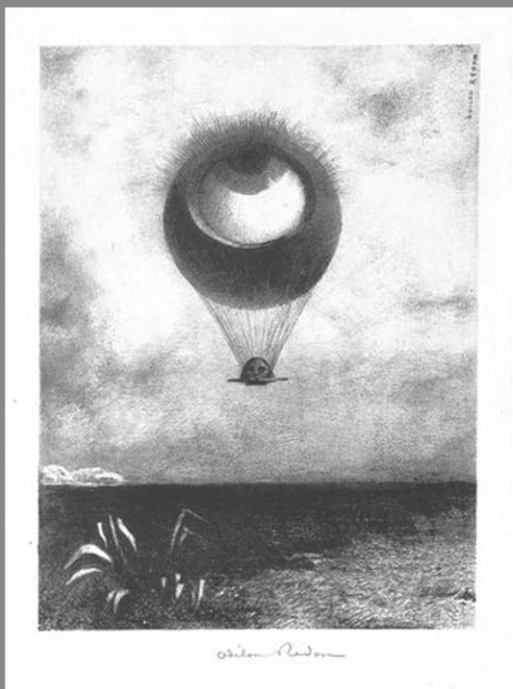


CLÍNICA DE LAS PSICOSIS

Declaraciones y Borradores

Centro LA PUERTA y Héctor Fenoglio



Ediciones **LA PUERTA**

Clínica de las Psicosis

Declaraciones y Borradores

Centro LA PUERTA y Héctor Fenoglio

Ediciones **LA PUERTA**

Clínica de las Psicosis. *Declaraciones y Borradores*
LA PUERTA *Centro de Salud, Arte y Pensamiento* y Héctor Fenoglio
132 p., Ediciones LA PUERTA, Buenos Aires, Noviembre 2012

Imagen de tapa> Odilon de Redon

Edición> Héctor Fenoglio

Impreso en Buenos Aires

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	7
DECLARACIONES.....	9
1. Declaración de LA PUERTA.....	11
2. Estar sano es mucho más que no estar enfermo.....	13
3. Área de Salud del Centro LA PUERTA.....	19
BORRADORES.....	27
4. La comunidad terapéutica abierta LA PUERTA.....	29
5. La experiencia psicoterapéutica.....	39
6. La condición y la enfermedad psicótica: Su tratamiento en Hospital de Día y en Talleres Terapéuticos.....	53
7. <i>Franqueza Perfecta</i> : El vínculo terapéutico con psicóticos.....	71
8. Psicoanálisis de las crisis psicóticas.....	107
9. El Conflicto Psicótico y sus manifestaciones clínicas.....	115

PRESENTACIÓN

Los textos que aquí presentamos son clínicos. Es común entender por clínica el aspecto práctico de las disciplinas de salud. Y no solo eso; por clínica se entiende la aplicación práctica de una teoría y una técnica ya establecidas con anterioridad. En ese marco, los textos clínicos no pueden ser más que el relato de una experiencia que viene a confirmar o a refutar la teoría. La disociación entre teoría y práctica no puede ser más notoria.

La clínica, a mi entender, es otra cosa. Es sabido que Freud proponía al paciente la regla de asociación libre y, recíprocamente, una disposición equivalente del lado del analista: la atención flotante. Esta implica dejar de lado toda teoría y abordar cada paciente y cada momento de manera originaria, como si fuera la primera vez. Esta disposición en modo alguno significa despreciar el saber alcanzado, al contrario, precisa que ese saber o bien se encuentra encarnado (saber hacer), o bien es un saber meramente enunciativo (saber teórico).

Los textos clínicos, en correspondencia, no son un relato desde el exterior de la práctica sino que son parte de la clínica misma. En esta colección presentamos principalmente dos tipos de esos textos: declaraciones y borradores.

Las declaraciones son actos públicos en los que, por medio de la palabra, nos comprometemos a un tipo de proceder, en nuestro caso el clínico, que dejamos explicitado de manera clara y precisa. A la vez, efectúan una denuncia clínica-política de lo que consideramos mala praxis. No son meramente informativos, menos aún propagandísticos, son un auténtico compromiso ético-político que enmarca y sostiene nuestra praxis.

Los borradores son ensayos. La esencia del ensayo reflexivo, a diferencia del ensayo teórico, no consiste en dar respuestas sino abrir preguntas. Y abrir preguntas, en un medio tan saturado de respuestas que en apariencia lo resuelven todo, no puede ser menos que poner en cuestión nuestros propios prejuicios, enfocar lo que nos incomoda, resaltar nuestros fallos y hacer aflorar nuestro no saber. Son preguntas internas y hasta íntimas de nuestro vínculo vivo con personas que participan de la condición psicótica, a semejanza de cuando nos preguntamos cómo poner límites a un hijo o si debemos

cortar con nuestra pareja: no buscamos hacer una teoría de los límites o del amor monogámico, sino pensar nuestra vida.

Estos ensayos no pretenden ser definitivos, por eso preferimos denominarlos borradores, índices de un recorrido y constituyentes de una memoria, de elaboración en curso. Corresponden a una circunstancia histórica-clínica que se nos impone y nos atraviesa, tanto interior como exteriormente. Por eso, más que imponer un punto de vista, en ellos nos exponemos y exponemos nuestras dificultades y también nuestros presuntos logros y certezas. Como no son teoría, no hay en ellos errores sino, lisa y llanamente, manifestación de nuestras limitaciones y extravíos, de todo tipo y calibre. Los borradores, por último, son también una manera práctica de dar batalla a la ilusión tan dañina como extendida de pretender estar en posesión de un saber inmovible y para siempre, al que sólo habría que repetir y repetir por toda la eternidad.

Todos estos textos, aunque fueron escritos por mí, son resultado del intercambio en el trabajo y la reflexión no sólo con los profesionales, sino también con los pacientes, los familiares y allegados que participaron y participan en las diferentes áreas del Centro Comunitario de Salud, Arte y Pensamiento LA PUERTA. Fuera de esta experiencia, nunca hubieran existido. A todos ellos, entonces, mi público agradecimiento.

Héctor Fenoglio. Buenos Aires, Junio 2012

Declaraciones

1

HAY OTRO MUNDO, PERO ESTÁ EN ÉSTE Declaración de *LA PUERTA*.

El proyecto de abrir La Puerta se origina y sostiene en el hecho de que no estamos conformes con este mundo. Este mundo pretende convencernos de que alcanzaremos la felicidad consumiendo. ¡Qué disparate! No estamos contra el confort, ni hacemos votos de pobreza. Se trata de otra cosa. Para decirlo de una buena vez: aunque podamos comprarlo todo, no alcanzaríamos siquiera a rozar el anhelo más íntimo de nuestro ser; porque en lo más íntimo de nuestro ser hay algo que todavía no es y pide ser, pero nunca llegará a ser por el camino de tenerlo todo.

Aunque sepamos estas cosas, nos obstinamos en olvidarlas. Este olvido es la enfermedad que se ha transformado en el estado normal del mundo. El olvido de nuestra tarea en la vida es la cláusula de admisión para adaptarse a este mundo enfermo; la lucha por la memoria y por la realización de nuestros deseos es la elección decisiva a la que estamos convocados. Porque estar sano, es mucho más que no estar enfermo.

Estamos especialmente disconformes con la forma y el sentido del trabajo. En la mayoría de los casos el trabajo es una obligación odiosa y penosa que sólo sirve para ganar el dinero que nos permita vivir una vida que recién comienza a ser vivida después del trabajo. Las cuestiones fundamentales, como el sentido de la vida, el amor, la gratitud, así como el dolor o lo irremediable, son ajenas al trabajo. Es lógico, entonces, que vivir sin trabajar se haya impuesto como el estado ideal a alcanzar. No estamos de acuerdo con esto. Por el contrario, así como vemos que el trabajo alienado produce una vida alienada, sabemos también que el trabajo es el ámbito y la praxis fundamental para lograr el desarrollo de una vida libre y plena. Somos conscientes

de que todo esto es una cuestión política que sólo puede resolverse políticamente; pero también sabemos que dentro de los límites de lo que hoy se entiende por política estas cuestiones más que irresolubles son impensables. Es por eso que, hartos de lamentos y de quejas que no conducen más que a frustraciones, decidimos emprender, bajo el lema «*Hay otro mundo, pero está en éste*», un camino de construcción positiva que intente resolver lo que no nos conforma de este mundo.

El **Centro La Puerta** es una apuesta colectiva para elaborar y construir un ámbito y una forma de trabajo no alienado en medio de este mundo alienado. Se estructura en tres áreas: pensamiento, arte y salud. Ninguna de estas áreas escapa, de por sí, a las condiciones generales de este mundo, por lo que la búsqueda y experimentación de formas nuevas de practicarlas es una de nuestras motivaciones y desafíos fundamentales. Por otra parte, no las concebimos como especialidades separadas e inconexas, sino que las pensamos y realizamos en la que consideramos su unidad esencial.

2

ESTAR SANO ES MUCHO MÁS QUE NO ESTAR ENFERMO

Declaración de principios del Área de Salud

1.- Más que contra la enfermedad, trabajamos por la salud.

El *Centro de Salud, Arte y Pensamiento LA PUERTA*, más que contra la enfermedad trabaja por la salud. Tanto en los casos leves como en los más graves, no trabajamos para restituir un supuesto estado de salud perdido, sino para conquistar la vida más plena que seamos capaces de alcanzar. Bajo el lema *Estar sano es mucho más que no estar enfermo*, realizamos tareas de asistencia, promoción, prevención, rehabilitación, docencia e investigación en el *campo de la salud mental*.

Somos un grupo de psicoanalistas, psiquiatras y psicólogos que, junto con artistas plásticos, de teatro, trabajadores corporales, musicoterapeutas, maestros de yoga, de Tai Chi y muchas otras disciplinas, trabajamos coordinados en un red interconectada de:

- * **Consultorios Externos** de psicología y psiquiatría (adultos, niños, familias).
- * **Equipo de Atención en situaciones de Crisis y Psicosis**, ambulatorio e interdisciplinario.
- * **Talleres Terapéuticos** (ex Hospital de Día), para psicosis y otros trastornos severos.
- * **Club de Salud**, espacio de recreación, acompañamiento y encuentros.
- * **Equipo de Acompañamiento Terapéutico**,
- * **Área Corporal**, con talleres de yoga, tai-chi-chuan, chikung, y otros,
- * **Talleres y Cursos de Prevención y Promoción de Salud**,
- * **Investigación, formación y enseñanza.**

2.- Nadie puede estar sano en un mundo enfermo.

El modelo médico dominante considera que las perturbaciones mentales son puras enfermedades orgánicas, y que el acto de recetar psicofármacos es la única estrategia terapéutica seria y efectiva. Este modelo considera que las perturbaciones mentales graves —en especial las psicosis— son enfermedades incurables de curso irreversible y de carácter crónico, por lo que la internación asilar, en establecimientos públicos o privados, es la principal —sino la única— estrategia de contención cuando los fármacos resultan insuficientes.

Para nosotros, en cambio, resulta imposible reducir el origen y desarrollo de las enfermedades mentales a causas orgánicas, como aceptar que tal origen y evolución sean ajenos al modo de vida alienante que reina en nuestra sociedad. El trabajo por la salud mental, entonces, lejos de reducirse a la administración de fármacos, es una lucha constante contra la alienación social e individual por parte de todos los involucrados en ella: profesionales, pacientes, familiares y la comunidad en general.

3.- La salud es algo demasiado importante para dejarla en manos de especialistas.

El trabajo por la salud mental presupone un *a priori ético imprescindible*: el derecho irrestricto de cada persona a decidir sobre su propio destino, el que, a su vez, implica la responsabilidad de cada uno para con su propia vida. Este *a priori ético* se traduce en una *condición clínica ineludible*: la aplicación de cualquier medida terapéutica, desde la más inocua hasta la más trascendente, debe contar con el acuerdo del paciente y/o sus familiares.

Últimamente, sin embargo, se ha impuesto la idea de que esta condición no puede ni debe aplicarse a *pacientes peligrosos para sí o para terceros*. Esta idea, en extremo imprecisa, viene permitiendo internaciones innecesarias sin antes recurrir a otro tipo de medidas más adecuadas y menos costosas. Así se termina oficializando la violación de los derechos humanos de los pacientes, quienes no son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre su vida. De esta manera

hemos llegado a la lamentable situación de que el profesional en salud mental se ve obligado —¿por ley?— a tomar medidas propias del aparato jurídico-policial, ajenas a su praxis e incumbencia.

