaciones tendenciosas” y hasta de renegación a los aportes del psicoanálisis, dice que la resistencia está clavada en el centro de la comunidad psicoanalítica, y quienes resisten no son otros sino los mismos analistas. Escribe la neurosis infantil del Hombre de los Lobos para demostrar esa resistencia de los analistas. Emplaza al paciente pero, fundamentalmente, emplaza a los analistas a aceptar los fundamentos del psicoanálisis. “O el análisis que tiene en su neurosis infantil su punto de partida es, en general, un desatino, o todo sucedió exactamente, tal y como lo hemos expuesto”.⁴² Esa o freudiana es la que quiere decir: —O están de acuerdo o están afuera del psicoanálisis.

Este historial (hay que decirlo desde el comienzo) es un acto político que Freud produce en plena primera guerra mundial. Y, como todo acto político, produce un antes y un después. ¡Oh sorpresa! Se producen escisiones, fracturas, separaciones dentro del movimiento, muchos analistas quedan por fuera. Freud nombra la resistencia en voz alta, en un congreso, hablando de un paciente ruso, y dice que la resistencia es política. Freud es político. Lo que tanto le había costado conseguir y tenía en sus manos, no iba a soltarlo sin luchar. Sabía que corría riesgos en ese pasa-

41. Miller, Jacques-Alain: *Recorrido de Lacan* (1979), *La transferencia de Freud a Lacan*, pág. 69, Buenos Aires, (1986) Manantial.

42. Freud, Sigmund: *Ibid*, pág. 1970.

je del consultorio a la comunidad, esa resistencia que había nacido en su consultorio y ahora no tenía más remedio que trasplantarla al mismo centro del agrupamiento de analistas. Surgen las preguntas:

¿Es lo mismo hablar de resistencia política que de resistencia analítica?

¿Es posible analogar la resistencia adentro de los consultorios que afuera, en la comunidad de analistas?

Y, luego de las preguntas, las hipótesis: resulta pertinente la separación entre psicoanálisis en extensión y en intención, la separación del psicoanálisis dentro y fuera del consultorio.

Y también es pertinente la separación entre resistencia política y resistencia analítica. (Tema que me pareció fundamental, y que desde ese momento, al descubrirlo, me pareció “evidente”. Quizás todo el libro no sea sino un intento de transmisión de esa evidencia.)

- 3 -

Freud, además de investigador y analista, era político. “*El supuesto de que existen procesos inconscientes, la admisión de la doctrina de la resistencia y de la represión, la apreciación de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo: he ahí los principales contenidos del Psicoanálisis*”.⁴³

Y el que no lo acepte que se pase de bando.

Este entrecruzamiento entre investigador, analista y político Freud lo escribe hablando del caso de nuestro querido Hombre de los Lobos. Mientras cuenta cómo construyó arqueológicamente la escena primaria e investigó la zona anal, como investigador, como analista realiza un acto analítico con el emplazamiento del final del tratamiento y, como político, separa los tantos y agrupa fuerzas, expulsando a quienes no lo siguen en el fundamento de la corriente progrediente de la neurosis infantil. Es un acto político dentro de la comunidad psicoanalítica, algunos analistas comienzan a moverse incómodos en sus asientos. ¿Es que también ellos podían ser emplazados con el final?

Me parecía importante distinguir entre resistencia política y resistencia analítica.⁴⁴ Pero me quedaba la duda de si esa *resistencia política* en el psicoanálisis en extensión (fuera del consultorio) era analogable con la *resistencia analítica* en el psicoanálisis en intención (dentro del consultorio).

Me acuerdo de una escena que me habían contado de Lacan disolviendo

43. Freud, Sigmund: (1923) “Psicoanálisis”, Buenos Aires, Amorrortu, 1979, Tomo XVIII, pág. 243.

44. N. de A.: Este tema lo sigo desarrollando en el libro: *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas?*, Capítulo 4, Edit. Campana.

la Escuela Freudiana de París. Lo escuchaban analistas, pacientes, analistas pacientes, pacientes analistas, público. Muchos pensaron ese corte, esa disolución como un acto analítico; Althusser, que estaba allí, testigo de la escena, dijo que eso no era sino un acto político.

¿Es posible que dentro de los agrupamientos de psicoanalistas se confundiera el acto político con el acto analítico? Me pareció terrible, pero podía ser peor. Podía pasar que dentro de los consultorios también hubiera semejante confusión y, allí donde se nombraba la resistencia analítica, no fuera sino resistencia política. Pensé en las consecuencias de semejante confusión. Tenía preguntas:

¿Es posible llevar la resistencia analítica al campo del psicoanálisis en extensión, es posible trasplantar el acto analítico fuera del dispositivo, fuera del consultorio?

¿Cómo pensar al acto político con un paciente en análisis, dentro del consultorio?

Freud, frente a analistas, ubica la resistencia del analista como acto político en el psicoanálisis en extensión. Política del psicoanálisis fuera de los consultorios. ¿Pero qué pasaba con la cuestión del acto político dentro de los consultorios y con el acto analítico fuera de los consultorios?

- 4 -

Freud pensaba a la *resistencia política* como una guerra donde había que triunfar con táctica y estrategia contra el enemigo que oponía una fuerza contraria. Sucede en la resistencia “*lo que en tiempo de guerra, cuando un ejército necesita semanas y hasta meses enteros en avanzar una distancia que en tiempo de paz puede recorrerse en pocas horas de tren*”.⁴⁵ Era una guerra a matar o morir pero, a diferencia de la primera guerra mundial, ésta era una lucha “por puro prestigio” del psicoanálisis.

Mientras los generales y estrategas jugaban con soldaditos y terreno para ganar por sobre otros soldaditos de carne y hueso, la resistencia de los analistas era una guerra que tenía otras armas. Freud sale al campo de batalla; de su lado, tiene un colaborador en el Hombre de los Lobos, viejo resistente ruso. Y pelea. Con la convicción de aquel que lucha por lo suyo. Pero no vayamos tan rápido a la guerra, al acto político.

Freud intenta separar la resistencia política de la resistencia analítica. La tentación de la comparación de la resistencia con una guerra resultaba muy pedagógica y aleccionadora en un momento donde toda Europa estaba matándose, pero Freud intenta encontrar otras analogías que per-

45. Freud, Sigmund: Ibid, pág. 1944.

mitan diferenciar la resistencia política de la resistencia analítica, que permita no confundirlas pensando las terribles consecuencias de ello. Busca metáforas, y encuentra algunas:

- a) Intenta ilustrar a la resistencia analítica con la imagen de un niño que no quiere abrir la mano para mostrar lo que tiene adentro, un niño que se resiste porque cree tener algo valioso entre manos.
- b) Además de las manos del niño, Freud habla también de las muelas de un adulto quien, debiendo acudir al dentista que puede ayudarlo, sin embargo, no acude, se resiste. ¿Es que puede querer no desligarse de ese dolor que tanto duele?
- c) Freud sigue buscando analogías. Un día llega a su consultorio un funcionario, político de alta jerarquía; Freud le enuncia la regla fundamental, y aquél le responde que hay cuestiones que, por sus funciones, no le va a poder decir y pide una excepción a la regla, que Freud finalmente acepta. Prontamente la resistencia se hace fuerte en ese derecho de excepción. Freud se da cuenta de que la resistencia analítica está en relación a la regla fundamental, esa que enuncia decir aun aquello que resulta nimio e indiferente, y que conlleva el presupuesto de un doble engaño: que todo puede ser dicho y que, además, lo importante es dicho.

La regla fundamental en el consultorio es dicha justamente para observar el nacimiento de las resistencias que conllevan la imposibilidad de cumplir, pese a lo pautado, con la regla fundamental: *“el primer resultado que obtenemos al formular esta regla fundamental de nuestra técnica es el despertar contra ella la resistencia del paciente, el cual intentará sustraerse de sus mandamientos por todos los medios posibles”*.⁴⁶

Pero el político funcionario que llega al consultorio freudiano no acepta decirlo todo, se arroga el derecho a “no decirlo todo” que se sostiene en sus funciones dentro del Estado, en el derecho del sujeto político. La resistencia se hace fuerte en ese derecho de excepción. Freud se reprocha haberle dado lugar en el consultorio a ese derecho de excepción. La resistencia analítica está en función a la regla fundamental del análisis y es diferente a ese derecho del sujeto político.

46. Freud, Sigmund: “Lecciones...”, Lección XIX, pág. 2302.

Freud intenta separar la resistencia política de la resistencia analítica. Pero, a pesar de intentar definirla a partir de la regla fundamental, del dolor de muelas de un adulto y de la mano cerrada de un niño, la resistencia se le escapa de las manos, de la boca, de la regla fundamental. Y vuelta a comenzar con el problema de las definiciones.

Freud percibe que la resistencia va cambiando a medida que sus teorizaciones sobre la clínica se van transformando, la resistencia cambia cuando cambia el analista. Freud piensa:

- “Qué problema tengo si al nombrarla la creo y, al definirla, se me escapa entre las manos, a pesar de tenerlas cerradas como aquel chico”.
- “Qué problema si el paciente quiere seguir pegado al síntoma que dice acudir a solucionar, al dolor de muelas que lo hace quejarse”.
- “Qué problema si todos quieren ser eximidos de la regla, y lo sostienen en el derecho a la privacidad”.
- “Qué problema si la resistencia depende de mi definición”.

La resistencia no sólo depende de las condiciones de visibilidad del analista, de su historia formativa, sino que la resistencia depende de la definición misma del analista. La resistencia es la definición del analista. ¿Tendremos que seguir los cambios de la definición del analista?

Me puse a estudiar un poco acerca de los cambios en la resistencia freudiana en sus distintas épocas. La posición freudiana ha ido cambiando a medida que se desarrollaba su clínica. Durante más de 40 años, Freud pensó acerca de ella. (Quizás su importancia sólo sea comparable con lo inconsciente y con la teoría de la sexualidad.) Sin embargo, no escribió un texto particular para desarrollarla.

Desde el comienzo surge una evidencia, nombrar la resistencia es volverla visible, y nombrarla es definir nuestra posición teórica en acto. Vayamos a las llamadas tres épocas freudianas (Cosentino, 1991).

a) En una primera época, cercana al nacimiento del psicoanálisis, la resistencia estaba del lado de la censura, de la instancia que impedía el libre desenvolvimiento de lo inconsciente. Se debía trabajar con los efectos del trastocamiento de lo inconsciente por la censura que aparecía disfrazado en síntomas, en la escena del sueño, en los discursos, en los actos. El analista y su arte de interpretación intentaban analizar esa transacción y ponerla en relación con sus orígenes pulsionales y mociones de deseo inconscientes.

b) No obstante, con la premisa de hacer consciente lo inconsciente,

Freud claramente se percata de momentos donde el inconsciente se cierra. Hasta ahora, había pensado que el inconsciente no resistía, que todo lo que quería era no ser excluido, que pujaba por expresarse. Ante el cierre, descubre la ligazón entre el inconsciente y el analista. Ubica la operación del analista, donde una neurosis silvestre se transforma en una neurosis de transferencia, y es ahora, en este campo, donde se juega la tarea analítica. Ahora la resistencia es la transferencia de ese vínculo “difícilmente aprehensible” entre dos individuos donde uno de ellos viene a pedir ayuda, demandar algo, exigir la felicidad que se le niega.

El analista llama la atención del paciente, que se da vuelta como el Hombre de los Lobos para mirar a Freud y a su reloj de pared. Freud charla con el Hombre de los Lobos acerca de cuál es la mejor distancia en el post análisis con el analista. Piensa cómo extinguir la resistencia ligada al amor de transferencia. Pero la resistencia que resta del amor pareciera un punto sin límite. La resistencia queda “pegada” a la transferencia. Freud, desesperado, intenta distinguir entre transferencia positiva y negativa, intenta escapar al hecho de que lo que había hecho visible, esta vez en el centro mismo del análisis, fuera interminable. Intenta que el Hombre de los Lobos no quede pegado. Freud lo despide. Pero el paciente vuelve repleto de síntomas. Vuelve a un segundo y un tercer tratamiento para elaborar y analizar “los restos transferenciales no tramitados”.

c) En la década del 30, Freud ya piensa a la resistencia como imbatible, como operación con un resto que no puede ser elaborado. Se trata de la pulsión de muerte, de la reacción terapéutica negativa, de la resistencia estructural del inconsciente, de lo que no puede ser dicho, de lo real de la vida.

Freud tenía así tres momentos en relación con la resistencia; gracias a la lectura de un libro, *Las resistencias en la práctica freudiana*, de Cosentino,⁴⁷ extraigo algunas cuestiones:

a) Una primera etapa ligada a la apertura del inconsciente, hasta el caso Dora (1905), llamada resistencia de la censura, coincide con un sentido descriptivo donde se intenta, mediante el arte de interpretar, hacer consciente lo inconsciente.

b) Una segunda etapa ligada al cierre del inconsciente, hasta el “Más allá...” (1920), donde aparece la resistencia en transferencia, en un sentido dinámico, el recuerdo es en acto, donde la posición del analista se vuelve signifiante, palanca de una nueva neurosis: la neurosis de transferencia.

c) Una tercera etapa ligada a la alternancia y a lo que resta, donde exis-

te resistencia de lo inconsciente en un sentido estructural; se trata de eso imposible de decir, pues lo inconsciente no concuerda con lo reprimido.

Tenemos, así: el arte de interpretar, la neurosis de transferencia y lo que resta.

En la primera etapa se trataba de la resistencia de la censura. “Lo no sabido inconsciente podía llegar a ser sabido gracias a la interpretación y al analista”. Freud no piensa que el inconsciente resista las tentativas de acceder a él sino que todo lo contrario, puja por salir mediante las formaciones del inconsciente. Así, en Dora, se trata de “Sueños e histeria” y de cómo, a partir de la interpretación de los sueños, se accede al saber inconsciente.

En la segunda etapa el amor de transferencia vuelve indóciles a los pacientes, transgresores de la regla fundamental. Ha acontecido el pasaje de una neurosis silvestre a una neurosis de transferencia. Freud encuentra que lo que no se recuerda, saber no sabido, lo inconsciente, retorna vía repetición en acto, vía sintomática, vía alteraciones de carácter.

En la tercera etapa, más allá del empeño “abstinente” del analista, existe un límite a la rememoración, a lo que no puede ser dicho: es la resistencia estructural, la resistencia de lo inconsciente y una más oscura aún, ligada a la reacción terapéutica negativa y a la resistencia del superyó.

Sigo intentando saber algo más de la resistencia, me doy cuenta de que hay una multitud de resistencias, hay que hablar de resistencias en plural. Freud habla de cinco resistencias, en “Inhibición, síntoma y angustia” (1925).

a) Tres resistencias ligadas al yo. Freud piensa que lo que advertimos como resistencia es “actividad encaminada a proteger la represión”, que no es una acción única y para siempre, sino que debe su eficacia a su esfuerzo continuo. La resistencia parte del yo que ha tenido como fundamento la evitación de ese objeto del deseo (de aquí parte esa posición que habla de resistencia al deseo), y “mediante premios podemos llevar al yo a renunciar a ella”.

Además de la resistencia de la represión, agrega la resistencia de la transferencia, que ubica al analista en su engranaje, y la resistencia ligada a la ventaja de la enfermedad, ventaja de la incorporación del síntoma al yo.)

b) Una resistencia ligada al ello. Cuando Freud percibe que una parte del yo es también inconsciente la renuncia a la resistencia no resulta un objetivo tan asequible. La resistencia del ello es la del inconsciente, que atrae a lo reprimido, “el poderío de la compulsión a la repetición, la atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso pulsional reprimido”.

c) Una ligada al superyó que “es la más oscura, aunque no siempre la más débil, y parece provenir de la conciencia de culpa o la necesidad de castigo”.

47. Cosentino, Juan Carlos: *Las resistencias en la práctica analítica* (1985) Buenos Aires. Manantial. (1987), pág. 75. “De la resistencia al levantamiento de las resistencias en la transferencia”.

Esta resistencia ocupa un lugar central en la clínica. Dice Alejandro Ariel: *“El masoquismo acecha en los vericuetos de la transferencia y será la resistencia el concepto psicoanalítico que lo revela al mismo tiempo que lo oculta”*⁴⁸, además se pregunta acerca del derecho a meternos con ese superyó que, en última instancia, es la voz del espectro del padre muerto que habla.

Comienzo a comprender la dificultad en el concepto de resistencia. Había separado la resistencia analítica y la política, las cuestiones de visibilidad, permanencia y desaparición, la definición de la resistencia del analista y ahora, encima, eran muchas, una multitud de resistencias en las cuales había que distinguir a qué instancias psíquicas pertenecían. La resistencia era una bolsa de sorpresas. ¿Había algo más para decir?

- 6 -

Escuché un caso de un analista post-lacaniano. Contando un caso, en un momento dijo: *“La resistencia es del analista pero que el paciente resistía, resistía”*.

Me quedé pensando. ¿Es que ahora, encima, no podemos decir que el paciente resiste? ¿No podemos ya ni siquiera nombrarla, pues eso la hacía presente? Quería desandar el camino freudiano y volver a ubicar a la resistencia en relación con sus diferentes momentos: la resistencia en relación con la interpretación de lo inconsciente, la resistencia en relación con la neurosis de transferencia, la resistencia en relación con lo que resta.

Tuve un momento de lucidez: eran estas diferentes guías que había que ubicar en el historial, más allá de que Freud no las tuviera al mismo tiempo, seguramente las podríamos ubicar en su clínica. La guía ligada a la interpretación, a la neurosis de transferencia y a lo que resta. Tres diferentes guías.

Viendo esto en perspectiva, o sea, viendo el pasado desde el presente, que es este punto mi futuro, podría decir que la resistencia abría caminos, y que los próximos años me ocuparía de cada una de estas guías: la identificación, la neurosis de transferencia y la angustia. Me metería en segundo año con la neurosis de transferencia, en tercer año con la angustia y en cuarto con la identificación.

Pero ¿había otras guías posibles?

Había una más, una muy especial: el ideal mismo que implicaba necesitar alguna guía posible en la dirección de la cura. Había resistencia en el mismo ideal que me llevaba a intentar comprender cómo el otro analista se había guiado. La resistencia y el ideal.

48. Ariel, Alejandro: Prólogo al libro *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas*, Edit. Campana.

Era el colmo. Otra vez mi desesperación me mandó a caminar por el hospital pensando en los ideales. ¿Cuál era el ideal que sostenía ese analista que me parecía que no había comprendido lo que Lacan y Freud habían querido decir con lo de “la resistencia es del analista”?

Nuevamente por los caminos hospitalarios me encuentro con Lacan, quien ahora parece reconocermé. Me cuenta que los ideales analíticos son una manera, quizás la más común guía de los analistas, y me dice que él, en 1963 había ubicado tres ideales analíticos, y me pregunta si podría, terminando la residencia, hablar de los ideales que, luego de su muerte están sosteniendo los analistas. Él sabía que estaba muerto. ¿Y qué hacía allí, dándome trabajo? Sigue su camino. Jamás había escuchado a docentes y profesionales sostener lo de la multiplicidad de guías posibles, no había escuchado demasiado sobre este tema. Decidí seguir adelante.

Espero que ustedes también sigan adelante, pues ahora no sólo se trataba de que los pacientes siguieran en tratamiento sino de la continuación de esta investigación acerca de diferentes brújulas posibles en la clínica.

Tenía la esperanza de que, al final, podría comprender cuáles eran las guías posibles en la dirección de la cura y cuáles los ideales, límites y paradojas a los que respondían. Y que eso me ayudara con los pacientes y conmigo mismo.

* * *

2.4. DISCURSO DE RESIDENCIA I

¿CÓMO TRABAJAR EN CONJUNTO?

Era jueves nuevamente y tardé muchos meses en escribir lo que la Jefa de residentes me había dicho después de la primera reunión de residentes. Ya estaba casi en segundo año. Me había llevado un poco de tiempo pensar el tema del aprendizaje y el reconocimiento para los profesionales en formación. Un día, pedí leer lo que había escrito.

Todos recordaban esa reunión que habíamos tenido a mitad del año pasado. ¿Por qué se la acordaban? Pues porque si venía un docente elegido por un grupo, el otro se aburría, se hacía el desentendido y miraba la hora para ver cuánto faltaba para terminar el horario estipulado. Y cuando venía un nombre del otro grupo pasaba lo mismo pero peor. La cosa, después me enteraría, también tenía que ver con que se estaba acercando el momento de la votación de jefes para el año próximo y los números de cada grupo estaban muy parejos. Pedí leer lo que había escrito.

¿QUÉ LUGAR PARA LA RESIDENCIA Y EL RECONOCIMIENTO?

¿La residencia como dispositivo de formación de profesionales recientemente recibidos debería erigirse en ese Otro del reconocimiento? ¿Es esto posible? ¿Cómo llevarlo a cabo?

- 1 -

Nuestra necesidad de saber, imperiosa necesidad, se acelera cuando estamos frente a un paciente. Ante este estremecimiento las respuestas son variadas. Muchas de ellas hacen consistir a la teoría, nos agarramos de forma desesperada de cinco libros al mismo tiempo. Y queremos también que muchos docentes nos vengan a enseñar qué hacer frente a un paciente. Es tan inmenso el campo del saber y uno está tan aterrorizado con la clínica que se cristaliza un tema principal: *la relación del lugar de residencia con el saber*. ¿Qué características tendrá ese saber?

La necesidad de un aprendizaje teórico es un interés general. Ese saber que se precisa en forma general se vuelve singular en el momento del encuentro de cada profesional con lo inaugural de su clínica. ¿Cómo conciliar la transmisión de un saber general en el campo de la subjetividad, donde el saber que se precisa es tan singular?

Primer punto y primer imposible.

Ante lo imposible, es necesario sentar una posición. El aprendizaje teórico debería seguir el hilo de las preguntas que aparecen en la clínica de cada residente. Luego de sentar posición llueven las críticas.

- a) ¡Las preguntas que surgen de un residente no tienen por qué importar a todos!
- b) "Y además... (con tono de mayor importancia) *se necesita contar con el aprendizaje de cuestiones de manejo institucional-jurídico-práctico que alcanza a la generalidad sí o sí.*⁴⁹ *Hay conocimientos generales que todos debemos tener: cuestiones jurídicas, cuestiones de manejo práctico, cuestiones de estilo de enunciación...*".

Seguiré esta apuesta, a pesar de las críticas: el encuentro con lo real de la clínica es un tema singular pero podría ser un lugar de encuentro general, de conjugación con el interés general. Este punto abrocha lo que tie-

49. N. de A.: Pasaje a lo asertivo. De la modalidad subjuntiva del "hubiera sido" conveniente tal proceso de enseñanza-aprendizaje... se pasa a lo asertivo del "sí o sí" hay que saberlo.

ne que ver con uno y lo que tiene que ver con todos. La clínica nos hace preguntas, hay un llamado al saber, con sus particularidades más urgentes, más crónicas, más neuróticas.

Pero, tratándose de "nuestra" clínica, ¿cómo transmitirla sin caer en un discurso universitario, pensándolo como aquel saber examinable, calificable y promocionable?

Se hace necesaria una discusión previa acerca de las características de ese saber que afanosamente se quiere aprehender con el más esmerado esfuerzo erudito.

"¿A quién dirigirle nuestra imperiosa demanda de saber?"

"¿Qué persona puede transmitir algo de ese saber cuyo fundamento sea la explicitación de la mismísima transmisión?"

Una pequeña cuestión: ese que nos habla, ese que nos enseña, ¿sabe más que nosotros o sólo tiene más años, tiene más tiempo de batalla en el campo de la Salud Mental? ¿Saber mucho de teoría, ser un gran teórico, garantiza ser un buen profesional? ¿Es ése el que nos debe enseñar? ¿O quizás aquél que es muy conocido, que aparece en todos lados y hoy ocupa un lugar importante en alguna institución, el que tendrá algo para decirnos?

Cuestiones "elementales" que no pueden dejarse fuera de discusión. Pero no hay que quedarse demasiado estancado en esta discusión, pues nos dejaría en esa posición donde nada alcanza, donde en todos encontramos la falta, esa carencia que nos impulsa a buscar otros suponiendo que ésos...

La apuesta es la transmisión de esos significantes que van apareciendo en la clínica de cada residente.

- 2 -

Hablaré de mi recorrido en el acercamiento a la clínica para volver más adelante sobre el tema del lugar de residencia desde otro punto de vista.

Una pregunta me surgió en mi clínica inaugural: "¿*Qué derecho tengo a estar escuchando el sufrimiento de un individuo que viene a solicitar asistencia hospitalaria?*" Sin diferenciar entre un antes y un después, junto a la pregunta por el derecho, una verdadera conmoción: *el goce*. El goce de los pacientes y el goce del analista.

Al mismo tiempo que voy abriendo la puerta de Salud Mental, una paciente, Mariana, es lanzada. "El analista presta su significante, su nombre de psicoanalista, o sea su capacidad para soportar transferencia delirante".⁵⁰ Apari-

50. Soler, Collette: *Estudios sobre las Psicosis*, Manantial.

ción de la psicosis en nuestro campo. Y luego no retroceder ante ella. Aparece angustia del lado del que intentaba posicionarse en el lugar del analista. ¿Sería éste un indicador (contratransferencial) de la estructura del paciente? ¿Qué relación existe entre esa estructura y mi estructura? ¿Es pertinente en ese punto preguntarse por la estructura del analista? Aparece la pregunta acerca de la angustia del analista en el campo de la psicosis, la paciente conmociona al terapeuta, parece interpretarlo. Dice Collette Soler: *“Lo que nos enseña la psicosis es que hay una solidaridad entre ser intérprete como lugar del Analista y el ser objeto. Ser tomado como objeto puede implicar la erotomanía o el delirio de persecución en una estructura psicótica. El sujeto psicótico se pone en lugar del objeto al cual se dirige la voluntad de goce del Otro, en este caso el analista. De ese lugar de objeto, el sujeto psicótico interpreta al analista”*.

¿Y qué pasa con la angustia, en el caso del neurótico? El neurótico espera su turno para entrar y se pregunta si es el momento adecuado para hablar. Mary, la del chicle, dice querer que le diga si ella es buena o mala, avara o generosa. Se lo tengo que decir; qué mal estaría ella, reflexiona, para no saber una cuestión tan “elemental”. Todos saben más que ella, todos sabemos más que ella, ella es la que menos sabe. Se lo tengo que decir; me amenaza, si no se lo digo se mata... Le digo: *“Depende de sus referencias... ¿Cuáles son sus referencias?”* Piensa en la avaricia del padre y empieza a llorar. Ése es un “lujo” que jamás se había dado. Se le vuelve compulsivo, ahora ya no puede dejar de llorar.

En la neurosis se trataba de la relación con el Otro, y también de un objeto, de ese pedazo, de ese “trozo de sí” (Allouch, 1996), de ese chicle que se mete en la boca y de ese otro objeto donde se despacha la *res excrementus*.⁵¹ El sujeto neurótico no entra por la ventana, espera su turno, y empieza a hablar cuando “corresponde”.

De la posición del analista se espera un manejo, la emergencia de un giro, una torsión. *“Del analista se espera una maniobra, quizás es siempre azarosa, pero sólo estará bien orientada cuando el analista tenga cierta idea de la estructura en la que él está ubicado...”*.⁵² Se trata de la posición del analista, de su estructura, la del paciente.

- 3 -

Resulta muy elegante decir que la formación debería seguir un derrotero teórico-conceptual a partir de la delimitación y circunscripción de ciertos significantes privilegiados que van apareciendo en lo inaugurando

51. N. de A: El concepto *res excrementus* está definido en el libro: *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas*, Campana.

52. Soler, Collette: *Estudios sobre las Psicosis*, Manantial.

te de la clínica, pero aparece una cuestión complicada que es la estructura del analista.

¿Cómo exponer ante los demás los límites, los puntos ciegos, las detenciones en el saber, los obstáculos en la dirección de la cura sin que eso resulte obscuro, escandaloso, silenciado y que te manden sino a la mierda a despacharlo en tu análisis personal? ¿Se trata de una cuestión del análisis personal de cada uno? ¿Se trata de formación en análisis donde poder hablar de los obstáculos?

Intentando circunscribir un ideal que una el uno con el todos, ideal de la modernidad, del sujeto de la ciencia aparece la obscenidad y la castración.

Terminé de leer lo que había traído a la reunión de residentes y miré a mis compañeros. Un par no sabían cómo mirarme. Las jefas de residentes estaban contentas porque había escrito mi primer trabajo, pero no hacían demasiados comentarios sobre el texto. Ambos bandos que se enfrentaban estaban haciendo número, sacando cuentas, tratando de pensar si les convenía tenerme en su grupo o en el grupo contrario. Ese día hablamos acerca del estatuto de votación y de las votaciones para elegir nuevos jefes de residentes y, yo no sé por qué, todos sabíamos que en esa elección se jugaba todo.

Solamente tuve dos “pequeños comentarios”: uno de mis compañeros me dijo que era un posición, por lo menos ingenua, ese deseo de ir de lo particular a lo general, pues de lo que se trataba era de tener una posición política, una posición frente al reconocimiento de los conflictos del grupo. El otro comentario, hacía hincapié en que no había dicho nada del nivel socio-económico de las dos pacientes que atendía, ¿cuál era la relación entre la distribución de los ingresos a nivel social y a nivel familiar para que consultaran en un Hospital público de las características de este hospital? Y sólo a partir de ahí se podía hablar del goce de cada uno.

Con relación al último punto, acerca de la obscenidad, la castración y el análisis personal, me dijeron que no me resistiera más y que fuera a análisis.

Agradecí la oportunidad y pensé que quizás iba a ser la última vez que presentara algo, por lo menos hasta segundo año.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA O EL DERECHO DE LA CLÍNICA

3.1. LA RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

A mitad del mes de junio ya estaba en segundo año de residencia. Me di cuenta porque estrenábamos jefas nuevas que habíamos votado a principio de año, luego de un polémico cambio en el estatuto de votación (que contaré un poco más adelante). Mis actividades también cambiaban, este año debía rotar por algún área de mi elección dentro del servicio de Salud Mental. Elegí el área de adultos. Si en primer año tuve que rogar para tener pacientes en tratamiento (pues mi tarea estaba dentro de la guardia externa y en el área de admisión y urgencias), ahora debía pedir que no me mandaran tantos pacientes. No solamente debía atenderlos sino también preparar ateneos clínicos, discusiones teórico-clínicas, rastreos bibliográficos de algún punto clínico relevante, supervisiones grupales e individuales, trabajos para ser presentados en jornadas, congresos, reuniones de servicio y en la misma residencia que los días jueves contaba con un espacio para ello.

Con los pacientes en tratamiento, empezaba a notar cambios: escribía entrevista tras entrevista, no quería perder lo que efectivamente había dicho el paciente y tampoco mis intervenciones. ¿Es que ellas podrían servirles para estar mejor? Escribir se volvió una tarea que me trajo beneficios y tuvo consecuencias: por un lado, no tenía que mantener la mirada continuamente en el paciente en un consultorio de 2 x 1 (esa mirada⁵³ iba del paciente al papel donde escribía y de lo escrito al paciente) pero, por otro lado, llegó un punto en que no sabía qué hacer con tantos papeles, y con tantos pacientes. Supervisaba un paciente más de una vez por semana, con más de un supervisor, por las dudas. No quería perderme nada y, sobre todo, no perder al paciente.

53. N. de A.: Pensaba que bajar la mirada para escribir también podía ser puesto en relación con la deposición de la mirada por la posición divanesca. ¿Eran posibles de ser analogadas? Parecía que no, pues en la práctica analítica no era depuesta la mirada del terapeuta-analista sino la del paciente. ¿Pero esto era así? ¿No pasaba nada con la mirada del analista que tenía al paciente en el dispositivo divanezco?

Una tarde de septiembre, *Mary* me dijo que, si no le decía qué tenía, se mataba. Un tanto azorado, quizás hasta con angustia, dije lo que me salió: “*Usted es una neurosis histérica*”. Por suerte esto la tranquilizó. Fui urgente a supervisar; el supervisor, quien trabajaba hacía años con residentes, me contuvo y me dijo que eso era lo que él llamaba amenaza de transferencia, en la cual el terapeuta podía quedar inmovilizado, detenido, inhibido en su acto analítico.

Mary, en su siguiente entrevista, se encontraba peor. Había soñado con un viejo que abusaba de ella de chica sobre el capot de un coche. Pienso que es su padre. Dice que es el fin. Se levanta para irse, absolutamente fuera de sí. Le digo que se siente. Lloro con congoja. Si su padre abusó de ella, ella lo había dejado mucho tiempo a solas con su hijo varón. ¿Es que el padre abusó del hijo?

- 1 -

Era evidente que el segundo año era un año de clínica. Pero la clínica no fue lo único que me mantuvo entretenido. Estaba también la política. La política dentro de la residencia, pero también la política de un Hospital público tratando de sobrevivir en los 90 ¿y, por qué no? la política de los profesionales haciendo lo que podían con los sacudones del contexto, y también la política de los pacientes con carencias tanto de su “salud médica” como económica y psicológica. Fue muy crudo el encuentro con la política, pues parecía invadirlo todo. Había política del país, del área de salud, del hospital, del servicio de Salud Mental, del psicoanálisis y hasta en la dirección de la cura en un caso particular. No había donde no se metiera. Una psicóloga solía repetir con tono reflexivo y desesperanzado: “*Seamos sinceros, en todos lados hay luchas de poder. ¿Quién puede marcar un pequeño terrenito y decir aquí no entra la política?*”

Entonces, el tema de la política fue el otro tema que me sorprendió. No pensé que apareciera con tanta evidencia y crudeza en nuestro campo de trabajo. No había remedio, la política estaba muy presente, era imposible sacarle el cuerpo. Comencé a investigar qué era esto de la política en estos tiempos en los cuales existía una disputa acerca de la nominación (dominación): ¿post-modernidad, post-mortem-nidad, decadencia de la Modernidad, era de la revolución cibernética, siglo de la globalización, fin de la historia? Comencé a interesarme en el sujeto político que nace en la Modernidad, pero apuntando a ligar aquel tiempo histórico a este de la Argentina de hoy.

Llegó un momento donde la política y la clínica se confundían una con otra, batallaban en el mismo campo. La política me había llevado a intere-

sarme en el ciudadano. La clínica me llevó a interesarme en el sujeto del inconsciente, que nace en las grietas de la Modernidad, en las grietas del sujeto político, configurando la pregunta por el destino⁵⁴ que continuamente aparece en nuestra clínica y en nuestros pacientes.

- 2 -

Y de esta relación entre política y clínica algo salió. Se fue construyendo una proposición que relacionó lo político y lo analítico con mi lugar como analista, como novel analista.

Era la proposición del novel-analista. ¿Qué sentido tendría realizar una proposición que posicionara a un psicólogo en relación con el discurso analítico y el acto político en estos tiempos de hoy?

¿Era una necesidad, una forma de tapar la angustia de mi encuentro con la clínica, un ejercicio retórico, unas desenfrenadas ganas de escribir, una posibilidad de transmisión de lo que me estaba pasando como profesional recientemente recibido de psicólogo en esta Argentina de hoy?

El novel analista era un significante. El significante del analista con su propio caso en el contexto. Era la llave que abría una puerta. ¿No ve el analista el punto ciego que la neurosis del caso presenta? ¿Se trata de una ceguera estructural a consecuencia de ser un novel analista? ¿Podrá ser su deseo de escribir lo que no entra por los ojos, su novela del analista, la que abroche la ceguera, el caso y el deseo de quien se ubica en el lugar del analista? Novel analista, era un significante. Quería escribir la novela del analista que hablara de su lugar como novel analista e intentando circunscribir los lugares donde no ve el analista, donde se dice algo distinto a lo que se quiere decir. Y esa proposición debía hacerse con el caso del analista, con un caso en tratamiento. Más allá de la queja de un *x* paciente de que algo no anda, de la queja por la pérdida de derecho (político) para llevar a cabo una acción anhelada había que ubicar al sujeto del inconsciente y al deseo del analista. Y, también, la dirección de la cura y la efectividad del movimiento terapéutico.

54. N. de A.: Esta relación entre sujeto político y sujeto analítico se encuentra desarrollada en el libro *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas?*, cuyo subtítulo es: “El sujeto del psicoanálisis no es sino el sujeto de la (con)ciencia”. Edit. Campana, 1998.

LA VOTACIÓN DE LA JEFATURA

Si al comienzo de primer año me habían resultado áridas las reuniones de residentes, al final de ese año, y frente a la votación para la elección de la jefatura de residentes, la cosa no mejoró.

A diferencia de otros cargos hospitalarios, que como todos dicen, *“deberían ser concursados pero hace años que no se concursan”*, los cargos de jefe de residentes cambiaban año a año y eran elegidos por los mismos residentes. (con la anuencia de la jefatura de Servicio). La residencia se caracterizaba por ser un trabajo tipo beca por cuatro años en el cual se entraba a un grupo de profesionales en formación que llevaban a cabo una formación gradual a partir de un plan y un programa llevado adelante por los jefes de residentes. Esos jefes también tenían como objetivos la coordinación grupal, la evaluación de cada residente y la política de la residencia.

- 1 -

La residencia cambiaba año a año, era una estructura dinámica. Y este año volvería a cambiar. Los de cuarto año ya estaban en campaña. Los postulantes debían presentar un programa de trabajo para la función de jefatura. Había dos cargos⁵⁵ y, en general, se presentaban cuatro residentes. Si las reuniones de residentes empezaron caldeadas a principios de año, cuando se iba acercando la fecha de votación la cosa se puso francamente difícil.

Empezaba el año 95 y un grupo de residentes abría el tema del reglamento de votación, mientras otro grupo se encontraba de vacaciones. Esto quedó escrito en actas en aquella reunión del 16 de febrero donde se discutió el tema y quedó establecido cuál sería el estatuto de votación para ese año. Había algunas irregularidades que varios se obstinaron en marcar durante mucho tiempo, por ejemplo: algunos residentes no estaban contados ni como presentes ni como ausentes en aquel cuaderno de actas, eran residentes fantasmas. Y algunos, que estaban ausentes aunque anotados, se quejaban de que para semejante tema no se hubiera avisado con meses de antelación el llamado a debate y votación. Éstas eran críticas de forma, pero habían de las otras, las de fondo, pues en esa reunión se había resuelto muchas cosas: quiénes podían votar, cuánto valía cada voto y quiénes se podían presentar. El grupo que estaba presente y que había votado en febrero decía que la cosa ya estaba hecha, repetían como al unísono: criterio jurídico de caso cerrado. Y al notar que el pataleo por

55. N. de A.: Había también otros dos cargos de Instructor de Residentes, que tenían mucha menor carga horaria y, por supuesto, menor salario.

el procedimiento continuaba, alegaron que ésa era la forma como se venía haciendo en la residencia tradicionalmente y que si se quería volver a convocar al debate se debía llamar a una nueva reunión extraordinaria para re-abrir el caso pero que, lamentablemente, ya era tarde, pues la votación para la jefatura sería dentro de un rato. Algunos nos miramos y recordamos que las cuestiones acerca de las votaciones se venían charlando mucho antes de esa abrupta cosa juzgada del 16 de febrero. Tomemos algunos temas:

- Muchos consideraban que la jefatura saliente no tenía que votar porque incidiría en una elección que después no “padecería”.
- Otro argumento que sostenían era que la jefatura no debería votar. Se sostenía en que ya no eran residentes, la residencia duraba solamente 4 años.
- Otros opinaban que los de primer año no deberían votar porque recién habían ingresado y todavía no estaban en condiciones de elegir a sus futuros jefes.
- Se charlaba acerca del valor de cada voto, ¿valdría lo mismo el voto del de primer año que del residente de cuarto que no se va a presentar? ¿Y cuánto debería valer el voto de la jefatura saliente?
- ¿Quiénes se podían presentar?
- ¿Había o no había reelección?
- ¿En qué momento se debía llamar a gente de afuera porque la elección la había ganado el blanco?

Como el estatuto de votación no estaba escrito, sino que era transmitido de año a año, siempre la forma de votación terminaba cambiando; este año que comenzaba no iba a ser diferente. Aquel 16 de febrero, mientras muchos no estábamos, se abrió en forma sumaria el tema de las votaciones, rápidamente se llegó a acuerdos con mayoría simple; ese año sería de esta forma:

- No habría diferencia entre residentes y jefaturas de residentes.
- El voto era uno por uno.
- Había reelección.
- El jefe de un año podía pasar al año siguiente como instructor de residentes.