Negamos que el respeto a la voluntad del paciente y/o sus familiares sea una imprudencia profesional que toma a la ligera las posibles conductas peligrosas para sí o para terceros. Para los casos de real peligro alcanzan las mismas garantías que para todo el mundo: los derechos de cada uno terminan donde comienzan los derechos de los demás, y donde éstos sean violados, debe actuar la ley. Pero antes de la acción de la ley, debe desplegarse el trabajo terapéutico sobre la voluntad y el poder de decisión del paciente y su familia, implementando todas las medidas posibles que protejan la vida, la salud y los bienes propios y ajenos.

4.- Con una soga se puede tirar, pero no se puede empujar.

Hay dos grandes formas de plantear el tratamiento de la enfermedad mental: o bien el deseo del paciente de curarse es imprescindible, o bien no lo es y lo único eficaz es la acción química de los fármacos. Para nosotros, el deseo de curarse es imprescindible. En ese marco, la medicación es un recurso más en nuestra práctica terapéutica. En todos los casos (leves, serios o graves) es necesario que la persona afectada *quiera curarse*. Nosotros, incluso, exigimos por parte del paciente y su familia, una demanda formal en tal sentido. Esta demanda es la manera en que un paciente se aferra a la punta de un tratamiento, mientras nosotros, por nuestra parte, tiramos de la otra punta para ayudar a sacarlo de la situación enferma en la que se encuentra.

Con una soga se puede tirar, pero no se puede empujar: si el paciente no desea curarse, si no se agarra fuerte a la soga, o la suelta, nadie ni nada lo puede empujar ni obligar a curarse.

La condición del respeto irrestricto a la voluntad del paciente y/o familiares, y la necesidad de contar con su acuerdo para llevar adelante cualquier medida terapéutica, no sólo es, entonces, una condición ética insoslayable, sino que también es, y principalmente, el punto de apoyo de Arquímedes necesario e imprescindible para ini-

ciar cualquier tratamiento. Sin esta condición es imposible la emergencia y el despliegue del deseo de cura.

5.- El deseo es social y material.

Nuestra sociedad concibe al deseo como deseo de objetos. Sin embargo, aunque podamos comprarlo todo, aun así no alcanzaríamos siquiera a rozar el anhelo más íntimo de nuestro ser; porque en lo más íntimo de nuestro ser hay algo que todavía no es y pide ser, y nunca llegará a ser por el camino de tenerlo todo.

Pero tampoco llegará a ser por la interminable destilación de nuestra interioridad en un diván o encerrado en las paredes de nuestra cabeza. En el núcleo de nuestro deseo no están los objetos como tampoco la interioridad más interior de nuestro ser, sino la relación con el otro. Nuestra jugada definitiva es con los otros. El deseo es social por excelencia y material por esencia, un entramado real en devenir con el mundo que en la enfermedad se halla inhibido, reprimido o, en los peores casos, perdido (o casi) para siempre. Reconciliarse o recomponer el deseo, entonces, es lo mismo que reencontrarse con el mundo y con la vida, con uno y con los otros.

6.- Nadie sana en una institución enferma.

Por lo general se concibe a la *institución* de salud mental (Hospital Público, Clínica Privada, etc.) como un ente jurídico-económico; y a las funciones administrativas, comerciales y jurídicas que cumplen, como algo exterior y ajeno a las prácticas y dispositivos terapéuticos. De esta manera, cuestiones tales como el cobro o gratuidad de las prestaciones, el origen y el destino del dinero para sostener la institución, o la administración, la generación de proyectos y su marcha general, siempre son ajenas a la esencia de la práctica terapéutica.

Nuestro criterio, por el contrario, es que la institución no sólo no está divorciada, sino que no puede ni debe ser ajena al dispositivo terapéutico. Si la dimensión institucional es externa al dispositivo

terapéutico, su accionar se burocratiza y el dispositivo no acoge ni quiere saber nada de la materialidad social que lo sustenta.

Debemos llegar al punto donde no haya escisión ni distancia entre ambas esferas, donde la institución coincida completamente con el dispositivo terapéutico y ella, en todo su accionar y devenir, *sea terapéutica*. Es decir, donde la misma institución sea el dispositivo terapéutico.

La institución no es un ente, la encarnan los profesionales, los pacientes, los familiares, los amigos, los talleristas, los socios, etc.

El *Centro La Puerta* no es un lugar de internación de enfermos mentales. Si bien luchamos contra la *mala praxis* de las internaciones innecesarias y/o sin objetivos precisos que se implementan de manera indiscriminada, consideramos que lo más importante no consiste en denunciar a nadie sino en desarrollar y expandir una *buena praxis* para nosotros, para los pacientes y para la sociedad.

Nadie se cura por una sumatoria de prácticas terapéuticas aisladas, sino por una forma integral y única de praxis institucional.

7.- Un Servicio Público.

Por lo general se piensa que solo hay dos formas de organización institucional: o bien pública, y por ende estatal, o bien privada, y por ende empresarial. La lógica de la empresa privada es sacar la máxima ganancia en el menor tiempo posible al menor costo. Se concluye, entonces, que la única alternativa para la gestión del bien comunitario es la estatal. Pero el estado, si bien no busca ganancia directamente, es parte y órgano esencial del mantenimiento y reproducción del capitalismo y de su lógica de la ganancia. No es cierto que sus instituciones, por el sólo y mero hecho de ser estatales (hospitales, universidades, etc.), trabajen por bien público. Por el contrario, sus direcciones muchas veces están orientadas por intereses políticos y económicos diferentes al bien público, y la inmensa mayoría de los cargos y funciones están copadas y gestionadas por las clases medias cuyo accionar, por lo general, maltrata al pueblo, y más que apuntar al bien y al servicio público usufructúa y defiende privilegios de clase. Si una institución estatal puntualmente trabaja por el bien público,

siempre lo hace por una valiente decisión política de sus miembros y casi siempre en contra de sus direcciones.

Hay una tercera lógica y forma de organización institucional: Organismo Público No Estatal (ONG). Por principio ideológico apunta al bien público pero manteniendo plena independencia del poder estatal y de los cargos político partidarios, afirmando y garantizando su gestión en el contacto y apoyo de los usuarios y asociados comprometidos con su accionar.

3

ÁREA DE SALUD DEL CENTRO LA PUERTA

*Estar sano es mucho más
que no estar enfermo*

El marco y programa terapéutico más general del tratamiento en **LA PUERTA Centro de Salud, Arte y Pensamiento** lo constituye la *comunidad terapéutica abierta*. En ella, cada *usuario* (entendido como el paciente más su familia y allegados) establece una *relación terapéutica* con el *profesional responsable*, cara visible y miembro del *equipo de atención*, quien conduce todo el proceso y lleva adelante el vínculo con el usuario. Por lo general, este profesional también es el *terapeuta individual* del paciente. Trabaja en coordinación con un *psiquiatra*, un *terapeuta familiar*, un *terapeuta grupal*, con el equipo de *acompañantes terapéuticos*, y algún otro profesional según lo requiera la situación. En la elaboración de la *estrategia terapéutica*, llevada adelante por el *equipo de atención*, se definen para cada usuario los *objetivos* a alcanzar, las diferentes *indicaciones terapéuticas* y su participación en los *talleres terapéuticos* y/o en los *talleres abiertos* a la comunidad. El espacio de los *Talleres Terapéuticos* (ex *Hospital de Día*) funciona todos los días de 14 a 18hs, y en esa franja horaria se desarrollan actividades tanto fijas como libres (talleres de arte, trabajo corporal, orientación laboral, etc.) del que participan los pacientes que tienen la indicación de hacerlo. En ese horario, la dirección terapéutica recae sobre el *encargado del día*, que es un profesional del equipo de atención que trabaja en conjunto con un *asistente terapéutico permanente*, también integrante del equipo, y *acompañantes terapéuticos* que rotan día a día. Los talleres y las actividades pueden ser conducidas por el propio encargado, el asistente o por otros coordinadores (musicoterapeuta, instructor de yoga, artista plástico, profesor de fotografía, de video, de teatro, etc.), también integrantes del equipo de atención. Por fuera del horario de los talleres terapéuticos, incluyendo, aunque no siempre, los fin de semana, funciona el *Club de Salud*,

un encuentro informal de pacientes, amigos, visitantes, etc., con la compañía y asistencia de al menos un acompañante terapéutico, donde se llevan adelante actividades recreativas, deportivas, sociales, comidas, bailes, etc., y otras propuestas de los participantes. Fuera de franja horaria de los talleres terapéuticos también se realizan *talleres abiertos a la comunidad*, cuyo objetivo primordial no es terapéutico sino que son talleres o clases de arte (plástica, música, escritura, etc.) de trabajo corporal (yoga, tai-chi-chuan, etc.), de política, filosofía, religión, etc. De estos ámbitos, como ya dijimos, también participan los pacientes que lo desean.

ÁREA DE SALUD

El Área de Salud del Centro de Salud, Arte y Pensamiento LA PUERTA desarrolla sus tareas a través de:

1. Equipo de Salud.
2. Talleres Terapéuticos - Hospital de Día.
3. Club de Salud.
4. Equipo de Acompañamiento Terapéutico.
5. Trabajo Corporal.

1. EQUIPO DE SALUD

El Equipo de Salud realiza tareas de asistencia en dos formas:

- * Consultorios Externos, de Psiquiatría y Psicología
- * Equipo de Atención de Crisis y Psicosis

1.1. Consultorios Externos

- Atención de adultos, parejas, familia.
- Tratamiento psicológico individual y terapia de grupo.
- Consultas psiquiátricas.

1.2. Equipo de Atención de Crisis y Psicosis

- Equipo Interdisciplinario
- Atención Ambulatoria

- Larga Experiencia
- Bajo Costo

1.2.1. Intervención en crisis

El Equipo de Atención posee una larga experiencia en intervenciones en crisis, urgencias y otras situaciones agudas: descompensaciones psicóticas, intentos de suicidio, ataques de pánico, crisis depresivas, de angustia, familiares y psicosociales.

Es especialista en Internación Domiciliaria, lo que permite evitar el alto costo emocional y económico que conllevan las internaciones psiquiátricas.

Trabaja constantemente en Red de Contención con la familia, amigos, vecinos, la comunidad, etc.

Provee Acompañamiento Terapéutico supervisado.

1.2.2. Asistencia prolongada

El Equipo de Atención es especialista en Tratamiento Ambulatorio Prolongado de personas que, por su especial dolencia (psicosis, borderline, neurosis grave, depresión), necesitan Atención Interdisciplinaria Coordinada y Contención Permanente difícil de brindar por un solo profesional en su consultorio.

Realiza Tratamiento Psicológico en sesiones individuales, familiares y de grupo.

Se encarga del Diagnóstico y Control Farmacológico.

Atiende en el Centro La Puerta y en Consultorios Privados, pero también desarrolla una intensa actividad en Atención Domiciliaria.

Implementa una Contención Telefónica Permanente.

Provee Acompañamiento Terapéutico bajo supervisión.

1.2.3. Rehabilitación y reinserción social

Ofrece un lugar de pertenencia, circulación e inserción, de encuentros personales y sociales para salir del encierro y compartir los buenos y malos momentos.

El tratamiento incluye en su costo la posibilidad de participar en Talleres de Arte (plástica, teatro, cine, literario y otros) y en Cursos y Seminarios (de filosofía, política, arte, religión y otros) que se realizan en el Centro de salud, arte y pensamiento LA PUERTA.

Estos Talleres y Seminarios son abiertos a la comunidad. Los pacientes pueden compartir el trabajo con personas que no están bajo tratamiento lo que favorece la reinserción social.

El trabajo del Equipo de Atención está articulado con el Hospital de Día LA PUERTA. Esto propicia la relación con otros pacientes.

Los pacientes y familiares del Equipo de Atención son invitados desde el primer día a participar de manera plena del Club de Salud.

1.2.4. Costo

Consiste en un Monto Mensual Fijo que cubre todas las prácticas (menos la medicación).

El Monto Mensual Fijo se establece de común acuerdo en proporción al poder adquisitivo de cada usuario.

En relación al dinero nuestra política es:

- * Hablar de manera clara, franca y directa.
- * Quien necesite y desee realizar un tratamiento lo puede hacer.
- * Cada uno hace el mayor esfuerzo de su parte.

2. TALLERES TERAPÉUTICOS y HOSPITAL DE DÍA

- El paciente realiza en grupo actividades terapéuticas, artísticas, deportivas, comunitarias, etc., fuera de su casa varias horas por día.

- Es una alternativa segura y eficaz a una internación psiquiátrica prolongada y muchas veces innecesaria.
- Evita el trauma personal y familiar propio de la internación.
- Preserva la interacción familiar.
- Favorece la reinserción social.
- Su costo económico es mucho menor que la internación.

El Hospital de Día LA PUERTA:

- Realiza un tratamiento integral en coordinación con el Equipo de Atención de Crisis y Psicosis del Centro LA PUERTA .
- También admite pacientes con atención psiquiátrica y/o psicológica a cargo de profesionales ajenos a la institución. Respeto y ejecuta las indicaciones terapéuticas del profesional a cargo del tratamiento y le envía un Informe Mensual.
- Cada jornada está bajo la dirección y control de un profesional encargado del día, con la colaboración de varios acompañantes terapéuticos.
- Realiza un efectivo trabajo interdisciplinario.
- Trabaja por Módulos Diarios.
- Permite una gran flexibilidad en la frecuencia de asistencia.
- Algunos Talleres pueden ser abiertos a la comunidad, lo que propicia la reinserción y el contacto con los otros.
- Provee Acompañamiento Terapéutico supervisado para el traslado.

Talleres Terapéuticos:

- Los Talleres Terapéuticos funcionan de lunes a viernes de 14 a 18hs.
- Cada jornada consiste en un taller de dos horas, una actividad de 1½ hora, y una merienda.
- Taller de Musicoterapia
- Taller de Teatro
- Taller de lectura y discusión de diarios
- Taller de Yoga
- Taller de fotografía

3. CLUB DE SALUD

El Club de Salud es un dispositivo dirigido a la participación tanto de pacientes como de no pacientes.

Realiza actividades de promoción de salud, de rehabilitación y resocialización, de orientación ocupacional y reinserción laboral, y ofrece un lugar de pertenencia, encuentro y recreación.

Sus actividades se solventan con una cuota mensual del socio adherente de \$30 y para los no socios con un bono contribución por evento o es gratuito por otorgamiento de una beca. El no es libre, se debe contar con la autorización de la coordinación del área de salud.

En la actualidad el Club realiza las siguientes actividades:

- Reuniones de acompañamiento y recreación todas las tardes en el Centro La Puerta.
- Actividades deportivas y recreativas periódicas (partidos de fútbol los sábados, asados u otras comidas comunitarias los sábados a la noche, campeonatos de truco y ping-pong, etc.).
- Salidas conjuntas (al cine, teatro, museos, recitales, etc.).
- Cena mensual organiza en La Puerta abierta a toda la comunidad con invitación especial a pacientes, familiares y amigos.
- Grupo de orientación ocupacional y reinserción laboral:
 - * Implementa una Bolsa de Trabajo para oficiar de puente entre la oferta y la demanda de trabajo entre los pacientes y allegados al Centro La Puerta.
 - * Informa sobre diversos cursos y talleres que se dictan en el área pública o privada.
 - * Intenta orientar sobre las aspiraciones y posibilidades de cada uno en el tema ocupacional.

4. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo clínico fundamental en la atención de pacientes psicóticos crónicos y en situaciones de crisis.

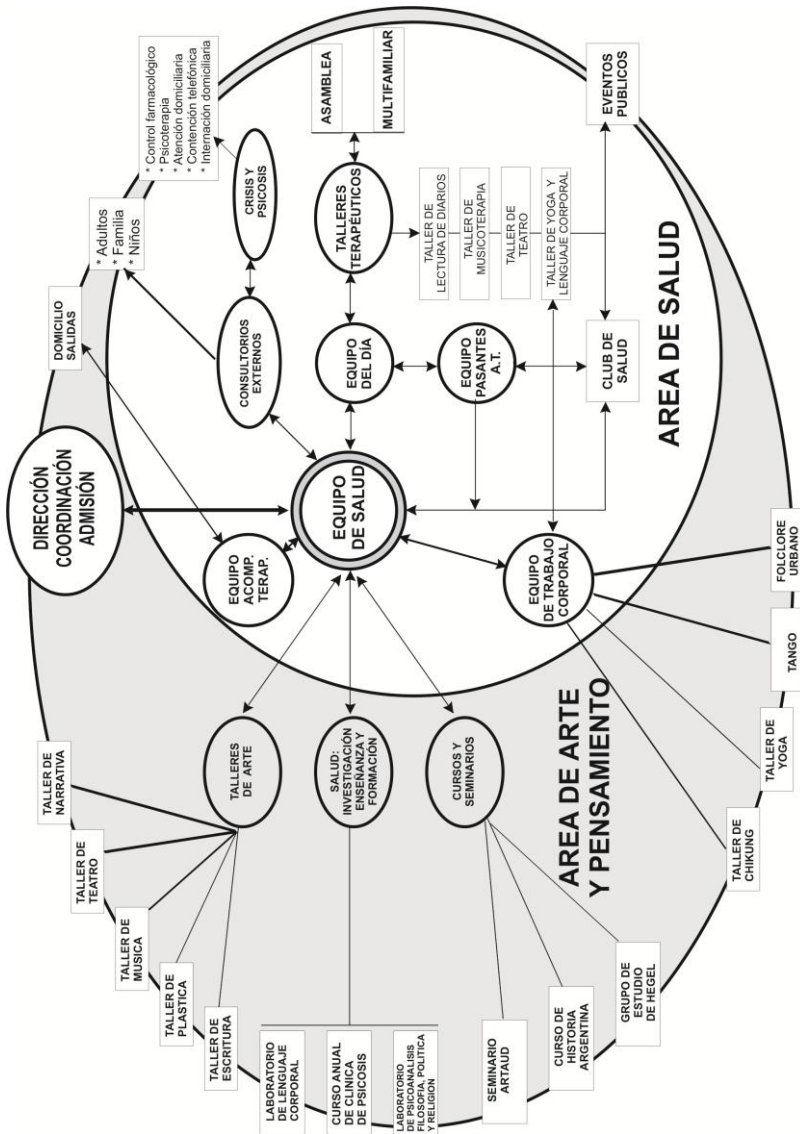
- El Equipo de Acompañamiento Terapéutico de La Puerta trabaja tanto con pacientes de la Institución como con pacientes externos.

- Realiza acompañamientos domiciliarios, ambulatorios, y en la Institución.
- Realiza acompañamientos individuales y grupales.
- Realiza tareas de rehabilitación, resocialización, recreación, y de reinserción laboral y ocupacional.
- Se hace cargo de los traslados del paciente a otros dispositivos garantizando la asistencia a los mismos.
- Trabaja a partir de las indicaciones del equipo Tratante.
- Posee supervisión clínica permanente.

5. TRABAJO CORPORAL

El Área de Trabajo Corporal realiza actividades de promoción y prevención de la salud creando espacios de comunicación con uno mismo y con los otros. Las prácticas se realizan en los Talleres Terapéuticos (Hospital de Día) y en Talleres Abiertos a la Comunidad.

- YOGA
- TAICHICHUAN
- CHIKUNG
- DANZA Y GIMNASIA



Centro LA PUERTA

Comunidad Terapéutica Abierta

Borradores

4

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Héctor Fenoglio. Enero 2009.

Desde el inicio hay que dejar establecido lo siguiente: el eje sobre el que gira y el ámbito en que se desarrolla toda la actividad terapéutica de La Puerta es la *Comunidad Terapéutica* (CT). Este es el dispositivo mayor que incluye al *Hospital-Centro de Día*¹ como un dispositivo subordinado, junto a otros como el *tratamiento farmacológico*, la *psicoterapia individual*, el *acompañamiento terapéutico*, los *encuentros multifamiliares* y algunos más.

Una característica fundamental de la CT es que instituye una comunidad real, una sociedad en miniatura constituida por un reducido número de miembros. Esta comunidad instaura y basa su accionar en un determinado modo de relación o *lazo social*. En su libro *Comunidad de Locos* W.R.Grimson dice: *Una estructura hospitalaria es una sociedad, o sea una estructura social en la que se desarrolla un proceso. Existen implícita o explícitamente en tal institución normas sobre el funcionamiento que están engarzadas en un sistema de valores* (24-25). Y un poco más adelante dice: *En una institución de comunidad terapéutica todo lo que se hace es terapéutico y todos los que lo hacen son terapeutas* (68) *El foco pasa a ser social y no individual* (26) *y la institución pasa a ser el sujeto de la experiencia* (69)².

Las experiencias más conocidas de CT en Argentina siempre se han desarrollado en instituciones con pacientes internados, esto significa que las experiencias se realizaron puertas adentro y estuvieron protagonizadas principalmente por los miembros de la comuni-

¹ Teniendo en cuenta los criterios definidos por el Ministerio de Salud de la Nación, nuestra actividad encuadra tanto en *Hospital de Día* como *Centro de Día*, ya que el primero está destinado a la atención de pacientes “agudos” y el segundo a la rehabilitación de “crónicos”. Ver: NORMAS DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, disposición (S.R.S) N° 72, Abril 2 de 1985.

² W.R. Grimson, *Sociedad de Locos*, Ed. Nueva Visión, Bs As 1972.

dad hospitalaria: pacientes y profesionales de la salud. Nuestra comunidad terapéutica, en cambio, tiene la particularidad de que se realiza con pacientes ambulatorios, de allí el aditamento de *Abierta* o *de Día*. Entre estas dos posibilidades, entiendo que *Abierta* es la que mejor expresa nuestra práctica, no sólo porque su actividad se extiende y mantiene alerta las 24 horas del día, sino porque, además, incluye e integra de manera decisiva a la familia y a los allegados del paciente, la constante asistencia domiciliaria y telefónica, el fuerte apoyo en las funciones de acompañamiento, asistencia social y otras actividades realizadas en el ámbito social-comunitario, etc. Además, muchos ámbitos formales de La Puerta (talleres, cursos, etc.), sean terapéuticos o no, son abiertos a la comunidad y allí los pacientes participan sin distinción con el público en general; también muchas otras actividades sociales, recreativas, deportivas son abiertas a la comunidad, en las que, de manera premeditada y controlada, los pacientes participan, sin distinción alguna, con allegados, amigos, familiares y público en general. Por todo esto considero que *Abierta* expresa mejor la práctica que hoy desarrollamos en *La Puerta*.

Todo lo anterior, aunque ilustra bastante bien nuestra práctica, queda sin embargo en una mera descripción externa de la misma, sin poner de manifiesto su esencia. ¿Cuáles son las notas internas que caracterizan nuestra praxis terapéutica con psicóticos? Creo que lo fundamental radica en la manera en que establecemos y desarrollamos la relación con los pacientes, con su núcleo familiar y sus allegados. No pocas veces nos han dicho que nuestra práctica se distingue de otras por su acento en el aspecto «humano», pero esto no aclara mucho pues, con toda seguridad, debe haber otros lugares donde también el acento en lo «humano» es relevante.

¿Qué podemos decir nosotros, como profesionales de La Puerta, de nuestra disposición hacia los pacientes?³ Por lo general, los psicóticos se quejan de que sus opiniones y decisiones no son tenidas

³ En el agregado *La relación psicoterapéutica* a mi texto *La Experiencia Psicoterapéutica* desarrollo una faceta que pasaba desapercibida, incluso para mí, de la relación psicoterapéutica. *Ver cap. 4.*

en cuenta y que su vida es manejada por sus familiares y profesiones tratantes; en otras palabras, de haber sido despojados de su *posición de sujeto* y reducidos a un *estado de objeto*: control y vigilancia constante, no respeto a su voluntad, objeto de maniobras violentas cuando no de encierro y de castigo⁴. Muchos familiares y profesionales justifican esta conducta propia con la observación descalificante de que el paciente no tiene conciencia de enfermedad. La “no conciencia de enfermedad” o la no asunción plena de que está en problemas es, por supuesto, una situación bastante común; de todos modos, ello no justifica desconocer la voluntad del paciente, o no necesitar el consenso del paciente y/o su familia para llevar adelante las medidas terapéuticas que crea conveniente, cualquiera ellas sean⁵. Considerar a esta necesidad de consenso como el punto de partida constitutivo y punto fundamental del trabajo terapéutico, es la única manera para que ese consenso sea, en principio, posible y, después, llegue a ser real⁶.

¿Cuál es, ante esta situación, nuestra actitud básica? Primero, respetar o bien restituir al paciente su posición de sujeto, devolverle la responsabilidad sobre sus actos y hacerle cargo de la totalidad de sus decisiones. Segundo: no mentir ni andarle con vueltas, no minimizar su situación ni crearle falsas expectativas, pero tampoco quitarle responsabilidad por su situación; hablarle de manera franca y clara, con el cuidado que requiere una persona que no está en la plenitud de sus facultades o que se encuentra en un estado alterado (como lo hacemos con alguien que está alcoholizado, drogado, accidentado, golpeado, muy enfermo, en estado de shock, etc.). Le *reconocemos* la validez de su denuncia y de su reclamo pero, así como apoyamos su percepción de que ha sido excluido de manera injusta y arbitraria del lazo

⁴ A esta situación, verdaderamente psicotizante, desde cierta perspectiva lacaniana se la denomina «*persecución del Otro*». Ver Willy Apollon y otros en *Tratar la psicosis*, Ed Polemos, Bs As, 1997.