Lo que pasó después era previsible. Mientras con las nuevas reglas ganaban quienes habían producido esos cambios en el estatuto de votación, la guerra entre los dos bandos se volvió virulenta. Se sabía cuándo comenzaban las reuniones de residentes pero no qué pasaría ni cuándo termi-

narían. Las agresiones iban e venían. Nadie confiaba demasiado en la palabra del otro, hubo propuestas de grabar las reuniones porque no se podía confiar en lo más mínimo en el Otro. Algunos otros querían convocar a un analista institucional grupal. Se llegaron a tirar nombres, pero se llegó a eso solamente.

Había que pensar en las votaciones del año próximo. Muchos sentimos que no se podía tocar así sin más el estatuto de votación a la primera de cambio en cualquier momento del año, con mayoría simple y sin un llamado extraordinario.

El estatuto de la votación, nuestra Carta Magna, no se podía cambiar simplemente por los intereses ligados a mantener el poder dentro de la residencia. (*Es la época*, podrán decir muchos, avivados de la coincidencia de estos hechos con el pacto de Olivos, donde a Menem, mediante una Asamblea Constituyente, se le posibilitaba la reelección).

El debate seguiría todo el año.

- 2 -

Estas reuniones me enseñaron muchas cosas: en política había que estar atento a las jugadas sucias y, como decía Maquiavelo, el animal político estaba entre el zorro y el león. La política estaba tensionada entre la moral y el poder. ¿Qué significaba esto? ¿A quién votaría en la elección de la jefatura? ¿Votaría a quien estuviera más cerca de mí o a quien me pareciera el más probo, eximio para la tarea? ¿Votaría por el que me permitiese tener más poder o por la excelencia en el futuro desempeño en el cargo que fuese mejor para todos?

El amiguismo como criterio de votación era muy fuerte en la residencia. Los residentes de cuarto año, junto a sus partidarios, meses antes de las elecciones comenzaron un *lobby*, una verdadera presión para decidir al indeciso, entre los cuales me hallaba. Votar a uno era tan fuerte como no votar al otro. Y eso era vivido agresivamente. Me enteré de historias que se contaban de otras residencias. Se gana y se pierde por un voto. Las elecciones en general eran muy reñidas y se apelaba a todo tipo de argumentación. Al principio, se hacía hincapié en la responsabilidad en el trabajo, en las relaciones con la jefatura del Servicio pero, llegando a las elecciones, se apelaba a las argumentaciones emotivas, no votarlo era que gane el enemigo: otra ideología de trabajo, otra clínica, otra puntualidad y las últimas argumentaciones eran las peores: se hacía mención a que no votarlo era dejarlo afuera, sin cargo, sin dinero, desesperado. Esta presión era muy efectiva. Ese año voté muy convencido de que ya estaba en las redes de la residencia. Mi mirada estaba adentro de la residencia.

Detengamos esto aquí y después les contaré qué pasó con ese estatuto de votación, tema importante pues ese año se venía aún más reñido que el anterior.

EL ATENEO CLÍNICO

Tenía que presentar un ateneo para la residencia en el espacio de los jueves, tenía fecha para dos meses más tarde. Se trataba de presentar un caso clínico bajo tratamiento. Luego de la presentación se abría el espacio para las preguntas y para los comentarios. Convenía, además, preparar alguna cuestión teórica o desarrollar algún punto que se abría a partir de interrogantes planteados por la exposición del caso.

Yo sabía que iba a presentar a *Mary*. En ese momento las cosas no andaban muy bien. Ella me exigía que le dijera quién era, decía que tenía derecho a saberlo y que, de lo contrario, estaba decidida a matarse. Pensaba que *Mary* era una histérica, y suponía que el tipo de clínica que estaba llevando a cabo era una práctica analítica. Pero pronto surgieron las dudas, las preguntas, los miedos.

“¿*Mary* era realmente paciente?”

“¿Era histérica?, ¿qué era la histeria, y cómo diagnosticarla?”

“Si lo que decía que estaba haciendo era un tratamiento analítico, ¿yo me estaba proclamando como analista?”

- 1 -

Suponía que la mayor parte de los individuos que acudían al servicio de Salud Mental debían ser neuróticos y como el 90% de los pacientes con quienes mantuve entrevistas eran mujeres, supuse con sensatez que la mayor parte serían histéricas. Esas a quines en el léxico de guardia las denominaban pacientes “H” pues, al igual que la letra muda, venían a guardia sin tener nada desde el punto de vista orgánico. Algunos otros médicos las denominaban pacientes “CH”, que sería de buen lector leer: “crisis histérica”. Estos médicos en guardia quizás no las vieran como pacientes mudas para el saber de la medicina, sino como pacientes raras, complicadas para llevar a cabo el acto médico. Así, el debate en la práctica clínica de la medicina era entre la “H” y la “CH”, pero para mí el problema era otro. Debía comenzar a reconocer algunos indicadores que fueran necesarios y suficientes para el diagnóstico de histeria y quería que no se tratara de algo fenomenológico.

Me encontraba dentro de una laguna llena de patos y me estaba ve-

dado reconocerlos por el previsible y llamativo color de sus plumas ni por su manera de andar por el agua.

¿Cómo las reconocería si no podía usar las inferencias deductivas del tipo: todas las mujeres son histéricas, una paciente es mujer, entonces es histérica? ¿O el tipo de razonamiento inductivo: un caso de una paciente histérica hoy, un caso ayer, es muy probable que mañana llegue una mujer con un caso de histeria? ¿Cómo llegar a un diagnóstico que investigue desde el caso a caso pero que construya un modelo que valga para todos los casos y además tenga incluida alguna cláusula que permita introducir modificaciones cuando el contexto socio-político-cultural produzca cambios en la constitución de la subjetividad? ¿Cómo llevar a cabo un diagnóstico de histeria?

- 2 -

Ya que se trataba de patos, me fui a pasear un rato por la laguna mnémica freudiana. ¿Qué me acordaba?

Recordaba que Freud, en 1894, ubicaba como dentro de su campo de trabajo a la histeria de defensa. Un paciente goza de salud hasta que aparece una *representación muy cargada de afecto* inconciliable para sí mismo, para su yo. Pone esfuerzo en intentar negar que eso que le pasa le esté pasando. Pero no logra su objetivo. Hay huellas, hay testigos, hay emociones de los que no se puede dudar ni desembarazarse. Pero, con tanto empeño, algo consigue.

Logra separar la representación del afecto con el que venía adherido. En 1896, agrega que ese conflicto psíquico está en relación con vivencias traumáticas de carácter sexual, "*es preciso que esos traumas sexuales correspondan a la niñez temprana*".⁵⁶ Comienza a comprender que el sexo femenino es el más propenso a la histeria, pues "*es más estimulador de ataques sexuales aun en la niñez*". Freud habla de pasividad sexual en esa temprana etapa de la niñez donde aún no se encontraba preparada para la actividad sexual. Freud presenta como base clínica 13 casos de histerias entre los cuales 2 son hombres. (Evidentemente la mayoría de casos de histeria eran de mujeres, lo que no me quedaba claro era si la mayoría de las mujeres eran histéricas ni tampoco si una histérica podía además ser mujer).

Puse atención en las pacientes mujeres posiblemente histéricas que he atendido, les pregunté acerca de lo que piensan es la causa de lo que les está pasando. Muchas contaban, en forma de secreto y/o confesión que

56. Freud, Sigmund: "Nuevas aportaciones sobre las neurpsicosis de defensa" Buenos Aires. Amorrurtu. Tomo III, pág. 164.

habían sido sujetos de un abuso en una edad que va de los 4 a los 11 años. Me había sorprendido desde el comienzo, la enorme cantidad de pacientes mujeres que relataban escenas de abuso infantil. Por lo general era un padrastro quien abusaba de una menor frente a la mirada enceguecida de una madre. Se confiesan, confiesan haber sido esa menor. Creen que están así por eso que les pasó en la niñez. En general, no lo han contado⁵⁷ muchas veces, pero han escuchado a otras mujeres contar muchas veces cosas parecidas.

- Una paciente de 45 años está muy nerviosa porque se acaba de separar; tiene 5 hijos y no puede trabajar porque su recuperación de una operación de hernia de disco no es la esperada. Cuenta su historia, dice que lleva el apellido de su padrastro, quien abusó de ella de chica. Viene en sillas de ruedas a tratamiento. Desesperada por estar perdiendo el trabajo y estar casi inmovilizada, dice: "*Ésta es mi cruz*".

- Una paciente de 26 años, con un hijo y con dificultades en su pareja. Está mal pero no es de ahora, hace años que está mal. Recuerda cuando subió a un remise y terminó viviendo con el remisero. Hace 2 años que está con él en su casa. Y ahora no lo resiste, él no le da lo que ella precisa pero se queda porque no tiene otra casa donde ir. Va apareciendo la casa materna y sus 10 años, cuando la abandonó porque un tío abusó de ella y, al contarle a la madre, ésta le negó la verdad del acontecimiento, le dijo que estaba mintiendo.

- Una paciente de 24 años viene a contar cómo tenía relaciones de a tres. Cuenta cómo su madre le dejaba, en su niñez, ver escenas de promiscuidad, y llega a contar cómo en su cama de chica unos amigos de la madre abusaron de ella.

Las escenas de abuso no sólo eran relatadas, sino que podían ser actualizadas por un paciente en tratamiento. Un día escuché un caso de un psicólogo que atendía chicos. Contaba el caso de una nena de 9 años, con padres separados, abogados, litigando por ella. La nena le contó a la madre que vio al padre desnudo, haciendo el amor con su nueva mujer. La nena, muy varonera, quiere, en tratamiento, jugar al fútbol. En el partido, los cuerpos se chocan, se meten patadas, se tocan. Ella se tira al suelo, el psicólogo la revive. Un rato después, la nena mira distinto y dice: "*Le voy a contar a mi mamá, esto es abuso de menores*".

57. N. de A.: Después de que lo cuentan, las cosas ya no son iguales, miran al terapeuta de otra manera. Contar un secreto, algo que estaba oculto, libera al paciente de la encerrona, el dilema, el callejón sin salida al que lo habían conducido los acontecimientos de su vida.

Cada paciente tenía su política en relación con el secreto de su abuso. Mary, luego de un año de tratamiento, le dice a la hermana: “*El psicólogo quiere que yo le diga que papá abusó de mí*”. Y comienza a traer sueños donde un hombre mayor, al que no se le distingue la cara, la viola. No distingue si es la cara de su padre o la de un amigo del padre que vivió con ellos a sus 5 años. Se desespera. Si fue su padre, eso es terrible, lo peor.

Freud escribe acerca de si es posible que sean tan generalizados los abusos sexuales de mujeres niñas por personajes cercanos y queridos de su niñez. ¿Es que la época está tan degenerada, atentatoria contra toda moral de la burguesía que basaba su fundamento en la educación y formación en familia? Las histéricas provocan a su tiempo histórico, desnudan las mentiras sociales que se erigen como moral de los grupos humanos educados en familia.

Freud sabe que se trata del cuestionamiento del saber, de la verdad, del poder pero, fundamentalmente, de la dimensión del objeto, de ese objeto que fue en el campo del Otro. Escribe esa famosa carta donde dice que no les cree a sus histéricas. No cree la “real” realidad de las escenas de abuso, y dice que se trata de una escena de fantasmática realidad. Se lo acusa a Freud de haber dejado de buscar en el cuerpo biológico esos indicadores que deja una experiencia de abuso sexual y meterse con el cuerpo psicológico donde se reconoce una relación estrecha entre el trauma y el fantasma. ¿Y qué pasa con las que realmente fueron abusadas, y las que son abusadas en este momento?

Freud dice que se trata de la relación entre el trauma, lo real y el fantasma, entre la vivencia traumática y la escena fantasmática que abrochan la dimensión del objeto, y el deseo. Y esa escena se representa en el cuerpo histérico que pone en juego una transferencia conversiva al cuerpo erogoneizado. Ese afecto que se despega de su representación se pega al cuerpo histérico, conversión que ubica como patognomónico de la histeria. Si en la neurosis obsesiva ese afecto “*devenido libre se adhiere a otras representaciones no intolerables en sí, a las que este «falso enlace» convierte en representaciones obsesivas*”⁵⁸, en la histeria, gracias a esta facultad conversiva, ese afecto se transferirá a las inervaciones somáticas. Freud aquí ya utiliza el término transferencia como transferencia de afecto. La histeria es una neurosis de transferencia, transfiere su conflicto psíquico a un conflicto que se debate en ese cuerpo histérico.

- A una paciente de 24 años se le duermen los miembros del lado derecho, tiene dolor en el pecho, le cuesta respirar. Refiere que la abuela mu-

58. Freud, Sigmund, (1894) “Las neuropsicosis de defensa” Madrid. Edit. Biblioteca Nueva, Tomo 1, pág. 172.

rió hace 6 días y que desde entonces no puede dormir, desde entonces se le empezaron a dormir los miembros.

- Una paciente de 20 años llega con parálisis de piernas y dolores de estómago. Cuenta su historia con mucha congoja. No conoce a la madre. El padre y la madrastra le pegaron de niña. Quiere encontrar a su madre pero no puede “*ir ni a la esquina*”.

- Una paciente de 53 años no deja ni un día de ir al cementerio a ver a su madre, fallecida hace 3 años. Llega con intensos dolores en su ojo izquierdo que le impiden ver, le tapan esa mirada detenida en el cuerpo *post-mortem* de su madre.

- 3 -

Freud ya ha hablado de ese recuerdo inconsciente traumático que se actualiza en el ataque histérico, también de la posición de ser abusadas, de vivir en forma pasiva una experiencia sexual en dos tiempos. Y realiza el pasaje del hecho traumático a la fantasía inconsciente. Se pone a investigar sobre esa fantasía histérica. Liga a esa fantasía con lo secreto, con lo pudoroso, con lo vergonzoso: “*interesan vivamente al sujeto, que los cultiva con todo cariño y los encierra en el más pudoroso secreto, como si contasen entre los más íntimos bienes de su personalidad*”.⁵⁹ Se trata de una escena autoerótica, ligada a una zona erógena determinada que actualiza una “*representación optativa perteneciente al círculo de la elección de objeto*”. Y esa satisfacción que se espera está basada en componentes sádicos, masoquistas y también en componentes de la pulsión de exhibicionismo y de pulsiones de crueldad, como estudia Freud en “*Tres ensayos...*” (1905).

- Una mujer relataba cómo su pareja le vendaba los ojos y realizaba el *coitus a tergo*, ella no estaba segura pero parece que él dejaba la puerta abierta y entraban sus amigos, que vivían en la casa.

- Otra mujer relataba el momento en que vio a su padre haciendo el amor con una perra. Ella miraba escondida y ahora, con su marido, huele toda la ropa buscando la prueba de la infidelidad.

Esa exteriorización de las fantasías perversas viene acompañada de componentes exhibicionistas de crueldad sádico-masoquista y otra corriente tan intensa como la anterior y en guerra con ella, de signo contrario que la vergüenza y la lástima, que intentaban evitar su exteriorización.

- Una mujer de 24 años, con un hijo. Casi no habla de tanta vergüenza

59. Freud, Sigmund: (1908): “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” Edit. Biblioteca Nueva. Tomo IV. Pág. 1349.

que tiene, siempre se siente incómoda en el lugar donde está. Luego de tener su hijo, su marido cae del lugar de hombre. Dice: *"De repente sólo era el padre de mi hijo; fue raro, ya no me interesaba más como pareja"*.

- Una paciente de 26 años quiere dejar a su novio pero no puede por lástima. Está adelgazando a niveles imposibles. Le pregunto por la lástima. Refiere que por el padre no siente nada de lástima, es capaz de matarlo: un día sacó un cuchillo que tenía escondido y le tiró un par de estocadas.

Freud estudia el fantasma histérico y marca la relación de esa fantasía con la bisexualidad: *"...esto me parece constituir el mayor grado de complicación que puede alcanzar la determinación de un síntoma histérico"*.⁶⁰ Pone el ejemplo de un ataque histérico donde una enferma con una mano sujeta sus vestidos contra su cuerpo (como la mujer que es objeto de una agresión sexual) y con la otra mano intenta despojarse de ellos (como el hombre agresor). Alerta que agotando, una de las significaciones, se deja en pie la contraria, por donde pueden escaparse el paciente y la resolución del síntoma. Freud investiga la zona erógena que tiene prevalencia en la histeria y ubica esa zona erógena en la boca. Investiga acerca de la función subjetivante del asco. *"El asco corresponde al síntoma de represión de la zona erógena de la boca"*.⁶¹ Para Freud esto es fundamental para diagnosticar un cuadro de histeria. *"Ante toda persona que en una ocasión favorable a la excitación sexual desarrolla predominantemente o exclusivamente sensaciones de asco, no vacilaré ni un momento en diagnosticar una histeria, existan o no síntomas somáticos"*.⁶²

Freud dice que es histérica la sustitución entre asco y excitación sexual; allí donde debería aparecer excitación sexual aparece asco, se trata de histeria. El asco en el lugar de la excitación. Esa zona oral tendrá sus consecuencias, ya sea en las perturbaciones del aparato respiratorio y digestivo, ya sea en el beso, o en las alteraciones de la voz que es alcanzada por la histeria. ¿Sería posible diagnosticar a una histeria por su voz? (Lacan habla de la relación entre la voz y el superyó, se trata de mandatos, prohibiciones pero también de esa tonalidad, de una sonoridad al Otro que nos goza).

¿Cómo será el superyó de las histéricas? Freud marca una diferencia entre el superyó del obsesivo y de la histérica, y dice que el superyó de la histeria es más lábil. Muchos psicoanalistas marcan que Freud, en este punto se equivocó. Y que él mismo se había dado cuenta de su ferocidad sin sacar las conclusiones teóricas cuando hablaba de la locura de esas mujeres que se emperran en una lucha a muerte con el polvo, lucha incan-

60. Freud, Sigmund: Ibid, pág. 1352.

61. Freud, Sigmund: (1901) "Fragmento de análisis de un caso de Histeria" Buenos Aires. Amorrortu, Tomo VII, pág. 28

62. Freud, Sigmund: (1901): "Análisis fragmentario de una histeria" Madrid, Biblioteca Nueva, Tomo III, pág. 947.

sable, lucha continua, de las amas de casa que Freud llega a denominar como psicosis del ama de casa.

El error con el superyó fue efecto de la comparación entre histeria y neurosis obsesiva. En la neurosis obsesiva la regresión va hasta la zona sádico-anal, configurando esa particular ambivalencia cruel del obsesivo; en cambio, la histeria tiene otro trato con la ambivalencia y con la crueldad.

En 1925, Freud dice que la neurosis obsesiva, llama la atención por la exageración de los rasgos de carácter, la ambivalencia y los síntomas compulsivos. En la histeria no es tan clara la modificación en el carácter pero *"llega a imponerse a nuestra atención como síntoma principal del estado patológico"*.⁶³ La ambivalencia, en la histeria, es resuelta mediante una intensificación de la ternura para con una persona, y sólo una, que despierta odio y que despierta continua ansiedad.

"La formación reactiva histérica se mantiene tenazmente fija en un objeto determinado".

En la neurosis obsesiva la ambivalencia es generalizada; en cambio, en la histeria, la ambivalencia es con un objeto determinado.

¿Qué característica tiene ese objeto ambivalente que desencadena la histeria, esa llamada Otra de la histérica?

En el historial histérico freudiano, es la señora K quien fascina a Dora. Ella debería odiar a su rival, quien la entrega pero, al contrario, a Dora le gusta la piel de esa señora, está interesada en las cuestiones sexuales que sabe su rival y se pregunta acerca de la manera de estar entre dos hombres.

- 4 -

¿Pero era todo esto suficiente para ubicar la estructura histérica?

¿Alcanzaba con la vivencia traumática de pasividad sexual en la temprana infancia, la fantasía perversa de bisexualidad, la Otra de la histérica y la zona erógena que se satisface ligada a la pulsión oral, la pulsión invocante y sus inversiones de afecto como asco y lástima ante la intromisión del Otro?

Me parecía que me faltaba comprender varios temas como:

- 1- La relación entre la mujer y la histeria.
- 2- El desarrollo de la sexualidad femenina.
- 3- El discurso histérico.
- 4- El ser histérico como diagnóstico.

63. Freud, Sigmund: "Inhibición, síntoma y angustia" (1925), Madrid, Biblioteca Nueva, pág. 2874.

Me faltaba mucho para comprender a la histeria y a las histéricas. En ese momento volví a sentir ese dolor cercano a la panza que ya había sentido en primer año. Ese dolor crónico ¿sería un síntoma histérico? No sé si fue por tanta histeria, tantas histéricas o por que mi discurso se estaba histerizando, pero lo cierto es que yo mismo empezaba a tener síntomas.

Esto me llevaría a pensar, tiempo después, el tema de la Salud Mental del terapeuta y el lugar de la identificación sintomática con los pacientes.

Fue por esa época cuando le dije a *Mary* que era una histérica. ¿Qué le quise decir? Le cuento el caso a un supervisor. Me dice que lo que hice fue darle un diagnóstico. —*¿Y qué es un diagnóstico?* —pregunta a todos los que estábamos presentes en esa supervisión grupal. Y responde él: —*Un diagnóstico no es sino la inclusión de la parte en el todo, se emplea en forma habitual en las historias clínicas. Esta forma de validación es propia de la racionalidad científica que intenta preguntarse por el ser universal, la teoría de los conjuntos y la puesta en relación intersubjetiva.*

—*¿Pero que ocurre cuando un diagnóstico es dado a un paciente?* —nos vuelve a preguntar, y a responder ante nuestras dudas: —*El diagnóstico es dador de ser, apunta al ser del que pide atención hospitalaria, más allá de sus comportamientos, sus sufrimientos, sus demandas. Da identidad.*

Me quedaba más claro el momento en que, apurado por la pregunta elemental de *Mary* acerca de si era buena o mala, pregunta efecto de la indeterminación del ser, yo le había dado un ser de histérica. Yo la autorizaba a formar conjunto con las histéricas. El supervisor seguía hablando. —*La proliferación de ciertos diagnósticos por patologías no debería sorprendernos tanto como la inclinación que evidencia el hombre moderno a dejarse incluir en las categorías que las designan. La idea de ser enfermo es proclive a despertar menos horror que alivio, cuando además de autorizar al sujeto a gozar de su síntoma, le asegura como beneficio adicional, la referencia a un grupo, una identidad.*⁶⁴ La supervisión me había ayudado mucho para pensar.

Otro día, un jueves, estaba dando clase una docente sobre la temática de las estructuras clínicas. En un momento, le pregunto: —*He escuchado que una cosa es una histérica y otra cosa es ser una mujer. ¿Cómo se realiza ese pasaje entre la histérica y la mujer?*

La docente se asustó con la pregunta, me miró y dijo: —*No es tan fácil salir de la histeria. La posición de la mujer es problemática: una vez comprometida la mujer en la histeria, debemos reconocer que su posición presenta una particular estabilidad.*⁶⁵ Y sigue hablando: —*La mujer se enfrenta a un cuer-*

po histérico, a un fantasma histérico, a un discurso histérico y a un diagnóstico social histérico.

Recuerdo lo que dijo:

1) El cuerpo histérico es la pregunta por los atributos de la mujer y su centramiento en el falo y en la castración.

2) El fantasma histérico es la pregunta que se realiza en una matriz de al menos tres personajes y el falo que se mueve entre.

Esa pregunta sólo se sostiene a través de una identificación con La mujer en la cual la mirada de la histérica queda congelada y también con la identificación en la falla de la ley del padre, falla en el sentido de desfallecimiento, y no simplemente donde no se cumplen las reglas estipuladas. La histérica se sostiene entre la tachada mujer y la potencia desfalleciente del padre.

3) El discurso histérico: La dominante de este discurso es el saber no sabido, lo que no funciona. “*En el discurso de la histérica, está claro que esta dominante la vemos aparecer bajo la forma del síntoma*”.⁶⁶ No alcanza el lenguaje para desplegar lo que ella, como mujer, puede desplegar con respecto al goce y al lugar en que es puesta por un hombre en su fantasma.

La docente continuó hablando, parecía que el tema le gustaba. Ya se estaba pasando el tiempo estipulado para la reunión. —*No nos podemos olvidar del diagnóstico social: sos una histérica. Este “diagnóstico” intenta caratular la acción del otro más allá de su decisión y conducta. El ser histérica es una etiqueta conocida y hasta previsible.*

La docente, que ha pasado “la prueba de la histeria”, parece no querer dejar de hablar. Sigue hablando ahora del discurso analítico.

—*Lo que el analista instituye como experiencia analítica, puede decirse simplemente, es la histerización del discurso.*⁶⁷ ¿Qué es esto? —*Tiene el mérito de mantener en la institución discursiva la pregunta por lo que constituye la relación sexual, a saber, cómo un sujeto puede sostenerla, o por el contrario, no puede sostenerla.*

La detenemos y le agradecemos, explicándole que teníamos otro espacio pautado donde un residente puntuaría un caso clínico. Era mi ateneo clínico.

64. Pujó, Mario: “Diagnóstico y subjetividad” Revista *Psicoanálisis y el Hospital*; Junio de 1999.

65. Lacan, Jacques(1955): *El Seminario, Libro 3. «Las psicosis»*. Buenos Aires. Paidós. 1991, pág. 254.

66. Lacan: *El Seminario, Libro 17, «El reverso del psicoanálisis»*. Pág. 46. Edit. Paidós.

67. *Ibid.*, pág. 33.

LA PROCLAMACIÓN DEL NOVEL-ANALISTA

Hubo un tiempo que fue hermoso y fui libre de verdad, guardaba todos mis sueños en castillos de cristal. Poco a poco fui creciendo, y mis fábulas de amor se fueron desvaneciendo como pompas de jabón.

SUI GENERIS

Empecé comentando que me había costado mucho hacer este ateneo. Les dije que un día, cuando preparaba el material clínico, me había denominado analista. Hasta ese momento ponía terapeuta, y quería, además de presentar el caso, pensar este cambio.

Escribí muchas versiones de esa proclamación que realizaría, pero no me terminaba de convencer. Llegada la hora, aquí estaba.⁶⁸

- 1 -

Comenzaba con la pregunta que era sostenida por una disyunción, por una “o”, la pregunta elemental de *Mary* acerca de si era esto o lo otro, si era avara o generosa. Esa “o” sostenía la indeterminación del ser y la suposición de saber en el analista: “Me lo tiene que decir, sino...” Y algo quería escribir de esa escena de tratamiento.

Freud decía con relación a la escritura del analista: “*Por eso, a mí mismo, me resulta harto singular que los historiales por mí escritos, se lean como novelas breves y que de ellos esté ausente el sello de seriedad que lleva estampado el científico*”. De Freud, de una parte de su cuerpo, de su puño y letra nace un nuevo género literario (*Novela del analista*), un discurso que se posiciona en relación con la ciencia. El sello de seriedad del científico, ese brillito agálmico de la ciencia, cae, falta, se frustra en la posición del analista. El analista escribe poniéndose con relación a la ciencia; Freud jamás abandonó los ideales de la ciencia y Lacan ubicó la correlación entre el sujeto del psicoanálisis con el sujeto de la ciencia.

El analista escribe tratando de buscar referencias en el texto clínico. ¿Qué otra manera sino de hablar de la práctica que nos constituye? Se trata del punto donde ese brillito agálmico cae y aparece la repugnancia, el asco, la lástima, la vergüenza, la falta, la culpa.

68. N. de A.: Es un tema que sigue poniéndome incómodo. Quizás por su importancia o quizás todo lo contrario, por su futilidad.

El público mira cuando se levanta el telón. La curiosidad por la novela sexual del neurótico se detiene en el momento en que aparece lo que no debía estar. Ahí es donde todos se levantan de sus sillas con algún síntoma y, mirando para otro lado, acusan al psicoanálisis de obsceno, inútil, impracticable. El analista, mientras tanto, escribe esa caída de la curiosidad, esa animosidad y el contagio del síntoma. ¿Y es posible que, en aquel momento, el analista constata su evidencia de analista?

Un analista no promete felicidad ni curación pero está advertido de que los pacientes vienen por ello. Desea acompañarlos hasta la tierra prometida, pero sólo, marca lo que falta. Hablan de eso.

El analista no deja de cuestionarse su posición, una pregunta lo desestabiliza: cuál es el derecho que lo asiste. Su propia vida es su flanco débil. No es un superhombre que tiene marcado el camino. Continuamente se vuelve amante de ritos, dogmas, mitos y, sobre todo, de la carenciada realidad. De la relación entre el sujeto político y el sujeto del inconsciente.

Ésta es la proclamación del *novel analista*. Un analista puede decidir no hacer pública su proclamación de analista pero, si lo hace, debe “*ofrecer esa prueba de venir a confiárselo a gente que se encuentre en el mismo punto que él*”.⁶⁹

El analista muestra cómo cayó en la trampa de la situación transferencial, cómo se enamoró de su caso, cómo se hizo carne de los síntomas del Otro pero, sobre todo, muestra esos puntos ciegos que se obstinan en no ver de frente. (*¿No ve el analista?*)

¿Es que tendré que culparme y pedir disculpas por lo que aún no he visto en esa escena donde un paciente camina en su tratamiento?

- 2 -

Existe una versión que dice que este texto clínico nació del encuentro y la fascinación con el significativo novel-analista. Permitía abrochar el deseo de escribir con la entrada a lo analítico del analista y la ubicación en esa entrada de lo que no anda y, sobre todo, de lo que no se ve, ligándolo a la pulsión escópica como una operación propia del análisis. Era la posibilidad de escribir un caso en una forma narrativa, *novela del analista*, que permitiera contar un caso. Se trataba de circunscribir el momento donde el analista se definía en su evidencia de analista, se autoproclamaba como *novel analista* y eso retornaba en una pregunta por el derecho de esa proclamación y una enorme angustia que se manifestaba en forma sintomática donde *no ve el analista*.

69. Lacan, Jacques: “Proposición del 9 de octubre” en *Momentos cruciales del psicoanálisis*, Manantial, 1996.

Pero no alcanzaba con la creación de este significante, sino que debía contar el caso del analista. Traté de escribir lo que pasaba en un tratamiento con una paciente y ubicar los momentos donde las intervenciones del analista o el mismo desarrollo de la cura producía una torción, un quiebre, un antes y un después. Así, comencé a escribir el caso.

EL CASO DEL ANALISTA

Mary llega a Salud Mental derivada por la hermana quien, en ese momento, se encontraba en atención en el servicio. Tiene 50 años y, al preguntársele acerca de su motivo de consulta, dice que viene porque masca chicle. Había comenzado a mascar chicle para dejar de fumar; hoy fuma y masca. Al chicle no se lo saca de la boca ni siquiera cuando come.

Refiere que para ella el azar no existe y que lo quiso probar anotando en un cuaderno los números que salen en todas las quinielas. Con el tiempo, se le ha complicado la tarea pues en estas épocas existen demasiadas quinielas.

Cuando duerme, siempre deja una ventana abierta, tanto en verano como en invierno.

Mary, luego del motivo de consulta, comienza a hablar de la avaricia del padre, dice que es la persona más avara que conoce. Utiliza un significante: *"nada de nada de nada"*. Triple nada del padre. Lo trata de ilustrar, se esmera en mostrarlo. *"Compró una casa hace más de 50 años, no le puso agua corriente, ni siquiera un inodoro"*. Con respecto a ella: *"No me ha dado ni un beso ni comprado una golosina"*. Y de su situación económica actual: *"Le sobra lo que gana como jubilado, hasta ahorra"*.

El analista invita a poner en tratamiento ese objeto para desagotar *"la res excrementus"* y despachar todo lo que se había guardado. Sigue con el padre, quien además, no vacilaba en mostrar que la preferida era su hermana dos años más grande: *"Mostraba a todos que no había comparación entre mi hermana y yo"*. La invitación del analista ubica el punto de subjetivación con respecto al Otro y la función de la angustia. Algo iba a pasar, un síntoma, un *acting*, un pasaje al acto. ¿No me habré mandado una cagada? Cuenta una escena infantil: *"Una vez me regalaron un vestido, mi padre me lo sacó y se lo dio a mi hermana, en esa oportunidad me quise matar, tomé veneno para hormigas"*. Era la primera vez que intentaba matarse. Siempre lo había tenido presente. *"Si algo andaba mal, me mato y listo"*. Una primera pregunta: ¿Cómo era posible que su padre fuera tan avaro?

Tiempo después, Mary cambia su discurso. Dice: *"Quiero reivindicar la imagen de mi papá. Después de que me casé mi papá empezó a venir todos los días a casa"*. Analista: *"¿Usted tuvo ganas de verlo diariamente?"* Mary: *"Nunca me lo pregunté. No le iba a decir que no tenía ganas de verlo"*.

Se recorta una proposición enigmática: su padre no le dio *"nada de nada de nada"* pero después de casarse le dio su presencia diaria. Se toca la contradicción entre la avaricia y al generosidad del padre y se arriba a la primera inversión, donde se ubica la paciente en relación a su discurso: *"Mira tu parte en el desorden de que te quejas"*, dice Lacan que le dice Freud a la histérica que hay en Dora. Se plantea un enigma: ¿qué cambió después de que ella se casó para que su padre no dejara de ir ni un día a verla?

Mary se lanza a trabajar, dirá: *"En estos momentos no puedo dejar de pensar, si no pienso es al pedo que venga acá"*. Analista: *"¿Ahora que está pensando?"*. *"Hablamos de cómo veía a mi papá, pero no hablamos de cómo yo me veía"*. Analista: *"Hablemos de eso"*. Responde: *"Siempre lo tengo un poco presente, si algo no anda, si estoy entre la espada y la pared, siempre queda la última alternativa, me mato y listo"*.

Hay un punto donde la paciente se desbarranca. Mary se pregunta en forma apremiante acerca de si es ella avara o generosa. La indeterminación de su ser en el mundo la descoloca. Aparece una suposición de saber del lado del analista: *"Usted lo debe saber"*. Se comienza a angustiar: ¿Cómo era posible que ella no supiera algo tan elemental? Comienza a llorar. Primero a escondidas, luego en tratamiento y, por fin, a grito pelado en su casa a la vista de su esposo y de sus hijos. No puede parar de llorar. *"Llorar es un lujo que nunca me había dado"*, dice, ya habiendo atravesado la vergüenza de ser vista. Recuerdo su primer llanto en tratamiento, fue rememorando una visita a *Mundo Marino*, donde vio morir a una horca. No puede parar de llorar. Todos se preocupan. Mary se quiere ir de la casa para que no la vean así. Intento ligar el llanto con un efecto propio del tratamiento. Mary viene en su horario, espera su pase y, después de que se sienta, se abalanza a hablar. El 23 de abril habló de su hermana: *"Mi hermana se casó con un hombre igual a mi padre. ¿Cómo lo vamos a dejar afuera? Mi hermana dice que mi papá..."*

Analista: *"¿A su hermana no hay que dejarla afuera?"*

Paciente: *"No, a mi papá. Cada vez que vengo le hablé de mi papá, lo debo tener saturado"*.

El padre de Mary, de 84 años, vive junto a su esposa de 81 años. Hace 3 años que casi no va a la casa de la paciente, pues cada vez ve menos. Su madre no sale de la casa. Dicen de ella que tiene problemas mentales. El padre le dice: *"Lo que quieren de mí, es que ahora me muera"*. Mary: *"¿Sabe lo que se me ocurrió decir? Te estás dando demasiada importancia, ya ni siquiera quiero eso"*.

Analista: *"Ya pensó en matarlo"*.

El llanto, el tratamiento y el padre. Llega a una conclusión, ¿pues que otra cosa debería hacer, sino? *"Mi padre nunca me quiso"*. Agrega que: *"Cuan-do pensé eso, me sentí eufórica, me sentí liberada. ¿Seré un monstruo?"*

Mary hablaba de lo monstruoso del padre, de un padre fantasmático y de un padre que vive sus últimos años de vida. Se anima a sondear el lazo con respecto al padre.

Analista: “¿Por qué se puso bien al sentir que su padre no la quiso nunca?”

Paciente: “Es digno de lástima”.

Punto central, la dimensión de la lástima. ¿Pero ubicarlo en relación con lo digno? Mary llega a la conclusión de que tiene que hacer algo. Al no ser querida por el padre, decide no ir a verlo más. Las sesiones siguientes, viene llorando. No puede sostener su acto, “por una cuestión de humanidad decidí volver a verlo”. Ese día hace una pregunta directa al analista. Algo habría que decir.

“¿Usted sabe si es bueno o malo?”

Analista: “Sí, depende de las referencias. ¿Cuáles son sus referencias?”

Paciente: “Yo no tengo referencias”.

Con el padre es complicado ubicarse pues es el más avaro, lo superlativo de la avaricia, es incomparable. ¿Alguien conoce una persona más avara? ¿Y su madre? “Mi madre no se trata de una referencia sino de una preferencia”. Cuenta de las internaciones de su madre y que ella nunca la dejaba sola, siempre se internaba con ella. Se internaba por cuestiones físicas. No comía. No estaba muy claro su diagnóstico pero parece que tenía neologismos, no salía de la casa porque temía ser agredida por vecinos, guardaba todo. “Una vez fue internada por anemia, la sangre se le ponía blanquecina”. El padre acota que la madre “respira porque el aire es gratis”. Mary se pregunta: “¿Por qué me internaba siempre yo con ella, por qué no mi hermana?”

Parecía que la paciente había caído en un pozo negro, se empezaba a preguntar acerca de su “posición de mierda”. Dice: “Estoy bien y mal, cuando hablo se siente el mal olor, parezco una cloaca”. Ella, de chica, no podía hablar. “Mi papá no hablaba, ladraba, cuando abría la boca llamaba la atención, él me decía: callate, vos no sabés nada”. La hermana tiene temor a caerse en un pozo negro, así que cuando construyó la casa, “me vino a preguntar a mí dónde poner el pozo negro”.

Analista: “Usted sabe qué hacer con la mierda”.

La paciente sigue llorando de forma cada vez más incontrolable. Aparece angustia del lado del analista. ¿Cómo pensar la angustia del lado del analista? ¿Se trata de un punto de análisis en el análisis personal del analista? ¿Puede ser la angustia del analista una formación del inconsciente del caso? ¿Es esa angustia una guía posible para tener en cuenta en una cura? ¿Será angustia o inhibición del acto analítico considerando el empeoramiento y el discurso del paciente? La invitación a poner el inodoro en tratamiento, dejaba en pie la pregunta: ¿hasta dónde tirar la cadena? Pregunta por el límite, por la pérdida, por lo imposible, por la angustia. Algo iba a pasar.

El analista le pide a Mary algunos datos para llenar una planilla para el servicio de Salud Mental. Le pregunta datos variados y, entre ellos, el nombre de una persona responsable. La paciente explota en llanto, dice que si ella no es responsable, al menos tiene el derecho de matarse. Tiene derecho de matarse. La evidencia del propio pensamiento cartesiano, de su razón, retornaba en el punto donde el suicidio era la evidencia de su derecho “en el sí mismo”. Pregunta si está mejor o peor, porque si está mal, se mata.

Analista: “Muchas veces, aparece cierto empeoramiento producto del tratamiento”.

Mary: “Me dice qué tengo o...”

El analista, entre la espada y la pared: “Usted es responsable”.

La paciente se va y no vuelve la próxima sesión. El analista se pregunta si ella sería capaz... de seguir el tratamiento. Vuelve al turno siguiente y se sienta.

Analista: “¿En qué es la única, usted?”

Mary: “No sé, yo pienso que mi mamá no está loca, yo soy la única que lo pienso. Mi hermana y mi padre dicen que está loca y la tratan así, no le piden permiso para nada”.

Acontece en esos momentos que la hermana se separa y se va a vivir a la casa de los padres. Cuando lleva su ropa e intenta ponerla en los roperos, le niegan el permiso para desagotar lo que hay en ellos. Mary sale en defensa de su hermana. Piensa que sus padres la van a destruir. Va la casa del padre, ve la expresión en la cara del padre de “acá, mandó yo” y lo enfrenta:

—Papá, ¿lo que importa es tu tranquilidad?

—Sí.

—¿Mi hermana molesta tu tranquilidad?

—Sí.

—Entonces, me llevo a mi hermana a mi casa, pero no venimos más.

El analista pregunta: “¿Y ahora qué va a hacer?”