⁵ Como ya lo dijimos en el folleto titulado *ESTAR SANO ES MUCHO MAS QUE NO ESTAR ENFERMO*, *Declaración de Principios del Área de Salud de La Puerta*, el acuerdo del paciente con las maniobras terapéuticas es un a-priori ético, jurídico, político y terapéutico insoslayable; sin él no es posible ningún tratamiento. *Ver cap. 2.*

⁶ *La comunidad terapéutica rompe con la dedicación impersonal y breve del personal profesional... Exige un compromiso de dedicación y de inclusión muy diferente... Se propone que el paciente acepte su “enfermedad” (corresponde decir su situación), comprenda sus orígenes, establezca una perspectiva de futuro y se reincorpore al medio social.* Grimson (25-26).

social, le aclaramos que esta *exclusión* no consiste en no darle la razón en todo sino en no reconocerle su *posición de sujeto*. Con este *reconocimiento*, y con el *ofrecimiento* de la integración inmediata y plena a nuestra comunidad terapéutica abierta, sin otra condición que su pedido o su simple consentimiento, le requerimos su *inclusión inmediata* en un lazo social diferente y su *pertenencia* a una comunidad real y concreta que, aun siendo parte de la misma comunidad que lo excluyó, sin embargo la cuestiona y la combate por muchos motivos, entre otros, por haberlo excluido. De este modo, *realmente* le reconocemos su exclusión arbitraria del lazo social y, con la misma fuerza, le ofrecemos y requerimos su inmediata reinclusión en nuestra comunidad, por propia decisión⁷.

Todo esto puede sonar a pase de magia, sin embargo es una operación real y, en la mayoría de los casos, muy efectiva. Se trata, nada más ni nada menos, de tratarlo como una persona y, a la vez, de forzar a que nos trate de la misma manera.

*Para que el tratamiento pueda ser accesible al psicótico, es necesario que una brecha en la certeza de su delirio haga posible el trabajo de construcción de un mínimo lazo social. Esta brecha que el psicótico viene a reparar en el Centro, y que funda su demanda, es lo que el analista debe mantener abierto. Es precisamente esto lo que desencadena la estructura de transferencia...*⁸

Esta transferencia no es neurótica. Al inicio de la transferencia neurótica no hay exclusión del lazo social, lo que hay, o mejor dicho, lo que desde su punto de vista el neurótico experimenta al inicio como situación de exclusión, es el no reconocimiento de su valor fálico dentro del lazo social; en la transferencia psicótica, en cambio, lo que se juega al inicio es la exclusión o la posible inclusión

⁷ Como toda comunidad, la nuestra tiene normas que reglan derechos y obligaciones; la inclusión implica consentir con las mismas, en igualdad de condiciones con los demás. Se establece así un pacto de reciprocidad entre los miembros y de subordinación a las normas.

⁸ Willy Apollon y otros, *Tratar la psicosis*, Ed. Polemos, Bs As, 1997, pag 61.

real en el lazo social, es decir, el reconocimiento efectivo o no de su posición de sujeto⁹.

Dicho de otra manera, lo que se juega en el momento inaugural en la transferencia psicótica es la posibilidad o no del re-ajustamiento en el Otro. *El Otro*, como señala Lacan, *está excluido del discurso delirante*¹⁰. Esta fórmula, la mayoría de las veces, es entendida al revés, como que *El delirante está excluido del discurso del Otro*, interpretación no sólo inaceptable sino sintomática, pues entendida así expresa, casi con exactitud, la esencia de la posición psicótica delirante. Aceptar que *El delirante está excluido del discurso del Otro* es aceptar dos cosas inaceptables: una, que el Otro se funda y vive en la *mala fe (arbitrariedad)*, y la otra, que el psicótico es irresponsable como sujeto pues está en posición de objeto.

Es notorio y registrable la arbitrariedad del Otro (la madre, el padre y otras figuras sustitutas) en lo empírico de la historia personal y familiar del psicótico, pero también es cierto que muchas otras veces esto no es notorio ni verificable. Lo mismo ocurre con la posición del psicótico: muchas veces registramos su verdadera buena fe y constatamos con tristeza que no puede enlazarse con la buena fe del entorno; pero en otras tantas registramos que su posición se basa en la simple y llana mala fe. De lo que no hay duda es que tanto la inclusión como la exclusión del Otro (sea del discurso delirante como de cualquier otro discurso) remiten respectivamente a la *buenafé* y a la

⁹ Esto no se refiere sólo a sus comportamientos sino también, y principalmente, a sus ideas. Antonin Artaud, quien sabía bastante de esto por experiencia propia, pues estuvo internado judicialmente 9 años en varios manicomios de Francia, afirmaba que la primera operación que realizan con el loco o, en sus palabras, el primer pase de magia negra, el primer maleficio, es robarle el alma. Artaud lo describe así: "...porque están persuadidos de que soy un alienado, y porque se hallan en frente de mí en la posición del Médico del Asilo frente al internado, y que el médico siempre tiene razón en contra de un encarcelado, porque le basta con afirmar, y el enfermo siempre está en el error porque en tales casos aún sus afirmaciones de hechos entran en la categoría de un delirio catalogado, cualquiera sea la lucidez que emplee en expresarlos". Es decir, a lo que el loco piensa ni siquiera se lo considera pensamiento, sino que es algo de otra especie a no tener en cuenta. Se trata de una verdadera *desmentida* psicótica.

¹⁰ Jacques Lacan, *Seminario 3, Las Psicosis*. Todo discurso es *praxis*, y toda *praxis* es discurso: gesto, decisión, reconocimiento, etc. *Están en presencia de un sujeto en la medida en que lo que dice y hace—es lo mismo—*..., Seminario 3, (58).

mala fe; en ambos casos, lo que termina inclinando la balanza es la disposición del sujeto pues, en ambos casos, el Otro, a pesar de todas las desgracias en la historia personal y familiar, siempre está disponible de buena fe. Si no fuera así, no habría ni la más mínima posibilidad de tratamiento ni de recrear un lazo social nuevo en la vida del psicótico.

La comunidad terapéutica encarna y ofrece esta buena fe. La CT se funda y basa su existencia y accionar en estos *principios de inclusión*; con la inclusión del paciente se incluyen, desde el vamos, también sus familiares y allegados que, de ahora en más, pasan a regularse con las normas de la comunidad terapéutica, tanto dentro del espacio físico de la institución como fuera de ella: en la casa donde vive el paciente, en las relaciones familiares, de amistad, etc.

Esta relación-lazo social, este espacio social-institucional que instituímos entre todos (en los dos sentidos: tanto en el sentido de “hecho y determinado por nosotros” como en el sentido de “entremedio de nosotros y que nos determina”) no existía, existe desde el momento en que consentimos en crearlo, y sigue existiendo solo si lo cuidamos y seguimos sosteniendo día a día¹¹. Este espacio-lazo intermedio, esta praxis que constituimos y nos constituye en lo que somos en ella, es *real*; es allí donde se desarrollan las experiencias de salud y enfermedad y no dentro de la cabeza o de una supuesta *realidad psíquica*, entendida como un mundo de representaciones o de puros significantes¹². Esto es así tanto en las psicosis como en las neurosis¹³. Este *real*, espacio entre subjetivo y objetivo o, mejor dicho, reunión, reconciliación o, mejor aún, superación que contiene a am-

¹¹ En realidad, todo lazo social y todo espacio institucional (la familia, la empresa, el trabajo, la universidad, etc.) existe y consiste de la misma manera.

¹² En referencia al sentido exacto de *significante*, vale lo mismo que lo dicho en una nota más arriba en relación a *discurso*.

¹³ Muchas veces se escucha decir que en las neurosis la transferencia es simbólica, oponiéndola, de esa manera, a real, o como si no fuera verdaderamente real. Esto es una tontería: es cierto que mientras el neurótico dice “siento odio hacia Ud”, el psicótico literalmente nos pelea; pero también es cierto, como ya lo señaló Freud, que el amor de transferencia no se diferencia en nada con el amor *real*. Lo real de la transferencia es, en ambos casos, algo incontrastable. NOTA: lo *real* siempre es *actual*, es decir, *en acto, efectivo*; la *realidad* no lo es, siempre es *mentada*. Por este motivo es que no se interpreta *la* transferencia sino *desde* o *en* transferencia.

bos, no es una manera novedosa de entender la materialidad de nuestro ámbito y quehacer, por el contrario, ya ha sido señalado como tal, aunque con distintos nombres, por los más destacados referentes del psicoanálisis.

Que *El Otro está excluido del discurso delirante* quiere decir, en primer lugar, como ya vimos, que el delirante está excluido como sujeto, no reconocida su posición de sujeto. En primer lugar, y de manera muy especial, por él mismo. Lo primero que hay que hacer, entonces, es incluir al Otro en el discurso con el delirante, esto es, en la relación efectiva con el psicótico, haciéndolo partícipe de nuestra inclusión del Otro.

Todos somos parte de la comunidad; el paciente no puede esperar ni pretender respeto hacia sí como sujeto si, por su parte, no respeta a los demás como tales, en primer lugar a sus familiares. Si el paciente no quiere tratarse, en ninguna de sus formas, el trabajo será con los familiares que están a su cargo, o con los allegados que están a su alrededor. Quiéralo o no, el psicótico ya tiene y mantiene con ellos una relación efectiva que no es del agrado de éstos; y éstos no saben ya qué hacer. Se trabajará con *los otros* del paciente para poder incluir al Otro, es decir, al tratamiento con profesionales o no profesionales (pueden ser otras figuras: sacerdotes, chamanes, líder reconocido, etc.). Esto puede llevar mucho tiempo, todo el tiempo que sea necesario, para generar una grieta en el discurso delirante o lograr meter una cuña en esa grieta¹⁴.

El trabajo sobre la grieta nos introduce de lleno en el tema del *conflicto psicótico*. Este conflicto no es intra-personal, es decir, no se desarrolla en el “interior” de la persona, ya fuese entre dos alternativas en que el paciente se debate, por ejemplo, entre sentir que se es

¹⁴ Ocurre a menudo que no es el paciente sino la familia o sus allegados (amigos, compañeros de trabajo o de facultad) quienes sostienen los momentos transferenciales iniciales de una consulta, tanto se trate de una crisis o no. Este aspecto del trabajo, que no se elabora ni valora lo necesario, puede durar bastante tiempo, incluso años, antes de tratar directamente con el psicótico.

atacado pero que tal vez no fuese así; ya fuese entre dos instancias, una consciente y otra inconsciente, por ejemplo, sentir una gran amenaza y angustia ante alguna situación pero sin reconocer un motivo real o imaginado. Por el contrario, la característica central del conflicto psicótico es que principalmente se da *en y con la realidad exterior*, es decir, *en y con la realidad del lazo social efectivo con otros*. Esta situación coincide con las famosa sentencia de Freud que dice: «*la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el “yo” y su “Ello”, y, en cambio, la psicosis, el desenlace análogo de tal perturbación de las relaciones entre “yo” y el mundo exterior*»¹⁵.

Aceptar que no debemos operar por la fuerza no solo es aceptar nuestro límite, es algo mucho más importante: es constituir nuestro ser. Como profesionales podemos operar por la fuerza (internar, etc.), la ley nos ampara y, no solo eso, muchas veces hasta nos obliga a actuar así¹⁶; pero al hacerlo así caemos fuera del discurso-praxis psicoanalítico y nos ubicamos en otro discurso (de amo, de patrón, de matón), en el que ejercitamos un poder que no es el nuestro. Nuestra posición o discurso, por el contrario, consiste en aceptar, de manera gustosa y hasta amorosa, nuestra debilidad, o, mejor dicho, nuestra supuesta debilidad, puesto que, en realidad, es nuestra fuerza, nuestra verdadera fuerza, que proviene de esa debilidad, de la aceptación de ese límite, del respeto irrestricto a la posición de sujeto del otro.

No se puede incluir de prepo al Otro en el discurso delirante. No se trata de ponernos en posición tal que hagamos imposible que el psicótico, o cualquier otro, nos engañe, nos perjudique (perjuicio) o nos dañe; simplemente se trata de que nosotros actuamos de buena fe y, aunque deseamos que el otro actúe de igual manera, también contamos con la posibilidad de que no sea así. Lo que sí requerimos al inicio para establecer el lazo social, es que nos comprometamos a actuar de buena fe; una vez aceptada esa condición, lo que el otro haga o deje de hacer cae bajo su propia responsabilidad. Y el otro *tiene derecho* a mentir y a engañar todo lo que quiera, pues mantener su compromiso depende de él y de nadie más. Sostener el mundo de la

¹⁵ SIGMUND FREUD, *Neurosis y Psicosis*, O.C. Tomo III.

¹⁶ Alcanza recordar la siniestra «figura» de *Peligroso para sí o para terceros*, de la que ya no sabemos, a esta altura, si se trata de algo clínico o de algo policial-jurídico.

buena fe depende de la decisión de cada uno que participa en él, no es posible imponerlo por la fuerza ni por ningún otro medio que no sea la libre disposición de cada cual¹⁷.

¹⁷ Este principio, que es igual para psicóticos y neuróticos, tiembla por igual en ambos. Es muy ilustrativo en el caso de los celos. Es sabido que los celos desaparecen únicamente cuando se acepta que la pareja tiene derecho a hacer lo que quiera, que toda decisión está en su poder. Aceptar esto no es una posición de impotencia ni una muestra de debilidad, todo lo contrario, más que aceptar una imposición es una verdadera muestra de lo que algunos llaman fuerza del *impoder*.

5

LA EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA

Héctor Fenoglio. Febrero 2009.

Antes de abordar la manera de trabajo en los diferentes dispositivos terapéuticos de LA PUERTA, es necesario pensar lo que entendemos por *tratamiento psicoterapéutico* y por *cura*, y las diferencias que existen en el tratamiento con neuróticos y con psicóticos.

¿En qué consiste un tratamiento psicoterapéutico? En el sentido más amplio, un tratamiento psicoterapéutico consiste en una *experiencia*.

Por lo general, cuando decimos *experiencia* entendemos o hacemos referencia a la experiencia que realizamos con objetos y sucesos exteriores a nosotros, ajenos e independientes del experimentador; y cuando decimos *saber por experiencia* nos referimos al saber que obtenemos por esas vías. A esta experiencia se la denomina *empírica*, *sensible* u *objetiva*, y todo lo que podamos llegar a saber a partir de ella se dice que está basado en la experiencia y la observación. Muchos creen que la práctica clínica psicoanalítica es una experiencia de este tipo, lo cual es un despropósito.

Hay otras maneras de concebir lo que es una experiencia. Nietzsche, en relación al proceder filosófico, dice lo siguiente: *Lo que un filósofo es, eso resulta difícil de aprender, pues no se puede enseñar: hay que «saberlo», por experiencia, — o se debe tener el orgullo de no saberlo. Pero que hoy todo el mundo habla de cosas con respecto a las cuales no puede tener experiencia alguna, eso es algo que se aplica ante todo y de la peor manera a los filósofos y a los estados de ánimo filosóficos.*¹⁸ Cuando Nietzsche habla aquí de *saber por experiencia* no se refiere a la experiencia empírica antes señalada, sino a que en ciertos asuntos, para *llegar a saber*, es necesario que en cada uno hayan madurado las condiciones propias para acceder a

¹⁸ NIETZSCHE, F., *Más allá del bien y del mal*, Editorial Alianza, Madrid-Buenos Aires, 1993, pág.158.

dicho saber: *De las cosas (entre ellas los libros) nadie puede comprender más de lo que ya sabe. Carecemos de oídos para las cosas a las cuales no nos han dado aún acceso los acontecimientos de la vida.*¹⁹ A este tipo de experiencia la llamaremos *experiencia propia*.

En la *experiencia objetiva* lo que se adquiere es información sobre el mundo, lo que no es poco, pero sí limitado y acotado a ese ámbito; en la *experiencia propia*, en cambio, lo fundamental no radica en la información objetiva sino en otro lado. Cuando decimos «hoy es un día frío» decimos algo relacionado con el estado del mundo, con lo objetivo; en cambio, cuando decimos «yo tengo frío» decimos algo referido al sujeto de la experiencia, con lo subjetivo. ¿A esta *experiencia subjetiva* es a la que se refiere Nietzsche?²⁰ De ninguna manera.

Tanto la objetiva como la subjetiva son experiencias *relativas*; ambas se constituyen en relación a una realidad exterior y anterior a la misma experiencia: al objeto, en un caso, al sujeto, en el otro. Toda *experiencia relativa*, tanto subjetiva como objetiva, no puede alterar la realidad a la que se refiere y de la cual se sostiene, por la razón de que esa realidad siempre estará fuera de su alcance; es, en palabras de Kant, *trascendente* a la experiencia relativa. La *experiencia propia*, en cambio, es otro tipo de experiencia: no sólo no se funda en algo exterior a sí misma sino que, además, está más allá de la oposición entre objeto y sujeto; en ella los objetos preexistentes estallan y el sujeto nunca sale siendo el mismo que el que entró a la experiencia. La expresión idiomática *lo sé por experiencia* nos puede acercar bastante al sentido de la misma. A esta experiencia propia bien podemos definirla como *absoluta*, por el hecho de que ella *no es relativa* a nada exterior a sí misma.

¿Qué tipo de experiencia es la psicoanalítica? No cabe duda que es una *experiencia propia*: lo que se busca y espera de un tratamiento psicoanalítico es justamente una transformación íntima decisiva en quien hace la experiencia, en el *sujeto de la experiencia*²¹, es decir, en el

¹⁹ NIETZSCHE, F., *Ecce Homo*, Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, págs. 49-50.

²⁰ No es nada raro que se tome al «perspectivismo» nietzscheano como un mero subjetivismo.

²¹ *Si hablamos de curación, vemos que la persona que cura, el médico, no considera al paciente sujeto de la curación, sino objeto. Así, el tratamiento se transforma, objetivamente, en puro calco del médico y no permite al enfermo ninguna posibilidad de expresarse subjetivamente. En este sentido nosotros decimos que la curación es una forma de control porque, desde el momento en que no hay expresión subjetiva por parte del enfermo, el tratamiento no genera otro resultado que la reproducción objetiva*

paciente. Se supone que el psicoanalista, por su parte, no busca ni obtiene transformaciones íntimas importantes como resultado de su praxis, aunque haya ocasiones excepcionales en las que un tratamiento es desencadenante de procesos que modifican no sólo su praxis analítica sino también su posición personal en el mundo (discutiremos esto más adelante). La experiencia analítica, con sus rasgos de artificialidad, aun cuando en apariencia parece no consistir más que en hablar, en realidad consiste en el desarrollo de una *relación real y efectiva* entre paciente y analista, inmersa y parte, a su vez, de una inmensa red de multifacéticas relaciones en la que está contenida. A esta relación la denominamos *transferencia*. Las transformaciones íntimas pero reales que se pueden producir en el paciente, se producen porque participa activamente en esa relación real y efectiva con otra persona, con el terapeuta; relación viva, actual y tan real (y hasta *más real*) que la que tiene con su padre, madre o su pareja. Estos rasgos generales son los mismos para toda experiencia psicoterapéutica, tanto sea con neuróticos o psicóticos.

¿Cómo se llega a establecer tal relación? Aquí comienzan las diferencias. En un caso, es el propio neurótico quien *demand*a o solicita una terapia. Lo hace, al menos, por dos razones. Una, porque esta padeciendo algunos hechos que le generan graves sufrimientos (impotencia sexual, constantes peleas con los otros, ideas obsesivas que lo abruman, etc.); otra, porque ha llegado a la conclusión que, de alguna manera, él no es ajeno sino que es el primer responsable de los problemas que padece. En este sentido, desde el psicoanálisis decimos que el paciente ha transformado a sus padecimientos en *síntomas*, es decir, productos que tienen un sentido dentro de un conflicto vital del que, para bien y para mal, él es el principal protagonista.

Con el psicótico las cosas son diferentes. También él siente que padece de muchos problemas en su vida, pero por lo general los considera ajenos a su propia responsabilidad, haciéndole cargo de ellos a su familia, a los otros o al mundo en general; de allí que lo más

del juego del capital. Sucede lo mismo en la fábrica, donde el obrero se reproduce a través de su producto. Como el producto del trabajo del obrero es del patrón, de la misma manera el producto de la curación del enfermo pertenece al médico. Franco Basaglia, *La condena de ser loco y probre. Alternativas al manicomio*, Ed. Topia, Bs.As, 2008.

común sea que la familia es quien consulta y traiga a tratamiento al paciente. No podemos aquí, por lo tanto, hablar de *síntoma* en sentido psicoanalítico.

Todo lo dicho, sin embargo, es muy impreciso y sólo tiene un sentido muy general pues, en las neurosis, es frecuente tener que realizar un trabajo de poner en régimen el síntoma, es decir, lograr que el paciente dé a su padecimiento un sentido; como también es frecuente en las psicosis lo contrario, es decir, que el paciente signifique de muchas maneras, y a veces hasta por demás, sus padecimientos, y que se haga cargo de los mismos.

A pesar de todas las diferencias, una tarea central de las *entrevistas iniciales* de una psicoterapia, tanto con neuróticos como con psicóticos, es establecer, de manera explícita y formal, el pedido o demanda de tratamiento. En esto no hay diferencias: todo el mundo tiene que establecerla de manera clara y formal, y en ella debe constar cuáles son los problemas que quiere resolver y cuáles los objetivos que anhela alcanzar. Sin esto no debería comenzar ningún tratamiento. Los neuróticos por lo general lo que buscan simplemente es desembarazarse de los síntomas, dejar de estar mal, volver a estar bien.

La experiencia psicoterapéutica, entonces, tiene un objetivo y un sentido: *la cura*. Para el paciente neurótico, la cura consiste en desembarazarse de los problemas, en dejar, como se dice, de *estar mal y volver a estar bien*. Pero nosotros, como terapeutas, no tenemos el poder (por suerte) de desembarazarlos de sus problemas y listo. ¿En qué consiste, desde nuestro lado, la *experiencia de cura*? En la *experiencia de cura neurótica*, fundamentalmente en que el paciente *caiga en la cuenta, se de cuenta, le caiga la ficha, asuma* o, según la expresión tradicional, *haga conciente algo* (un asunto, un hecho, una actitud, un recuerdo, etc.) del que no quiere saber nada. Este *hacer conciente*, más que un mero recordar algo olvidado o perdido, en realidad es un auténtico *reconocer* algo que hasta ese momento venía alejando de sí porque le resultaba doloroso e insoportable. Este alejar y mantener alejado de sí es una maniobra que el paciente no realizaba ya de manera deliberada y conciente sino que lo hacía mecánicamente, sin darse cuenta de ello, aunque ponía y perdía en ello muchísima energía y, de alguna manera, lo debía registrar; de igual manera, el reconocimiento de lo alejado y de

la maniobra de alejamiento tampoco lo puede hacer de manera voluntaria o deliberada, por el contrario, ese reconocimiento siempre se hace a contrapelo de su voluntad, sin darse cuenta, tropezando o de manera sorpresiva. La tarea del terapeuta, entonces, es disponer las cosas de tal manera para que esas posibilidades se hagan reales; no es apelando a la buena voluntad del paciente ni a su búsqueda conciente, sino a ciertos caminos y encrucijadas en apariencia laterales, indiferentes, insospechados o invisibles de tan cercanos. El análisis de los sueños y la intervención sobre la transferencia son dos de esos caminos fundamentales.

Este hacer conciente o reconocer lo reprimido no es posible sin la presencia del otro; esto es así porque, por un lado, librado a su propia suerte, aun cuando algo de lo insoportable alcance la conciencia, en el mismo instante se vuelve a tomar distancia de ello y es olvidado de inmediato; la presencia del otro, del terapeuta en este caso, actúa así como *testigo*²² material y existencial que no deja caer en el olvido lo ocurrido. La relación con el terapeuta, por otro lado, es también el campo en el que se actualiza, de manera viva y real, las posturas e imposturas fundamentales del ser con otro de cada cual; por fuera de esa actualización efectiva nada puede transformarse, y toda referencia a la realidad sería teórica, pura representación²³.

El reconocimiento de lo reprimido genera un cambio en el *punto de vista* en que está ubicado el paciente, un verdadero reacomodamiento en toda su estructura personal-real. Este movimiento de pasaje de un punto de vista a otro es lo que denominamos que el paciente *dialectiza*, haciendo referencia a un movimiento dialéctico de *aufheben*, de negación, conservación y superación del primer estado en el segundo. Estos movimientos de cambio de punto de vista o *aufheben* van desde lo más cercano, lo que aparece de manera inmediata, hacia zonas que están fuera de la conciencia o de los intereses inmediatos, hacia los recuerdos y eventos de la infancia o adolescencia, a maneras mínimas pero decisivas de nuestro ser, a fantasías antiguas y perseverantes, etc. De esta manera se van como limpiando sectores,

²² Esta función de *testigo* ha sido y sigue siendo ejercida por otras personas e instancias en nuestra como en otras culturas.