“Mi casa es chiquita, me la voy a llevar a mi hermana a mi pieza... a mi casa”.

El analista no deja pasar el lapsus de la pieza y pregunta acerca de la pieza de la hermana. “Mi hermana me tiene confundida. No entra en el tablero”.

Se insiste con la pieza. “Me confunde, es demasiado, es una pieza que falta en el rompecabezas”. Ubica que cada vez que piensa en la hermana le empuja a doler la cabeza. Se constituye un síntoma. Habla del punto de comienzo del tratamiento. “Me doy cuenta de que estoy acá gracias a mi hermana; ella eligió, yo no tengo confianza en lo que elijo”. El analista pregunta acerca del motivo de consulta. “No sabía qué decir, suponía que el chicle era un motivo de consulta, pero hoy sé que no era ése el motivo de consulta”. Comienza

a recordar escenas infantiles con su hermana. *“Cuando éramos chicas nunca me dio bola, no compartíamos nada. Decían que yo era una alcahueta. Yo abría la boca y tenía la culpa, nunca lo pude entender. ¿A quién le iba a contar? Si yo hablaba, seguro que me caía el premio”.*

Analista: *“No existía el azar, seguro que cobraba”.*

Mary llega un día diciendo que pasó por un negocio y que quería comprar un regalito. *“Pero no lo hice para que no haya malentendidos”.*

Analista: *“¿Qué es eso del regalito?”*

Mary: *“Mi hermana y mi papá no dan nada de nada de nada. Después de que me casé, mi hermana me vino con regalitos, estaban tan contentos que me fui”.*

Mary, que nunca soñaba, empieza a traer sueños.

“Soñé que había un policía y un hombre me ayudaba, y me llevaba de la mano, luego me iba a entregar a la policía, debía mostrar los documentos para demostrar que era inocente”.

Un segundo sueño: *“Había una calle ancha de tierra, varios edificios altos, alguien intentaba violarme encima de un capot de un coche, no podía gritar, nadie parecía ver nada. Había una mano que me salvaba”.*

Descubre en el sueño un supuesto recuerdo olvidado: había sido abusada de chica. No puede distinguir la cara del abusador. Caminando por la calle con la hermana, le dice: *“El psicólogo quiere que le diga que papá me violó”.* Se desespera. Logra distinguir la cara del padre, no está del todo segura. Habla del asco que siente: *“Me da asco acercarme a mi padre, sus manos me dan asco, siempre me culpaba a mí misma por eso”.*

De repente, se da cuenta de que si el padre fue el violador, ella lo había dejado a solas con su hijo varón en su casa. Cree que es lo peor que le puede pasar. Va a su madre y le pregunta: *“Mamá, ¿papá me quería violar?”* La madre le responde que sí. Su vida pierde consistencia. ¿Qué es verdad y qué no lo es?

La única alternativa es que no fuera su padre sino un personaje infantil que había vivido con ellos hasta sus cuatro años. No logra distinguir la cara. No puede seguir así, no quiere seguir así, no va a seguir pensando. El analista dice: *“Llegado un punto, no importa quién tiene la culpa, si éste o ése. Lo que queda es el asco y el padre digno de lástima”.* Un par de sesiones después Mary se tranquiliza. Acepta que se había acelerado. Que el sueño tuvo la culpa, y también dice: *“Me acelero cuando pienso en mi hermana”.*

“¿Qué pasa si se acelera y se pone a hacer?”

“Cuando me acelero siempre hago cagadas.”

La paciente empieza a hablar de su problemática sexual con respecto a su marido. De sus hijos. Con el tema de matarse se empieza a trabajar que, entre la espada y la pared, siempre queda la otra alternativa que es la muerte.

Después de más de un año y medio de tratamiento, dos veces por semana, le digo que a fin de año, y por motivos del tiempo limitado de tratamiento en Institución pública, daremos fin al tratamiento.

La otra sesión dice que agarró el final de un sueño.

Lo cuenta: *“Había mucha gente, un hombre, perdón, unos chicos, un hombre con varios chicos, había una chica tirada al costado, había dos chicas, una de 10 años, otra más grande. El padre que era ese hombre, esas chicas estaban enfermas, él las curaba, revisó a la primera, la manoseó, era la más chica, luego pasa a la otra, que era más grande, la manoseó también, le vio un bulto en la axila; yo veía estaba de espectadora, yo estaba con un adolescente de 16 años, muy jovencito, iba a salir de testigo, de que el padre de éstas las manoseaba, era una forma de abuso. El padre encontró un bulto en la axila, agarró un cuchillo y se lo sacó, le dice que era una intervención quirúrgica. El chico testigo se descomponen, ya no servía para testigo”.*

El joven analista se estaba descomponiendo. Faltando poco para el final, quiere comprender qué pasó. *“De mi padre, más que hablar, criticaba a mi papá, de mi mamá no tenía nada que decir, de mi hermana, se sacó la lotería con su marido, y además cada vez que contaba de mi hermana me dolía la cabeza. Tuve algunos flashes, me veía donde soy egoísta, donde soy envidiosa. Mi hermana era la buena, yo era la mala, ella le traía los mejores cuadernos”.*

Mary dice que hoy en día no sabe cuál es su letra.

“No sé cual es la letra que tengo, a mi papá le preocupaba la caligrafía, yo tenía que copiar todo con buena letra, tenía que hacer la letra como a él le gustaba”.

Unas entrevistas antes del final de tratamiento, Mary habla en forma extraña; cuando se está por ir, refiere que el padre ha muerto. El analista le pide que se siente, habla acerca de las circunstancias de su muerte. El analista se pregunta si es el momento de concluir.

¿Cuál es la relación entre el tratamiento y el duelo aun antes de la muerte del padre?

Viene un par de veces más de las estipuladas. Algo había terminado. El analista la despide diciéndole que nadie se va de su casa, que esta es su residencia y que el tratamiento y que quizás... El analista hace referencia a que el tratamiento se termina ahora, a que este es el final, que lo trabajado es suficiente y que, más adelante, se puede continuar.

Luego de la lectura del caso, se abrió el espacio de las preguntas y los comentarios. Me preguntaron cuándo me denominé analista en el caso. Hice referencia al lapsus, el de la pieza, Mary se empieza a preguntar por una pieza que no entra en el tablero, la hermana, y ante ella le empieza a doler la cabeza. ¿Por qué ella se tenía que internar con la loca de su madre y la hermana era la preferida del padre?

También dije cosas acerca de ese objeto recortado que tenía importancia

en el deseo del Otro, y también estaba el tema de la transferencia que, por momentos, me había dejado “pegado” e inhibido por temor a que la paciente se matara. Sin embargo, en un momento, no cualquiera, le dije que era responsable. Faltó la otra sesión (nunca faltaba) y volvió distinta. Se podía pensar en un cambio.

También hice mención a un enigma: la relación entre ese tratamiento y el duelo, la posibilidad de elaborar un duelo, aun antes de la muerte del padre.

Ése era el límite en esta etapa del tratamiento.

Comenzó el debate.

Una residente comenzó diciendo que siempre le había dado curiosidad saber qué habían hecho esos psicólogos que se autodenominaban analistas, con su ser psicólogo. ¿Es que el psicólogo debía desaparecer frente al analista?

Otra residente no estaba muy convencida del texto lacaniano que dice que la proclamación debía hacerla con aquellos que estaban atravesando la misma encrucijada; para ella, había que sostenerlo ante un jurado, debían sostener ante un jurado que ya habían aportado sobradamente pruebas de su posición de analistas. Y que, si bien decía Lacan que había que ir a informar de la proclamación de analista a quienes estuvieron en el mismo nivel, eso no era suficiente para garantizar la proclamación del analista. Parece que éste era el tema de discusión, ese día. Otro le respondía que la experiencia dentro del psicoanálisis no era una variable que garantizara nada, salvo que esa persona tenía años en el campo de trabajo. Y hacía referencia a un texto lacaniano. *“Es evidente, que si va a dirigir a un veterano, a un titular, incluso como suele decirse un didacta, podemos estar seguros que su testimonio resultará completamente tergiversado. Porque, en primer lugar, sabe muy bien que el pobre cretino al que se dirige tiene ya tanta experiencia que no sabe absolutamente nada, al igual que yo, porque se comprometió con esta profesión de analista”*.⁷⁰

Otro decía que si cada uno se quería considerar como analista, allá cada uno, pero que si lo que quería era comprometerme con el psicoanálisis, para eso serían necesarios, al igual que en cualquier casamiento, testigos, jueces; eran necesario formalidad y amor. Un compromiso escrito y un sí público. No era suficiente escribir el caso y darlo a circulación. Digo que eso era mi compromiso escrito y que esta reunión podría funcionar como público.

No lo aceptaba. *“Se trata de un jurado en el lugar de juez validando el compromiso del debutante a partir de las pruebas que aporta del caso del analista”*.

Y así seguimos un largo rato. Otra razonaba que no había sólo una ins-

titución de psicoanálisis. ¿La proclamación en una institución tenía valor en las otras?

Otra residente dijo que eran dos cosas diferentes: por un lado, el encuentro con el caso del analista y, por otro, la validación como devenida de un jurado constituido para dar testimonio de que un individuo comenzaba a pagar por el descubrimiento freudiano. Señaló que faltaba pensar el valor de semejante prueba ante la mirada de los demás y pensar también la metodología de ese jurado que no debía sostenerse en la voz de la experiencia.

Un compañero me hizo la pregunta acerca de cómo entendía la cuestión del derecho de la clínica. Dije que se trataba de la matriz jurídica que había emergido en el siglo XVII con la Modernidad. También con la pregunta acerca del derecho que me asiste para escuchar a un individuo que viene a pedir atención hospitalaria.

¿Qué derecho tengo de analizar desde una posición que no puede ser sino sintomática a un sujeto tomado por sus síntomas? El derecho se volvía un significante. Por un lado, el derecho del caso clínico, su guía, su dirección; por otro, el derecho me llevaba al tiempo histórico de la Modernidad, que hasta Freud había estudiado en Hamlet para nombrar en sus grietas al sujeto del inconsciente. Pero también el derecho era una pregunta por el síntoma y, sobre todo, el síntoma del que estaba a cargo del tratamiento.

El compañero decía que esa pregunta por el derecho era una pregunta neurótica, y que esas preguntas se contagiaban unas a otras. Y empezó a enumerar preguntas para ejemplificar la proliferación del derecho:

- ¿Qué derecho de tratar a un individuo que viene a pedir tratamiento hospitalario aquejado de síntomas?
- ¿Qué derecho de exponer lo más íntimo de un sujeto a la mirada de los Otros?
- ¿Qué derecho asiste de analizar desde una posición sintomática, pensando en la impostura de la posición del analista pero también en la gran cantidad de síntomas que tenemos quienes trabajamos en el campo de la Salud Mental?
- ¿Cuál es el derecho, la forma correcta de presentar un caso clínico?
- ¿Cuáles son las intervenciones del analista que dan derecho al inconsciente?

Llegó un punto en que paró. Sin saber bien qué hacer, coincidí en que esas preguntas se contagiaban unas a otras.

La jefa dio término al espacio, valoró mi esfuerzo, dijo que agradecía la presentación y que a ella, particularmente, le había gustado eso del no-

70. Lacan, J.: «Conferencia en Ginebra», *Intervenciones y textos 2*, Manantial, pág. 120.

vel analista, como ese momento donde una función era nombrada, en la acción de escritura que formaba un nuevo género literario, la novela del analista, y que eso escrito lo guiaban los puntos de estancamiento, de detención, de ceguera, donde no ve el analista.

* * *

3.2. EL HOSPITAL

LA RESIDENCIA Y EL HOSPITAL

Lo que veía en el hospital era que la gente de Salud Mental estaba siempre junta. Había infinidad de reuniones y de peleas. Y nuevamente reuniones.

No nos era sencillo el pasaje a relacionarnos con otros profesionales del hospital. A mí, estando en guardia, no me quedaba otra. Empecé a conocer las especialidades médicas: médicos generalistas, traumatólogos, clínicos, cirujanos, tocoginecólogos, pediatras, neonatólogos. Pero también a otros trabajadores del hospital: parteras, enfermeros, cocineras. Me fui enterando de cómo estaba el hospital con relación a la situación política-sanitaria del país. Y también lo fui padeciendo. Una enorme cantidad de profesionales de guardia no estaban nombrados, estaba sin vigencia la carrera hospitalaria y, en dos ocasiones, les bajaron el sueldo de manera inconsulta. El Hospital estaba atravesando plena furia privatizadora, ajustes presupuestarios, y les exigían convertirse en una empresa autogestionaria. Debíamos pensarnos en la dimensión de la rentabilidad. Continuamente había marchas de protestas de las cuales los residentes participábamos.

Me parecía terrible; ante el gran deterioro laboral que padecía la población en general, cada vez más gente acudiría al Hospital público a pedir atención ante su falta de seguro social y, en ese contexto, el hospital estaba en pleno recorte de profesionales y de presupuesto. No quería pensar las consecuencias. Muchos morirían en el camino. Sin llegar. Y seguramente la mayoría serían pobres, o clase media caída del paraíso. Me acordé de Foucault de cuando ubicaba el contrato entre ricos y pobres en la emergencia de los hospitales públicos, cuando ubicaba ese contrato sostenido por la medicina moderna, una de las principales disciplinas dentro de las ciencias empíricas, ese contrato que experimentaba en el cuerpo del pobre para hallar los remedios que sirviesen para cuando enfermara el rico. Era un contrato rubricado por el cuerpo moribundo del pobre, por la preocupación hipocondríaca del rico, intermediado por el saber de la medicina, que agregaba su curiosidad y su experimentación científica.

Hoy no era el mismo contrato. Ricos y pobres, ya ni se ven. Los espacios están separados. Quizás se los vea pidiendo en la calle, quizás se los sienta en la inseguridad que nos evitaba justamente salir del hospital e ir hacia la atención primaria dentro mismo del contexto de pobreza, quizás sean noticias por sus gustos, y por su masividad. Pero no había más contrato. Ricos y pobres habitaban dos lugares diferentes. Los ricos deberían necesitar aún de los pobres. Pero no es tan fácil pensar así; los ricos ya no existen, el dinero está en las redes globalizadas, en las sociedades anónimas, existen los capitalistas. ¿Alguien que tiene 5.000 millones de dólares es rico? ¿Y alguien que tiene 500.000? ¿Y el que tiene un trabajo digno, que gana para vivir decorosamente? ¿Y aquel que hace lo que quiere y no necesita otra cosa? ¿Y nosotros, psicólogos, acá, trabajando por un sueldo? El contrato entre ricos y pobres ya no era definible.

Era evidente y patético que en una sociedad cada vez más personas quedaban por fuera del circuito del trabajo, que se estaba llevando a cabo la desprotección social de la pobreza. Había un valor que, más allá de pobreza y riqueza, y su desigualdad, había un valor que valía para todos. La protección social. La protección del que tiene y no puede salir afuera por temor a ser baleado, robado, vejado; la protección del que vive al día, que nunca sabe de dónde va a salir la carne para el puchero, la protección del que tiene y quiere hacer de la vida algo soñado...

El valor social de la protección social estaba irreconocible. El valor de la comunidad estaba irreconocible. Y los hospitales públicos estaban cambiando. Los profesionales luchábamos por el Hospital público. Veíamos la política en el área. Se estaban construyendo muchos hospitales que se edificaban lo más cerca posible de zonas carenciadas pero el personal y el presupuesto venían teniendo recortes.

El hospital era un lugar de referencia para el barrio, para llevar a sus heridos, a sus enfermos, a sus moribundos. En él, gran parte de las tragedias se desarrollaban, la obra tenía lugar en sus instalaciones. Había profesionales que trabajaban y había cada vez más enfermos. Los médicos, al igual que toda la población, sentían el empobrecimiento general, y eso estaba en proporción directa con el aumento del trabajo: el aumento de las llamadas enfermedades de la pobreza. Era la parte más dura del trabajo, la parte donde no se podía cortar al hombre en pedazos y pensarlo en especialidades y funciones orgánicas.

Los profesionales puestos ante esa realidad éramos actores políticos. No sólo en la escena del hospital, sino como defensores de ese irreconocible valor de la protección social.

Todo estaba cambiando. El interés hipocondríaco de los ricos había bajado, el interés vital del pobre había subido y el profesional estaba ahí, y lo que sí quedaba era mucho trabajo.

Leí un artículo de la directora de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) que dice: *“La realidad es que la pobreza es la principal causa de enfermedad y de sufrimiento. El mensaje es tanto para países pobres como ricos: invertir en salud es una eficaz medida económica”*.⁷¹ Había ricos y pobres y también ahora había países ricos y países pobres. La duplicación empeoraba las cosas, se trataba en mi hospital de pobres en un país pobre. Y esta directora nos decía a todos: inviertan en salud que hasta es rentable. Esa directora o nos estaba cargando o nos consideraba infradotados. Era ése el contrato que se había firmado hacía 400 años pero, ahora, había gente que sobraba. Los hombres han incursionado de manera hasta desvergonzada en las sobras. Las nuevas formas de muertes en el siglo XXI no iban a ser las tradicionales enfermedades pulmonares, diarreas, condiciones perinatales, tampoco las ligadas a las condiciones del agua, los servicios sanitarios, la desnutrición, los descuidos en la información para la salud. Habría nuevas formas de enfermedad y muerte: las afecciones cardíacas, la depresión mental, los accidentes de tránsito. Estas últimas atacaban tanto a ricos como a pobres. Pero los padecimientos del nuevo siglo no restan los del otro, se suman. Ya veía claro que en nuestro país se estaban adicionando las viejas causas de muerte ligadas a la pobreza con las nuevas causas de muerte ligadas a la aceleración de los tiempos en estas épocas de bombardeo de imágenes e informaciones.

“Las tengo todas”, dice un paciente que trabajaba con una motito haciendo mensajerías cuando llega al hospital con varias fracturas por un accidente automovilístico y sabiendo que la empresa lo iba a echar por eso y él no podría ayudar a su mamá.

Las tenemos todas: pobreza y enfermedades del primer mundo. Nos llegan remedios de los más ricos: las drogas milagrosas contra la depresión y las drogas milagrosas contra la impotencia. Después de todo, existe una relación entre ricos y pobres.

Un hombre de Villa Zagala podría tener relaciones sexuales por una pastilla de “Parol” con su mujer que se encuentra de buen ánimo por una pastilla de “Jorovital”. Gracias a los ricos, mejor dicho gracias a los países ricos, porque allí también hay pobres para investigar; a un pobre se le para y es feliz. Estando en una época de crisis, no es poco. Luego saldrá a laburar, y se dará cuenta de que está de más, que debe adaptarse a la nueva realidad, y que él no entra. La felicidad existe pero dura poco, el hombre vuelve a su casa, aprendió nuevas palabras para explicarle a su mu-

71. Artículo leído en el diario *Clarín* del día 26 de mayo de 1999, “La enfermedad globalizada”, de Gro Harlem Brundtland, directora de OMS.

jer lo que pasa con el laburo: subocupación, flexibilización laboral, globalización económica, exclusión social. Se pelean, la mujer está de nuevo de mal humor y le recrimina tantas cosas, el hombre estalla y le pega. La mujer recibe un par de trompadas, la traen al hospital. A la guardia. Sé que ahora está detrás de esa puerta del box 5, me la deriva el médico de guardia. Y al hombre que la acompaña, acongojado por lo que les pasó. ¿Qué les voy a decir? ¿Qué voy a decir? Que estamos dentro de los principios del liberalismo y que se trata de que cada quien busque su propio provecho y que, sin saberlo siquiera, aportará para el bien común. El hombre me mirará extrañado. Le aclararé que, si en todo caso no puede encontrar su propio provecho, el provecho de los otros le va a ir cayendo y que le llegará pronto, quizás deba esperar un poco. Mientras espera, quizás le podría hablar de las variaciones históricas del concepto de protección social, le podría hablar de ese momento en la historia de la medicina cuando el pobre era objeto de una mirada médica destinada a conocer mejor las formas de enfermar y de morir, y que eso era también provecho egoísta, pues luego se había generalizado para todo el mundo. Pero quizás debería hablarles de otra cosa. De cuando la pobreza era internada junto a la criminalidad y la locura. (La importancia del descubrimiento de Pinel reside en que ser pobre no es lo mismo que ser chorro ni loco.) Le podría hablar del aporte de la psiquiatría que descubre a, finales del siglo XVIII, que la pobreza no debería estar internada junto a los alienados, a los ladrones, y que no son lo mismo la pobreza, la criminalidad, la locura. Quizás a ese hombre no le interese el gran descubrimiento de Pinel, quizás no le interese que en el comienzo de la Modernidad la pobreza era internada junto a brujas, magos, homosexuales, enfermos y todo aquel que tuviera alguna enfermedad de transmisión sexual. Quizás no tendría qué decirles. Decido esperar un poco antes de ir a verlos.

Ahí me di cuenta que algo me estaba pasando. Era la experiencia del pobre, de ese pobre que estaba detrás de la puerta. La realidad política sanitaria me estaba tocando. Era la pobreza, esa maldita línea de indignancia que estaba aumentando su volumen.

Decido escribir un trabajo que llamo: “Hospital público: la experiencia del pobre”, donde reflexiono acerca de la situación sanitaria del Hospital público en la actualidad y de la pobreza. Lo leo en las jornadas del hospital, hay muchos médicos entre el público. Era la primera vez que escribía algo así, me doy cuenta de que algo pasa. Se está produciendo un acto político. No se trataba de los aspectos científicos de la medicina sino de los aspectos humanos, de la subjetividad y de política del que trata de acercarse a ese que sufre. Eran la clínica y la política, que hasta ese momento no las había pensado juntas, no las había pensado correlacionadas y, ahora estaban ahí y hablaba de eso.

Muchos, que apenas me conocían, querían decir algo del trabajo, querían decir algo de la experiencia del pobre. Se arma un debate. Muchos hablan de sus propias experiencias, relatan algo de esa maldita realidad que se metía en el box de guardia. Termina esa jornada y me doy cuenta de que camino distinto por el hospital. (Quizás he dejado de hablar solo; ahora, de vez en cuando, saludo).

La pregunta acerca de la diferencia entre médicos y psicólogos llegaba a su fin aquí, igual que mi residencia en este hospital, pues al año siguiente comenzaba una rotación por otras instituciones. No solamente mi mirada estaba en la residencia sino también mi transferencia estaba en relación con el hospital.

* * *

3.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

LA NEUROSIS DE TRANSFERENCIA COMO GUÍA EN LA DIRECCIÓN DE LA CURA

Era la transferencia de trabajo al hospital pero también era la transferencia del caso del otro analista. Vuelve el Hombre de los Lobos.

Freud dice que solamente iba a exponer la neurosis infantil del Hombre de los Lobos pero no cumple, habla del síntoma de la constipación al que promete curación y lo logra en la última parte del tratamiento. Se trata del síntoma que habla en transferencia, y nos imaginamos en el consultorio a Freud, al paciente y a su intestino charlar muy amigablemente acerca de las premisas del inconsciente y de la neurosis de transferencia. El paciente duda acerca de los beneficios de ese pasaje de una neurosis silvestre a una neurosis de transferencia, donde se realiza una reconfiguración sintomática que crea una enfermedad artificial, esta vez asequible a la intervención del analista.

Freud le dice que en esta neoformación neurótica el analista se encuentra incluido en la serie psíquica, y que el paciente transfiere desde el pasado a lo actual ligándose a *"alguna particularidad real de la persona del analista o de las circunstancias que lo rodean"*, y que eso posibilita la intervención analítica. El Hombre de los Lobos piensa cómo se ha ligado a Freud. Se mantiene en silencio unos segundos; de repente, siente que es mirado, con esa perplejidad y ese efecto siniestro que lo acompañan en momentos particulares de su vida, ve cómo las puertitas del reloj de pared

que se encuentra frente a él se han abierto y de adentro ha salido un cabrito que lo mira tirado en el diván, con Freud atrás. Se lo dice a Freud, *"ese reloj es aquél en el que me escondí en el cuento de los siete cabritos y el lobo, seis eran comidos y uno se escondía dentro del reloj"*. Freud lo emplaza diciéndole que salga de ahí, *"cabrito, cabrito, sal de ahí, de ese lugar"*. El Hombre de los Lobos piensa que afuera lo esperan los lobos y el final del tratamiento con Freud, pero a pesar del miedo no le queda otra. (En ese momento se le cruza la idea de que Freud podría ser el lobo que lo espera afuera para comérselo). Por un momento se ve tirado en el diván hablando de los cuentos infantiles, de sus fijaciones anales y ve a Freud detrás, como solía estar pero con las garras afiladas. Alucinación en tratamiento. Se acercaba el final. Se asusta y dice en voz alta: *"Con que esto es finalmente la neurosis de transferencia"*. Le tuvo bronca a Freud, quien le había puesto fecha de terminación al tratamiento.

Cuenta Freud en el historial que el paciente, en ese breve tiempo que va desde el emplazamiento hasta el final del tratamiento, largó todo el material que retenía para terminar de construir el caso y dar por finalizada a término la cura. Habla de las mariposas, de Grusha, de la matrona y de la vergüenza del nombre materno.

El paciente se desapega de la fijación al síntoma y a la enfermedad. Su intestino comienza a funcionar con normalidad, comienza a ir solo al baño. Que se metieran tanto con su ano tenía consecuencias. No había derecho a que Freud escribiera tanto sobre él. Él, a su vez, se había metido con el ano de Cristo. Todos se habían metido con el ano del Otro.

Había que acabar, piensa Freud. Es el final. Ya se había constituido el amor de transferencia, había pasado de la neurosis silvestre a la neurosis de transferencia, y ahora ¿cómo darle el pase a la neurosis de post-transferencia? Y nosotros también pensamos: *"¿Existe un más allá de la neurosis de transferencia? ¿No sería éste un interesante caso para seguir las consecuencias de la neurosis de transferencia?"*

- 1 -

La cosa al Hombre de los Lobos se le estaba poniendo negra. Apurado por el final, el paciente empieza a trabajar, despacha todo, asocia libremente. Freud escribe sobre la importancia de ese trabajo asociativo que casi no lo necesitaba a él, el paciente podía solo. Se convence así de que la jugada del emplazamiento era acertada, pues el colaborador no era ya necesario. Allí dice que se extinguió la resistencia, (¿la resistencia del paciente o del analista?) Asocia sin la intervención del analista y descubre todos los encadenamientos de escenas desde el *coitus a tergo* hasta lo ac-

tual de su estar tirado en la práctica divanesca freudiana. En aquellos últimos días de tratamiento Freud, conversa con el paciente acerca de la deuda despedida entre paciente y analista.

Cuenta el paciente: *"En las semanas que precedieron al término de mi análisis hablábamos con frecuencia del riesgo de que el paciente establezca un vínculo demasiado estrecho con el terapeuta"*. Freud le dice que ayuda para la despedida realizar un regalo, *"como acto simbólico que ayude a aminorar su sentimiento de gratitud y su consiguiente dependencia del analista"*. El paciente le regala algo que sabe que será bien visto: le regala una estatuilla egipcia, *"una figura de mujer, con un tocado de mitra"* que Freud coloca en su escritorio y que deja allí hasta que tiene que emigrar en 1938.

Paciente y analista se despiden. Pero el Hombre de los Lobos que tan bien había comprendido esa nueva neurosis que era efecto de la transferencia no encuentra la salida del consultorio freudiano. Se queda pegado a la imagen freudiana, a su puño y letra, a la mirada freudiana de la escena primaria. Vuelve en varias ocasiones a rogar tratamiento. Freud duda, pero no tiene opción. En 1920 lo readmite en tratamiento, muy corto por cierto. Empieza a actuar en la vida presente del paciente: le aconseja no volver a Rusia por el peligro que pueda correr su vida y le organiza una colecta dentro del movimiento psicoanalítico para su manutención. De este tratamiento no escribe nada pero dice que se trata de un reanálisis donde se *"están trabajando restos transferenciales no tramitados"* del primer tratamiento.

Freud trabaja con restos del amor de transferencia. Si a partir de restos arqueológicos desenterrados construye su teoría y el caso mismo, ¿qué hacer con los restos que el mismo trabajo había generado? Era una maldita paradoja que aparecía en tratamiento. La paradoja del amor de transferencia. Freud despide nuevamente al paciente.

En 1926 el paciente vuelve, ya loco, a demandar atención a Freud; esta vez, le queda otra, lo deriva a una analista mujer, Ruth Mac Brunswick, su discípula, a quien le deriva la resolución de la paradoja del amor de transferencia. El paciente le dice a Ruth Mac Brunswick que por suerte es mujer, que no se bancaría un otro analista hombre que le actualice deseos homosexuales. Ruth Mac Brunswick coincide en que en este reanálisis el sexo del analista no es indiferente. Su género era el acertado. Lo hace pasar al paciente a su consultorio mientras escribe en su historial, cosas como que, en este nuevo tratamiento, nada nuevo pasa que no haya pasado en el análisis con Freud, sino sólo la elaboración de esos restos transferenciales de amor de transferencia no tramitados.

¿Qué carajo hacer con los restos del amor de transferencia?

Lo hace hablar al paciente mientras le dice que se ha quedado mirando a Freud, a esa estatuilla de mujer egipcia y al maldito reloj desde don-

de esperaba la llegada del lobo. Le dice, además, que ahora Freud es su pasado y que está actualizando con ella lo que debería recordar. Lo intenta meter nuevamente en el amor de transferencia.

Nosotros pensamos: *"¿Es posible una nueva neurosis de transferencia, una re-neurosis de transferencia duplicada?"*

Ruth Mac Brunswick escribe que la paranoia que muestra en 1926 está relacionada con la primitiva neurosis y con la neurosis de transferencia.

"Tal vez el primer análisis lo había despojado de los habituales modos neuróticos de solución". La neurosis de transferencia había desencadenado al paciente. (Si la neurosis de transferencia es una nueva neurosis también se puede desencadenar). Ruth Mac Brunswick insiste diciendo que identificó a Freud con su padre para seguir sintiéndose su hijo afortunado, el tocado por el destino, el nacido con la cofia fetal. Ruth Mac Brunswick lo interpreta. Lo que no le quiso decir es que Freud también había hecho todo lo posible para que el paciente no se olvidara de él, desde la famosa colecta pro Hombre de los Lobos, hasta esa mujer egipcia con quien se fotografiaba en cuanta oportunidad tenía, en su escritorio. Era esto el regalo que había conseguido con su capacidad de arqueólogo, con sus dotes de investigador de la subjetividad. Había reconstruido y escrito un monumental estudio acerca de aquella fantasía casi imposible de ubicar en el tiempo que tenía las mayores consecuencias para el mecanismo formativo de síntomas, para la elección del objeto sexual, como determinante del desarrollo de angustia, fobias, inhibiciones.

- 2 -

Freud, mientras producía su arqueología de la neurosis infantil con el Hombre de los Lobos, reproducía la neurosis de transferencia, en tratamiento. A Ruth Mac Brunswick le tocaba analizar esos restos de esa reproducción de una producción. Restos resistentes que no terminaban de ser elaborados. Restos que apurados por el emplazamiento freudiano, allí donde Freud ubicaba la emergencia de nuevo material analítico, en el paciente se realizaba una operación donde quedaba un resto y con el cual ahora se intoxicaba, se constipaba nuevamente. Restos, que condenaban al análisis a lo interminable y a la vergüenza por las letras del nombre propio olvidadas y rebautizadas como el Hombre de los Lobos, el gran caso freudiano. ¿Es que es mejor una neurosis de transferencia que una neurosis silvestre?

Nos deberíamos preguntar si esos restos del amor de transferencia constituyen algo único de este caso, o de si se trata de una circunstancia propiciada por la misma emergencia de la neurosis de transferencia. Si es

así, la neurosis de transferencia es una guía posible de la dirección de la cura, quizás la más escuchada y la más trabajada en estos tiempos post-lacanianos, sea nada más que la no salida de la neurosis, la infinitización de la productividad neurótica, un lugar donde se embarran y pierden los analistas.

Me sorprende al leer un texto de Mazzuca, Eidelsztein y otros, donde afirman que Lacan ubica la neurosis de transferencia como el resorte de los análisis interminables.

*“Planteadas así las cosas se podría deducir que la noción de neurosis de transferencia no tiene lugar dentro de las coordenadas de la enseñanza de Lacan”.*⁷²

Me sorprendía escuchar a muchos analistas con orientación lacaniana hablar de neurosis de transferencia y, además, guiarse por esta conceptualización freudiana en la dirección de la cura.

Vayamos un poco a la historia de la neurosis de transferencia.

Freud va elaborando, en su llamada segunda época, desde el historial de Dora (1905) pasando por los llamados escritos técnicos hasta 1920, su posición acerca de la neurosis de transferencia. No por casualidad en esos años se ocupa fundamentalmente del amor. La relación entre amor y odio, entre amor e indiferencia, y entre amar y ser amado, pero también se ocupa del amor que se genera en la situación analítica. En el caso del amor de transferencia, se toma su tiempo para sostener que se trata de un amor genuino. Y ubica en la respuesta a ese amor del paciente una operación original del análisis sostenida por el deseo del analista. Escribe “Sobre el amor de transferencia” que apunta a los principiantes del psicoanálisis y les dice que en la vida real no hay modelo de ese amor de transferencia. No se trata de salir corriendo ni de dar satisfacción genital directa, ni de explicaciones acerca de lo lógico de ese enamoramiento, de lo que se trata es de la constatación siempre singular de que el amor de transferencia es la paradoja propia del análisis.

Dice Freud: *“La neurosis de transferencia destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en casa caso, y traducírsela al enfermo”.*

Justamente el manejo de la transferencia es la diferencia entre el psicoanálisis y otros tratamientos, y su elaboración la posibilidad de un cambio duradero.

Y apunta su solución, cualquiera que ella sea, a dejar subsistir la necesidad y el deseo que llevarán al paciente a la modificación de su estado neurótico.

72. Mazzuca, Roberto; Eidelsztein, Alfredo; Kruger, Flori; Silitti, Daniel, Silvestri, Nora: «La neurosis de transferencia y el análisis interminable». Trabajo presentado en el VII Encuentro Internacional del Campo Freudiano.

El único detalle es que justamente una paradoja se define por la falta de solución. Si está al final del tratamiento y si es la brújula que lo va guiando, pues con su luz el analista puede intervenir, pues *“constituye una enfermedad artificial, asequible por todos lados a nuestra intervención”*, estamos en un problema, el gran problema.

Lo que Freud pone en primer lugar, luego de empezar a hablar en el historial de Dora (1905) de la neurosis de transferencia, es la interpretación de la transferencia, que es parte del manejo de la transferencia fundamental en el saber-hacer del analista y en la continuación de la cura. En “Recuerdo, repetición, y elaboración”, Freud dice: *“La mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en un motivo del recordar la tenemos en el manejo de la transferencia”.*

Freud explica que Dora abandona prematuramente el tratamiento porque él no ha interpretado a tiempo, le debería haber dicho: *“Ahora usted ha hecho una transferencia desde el señor K. hacía mí. ¿Ha notado algo que le haga inferir malos propósitos en mí parecidos a los del señor K.?”*

Freud llega a la conclusión de que la interrupción se produjo porque ella actuó (*agieren*) un fragmento de sus recuerdos, en lugar de reproducirlos en la cura.

Es en el texto de “Amor de transferencia” donde ubica la relación entre resistencia y transferencia; dice que nada bueno conlleva este repentino enamoramiento: la paciente, de repente, no quiere saber nada de la cura, y muestra todo su encanto para ser correspondida. Freud alerta sobre la tentación de esos estados que conllevan, a pesar de la neurosis, *“una enorme belleza y sobre todo si es de una mujer frágil que nos pide ayuda”.*

Freud se pone firme, la cura debe desarrollarse en abstinencia, a pesar de que esto genere más pasión, más resistencia, y aunque esto genere la posibilidad de que, por venganza, la paciente eluda la curación que el analista podría ofrecerle.

- 4 -

La neurosis de transferencia es la producción de un nuevo tipo de neurosis producto de la operación analítica. Así, tenemos tres tipos de neurosis diferentes: la neurosis infantil, la neurosis propiamente dicha y la neurosis de transferencia.

Sería interesante preguntarnos por qué a la neurosis presente, actual, adulta, la llama propiamente dicha. ¿Es la neurosis genérica que puede ser dicha sin más? De cómo pensemos la relación entre las tres neurosis se deduce nuestra posición clínica y la guía hacia la que dirigimos el final del tratamiento.

Freud ubica la neurosis de transferencia como una sombra de la neurosis infantil, y la interpretación de una da luz a la otra. El analista es un síntoma, objeto de repetición actual de un pasado olvidado, trabaja como un falso enlace que saca las cosas a la superficie.

Lacan, siempre ágil en las inversiones dentro del psicoanálisis, dice que es *“la neurosis de transferencia como dependiendo de la neurosis infantil”*. ¿Qué quiere decir con esto? ¿Es que se puede ubicar al padre haciendo el *coitus a tergo* con la madre dependiendo de la posición freudiana? ¿Se puede decir que Freud tiene algo que ver con la fobia a los lobos? Lacan *“coloca a ambas neurosis en un pie de igualdad, y por así decirlo, invierte las posiciones haciendo aparecer a la neurosis infantil como dependiendo de la neurosis analítica. Y claramente da cuenta de la acción de los padres por la del psicoanalista, y no la de éste como mera sombra de aquéllos”*.

¿Se trata ahora nuevamente de dos neurosis únicamente: la neurosis infantil y la neurosis analítica?, ¿qué pasó con la neurosis propiamente dicha?

Freud escribió el historial del Hombre de los Lobos contra la resistencia de los analistas a las premisas fundamentales del psicoanálisis: una de ellas es la separación entre neurosis infantil y neurosis propiamente dicha. Esta separación dual permite ir y venir por las corrientes regresivas y las progresivas.⁷³

El texto lacaniano parece haber sustituido a la neurosis propiamente dicha por la neurosis analítica. Si nos olvidamos de esta operación de sustitución volvemos a reeditar, a actualizar aquellas épocas de 1918 donde Freud produce un acto político contra la resistencia de los analistas que no toman en cuenta los dos tiempos de la neurosis.

¿Es que de nuevo volveremos a olvidar los dos tiempos de la neurosis?, ¿es que estamos condenados a la repetición de la resistencia de los analistas?

La operación de sustitución de la neurosis analítica en lugar de la propiamente dicha implica afirmar que esta neurosis depende de la posición del analista.

Freud tiene algo que ver con que el paciente se oculte dentro de su reloj de pared del consultorio así como lo había hecho en su neurosis infantil. Freud era un elemento fundamental para la producción de la neurosis analítica, pero ¿dónde quedó la neurosis propiamente dicha? De esa neu-

73. N. de A.: Pero, además, permite pensar la relación que hizo Freud al comienzo de su obra entre la neurosis infantil, un tiempo histórico, la Antigüedad, y una obra de la época, Edipo, así como entre la neurosis propiamente dicha, que también pone en relación con un tiempo histórico, la Modernidad, y una obra de época, Hamlet. Si no ubicamos las tres neurosis nos olvidamos de la neurosis propiamente dicha, la cual remite a la Modernidad, contexto desde el cual podemos pensar el psicoanálisis.

rosis propiamente dicha es de la que menos va a hablar, pues debería hablar de los efectos que tuvieron sobre ella la neurosis analítica y el mismo deseo freudiano.

El debate está en cómo correlacionar las tres neurosis. Para Freud, el centro de la cuestión es pensar el tema de la repetición. La neurosis de transferencia repite a la neurosis infantil. El analista es síntoma y se ubica como falso enlace posibilitando el acceso al recordar y al elaborar. Para Lacan, la repetición no coincide con la transferencia. No se trata de la repetición actual de algo pasado, sino de la repetición de la diferencia y de la repetición del goce ubicable en la escena. Toda duplicación produce una quita de goce. Además, Lacan toma la noción de modelo, donde se introduce el llamado significante de la transferencia que toca algo del cuerpo del paciente y que permite que la repetición no sea de lo mismo, sino de la diferencia que produce ese trabajo con el goce.

Para Freud esa neurosis es necesaria para la cura pero luego es necesario destruirla, y pareciera que cuando la quiere destruir hace todo lo posible para mantenerla.

Para Lacan, no se trata de reducir la neurosis de transferencia, el tema está en la duplicación de la escena neurótica y la operación del analista con el significante de la transferencia que abre el caso como una llave. Aparece la repetición de la diferencia y una sustracción de goce.