²³ No se puede vencer *en esfingie/en abstencia* decía Freud.

curando infecciones locales, resolviendo conflictos parciales, haciendo tratados de paz regionales, etc. En el transcurso de este trabajo llega un momento donde los síntomas por los que se había consultado desaparecen, y *ya no se está mal*. Se registra aquí, en este momento, un movimiento muy curioso: el paciente que *deja de estar mal* descubre que no solo puede no estarlo sino que ahora, si se lo propone, puede *estar realmente bien*. Este es un momento de viraje en el tratamiento de neuróticos. Muchos pueden llegar hasta aquí, hasta dejar de estar mal, y está bien. El tratamiento cumplió con sus objetivos. Pero otros vuelven a apostar o, mejor dicho, redoblan la apuesta, entreven otra posibilidad, se dan cuenta de que en realidad nunca estuvieron realmente bien y la apuesta, una apuesta *ahora posible*, es a *estar bien como nunca antes lo estuvieron en la vida*. Éstos enfilan hacia una experiencia terapéutica conocida como *fin de análisis*. Esta experiencia es, precisamente, el fin del psicoanálisis, en los dos sentidos de fin: uno, más allá de eso, o una vez atravesada esa experiencia, no hace falta más psicoterapia, finaliza la psicoterapia; otro, entendiendo fin como finalidad u objetivo de la psicoterapia, es que más allá de la terminación de la psicoterapia prosigue el psicoanálisis de cada uno, pero prosigue no ya dentro de una relación psicoterapéutica, sino en el entramado de las relaciones personales en el trabajo de construcción de hechos y realidades en el mundo.

Cada psicoanalista debe trabajar en y desde el fin de análisis. En primer lugar, desde su propio fin de análisis (volvemos a la *experiencia propia*), pero también desde el fin de análisis de cada paciente, aún cuando el paciente se encuentre en la primer entrevista. Nunca sabemos hasta donde quiere, puede y va a llegar cada paciente; a cada uno se lo debe ver desde la mayor experiencia de plenitud y ser posible de su vida, nunca limitarlo a que solo deje de estar mal. El que deje de estar mal no es, en verdad, nuestro verdadero trabajo ni objetivo, eso es una consecuencia lateral e inevitable de hacer conciente lo inconciente; nuestro verdadero trabajo es acompañar y, si podemos, ayudar a que cada quien haga conciente en la mayor medida posible, despliegue el máximo de su ser y llegue a ser lo más real que pueda, es decir, que llegue a estar realmente bien.

La psicoterapia con psicóticos plantea grandes diferencias comparado con el tratamiento de neuróticos. La primera diferencia aparece de inmediato en la modalidad de la demanda y en el lugar que ocupa la familia en el tratamiento. Como ya dijimos, el pedido de tratamiento, por lo menos en la instancia inicial, por lo general no lo realiza el psicótico sino su entorno (familia, amigos, juez, etc.). El psicótico sufre de innumerables problemas, pero no los transforma en *síntomas* de algo que no funciona en su vida sobre lo que él tiene responsabilidad, sino que los adjudica a razones ajenas a él (a los demás, al mundo, al cielo, a la fisiología, etc.). Ante esto se plantea un trabajo similar que con el neurótico, de hacerse cargo de las cuestiones que debe y puede hacerse cargo, desde la demanda de tratamiento, pactos de convivencia con los demás, etc. Este aspecto incluye desde el inicio a la familia, que nunca deja de ser parte constitutiva del tratamiento; y junto con la familia toda la comunidad. La comunidad terapéutica pasa a ser el ámbito más propicio y natural del trabajo terapéutico sobre esta faceta más neurótica del psicótico; y esto es así porque la transferencia psicótica, a diferencia de la transferencia neurótica, implica que sea necesario la inclusión del Otro (excluido del discurso delirante) en vivo y directo, encarnado en personas, relaciones y reglas actuales y efectivas, no sólo experimentadas mentalmente. Las sesiones de psicoterapia individual, entonces, tienen su fundamento y eje no en la relación única con su terapeuta, sino en la relación transferencial institucional con toda la comunidad terapéutica. Es ésta en su conjunto la que ocupa el lugar del Otro en vivo y en directo, con todos sus recursos y dispositivos propios: asamblea, multifamiliar, etc. En la transferencia con psicóticos este lugar es muy difícil de sostener por un terapeuta solitario, y es imposible si lo quiere sostener desde su consultorio a la manera neurótica. En relación al trabajo con esta faceta más neurótica podemos reconocer que es posible que el psicótico *dialectice*, es decir, que opere cambios de posición o puntos de vista al estilo del neurótico, pero siempre dentro de la manera psicótica, o sea, en vivo y directo. Es por ello que la familia y la comunidad, campo real donde el psicótico despliega los conflictos que el neurótico despliega en su discurso con el terapeuta (el Otro), deben estar incluida desde el inicio en el tratamiento.

Pero, por otro lado, es necesario lo opuesto: que el psicótico y su familia tomen cabal conciencia que enfrentan hechos que escapan a su responsabilidad, ante los cuales, en lo inmediato, solo cabe buscar alguna manera de manejarse o convivir con ellos: fenómenos automáticos elementales motrices, sensibles o mentales; alucinaciones de diverso tipo, etc. Estos fenómenos, los más molestos y que generan mayor sufrimiento tanto al psicótico como a su familia, no *dialectizan*, es decir, no los podemos abordar de manera directa ni indirecta, de ellos no derivan asociaciones ni permiten asentar sentido alguno. Ante ellos la cura psicoterapéutica en lo inmediato se revela ineficaz e impotente, y sólo cabe recurrir a la terapia psicofarmacológica. Pero debe entenderse que esta impotencia e ineficacia sólo lo es en lo inmediato, puesto que el trabajo psicoterapéutico a mediano y largo plazo tiene efecto sobre ellos, a la manera de la psicoterapia clásica, es decir, como efecto secundario, como efecto asociado al trabajo constante de hacer conciente lo inconciente. La extensión, la profundidad y alcance de los cambios también son a la manera de la psicoterapia tradicional, varían en cada persona, son singulares, y dependen también del cuadro inicial.

Esto nos lleva a la siguiente cuestión: la experiencia y posición (estructura) psicótica, ¿es un campo único y homogéneo como el de las neurosis? El plural de *Las* psicosis, ¿remite a diversos cuadros, como en las neurosis, o a diferentes estructuras? En las psicosis veo, por lo menos, tres grandes posiciones bien diferentes: por un lado las esquizofrenias (en sus distintas variantes), por otro la posición maníaco depresiva y, por último, las posiciones delirantes. Cada una de ellas plantea modalidades transferenciales diferentes como también problemáticas radicalmente distintas a la psicoterapia. Estas diferencias deberemos tratarlas por separado en otro momento²⁴. En cuanto a las características comunes, una razón poderosa para considerarlas un campo único y homogéneo es, como ya señalamos, su posición subjetiva muy similar ante padecimientos muy diferentes, es decir, la de no considerar a sus padecimientos como *síntomas* de algo que no anda bien en sus vidas y de lo cual deben hacerse responsables. Como también ya señalamos, esta des-responsabilización no es injustificada

²⁴ En mi escrito *La Telépata, un psicoanálisis de la alucinación y el delirio*, mostré una manera de abordar los cuadros alucinatorios delirantes.

(tratarlos así sería tratarlos como neuróticos), ya que son sede de fenómenos automáticos elementales que no generan interpelaciones a su vida, ni admiten, al menos inicialmente, abordaje psicoterapéutico directo; sin embargo, la psicoterapia también produce efectos sobre ellos, a la manera psicoanalítica más clásica, es decir, por efecto secundario del trabajo de hacer conciente lo inconciente.

La manera *directa* e *indirecta* de operar del psicoanálisis

Vale la pena desplegar con mayor detalle un aspecto de gran importancia en el proceso terapéutico y de cura que vengo señalando de la siguiente manera: la remisión de lo *síntomas*²⁵ no se produce ni alcanza por un ataque directo o frontal sobre los mismos, sino de *manera indirecta*, es decir, por un efecto secundario o asociado del trabajo de hacer conciente lo inconciente reprimido.

A un hombre con trastornos de erección, jamás se nos ocurriría, como terapia psicoanalítica, indicarle maniobras tales como que mire videos porno, que se excite manualmente, que piense en otra cosa, que use alguna crema o, directamente, que pruebe con otra persona; no sólo porque esto nada tiene que ver con el psicoanálisis sino también porque, y aunque sea una ridiculez hay que recordarlo, al paciente ya se le ocurrieron y probó con esas y otras mil maniobras por el estilo, sin que le dieran el menor resultado. Por eso, justamente, consulta. Lo mismo sucede con todos los demás *síntomas*: rituales obsesivos, fobias, etc.

A la conciencia o a la subjetividad del paciente, el síntoma se le presenta como un «cuerpo extraño» que le provoca sufrimiento y constante malestar, ajeno a su ser, del que no puede entender cómo llegó a su vida ni qué relación tiene con él. Se le presenta, además,

²⁵ Cuando hablo de *síntomas* doy por sentado que siempre me refiero a la neurosis. Teóricamente se los entiende como productos del retorno de lo reprimido, satisfacción sustituta, etc. Antes me he referido a lo que podemos llamar el lado “fenomenológico” de esto, es decir, a los índices clínicos efectivos que aparecen en la neurosis, diferentes a los que aparecen en las psicosis. Vale la pena aclarar que tomar estos índices como “productos del retorno de lo reprimido...” es una idea teórica, que podemos modificar o cambiar todo las veces que queramos; los índices clínicos, por el contrario, están allí, no son elaboraciones teóricas, son, a la sumo, interpretables de diferente manera, pero siguen siendo el cable a tierra.

como enigmático y sin sentido, lo que en la tradición psicoanalítica se señala con la expresión «opacidad del *síntoma*»: no deja pasar la luz ni la refleja.

Este es el asunto que quería destacar: a pesar de postular al síntoma como resultado del retorno de lo reprimido, como el último eslabón de una cadena asociativa que comienza en un complejo ideoaffectivo inconciente reprimido, no es posible, sin embargo, recorrer el camino inverso de manera directa, es decir, remontar el curso asociativo que le dio origen, partiendo ahora del síntoma hasta llegar al origen reprimido. De la superficie del síntoma no se producen asociaciones ni emerge ningún sentido, es un área de tierra estéril; es inútil tratar de entrar por él pues allí no hay puerta (de entrada al menos). Con esto quiero indicar que el *síntoma no dialectiza*, que esa fijeza, esa opacidad, esa repetición monocorde e idéntica no es sólo patrimonio de los *fenómenos automáticos elementales* propios de la psicosis. El síntoma, entonces, tampoco dialectiza de esa manera, es decir, de *manera directa*; pero sí lo hace de *manera indirecta*.²⁶

¿Qué hacemos entonces? Entramos por la primera puerta que encontramos abierta, es decir, por cualquier punto del que emerjan o salgan asociaciones de manera espontánea o «libre», cualquiera sea el asunto, ocurrencia, recuerdo de que se trate; a esta disposición terapéutica de no elegir por donde entrar sino de estar atento a las puertas que se abren, la tradición analítica la llama «atención flotante».

La mayor parte del tiempo terapéutico transcurre en la persecución de estas asociaciones siempre en fuga, como quien remonta un gran río partiendo de un pequeño riacho perdido entre los cientos o miles que hay en el delta de su desembocadura en el mar, hacia el corazón de las tinieblas, hacia territorios antiguos y olvidados, como la primera infancia, o hacia zonas desconocidas y salvajes, como las pasiones más bajas e inconfesables. Verdadero trabajo de demolición por saturación: *pacientemente* va horadando la ladera de una montaña gigantesca hasta que los cimientos ceden y *caen* sobre él gigantescos volúmenes de sentido. Sucesivos *aufbeben*, reconocimientos parciales

²⁶ Utilizo las expresiones «manera *directa*» y «manera *indirecta*» porque, en primer lugar, me parecen bastante claras y gráficas; pero, además, con ellas retomo y continúo el pensamiento que Søren Kierkegaard desplegó en toda su obra sobre la *comunicación directa* y la *comunicación indirecta*, en especial en su libro *Mi Punto de Vista*. Faltan las palabras para transmitir el extraordinario valor de la obra de este pensador para muy diferentes ámbitos, en especial para el psicoanálisis.

iluminadores y aliviantes; constantes y crecientes reconciliaciones consigo mismo. Hacia el final, hundimiento definitivo de *toda* la montaña más amada, emergencia de las angustias y miedos más atroces, de lo insoportable, aquello que nunca quisimos entrever y menos que menos enfrentar. Final de juego, *fin de análisis*.

El psicoanálisis no trabaja sobre el *síntoma* ni busca, de manera directa, su remisión; he aquí uno de los principios que está en la base de nuestra praxis y hace a su misma esencia. El trabajo directo sobre el síntoma es *sugestión*, lo que, por supuesto, no está prohibido y algunas veces puede alcanzar la remisión del síntoma; pero lo que jamás puede alcanzarse por esta vía es el reconocimiento de lo reprimido y la reconciliación consigo mismo, es decir, hacer conciente lo inconciente.

Este trabajo, estrictamente psicoanalítico, se desarrolla de dos maneras complementarias: de manera *indirecta* y de manera *directa*. En los últimos párrafos lo que estamos destacando es la manera *indirecta*, la más clásica, la que apunta y trabaja sobre lo que usualmente se señala como lo “interior”, la que tiene en la interpretación de los sueños su modelo ejemplar y que, curiosamente, en los últimos decenios ha sido casi dejada de lado y su elaboración abandonada, como si fuese un asunto ya acabado. Podríamos decir que esta manera *indirecta* es un acceso o nos «da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico»²⁷.

Por otro lado, no hay que confundir la *sugestión* con el trabajo psicoanalítico de imposición de *condiciones* e *indicaciones* terapéuticas, ni con las *intervenciones* en lo real de la transferencia; estas, a diferencia de las anteriores, son maneras *directas* que no operan sobre el síntoma ni se refieren a él, no trabajan sobre lo “interior” sino directamente en el tiempo y espacio real de la relación con el paciente, como decíamos antes «en vivo y en directo» (esta manera la hemos trabajado más arriba). Podríamos decir que esta manera *directa* es, a la inversa de la anterior, un acceso o nos da la posibilidad de tratar lo simbólico mediante real.

²⁷ «¿Qué es una praxis? Me parece dudoso que este término pueda ser considerado impropio en lo que concierne al psicoanálisis en general. Es el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico». J.Lacan, *Seminario XI*, pag.14.

Dejemos la neurosis y volvamos a las psicosis. El delirio consiste en una experiencia no inmediata sino mediata de la realidad, en la que se establece un juicio²⁸ sobre experiencias inmediatas o directas, un juicio sobre la experiencia de la realidad, a la que impropriamente podríamos llamar “bruta”, que afirma o niega que las cosas sean de tal o cual modo²⁹. Como la que realiza tal juicio es la propia conciencia, el delirio, a la inversa del *síntoma*, siempre es vivido como algo propio y se impone con la fuerza de lo propio. A la conciencia o a la subjetividad del paciente, entonces, el delirio no se le presenta como un «cuerpo extraño» que le provoca sufrimiento y constante malestar, como algo ajeno a su ser, del que no puede entender cómo llegó a su vida ni qué relación tiene con él; tampoco como algo enigmático y sin sentido; todo lo contrario, se le presenta pleno de sentido, como una y la misma cosa que el propio ser: *el psicótico ama a su delirio más que a sí mismo*. El trabajo con el delirio, entonces, a la inversa que con el síntoma, en primera instancia debería tratar de generar una

²⁸ Sobre el juicio extractamos las siguientes definiciones: «JUICIO: De los numerosos significados que se han dado al término “juicio” examinaremos los siguientes: 1) Juicio es la afirmación o negación de algo (de un predicado) con respecto a algo (un sujeto); esta es propiamente la definición de la proposición pero puede extenderse también al juicio en cuanto término mental correlativo de la proposición. ...3) Juicio es una operación de nuestro espíritu en la que se contiene una proposición que es o no conforme a la verdad y según la cual se dice que el juicio es o no correcto. 4) Juicio es un producto mental enunciativo. 5) Juicio es un acto mental por medio del cual pensamos un enunciado». *Diccionario de Filosofía abreviado*, José Ferrater Mora, Edhasa-Sudamericana, Barcelona.

²⁹ Tal vez sea el reconocimiento de esta diferencia, que opone la inmediatez perceptual en la alucinación por un lado a la mediación del juicio que caracteriza al delirio por el otro, la que haya producido y siga produciendo la convicción tan extendida de que el delirio emerge como un intento posterior de explicación de los fenómenos alucinatorios previos, los que de otro modo quedarían inexplicados y requiriendo ser integrados a la corriente consciente de la vida. Esta postura, hasta donde pude averiguar, ya la encontramos en Clerambault y aún en Charcot.

No habría, sin embargo, que dar por buena rápidamente esta idea tan aceptada como extendida, pues no sólo la pone en dudas la observación al alcance de todos de que hay muchos estados delirantes sin fenómenos alucinatorios previos, sino también, y muy especialmente, abrirse a la posibilidad inversa, a la de que tal vez los fenómenos alucinatorios puedan, a su vez, ser producto de una estructura delirante. ¿Por qué, además, la explicación de la alucinación estaría condenada a ser delirante y no una explicación normal? Sobre estos y otros asuntos conexos, consultar mi texto *La Telépata, un psicoanálisis de la alucinación y del delirio*.

brecha entre el delirante y su delirio, es decir, generar un interrogante en la *posición delirante* desde la cual emerge³⁰.

A mi entender, las tres diferentes posiciones psicóticas que señalé con anterioridad —las esquizofrenias, la maníaco-depresiva y las delirantes—, a pesar de las enormes diferencias que las separan, sostienen una *posición delirante primaria* común o compartida: la de no considerar a sus padecimientos como *síntomas* de algo que no anda bien en sus vidas y de lo cual deben hacerse responsables³¹. Esta desresponsabilización de la conciencia del psicótico se nos aparece como un intento de *negación* de su realidad, en la que siempre intervienen, con mayor o menor peso, sino ya un delirio hecho y derecho, al menos ideas o actitudes delirantes³². El trabajo psicoterapéutico sobre esta *actitud o posición delirante primaria* es, como dijimos, intentar abrir y establecer una *brecha* entre la idea delirante y la conciencia que la sostiene. Este trabajo es posible si el terapeuta se introduce e instala en el seno del *conflicto psicótico* que, ha diferencia del conflicto neurótico entre las *instancias psíquicas* del yo y el ello, se desarrolla entre las *instancias psíquicas* del yo y el mundo exterior³³. Este trabajo de establecer de manera clara los parámetros del conflicto psicótico y trabajar sobre él es un buen ejemplo de lo que llamé la *manera directa* de operar del psicoanálisis³⁴, manera que el sentido común diría que trabaja sobre lo “exterior” o sobre la realidad exterior.

Pero antes también ya señalé que esta des-responsabilización no es totalmente injustificada, dado que, en mayor o menor medida, todos los psicóticos padecen diversos «cuerpos extraños», desde fenómenos automáticos elementales, alteraciones del ánimo, hasta

³⁰ Se plantea aquí, de nuevo, la confrontación con aquellas posiciones terapéuticas que indican “no tocar el delirio”.

³¹ De allí la importancia nuclear que tiene, según veo, investigar la realidad del delirio en particular para entender la realidad de las psicosis en general.

³² «La neurosis no niega la realidad; se limita a no querer saber nada de ella. La psicosis la niega e intenta sustituirla». S. Freud, *La pérdida de la realidad en la neurosis y en las psicosis*.

³³ Qué diferencia existe entre la *instancia psíquica* «mundo exterior» y la *realidad* del «mundo exterior» es un tema que excede este escrito pero que cada psicoanalista tiene el deber de establecer.

³⁴ En mi escrito *La Telépata, un psicoanálisis de la alucinación y el delirio* se describe con minuciosidad y extremo detalle el trabajo realizado sobre el conflicto psicótico en el cuadro alucinatorio delirante de la paciente P.

complejas alucinaciones, todos fenómenos que, finalmente, no sienten como propios ni tienen el menor sentido para ellos. Las alucinaciones, por ejemplo, al contrario del delirio, son un verdadero «cuerpo extraño». La alucinación, para quien la vive, consiste en una experiencia inmediata y directa de lo real: se escuchan voces, se ven personas, se tienen sensaciones corporales; todos estos hechos están ahí, “ante los ojos”, por lo que resulta imposible dudar de su existencia. En el testimonio de los alucinados no aparece la menor vacilación o ambigüedad, no dicen: *tuve la impresión de que.., me pareció que.., sentí que..*; por el contrario, dicen: *escucho voces, siento un buevo dentro de la cabeza*, etc. Sean agradables o desagradables, estos fenómenos se imponen a la conciencia alucinada como algo real, algo independiente y autónomo, algo ajeno a la conciencia, que meramente los recibe sin reconocerlos como productos propios, como sí lo hace con los recuerdos, las creaciones de su imaginación o los delirios.

Con estas observaciones lo que quiero destacar es que no hay, en las psicosis, una única y principal manera de estructurar el abordaje psicoterapéutico; siguen siendo fundamentales tanto lo que llamé *manera indirecta* como la *manera directa*. En cada uno de los dispositivos, por ejemplo, en la asamblea, en musicoterapia o en las sesiones individuales de psicoterapia, puede que se privilegie uno u otro camino, incluso puede que no se privilegie uno u otro camino por dispositivos sino en los diferentes momentos en un mismo dispositivo, etc. Hay que pensarlo y elaborarlo.

Por último, creo importante que podamos en nuestro trabajo pensar un *destino de la pulsión* muy dificultoso de abordar; me refiero a la *sublimación*.

6

LA CONDICIÓN PSICÓTICA Y LA ENFERMEDAD PSICÓTICA.

Su tratamiento en Hospital de Día y en Talleres Terapéuticos.

Por Héctor Fenoglio. Junio 2009.

El siguiente texto surgió a partir de algunos interrogantes que emergieron en las Reuniones del Equipo de Salud del *Centro La Puerta*.

1.- ¿Cómo se trabaja terapéuticamente con psicóticos en el Centro La Puerta?

La respuesta que demos a este interrogante está subordinada a lo que consideremos por *enfermedad* psicótica.

Una de las maneras más usuales de entender esta *enfermedad* dice que al psicótico fundamentalmente le faltan recursos para adaptarse a la realidad. Esta posición aclara que adaptarse a la realidad significa hacerlo “activamente”, abriendo la posibilidad de “crear y trabajar con otros”. A esta idea por lo general se la pone en la línea de que Freud habría afirmado que una manera de definir la salud es la capacidad de trabajar y amar. La enfermedad del psicótico consistiría, entonces, en que le falta algo, en un déficit de “recursos”. Todo esto, aclaremos, desde esta posición que toma la enfermedad psicótica como un déficit. Como ustedes saben, yo pienso a las psicosis de manera muy diferente, no como una enfermedad en sí sino como una *condición* humana que, en nuestra cultura, es inestable en alto grado y tiende muy fácilmente a desestabilizarse y a enfermar.

Desde la posición que piensa la enfermedad psicótica como un déficit, la tarea profesional consistiría en proveerle al psicótico los recursos que le faltarían y ayudarlo a que se los apropie para que pueda adaptarse activamente a la realidad. Ante esta posición quiero plantear dos grandes grupos de preguntas:

- 1.- ¿Qué significa adaptarse?
- 2.- ¿Por qué no aprehendió los recursos para adaptarse?

1.- ¿Qué significa adaptarse? ¿Estar sano significa, de manera necesaria, ser autónomo, independiente (de los padres o de quien sea), poder mantenerse económicamente, es decir, no depender de nadie? ¿Estos son parámetros naturales, objetivos y universales de salud o éstos son los parámetros de salud de nuestro mundo capitalista, machista y neurótico?³⁵

Todos los que están bien adaptados a la realidad, incluso “activamente” (como muchos neuróticos enfermos y casi todos los psicópatas), ¿están y son más sanos que los psicóticos?

¿Qué significa salud? ¿Qué significa enfermedad? ¿No puede haber una salud basada en la no adaptación a *ésta* nuestra cultura? ¿No puede haber, a la inversa, como lo describió Winnicott, una enfermedad basada en la exacta adaptación activa a *ésta* cultura? ¿Hay adaptaciones sanas y adaptaciones enfermas? ¿Pasa lo mismo con las no-adaptaciones? ¿Quién y cómo se determina cuál es cuál?