Para terminar este difícil y fundamental tema: Mary y el psicoanálisis me habían metido en un dilema: ¿cómo trabajar con el amor de transferencia? Era la relación entre el psicoanálisis, la histeria y el amor. El analista corría el riesgo de quedar atrapado, pegado a un falso enlace que le dejara poco lugar para actuar y al paciente para cambiar aspectos que están por fuera de la situación analítica. Interpretar el amor de transferencia es generar resistencias, es generar un apresuramiento en la cura, una queja en el discurso que empieza con el clásico: *“todo se repite, siempre me pasa lo mismo, el amor nunca es como lo había soñado: siempre falta, o es mucho o es poco.”*

“Pensar que lo que así se obtiene con la relación con el analista viene de lejos y viene de los padres, ¿no es favorecer esos defectos o demasías en que el paciente viene a demandar tratamiento?”

¿Para qué propiciar el amor de transferencia, donde aparecerán las dimensiones de amor-odio, amor-indiferencia, amar-ser amado siempre en defecto de lo que podría haber sido, o en demasía de lo que debería haber sido?

Parece que el amor de transferencia, su consolidación y su brújula misma, está en relación con la histeria, para la cual las palabras no alcanzan, por lo cual Mary está nuevamente esperando para abalanzarse a hablar.

* * *

3.4. DISCURSO DE RESIDENCIA II

¿EL ESTATUTO DE RESIDENTES ARREGLA AL CONJUNTO?

Primero daremos una definición de lo que es el estatuto de los residentes: es el conjunto de reglas y procedimientos que son establecidos sin derecho al pataleo. Pero para llegar a eso, hay pataleo.

Luego de muchos debates, reuniones y votaciones, se llegó a organizar un conjunto de criterios escritos para seguir de ahí en adelante en el sistema de votación de jefes e instructores de residentes. Se votó cada tema punto a punto: el sistema de votación, las opciones y candidaturas a votar, los resultados posibles, que eran tres (triunfo, blanco, abstención), y las fechas de las presentaciones.

Hubo que imaginar primero y luego votar hasta la última hipotética posibilidad de resultado de la elección. ¿Qué pasaba si había empate y luego de una segunda y tercera vuelta, seguía el empate técnico? Llegaremos a estar de acuerdo en que, luego de la tercera vuelta, luego de ir sacando votantes en la primera y la segunda vuelta, se llegaría a tirar la moneda al techo, y a cara o cruz elegir los futuros jefes de residentes. Hasta ahí tuvimos que votar. ¿Qué otra alternativa quedaba? Y la extenuación competía con el debate y las votaciones salían por cansancio.

Hubo criterios con los cuales se pensó el estatuto. Se intentaba que el poder quedara en manos de los que lo tenían que padecer. Éstos eran algunos de los objetivos y de las cuestiones escritos en ese estatuto: *“Por un lado, el de tender a reducir el peso de aquellos que están más próximos a salir del sistema de residencia, dejando mayor incidencia a quienes permanecerán bajo la coordinación de quienes están siendo votados”*.

Y también se intentaba darle prioridad a los salientes de 4^{to} año, que eran los postulantes. *“Por el otro: darle prioridad a los residentes de nuestro hospital, y dentro de esto, a los residentes salientes de cada año”*.

Luego de las votaciones, por lo general en diciembre, se elegía la jefatura entrante. Desde esa elección hasta junio, fecha en que asumían formalmente, acontecía un interesante tiempo de transición. Había dos poderes. El poder de los jefes salientes y el poder de los jefes entrantes. El jefe iba de junio a junio del otro año, pero comenzaba a tomar decisiones desde el mismo momento en que había sido elegido para la jefatura.

Así fue como por primera vez, teníamos un estatuto de votaciones.

TERCER AÑO DE RESIDENCIA O LA ROTACIÓN DE LA ANGUSTIA

4.1. LA RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

Este año podía ser distinto.

Tercer año no está más en guardia, el tiempo de la urgencia termina. Y, como muchas otras cosas, termina cuando empezábamos a comprender qué hacía un psicólogo en la guardia de un Hospital general. Estar en guardia fue una experiencia conmovedora. Recuerdo aquel primer día de guardia cuando me escondía en los consultorios externos, rogando que a nadie se le ocurriera llamarme para una interconsulta, derivación o lo que fuera. Ese día, mi primer día, a nadie vi, nadie me vio. A la noche, sólo cuando *“el hambre me hizo salir de mi escondrijo”*⁷⁴ subí a comer a Casa Médica, donde los residentes de todas las especialidades cenaban y dormían. Por primera vez veía a todo el equipo de guardia junto. La mesa estaba servida. Y comíamos.

De repente, se arma una guerra campal entre dos bandos. Un bando lo dirige un anestesista de 120 kilos que se abalanza sobre una fuente de aluminio llena de tomates rellenos; del otro lado, un traumatólogo de 60 kilos intenta avivarse con la salsa de tomate en una gran cacerola y, como arma, un cucharón, dispuesto a la lucha. Dura poco, mientras abandona la amenaza (sabe que recibirá una salsa), corre a esconderse detrás de la heladera. Todos corren y yo, paralizado, me quedo sentado. Muchos se dan cuenta de mi falta de estrategia y táctica de cuidado y, muy piolas, se esconden detrás de mí, protegiéndose del gorila que empezaba ya a lanzar sus bombardeos. *“No es tan grave si me mancha el guardapolvo”*, pensé, pero no me fue tan fácil tranquilizarme cuando hizo ademán de tirar la bandeja de aluminio. Por un momento, me imaginé en la sala de operaciones felizmente anestesiado por el que me arrojaba la vajilla. Falsa alarma, el doctor no se hallaba de ánimo para trabajar en mi reconstrucción. El traumatólogo sale detrás de la heladera y se comienza a reír, mostrando que,

74. N. de A.: Este texto lo dijo Dave, el cantante de *Depeche Mode*, al hablar de su adicción a la heroína, y será desarrollado en *“Viaje a la Heroína”*.

en realidad, era el amigo del anestesista. Ahora se subía a la mesa larga y comenzaba a tirar todo lo que hubiera sobre ella, los otros lo veían bailar sobre la mesa y sacaban los platos con urgencia, aunque algunos vasos, en el trájín, caían estrellándose en el piso ya sucio de comida. Me sentí un afortunado de no ligar un tomate, mantener mi guardapolvo limpio y la dignidad de no salir corriendo.

Ese mismo día, a las tres de la mañana, me llamaron para que atendiese a una mujer que no aceptaba la muerte de su madre de 73 años. Según quien me pedía que interviniera, teníamos que convencerla de la irremediable muerte de la que, hasta un rato antes, tenía su piel caliente y hablaba preguntándose cuándo irse.

El tiempo de guardia fue pasando. Ya no había más primera vez, un año, dos años, dormí y comí en Casa Médica. Mi relación con la urgencia fue cambiando, del mismo modo que yo fui cambiando. Por el final de mi *estar en guardia*, entraba y salía de la guardia como si nada, y hasta charlaba con los practicantes los criterios de derivación de un paciente en urgencia al campo de la Salud Mental. Estaba integrado al equipo de guardia. Ya sentía en carne propia esa superstición y omnipotencia propia del equipo de urgencia, pero también ese tinte de joda casi morbosa que nos caracterizaba.

Un día en que la guardia estaba muy movida trajeron a una señora ya fallecida con la esperanza de que no fuese tarde. Miré a un médico y le dije: “*Dejá, que le voy a preguntar qué le pasa*”.

Otro día, vino una paciente con dolor en el pecho; luego de hacerle los estudios pertinentes, le dijeron que físicamente estaba muy bien y me la derivaron. Habla de muchas muertes: su madre, su padre, su suegra, en pocos meses murieron. Y ahora su hermana, que tiene un cáncer terminal, está muriéndose, se ve cómo se desinfla su vida. Me pregunta qué tiene que hacer. Pienso: “*Prepararse para el entierro*”.

¿Es que me había desensibilizado desde ese primer día de guardia?, ¿es que la cronicidad del sufrimiento ya no me resultaba tan excepcional? ¿Es que *estar en guardia* podía causar semejante fascinación por la enfermedad, la locura y la muerte?

Mi tercer año transcurrió entonces alrededor de la pregunta por la insensibilidad y por la cronicidad; fue un recorrido que se sostuvo en la insensibilidad y en la cronicidad. Pensaba en la Salud Mental del trabajador de la Salud Mental. Pensaba en mi propia cronicidad e insensibilidad.

El tercer año de residencia marcaba, en primer lugar, el final de estar en guardia pero, además, tenía que realizar una rotación por fuera de mi hospital de referencia. La actividad de tercer año era rotar.

Si bien era aliviante no tener que hacer una guardia de 24 hs. y al día siguiente seguir trabajando, atendiendo como si nada, la terminación no me hizo variar la opinión acerca de la especificidad e importancia de que licenciados en psicología atravesen por este dispositivo que no se asemeja, ni en sus intervenciones ni en sus estrategias terapéuticas a los consultorios externos ni incluso a la interconsulta. Dos años seguidos presenté proyectos de investigación en la Facultad de Psicología, UBACyT mediante, intentando llamar la atención sobre las posibilidades de construcción de una fuente de datos de pacientes con urgencia psicológica que permitiera, a partir de un instrumento que podía ser el libro de guardia, lograr datos epidemiológicos de la salud de una población determinada según zonas geográficas.

Todavía no he conseguido que me aceptaran esa investigación, pero este trabajo de investigación sostenido institucionalmente permitiría alcanzar objetivos relevantes:

- a) Validar el campo de incumbencia profesional en este campo de trabajo del licenciado en psicología.
- b) Investigar acerca de problemáticas y patologías de sujetos que piden atención en urgencia.
- c) Confeccionar políticas sanitarias y dispositivos concretos acordes a las problemáticas, patologías que demandan atención apuntando sobre todo a aquellos que no llegarían de otra forma que no fuera en urgencia.

Creo que ya no conseguiré llevar a cabo esta investigación. La guardia desfallecía. Tercer año recién empezaba y tenía por delante la posibilidad de rotar por fuera de mi hospital. Podía elegir un nuevo lugar de trabajo que, si bien no me alejaba de la residencia, constituía una primera separación. Tenía que elegir dónde ir, dónde rotar. Tercer año de residencia era, en sí mismo, una rotación. ¿Dónde ir? Recuerdo un sueño de aquella época: sueño con una cara que se refleja en un bolsillo del guardapolvo, sabía que esa imagen me tenía que curar. Yo había ayudado a muchos, seguro, ¿pero quién me ayudaría a mí? Esa imagen. Era extrañamente inquietante. Tan lejana y al mismo tiempo me miraba de cerquita. Me decía que tenía los ojos cerrados y yo le creía, le hacía caso. Era mi terapeuta, yo era el caso de esa cara. Lo miré de más cerca. En sus ojos me

vi. Yo era parecido a él. Y había otro que miraba la escena. Era otro parecido a mí yo que miraba de afuera esta escena de duplicación que saltaba a la vista. Era siniestro. Entre la imagen de mí, mi imagen y la observación de mí duplicado: yo era.

En nuestro campo de trabajo aparecía la locura, la irremediable pérdida de la razón que, en mi caso variaba entre la insensibilidad y la cronicidad, y también aparecía la angustia, con su tinte siniestro, con esa certeza de que algo inquietante pasó y nos pasó por arriba.

Tercer año fue apasionante. Pensar en la Salud Mental del trabajador de la Salud Mental me llevó a pensar en nuestro campo de trabajo. ¿Qué posición debía tener frente al sufrimiento? ¿Sufrir con ese sufrimiento y mediante su duplicación, conseguir una quita del goce del sufrimiento? ¿O debía ser insensible a sus llamados para que en mí nada se perdiera diluyéndose?

- 2 -

Quizás ustedes también estén de acuerdo en que la rotación externa, además de ser propia de este año de residencia, venía muy bien para pensar estas cuestiones y quizás hasta para desintoxicarme de estas cuestiones.

Decidí elegir instituciones u organizaciones asistenciales que se ocuparan de la cronicidad y de la insensibilidad. Quería conocer los dispositivos montados para su atención.

Dentro de las nuevas formas de atención de las patologías mentales estaba el Hospital de día cuyo objetivo era el tratamiento de pacientes crónicos. No era como el neuropsiquiátrico, donde los pacientes eran internados y muchas veces permanecían sin tener otro lugar adonde ir. En este nuevo dispositivo los pacientes iban y venían, caminaban, salían del hospital y volvían al día siguiente. Decidí rotar por la cronicidad del Hospital de día.

¿Y cómo rotar por la insensibilidad? Un día leí un reportaje a Dave, cantante de los *Depeche Mode*: hablando de su adicción, decía que la heroína desensibilizaba, decía que el "estar colocado" volvía inmune al individuo ante cualquier dolor.

Eso me hizo decidir mi rotación. Como tenía la oportunidad de una rotación por el extranjero, decidí irme de viaje. Quería conocer la red de atención de la drogadependencia en España. Entonces, en el Hospital de día trabajaría con la cronicidad y, en Europa, trabajaría con la insensibilidad. Quería conocer esa adicción a la heroína y la red de atención que se había montado para atender a los adictos a drogas que en nada se parecían a las que consumían los pacientes que venían a atenderse a hospitales del primer y segundo cinturón del conurbano bonaerense.

Estaba casi todo preparado para el viaje, tenía las maletas todavía a medio hacer pero no me podía sacar de encima la preocupación por la Salud Mental del trabajador de la Salud Mental.

LA SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD MENTAL

Llegaba del trabajo a casa completamente extenuado. Y no era solamente cansancio. Había imágenes, pensamientos, sentimientos que no me podía sacar de encima. Necesitaba tiempo para mirar el techo. Iban apareciendo, en forma desordenada, muchos personajes que había visto en escena ese día y anteriores. Eran pacientes, situaciones vividas con compañeros de trabajo, médicos del hospital... A veces, se me quedaban pegadas algunas palabras que me habían dicho, frases que me habían comentado, un gesto entrevisto y, sólo horas después, en mi casa, mirando el techo, las imágenes empezaban a perder fuerza y me daba cuenta de que ése había sido sólo otro día de trabajo.

Durante mucho tiempo, me había quejado de la cantidad infernal de actividades que teníamos; me llamó la atención una frase de Emilio Rodríguez que hablaba de la infernal rutina del trabajador de la Salud Mental: "*Yo era de esas personas que llegaba boqueando al fin de semana y universalizaba mi alienación*". Me sentí complacido de que no sólo a mí me pasara. También a él le pasaba, con muchos más años de trabajo.

Recordé el caleidoscopio en que se había convertido mi techo. En una charla que vino a dar Rafael Paz al hospital, a la residencia, nos decía que estábamos en las trincheras, en las primeras trincheras de la Salud Mental, que éramos combatientes y en peligro, y que debíamos aprender a cuidarnos. ¿Y dónde estaba él? Decía que, con más años, había logrado escindirse: una parte salía a la lucha, otra se quedaba en la casa. Me pareció escucharle decir: "*Hemos hecho del desgarramiento un trabajo*". El trabajador de la Salud Mental está escindido, ésta es la tensión del trabajador de la Salud Mental.

Lacan decía que esa tensión en el analista estaba entre la prédica socrática del filósofo y la recolección de la *res excrementus* del basurero. Era la tensión del analista: entre filósofo y basurero. Pero no se trataba solamente del campo infernal de trabajo, sino de los cambios que acontecían en el laborante de ese campo. (Quizás esto pase en todo los trabajos, llamémoslas patologías del trabajo, pero las patologías en el trabajador del campo de la Salud Mental eran claramente el centro de una cuestión tan fundamental como difícil de resolver).

Además de que el campo de trabajo determinaba al sujeto que lo laboraba, en nuestro campo, el trabajador debía escindirse y no por simple operatividad técnica, sino por las tensiones que estaba atravesado.

Se trataba de nuestro campo de trabajo. Se trataba de nuestro campo de batalla y de los cambios que ello producía en el yo del trabajador.

Un campo que había tenido y tiene muchos combatientes, un campo que tenía historia. Había habido otros. Había habido otros en la historia. No había que quedarse detenido en el propio narcisismo, en el propio yo. La historia ayudaba a comprender las tensiones que nos atravesaban pero yo sabía poco de historia, me habían enseñado poco. Me agarró necesidad y ganas de conocerla, de saber un poco las cosas que habían pasado en nuestro campo, quiénes eran los combatientes, dónde habían estado, qué posición habían tenido y cómo habían quedado tendidos en el campo de batalla.

Sabía muy poco de la historia. Había leído Freud y Lacan, pero conocía poco de analistas argentinos. Me dieron un libro para leer en un espacio formativo de la residencia coordinado por la Lic. Claudia Arim: *El paciente de las 50.000 horas*, de Rodrigué. Comienzo a hojearlo, me divierte el apodo que le pone Tato Pavlovsky a Rodrigué, lo llama el "*primer psicoanalista jubilado del mundo*". Yo intentaba entrar a un campo donde había otros ya retirados. (Sabía poco de los analistas que antes de nosotros habían pasado por alguna zona parecida a ésta en la que nosotros estábamos). Ese año conocería a Valentín Barenblit en la rotación por España, que había estado junto a Mauricio Goldenberg en la experiencia del Servicio de Psicopatología del Hospital Regional de Lanús, experiencia que había tenido consecuencias en la llegada de los servicios de Psicopatología y Salud Mental a los hospitales generales.

Conocía bastante poco del movimiento psicoanalítico argentino y de los analistas que nos antecedieron. Me puse a revisar lo que sabía. Había escuchado acerca de los comienzos del psicoanálisis en Argentina, de la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) a finales de la década del '40, las cuestiones del ser validado como analista vía análisis didáctico, muy exigentes en las cuestiones de encuadre y dinero. Durante la década del '60, las fracturas acontecidas en la APA por críticas a su política oficialista y mercantilista. A finales de la década del '60, pasaba de todo, efervescencia social y en los consultorios se intentaba construir una interacción entre el psicoanálisis, el campo social y el político. En esa época, se realizaba la experiencia del Hospital Lanús donde se abrían en hospitales generales los servicios de Psicopatología. Dentro de los marcos teóricos predominaba la vertiente kleiniana. Entrando en la década del '70, comienza lo más conocido, lo más familiar, lo más siniestro: el terror y la violencia política que arrasaba con la subjetividad y luego los estragos del poder de "desaparición" de la dictadura militar, el impune terrorismo de Estado. A

finales de la década del '70, el nacimiento del discurso lacaniano que planteaba una crítica a los post-freudianos y una posibilidad de replantear la asunción del lugar del analista. En la década del '80, la llegada de la democracia y una apertura a lo que pasó, cómo juzgarlo (y cómo taparlo). En el psicoanálisis, se produce una explosión de escuelas, fundaciones, instituciones y el debate acerca del valor del tratamiento analítico dentro de esta realidad, las cuestiones políticas ligadas a la asunción del analista y, sobre todo, los límites y posibilidades de una cura. Y ésta era la década del '90 que se estaba terminando, ¿qué se podría decir de ella?

"Basta de historia".

Yo seguía tirado en la cama mirando el techo y no iba a ponerme también a definir los tiempos que me tocaban vivir y que estaba viviendo. Pero ¿cómo evitarlo? Los '90 eran eso. La época donde muchos pensaron que la historia tenía final.

Me vi mirando el techo, tirado y me hizo gracia darme cuenta de que, justo en el año en que iba a rotar, que me iba fuera de mi país comenzaba a preguntarme acerca de la historia en la que estaba incluido. Tenía que alejarme para preguntarme dónde estaba.

No era el único al que le pasaba (como si esto valiera a modo de justificación), recordé unas jornadas de residentes donde, en las presentaciones de trabajos libres, una residente contaba su experiencia de rotación por Italia. Contaba cómo allí utilizaban las técnicas de los grupos de Pichón Rivière y cómo ella se sorprendió, pues apenas conocía de nombre al psicoanalista argentino y que, gracias a esa rotación externa, conoció y estudió algo de este autor. Pensé que ahora que me iba de Argentina podría conocer un poco más la historia del movimiento de la Salud Mental.

Recordé un curioso episodio acontecido por el año 68, un episodio que se dio en llamar la huelga de las interpretaciones caídas. No era el mayo francés, era la huelga en los consultorios de los analistas.⁷⁵ La época era de revueltas de estudiantes, efervescencia del movimiento gremial y político en general en contra de la dictadura militar y para la instauración de una transformación social de la Argentina.

Desde esa huelga hasta hoy había pasado mucha agua bajo el puente, y no solamente agua, sino luchas, muertes, traiciones y (¿por qué no?) reconciliaciones, amores...

75. Artículo leído en el diario *Página/12* del día jueves 27 de mayo, de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer, titulado "El día que hubo huelga de psicoanalistas".

Desde el punto de vista político, el saldo era negativo: la distribución regresiva de la riqueza, la concentración de poder económico en pocas manos, y cada vez menos argentinas. (No iba a hablar de la caída de la llamada clase media argentina ni de los fenómenos de exclusión social).

Recordé lo que había dicho esa compañera de trabajo acerca de que era difícil marcar un terrenito donde no se metiera la política. Era la tiranía de la política. Quería conocer la historia que se había escrito dentro de los consultorios y no podía empezar sino hablando de política. La huelga de interpretaciones caídas se realizaba en un contexto político de revulsión social. La política era parte de nuestro contexto de trabajo, y quizás algo más.⁷⁶

En el psicoanálisis de finales de los '70 se empezaban a conocer las experiencias de la antipsiquiatría en Italia, caía el paradigma sostenido por kleinianos, se empezaba a leer a Foucault, Althusser, Lacan, Levy Strauss, era best seller *El miedo a la Libertad*, de Erich Fromm.

Las luchas dentro del movimiento analítico no eran menores; además de las clásicas diferencias efecto de los "inflexibles y dogmáticos" marcos teóricos, la confrontación se daba ante la posición que había que sostener frente a la problemática social y política del país. Muchos querían abstenerse como posición política y otros querían sostenerse en posiciones más activas. Muchos analistas empezaron a marcar las tergiversaciones que aparecían en el grupo contrario, rival. Unos criticaban la asociación entre la posición abstencionista en lo político y la posición abstinentemente en la clínica. Decían que esa era una confusión producto de la identificación entre acto político y acto analítico y que los resultados eran devastadores: esos analistas terminaban aun sin quererlo en una especie de posición política inconsciente e inconsistente, apoyando posiciones retrógradas, conformistas, reaccionarias. Los otros no se quedaban atrás, criticaban la clínica militante como una traición al legado freudiano y decían que Freud se ocupaba de las formas singulares del gozar de un sujeto con su novela neurótica y que la política no era sino bajar línea y esto conducía al empantanamiento de la cura.

El debate era de lo más virulento y, a medida que pasaban los años, esas posiciones que antes se criticaban dejaron de cruzarse, de pelearse, pues decidieron la separación. (Y además la violencia en el contexto social iba en aumento, hasta llegar a la represión asesina del gobierno de López Rega y de los militares que asumieron desde el 24 de marzo de 1976).

Yo seguía mirando el techo, volando por la historia de nuestro campo

76. N. de A.: En el libro *¿Dónde fueron a parar las escobas voladoras de las brujas?* trabajo el tema de la correlación entre el acto político y el acto analítico. Capítulo IV, Campana, 1998.

de trabajo; era importante conocerla pero me temía que la historia no clausuraba el tema de la Salud Mental del trabajador de la Salud Mental.

LOS VOLADOS DE LA RESIDENCIA

Tenía síntomas crónicos y, en muchas ocasiones, me sorprendía de mi insensibilidad. Era necesario seguir pensando el tema de la Salud Mental del trabajador de la Salud Mental. No era un tema fácil. Se supone que tenemos algo para decir al respecto y, además, que hemos hecho algo de eso. El primer analista jubilado, Rodrigué, nos recuerda una frase: "*En casa de herrero, la iatrogenia impera*".

Un ideal que sostiene la entrada de muchos se resquebraja. Todos suponemos que un psicólogo que trata gente que está mal debe estar bien. Quien formula sobre la salud y la enfermedad, quien define lo que está de un lado y de otro, tiene "cuchillo de palo". ¿Quién no ha recibido un comentario del otro que nos cuestiona acerca de cómo es posible tener tantos problemas y trabajar en esto? Se supone que deberíamos tener menos problemas personales, o al menos mejor resueltos, se supone también que estudiar psicología tiene como consecuencia saber tratar mejor al hombre o, al menos, que el hombre nos trate mejor.

El otro día fui a un taller mecánico, hablando con un nuevo mecánico le conté las veces que me habían estafado con el coche, referí algo de mi historia que justificaría esas estafas; entre ellas, que dejé de ocuparme del coche cuando me recibí de psicólogo. El mecánico me dice que, desde ese momento, me deberían haber estafado menos, "*pues los psicólogos saben tratar a la gente*". Episodios como éstos no se dan todos los días, por suerte, pero son frecuentes.

Existe una paradoja y una paranoia. La paradoja de la salud mental de quienes se ocupan de la Salud Mental, y la cuestión persecutoria para con ése que se supone mira distinto en la psicología humana. Esto retorna en una inquisitoria pregunta sostenida en una acusación latente: ¿cómo es posible que, teniendo tantos problemas personales, puedas ser trabajador de la Salud Mental? En forma ideal se le pide al trabajador de la Salud Mental cierta asepsia, una garantía de salud mental.

Los pacientes llegado un punto del tratamiento se preguntan por la Salud Mental del analista. Mary me dice que ella averiguó y que le dijeron que yo tenía que ir a otro analista para no quedarme cargado de tanto secreto. Planteaba el tema del análisis del analista. Freud decía que se entra al campo de la Salud Mental desde la posición de paciente. Lacan decía que el analista surge al final del análisis. Nuestro analista jubilado, Rodrigué, piensa que hay que mantener un análisis permanente.

Si el trabajo plantea tensiones, debería ser el mismo trabajo el que tendría que dar una posibilidad de solución a esas tensiones. Se pone en cuestión la salud mental del que está ahí, pero el estar ahí también debería ser una respuesta a la cuestión de la Salud Mental.

El trabajador de la Salud Mental está en relación con el lugar del terapeuta pero también con el lugar del paciente. Existen tres posiciones diferentes con respecto a este tema, ligadas a la posición del analista. El analista aparece al final de su análisis (Lacan), el analista entra al campo de trabajo desde el lugar del paciente (Freud), el analista es un paciente permanente (Rodrigué). Tres posiciones que dejan en claro una evidencia: la diferencia entre un profano y un analista está en la cantidad de horas de tratamiento.

Rodrigué plantea que, en el lugar del analista, también hay una posición paciente, y habla del analista como el paciente de las 50.000 horas de tratamiento. Operación que sale de la multiplicación de los años de analista, por los meses del año trabajados, por las horas semanales de trabajo. Eso da 50.000 horas, donde el analista parecía el analista pero también era el paciente.

Ahí, lo admito, me terminé de volar. Ya era complejo definir el campo de trabajo, pues era hablar de tensiones infernales, también era complejo definir al sujeto laborante hablando de escisión, pero esto.. esto era... era demasiado.

Entre paciente y analista, había "confusión", esta lógica casi de ensueño la describe Hernán Kesselman: *"En medio de la noche, el psicoanalista ha tenido un sueño horrible. La pesadilla del análisis didáctico. Sueña que un paciente está detrás de él, sentado en su sillón, mientras él debe decir una por una, cada sensación que va sintiendo, sin contener nada, porque no confesar es mentir. Entonces le dice la mitad, pero el paciente que es astuto y analista a su vez, lo mira silencioso y carraspea como para demostrar su irritación. Mueve su pierna, impaciente lo quiere todo. Y el psicoanalista que es un paciente, como un bebé se pone a vomitar pidiendo tregua. El psicoanalista se apiada y todo tiene un final feliz".*⁷⁷

Era la angustia que emergía. Mirara por donde mirara aparecía: en el campo de trabajo, en el trabajador, en el lugar del paciente y, ahora, en la operación del analista. Fuera por donde fuera emergía la angustia. Ahora podía, por fin, definir los límites de nuestro campo de trabajo: la angustia (que es hablar de lo siniestro), el duelo (que habla de amor) y la política del sujeto (en cuya correlación se ubicaba al sujeto político y al sujeto analítico).

77. Kesselman, Hernán: Prólogo del libro *El paciente de las 50.000 horas* de E. Rodrigué, Fundamentos.

Volvamos al analista-paciente. ¿De qué y de quién es paciente el analista? El paciente en el lugar del analista, no acepta la pregunta y pide más asociaciones. El analista-paciente se inquieta, quiere hablar y decir que su trabajo es con las heridas, con las pérdidas, con la falta, pero no puede hablar, no se lo banca y vomita en la tela del diván y ruega con una voz irrecognocible que no le corten la sesión justo ahora, justo cuando se estaba sacando de encima toda esa historia de vómitos e inhibiciones.

—*"Usted supone que decir la historia es sacarse la historia de encima"* —interviene el analista-paciente.

—*"No me corte la sesión con una interpretación tipo pregunta con la que supone que deja abierta la puerta para mi reflexión semanal"* —ruega el paciente-analista.

Y algo se comienza a transformar. Comienzan a volver a notarse las diferencias. El analista ahora habla como mecánico:

—*"La diferencia, debo decirle, entre su cagada y mi cagada, está en el contador del velocímetro"* —y da por terminada la sesión.

¿Pero es la experiencia, los kilómetros recorridos, una garantía de la salud mental del analista? ¿Se trata del tiempo que hace que estamos medidos en el campo de batalla? Lacan se mete en la conversación y dice que no se puede alegar experiencia, quizás sí podamos alegar tiempo de "baqueteado", pero en nuestro campo la experiencia es nada.

¿Entonces qué decir de la salud mental de aquellos que estamos en la experiencia de llegada al campo de trabajo? Notaba la cantidad de fundamentalismos que habíamos heredado de la historia, de la propia y de la común, la cantidad de cosas que sabíamos que había que hacer de esa forma y de ninguna otra. Solamente la clínica nos iba desentumeciendo, despabilando (o eso esperaba). Recién llegábamos y parecía que la teníamos clara. Esa garantía y seguridad que transmitíamos era evitar dar paso a la angustia. Comenzaba a comprender por qué había tantas actividades formativas, tantos consejos y saberes hacer.

Y volvían las preguntas. ¿Por qué sería tan importante la salud mental del trabajador de la Salud Mental? ¿No alcanzaría con ponerse los guantes y el uniforme de trabajo? ¿Por qué sería necesario garantizar la salud mental del trabajador de la Salud Mental?

Los pacientes vienen a testimoniar una pregunta que los desestabiliza: *¿Estaré loca?* No es lo mismo la pregunta por la propia locura que la pregunta acerca del lugar epistemológico de la locura puesta en relación con la razón en la historia externa e interna de la ciencia.

La preocupación del analista por la locura, por la salud mental del trabajador de la Salud Mental, lleva hacia el análisis del analista pero también lleva hacia una dirección histórica, necesidad de relacionarnos con un dificultoso pasado.

Locura que toca nuestro cuerpo al entrar al campo de la Salud Mental. Locura como contracara de la razón, locura como angustia, locura como sujeto del inconsciente pero también, y fundamentalmente, locura de la cura.

Y ustedes se preguntarán: ¿cómo podía apasionarme en este trabajo, cómo podía apasionarme este trabajo? Pasión que otros también han sentido y sienten al enfrentarse con alguien que nos habla de su vida, de sus atardeceres y sus impotencias, y también de sus amores, de su dificultad para mantenerlos, de su cercanía al dolor, al goce, a lo imposible. Pasión, pues es así como se llama. Política del hombre que está entre otros hombres, entre «confusiones» de hombres. Y luego la operación lógica de separación entre el ciudadano, el individuo y el sujeto. Y luego, sólo luego, una otra separación entre paciente y analista.

* * *

4.2. EL HOSPITAL

ROTACIÓN POR LA RED DE ATENCIÓN DE LA DROGADEPENDENCIA EN ESPAÑA

Estaba despegando de mis referencias, me estaba yendo de viaje. Era el viaje de la droga. ¿Qué contacto había tenido con la problemática de la adicción? Se me cruzaron varias entrevistas, casos, comentarios acerca del tema. Recordé un caso que atendí en el Centro de Salud Cooperativas, sito en el partido de San Martín, recordé ese momento cuando una madre se da cuenta de que su hijo se droga. ¿Cómo se entera? El chico, de 18 años, se había vuelto agresivo, como dice ella: *"tenía muchas veces los ojos colorados"*. La madre, cuando se entera, casi lo mata, lo corrió con un palo, *"tenía unas ganas de darle..."*. Deja de hablar por un momento, sus ojos también enrojecen, no se puede explicar por qué pasó lo que pasó. Después de pegarle, comprende que no es la forma de tratarlo, además ahora le tiene miedo, su hijo ya no es más quien solía ser, si hasta había querido devolvérsela. Se pregunta en qué falló con éste, uno de sus hijos.

Los otros dos, más grandes, si bien viven con ella, están casados y has-

ta su hija la ha hecho feliz regalándole un nieto. La madre reflexiona acerca de las causas y se acuerda de su hijo cuando tenía 13 años, recostado en la cuna de su nieto, a quien ella le dio todo su amor. ¿Quizás no estuvo lo suficiente con su hijo por cuidar demasiado a su nieto? De repente, vuelve a la realidad, dice que muchas veces lo tuvo que ir a buscar a Loyola y que tiene la culpa la yunta de amigos que tiene ahí. Antes no era así. ¿Antes cuándo? Nadie sabe desde cuándo se droga, la madre habla de meses, pero todos sabemos que no es así. ¿A qué edad habrá empezado?

Estudios realizados por una institución de las llamadas serias dice que los chicos entran a la droga, tienen su puerta de entrada, a la edad de 14 años. Antes ya han probado la bolsita con pegamento y, quizás, alguna pastilla para dormir que sacaron del botiquín del baño que tomaba algún insomne de la familia. Pero parece que la cosa no termina ahí, sigue por un corredor iluminado por algo blanco que hace correr y por momentos hace sentir muy bien. Pero no todo es tan fácil, empiezan las caídas; al no tener dinero para comprar cuando se necesita combustible, el hijo de 18 años sale con amigos a robar y lo descubre la cana. Sale y entra. Ya tiene antecedentes, ahora se tiene que cuidar. Mientras esperan que la causa se extinga, el padre recorre las municipalidades en busca de algún tratamiento que le devuelva al hijo, que se supone, perdió. Pero se cansa rápido. Las soluciones no son mágicas y parece que él va a tener que ir con su hijo. El padre tiene bronca: ¿por qué todos trabajamos y él no trabaja?

Mientras tanto, la madre que no pega más espera el restablecimiento de su hijo. Le da dinero para que no salga a robar. Le da ese dinero que gana planchando camisetas en casa de Chola con quien, al menos, puede hablar lo que le está pasando. Chola la comprende porque tiene una cuñada que murió por sobredosis dejándola al cuidado de dos nietos que no terminan jamás de enfermarse. La madre, esa que no pega más, sufre. Quizás no se ha dado cuenta de que su hijo ha tenido la suficiente confianza como para contarle lo que hace y que han llegado a un acuerdo para que no traiga droga a la casa. La madre no sabe cómo ayudarlo, intuye que hay algo que, si no lo hace ella, no se hace, pero no sabe qué hacer. Hasta le tiene miedo, a su mismísimo hijo. No sabe cómo decirle que se tiene que ir... a curar. Llama desesperada a una granja para adictos pensando que una internación es la única manera... Así, aunque sea tajante. En el barrio todos saben lo que ella está viviendo, enfrente también hay otro con el mismo problema, y seguramente en la otra cuadra. El de la casa de enfrente hace más quilombo, se oyen los gritos y nadie está tranquilo acerca de lo que puede pasar. La madre parece preguntar a quien la pueda escuchar: *¿qué hago con mi chico?*

No tenía ni idea acerca de qué decirle que hiciera con su chico. Y con tantos chicos como ése.

Yo ya no estaba trabajando ni estaba en la cama intentándome sacar de encima imágenes, recuerdos, pesadas preguntas acerca de la salud mental del profesional en Salud Mental. Yo me estaba yendo de viaje. Así como despegaba de mi hospital de referencia, me despegaba de las problemáticas que en él se escuchaban, me estaba yendo e iba a experimentar cosas nuevas, iba a experimentar con una droga desconocida en mi tierra: la heroína. Iba a despegar, era el viaje de los volados de la residencia, era el viaje de la droga. ¿Y qué me importaba esa escena de una madre desesperada por su hijo? Era el viaje a la droga dura, un viaje *hard* a la heroína, yo iba a “estar a caballo” y no de a pie, como había sido hasta ahora. Tuve la sensación de que lo mejor estaba por venir.

VIAJE A LA HEROÍNA

Llegué a España un 19 de enero y, ese día, la ETA mató a un magistrado del Tribunal Superior que no disponía de escolta, disparándole un tiro en la nuca, tradicional forma de accionar etarra. Estaba en España, coño.

Compré un diario mientras esperaba el vuelo de Madrid a Barcelona. Lo leí. A nivel político, se estaban replanteando las relaciones laborales; por un lado, se intentaba bajar las indemnizaciones pero, por otro, se intentaba dar de baja a los llamados “contratos basura” que precarizaban la condición laboral de la población. Un comentarista decía que España estaba embarcada en un evidente proceso de europeización con miras a la unificación de la moneda europea y a la entrada a la Unión Europea como mercado unificado. Me sorprendí al leer sobre el alto índice de desempleo y conocer que su población estaba en vías de envejecimiento, pues la mujer española no alcanzaba a tener como promedio más que 1,23 hijos, una de las tasas de nacimiento más bajas del mundo. Las mujeres españolas se habían tomado en serio eso de salir a trabajar, eso de la independencia económica y, además, parecía que en épocas de crisis tenían más posibilidades laborales que los hombres.

La red sanitaria ya se estaba preparando para atender las problemáticas de la tercera edad y (¿por qué no?) las problemáticas de la desocupación, incluido el alcoholismo y la drogadependencia. Y también se planteaba, (juro que lo leí en un diario español) el tema de la necesidad de recaudar mayor presupuesto frente a los insuficientes recursos actuales en la red pública. ¿La sanidad pública debe ser absolutamente gratuita?, se preguntaban.

Yo estaba partiendo hacia la región autónoma de Cataluña, zona donde realizaría mi rotación. El contacto se había llevado a cabo por inter-

medio de un Institución llamada *iPsi**, dirigida por el Dr. Valentín Barenblit. Llegué a Barcelona. Al llegar, a me pareció que llegaba a otro país, la mayoría de la gente hablaba el catalán, idioma más difícil de comprender que el italiano. En la que sería mi zona de rotación se planteaba en forma fundamental el tema de la autonomía y, sobre todo, autonomía del gobierno central presidido por Aznar. Aquí también compré un periódico zonal, pues ya estaba advertido de la importancia que en Europa le dan al regionalismo, al nacionalismo, a la lucha por una historia que suele ser de luchas, sometimientos, resistencia...

Una noticia chiquita me llamó la atención: en la región autónoma de Cataluña había un debate candente acerca de la relación entre el catalán y el castellano. Se discutía la futura ley de uso de idiomas oficiales. Todos hablaban el catalán y, ahora, después de mucha historia y pelea, se lo enseñaba y se lo aprendía en forma oficial.

Leí otras noticias: había anunciado el gobierno de la Generalitat (gobierno de Cataluña) un decreto que pretendía reformar la financiación de los servicios sociales. Esto ponía sobre el tapete el posible pago parcial por el usuario del coste de las prestaciones. Pensé que después de todo esta región autónoma era España. Otra noticia. Se debatía un nuevo código ético para los médicos, que respetaba fundamentalmente los derechos del niño y del adolescente, y se aceptaba también la llamada eutanasia pasiva.

Al llegar a Barcelona, luego de encontrar donde albergarme por un par de meses, me entrevisté con el Dr. Barenblit, con quien charlamos intereses y posibilidades de la rotación. Me contó acerca de la problemática de la heroína que irrumpió en forma masiva en los años '80. Se intentó diseñar instituciones con el paradigma “abstinencia de drogas”. En los '90, irrumpió la problemática del sida y su estrecha relación con la vía endovenosa. Se suponía que entre el 40% y el 60% de la población actual de heroinómanos estaba contagiado de H.I.V. Aparecía en el horizonte otro paradigma ligado a “la reducción de riesgos”. Aparece el programa «intercambio de jeringas» y la sustitución de la heroína por la metadona. Estos programas los podría conocer rotando por diversos centros de salud en las inmediaciones de Barcelona.

- 1 -

La bolsita de pegamento, la marihuana y la cocaína casi no eran el centro de la atención en Europa, tampoco la edad de inicio cercana a los 11 años para la bolsita y los 14 para la marihuana, como en Argentina. No se

* *iPsi*: Centre d'atenció, docència i investigació en Salut Mental (en su lengua original).

debatía si la marihuana era la puerta de inicio de una progresión que terminaría en cocaína mezclada con alcohol y *Rehmo*. Quizás el viaje a la heroína me alejaba de la situación argentina, de las drogas autóctonas y de sus formas de atención, pero no me alejaba del debate acerca de la relación entre aumento de la criminalidad y la adicción a las drogas. ¿El goce tóxico de las drogas producía un aumento de la tasa de violencia y de la de delincuencia? Éste era un tema muy presente en la confección de políticas sanitarias en Europa.

Más allá de ese debate, yo estaba en otra. No iba a estudiar el tema de la droga de los libros, quería escuchar a los adictos. Y así pude escuchar a un gran personaje, a un gran adicto, a un gran vocero de los que todavía lo pueden contar: un tal Dave Gahan, cantante de *Depeche Mode*; además, escuché a una rubia, siempre en gayola por afanar, y a otra mujer que no recuerda su edad porque ya no se acuerda de nada, y nos dice que mejor vayamos a preguntarle a la madre.

“LOS SENTIMIENTOS VOLVÍAN Y ME MORDÍAN EL CULO”

Dave⁷⁸ dice que podría ser otro yonqui muerto, cuenta que tuvo su segunda sobredosis.

“Esta vez estuve muerto durante dos minutos, me desperté en el hospital, me esposó un policía y me llevaron a la cárcel. Recuerdo que le pregunté al doctor que me había atendido: ¿fue una sobredosis? Él me contestó tajante: «Pensé que te habíamos perdido, tu corazón se paró por dos minutos». Cuando llegaron los enfermeros mi corazón no latía, resolvieron ponerme una inyección en el corazón, estilo Pulmp fiction, luego me dieron tres shocks eléctricos. Tuve mucha suerte, podría haber tenido daños cerebrales”.

Me sorprende la forma de su relato, hasta cuando relatan su muerte lo hacen de película. Parecía estar en una ficción pero no, Dave relataba su experiencia personal con su sobredosis. La heroína produce estragos en la subjetividad. Me lo imaginé volviendo de la muerte, al estilo de Lázaro cuando Jesús produce el milagro de la resucitación. A estos pacientes que vuelven de la muerte no estaría mal llamarlos así, como pacientes “Lázaros”.⁷⁹ Su corazón estuvo detenido, los médicos llegaron justo a tiempo, la inyección milagrosa apunta al corazón para sacarlo del paro, de su detención, de su muerte. Los pacientes Lázaros se curan después de muer-

78. N. de A.: Dave es David Gahan, cantante de Depeche Mode. Entrevista en *El País*, febrero de 1997.

79. N. de A.: Denominación escuchada al Prof. Maldavsky en una charla dictada en Barcelona, en febrero de 1997.

tos, son lo que pueden afrontar una cura *post-mortem*. (Recordé al paciente, padre de tres hijos, en cama 56 de cuidados mínimos. Me hubiera gustado que conociera a Dave).

Su estar con vida era un milagro, una vuelta de la muerte, de ese lugar de donde nadie Ha regresado aún. El privilegio de los Lázaros es un signo de la presencia suprema, un signo del padre de los padres. Dice Dave: *“Estar con vida es como un mensaje de Dios. Es un milagro”*. Milagro es el estar con vida, y realmente es un milagro, la heroína produce estragos en el cuerpo del adicto. Su salida de la droga es una salida mística, ¿qué otra manera hay que recostarse en las manos del Señor?

Pero los hombres y sobretodo los trabajadores de la Salud Mental también querían hacer algo con esa voracidad con que la muerte convocaba a los adictos “a caballo”. Surge así un nuevo paradigma que es “la reducción de riesgos” que toma en consideración esa convocatoria de la muerte, y toma en cuenta que, esa misma muerte es quizás el único “aliado terapéutico” que permite la recuperación de los adictos a caballo. La experiencia de la muerte, aquellos “yonquis” que no han tenido la suerte de jugar con la “muerte terapéutica” se encuentran muy cercanos a la condición de despojos.

- 1 -

Es interesante pensar la relación de los “yonquis” con su cuerpo: son sus propios enfermeros. La forma más extendida de administración es la intravenosa: se inyectan, se buscan las venas, juegan con sus venas, son sus propios enfermeros. Hay una expresión muy significativa: “hacerse la vena”. Los heroinómanos, en un supremo ideal de singularidad, hacen lo que quieren con sus venas, con su cuerpo. Sienten un placer muy especial en meterse y sacarse la sustancia de las venas, es una parte importante que los identifica y por esas venas son reconocidos como drogadic-tos “a caballo” de la jeringa.

Pero volvamos a Dave y su salida mística: dice sentirse un iluminado. Y va a contar su experiencia, siente gran necesidad de contar su experiencia con la muerte y la resucitación. Y va a contárselo a otros yonquis: *“Me ven y se dan cuenta de que es mejor ser un yonqui sobrio que un yonqui activo”*. A pesar de haber abandonado la heroína, se sigue denominando como un yonqui, a la manera de los alcohólicos recuperados.

Un milagro lo ha salvado y convertido de un yonqui activo en un yonqui sobrio; es un elegido. ¿Pero qué es un yonqui? Dice: *“El yonqui es un personaje como una rata viviendo en una alcantarilla. Uno está constantemente queriéndose escapar de la vida y tan sólo se acerca a la calle cuando oscurece, para poder comer*

y obtener lo necesario para sobrevivir. Luego regresás a tu hueco. Eso es ser un yonqui". Ser yonqui es una metáfora: una rata metafísica metida en su escondrijo, sólo saliendo a saciar su hambre por las noches. ¿Qué tiene esa sustancia que produce semejante "metamorfosis", que vuelve ratas a las personas?

En una charla con el Lic. Víctor Martí⁸⁰ le hice esa pregunta, y me dijo que la heroína produce una cobertura anestésica, quita sensibilidad de comunes procesos que acontecen en el cuerpo. Y también produce ensimismamiento. Dave coincidía con esta apreciación: "Durante mucho tiempo, un pinchazo anulaba todos los sentimientos que no quería experimentar, pero tarde o temprano regresaban para obsesionarme y me mordían el culo, evitás vivir tu vida, evitás tus propios sentimientos".

El contraste era angustiante: cuando se hallaban "colocados", anulaban ciertos procesos lógicos de desazón, aburrimiento, pero estaban amenazados por el "mono", que era el momento en el que todo eso retornaba de forma punzante, produciendo una sensibilización tal que, por ejemplo, cualquier común dolor de estómago se volvía un dolor insoportable. Dice Dave: "La heroína había dejado de ser efectiva. Vivía en una rutina. Mi día era estar colocado, y tratar de sentirme normal, es decir vivir sin temblores ni vómitos, ya no se trataba de una sensación de euforia sino más bien de mantenimiento".⁸¹

Estar colocado era un intento desesperado de tratar de mantenerse arriba del caballo (aunque sea un pony), para no ser tirado en las continuas subidas y bajadas.

- 2 -

Estando en España me sale la posibilidad de conocer cómo trabajan en Italia el tema de la drogadependencia. Voy a Reggio Emilia, en el norte de Italia, ahí me encuentro con el director del Sert de esa ciudad y también integrante de la comisión europea de lucha contra la drogadependencia, Dr. Umberto Nízzoli. Caminamos por el hospital, que había sido un neuropsiquiátrico hacía muchos años, y me va mostrando las historias clínicas de comienzo de siglo donde se tomaban las medidas del cerebro al momento de las primeras entrevistas; seguimos caminando y me lleva a conocer un museo donde se guardan los instrumentos (de tortura) que se utilizaban para el tratamiento de los locos.

80. N. de A.: El Lic. Víctor Martí i Carrasco es el coordinador del Área de Drogadependencias del Centre d'Orientació Sanitària «Ferran Salsas i Roig» de l'Ajuntament de Rubí, en las intermediaciones de Barcelona. A él y a su equipo todo mi agradecimiento por la cordialidad y el tiempo compartido en el trabajo diario.

81. N. de A.: No olvidemos la palabra mantenimiento, pues es ella uno de los objetivos fundamentales de la sustitución de la metadona por heroína.

Un rato después, comenzamos a hablar de la problemática de la adicción a la heroína me pregunta por qué no ha llegado la heroína a la Argentina. No sabía qué contestarle. Pensé en cuestiones económicas, en un mundo dividido en zonas de influencia de carteles de drogas, en una historia de consumo diferente, en las particularidades de la adicción intravenosa, pensé en todas estas cosas pero sólo dije: "Me alegro de que la heroína no haya entrado en mi país". Me sorprendió mi respuesta; el resto de la charla giró alrededor de la posibilidad de que la realidad no coincidiera con mis anhelos. La heroína me había sorprendido, había cambiado drásticamente mi perspectiva del problema de la adicción, y me hacía pensar las cosas de otra manera. Y no era sólo el tema de la heroína y los efectos que esa dependencia generaba en la subjetividad, me sorprendieron las políticas que se llevaron a cabo para combatirla. Eran políticas que estaban de acuerdo con objetivos previamente fijados. El Estado se comprometía a través de la sanidad pública a implementar esas políticas que poco tenían que ver con fines moralizantes, hipócritas, ecuménicos como estamos acostumbrados en Argentina. Esas políticas tenían en cuenta las consecuencias sociales, psicológicas y orgánicas de la adicción a la heroína. Se implementaron dos políticas fundamentales en casi toda Europa.

- 1) La sustitución de la heroína por la metadona, posibilitando el cambio en la vía de ingesta (de intravenosa a oral), y disminuyendo, de esta manera, los riesgos de contagio de enfermedades infecto-contagiosas y permitiendo un mayor control sanitario. Además, al ser el Estado quien suministraba la metadona en los centros de salud y hospitales, producía un descenso del índice de criminalidad asociado al consumo de la costosa heroína.
- 2) El intercambio de jeringas, para aquellos que no quisiesen entrar a un programa de sustitución.

Los consumidores, para entrar al programa de sustitución de metadona, plan que sostiene el criterio de reducción de riesgos, tienen que cumplir determinados requisitos impuestos por la autoridad sanitaria. Ellos son: visita mensual al médico especialista, aceptación de no consumir otras drogas (y si así lo hiciesen, hacerlo saber al médico) y un analítico semanal (análisis de orina que rastrea la ingesta de opiáceos, cannabis, cocaína, alcohol). En España, el acceso al plan de sustitución por metadona se hace por intermedio de los centros sanitarios y hospitales dependientes de cada región autónoma. En Cataluña el plan se había hecho muy conocido y, debido a su éxito, han tenido que ampliar los lugares donde se dispensa metadona. En 1997, se agregaron más de cien farmacias que colaboran con el programa de la Generalitat (gobierno de Cataluña), dispen-

sando metadona directamente a los toxicómanos, al verse los centros de salud sobrepasados en el cumplimiento de esa tarea. Ésta es una ilustración acerca de la extensión del programa y su aceptación por parte de la comunidad. Esta colaboración tiene por objeto descongestionar la red de distribución de metadona.

¿Qué tiene la metadona? Logra controlar el deterioro físico y el deterioro mental que conllevan el uso prolongado de heroína y tiene una vida media más extensa que la heroína, lo que evita las constantes subidas y bajadas que su falta acarrea. Es dada gratuitamente (la heroína es una droga muy cara que aumenta la necesidad de delinquir) y está controlada por la sanidad pública (en el mercado la heroína se encuentra, por lo general, adulterada, llegando hasta un 85% de mezcla con polvo de ladrillo, lo cual puede producir muerte por reacción aguda).

¿Cómo evaluar los resultados de esta política de reducción de riesgos? La tasa del sida en España señala a 1996 como el primer año en que los indicadores de casos decrece en los últimos 15 años; no obstante, España es el país europeo con mayor incidencia de sida, junto a Italia y Portugal, y es donde mayor incremento experimenta todavía, según un informe de la comisión europea. (Los toxicómanos ocupan el primer lugar en la etiología de la transmisión y contagio del sida, con un más que nítido dato del 64% de todos los enfermos de sida españoles).

Pero hay buenas noticias. Hay un cambio en la forma de uso. Los expertos anuncian un cambio de hábito en los consumidores, pasando a otras formas de administración y aun a otras drogas. La ONU, en 1997, alerta sobre el aumento de las llamadas drogas de diseño. En Andalucía el propio mercado ilegal de heroína está desviando el consumo de esta sustancia hacia las formas inhaladas en lugar de las inyectables.

- 3 -

Pero, además de las políticas implementadas, yo quería hablar con los adictos a la heroína y con los adictos a la metadona dentro de las políticas implementadas por la sanidad pública.

Como lo decía Dave, llega un punto en el que de lo que se trata es de no caer en el mono, de “estar colocado”, de mantenerse con un nivel adecuado de droga en sangre. El plan de sustitución por metadona tiene como uno de sus objetivos principales el mantenimiento. En el proceso adictivo, ya no se trata de ese plus hipotético que daría la sustancia, sino de cierta posibilidad de evitar los dolores de su falta. La metadona también consigue que el adicto aparente cierta “normalidad”, y se ubica en rela-

ción con cierta sustitución⁸² de la heroína consiguiendo ubicar a los heroínómanos en relación con el “todo social”. Sus carnets de identificación de socios del programa de metadona les dan la posibilidad de ser contabilizados por la asistencia pública y bajan los riesgos de una dependencia tan increíblemente devastadora.

Un caso entrevistado en el Centro de Atención y Seguimiento de Sabadell, en los alrededores de Barcelona: una mujer de 27 años, con temblores en las manos, dice que quiere entrar al plan de sustitución de metadona; refiere que no le alcanza la heroína, que está con un constante “mono” y que puede hacer cualquier cosa: relata que el otro día se intentó tirar debajo del tren pero que un hombre la agarró de los pelos y la llevó para la plataforma. Tiene dos hijos y hace 7 años se infectó de sida. Con respecto al sida sus defensas están muy bajas y sabe, porque conoce a mucha gente muerta, que el proceso se puede acelerar tanto que en pocos meses “se desinfla la vida que llevás adentro”.

En su “juventud”, había traficado heroína para poder consumirla ella y su ex-pareja pero, en determinados momentos, se quedaba sin “pasta” y tenían que salir a robar. Tiene varias entradas por robo a mano armada y todos los policías cómo la conocen to cuando hay un asalto y, en el reconocimiento sale una mujer con pelo rubio, saben quién fue; la van a buscar directamente. Actualmente está desesperada, la terapeuta le dice que van a acelerar los pasos para incluirla dentro del plan de sustitución pero que hay requisitos que debe cumplir.

Llegó otra paciente enojada con la metadona, dijo que le estaban dando menos y que se sentía mal. La terapeuta le dijo que le iban a ajustar la dosis de metadona para que no estuviera tan nerviosa. Le dijo que hiciera pis para realizarle el analítico de orina, para ver si no había tomado otra cosa, y que después de eso quizás le subirían la dosis de metadona.

Luego de constatar por la orina que no había probado ninguna otra droga, la terapeuta le subió la dosis en 5 mg, límite de subida diario. Me quedé con la paciente a solas y le pregunté qué hacía todos los días. Me cuenta que no hace nada, que se queda todo el día en la casa, que sólo sale a buscar “sus tarritos” para la semana.

Me quedé pensando en esto de los tarritos de metadona. La solución para que no estén drogados es que vivan drogados, con una droga prescrita por la autoridad sanitaria, bajo control y seguimiento. Los objetivos, como todos los objetivos son claros: evitar el contagio de enfermedades, atacar el aumento de la tasa de criminalidad, mejorar la calidad de vida

82. N. de A.: No es poca cosa esto de la sustitución. El Dr. Umberto Nizzoli me decía que el problema en la atención de la cocaína es quizás más complicado porque no hay droga de sustitución.

de los adictos. Pero los objetivos no tapan las posibles críticas⁸³ ni las consecuencias en los adictos que, ahora viven drogados, estabilizados, controlados por la sanidad pública.

La sanidad pública se había metido de lleno con el tema de la adicción a la heroína, pero seguir o no drogándose era una decisión individual. El Estado se había convertido en proveedor y distribuidor de metadona, de droga, el Estado cumplía una función del *diller*. Me divirtió esa imagen. Este tema planteaba interesantes problemas jurídicos, políticos, éticos y psicológicos en relación con uno de los negocios más lucrativos de la historia de la humanidad. Esta sustitución de heroína por metadona no perseguía un fin moralizador, sino que tomaba en cuenta la realidad devastante de la adicción y el valor comunitario de la protección social. Esa intromisión del Estado en una doble faz, asistencial y jurídica, se oponía a la pulsión de muerte de heroinómanos, y lo realizaba intentando ubicarlos en relación con todos los demás, objetivo claramente político. Un grupo que se quería desvincular del para todos era puesto nuevamente en relación al todo social.

El objetivo explícito de la reducción de riesgos y de la sustitución por metadona era, en última instancia, evitar el ineludible proceso de marginación que conlleva este tipo de droga. Como lo dice Dave: *“Volví a ver a mi hijo, una vez por semana, podría perder ese derecho si vuelvo a pincharme, pero me examinan la orina dos veces por semana”*. El Estado asistencial, jurídico, político se mete con algo íntimo, la orina, y la analiza.

- 4 -

Me faltaba poco para volver a la Argentina, y creo que había aprendido algo de esa droga que llevaba una tremenda dependencia física y psicológica. Había aprendido del “estar a caballo” y del “mono” y, sobre todo, de esa falta que se volvía insoportable de ser bancada.

La falta se sentía demasiado, la falta estaba presente, era la angustia, era ese terrible “mono”. El heroinómano se identifica con animales, pues lo que siente es brutal. A Dave el “mono” le recuerda: *“momentos terribles, estar acostado en una cama, temblando, cubrirme con sábanas, sin poder entrar en calor. Vomitaba todo el tiempo, padecía calambres estomacales, me sentía enfermo a menos que decidiera buscar otra dosis”*.

La presencia de la falta... de heroína no era posible de ser cubierta. No hay cómo cubrirse. Sólo un encuentro con la “muerte terapéutica” los podría

83. N. de A.: En estas épocas la verdad está en los resultados; por tanto, la efectividad del programa es incuestionable.

separar de esa dependencia tan radical, de ese goce tóxico mortífero. Es la desesperación más desgarradora que puede un hombre resistir, una angustia que lo deja frío, una cercanía a la muerte que lo deja hecho un despojo.

Mi rotación por las tierras de Cataluña estaba terminando. Volvía a casa, a mi hospital, a mi residencia. Había acontecido la rotación de la angustia, de esa angustia que se sentía cuando ninguna manta puede tapan ese frío que viene de las entrañas.

LA ROTACIÓN POR EL HOSPITAL DE DÍA

Había vuelto de mi rotación externa, todavía me quedaban seis meses para seguir rotando y tenía que elegir un lugar en otro hospital. Si antes había elegido guiado por la insensibilidad, ahora me guiaba la cronicidad. Elegí el Hospital de Día del Hospital Álvarez⁸⁴, coordinado por el Dr. Daniel Millas.

Este hospital no estaba en el conurbano sino en plena Capital Federal. Fui al hospital, entré: posee pabellones diferentes para las distintas especialidades, llegar a Salud Mental requiere un par de minutos de a pie, hay que atravesar casi todo el hospital. El servicio de psicopatología cuenta con Hospital de Día, sala de internación de hombres, consultorios externos y diferentes áreas dentro del servicio. Me dirigí al primer piso, donde está el Hospital de día. Mientras caminaba, como siempre por los caminos hospitalarios, hablaba solo.

“¿Qué es el dispositivo del Hospital de Día?” “¿Qué pacientes tienen prescripto su uso?”

- 1 -

En sus comienzos, el Hospital de Día intentaba disminuir el costoso gasto monetario de la internación para el Estado y el costoso gasto psíquico para el enfermo que era extraído de su contexto familiar y social. Este dispositivo había surgido por aquella época donde el hombre miró en su naturaleza y el reflejo que encontró lo separó definitivamente de ese ideal cartesiano donde el buen sentido (razón) ponía de un lado al hombre y del otro a las bestias. Este dispositivo nació de la necesidad de aten-

84. N. de A.: Quiero agradecer al Doctor en Psicología Daniel Millas por haberme acompañado en la rotación por el Hospital de Día del Hospital Alvarez, agradezco su cordialidad y profesionalidad, como la de todo su equipo de profesionales que recuerdo con cariño.

der a los minusválidos que habían quedado después del ansia aniquiladora sacada a luz en la Segunda Guerra Mundial. Ilustrativo comienzo guiado por la búsqueda de maximización de recursos humanos y financieros que justamente escaseaban. (Años después se comienza a poner el acento en el criterio terapéutico además del economicista y bestial).

En el Hospital de Día, encontraremos individuos que tienen prescrito su uso en función de su cronicidad; hablamos entonces de los pacientes crónicos, graves. Entran a un grupo compuesto ante todo por su heterogeneidad. ¿Es que puede haber homogeneidad de enfermos crónicos?

Durante la rotación en el Hospital de Día participé en diferentes actividades, admisiones, coordinación de asambleas grupales de apertura y de cierre semanales, actividades de formación, pase y supervisión de pacientes. Me llevó un tiempo comprender algunas cuestiones.

“¿Por qué se producían efectos terapéuticos producto de la interacción grupal?”

Noté que había continuos cambios climáticos, meteorológicos, dentro del grupo que no dejaban las cosas igual en el plano singular, en cada paciente. Me interesaba pensar el tipo de interacción que se constituía entre los pacientes (y entre los pacientes y los terapeutas). Notaba que esa interacción tenía rasgos delirantes, se incluían unos a otros dentro de un ámbito familiar. ¿Es que “estar en familia” traería mejorías terapéuticas? ¿Y cómo pensar el alcance y los límites de esas mejorías terapéuticas producto de las interacciones grupales relacionándolo con la perspectiva de la estabilización singular?

Escuchemos a los pacientes, estamos en la asamblea de cierre de las actividades semanales.

DE LA TALKING CURE AL TALKING BOLAS

Este texto tiene dos escenas. En la primera escena se trabaja material clínico surgido en el espacio de asamblea semanal de cierre de las actividades. En la segunda escena se realizará una lectura del material clínico diferenciando las mejorías producto del lazo social de las estabilizaciones que se llevan a cabo en cada paciente, en una dimensión singular.

- 1 -

Llega un paciente, que llamaremos Jorge; lo recibe el equipo de admisión. Viene con su hermana, que habla de su hermano: “*Mi hermano, que vive en mi casa, no tiene a nadie más que a mí, no hace nada en todo el día, escucha voces, y juega todo el día con mi hijo de 6 años a quien le grita porque le dice*

que es muy bruto jugando”. Jorge, ya no es bien soportado en la casa. El paciente pregunta si es necesario que venga al Hospital de Día ya que, si no escuchara voces, estaría bien: “*Solamente necesito la medicación que hace que no me aturdan las voces y pueda dormir*”.

Pensamos qué decir. El dispositivo está en función de un tratamiento ambulatorio de un paciente, quien debe tener cierto interés y/o consentimiento para ser admitido. ¿Qué decirle? Lo invitamos a participar y le decimos que en el Hospital de Día, además de medicación, hay talleres, muchos y distintos, hay terapia individual y grupal, y también espacios grupales de apertura y cierre de las actividades semanales. No lo convenimos del todo, pero accede a venir tal día y tal otro.

Regresa el día estipulado, y el recién admitido se presenta al resto de los compañeros en la asamblea de cierre de las actividades semanales. Dice: “*Me llamo Jorge*”. Se le cuenta que en este espacio se habla de lo que pasó durante la semana y de los planes para el fin de semana. La atención que le dan al recién llegado dura muy poco. Hay un tema excluyente, aparece en el grupo la queja en relación con Federico. Le dicen todos de distinta manera lo mismo. Que lo quieren pero no lo soportan más. Le recriminan que es como un chico que quiere llamar la atención, se hace el payaso y se pone a la altura de los coordinadores-terapeutas. Que no se le puede prestar atención a los dos. El paciente mira sin comprender, le dan la oportunidad de hablar. Todos opinan: “*Sería bueno que lo internaran o que lo mandaran a consultorios externos. Cualquiera lado menos éste, no debe estar aquí, debe irse. Está enfermo*”. Los pacientes consideran que Federico no es un paciente para Hospital de Día. Está grave, mal. Un paciente que está mal no debería estar en el Hospital de día, sólo deberían permanecer los que estén bien. Jorge, el recién llegado, me dice al oído: “*Están todos locos: ¿yo tengo que estar con éstos?*”

¿Qué es lo que pasa con la condición de enfermos, con el lugar de enfermos de los pacientes en el Hospital de Día?

Todos se impacientan con Federico. No responde, tampoco parece entender, no distingue si las voces que escucha le vienen de adentro o de afuera. Ariel, que tiene cierta condición de líder, cuenta que realizó la intervención. Es una intervención antigua bien conocida por algunos de los pacientes: el famoso acto de hacerlo chiflar. Los pacientes a esto lo llamaban terapia de la calle, denominando a nuestras intervenciones como terapias de la Universidad. Terapia de la calle, que es ejecutada por los pacientes; y la terapia de la Universidad ejecutada por los terapeutas. Desde el marco teórico de la conceptualización de la terapia de la calle había que realizar una intervención. Los pacientes suponen que algo hay que hacer con lo que no se puede elaborar con palabras. Se produce la intervención: el pasaje de la *talking cure* al *talking-bolas*. Una paciente desholl-

nada de Freud le da nombre: *Talking cure*, pero ésta tiene un límite, más allá de esto se trata, como dice Lacan, del hueso de lo real, en este caso representado por los testículos de Federico. Se produce la “rectificación subjetiva”. El encuentro con lo real le baja los humos a Federico. Todos lo miran y están de acuerdo en que a partir de eso está mejor. Se tranquilizan. No debe ponerse a la altura de los terapeutas. Se felicitan.

Miran a Jorge por primera vez, como dándose cuenta de que recién ha llegado. Un paciente se para y le habla: “*Todos tenemos y llegamos con problemas, estamos a la deriva, todos hemos mejorado, me gusta mucho este espacio y me siento agradecido*”. Pide un aplauso para los terapeutas. Sus mejoras se deben tanto a las terapias como a las charlas entre los pacientes. Propone una idea que a muchos les parece genial: un Hospital de Día de las 8.30 hs a las 17 hs. (Hasta ahora sólo duraba hasta el mediodía). Ese paciente pide extensión de horario y, si no se puede, sugiere seguir el Hospital en la casa de alguno.

¿Por qué sería necesaria la extensión del Hospital de Día en horario que no cubre el dispositivo? ¿Por qué sería necesario continuar el dispositivo dentro de la casa de algún paciente?

Otro paciente dice que se siente como en su casa, quizás mejor que en su casa porque allí, a veces, no se siente tan bien. Otro paciente dice que acá uno se distrae porque se siente en familia pero afuera no es así. Otro remata diciendo que siente al grupo como parte de su familia.

El tipo de organización que se constituye en la interacción grupal está nítidamente marcado por lo familiar. Se descubren una familia, ya no pacientes que los reenvían a estar enfermos, sino participantes de una familia. Dice Eric Laurent⁸⁵: “*También están las formas más variadas de eso que Lacan ha podido llamar el familiarismo delirante, es decir la voluntad de conservar las formas de la familia a todo precio*”.

Se constituye dentro de la interacción de los pacientes una organización análoga a la organización familiar que produce efectos terapéuticos. Una pregunta que pareciera ingenua: “*¿Es terapéutico pertenecer a una estructura familiar?*”

Cada cual se dedica a aclarar los vínculos que lo unen con el resto, explican el genograma familiar. Germán ve en Ariel, el rectificador, como un padre, tiene falta de imagen paterna y dice que Ariel le tapa la falta. Cuenta lo que le pasa. “*Tuve problemas por la forma en que me criaron. Me tenían como al nenito de la casa. No tuve imagen paterna, tenía rencor a ellos y se extendía a toda la sociedad*”. Dice que a Federico, “el bolado”, lo siente como a un hermanito menor. Empiezan todos a aclarar sus vínculos familiares. ¿Es terapéutico estar en familia? La familia terapéutica es un sustituto de

85. Laurent, Eric: *Institución del fantasma, el fantasma de la Institución*.

la familia de origen. “*El grupo, como familia tapa como objeto ese agujero. Es cierto que las Instituciones que vienen a ocupar el lugar de la familia pueden tener también estructuras extremadamente variadas y cada una de ellas a su forma, venir a hacer una suplencia a un aspecto de las funciones de la familia*”.⁸⁶

Hay algo en esa familia de origen que falló. Juan empieza a hablar de la ubicación del Hospital de Día y también de su condición de enfermo. Cuenta su historia: se llenó de laburo, estaba sobreocupado, cuando nació su hijo se descompensó y le costó mucho aceptar su condición de enfermo. Habla de otra paciente que aceptó su condición de enferma, lo cual le permite conseguir su certificado de inhabilitación y su pensión por invalidez. Y continúa hablando, en tono de reproche, a sus compañeros: “*Este lugar no es un club de amigos, a veces parece eso, la gente viene cuando quiere, hay como si formaran subgrupos. La gente falta cuando no hay actividades*”. Estuvo internado varias veces. Piensa las diferencias entre el Hospital de Día y la internación. “*La internación se confunde con un sistema carcelario, está lleno de consignas, en cambio acá hay espacios en blanco que no se sabe cómo llenarlos. En esos momentos no se sabe qué carajo hacer*”. Juan concluye hablando de la internación: “*Es otro clima, cuando estuve internado no me venía a ver nadie*”. Propone jugar un partido de fútbol contra los de la sala, reflexiona y agrega que no van a poder jugar porque los pacientes de la sala están muy medicados y duda sobre la posibilidad de que puedan jugar. Sigue el debate acerca de qué es el Hospital de Día. Se ponen de acuerdo en que éste es un lugar intermedio entre la sociedad y la internación.

El paciente que habla sigue hablando, parece no terminar de hablar... “*¿Quién viene acá como enfermo y no como integrante del club Álvarez?*” Lo miran de una manera que lo callan. Había nombrado la palabra enfermos. ¿Es tan difícil para los pacientes aceptar su condición de enfermos? Para estar en Hospital de Día hay que estar bien; con aquellos que están mal, algo hay que hacer. Comienzan a hablar del tema del aburrimiento y de los espacios en blanco. Los pacientes se aburren. ¿Qué se puede hacer con estos espacios en blanco? ¿Se debe regimentar un sistema de asistencia para que no parezca un club de amigos? ¿Y ese régimen de asistencia los pondría en su lugar de enfermos?

Sancho cuenta lo que le pasa, habla de su enfermedad. Le pone nombre: depresión. Explica qué se siente: no tenés ganas de levantarte de la cama, hasta te cuesta irte a bañar, querés dormir y no pegás ni un ojo. Lo que ataca en primer lugar es la voluntad. ¿Quién podría explicar mejor lo que es la depresión? “*Es como una tormenta, cuando viene hay que agarrarse, después que pasa uno mejora*”. Muchos adhieren a esta teoría de la depresión como tormenta: “*Nosotros somos adultos pero cuando viene la depresión*

86. Laurent, Eric: *Ibid.*

no podemos hacer nada. A veces no me trabajan las neuronas. Tengo que venir al hospital, pero a veces no vengo porque sigo durmiendo". Llega a un cierto callejón sin salida: si su enfermedad tiene que ver con no hacer nada y, para mejorar de su enfermedad, tiene que hacer algo... ¿qué hacer? Su enfermedad es un ambiente amenazador, una tormenta, que no es avisada por ningún parte meteorológico; el clima deja al sujeto pasivo ante las inclemencias del tiempo, lo deja inerte ante sus caprichos.

A Sancho ya lo han llamado los terapeutas. Le han avisado que si no viene se le puede dar el alta administrativa del Hospital de Día. Se lo puede dejar afuera de la cofradía familiar, del lugar de referencia. Aparece cierto miedo. Pueden ser dejados afuera del grupo familiar. El objeto "grupo familiar" puede no tapar totalmente la falla ante las inclemencias del tiempo. Se viene la tormenta, el clima terapéutico se resiente. La tormenta los puede llevar lejos, hay otras posibilidades además del alta administrativa: la expulsión, la internación y/o la terapia de la calle.

Miran a Federico, vuelve a escena Federico. Está tranquilo. Estar dentro de la familia tiene sus efectos. Constituir un tipo de organización delirante, que se ubique en la falla, es en una primera instancia terapéutica. Pero cuando viene la tormenta, no alcanza. Y aparecen continuamente tormentas.

María, paciente internada varias veces en el Moyano, dice que tiene que estar mejor pero que se peleó con su marido: *"No aguanto más. Nos pelemos por mi hija"*. Mi marido dijo: *"Seguro que si te vieran en el Hospital te encajan 20 pastillas"*. Dice: *"Es mi carácter, no es la psicosis, no es la patología ni los remedios, es mi carácter, tengo carácter fuerte como mi padre"*. (Se pone a llorar). Dice que le hace mal hablar de esto, que no le gusta hablar acá y que no quiere venir más, se va. Se produce la tan temida tormenta, un brutal cambio climático. Junto a ella se va también Ariel, el rectificador, y la imagen paterna que le faltó a Germán.

Al rato, los pacientes que quedan y Jorge se miran las caras. Algunos se animan y dicen que María y Ariel tienen el dominio de las cosas, son las figuras fuertes. Un paciente aprovecha: *"Yo les tengo miedo, no pude hablar antes, es mejor que no estén porque si están es para quilombo"*. Julio cuenta el episodio que tuvo con Ariel, no aguantó más y saltó para pegarle. Dice: *"Vinieron los médicos, me hicieron sentir paz y pude salir de ese trance, mi intención no fue agarrar agresividad, mi intención es que no me maltraten, varios de acá me apoyan, para que se me trate como a una persona. Me llamó estúpido, también me quería hacer chiflar, mi intención no fue irme a las manos, estaba nervioso, fue un momento de nervios"*.

¿Cómo se podría intervenir para que la interacción grupal produzca además de efectos terapéuticos mayores posibilidades para que los pacientes atraviesen mejor las tormentas?

Sancho, el que piensa su enfermedad como una tormenta, dice: *"Yo defendí ir a hablar con los licenciados, no sé qué podrían hacer ellos, se escapó el tema de las manos del grupo. Muchos piensan esto como ser buchón"*. Otro paciente dice: *"Yo prefiero ir de frente y no decirlo a la autoridad, tengo terror de ir a contarle las cosas a los médicos. Me siento ridículo yendo a buscar a los médicos"*. Un paciente dice: *"Esto es un hospital, no es la calle"*. Vuelve el tema del hospital, si están ahí es porque son enfermos. ¿Se trata de delación o de una actitud lógica? ¿Cómo hacer para detener la justicia por mano propia? ¿Cuál es el límite del "talking bolas"?

Éstos eran algunos de los dilemas éticos que se debatían dentro del espacio de asamblea que también estaban jugándose en toda la sociedad. Sale el tema del trabajo. Juan, el que estuvo internado, dice que el objetivo del Hospital de Día es la reinserción social. Hablan de trabajar. Se preguntan si pueden o no trabajar. Pedrito, el débil mental, se pregunta: *"¿Nosotros podemos trabajar?"*. Sancho dice: *"Me siento en condiciones de trabajar pero tengo miedo. Me voy mucho a los extremos: o me callo o soy impulsivo. El problema es el ambiente de laburo"*.

Su problema se singulariza: ¿qué pasa con las tormentas cuando se está en un ambiente de trabajo?

- 2 -

Intentemos realizar una lectura del material que nos aportan los pacientes en la asamblea de cierre semanal.

La interacción grupal conlleva evidentes mejorías en los pacientes de Hospital de Día. Es condición de posibilidad que permite mejorías terapéuticas producto de la interacción grupal. Dice Daniel Millas: *"Es un dispositivo que privilegia la interacción de los pacientes. Hay una evidente relación entre el modo de organización y la eficacia terapéutica, parte de la organización institucional apunta a lograr resultados terapéuticos, ese efecto puede darse por identificaciones. El conjunto se vuelve un objeto que lo completa"*.⁸⁷

Pero esa operación grupal conlleva riesgos. Los cambios meteorológicos acontecen fuera de la familia, fuera de las identificaciones. Eso arrasa al sujeto. La estabilización no se alcanza sólo por el efecto de la interacción grupal, por efecto del familiarismo delirante. Es necesario ahí un trabajo que apunte al plano singular.

Ubiquemos algunas cuestiones:

87. Millás, Daniel: "El psicoanálisis en el hospital de día", Revista *Vertex*. N° 12, agosto 1993.

-La dificultad de los pacientes para nombrarse como enfermos.

La dificultad de nombrarse como enfermos está en relación con la inclusión del familiarismo delirante. No son pacientes sino miembros de una familia. La familia deniega la condición de paciente. La endogamia, el proceso centrífugo y la construcción de los genogramas familiares produce efectos terapéuticos pero también lleva dentro de sí, el movimiento inverso, el proceso centrípeto, la exogamia, la expulsión del núcleo familiar que amenaza dejarlos afuera en el momento en que más necesiten guarecerse ante las inclemencias del tiempo. Es necesario trabajar con el plano singular pues sino las mejorías terapéuticas pueden ser barridas por el temporal, y no dejar ninguna casa donde guarecerse en familia.

-La concepción de la enfermedad crónica como perturbaciones meteorológicas; como una tormenta y una falta de alojamiento en el Otro.

Volvemos a la pregunta inicial: ¿qué pasa con la condición de enfermos de los pacientes crónicos? Lo crónico es definido por lo temporal, hay alteraciones temporales. Lo crónico es lo cíclico, es la angustia que, en cualquier momento, arrasa al campo y a los sujetos que están allí. El punto es comprobar si el Hospital de Día puede ser un alojamiento que permita cubrirse a los pacientes durante esos temporales. El Hospital de Día y sus interacciones grupales tapan la falta sólo a medias; por eso es Hospital de día (y no de noche también); por eso los pacientes, alertados de esto, piden extensión del horario, piden garantías, sienten los agujeros que existen, los momentos en blanco, y alertan de que las luchas grupales nunca pueden ser del todo manejadas por el grupo de profesionales.

Las luchas grupales son esas "tormentas" que acontecen dentro del Hospital de Día. Vuelve continuamente la pregunta: "*Si el Hospital de Día, ni siquiera nos puede guarecer de las tormentas que acontecen aquí adentro, ¿de qué nos sirve a nosotros, que venimos a él?*" Los pacientes intentan definir el lugar del Hospital de Día.

-La representación del Hospital de Día en comparación con la internación.

Del Hospital de día se va y se viene, hay algo de la voluntad que se pone en marcha. Esto es un dilema, pues la enfermedad es una tormenta que ataca en primer lugar la voluntad. ¿Cómo ir al hospital, tarea que necesita de mi voluntad, si mi enfermedad tiene que ver justamente con la falta de voluntad? Los pacientes hablan del dilema en que están encerrados. Y temen quedarse encerrados, temen la internación o la expulsión. La internación se la representan como un dispositivo aislante y carcelario, con la correlativa pérdida de autonomía individual, manicomialización. Saben que de allí no se sale, que la vida se transforma en consignas, reglas y un achatamiento que ya no es por la tormenta sino por una mezcla entre tormenta y lluvia medicamentosa. Temen la internación y, en ese punto, valoran al dispositivo del Hospital de Día. (El concepto moderno de inter-

nación apunta a internaciones breves y prescriptas solamente para el momento agudo). La posibilidad de internación cumple un lugar importante dentro del tratamiento en el Hospital de Día, y vuelve esa pregunta: ¿Qué puede hacer el Hospital de Día cuando vienen las tormentas?

Los profesionales son convocados a inscribir una sanción al goce en las patologías crónicas.

Es el tema de las enfermedades crónicas, graves, y el tema de la sanción. La sanción puede ser el alta administrativa que deje definitivamente al paciente por fuera de la cofradía familiar; esto genera angustia pero, dicho en el momento adecuado, puede producir que el sujeto salga del centro de la tormenta y quede alojado en el Hospital de Día. (También otras tormentas se toleran con la sanción que produce un analista en un tratamiento individual con el paciente). Allí donde no alcanzan las palabras es necesario ubicar una sanción, sancionar allí donde lo real toca el cuerpo del sujeto. Se ha dicho mucho sobre este tema, la sanción que apunte a una ley que ponga un límite a lo excesivo y mortificante del goce, cuestión que posibilita el lazo social, fundamental a la hora de la constitución grupal. La sanción como instrumento terapéutico es necesaria para no dejar al sujeto a la intemperie, y también para actuar en los fenómenos grupales y no dejar las bolas de Federico en las manos del Señor.

Hay operaciones con lo real que realizan los mismos compañeros ante la imposibilidad de acceder mediante la talking-cure. Pasaje al talking bolas.

Este tratamiento de lo real no lo habíamos aprendido en la facultad, se trata de "tener calle" y aprender a silbar. Los pacientes y sus acciones, al igual que el Hospital de Día, generan dilemas éticos, que son una caja de resonancia de lo que está aconteciendo en la sociedad. Siempre es muy impresionante constatar cómo la psicosis toma elementos para sus delirios del más crudo reflejo de la realidad. La realidad va cambiando y la psicosis pone su cuerpo a modo de escenografía.

Para finalizar, es necesario remarcar nuevamente las diferencias entre mejorías terapéuticas producto de las interacciones grupales y la estabilización de cada paciente en relación con su historia y sus posibilidades.

El Hospital de Día es un dispositivo fundamental que permite al paciente sentirse alojado ubicándose en lo que le faltó pero también debe operar para que ese alojamiento sea estabilizador; debe operar para no dejar que los peligros que conllevan la enfermedad crónica, los fenómenos grupales y los partes meteorológicos destruyan lo que ha sido hecho con trabajo en el Hospital de Día. Estos puntos problemáticos llevan a la necesidad de separar las mejorías de las estabilizaciones. Las mejorías implican el movimiento inverso, el empeoramiento. Estos dilemas deben ser objeto de un pormenorizado y continuo trabajo de examen y discusión del cuerpo de profesionales. Sus intervenciones al grupo de pacientes son to-

madras desde el familiarismo delirante pero apuntan a crear las condiciones de posibilidad de las estabilizaciones singulares.

Los profesionales debemos operar con esta dificultad de los pacientes para denominarse pacientes, lo cual, en la perspectiva grupal, permitiría sostener cierta idea de curación. Y apuntar a darle valor al trabajo como forma de trabazón con la sociedad, con su forma de producción, distribución y consumo de los objetos sociales.

Trabajar arduamente con las tormentas que asolan a cada enfermo. Acompañarlo construyendo dónde guarecerse y dejarlo ir. Pues quizás vuelva.

Me estaba yendo del Hospital de Día. Me había servido la rotación, me había servido para la rotación de la angustia. Para la insensibilidad y para la cronicidad. Me acuerdo de Dave y de su angustia que sale de sus entrañas, de su falta de manta que lo abrigue, y recuerdo a Sancho, con su angustia tipo tormenta, cambio climático que arrasa al sujeto que no tiene voluntad para guarecerse.

Era la angustia y su rotación. Era la angustia y sus diferencias entre la angustia neurótica y la angustia psicótica. Era la angustia y una pregunta que debía contestar: ¿puede ser la angustia una brújula en la dirección de la cura?

* * *

4.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

LA ANGUSTIA COMO GUÍA DE LA CURA

¿Qué es la angustia? ¿Qué lugar tiene la angustia en el aparato anímico? ¿Tiene un lugar en la subjetivación del sujeto? Demasiadas preguntas, demasiadas posibilidades de perderse en el camino. Tomemos la primera pregunta: ¿qué es la angustia? Comienzo por enumerar todo lo que se me ocurre.

- La relación entre angustia, miedo y un poco más, la relación con el pánico.
- La angustia como temor ante la muerte.
- La angustia de castración freudiana: la angustia señal y la angustia automática.
- La relación entre la angustia y el silencio en tratamiento.

Al ponerme a estudiar el tema, leo que, para Lacan, “*el texto de lo siniestro es la clave absolutamente indispensable para abordar la cuestión de la angustia*”⁸⁸ y ubica a la angustia como guía en la cura, “*pues dados los momentos de su aparición, nos permiten orientarnos*”. La angustia como siniestro me causaba mucha intriga, las conclusiones a las que llegué aún me sorprenden y, sosteniéndome en palabras de Lacan, “*nunca he oído comentar, y del que nadie parece advertir*”.

- 1 -

Vayamos al historial del Hombre de los Lobos. Freud ubica a la angustia-siniestra en dos momentos del tratamiento:

- 1- En el sueño de los lobos.
- 2- En el aleteo de la “*mariposa de grandes alas con rayas amarillas y terminadas en unas salientes puntiagudas*”.

En esas dos escenas Freud ubica la angustia como algo más allá del miedo. Hablará de “miedo terrible”, pánico. En ambas escenas hay movimiento sobre fondo detenido. En el sueño de angustia, el abrirse de las ventanas. En la mariposa, “*el abrir y cerrar las alas cuando estaba posada en la flor*”.

¿Qué causa angustia?

Al abrirse las entanas, el chico desde su cama, ve cómo tienen los lobos la mirada fija en él. En un momento, el niño ve que es mirado, se despierta sobresaltado. El sueño venía junto a un sentimiento siniestro, pues había sido tan real que no se podía distinguir si había sido un sueño o una realidad. El niño no distingue la diferencia estructural entre la vigilia y el sueño, realiza un llamado a la niñera que acude calmándolo y diciéndole que todo volvía a la normalidad, que había sido sólo un sueño.

En la escena de la mariposa, el paciente ya tiene unos años de análisis y le dice a Freud que mariposa, en ruso, se dice *babuschka*, que esa palabra es un significante, pues tiene también el significado de “madrecita”. Al final, Freud y el paciente van hacia la madre y hacia su lengua. Las rayas amarillas de la mariposa le recuerdan a las peras que, en su lengua, se dice *grusha*, igual que aquella primera niñera que recordaba fregando el piso, primera sustitución de la posición materna de la escena primaria. Así, las mariposas eran mujeres, y el abrir y cerrar las alas no eran sino sus piernas. Y madrecita lo que vio al llegar al punto de la intersección. Efecto si-

88. Lacan, Jacques: *El Seminario, Libro 10, «La angustia»*, Clase del 28 de noviembre de 1962, inédito.

niestro ante esa imagen del genital femenino.

Interesante correspondencia entre estas dos escenas y lo que Freud, en su texto de "Lo siniestro" (1919), sostiene como dos tipos diferentes de angustia siniestra. Uno, ligado al animismo; otro, a la visión del genital femenino y a su relación con la castración.

El siniestro animista lleva como condición la no diferencia entre vivos y muertos, entre realización y deseo, entre vigilia y sueño. Freud lo ubica como una etapa atravesada por cada neurótico infantil en su existencia pero, también, atravesada por la civilización en épocas ya sepultadas. Este siniestro es esa falta de diferencia entre vigilia y sueño en la escena de los lobos, esa imagen tan real.

A lo siniestro del genital femenino Freud lo descubre en el análisis de sus pacientes, ligado a una visión siniestra donde falta la premisa universal del falo, falta la regla, falta la falta, aunque parezca extraño decirlo.

Es ésa la escena en el final del tratamiento con el aleteo de las piernas de la mariposa-madrecita. Se trata, pues, de un afecto, más allá del miedo y ligado a lo siniestro, cuestión fundamental para la emergencia de una angustia no velada.

Lacan en el Seminario de *La angustia* nos pasea por el escenario de la subjetividad y dice que hay un cuadrilátero donde el sujeto se pelea con su subjetividad. Hay cuatro vértices: la relación con su deseo, la causa de ese deseo, el objeto *a* en el deseo y la angustia-siniestra. Ése es el cuadrilátero. A pelear. No nos vamos a detener en la confusión lacaniana, diciendo que la angustia es ante el objeto *a*, causa de deseo, pero sí nos detendremos a estudiar ese objeto *a* con el que muchos han quedado no-queados, y veremos si sus trompadas nos permiten orientarnos en la dirección de la cura.

- 2 -

Se dice que el objeto *a* está perdido ante la demanda y el deseo del Otro pero es posible imaginarizarlo ligándolo a las zonas erógenas y a las pulsiones parciales que se hacen festines en los agujeros, las grietas, en las escisiones del sujeto. Al objeto *a* hay que buscarlo en los agujeros del sujeto. No se trata sólo de las zonas erógenas estudiadas por Freud en "Tres ensayos...", (la boca, el ano, los genitales), sino también de las pulsiones independientes que Freud nomina:

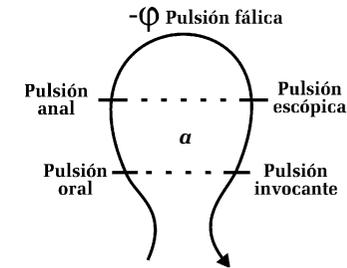
a) Pulsión de ver y de exhibir. Se trata de la relación con ver-mirar-ser visto.

b) Pulsión de crueldad. Se trata del pegar-pegarse-ser pegado.

Lacan re-denomina estas dos pulsiones resituándolas en relación con

los agujeros del cuerpo: del agujero de los ojos extraerá la pulsión escópica y al agujero de las orejas lo llamará pulsión invocante, relacionando esta pulsión con la sonoridad propia del superyó.

Propone una media elipsis donde se ubican los cinco pisos de la constitución del objeto *a*.



La semejanza entre la posición freudiana y la lacaniana me confirmaba que estaba por la senda correcta. Había un cambio en la denominación en cuanto a lo visto y a lo oído: de la pulsión de ver y de exhibir a la pulsión escópica, y de la pulsión de crueldad a la pulsión invocante.

La media elipsis implicaba que toda progresión conllevaba una posición de retorno en la otra línea de la elipsis. El piso 2, el anal, tenía su retorno en el piso 4, el escópico. Y el piso 1, el oral, tenía su retorno en el piso 5, el invocante. El piso 3 estaba como articulador (Freud lo relacionaba con la falta y la castración, y Lacan, siempre un poco más complicado, con el $\pm \phi$). Me maravillé al constatar que la correlación entre el piso 2 y el 4 era la predisposición a la neurosis obsesiva. Y la correlación entre el piso 1 y el 5, la predisposición a la histeria. (Debía agregar esto en mi investigación de la histeria pero, pensándolo mejor, ya había dicho algo de esto).

¿Pero cómo aparecerá todo esto en la clínica ascensorista del analista que va y viene de piso en piso? A ver si podemos meternos todos en este ascensor.

- 3 -

Todo el recorrido de la pulsión y su destino está entrecruzado con la represión que, permite el acceso a la cultura, a la intersubjetividad.

La pulsión anal se podía graficar como una operación de caída de esa *res-excrementus* pedida por la madre a su caída al lugar de lo nauseabundo. Es condición de la cultura no tener trato con lo nauseabundo. ¿Qué es nauseabundo? Tres cosas: tener trato con la mierda, con la madre y con los muertos.

En el historial, Freud estudia fundamentalmente esa operación de caída de esa “joya” que tiene el niño, que cede a la madre ante su demanda y ubica lo nauseabundo, el lugar de lo que no se puede tocar. Lo intocable tiene efectos en el carácter del sujeto. Freud estudia sus equivalencias simbólicas relacionadas con el dinero, con el hijo, con el regalo, con el pene, en definitiva, con todo lopreciado, con todo lo que puede erigirse en el lugar de lo valioso que tapa, vela, pero puede degradarse a *lo nauseabundo*.

En el lugar de lo anal, entonces, lopreciado y su caída a lo nauseabundo, a lo que no puede tocarse. Del agalma a lo nauseabundo y su operación de caída, Freud conceptualiza esta operación ligada a la predisposición a la neurosis obsesiva.

¿Y qué pasa con lo oral?

En relación con la pulsión oral, Freud también lo estudia y lo relaciona con el chupeteo, con la teta materna aún pegada al niño, con la devoción, con la boca que deglute, mastica, traga e introyecta al Otro. Pero con lo oral aparece la indigestión, los trastornos alimentarios, el lugar de lo indigerible. Y, esto lo saben muy bien las histéricas, aparece el lugar de *lo asqueroso*.

A la pulsión fálica Freud le da un estatuto especial, se trata de algo evolutivamente posterior pero que, al constituirse, reordena todo lo anterior. Se trata de la castración, del lugar del tener y de la pérdida, se trata del límite, del ombligo y del pene, de la premisa universal del falo y del genital femenino. Es el pene en el Edipo que lo deja en posición de ser tomado por el Otro. El Hombre de los Lobos se preocupa por el pene de su padre escondiéndose dentro de la carne de su madre. El poseer está en relación con *la culpa*.

¿Pero qué pasa con la pulsión escópica y la pulsión invocante, que pareciera que Freud no estudia? Veámoslo en el historial.

- 4 -

El Hombre de los Lobos pasa delante de un mendigo y siente lástima. No puede resistir ver de frente la miseria. Tiene miedo de contagiarse, de volverse él mismo un miserable. Para evitar esto, realiza actos protectores como espirar sonoramente mucho aire, como queriendo rechazar los malos espíritus, o bien retiene la respiración para no compartir el mismo aire con los que están caídos.

Freud se mete con esa lástima, la sigue y abre el caso. Es una impresionante dirección de la cura. Nunca me la hubiera imaginado. Esa lástima la había vivido cuando lo había ido a ver a su padre hospitalizado, esa lástima estaba en relación con el padre. Freud no se conforma y ubi-

ca a la lástima dentro mismo de la escena primaria, y su desplazamiento como primer enlace lo lleva a ubicar a un personaje muy peculiar: el jornalero mudo. En la escena primaria, la lástima aparece ante la desaparición del pene paterno en la madre. Y ese jornalero mudo es el primer enlace que sigue a la escena primaria. *El padre va de la desaparición de su pene al hospital, y de ahí retorna miserable, encarnado en un hombre que no puede hablar. La castración ha pasado del pene a la voz.* Del pene paterno hospitalizado a la mudez de un hombre pobre y miserable que da lástima.

La lástima es la manera en que se encarna la pulsión invocante.

Me parece necesario remarcarlo, pues esto constituye un aporte al manejo clínico y, desde que lo descubrí, no he dejado de constatarlo en cada nuevo caso clínico. Si hay un tema novedoso, éste es el lugar de la lástima y, veremos también, el lugar de la vergüenza en la clínica.

Esa lástima se deja leer de diferentes formas en la clínica. Hay una versión muy femenina que es el significante «lastimada», significante que tiene distintas líneas: amada, agredida, víctima que da lástima.

Hay otras versiones, una muy religiosa: el lamento, invocación al Otro, llamado al Otro. Recordemos la importancia del lamento materno en el caso del Hombre de los Lobos. Ese llamado al Otro ejemplifica la relación de esa lástima con la sonoridad, con la voz y con el superyó y los ruegos que se dejan oír.

Otra versión es: lo lastimoso, llevar la impotencia a su obscenidad.

Hay versiones para todos los gustos. Pero, en todos los casos, la lástima y sus versiones remiten a la imposibilidad de corte con el Otro.

La lástima del Hombre de los Lobos ubica al padre castrado, al padre caído en su potencia, y debía ponerse en correlación con el padre castrador, aquel cuya crueldad deja atemorizado al Hombre de los Lobos, que lo lleva a esconderse en el reloj de la pared para no ser comido o cogido entre las garras del lobo de la escena primaria.

Así, la lástima deja leer sobre el recorrido pulsional, en este caso, la repulsión pulsional que parte del lugar de la crueldad. En el punto donde los chicos no tienen consideración por el otro, son crueles, como se dice; en ese punto, luego de acontecida la represión y la instauración de los diques psíquicos, aparecerá el lugar de la lástima. El chico, ahí donde pegaba, queda pegado a una lástima que no lo deja pegar. Esto aparece en la clínica de una manera incuestionable.

Y ahora:

¿Qué pasa con la pulsión escópica?

Freud también se empeñó en seguir a este otro afecto hasta sus orígenes. La pulsión escópica, esa pulsión de ver y de exhibir, Freud la ubica en la vergüenza por el nombre materno, punto final del tratamiento del paciente ruso.

Era la vergüenza de la posición materna. Esa *vergüenza* era la manera en que aparecía la pulsión escópica, esa pulsión de ver y de exhibir luego del atravesamiento del Edipo y la represión. Al final del tratamiento, aparece con toda la potencia la vergüenza que lo llevaba siempre a elegir muchachas de clase social baja, en posición baja y haciendo tareas bajas.

Y era una “vergüenza descolocada”, dice Freud. No se trataba de que el paciente de la nobleza rusa tuviera escrúpulos en enamorarse de mujeres de clase baja, sino que se trata de la vergüenza ligada al nombre que lo lleva hasta su madre y hasta su baja posición en el *coitus a tergo* con el padre.

Aparecen en el tratamiento significantes de la lengua materna y llegará por el trabajo de análisis, hasta las iniciales de su propio nombre.

Luego de finalizado el tratamiento, y habiendo leído el paciente su historial, decide convertirse en su caso, se rebautiza con el nombre otorgado por Freud. (Es ahí donde aparece la vergüenza freudiana). En un vuelo casual (cuando ya había sido emplazado con el final), el paciente ve una mariposa con rayas amarillas. Sale espantado por la angustia.

La ve posada en una flor, abriendo y cerrando las alas. *Babuschka*, mariposa en su idioma, le explica el paciente a Freud, también quiere decir “madrecita”. Entonces, ese abrir y cerrar de alas son las piernas maternas que dejan ver el genital femenino. Las rayas amarillas de las mariposas son asociadas con peras, que en su idioma se dice *grusha*. Pero Grusha es el nombre reprimido, nombre que no recuerda, sino que es actualizado por el tratamiento significativo, de una niñera anterior a la chacha y que es la primera sustitución de la madre en la escena primaria, dice Freud. A Grusha la ve fregando el suelo y reprendiéndolo por haber hecho pis en el piso (como indicador de su excitación frente a la baja imagen de esa mujer que asoció a su madre en la escena primaria). Ahí está la vergüenza.

La vergüenza de la lengua materna que lo lleva a analizarse en otro idioma y dará, como punto final en su tratamiento, un equívoco, un lapsus en el idioma freudiano, que indica claramente que habían sido tocadas las letras de su nombre propio.

¿Acaso Freud se imaginaba que de ese nombre quedarían las letras iniciales y que, de ese nombre reprimido, nacería el Hombre de los Lobos como nombre rebautizado por Freud, un gran síntoma del psicoanálisis, como dijimos antes, un síntoma por el que los analistas pagan?

- 5 -

Era demasiado. Terminar en el lapsus de su identificación a la avispa por sobre la mariposa y tocar las letras del nombre en la lengua materna, era el final freudiano.

Final que ubicaba la angustia de castración, el miedo a perder el pene y la desautorización de la identificación a la madre.

¿Pero tenían tanta importancia la lástima y la vergüenza relacionadas con la pulsión escópica y la pulsión invocante para la dirección de la cura?

El recorrido de la lástima va del pene del padre en la escena primaria a su voz en el jornalero mudo y, luego, a su sepultamiento, que queda bien marcado en el niño Hombre de los Lobos en la constitución de su superyó como conciencia moral.

La lástima marca el punto de imposibilidad de corte con el Otro. La pulsión de agresión como detenida. El superyó alza la voz, goza del sujeto y lo llena de invocaciones injuriantes. La lástima es un indicador de este proceso.

Freud, en *El malestar en la cultura*, dice: “¿Qué le ha sucedido al individuo para que sus deseos agresivos se tornen inocuos? La agresión es introyectada, internalizada, devuelta al lugar de donde procede: es dirigida contra el yo, incorporándose a una parte de este, en calidad de superyó, asumiendo la función de conciencia moral, y desplegando frente al yo la misma dura agresividad que el yo, de buen grado, habría satisfecho en individuos extraños”.⁸⁹

Muchos podremos decir que éste es el costo del pasaje a la cultura, pero implica también que el sujeto no pueda estar a la altura de su deseo, “deseos que en su tránsito a la realidad no pueden sino requerir la agresión para alcanzar la satisfacción”.⁹⁰

Freud, en “Tres ensayos...”, estudia el lugar que ocupa la pulsión que llama de crueldad y señala que, en un momento de su desarrollo, previo a la represión, el chico no tiene miramientos en cuanto al dolor del otro.

Describe una etapa que atraviesan los chicos en la cual pegan sin consideración por el dolor ajeno pero, llegado un punto, cuando tienen que golpear, se sienten golpeados.

“La crueldad es cosa enteramente natural en el carácter infantil, en efecto, la inhibición en virtud de la cual la pulsión de apoderamiento se detiene ante el dolor del otro, la capacidad de compadecerse, se desarrollan relativamente tarde”.⁹¹

Freud acepta que no ha estudiado mucho esa pulsión que resulta fundamental para la realización de la vida política y en la vida amorosa.

La capacidad de compadecerse. Esto lo lleva, durante siete años, a organizar una colecta pro Hombre de los Lobos.

En relación con la vergüenza, aparece en la escena primaria por la posición materna en la imagen que mira el niño. La vergüenza está descolocada, porque en la escena primaria está muy bien colocada. Sigue esa vergüenza en la fregona de Grusha. Ésta es la primera sustitución de la ma-

89. Freud, Sigmund: «El Malestar en la Cultura» en *Obras Completas*, Amorrortu.

90. Rozitchner, León: *Freud y los límites del individualismo burgués*. Siglo XXI, pág. 202.

91. Freud, Sigmund: «Tres ensayos...» en *Obras Completas*, Amorrortu, pág. 174.

dre. Era la vergüenza por la posición de la madre, era la vergüenza ante el deseo de exhibir y ser vista de su madre. Y también su deseo en relación con el deseo de la madre.

Freud piensa que el chico es un perverso polimorfo y que chocará contra diques que son, entre otros, la vergüenza. Agrega la moral y el asco. Quizás en su clínica intentó precisarlo, agregando la lástima, lo nauseabundo, y precisando el lugar de lo moral ligándolo a la culpa. Pero no lo dice muy claramente.

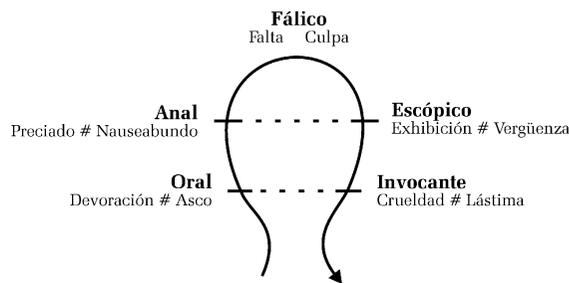
Sigamos un poco más a la vergüenza. Se comienzan a entremezclar la vergüenza y el exhibicionismo, cuestión no del todo remarcada para el tratamiento de la perversión (los perversos son capaces de mostrar sus testículos a una nena de 12 años, pero quizás tienen vergüenza de sacar la balsa a la puerta de calle).

Dice Freud de esta mezcla: *“La curiosidad por ver los genitales de otras personas, probablemente se hace manifiesto a sólo algo más avanzada la niñez, cuando el escollo del sentimiento de vergüenza, ya se ha desarrollado en alguna medida”*.⁹²

La vergüenza está en relación con la imposibilidad de cortar con el Otro. En el Hombre de los Lobos, después de que se muere el padre, la fortuna familiar queda repartida entre su madre y él. El paciente arma escenas donde recrimina a la madre querer quedarse con todo, ahorrar a su costa, arma la escena donde la madre termina llorando y él sintiendo vergüenza por haber sido tan injusto; siente culpa. No se puede despegar del Otro.

- 6 -

Lacan propone a la angustia como brújula. El tema es que no se trata de la angustia de castración freudiana sino del tema de la angustia como siniestro. Se trata de la angustia frente a su llamado objeto *a*, causa de deseo. Lacan dice que hay cinco pisos donde aparece la figurabilidad del difícilmente ubicable objeto *a*. Hagamos un esquema:



92. Freud, Sigmund: Ibid, pág. 174.

Se trata del piso oral, el anal, el fálico, el escópico y el invocante.

La *lástima* es una de las formas de figurabilidad del objeto *a*, en el lugar de la pulsión invocante, allí donde la pulsión de crueldad freudiana, esa falta de miramiento por el dolor del Otro, es transformada en lástima. Esa lástima es fundamental porque indica la operatividad del superyó, y la actualización constante de frases escuchadas del Otro que son núcleos de la subjetividad que se constituye en acto en el campo del Otro. “Así me es imposible vivir”, escucha el paciente de la dolencia materna. Identificación a la madre que Freud estudia dándole a este historial un condimento especial, pues se trata de un complejo de Edipo negativo. El paciente quiere ubicarse en el lugar de la madre para recibir la satisfacción del padre por vía anal. Y, por otro lado, desautoriza esa identificación para seguir sosteniendo el goce de la angustia de castración.

Con la *pulsión anal* Freud estudia la retención de eso demandado por el Otro, que debe realizar una operación de caída de lo preciado, agálmico, a lo nauseabundo. Retención de esa operación que se relaciona con su continuo estreñimiento que Freud largamente analiza en el punto del erotismo anal y el complejo de castración. Tema central para todo lo que se ubica en el lugar de lo preciado: el dinero, el falo, el regalo, y hasta los ideales (que veremos que son también una forma de dirección de la cura).

Acerca del síntoma anal, Freud se da cuenta que el paciente une su neurosis infantil con la neurosis actual propiamente dicha, que ha sido un síntoma que se ha mantenido inalterable en el tiempo, y es el síntoma que, ligado a la persona de Freud, desempeña un papel capital al término del que sería su primer tratamiento con Freud. Aquí se relacionan los tres tipos de neurosis: la infantil, la analítica y la propiamente dicha.

Freud le promete total recuperación de su actividad intestinal y el paciente sólo sale de su incredulidad cuando su intestino empieza a charlar, se entromete en tratamiento, y dice Freud *“...en unas cuantas semanas recobró su función normal, durante tanto tiempo perdida”*. Llega a la conclusión de que el dar la caca, objeto preciado, y sus equivalencias simbólicas (regalo, niño, dinero, pene) *“...constituye el prototipo de la castración, siendo el primer caso de renuncia de una parte del propio cuerpo a favor de otra persona”*. Y dice que *“...el excremento, el niño y el pene forman así una unidad, un concepto inconsciente: el del pequeño separable del cuerpo”*.

Vemos cómo Freud sabía eso de los objetos cesibles que Lacan llama objeto *a*, y además sabía de ese recorrido pulsional que va de la pulsión a la repulsión y que ocupa los casilleros de lo asqueroso, lo nauseabundo, lo culpógeno, lo lastimoso, lo vergonzoso. Son estos diques que Freud estudia y llama: la vergüenza, el asco, la moral, y denomina defensa primaria en el mismo recorrido pulsional.

Demos una última vuelta por el historial.

En el estudio del aliento y su espiración frente a quienes le daban lástima, Freud demuestra que “...este síntoma se refería al padre, el cual le inspiró lástima una vez que fue a visitarle al sanatorio”.

Freud intenta rastrear el origen de la lástima y lo encuentra en la escena primaria, cuando el niño, desde la cuna, ve el pene del padre desaparecer en el coito, compadeciéndose por ello del padre y, al verlo resurgir, alegrándose en su reaparición.

También estudia el afecto de vergüenza. Suicidada su hermana, muerto su padre, comparte la herencia, que pronto desaparecería por la revolución bolchevique, con su madre.

Cada vez que hablaban del tema el paciente le recriminaba a la madre no quererlo y querer ahorrar dinero a su costa. Sus reproches sólo se detenían cuando la madre se largaba a llorar y el paciente se avergonzaba de su conducta. El paciente era cruel con su madre.

Freud, al final de su emplazamiento, se encuentra en análisis a la mariposa de rayas amarillas que recuerda con sus aleteos la apertura de las piernas femeninas en forma tal que deja ver los genitales femeninos.

De ese recuerdo se construye la escena frente a la niñera de Gruscha. El paciente se había excitado al verla arrodillada fregando el suelo. Freud estudia el sentimiento de vergüenza. Marca el momento donde el paciente, tan dispuesto a las premisas del psicoanálisis, con su indiferente docilidad se había avergonzado al dar el nombre de una mujer de clase baja con la cual había tenido sexo, de quien se había contagiado de una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea), había desencadenado su neurosis y el pedido de tratamiento a Freud. Ese nombre era Matrona, nombre que encierra una referencia a la madre. La vergüenza estaba descolocada pues, en definitiva, se relacionaba con la posición en que había visto colocarse a la madre durante la escena primaria. La vergüenza se relacionaba con la escena de observación del coito entre los padres y con su deseo de estar en la posición materna. Freud se adentra en las hipótesis acerca de la vergüenza y dice: “Es singular que la reacción de la vergüenza aparezca tan íntimamente ligada a la micción involuntaria, y no igualmente como era de esperar con la incontinencia fecal”.⁹³ La aparición de la vergüenza en la escena de Gruscha marca el final del tratamiento del Hombre de los Lobos. Dice: “Pues desde ese momento desapareció toda resistencia”.

Vemos el final freudiano por extinción de toda resistencia.

Freud concluye su historial ubicando las primeras sustituciones de sus

93. Freud, Sigmund: Ibid, pág. 1366.

padres. Grusha está en el eje de la vergüenza, en relación con la madre, así como la compasión por el jornalero mudo está en relación con una primera sustitución del padre.

Freud se da cuenta de que el Hombre de los Lobos volverá muchas veces más a análisis con él y sus discípulos. Interpreta la caída del velo, la sensación de curación que siente el paciente después de cada deposición con la identificación a la madre, del deseo de la madre y el ser satisfecho en sus tendencias homosexuales dirigidas al padre. Dice: “Sólo cuando le es dado sustituir a la mujer. O sea su madre, para hacerse satisfacer por el padre, es cuando desaparece su enfermedad”.

El Hombre de los Lobos ha terminado su primer tratamiento con Freud. Algunos años después, volverá constipado y dando lástima por la suerte de expropiación que ha corrido su fortuna y sus blasones familiares.

* * *

4.4. DISCURSO DE RESIDENCIA III

Ya estaba de vuelta en casa. Veía las cosas diferentes. Una experiencia el primer viernes que comencé a trabajar me terminó de hacer aterrizar. Había que internar a una paciente y notaba cómo muchos que debían estar, con o sin justificaciones, no estaban, se habían volado del Hospital.

El jueves siguiente pedí hablar. Cuento el infernal trabajo de derivación. Como sea, había que hacer la internación. Comenzaba la extenuante misión de realizar una derivación en la provincia de Buenos Aires. Ese viernes, sí o sí, había que conseguir un lugar de derivación.

Había que llamar a la comisaría de la circunscripción correspondiente, al lugar de la vivienda del paciente por internar, para pedir una intervención policial para que, a su vez, tramitaran una intervención judicial en un juzgado de turno (atienden hasta el mediodía) para internar a un paciente en dependencias de un Hospital público. Había que hablar con voz segura, mandona, responsabilizante; más que responsabilizante, con una voz cercana a la recriminación por el potencial incumplimiento de las responsabilidades de funcionario público. Había que hablar con voz de mando. Había que decir lo del 482 y agregar cuánto artículo del código civil hablará de responsabilidad y cuidado de pacientes con “riesgo para sí y para terceros”. Para hablar con la cana, había que hablar con voz de médico, nada de la voz del psicólogo que dubita acerca del destino del paciente, había que poner voz de necesidad orgánica, de criterio sistematizante, de urgencia vital.

Además de entretenernos con la impostación de la voz, había que hablar con los familiares y convencerlos de que, teniendo en cuenta el estado de la paciente, lo más indicado era una internación en el *Open Door* o en el «Estévez», hospitales de referencia para internaciones judiciales. Todos sabíamos que no eran los mejores lugares, pero no había otros. Había que poner la cara frente a quien no sabía qué carajo hacer con su familiar, y asegurarles que ese era el mejor destino. En ese momento, rogábamos que el familiar no se retobara, era mejor abrumarlo y que no hablara demasiado, los que más nos gustaban eran aquellos que no eran novatos en esto de las derivaciones para su “mejor tratamiento”. No había espacio para cuestiones éticas acerca de la derivación. Era la única manera de internar a un individuo en urgencia, había que hacerlo vía intervención judicial, y derivarlos a esos lugares que no los podían rechazar, esos lugares que no podían aducir falta de camas, falta de presupuesto, falta de personal, falta de condiciones del paciente de acuerdo a los criterios para internación, falta de estar el paciente al momento de la derivación, despierto, vigil para la evaluación, falta de ambulancias, falta de...

Basta de faltas, había que hacerlo así, vía intervención policial. Además de impostar la voz con la comisaría, poner la cara con el familiar, había que hablar con el paciente. Muchas veces había que suplicarle para nos hablara, les decíamos que con eso se sentiría mejor; en cambio, a otros, había que suplicarles que dejaran de contarnos las miles de patéticas escenas que los hacían estar como estaban. Por ejemplo, aquel viernes, esa mujer de 40 años, con una hija, sin plata, sin cobertura social, en una casa alquilada de la cual la estaban echando, una enfermedad como el lupus (enfermedad de las más terribles donde el cuerpo va fagocitándose a sí mismo) y algo que decía aún en su lucidez: la enfermedad le estaba llegando al cerebro, y por eso escuchaba voces, veía alucinaciones y estaba convencida de que se iba a matar.

Había que hablarle a la paciente para que no se durmiera a pesar de la medicación que le habían dado. Y también era necesario hablar, dentro de lo posible, acerca de lo terapéutico de esta indicación de internación.

En esa derivación, ese viernes a la tarde, había muchos que debían estar y no estaban. Entendible. El tema era lo que pasaba con los que estaban ahí. Había bronca. Yo tenía bronca. Ese jueves quería hablar de eso. Y escribí algo acerca de la cuestión del sacrificio en la residencia. Su título era sugerente:

¿LA RESIDENCIA O LO QUE QUEDA DE LA OPERACIÓN GRUPAL?

Empezaba con una pregunta: ¿Qué me demanda la residencia? La residencia está en guardia. Primero y segundo año están en guardia, despertándonos con caras demacradas por lo que vino o por lo que no vino pero podría haber llegado. Esa pregunta: ¿qué hacemos cuando alguien se quiere matar? Muchas veces le quería decir al suicida fallido que era de primer año, que recién egresaba de la facultad. Él, antes de que yo le hablara, ya me había definido. La residencia queda definida por guardia, entra por guardia, donde la soledad nos encuentra sin las defensas de consultorios externos. ¿Qué hacer? No había otro remedio que hablarle y, sobre todo, escucharlo. Te cuenta eso que no le contaron a nadie, en ese momento en que nadie lo vio, eso que es costoso llevar encima. ¿Somos profesionales del secreto de un individuo? ¿Debemos sentir el peso que nos transfieren? ¿Cuál es nuestra función: guardar el secreto, ser objetos de esa transferencia? ¿Qué hacer con ese secreto y esa transferencia?

Se plantea la necesidad de espacios de supervisión para construir un marco adecuado para hacer circular un secreto cuyo develamiento es un peso para quien lo soporta. Marco adecuado. Se trata del tema de lo adecuado. Hablar de un paciente en un lugar no adecuado nos despierta un sentimiento de traición con relación al lugar donde nos ubicamos para intentar ayudar a un individuo. En todo espacio donde se cuenta un caso se plantean por un lado, las implicancias jurídicas enmarcadas en el secreto profesional y, por otro lado, aspectos subjetivos de desazón frente a la tarea de transmitir un caso, traducir, traicionar... Trabajar las cuestiones clínicas dentro de la residencia permite una operación, un movimiento, un pasaje de un “*se lo cuento*” a un “*lo cuento*”. Pasaje interesante porque libera a un secreto de su dimensión de pacto y de traición.

- 1 -

La demanda de la residencia se pone en relación con mi demanda a la residencia. ¿Qué le demando yo a la residencia? Que no nos deje en una posición de sacrificio. ¿Cómo hacer para discernir una práctica profesional responsable de la posición de sacrificio? A veces ocurre que no es tan fácil diferenciarlas. En este tema la residencia es quien debe zanjar una cuestión tan importante. Este punto es vital porque, de lo contrario, agregaríamos a la práctica, además del tema de lo solitario y excesivamente libre, cuestiones que nos exceden como individuos. Debemos estar dentro de un orden social, que exceda e incluya a lo individual para sostener una práctica hospitalaria que sea responsable y que no se ubique en el sa-

crificio individual. ¿Es claro? Si alguien debe quedarse para hacer la internación de un paciente que cae un viernes a la tarde (o sea, tarea imposible), ¿quiénes son los que se sacrifican? Es necesario poner allí una pregunta y una organización que no deje al individuo profesional a la deriva. Es, en este caso, la organización más que una necesidad de transmisión y, por tanto, una necesidad de articular un recorrido significativo en la clínica y en la teoría, una necesidad ética, y su incumplimiento arroja a todos los integrantes de la residencia a la posición de sacrificio.

Cuestiones como la cantidad de pacientes que han de ser atendidos en primer año son temas que deben ser discutidos. ¿Por qué? Para no dejar esta cuestión a la simple posición individual y a las ganas de saber de cada uno. No dejar las cuestiones más urticantes a la decisión individual, donde, cualquiera sea la solución, no será una solución sino con un alto costo.

¿A quién exigir la concreción de cuestiones que, si faltan, nos dejan cercano a la neurosis, en el mejor de los casos? Siendo cuestiones planteadas para profesionales en formación se vuelve imprescindible su formulación.

- 2 -

¿Para qué sirve una residencia?

La transmisión no es solamente una necesidad pedagógica sino una forma de hacer con el goce del paciente y con las intervenciones siguiendo las normas jurídicas que hay que llevar adelante sí o sí para “cubrirse” desde el punto de vista legal.

Vuelve la *pregunta acerca del derecho*. Pero no ya desde esa pregunta de ¿qué derecho hay de analizar desde una posición sintomática? sino ¿qué derecho me asiste como profesional para llevar adelante una intervención que sea acorde con las normas jurídicas y la buena praxis profesional? Un analista debe saber hacer con el *síntoma del paciente* que pone en acto la relación de un sujeto con el Otro pero también con los *síntomas de las normas judiciales* que ponen en relación al individuo con el “para todos”, ligadas al contexto político del país.

¿Pero qué ocurre si, por la confrontación que ocurre en todo grupo humano, se llegan a generar enemistades, persecuciones, obsesiones, conflictos que dificultan el trabajo en común? ¿A quién exigir? La residencia es autoformativa, y aquellas cuestiones que faltan debemos intentar mejorarlas. *Lo que queda de la operación grupal es la necesidad de organización que permita un correcto desempeño profesional*. Desempeño que trabaja con el goce, la historia del sujeto, el deseo pero también con las normas legales para llevar a cabo una intervención adecuada.

La residencia está en guardia, contando el secreto (fijación de goce), la sorpresa (cadena significativa) e interviniendo con todo el peso de las posibilidades jurídicas, terapéuticas y (¿por qué no?) con todo el peso de nuestro guardapolvo, de nuestra cara, de nuestra voz.

- 3 -

La residencia debe permitir el acercamiento a otros profesionales del área de la Salud Mental y también de todo el Hospital, alentando estas experiencias y siendo punto de apoyo para las dudas que nos surgen por, para decirlo simplemente, ser profesionales en formación.

La residencia debe permitir el pasaje de profesionales en formación a profesionales formados en ciertas cuestiones (o siendo formados).

Una propuesta para realizar este pasaje sería, año a año, la posibilidad de delinear un recorrido y transmitirlo a los demás compañeros, sobre todo a los que están comenzando la residencia. En este escrito anual quedaría impresa nuestra historia grupal e individual. Esto daría pie para muchos proyectos que, siguiendo una doctrina autoformativa, se transmitiría y se pondrían en duda todos los años.

Sin pensar estas cuestiones, la residencia dejará a sus integrantes en la inflexión y, para ser más claro, en la eyección. Ser expulsado como objeto de sacrificio, ya sea por el grupo o ya sea por el mismo profesional que ve sin sentido la inclusión en un orden que lo engloba y lo aprisiona, tiene consecuencias en nuestro trabajo.

Cuando terminé de leer, por un momento nos mantuvimos en silencio. Con mucha sorpresa constato que la residencia, como pasaba año a año, había cambiado. Muchos se sorprendieron de que usara tanto la palabra «confrontación», y enfatizaron varias veces que lo del viernes no había sido para tanto. Coincidían en que había que delimitar mejor las funciones y que era cierto que, además de estudiar clínica, deberíamos acentuar el estudio de las normativas legales más convenientes y posibles de realizar en urgencia. Pero no veían la causa de mi bronca, pues lo del viernes había salido bastante bien, a la paciente la habíamos dejado con éxito en el Hospital Estévez.

La residencia estaba cambiando. Igual que año a año, ya no era la misma. Y era yo el que se tenía que adaptar. Comenzaba cuarto año y debía comenzar mi campaña proselitista para intentar ser jefe de residentes. ¿Y si no? Por un momento, me imaginé saliendo de la facultad como en mi final de carrera, sin saber qué hacer. Pero tenía todo un año por delante.

* * *

CUARTO AÑO DE RESIDENCIA O EL TRABAJO DEL DUELO

5.1. LA RESIDENCIA

INTRODUCCIÓN

Estaba en cuarto año, mi último año. Ya no era la sorpresa de primer año, los pacientes de segundo, la rotación de tercero. Este año era crítico. Se terminaba, la residencia se terminaba. Pero antes de que se terminara tenía que hacer muchas cosas.

La tarea que realizaría este año giraría alrededor de: la realización de un proyecto de investigación, el seguimiento de los residentes de primer año en las urgencias y las admisiones, la atención de pacientes y (una tarea no escrita en ningún lado) la campaña proselitista como parte de la postulación al cargo de la jefatura de residentes que debía presentarse en diciembre de ese año. Debía escribir un programa de trabajo para la presentación a los residentes que describiera lo que haría si resultaba elegido.

Y, como si esto fuera poco, tenía que empezar a mirar para afuera de la residencia. La residencia tenía un final, y volvía esa pregunta del final de carrera: ¿Qué hago? ¿Cómo encarrilar mi trabajo en el futuro que se avecinaba?

- 1 -

Una salida decorosa que muchos nos imaginábamos era el consultorio privado. Desde la salida de la facultad la mayoría de los psicólogos nos imaginábamos lo mismo. Tenía que empezar a armar mi consultorio. Pensé que, en todo consultorio del analista que se precie como tal, era necesario encontrar un diván que identificara a ese analista con el descubrimiento freudiano. Entonces me tenía que comprar uno, pero una cosa tan sencilla como ir de compras se me fue complicando, comencé a dudar acerca de cuál sería el mejor. Iba con cualquier excusa a consultorios a mirar con mucha curiosidad los divanes de los analistas. De a poco se fue armando, sin que yo lo quisiera, una pequeña investigación que me

condujo a la construcción de una tipología de divanes. No le podía decir a nadie que ése era mi tema de investigación de cuarto año. Sentía culpa, pues esta investigación no era pertinente a la formación que debía recibir en una residencia en el primer cinturón industrial del Gran Buenos Aires, sentía culpa por lo que estaba haciendo, hubiera querido olvidar esa curiosidad que tenía pero imposible, era ya una compulsión, un síntoma obsesivo. Tenía algunas hipótesis: los divanes dicen más de los analistas que la pertenencia de ellos a alguna escuela de psicoanálisis. Resulta necesario conocer el diván del analista para conocer la clínica del analista.

Tenía la compulsión de ir a los consultorios a mirar los divanes. Un par de veces me preguntaron qué me pasaba y comenté que estaba haciendo un estudio de divanes para decidirme a comprar uno. Un analista me dijo que si no quería llevármelo a casa para probarlo y después se lo devolvía, sin compromiso de compra; otra, me dijo si quería tirarme en el diván, ella se ofrecía para ser mi analista. Agradecí y decidí seguir mi investigación acerca de la práctica divanesca en forma privada. Aparecía el tema de lo privado. La residencia se terminaba y, si bien nuestra formación había sido costeadada por el Estado (al igual que la facultad), el sistema de salud no tenía destinado un lugar para quienes habíamos sido objeto de su inversión. En plena furia privatizadora, nosotros también debíamos pensar en privati-zarnos. Se trataba de poner en marcha nuestra empresa profesional y, para esto, había que alejarse de la forma de enseñanza grupal, autoformadora, que caracterizaba a la residencia; había que privatizar, entre otras cosas, nuestro saber. Este razonamiento justificó seguir adelante con la investigación de los divanes pero como investigación privada. Debía agregar, además, una otra investigación pública, congruente con la formación de residencia. ¿Qué tema elegiría?

Elegí, finalmente, conocer cómo eran las condiciones de vida de la gente que vivía dentro de la zona programática del hospital. ¿Era verdad que había muchas adolescentes embarazadas? ¿Cuántas familias vivían por unidad habitacional? ¿Cómo estaban compuestas las familias? Iba a salir del Hospital, me iba a ir del Hospital, ¿qué mejor sino saber quiénes vivían afuera?

Cuarto año era crítico: realizaría el diseño de una investigación pública y otra privada, tenía que convencer a mis compañeros de residencia que yo era la mejor alternativa para la jefatura.

- 2 -

Nuevamente sentía cambios en mi persona, algo me estaba ocurriendo. Mi personalidad se había vuelto más reservada y esto no auguraba nada bueno, pues debía arrancar con la campaña proselitista. Me hubieran ser-

vido más los síntomas histéricos de primer año, o la histerización de segundo. Me quedé pensando en la “evolución” que había tenido año tras año, miré hacia atrás y pensé que el duelo por el final lo estaba viviendo por adelantado. Pensé en *Mary*, que vino a tratamiento para hablar del padre, justo antes de su muerte.⁹⁴ Y ante el duelo, hoy me doy cuenta, comencé a escribir este libro, el libro testigo de los cambios producidos por la entrada al campo de trabajo de la Salud Mental.

En cuarto año mi personalidad cambiaba, las acciones y las decisiones parecían costarme aún más. Si al principio me preocupaba por la mirada enfrentada a un paciente y pensé que escribir las sesiones era una manera de hacer con la mirada que asemejaba la práctica divanesca freudiana, ahora esa mirada estaba fuera de la residencia.

Recordaba con nostalgia esa proclamación del analista en la escritura del novel analista de segundo año; ahora creía que al analista lo definían los pacientes, el analista era definido en su trabajo. Así, comencé a dudar nuevamente acerca de cómo nombrarme: muchas veces prefería definirme como trabajador de la Salud Mental; otras veces, me parecía que mi profesión era simplemente la del titulado en psicología. Estaba confundido, notaba cómo la confrontación que ya no existía dentro de la residencia, se había desplazado a mi interior, a mi yo. Debatían en mí el psicólogo, el analista y el trabajador de la Salud Mental. La relación entre los tres no andaba muy bien. Nos peleábamos. Mi yo era un quilombo. Y yo estaba ahí un poco indeciso ante mi realidad psíquica. Hubiera querido decir, como Oliverio Gironde: “*Yo no tengo una personalidad; yo soy un cocktail, un conglomerado, una manifestación de personalidades. Mi vida resulta así una preñez de posibilidades que no se realizan nunca, una explosión de fuerzas encontradas que se entrechocan y se destruyen mutuamente. El hecho de tomar la menor determinación me cuesta un tal cúmulo de dificultades, antes de cometer el acto más insignificante necesito poner tantas personalidades de acuerdo, que prefiero renunciar a cualquier cosa y esperar que se extenúen discutiendo lo que ha de hacer con mi persona, para tener, al menos, la satisfacción de mandarlas a todas juntas a la mierda*”.⁹⁵

Pero antes de mandarlos a la mierda quería escucharlos: el analista criticaba esa misión grupalista y voluntariosa de los trabajadores de la Salud Mental y ese concepto tan poco riguroso de prevención inespecífica en la atención primaria de la salud a partir del trabajo interdisciplinario. El trabajador de la Salud Mental criticaba al analista, esa suerte de hermenéutica del deseo en tratamientos individualistas con perspectiva reducida

94. N. de A.: Este tema lo hemos desarrollado en el libro: *Sobre duelos, enlutados y enlutados* escrito junto al Lic. Eduardo Bernasconi. Próximo a aparecer, Lúmen.

95. Gironde, Oliverio: *Espantapájaros* (1932), Centro Editor de América Latina, pág. 85.

del problema social implicado que lo convertían en una cura, en el mejor de los casos, reduccionista. El psicólogo criticaba el lugar que le daban, y decía que si ellos trabajaban era gracias a él, quien era el que, en definitiva, los validaba profesionalmente, y que los otros eran simples oportunistas que trabajaban para la platea, para el público.

Así empezaba mi cuarto año, con la perspectiva de quedarme afuera, con conflictos interiores que tocaban mi nombre y mi yo, con la obligación de realizar un proyecto de investigación y con el peso de la campaña proselitista que se me venía encima.

BUSCANDO UN DIVÁN

Llegado a un punto en mi residencia y ya con la perspectiva del término, debía pensar hacia dónde enfilarse mi futuro profesional. Empezaría mi “más allá de la residencia”. ¿Qué había más allá? ¿Había carencia, como dicen, de pacientes “pagos” con demanda de análisis, enorme cantidad de pacientes pre-pagos en búsqueda de tratamiento psicológico, masiva afluencia de pacientes “sin-pagos” que esperan turno en una institución pública?

- 1 -

Todo había cambiado desde mi primer día de residencia cuando Mariana entró por la ventana y Mary esperaba su turno; el país, y no sólo los pacientes, había cambiado.

En un proceso de apertura indiscriminada, capitales nacionales e internacionales se habían metido entre otras cosas con el sistema de salud. El Estado se deshacía de muchas de sus pertenencias y otras eran redimencionadas con métodos de asfixia y menguados presupuestos que dificultaban hasta la adquisición de insumos básicos. Se desmantelaba el sistema hospitalario público al mismo tiempo que el índice de desocupación y sub-ocupación crecía en forma astronómica, la mayoría de la población se empobrecía. Se sentía ese empobrecimiento general, crujía. En plena época de «estabilización» la gente estaba desestabilizada. Desaparecía la relación de dependencia, se repetía con cierta sorna la expresión “flexibilización laboral”, que significaba nuevas formas contractuales, llamadas en España “contratos basura”. Este cambio en las relaciones laborales, entre otros factores, estaba llevando al colapso de la cobertura social ligada a las obras sociales. Así, mientras se quitaba recursos a la sanidad pública, la población desguarnecida acudía en mayor cantidad y con mayor fragilidad al

Hospital público. Ahí donde trabajábamos. Pero ahora estaba cerca el final. (Del final de carrera al final de residencia, en el final del milenio, en el final de una década de mi vida. Demasiados finales. Ah, me olvidaba del final del libro). Me recosté un rato a descansar, de repente la perspectiva visual cambió. Creo que soñé, no sé si dormí.

Estaba el director del hospital, que llamaba a uno por uno a todos los residentes y les daba el certificado de residencia cumplida. Me ponía nervioso cuando sabía que era el próximo; me estaba por llamar. Me llama, tengo que hablar, quería agradecer a todos los que habían tenido algo que ver con mi formación pero las palabras no salían. El director se enoja, le miro la cara encolerizada, me agarra de la mano y me lleva afuera del hospital, dejándome en la puerta de la esquina, muy cerca de una de las entradas a Villa Las Flores, me deja al lado del murallón de dos metros verde que circunda el hospital. Me deja solo, afuera, y no sé qué hacer. Miro alrededor, distingo una tiza y escribo en el murallón:

“He sido residente. ¿Y ahora qué soy?”

“Ahora soy vago.”

Cuando me desperté, recordé que estaba armando mi consultorio para el más allá de la residencia, para “mi vagar”, y que tenía que salir a buscar un diván. Quería comprarme mi primer diván.

Ese objeto no era cualquiera. Era más sencillo elegir la silla, el cuadro y hasta el escritorio que un diván. Ese “objeto mobiliario” tenía un brillo muy particular desde que Freud en la Viena del fin del siglo pasado lo utilizara para su práctica clínica y luego lo aconsejara a todo practicante del psicoanálisis. El diván, sin duda, no era un sillón ni una camilla, era el diván psicoanalítico y la imagen de un paciente hablando recostado y un analista dejándose llevar por su escucha.

Iba a los consultorios de analistas y miraba el diván; cuando lo comenté, me preguntaron si no era para mí. Desde el comienzo una confusión. Se trataba del diván del analista o del diván del paciente. ¿El trabajo giraría alrededor del análisis personal del analista o de la posición divanesca del paciente recostado? Aparecía Lacan nuevamente por los pasillos hospitalarios y decía: “¿A quién ponés en juego cuando analizás? Al gran Otro podríamos decir sin duda, pero ojo también te ponés en juego vos mismo y esas dos puestas en juego se recubren pero no deben ser confundidas”. Tenía razón, no había que confundirse. Hablar de divanes era obsceno pero también se trataba de hablar del tema del objeto en psicoanálisis.

El objeto diván me estaba trayendo más rodeos que a muchos. Conocía a quienes se habían comprado un diván recién egresados de la facultad y a otros que, a la hora de la compra, no andaban con vueltas, elegían lo económico, lo funcional, lo adecuado. Tenía dudas, preguntas.

¿El diván era un objeto con brillo agálmico, condición de análisis tanto como la neurosis de transferencia, o se trataba de un objeto mobiliario decorativo nacido en la sociedad burguesa vienesa de fines del siglo pasado?

Me puse a pensar para qué serviría un diván, en los servicios del diván. El diván fue la manera que encontró, Freud, de no tener la mirada del paciente tantas horas sobre su mirada. También gracias al diván se perdía ese cansador tono de diálogo y frustración que se constituye en el encuentro cara a cara. Freud, con el paciente, recostado se entregaba sin tantas censuras ni inhibiciones al otro plano que emergía en las rupturas de la conciencia, al plano inconsciente, al mensaje de inconsciente a inconsciente.

El diván tenía una relación directa con la mirada, producía una operación con la mirada, tenía una relación directa con lo que se ve y con lo que se mira. El tiempo de la Antigüedad había separado ese ver y ese mirar. Tiresias, por ejemplo, era el ciego que sin ver miraba los hilos del destino. Freud y Lacan hablaban de la pulsión escópica, de la pulsión de ver y de exhibir en el recostarse en el objeto mobiliario que identificaba a la práctica analítica. En el diván se realizaba la operación de sustracción de la visión, la emergencia del objeto mirada y su relación con el deseo.

Había tres cuestiones que quería investigar:

- a) La exhibición de divanes y el método del catálogo.
- b) La posición recostada, la sustracción de la mirada y la pregunta por la práctica divanesca.
- c) El diván como objeto de la clínica.

Vayamos una por una.

a) La exhibición de divanes y el método del catálogo

Sentía curiosidad por comparar estilos de divanes. Sin quererlo, se fue armando una clasificación de diferentes divanes. Intentemos hacer el catálogo.

1- En primer lugar, había divanes "*artículo de museo*": sus bellas y sinuosas formas nos recuerdan a quien fue su autor; en este caso: el diseñador. Al ser de exposición, da *status* al consultorio de cualquier analista que

se precie de tal. Diván inhibido en su función, pues muchas veces no es utilizado, siguiendo un principio que parte de que "no todos son recostables", son analizables, son "divanizables". De ahí se pasa al "sólo algunos son mandados al diván". El diván inhibido parece no dar respuestas a los nuevos síntomas producto de esta nueva época ligada a la globalización de una pequeña parte y a la marginación de otra gran parte.

Los que lo usan sostienen que el tiempo presente pareciera adverso a la práctica divanesca pero que el diván da identidad, historia, y apuestan al goce estético hallable en él.

2- Otra clase de divanes son las "*camas devenidas diván*".

Esos divanes se dividen, a su vez, en dos, dependiendo de si se trata: a) tipo colchoneta forrada de cuerina o algún otro material o b) tipo colchón con cubrecama.

Siempre resulta un enigma saber cómo llegó esa cama a ocupar el lugar de diván. Se trata de una sustitución que, si bien no tiene grandes referentes teóricos, existe en muchos consultorios. No son simplemente motivos económicos los que explican su presencia, pues el diván parece sufrir una operación de caída de lo idealizable a lo obscuro. Tanto Lacan como Freud han estudiado esa caída poniéndola en relación con la pulsión anal y su objeto La Mierda, ubicándolo en relación con la demanda del Otro. (Esa operación de caída es la que va de lo idealizable a lo nauseabundo, a lo que causa aversión, a la *res-excrementus* es cedida al Otro en forma de regalo, en la perspectiva del amor que satisface el lugar de amante de la madre pidiendo el producto "cacareo" del hijo).

Ya no se trataba de mandar a los pacientes al diván sino, y sin eufemismo, dice Lacan "se trata de mandar a los pacientes a la cama" como operación de caída de lo idealizable a lo que pasa entre las sábanas de la cama.

3- Otra clase son los "*divanes modernos tipo camilla*". Son ligeros y de estilo que cuida las formas, la austeridad. Sus dueños son aquellos que aceptan una actualización de la doctrina psicoanalítica pero sin renegar del llamado fundamento del psicoanálisis. Llama la atención la seguridad con que parecen saber lo que hacen, estudian, les interesa el trabajo con el agrupamiento de analistas, sostienen que en el análisis no existe la intersubjetividad, lo cual los lleva a sospechar que todo pasa en el silencio, desde la angustia hasta la manifestación del amor de transferencia. Hablan muy bien diferentes tipos de discursos; del amo al analítico, del francés al inglés. Están actualizados acerca de lo que pasa en los centros concéntricos del psicoanálisis. Se preocupan por el acto, parecen no diferenciar el acto político del acto analítico.

4- Por último, está el “*diván estilo inglés*”: su identificación con Freud es tan penetrante que hasta se huele el olor al tabaco freudiano. Para este diván, el tema de la identificación pareciera ser un asunto crucial en la práctica analítica. Este estilo-diván es la forma en que se identifica al movimiento del inconsciente, mientras que estos analistas realizan un doble movimiento; por un lado, un movimiento de pertenencia y, por otro, una desvinculación por su rechazo a los efectos aplastantes de la identificación de masa al líder. Trabajan de manera majestuosa con el ideal del yo, y continuamente encuentran al superyó jugando al vigilante. Les encanta la resistencia que muestra al superyó al pelear.

b) La posición recostada, la sustracción de la mirada y la pregunta por la clínica divanesca

En algún momento de nuestra práctica profesional, es necesario pensar en la compra de tal objeto divanesco. No podemos evitar la pregunta inquietante acerca de qué hemos estado haciendo todo este tiempo.

Se nos pasan los divanes por la cabeza. El diván-anticuario en el que nadie osa sentarse arriba; el diván-cama con el enigma acerca de cómo esa cama ha caído en diván; el diván camilla, con una comodidad preocupante y el diván-diván freudiano, con su identificación singular.

En la práctica hospitalaria, los tratamientos se realizan frente a frente. No hay divanes. Conjuntamente con el dinero y las condiciones institucionales de eficiencia y tiempo, se suponen los grandes obstáculos para el psicoanálisis en el hospital. La pregunta por la posibilidad de psicoanálisis en el Hospital está en relación directa con ese dinero, con ese diván y con esas determinaciones institucionales.

Parece posible ubicar el diván como equivalente del dinero que, a su vez, Freud pone en la serie: niño, excrementos, regalo, pene. Y todo esto en relación con la pulsión anal y con la neurosis obsesiva. (Me había quedado fijado a la cama convertida en diván).

En relación con la gratuidad y con la vertiente institucional que no tiene miramientos en el caso a caso, el diván pareciera ser no tan importante. Muchos lo tratan como objeto mobiliario que puede ser descartado sin tanto costo. Se refieren a un argumento que ubica al psicoanálisis en relación con el deseo del analista. El diván queda fuera de juego, el paciente queda recostado por un deseo que lo embaraza de consecuencias en relación con lo que dice y a lo que piensa que dice. El paciente queda recostado por los efectos de la neurosis de transferencia que resitúan su lugar de sujeto del inconsciente. Pero a mí esto no me convencía, no me podía olvidar del diván.

“¿Qué lugar ocupa ese objeto en la clínica? ¿Y qué relación entre el deseo de ese paciente en relación con ese objeto, y el deseo del analista y su relación con el objeto diván?” “¿Cuál es la relación del analista con su diván?”

La imagen del sujeto tirándose al diván es cautivante. De ese paso se espera un pasaje correspondiente en la relación del sujeto con la verdad y la vida misma.

La pregunta es: ¿qué lugar en el deseo ocupa el diván en cada analista? La pregunta por el diván es la pregunta por el objeto en el psicoanálisis que es y ha sido fundamental a la hora de posicionar nuestro lugar como practicantes del psicoanálisis. El diván es la fundamental operación de sustracción de la visión que permite echar un vistazo a algo que está topológicamente bien situado: lo extimo, el deseo del Otro clavado en el corazón del ser.

¿Y qué lugar tenía ese diván en mi clínica? ¿Qué diván sería mi clínica?

c) El diván como objeto de la clínica

Me quedé pensando en el catálogo de divanes. ¿Era el diván un objeto único del que no se podía prescindir? ¿Era un objeto por el cual el analista era definido, era amado? Un día tuve la desgracia de escuchar a un docente que tenía que hablar de la dirección de la cura en los tratamientos hospitalarios, lo escuché hablando del agalma. No entendí demasiado, pero me había llamado la atención. ¿Sería posible que el diván tuviera una condición agálmica, ese brillito tan particular?

¿Qué es el agalma? Me fui a leer algunos textos: un texto de Collete Soler que habla de “El Banquete”, leí el texto de Platón y los Seminarios 8, 9 y 10 de Lacan.

Lacan, en el Seminario de la transferencia, habla del agalma. Intenta plantear la particular relación que se constituye en el dispositivo analítico entre un paciente y un analista. Lee “El Banquete” de Platón, y ubica la semejanza entre Sócrates y el lugar del analista. Va en busca de la situación analítica, del modelo de la transferencia en un campo que no es el analítico. Lo busca en el texto que es el primer gran texto que habla del amor. La idea es que el deseo de Sócrates ha incidido hasta nosotros, y lo llama la transferencia más larga (hasta inmortal).

En la obra se alaba el amor, se hacen discursos sobre el amor. Hablan varios y después le llega el turno a Sócrates. Comienza hablándole a Agatón preguntándole acerca de lo que había dicho en su discurso, lo pone en contradicción y, llegado un punto, Agatón acepta que no sabía lo que decía cuando le había tocado el turno de hablar. Después de eso, Sócrates dice que todo lo referente al amor lo había aprendido de la gran Diotima, la genia del amor, y

seguirá hablando de lo que le fue enseñado sobre la erótica del amor. Se hace hablar por Diotima y, a partir de la relación entre deseo y falta, llega a plantear que el amor es el deseo de inmortalidad que se realiza en la procreación en la belleza en sí. Grande y magnífico discurso, todos alaban a Sócrates; él, humildemente dice que eso le fue enseñado. Ahí entra Alcibíades al banquete, borracho. Lo invitan a sentarse y a realizar un discurso acerca del amor. Lo ve a Sócrates y dice que no puede hablar de otro, salvo de su amado Sócrates. Alcibíades se siente injuriado por lo que lee como templanza y virilidad de Sócrates, quien hasta llega a dormir una noche con él sin que pase nada o, como lo dice: *"Sabedlo bien, me levanté tras haber dormido con Sócrates, ni más ni menos que si me hubiera acostado con mi padre o con mi hermano mayor"*.

Lacan lee "El Banquete" circunscribiendo el movimiento que va del discurso de Sócrates acerca del amor (en el que se hace hablar por Diotima) hasta la entrada intempestiva del borracho de Alcibíades que, sin vergüenza, relata cómo fueron rechazadas sus súplicas de amor y genitalidad por el imperturbable Sócrates.

Luego de que termina Alcibíades, Sócrates vuelve a tomar la palabra e interpreta que el objeto de deseo de Alcibíades es, en realidad, Agatón, y que está haciendo todo lo que hace para encamarse con Agatón, habla para hacerlo bajar a Sócrates de amado a amante y agrega que él mismo va a elogiar a Agatón.

Desde el comienzo, no entendía la relación entre el diván con el agalma y, ahora, se agregaba esta escena del banquete donde un filósofo y un borracho se peleaban para ver quién es el amante, quién el amado y quién se encamaría con Agatón. Nunca hubiera pensado que la tipología de divanes me llevaría a esto, a pensar, por ejemplo, en esa cama convertida en diván, en esa caída del diván a la cama como en esta escena donde se veía la operación de caída del discurso idealizante de Diotima (la maestra de la erótica del amor) al aliento nauseabundo del borracho que cuenta lo que pasó entre él y Sócrates en la cama.

El diván como objeto permitía la comparación entre Sócrates con el lugar del analista y la ubicación de la interpretación que apuntaba al objeto del deseo del Otro, interpretación que toma Lacan como modelo de la interpretación analítica diciendo que el objeto del psicoanálisis está por fuera de la escena analítica, y que allí hay que remitirse para no quedar empujado en la neurosis de transferencia.

Me había entretenido pensando en la cama convertida en diván, pero ahora tenía que reconsiderar las cosas, ese diván había producido una caída desde el diván imperial freudiano a una sustitución, el diván-cama. Los pacientes recostados hablaban de sus síntomas, y Freud ubicaba a éstos como realización de su vida sexual, los tiraba a la cama.

El diván se volvía un objeto importante en el mandar a los pacientes a lo que pasa entre las sábanas, era ese objeto de deseo que aparecía en la cama lo que volvía tanpreciado al analista. Pero el analista no sabe lo que el otro tiene entre las sábanas. No sabe lo que tiene.

Alcibíades habla del agalma en relación con lo que el amado tiene y no sabe que tiene. Se trata del agalma que vuelve a Sócrates especial. Le dice: *"Tú me parece que eres el único digno de convertirme en mi amante. Cuando estoy cerca de ti, contengo los oídos, y me escapo huyendo, para que no me sorprenda la vejez, allí, sentado a su lado. Y tan sólo ante este hombre he experimentado algo que no se creería que puede haber en mí: el sentir vergüenza ante alguien"*. ¡Qué maravilloso texto de amor! Y qué maravilloso objeto supone el amante en el amado que, ante su presencia, aparece el sentimiento de vergüenza. En el hombre más hombre, aquel que no debería tener vergüenza. Se trata de la vergüenza y de su relación con la pulsión escópica; se trata del tratamiento de la mirada puesta en juego por la práctica divanezca freudiana.

¿Es el diván el objeto que permite hablar del amor y del erotismo, y además ponerlo ahí en la pregunta por el objeto en psicoanálisis?

Pregunta por lo que tiene cada diván, pregunta por el caso del analista y por el tratamiento de la mirada que vuelve al diván y al psicoanálisis una práctica única. En resumen, pregunta por el diván del analista.

- 3 -

Al tiempo, logro comprarme un diván (no voy a decir cuál elegí). Al tiempo, llega una paciente privada, comenzamos a hablar. Un día mira mi diván recién comprado. Me pregunta:

—¿Vos no hacés diván?

—Sí.

—¿Y por qué yo no hago?

Seguimos hablando del diván y me cuenta que, en su anterior tratamiento, la analista la había tenido frente a frente durante un mes, hasta que en una sesión le anunció que le iba a tener que decir algo muy importante.

—¿Qué es?, —le pregunté, imaginándome cualquier cosa.

—No sé si te va a gustar, pero ...

Y ahí me contó lo del diván. Yo la miré extrañada.

—Ah, era eso... —me levanté y me acosté en el diván. Ella no lo podía creer.

—¿Cuál es la diferencia entre hacer diván y no hacer diván? —le pregunté, quizás desplazando en la paciente una pregunta que me estaba realizando desde hacía algún tiempo.

—No lo sé.

—¿Qué te parece si lo averiguamos?

LA CAÍDA A TIEMPO

Cuatro años después, Mariana seguía con nosotros. De aquella paciente que no podía parar de hablar, arrojada por la ventana, ahora la paciente esperaba en la puerta a que la llamásemos. Habían pasado muchas cosas y, sobre todo, había pasado mucho tiempo. Un día nos trajo un regalo⁹⁶, lo abrí, era un reloj de pulsera. Me lo puse. ¿Qué había pasado con el tiempo?

- 1 -

La paciente nos preguntó qué era lo que le había pasado por la época que llegó a Salud Mental. Comenzó a recordar, sólo algunos días le quedaron sin recuerdo. Comenzó una investigación para saber acerca de la muerte del padre, comenzó a hablar acerca de lo que le pasó. Seis meses después de la crisis, dice: *“Me identificaba a otras personas, mi marido me golpeó cuando le dije que le había sido infiel, una amiga me contó secretos de infidelidad y yo se los dije a mi marido como si fueran míos. También me identificaba con una tía de mi marido, con una chica que trabajaba en este hospital que tenía un tics, no podía dejar de hacer ese tics, ya no lo puedo hacer más, también buscaba a un bebé, lo pedía prestado en la calle, como una loca, como mi hermano, me identificaba como una prostituta, lloraba como una nena”*.

Mariana había mejorado pero ¿cómo había logrado estabilizarse? Hablaba de su crisis, sabía que algo grave le había pasado, algo que dividía su vida en un antes y en un después.

Vayamos un tiempo atrás. ¿Cómo cae en “la crisis”? Unos meses antes de la caída a Salud Mental, Mariana se encuentra con un recuerdo que la aturde. Decía: *“Las cosas que son malos recuerdos los olvido, olvido lo que no me gusta, yo rechazo a la muerte, no acepto a la muerte, nadie me puede enseñar el tema de la muerte, no acepto a la muerte”*. En esa época, Mariana, frente al recuerdo de la muerte del padre, comienza a perder el tiempo. Dice: *“No sé con exactitud el tiempo, en el verano cuando venía un recuerdo, me aturdí, no lo recordaba”*.

Los recuerdos eran la prueba de existencia, la piedra de toque, cuan-

96. N. de A.: Mi admiración y agradecimiento a la Dra. Silvia Oliveira ya que sin ella este tratamiento no hubiera sido posible.

do aparece ese recuerdo rechazado de la muerte del padre a Mariana se le deshilvana toda la realidad. ¿Cuál podía ser ahora la piedra de toque, la garantía de la realidad para que el mundo no se le terminara de desrealizar? Ella lo dice por la época de la crisis: *“Tengo que hablar mucho, todo lo que me pasa, son pruebas”*. La prueba de realidad se había trasladado de los recuerdos al mismo lenguaje. De ahí que llegue en un franco estado maniaco. Dice Collete Soler: *“La alucinación es el fenómeno paradigmático del retorno en lo real, ella no es el único ejemplo y la manía da aquí ocasión para completar la paleta de estos fenómenos”*. Esa prueba de realidad en el mismo hablar es extremadamente peligrosa, hay un filo mortal en el lenguaje, las palabras pierden peso, no son succionadas por el hueso de lo real, las palabras pierden el tiempo.

Mariana se va desestabilizando. ¿Cómo detenerlo?

- 2 -

Es necesario remarcar la importancia de los psicofármacos para el proceso de estabilización pero también la psicosis muestra los puntos que hay que trabajar para evitar nuevas desestabilizaciones y también da indicios de su cercanía a momentos fecundos, lo que posibilitaba trabajar a tiempo para evitar la desestabilización, el ataque de lo temporal, las sacudidas.

a) Mariana y la estabilización de su ser madre.

La paciente ubica la importancia de su ser madre. Dice: *“¿Cómo es posible que no recuerde a mis hijas, cómo me voy a olvidar de mis hijas?”* Llega a un punto inaceptable. *“Ahora que me siento mejor uso una cadenita con mis dos hijas. Tengo en mi mesa de luz una foto de mi hija que me hace acordar que no me tengo que enfermar más”*. Ella no aceptaba ser como la madre; su madre se olvidaba la fecha de su cumpleaños, no la había ido a ver cuando había estado internada a punto de parir a su primer hijo.

Un tiempo después de la crisis, sale del estado maniaco. Cuenta que sus cuñados se separaron, que no puede creer que ellos se hayan separado, y que esa noche vienen a comer a la casa de la suegra, piensa que la están engañando con esa separación. Dice: *“A la noche, tengo una cena familiar, pienso observar, no pienso hablar”*. Desde ahí comienza a disimular, disimula sobre todo con su marido y su suegra, y lo viene a contar a tratamiento. Viene a hacernos testigos de lo que realmente le está pasando. Nos ubica en un lugar en el cual nos es posible evitar la caída a lo temporal, y a nuevos desencadenamientos.

b) Mariana y su discurso. Escuchémosla, se pueden marcar momentos donde aparecen indicios de sacudidas.

Aparecen pesadillas que la dejan aterrorizada, paralizada, perpleja. Nos relata una: *“Iba caminando con mi marido, él me mostraba lugares, luego me incendiaba como al perro que incendió”*. Este quemar se pone en relación con la acción de embalsamar del padre y su propia posición en la crisis. Dice que se siente una perra como madre y cuenta el episodio del perrito: *“Mi marido quemó a un perrito que teníamos, me impresionó, cuando mi marido quemó al perrito me hizo acordar a mi papá. No sé si ir al cementerio. Mi suegro me dijo que si nadie lo va a ver a mi padre, lo sacan y lo queman, muerto está pero quemado... Me impresiona el llavero que tenés, es parte de un animal, no me gustan los animales embalsamados, mi papá tenía una garza embalsamada en la heladera, era un animal de verdad”*. Ante la pregunta: *“¿Sabés cómo se embalsama de verdad?”* Responde: *“Tengo noción, hay que quemarlo por dentro”*.

c) Mariana y la certeza de lo que le pasa.

Aparecen sensaciones propioceptivas que son fenomenología de la emergencia de la angustia y de las sacudidas que pueden llevar al naufragio. Es una larga lista: siente las manos más blancas, más sudadas, más flojas. *“Me quedé flojita, tengo sensación de pegar un grito, me empiezan a sudar las manos, los pies, tengo taquicardia, me empiezo a notar excitada”*.

d) Mariana y la presencia de la mirada.

Aparece la cuestión escópica en una doble vertiente: una, apaciguadora; otra, persecutoria. La apaciguadora tiene que ver con sus hijas. *“Me dijeron en el día de mi cumpleaños: vos sos la luz de nuestras vidas”*. La versión persecutoria está en relación con su marido y su suegra, *“A mi suegra no podía verle la cara, antes conocía la mirada de mi marido, ahora la desconozco, mira serio, frunce las cejas, no lo puedo mirar a la cara, cuando se sentía mal lo único que hacía era llamar a la madre, me quedé resentida, a él lo calmaba que venga la madre, me sentía manejada por ella, ella habla y se contesta, le tenés que dar la razón cuando habla”*.

- 3 -

Mariana seguía con nosotros desde su entrada por la ventana. Había encontrado un asiento en Salud Mental: la escuchábamos, le hablábamos, los años pasaban. Nunca la gustó del todo tomar medicación, se preguntaba cuándo estaría mejor, en varios momentos dejó la medicación sin consentimiento de la psiquiatra, empezaba a empeorar, venía el marido enfurecido, nosotros hacíamos lo que podíamos. El tiempo pasaba, miro el re-

loj de pulsera y caigo en la cuenta de que estoy en cuarto año y que la paciente tenía la perspectiva de quedarse más que lo que yo me quedaría en el hospital. Debía realizar el pase de la paciente.

Aquel martes al mediodía, cuando me regaló el reloj, caí en la cuenta de que tenía que apurarme, no sólo se trataba de pensar qué hacer con los pacientes, sino que debía empezar a realizar la investigación pública que presentaría a la residencia y también la presentación del programa para la postulación al cargo de la jefatura.

* * *

5.2. EL HOSPITAL

EL HOSPITAL Y SU ZONA PROGRAMÁTICA

Tenía que comenzar una investigación, y no sabía qué hacer. Otra vez volvía a tener problemas para conciliar el sueño. Tenía que diseñar una investigación pública como parte de mi trabajo como residente del último año.

No se escuchaba mucho hablar de investigación. Todos repetíamos que las tres patas de nuestro trabajo eran la clínica, la docencia y la investigación. Sin embargo, poco sabíamos de investigación. *“¿Qué es una investigación en nuestro campo de trabajo?”*, le pregunté a un docente en la primera oportunidad que tuve. Me dice: *“Es poder circunscribir un punto de no saber e intentar, mediante pasos que puedan ser validados y controlados, llegar a un resultado que aporte datos que no se conocían hasta el momento”*. Había un montón de cosas que no sabía. *“¿Cómo delimitar, dentro de todo eso, un punto de no saber que no fuera motivado en mi simple ignorancia?”* Necesitaba encontrar un no saber que no se solucionara con la lectura de algún libro especializado en responder, justamente, lo que yo no sabía. Debía encontrar un límite en el saber de una especialidad en un momento histórico determinado.

Tragué saliva por un momento. Ese detalle era una de las exigencias para que mi investigación fuera científica o, al menos, tuviera un sesgo científico. Con el fin de tranquilizarme, me puse a pensar que no se trataba de descubrir una nueva teoría sobre un tema como el genital masculino de la anguila, como había investigado Freud en 1885. Alcanzaba con decir algo nuevo sobre un tema pequeño que quizás nadie hubiera percibido antes, o dicho algo al respecto. Me tranquilicé, pero sólo un rato, al acordarme que la investigación que intentaría llevar a cabo estaría en el

plano de la subjetividad, de las ciencias del hombre, de la ciencia empírica que era la psicología (esto me volvía a desesperar). Se me vino encima ese debate sin salida (otro más) entre los objetivistas y los subjetivistas, entre los métodos cuantitativos y los métodos cualitativos.

Ya estaba bastante maltrecho por lo que se me venía encima, y encima otra cuestión: quería investigar sin renegar de mi formación como analista. Tuve ganas de tirar todo a la *res-excrementus*.

- 1 -

Después de darme cuenta de que estaba en problemas, me di cuenta de que la única salida era delimitar los problemas; el hecho problemático y la formulación del problema eran los lugares por los cuales debía comenzar la investigación. El problema solucionaba el problema. Tenía que decidir qué investigar. Me puse a pensar y me acordé de lo que me habían dicho las jefas de residentes en mis primeros días en el hospital: “*No hay que salir*”, hay que estar adentro. Tuve un convencimiento instantáneo, casi una intuición religiosa. Quería conocer cuáles eran las condiciones de vida de la población que atendíamos en el servicio de Salud Mental.

“¿Es necesario saber estas cosas para atender y conducir tratamientos?”

Muchas veces charlábamos entre profesionales de casos determinados donde no podíamos distinguir con facilidad si se trataba de un delirio encuadrable en cierta patología o de una forma de vida de un grupo humano. Este tema aparecía en forma reiterada. Había casos tan extraños donde la construcción de las representaciones y del discurso eran tan diferentes a las que solíamos tener presentes los profesionales, que variábamos el diagnóstico entre una debilidad mental, un delirio psicótico no desencadenado, una histeria en *acting*, un trastorno *border*. O sea, no teníamos ni idea de nada.

¿Qué tenían que ver las condiciones de vida, la construcción social de conceptos, ideas, representaciones, ideologías y el padecer singular de un sujeto?

Justo cuando el trabajador de la Salud Mental estaba en su salsa, esta pregunta revivió al psicólogo que hacía tiempo estaba acallado por el debate entre la proclamación del analista y la declaración jurada anual del trabajador de la Salud Mental. El psicólogo definía su campo entre la psicología social y el psicoanálisis, entre la construcción social del discurso que nos marca desde antes de nacer (la ideología que se vehiculiza en nosotros) y las variables íntimas de cada sujeto narrado por un sujeto con una lógica singular. El psicólogo gritaba que su campo estaba entre el psicoanálisis y la psicología social. Se trataba de las condiciones de vida de

la población que atendía, de las condiciones de construcción de las legitimaciones, liderazgos y representaciones sociales y también del discurso de un sujeto singular que hace fantasma de la realidad.

“*El psicólogo está trastornado*”, pensaron tanto el analista como el trabajador de la Salud Mental. Y como sabían que era una guerra, le preguntaron: “¿*Qué estrategias metodológicas utilizarías para la investigación?*”

El psicólogo estaba decidido a no perder más lugar: “*Puedo desde elegir casos paradigmáticos que me permitan entender el universo simbólico de la población, o todo lo contrario, a partir de una encuesta como instrumento normativizado, puedo llegar a hipotetizar acerca de las condiciones de vida de la población, sus discursos y problemáticas*”.

La conversación era una pelea más que marcaba la dificultad para cualquiera de ellos que se decidiera a empezar a investigar, pero era necesario comenzar.

- 2 -

Comenzaría por la fase exploratoria, por la exploración y familiarización de lo que todavía no sabía que iría a ser. Comenzaría a investigar con la esperanza de llegar a alguna problemática que me permitiera seguir investigando. Todavía no tenía objetivos, ni problemática, ni hipótesis, sólo una pre-investigación dentro de la investigación. Y comencé a hacer algunas cosas:

- a) Me dediqué a conocer el área programática del hospital: ¿cómo estaba organizado el barrio?, ¿cuál era su historia?, ¿qué información se tenía acerca de sus problemáticas, formas de organización?
- b) Por otro lado, leía el diario todos los días y recortaba todas las noticias que pudieran decirme algo de la zona donde yo ubicaría mi investigación y de la gente que ahí habitaba.
- c) Y, por último, comenzaba a construir un sistema, una red conceptual y de datos donde pudiera verter lo que iba surgiendo.

Leer el diario me ayudó a saber cómo nombrar las variables y las dimensiones (sub-variables) que utilizaría, además de darme un marco general que me validara. También debía construir una escala de valores que expresara las posibilidades de las unidades de análisis del universo. Eran dos cuestiones difíciles: a) nombrar, a las variables y las subvariables, b) construir una escala de valores posibles de manera que cada valor fuera excluyente del otro pero, al mismo tiempo, fuera exhaustivo. ¿Pero por qué eran dificultades? En la escala de valores se jugaba la sensibilidad de

la investigación, y en el nombrar las variables se jugaba su inclusión dentro de un marco legitimante más abarcativo.

Por ejemplo, en la variable “Necesidades Básicas Insatisfechas” (N.B.I.) debía ubicar diferentes dimensiones que debían ser coherentes con las que tomaba el Indec. Los valores hallados para la línea de pobreza y para la línea de indigencia tenían que ser coherentes con los hallados a nivel del primer cinturón industrial, pero también de la provincia de Buenos Aires, y a nivel nacional.

Si los valores nacionales de pobreza de 1997 eran, para los niveles de indigencia, de 5,7 % y los valores de pobreza del 26,3 %, con mi investigación debía encontrar valores que guardaran proporción con estas tasas. La investigación todavía no había empezado y tenía límites, exigencia de coherencia con otros datos de otras investigaciones.

¿Qué me importaban a mí esas cifras? Eran cifras que intentaban describir un estado de cosas, intentaban describir el pasaje de la pobreza a la indigencia, cada decimal porcentual implicaba que muchas familias no tendrían nada para comer. El abismo. ¿Qué era el nivel de indigencia? Era una canasta mínima de alimentos que equivale a un ingreso de 70 pesos mensuales por adulto integrante de una unidad familiar. (En 1999, la cosa había empeorado. La línea de pobreza estaba en el 27 %, la línea de indigencia estaba en el 7,4%. Se terminaba la década, el milenio, mi residencia, la presidencia Menem, estábamos en un país que se había empobrecido. Pero no nos adelantemos: si bien no había tanta diferencia entre el 26,3 % de 1997, al 27% de 1999, sólo algunos miles de personas con dificultades para llegar a los valores de la canasta familiar, en aquel momento, o sea éste, la cosa estaba fulera).

- 3 -

No tenía mucha idea de cómo se operacionalizaba la variable necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.) y lo fui aprendiendo. Esta variable se relacionaba con cinco dimensiones: A) Tipo de vivienda. B) Condiciones sanitarias. C) Asistencia escolar. D) Capacidad de subsistencia. E) Hacinamiento.

En cada una de ellas había criterios para su evaluación. Por ejemplo: E) Nivel de hacinamiento se considera cuando hay más de tres personas por cuarto. B) Condición sanitaria toma en cuenta la presencia de baño en la unidad habitacional. D) Capacidad de subsistencia es la relación entre cantidad de personas que habitan con cantidad de personas que trabajan. C) Asistencia escolar: contabiliza a los chicos entre 6 y 13 años que van a la escuela primaria.

Empezaba a comprender esas líneas tan marcadas: línea de pobreza, línea de indigencia; la cuestión del nivel socioeconómico era determinante para el bienestar de la familia y de los individuos.

A las variables y las dimensiones había que saber nombrarlas, era necesario tener en cuenta la tradición de su nombre y, sobre todo, la fuente que sostenía y validaba su nominación. Con relación a la escala de valores y los valores específicos de mi investigación no podía mandar cualquiera. Los datos recogidos por mi investigación debían ser coherentes también con los valores a nivel nacional. La línea de pobreza y la línea de indigencia debían ser coherentes con las tasas a nivel nacional. ¿Los valores encontrados en mi investigación debían conciliarse con los valores que tenía el Indec? A octubre de 1996, los valores de línea de indigencia eran de 5,5% y los porcentajes de hogares con N.B.I. era de 12,6%.

Con este trabajo de recortar y almacenar notas de los diarios que me pudieran facilitar la forma de nombrar las variables, la escala de valores posibles y los valores con los que debía ser coherente, se me pasó casi la mitad del año. Estaba lleno de notas de diarios, no voy a decir que ese trabajo no sirvió, pero todavía tenía el problema de no saber qué quería investigar. Esa recolección y trabajo de construcción de una red conceptual (el Prof. Samaja lo denomina construcción del objeto de estudio, construcción de la matriz de datos de la investigación) me ayudó para familiarizarme con la población que iba a estudiar.

Desde los datos generales, y también desde mi contacto directo con los usuarios hospitalarios, iba eligiendo las variables que me parecían más relevantes. Tomé muchas notas, tomé muchas cuestiones, tomé muchas variables. Aquí, por ejemplo, tengo una nota sobre inmigración: decía que en el país había un 2,9% de inmigrantes, la mayoría uruguayos, paraguayos y colombianos. Tenían distintos tipos de inserción según la nacionalidad y la época en que habían llegado al país. Había mucho para decir del tema. Los paraguayos se ubicaron en el primer y segundo cordón industrial, en villas miserias y unidades habitacionales de bajos recursos. Este dato podía ser comprobado en mi práctica, pues había una gran cantidad de paraguayos entre las personas que atendíamos.

¿Qué variables relevantes tomaría en esta investigación que todavía no había empezado? Contexto laboral. Nivel educativo. Desnutrición infantil. Constitución familiar. Toxicomanías. Éstas eran algunas de esas variables. Pero intentaría darle un sesgo que se alejara de los datos generales hacia datos que aportaran mayor descripción y sensibilidad del universo que era la población dentro del área programática del hospital. En relación con la escolaridad no me interesaba solamente saber si seguía escolarizado, si había abandonado o cuántas veces había repetido. En el tema de desnutrición, no me interesaba sólo conocer la talla y el peso. Quería

saber más: la descripción de un día típico de comida. En relación con la constitución familiar, no sólo quería saber la cantidad de personas pertenecientes a la familia nuclear y la cantidad que convivían en el núcleo habitacional sino también ¿qué edades tenían quienes vivían allí? ¿El padre estaba en casa? ¿Las madres eran o habían sido madres adolescentes? Me interesaba investigar la cuestión del embarazo adolescente. Las preguntas se empezaban a embarazar unas a otras, pero yo tenía que tomar decisiones, no podía seguir así, viendo cómo la cantidad de notas de diarios, la gran extensión del asunto por investigar y mis propias dudas me ganaban la partida.

- 4 -

Tenía que comenzar a circunscribir lo que investigaría, lo que haría.

Tenía que precisar el lugar, el espacio físico que tomaría como muestra de la investigación. El área programática era de 40.000 personas, no podía tomarla toda. Me puse a pensar; podría tomar el Barrio Cooperativas, barrio que está detrás del hospital, barrio construido con esfuerzo cooperativo. Los habitantes se habían construido sus propias casas, eran 300 núcleos familiares con 1.500 personas. Este barrio se diferenciaba notablemente del resto pues contaban con infraestructura sanitaria y cloaca. Otra población que podía tomar era Barrio Loyola, con 2.500 personas con 546 unidades habitacionales. (Ya notaba una diferencia entre un barrio y otro, en uno vivían tres personas por núcleo habitacional, en el otro cinco).

Me decidí por este último barrio porque iba a tener ayuda. La residencia de los médicos generalistas estaba realizando una campaña de vacunación puerta a puerta, e iban con una planilla en donde anotaban la cantidad de personas en la unidad habitacional, el nombre, el sexo, la edad, el vínculo y el esquema de vacunación completo o incompleto. Esta planilla me podía servir para conocer muchas cuestiones de este barrio. Empecé a estudiar un poco su historia. Nació como unidad habitacional transitoria en 1968; el proyecto era construir *monoblocks* luego de 9 años pero, treinta años después, seguían todavía allí.

Los problemas estructurales eran increíblemente graves. La red cloacal estaba unida en algunos puntos a la red de agua. El agua que tomaba la población, según estudios de bromatología, era no apta para consumo humano; además tenían poca, había canillas compartidas. La red cloacal estaba colapsada. Cuando llovía, de los pozos ciegos subía algo más que mal olor. Su construcción era absolutamente cuadrangular. Sus pasillos horizontales que salen a Constituyentes son cinco y los que salen a la otra calle son nueve. Esta infraestructura ha tenido consecuencias en las con-

diciones de vida de esa población. Se podrán imaginar por qué. Yo no lo sabía hasta que me lo dijeron, y me dijeron que no lo dijera.

Había chicos que consumían pegamento, jugaban con las bolsitas y se divertían a plena luz, a los 8 años. Se los podía ver. Muchos gritarán: "Y los padres ¿qué hacen?" Tenía la curiosidad por saber de esos padres. Me sorprendieron los resultados, saqué el promedio de la edad de todo el barrio. ¿Saben cuál fue? A octubre del '97, la media etaria era de 23,4 años. La población era muy joven, apenas estaba comenzando la adolescencia tardía. Pero este dato se prestaba a engaño, podía ser que hubiera mucha cantidad de chicos, que las familias tuvieran muchos chicos, típica pirámide poblacional tercermundista. Pero no era tan así, si bien la media de hijos no era baja, tampoco explicaba el promedio etario; cada familia tenía alrededor de 3 hijos. Observando las planillas y analizándolas percibí que casi no había gente mayor: los menores de 40 años o de 40 años, eran el 83% de la población. Casi no había gente que superase los 50. ¿Cuáles eran los motivos de la falta de personas de mayor edad? ¿Se trataba de la forma en que este barrio nació, que la gente mayor se iba del barrio?

Éste era un punto en el que se podía comenzar una investigación pero no estaba convencido. Quería saber cómo estaban compuestas las familias, si vivía más de un grupo familiar dentro de cada unidad habitacional.

Esto ya no era tan fácil de realizar, había que ser cuidadoso pues el dato podía tergiversarse, decir cualquier cosa. El resultado fue que el 30% de las unidades habitacionales eran monoparentales, en la mayoría de los casos era la madre quien permanecía con sus hijos. Sólo en el 15% había más de un grupo familiar dentro de una vivienda. Aquí también podría comenzar a estudiar qué había pasado con los padres, y la historia de las separaciones dentro del grupo familiar. Aquí me metía con el tema de la familia y de la planificación familiar. ¿Las parejas planificaban cantidad de hijos y momento de su gestación? Me sorprendí nuevamente, no existía mucha cantidad de madres adolescentes, lo que sí era significativo era la gran cantidad de mujeres que tenían su último hijo a edades cercanas al límite superior de su vida reproductiva. En el límite inferior el promedio del primer hijo era los 17 años, en cambio en el límite superior alcanzaba los 37 años. Se podía pensar ese rango de veinte años donde la mujer en Barrio Loyola es fértil en la posibilidad de quedar embarazada y tener un hijo.

Así, el tema de la planificación familiar, contrariamente a lo que me hubiera imaginado, sería necesario también llevarlo a cabo con mujeres no adolescentes. Las explicaciones podrían ser muchas. Hijos con segundas parejas, fallas en el método de anticoncepción, cuestiones de cercanía a la menopausia.

Creo que estaba bien encaminado, había averiguado muchas cuestiones acerca de la población que sería base de la investigación y estaba empe-

zando a problematizar el objeto de estudio, pero el tiempo no alcanzaba, las jefas de residentes me estaban pidiendo un estado de avance, que mostrara cómo iba.

¿Qué decirles? Que me costaba mucho decidirme, que era difícil investigar sin saber bien cómo se hacía, que no me iba a alcanzar la residencia para terminar la investigación y que necesitaba seguir por un par de años más. Algo había que decir.

Y lo peor era que las fechas se me venían encima. Estaba cerca el momento donde debería postularme y presentar mi programa de trabajo para el cargo de la jefatura.

* * *

5.3. EL CASO DEL HOMBRE DE LOS LOBOS

LA IDENTIFICACIÓN COMO GUÍA DE LA CURA

En 1926, el paciente está loco. Ve en su nariz un terrible agujero y luego, sobre eso una enorme protuberancia. No es una alucinación, el paciente se da cuenta de que lo que le pasa es desproporcionado, piensa que eso sugiere causas psicológicas en su malestar.

Todo comenzó un tiempo antes, cuando vio *“una verruga negra sobre la nariz de la madre cuando la recibió en la estación”*. Y pensó: *“Qué terrible si yo tuviera una verruga en la nariz”*. En ese punto se *identificó* a la madre. Primero, fue un pequeño grano, parecidos a los que tuvo a los 13 años por los cuales, por vergüenza, casi abandona la escuela; luego, el grano se agrandó a causa de glándulas sebáceas obstruidas. Por esa época, comenzó el largo peregrinaje de dermatólogo en dermatólogo, pero la cosa con su nariz, en vez de mejorar, empeoraba. Un dermatólogo no coincidía con el otro. Esto exacerbaba la natural ambivalencia del paciente que, al no poder decidir a quién hacerle caso, seguía dudando y, cuando hacía algo, se arrepentía de lo que había hecho. Un dermatólogo, una eminencia, el doctor X, que lo había tratado cuando era rico, se cansa y le hace mención de que ya no puede pagar su consulta y que si lo ha tratado gratuitamente fue por cortesía para con Freud.

El Hombre de los Lobos vuelve a Freud y éste lo deriva a Ruth Mac Brunswick, quien dice que el Hombre de los Lobos no es el paciente freudiano. Nuevamente se había *“dado vuelta”*, como aquella vez a los tres

años y tres meses cuando se había vuelto colérico. A Ruth Mac Brunswick no le alcanza leer el historial freudiano para reconocerlo, escribe su historial. Una tarde, cuando lo atendía, la analista le dice en forma imprevista que el eminente doctor X había muerto. El paciente se levanta de un salto del diván y dice: *“Dios mío, ya no podré matarlo nunca más”*.

Ruth Mac Brunswick dice que hay una *identificación* entre ese doctor X y Freud, y que en realidad de lo que se trata es del deseo de muerte al padre. Ubica una serie: padre-Freud-doctor X. Figuras paternas y deseo de muerte que Ruth Mac Brunswick intenta poner a trabajar (y que es, como en tantos análisis, un dato clínico relevante). El Hombre de los Lobos se comienza a fijar en esta nueva analista, comienza con el trabajo analítico, van y vienen sueños, asociaciones, interpretaciones.

El Hombre de los Lobos se recuesta cómodo, con ella y con la situación analítica. Luego de tenerlo a Freud detrás, a esta analista no tenía que tenerle tanto miedo pues, como él lo dice, no actualizaba sus deseos homosexuales de pasividad con respecto al padre; lo máximo que le podía pasar (y le pasó) era arrojarle a sus pies.

Ruth Mac Brunswick ubica un empantanamiento en la progresión de la cura *“mientras siguiera combinando sus dos técnicas de satisfacción: por un lado culpando a Freud de la pérdida de su fortuna para poder aceptar de ese modo su ayuda financiera, y por otro manteniendo su lugar de hijo predilecto”*. Ruth Mac Brunswick bombardea esa idea con lo que puede y con lo que tiene y habla de la identificación como lo central de la posición del paciente y de su agravamiento. *“No resulta menos interesante señalar la diferencia entre la identificación psicótica con la madre y la identificación histérica anterior”* en el análisis con Freud. Sostiene que el pasaje de identificaciones es condición para el trabajo analítico, se trata del cambio de identificación de la madre al padre que le permitirá desarrollar una transferencia heterosexual hacia ella.

La analista se sorprende de los elementos de identificación con la madre y ubica la posibilidad de dirigir la cura a partir del cambio de una identificación de la madre en la escena primaria al lugar del padre. Ésta es la guía de la identificación vía escena primaria que vemos es tomada como camino por los post freudianos, en este caso Ruth Mac Brunswick con el Hombre de los Lobos.

Y bueno, era nomás otra guía, una nueva guía que se agregaba a la lista que ya habíamos recorrido: la resistencia, la neurosis de transferencia, la angustia. Desarrollémosla.

La analista se desespera buscando la identificación al padre, que parece perdida en la identificación psicótica a la madre. En un momento, el paciente la identifica a Freud y le dice que los quiere matar a ambos, Ruth Mac Brunswick se angustia.

La identificación guiaba la interpretación y la cura, pero esa interpretación tenía efectos en el sujeto que, llegado un punto, "se da vuelta" y amenaza a la analista. Esta guía, evidentemente, tenía sus riesgos pero apostaba al cambio en la matriz identificatoria, donde la posición del padre sería una garantía que permitiría la mejoría del paciente.

Cuando la cuestión estaba muy peligrosa para la analista, el Hombre de los Lobos trae un sueño. Sueña a la madre rompiendo los íconos religiosos que descuelga de las paredes, arrojándolos por tierra. La analista aprovecha e interpreta: le dice que es ella la madre, pero en un papel contrario, "en lugar de introducir al paciente en la religión, se la destruye". El paciente se sorprende. La madre lo había introducido en la historia de Cristo, relato que en su niñez le había servido para sublimar su masoquismo, su miedo (deseo) de ser devorado y su homosexualidad inconsciente. Ahora, ese cuento contado por la voz materna volvía a intervenir y salvaba a Ruth Mac Brunswick quien, sin saber bien qué había pasado notaba cómo el paciente volvía a "darse vuelta", volvía a la normalidad. A diferencia de lo que decía Ruth Mac Brunswick en relación con la garantía identificatoria con el padre como condición del análisis, la identificación de la analista con su madre tenía efectos apaciguantes y normativizantes en el paciente, quien volvía, por suerte, a ser copia fiel del caso freudiano, volvía a ser el cuadro que había pintado Freud. Y todo nuevamente vuelto a la normalidad por la voz y preocupación materna. El paciente puede volver a disfrutar la lectura y la escritura y comienza a pintar nuevamente. Se termina este tratamiento que es un interesante caso para pensar la identificación como guía de la cura, como guía de la interpretación. Había tantas clases de identificación: identificación al grano de la madre, identificación de Freud con el Dr. X, identificación de Ruth Mac Brunswick con la madre, identificación con la madre en la posición de la escena primaria, pasaje a la identificación con el padre en la escena primaria como garantía de la cura. Y podríamos seguir.

Cantidad de identificaciones que dan una idea de la importancia de esta forma de guía que se utiliza para la dirección de la cura, brújula que se sigue usando y que se va a seguir usando, pues siempre pareciera bueno acudir a las identificaciones inconscientes relacionadas con el complejo de Edipo, pues surten efectos en el paciente, quien se sorprende y piensa que hay un sentido en el sufrimiento que le pasa y le pesa.

La identificación es uno de los mecanismos fundamentales de la subjetividad humana, habla de la plasticidad humana para tomar como modelo al Otro, los rasgos del Otro o simplemente sus deseos. Pero también como guía tiene sus límites, sus empantanamientos, sus riesgos: tomar a la identificación es particularmente peligroso; Ruth Mac Brunswick teme por su vida.

¿Qué es la identificación? Freud estudió la identificación en el Hombre de los Lobos. "Esa primera elección de objeto, llevada a cabo correlativamente al narcisismo del niño pequeño, por el camino de la identificación". En la constitución del sujeto infantil el padre había sido su ideal. Si le preguntaban qué quería ser de grande, decía que un hombre como su papá.

Freud, en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921), en el capítulo VII, habla de la identificación. Habla de cuatro tipos de identificación.

La primera coincide con "la más temprana ligazón afectiva con otra persona. Desempeña un papel en la prehistoria del complejo de Edipo". De esta relación de identificación al padre y a la madre surge la confluencia y, por tanto, el conflicto del complejo de Edipo; la identificación se vuelve ambivalente. "El destino de esta identificación se pierde después del sepultamiento del complejo de Edipo". Freud dice que ahí se puede constituir una inversión: de tomar al padre como modelo, puede pasar a tomar al padre como objeto sexual en una actitud femenina donde las pulsiones sexuales esperen de él la satisfacción. En su metapsicología, Freud intenta separar esta diferencia diciendo: "en el caso del padre como modelo, el padre es lo que uno querría ser, en el segundo como objeto de satisfacción, es lo que uno querría tener".

Este tipo de identificación tiene que ver con la formación de síntomas neuróticos. Luego de la represión es posible que la elección de objeto vuelva a la identificación; así, el yo toma las propiedades del objeto. Freud la llama: identificación al rasgo de la persona objeto. Freud habla de una regresión de la elección de objeto a una identificación.

Un tercer tipo de identificación es llamada por Lacan identificación histérica, en la que no existe una relación de objeto edípica con la persona copiada. El ejemplo que pone Freud es la carta que recibe una muchacha en un pensionado (del asunto y de lo que decía la carta estaban todas enteradas). Cuando recibe la carta, acontece una especie de ataque histérico generalizado, una infección psíquica general. El mecanismo es el de querer ubicarse en el lugar de la otra, la identificación es al deseo de la otra, percibe el deseo de la otra, ubicando su síntoma en relación con eso.

Otro tipo de identificación es la de las masas: la ligazón a un conductor

que permite las relaciones transferenciales laterales (está relacionado con el ideal del yo, los fenómenos de masas y el acto político).

Freud arma toda su psicopatología tomando en cuenta el tema de la identificación, por ejemplo, en la constitución de la homosexualidad. Un púber ha estado ligado a su madre y cuando debe cambiar ese objeto sexual por otro, ese púber se identifica a su madre y busca objetos que puedan sustituir a su yo, a quien pueda amar y cuidar como su madre lo cuidó.

También explica la melancolía y el duelo como introyección e identificación del objeto en el yo. Claramente la identificación es un tema central en el psicoanálisis. Pero volvamos al Hombre de los Lobos y al tema de sus tratamientos.

- 3 -

¿Qué dice Freud?

“El objeto de identificación de su tendencia activa con el padre pasó a ser, en la fase sádico anal el objeto sexual de una tendencia pasiva”.

Freud habla de un cambio de objeto de amor, de la chacha al padre, y un pasaje: de la identificación al padre a la elección de objeto por el padre. Este cambio estuvo signado por la seducción de su hermana, acaecida en el intervalo. El paciente, al exteriorizar maldad, quería conseguir que el padre lo castigara, deseaba la satisfacción sexual masoquista, sus accesos de cólera eran tentativas de seducción.

El tema de la identificación en la clínica tenía un lugar destacado, los post freudianos se abalanzaron sobre ese camino. Lo vemos en Ruth Mac Brunswick, y también otros autores hablaban de una necesaria identificación a la parte sana del analista como desarrollo del tratamiento y también hablaban de una identificación de la parte sana del paciente como parte del contrato terapéutico que se ha de realizar y de la posibilidad de mejoría. Las identificaciones iban y venían del analista al paciente, del paciente al analista.

Pero la identificación era una guía que, además de fascinar (dar sentido), no dejaba de ser peligrosa y dejaba al analista obnubilado respecto a su posición. Ruth Mac Brunswick decía que hacía una cosa y, a pesar de eso, o por eso, hacía otra, ¡maldita contradicción! Entre lo que uno dice que hace y lo que hace aparece la diferencia.

Tanto trabajo me estaba llevando a plantear todas las guías que veía aparecer en el caso del Hombre de los Lobos. Ahora resultaba que la identificación mostraba que entre lo que uno dice que hace y lo que hace realmente podía aparecer la contradicción, un punto en que no se sabe, donde el analista y su dirección se encontraban en el centro de un saber no sabido, era casi una formación del inconsciente de quien consulta.

No me resultó muy simpática esta idea. Salí a caminar por los pasillos hospitalarios esperando encontrarme con Lacan. Esta vez no apareció (¿volvería a aparecer alguna otra vez?). Con bronca abrí un seminario, el siete, y leí: “*el analista tiene alta conciencia que no puede saber que hace en psicoanálisis, el fundamento de esa acción permanece velada para él mismo*”.

Me podía poner a pensar acerca de todas las guías posibles pero, al momento de estar frente a un paciente y a una cura, la dirección de la cura era un saber no sabido. La identificación era un problema: por un lado, no podíamos sino dar cuenta de lo que pensábamos, estábamos haciendo, la dirección de la cura debía trabajar con el sentido y el analista lo producía con la interpretación guiada por la identificación: por el otro lado, una vez que lo formulábamos, aparecía la contradicción, no se podía saber claramente lo que hacíamos.

Ruth Mac Brunswick conduce a la identificación dentro mismo de la escena primaria. Y ubica un posible pasaje: de la identificación de la posición materna a la paterna. La identificación al padre sería condición del acceso a la mujer y al desarrollo; en este caso, de la transferencia en el tratamiento con una analista mujer.

Sin embargo, no sabe lo que hace, la identificación al padre en la escena primaria no es condición de la transferencia. Sin embargo, más allá de su conceptualización, algo pasa en el tratamiento, el paciente mejora. Y reaparecen las preguntas:

¿Tuvo que ver con la guía que utilizó la analista?

¿Puede ser que el analista diga que utiliza una guía y que el tratamiento avance, no por esas guías sino por guías que estaban veladas hasta para el mismo analista?

¿Puede avanzar un tratamiento por las errancias del analista?

- 4 -

La identificación da sentido, el enganche del paciente con la verruga en su nariz se produce luego de haber visto la verruga de su madre. La identificación en esa nariz que lo hacía reconocible como exiliado ruso (ese naso que lo había salvado de que los nazis lo confundieran con un judío).

Se podía dar sentido a todo, desde lo más íntimo hasta la cuestión más social, más política. Se podía aprender a manejar las identificaciones, pero a condición de que al analista se le escape la acción que lo orienta, el punto de orientación mismo se complicaba.

¿Por qué justo ahora se me ocurrió pensar todo esto? La dirección de la cura, el descubrimiento de las guías que conducían los tratamientos se me escapaba de las manos. Ya al final de la residencia me daba cuenta de

que lo que había guiado toda esta investigación no era sino un ideal. La búsqueda de un ideal me llevó a querer saber cómo guiarme en la clínica. Ese ideal caía, se resquebrajaba en el punto donde la acción del analista estaba velada para él mismo. Ruth Mac Brunswick ubica un punto de verdad cuando acepta que no entiende qué pasa en ese nuevo “darse vuelta” del paciente. Dice “*Carezco de explicaciones sobre el giro producido por el sueño de los íconos*”.

¿Podían ser los ideales una nueva forma de guía en un tratamiento que debería estudiar? Sí.

Cada guía que se había abierto, puesto en el tapete, arribaba a un punto de dificultad y ahora llegaba a la gran dificultad: el mismo ideal que implicaba la búsqueda de una guía posible, el ideal inextinguible. Los otros empantanamientos habían quedado lejos. La paradoja de la resistencia, lo interminable de la neurosis de transferencia, el goce de lo siniestro parecían achicarse frente a los ideales del analista que intentaba saber las brújulas de la dirección de la cura.

Recuerdo lo que me había dicho Lacan en un encuentro en los pasillos hospitalarios hacía algunos años: “*Los ideales cuajan la forma de ver el progreso del análisis, y es lo que muchos proponen en los análisis*”.

En nuestro trabajo continuamente existía una reflexión moral que intentaba organizar los valores con los cuales se medía el progreso del tratamiento del paciente. Lacan hablaba de algunos: A) Ideal del amor. Se trata de ver el progreso en la relación de objeto satisfactorio, pensada por nuestra historia occidental como unión monogámica y heterosexual. B) Ideal de la autenticidad. Si el análisis es una técnica de desenmascaramiento, supone esta perspectiva que la verdad aparece al decirlo todo. Llegar al núcleo es algo deseable; por tanto, un valor, una virtud, es decir lo que no se ha dicho nunca. C) Ideal de la no dependencia. Muchos sostienen que no existe la prevención en el campo de la Salud Mental; sin embargo, este ideal se sostiene en una suerte de profilaxis ligada a la distancia óptima entre uno y el otro.

Estos ideales analíticos eran la forma en que se valoraba el progreso en el tratamiento. Recuerdo el desafío que planteó Lacan acerca de poder descubrir los ideales que guiaban nuestra idea de progreso en la cura, los ideales de los profesionales de la Argentina de hoy en día. Semejante desafío, se los cedo queridos lectores, para que lo pensemos juntos.

Yo quería decir algo de eso, pues mi residencia estaba por el final. Serían los ideales de los post-lacanianos. De nosotros. Tiremos algunos. Un ideal que podríamos llamar *ideal de corte y confección*. Esos profesionales veían la clínica como nudos de un tejido, había agujas, hilos, nudos por realizar, un trabajo por delante. La función del analista era cortante, se trataba del ideal del corte en el final de sesión, del corte en la forma de in-

tervención, y del corte que dejaba marcas entre el sujeto y el Otro. Otro ideal lo llamaremos: *ideal de la indescifrabilidad*. Al principio de la entrada al campo de la Salud Mental, uno supone que no entiende lo que se habla porque aún no sabe mucho, luego el tiempo pasa y se da cuenta de que es el ideal mismo que no se entienda, el texto no quiere ser entendido sino por un acceso dificultoso al código. Este ideal está cercano a otro, el *ideal del cerramiento*, ligado al agrupamiento de analistas que pone rígidos ritos iniciáticos y de pertenencia. Ya no se trata del análisis didáctico sino de ciertas identidades en el código de la entrada, de la permanencia, de la filiación.

Estos ideales eran algunos que había visto y había seguido durante estos años, los ideales analíticos eran una manera de evaluar el progreso en la cura y servían de brújula a quienes trabajábamos con pacientes. Los ideales hablaban también del lugar dentro de la comunidad de analistas que ocupábamos. Y aquí vuelve el tema de la identificación. Y vuelve el Hombre de los Lobos, que también se estaba despidiendo de Ruth Mac Brunswick.

- 5 -

¿Es la identificación vía escena primaria, pasaje de la madre al padre, la que posibilita un nuevo “darse vuelta” del paciente?

Más allá de lo que dice Ruth Mac Brunswick acerca de la garantía de la identificación al padre como condición de la transferencia, la cura avanza por otros lados, tiene efectos gracias al tratamiento escópico, efectos que se dan por el tratamiento de la mirada fijada a ese punto que permite desestimar la castración ubicando la “no diferencia” sexual. Es justamente esa mirada relacionada con la mirada paterna en la escena primaria la que permite, a diferencia de lo que dice Ruth Mac Brunswick, un avance en la cura.

La identificación al padre en la escena primaria compete a esa posición del *coitus a tergo*, de atrás que desde la posición paterna no hace diferencia entre hombre y mujer, si bien el niño desde la posición de observador ve los dos genitales combinados, el padre desde atrás ve lo que no hace diferencia entre hombre y mujer. ¿Sería la identificación con el padre condición de la transferencia y del “acceso a la mujer”?

Aparece un sueño que es el final del paciente con Ruth Mac Brunswick (y casi nuestro final). En el sueño aparece un árbol más allá de la ventana, el paciente ve ese paisaje y se pregunta por qué no ha pintado ese paisaje. El paciente ubicará un saber hacer con su mirada que le permitirá observar lo bello y la finitud de la vida, además de encontrar en la venta de

sus pinturas un lugar dentro de la comunidad psicoanalítica más allá de la muerte de Freud y un medio más que aceptable para ganarse la vida. Allí donde estuvo esa escena aterradora, ahora estaba la castración y su veladura por medio de un trabajo de expulsión de un real en una obra de pintura. De repente, el paciente cambiaba, algo de su mirada caía. “*De pronto descubrió que podía leer novelas y hallar placer en ellas*”. El tratamiento había sido un éxito. Su renacer estaba ligado al nacimiento de una nueva categoría: la postura del autor-pintor. Hasta ese momento estaba inhibido. No se trataba de un pasaje de identificación de la madre al padre sino del tratamiento del goce fijado en la escena que lo había dejado dado vuelta. Se sostendría en una posición heterosexual, neurótica, donando el falo a la mujer para inmediatamente quitárselo, castrándola; estrategia que no pocos utilizan en la difícil tarea de sostenerse en la posición amenazante y frágil del ser hombre.

* * *

5.4. DISCURSO DE RESIDENCIA IV

LA PRESENTACIÓN A LA JEFATURA

Era un mediodía del mes de diciembre y era mi hora, tenía unos papeles escritos para leer a los residentes: mi plan de trabajo, no me había resultado sencillo escribirlo. Cuando comenzaba a escribir, me saltaban encima el analista, el psicólogo o el trabajador de la Salud Mental y, en un par de ocasiones, los tres al mismo tiempo y, como no podía hacer tres presentaciones, tenía que conseguir que nos pusiéramos de acuerdo.

El analista había quedado empantanado con su caso, el saber qué precisaba estaba al servicio de ubicar el deseo del Otro a partir del quiebre de su imagen en el espejo. El trabajador de la Salud Mental bregaba por un saber que le permitiera relacionarse con otros profesionales de la salud, en un lugar de trabajo más cercano a la población donde se trabajara criterios de prevención, derivación y tratamiento en grupos interdisciplinarios. El psicólogo quería saber la forma de construcción de las representaciones sociales y la formalización de las diferentes intervenciones posibles por realizar en los diferentes espacios (consultorios externos, interconsultas, dispositivo de urgencia). Era difícil escribir en esas condiciones.

Además, la residencia ya tenía una forma de trabajar que venía gene-

rán-dose desde otras jefaturas. ¿Qué grado de continuidad y/o transformación sería bueno para esta presentación?

Debía comenzar escribiendo acerca de la responsabilidad y la función de la jefatura. Tendría que poner que la jefatura iba más allá de quien ocupara esa función, que quien es elegido tiene que tomar ese lugar, pues debe pasar de residente a jefe de residentes, que las funciones del jefe eran la coordinación del aprendizaje grupal, la representación de los residentes ante otras instancias y la responsabilidad, no sólo ante su plan de trabajo, los residentes, las instancias de dirección sino que también era responsable de que las cosas funcionaran.

Mientras leía lo que había traído, una parte de mí se quedaba enganchada en eso de que las cosas funcionaran. ¿Cómo lograrlo si yo mismo estaba en dificultades? Otra idea me sacudió: si no me votaban, me quedaba afuera, ya tenía el diván pero debía comenzar a perfilar otra inserción laboral. Recordé una investigación realizada por ex residentes: Martín Agrest, Claudia Arim, Claudia Greco, Martín Nemirovsky y Alejandro Vainer que se preguntaban: “¿Qué pasó con los ex-residentes de Salud Mental?”⁹⁷ Y mediante una investigación llegaban a la conclusión de que el 40% de los ex-residentes psicólogos no estaban ocupados en la especialidad luego de la residencia.

Mientras pensaba en esto, continuaba hablando de los lineamientos organizados según el año de la residencia. Iba ubicando cursos, seminarios con sus nombres y temáticas y hasta en sus horarios posibles. Algunos residentes ya esperaban que terminara para hacerme algunas preguntas. ¿Qué pensaba del trabajo interdisciplinario con otras residencias del Hospital? ¿Cómo sancionaría a quienes llegasen tarde a las actividades planificadas? ¿Qué pensaba hacer con la guardia 24 hs. sin referentes y sin experiencia en ese trabajo? ¿Cómo me llevaría con la jefatura de servicio? ¿Quién supervisaría el trabajo que realizaría en la jefatura? ¿Qué opinión tenía de la disminución de vacantes para residentes en provincia?, ¿y del tema de la regionalización? Viéndoles las caras no quería terminar de leer mi plan de trabajo, comencé a leer más despacio y pormenorizando todas las actividades, año por año. Metapsicología, psicopatología, estructuras clínicas, dirección de la cura, semiología y clínica psiquiátrica, fundamentos de psicofarmacología, emergencia en Salud Mental, pertinencias legales del trabajo profesional, pase de guardia, reuniones de residentes, supervisiones individuales y grupales, trabajo de presentación de ateneos clínicos, todo eso dije explicando año por año y en su horario. Todo encajaba. Los residentes aguardaban para preguntarme, otra compañera de residentes aguardaba también para presentar el plan de trabajo. Yo no quería terminar pero no había más remedio.

97. Nota publicada en *Clepios, revista de residentes de salud mental* N° 11.

Yo no sé quién me lo contó, pero dicen los que estuvieron allí que yo estaba como loco y que cuando el resultado de la votación me resultó adverso mis ojos se llenaron de lágrimas, no supe qué hacer y salí a buscar un poco de aire al patio. Era así, más allá de ganar o perder, la residencia había sido mi vida durante esos cuatro años, había aprendido, había trabajado con pacientes y otros profesionales. La residencia era un tiempo que no podría olvidar, un tiempo que me había marcado, un tiempo que siempre volvería en recuerdos y quizás en la lectura de este libro que también alguna vez acabaría. Era el final y era el dolor del que no era insensible, ese dolor del término de una época, término que siempre se tuvo presente, pero que nunca había estado aquí. La residencia tenía un final. Y era éste.

Cuando volví a la reunión de residentes, me preguntaron si no quería presentarme al cargo de instructor de residentes. Acepté y me postulé. La lectura del plan de trabajo fue más sencilla, sentía que iba a poder transmitir con mayor honestidad el debate interior en el que estaba incluido. Fui elegido. Tenía un año más por delante, el año que intentaría enseñar lo que la residencia me había enseñado, un año en que escribiría esto que ahora termina, el libro de la residencia como parte de lo que me gustaría devolver a todos aquellos que estuvieron a mi lado, que me enseñaron, que me dieron apoyo y afecto para seguir y seguir en este difícil y apasionante trabajo del licenciado en psicología, analista y trabajador de la Salud Mental. También el apoyo que recibí como persona a quien le pasan cosas con lo que hace, que vive y sufre en esta Argentina de hoy, que intenta trabajar de lo que ha estudiado y elegido.

El agradecimiento está al final, el agradecimiento a cantidad de compañeros, profesionales, docentes que hicieron este libro y mi formación posibles. A ellos, gracias.

A Alejandro Ariel, Rafael Skiadaressis, Valentín Barenblit, Juan Carlos Stagnaro, Silvina Rojas, Ricardo Mauro, Juan Dobón, Maricel García, Flavia Torricelli, Silvia Oliveira, Adriana Pecile, Ramón Gomez, Alina Fragner, Alberto Tarica, Luciano Miranda, Alejandro Vainer, Claudia Arím, Celia Kriado, Daniel Vicente, Alberto Guelbert, Laura D'Agostino, Ruth Cohen, Daniel Amor, Daniel Millas, Cristina Gómez Villafañe, Elena Jabif, Fabián Schejman, José Berardossi, Juan Carlos Vasen, Hugo Massei, Vicente De Gemmis, Leonardo Singerevsky, Mariana Li fraini, Noemí Lapacó, Nora Lang, Marita Manzotti, Néstor Rosemberg, María Marta Scorticati, Mariana Urtueta, David Salas, Mónica Astroven, Mariana Prieto, Miguel Calvano, María Gallegos, Marta Ainztein, Pablo Chamorro, Osvaldo Delgado, Pablo Fridman, Daniel Paola, Marisa Rubín, Silvia Buján, Sergio Stock, Valeria Miniam, Juan Carlos Papich, Osvaldo Meira, Mariela Brondino, Cris-

tina Herrera, Daniela Córdoba, Cecilia Ros, Fabio Cohen, Graciela Flores, Julia Pizzano, Mariana Bonofiglio, Rita Wassertheil, Raquel Sukerfeld, Sergio Giordano, Liliana Shapiro, Silvia Guarella, Eduardo Bernasconi, Pablo Levinsky, Soledad Ferraiolo, Milagro Corvalán, Vanina Muraro, Pablo Russo, Tamara Kachelava y muchos otros a quienes agradezco.

Y también a Arturo Smud, Valeria Smud y Beatriz Stescobich.

Esta segunda edición de *En guardia*,
se terminó de imprimir durante
el mes de Julio del 2003 en
los Talleres Gráficos «Planeta Offset»,
Chiclana 3863, Buenos Aires, Argentina.