¿El psicótico quiere adaptarse a *esta* realidad? ¿Es necesario tener en cuenta su deseo, su demanda? ¿Qué queremos nosotros? ¿Cuál es nuestro deseo (y nuestra demanda) en relación al psicótico? ¿Es legítimo, como terapeutas, tener deseos acerca de nuestros pacientes? ¿Cómo establecer los objetivos terapéuticos: por lo que a uno le parece bien y quiere para él, o por lo que el psicótico quiere, o por lo que la familia quiere, o lo por lo que el juez y la sociedad quieren...?

¿Hay una definición objetiva universal de salud por fuera y más allá del deseo del interesado o, en este caso, de quien demanda un tratamiento? ¿Hay alguna posibilidad de encuentro, de vínculo entre el psicótico y nosotros?

Por último: ¿estamos sanos?

2.- ¿Por qué y cómo el psicótico (enfermo o no) no puede o le cuesta adaptarse a *esta* realidad? Lo primero que hay que aclarar es

³⁵ Si una mujer elige, de común acuerdo con su esposo, depender económicamente de él, ser “ama de casa”, dedicarse a los hijos, no por eso está enferma. Lo mismo ocurre con una persona que, de común acuerdo con sus padres o quien sea, decide depender económicamente de ellos.

que lo que le cuesta al psicótico es adaptarse a la faceta mundana o profana del mundo, pues con los aspectos no profanos y no mundanos del mundo, es decir, con el arte, la religión, los juegos, etc., el psicótico casi no tiene problemas; lo que al psicótico le cuesta es adaptarse al funcionamiento más neurótico del mundo, es decir, al cálculo, el comercio, la previsión, el doblez, la picardía, la seducción, la ironía, etc.

El psicótico enfermo tiene, aún, muchas más dificultades para adaptarse a este mundo. Ahora bien, si el paciente psicótico no aprehendió los recursos para adaptarse, ¿por qué no los aprehendió? ¿No pudo?, ¿no quiso?, ¿nadie se los acercó?, ¿porque es parte de su ser psicótico?

Si los aprehendió pero ya no los tiene, ¿por qué nos los tiene? ¿Los perdió (de qué manera), los abandonó, los rechazó, se los sacaron?

Si nunca los aprehendió, ¿cuál fue el motivo?

El psicótico, ¿quiere aprehender los recursos para adaptarse al mundo o los rechaza?

El psicótico, ¿puede aprehender los recursos para adaptarse al mundo o por su condición se ve imposibilitado de ello?

Ante el enfoque considera la enfermedad psicótica como un déficit, ¿debemos considerar a este déficit como una *enfermedad*? Creo que no. Planteadas las cosas de esa manera, más que de *enfermedad* deberíamos hablar de *discapacidad*.³⁶

¿Debemos considerar a la provisión de los recursos que al psicótico le faltan como un trabajo *terapéutico*, o sería más adecuado llamarlo de *rehabilitación*?³⁷

Para evitar confusiones y avanzar en precisión, a mi entender deberíamos diferenciar muy claramente entre *enfermedad* y *discapacidad*. La *discapacidad* no es una enfermedad. La *discapacidad* es un estado

³⁶ El elemento «dis» en «discapacidad», introduce el sentido de negación o de contrario. Diccionario Anaya.

³⁷ Consultar al respecto el artículo *Rehabilitación en pacientes psicóticos*, de Raúl Camino, en LA PUERTA.

(más allá de su causa), que no tiene retorno, es decir, que *no puede volver al estado originario* de salud del que partió o al estado común a la mayoría de los individuos de la especie. El significado de la palabra *discapacidad* ya introduce el sentido de negación de cierta *capacidad*, y ésta es entendida como la posibilidad de hacer o tener algo. La *discapacidad* indica la pérdida, por lo general permanente, de una posibilidad.

Son conocidas las fórmulas que hoy definen al discapacitado como poseedor de un estado de “capacidades diferentes”. Creo que, de ser así, más que de *discapacidad* deberíamos hablar de una *condición* diferente. Sin embargo, todos coinciden en que cuando hablamos de discapacidad hablamos de un estado básicamente limitante, de una pérdida o de nunca haber accedido a una capacidad esperable para los individuos de la especie.

En la *discapacidad* cabe la tarea de *rehabilitación*³⁸; pero esta tarea en absoluto corresponde cuando nos enfrentamos a una *condición* diferente. Ante una *condición* diferente, diferente a las condiciones más típicas y comunes en nuestra sociedad, no cabe otra actitud que el aceptarla como una forma más del ser humano.

En el sentido habitual, en cambio, *enfermedad* es un estado de pérdida o disminución de un estado de salud previo, al cual siempre es posible referirse para tomarlo como parámetro de comparación. Puede ser reversible y transitorio o crónico y permanente. Esto es así cuando hablamos de la salud sólo en sentido físico. La salud física es *inmediata*. Aunque nacemos prematuros y aún debemos completar nuestro desarrollo, si se dan las mínimas condiciones llegaremos a la plena madurez física. Tal desarrollo, podríamos decir, se realiza de forma automática. Nacemos sanos y, si enfermamos, la *cura* consiste en volver al estado natural sano en el que estábamos antes de enfermar. La llamada “salud mental”, en cambio, es por completo diferente: no es inmediata, no se desarrolla automáticamente. Si cuando nacemos no tenemos la asistencia de otro humano, no sólo moriríamos de hambre sino que, además, nunca aprenderíamos a hablar, etc. En lo referente a la salud mental, no sólo se requieren condiciones ambientales propicias sino también, y muy especialmente, una disposición de nuestra parte para conquistar nuestra salud. En este ámbito, la

³⁸ Ver el artículo *La rehabilitación en psicóticos*, de Raúl Camino, en la biblioteca de La Puerta.

cura no consiste en volver a un supuesto estado saludable de base, que en realidad nunca existió, sino en un trabajo constante de nuestra parte y del medio ambiente para alcanzar la salud.³⁹ No nacemos sanos, tenemos que devenir sanos. Esto desborda infinitamente el actual encuadre médico de la salud que la concibe en el estrecho marco de no estar enfermo o *no estar mal* cuando, en verdad, *estar sano es mucho más que no estar enfermo*.⁴⁰

Podemos formular la diferencia entre *discapacidad* y *enfermedad* de la siguiente manera: mientras que la *discapacidad* es manifestación de un *déficit* (lo que falta para que haya lo conveniente o necesario), la *enfermedad* es manifestación de un *conflicto* (lucha o choque entre dos fuerzas opuestas). Con las palabras en uso, el trabajo en la *enfermedad* se orienta, a mi entender, al tratamiento, a la *terapia*.

La *condición* es, por otro lado, un tercer concepto y estado que es necesario postular y pensar como diferente a los dos anteriores. Es un estado permanente e irreversible, que no es manifestación de un conflicto, es decir, no es una enfermedad (en estas dos facetas se asemeja a la discapacidad); pero, a diferencia de la discapacidad, no es limitante ni es pérdida o no acceso a una capacidad esperable, sino que es un verdadero estado de “capacidades diferentes”, o sea, un estado que no aspira ni debería aspirar a cambiar de estado. Es decir, es un estado sano. La homosexualidad, por ejemplo, es una condición, la heterosexualidad es otra, el ser mujer es otra condición, el ser varón es otra, la ancianidad o vejez es otra. El varón no tiene la capacidad de gestar hijos, el heterosexual no tiene la capacidad de gustar de alguien de su mismo sexo, el anciano no tiene la respuesta física del joven, etc.; todos tienen capacidades comunes y tienen, a la vez, capacidades propias diferentes entre sí.

La *condición* es un estado sano y estable; puede, como todos, enfermar. Ahora bien, aunque sea un estado sano y estable, hay *condiciones* que, en relación a un entorno muy diferente u hostil, se encuen-

³⁹ No alcanza sólo con nuestro esfuerzo, también es necesaria la salud de nuestro ambiente familiar, social y comunitario. No sólo cuando somos niños o jóvenes, también en nuestra adultez.

⁴⁰ Esta es la consigna que guía toda la práctica del Área de Salud del Centro LAPU-ERTA.

tran en estado de alta inestabilidad; en relación a tal entorno son *excéntricos* y *extemporáneos*.⁴¹ En estos casos puede establecerse una lucha con el entorno, que conduce a un triunfo, a un empate perpetuo o a una capitulación definitiva. Desde aquí la *condición* se asemeja a la *discapacidad*, en el sentido de que no puede adaptarse a las normas y exigencias del entorno, pero como se puede apreciar, las razones son muy diferentes: en el caso de la *condición* el entorno no registra, no ve, no entiende la condición diferente; incluso puede, si la ve, no aceptar dicha condición, puede llagar a la condena social y hasta la cárcel (es muy cercano el caso de la homosexualidad, o del encierro del loco). ¿Qué tarea asistencial sería adecuada aquí? Se podría, en algunos casos, no en todos, hablar de resocialización, pero con mucho cuidado. Otra tarea sería la de asociarse y acompañarlo en su lucha contra el entorno.

¿Las psicosis son una *discapacidad*, una *enfermedad* o una *condición*?

La elección de una de estas posibilidades en detrimento de las otras determina una modalidad de asistencia. Por lo general se distribuyen así:

Discapacidad = déficit = rehabilitación ⁴²
Enfermedad = conflicto = terapia.
Condición = salud = aceptación

Yo soy proclive a considerar las psicosis como una *condición* sana pero altamente inestable en el entorno en extremo hostil del mundo capitalista, neurótico y machista en que vivimos. Esta situación lleva a que la enfermedad haga estragos en la mayoría de ellos, sin que puedan encontrar, antes y después de enfermar, ámbitos y caminos que les ofrezcan posibilidades de un desarrollo sano y en paz. Su asistencia, por tanto, está atravesada tanto por la *terapia* como

⁴¹ Es el caso de casi todos los santos, de muchos artistas, etc. Cualquiera tiene varios ejemplos a mano.

Excéntrico: 1. Extravagante. 2. Que está fuera del centro o tiene un centro diferente. 3. Se aplica a figuras cuyos centros no coinciden. *Extemporáneo*: 1. Impropio del momento en que transcurre. 2. Inoportuno, inconveniente.

⁴² No se me escapa que hoy en día se utiliza el término “rehabilitación” para denominar las prácticas destinadas a volver a alcanzar un estado anterior saludable.

por la *rehabilitación* y la *resocialización*, pero también, y me animaría a decir *fundamentalmente*, por la lucha por el reconocimiento, por nuestra parte y de la sociedad toda, de la realidad de su *condición*. Hay, estoy seguro, un pensamiento, un arte y una cultura psicóticos, ya manifestada en la obra de muchísimas personas (Artaud, Fijman, Hölderlin, y tantos otros), obra que expresa y se encuentra entre lo mejor y más elevado de la experiencia humana. Y no sólo eso, yo entreveo que en ese pensamiento y cultura psicótica se encuentran muchas y preciosas formas de vida y de relaciones humanas muy superiores a las de nuestro tiempo, predominantemente neurótica, a cuales podríamos y deberíamos recurrir si decidiéramos producir las profundas transformaciones pulsionales en nuestras vidas si nos decidiéramos intentar vivir, de una vez por todas, con arreglo a la verdad y a nuestros medios.

La pregunta de la cual partimos puede reformularse así: ¿por qué llega un psicótico a un tratamiento en La Puerta? Hay que aclarar una cosa: por lo general el psicótico no llega sino que lo traen, y la mayoría de las veces por la fuerza o de manera forzada. Esto no es un detalle menor, sino que manifiesta la esencia misma de la enfermedad psicótica. Una diferencia clínica fundamental entre el neurótico y el psicótico es que, mientras el neurótico es él mismo quien demanda o pide un tratamiento, el psicótico por lo general no lo demanda ni lo pide, sino que más bien lo rechaza, o lo acepta o tolera porque sus allegados se lo imponen o porque le conviene más evitar conflictos que confrontar con ellos. Que el neurótico demande un tratamiento, por su propia cuenta y riesgo, no es una casualidad ni un detalle menor, es la manifestación visible y real de un hecho muy profundo y decisivo, el hecho de que, por mil maneras y después de un trabajoso trayecto, ha llegado a *reconocer* que él no es ajeno sino el primer responsable de los problemas que padece. El psicótico, en cambio, a pesar de que padece tantos o más problemas que el neurótico, por lo general los considera ajenos a su propia responsabilidad, haciéndole cargo de ellos a la familia, a los otros, al mundo, a su cuerpo, etc.,

pero nunca a él; por eso es que no es él quien consulta sino sus allegados.⁴³

El neurótico puede *reconocer* su responsabilidad porque lo que debe ser reconocido él mismo lo ha excluido, tapado, *reprimido*, y sigue haciéndolo minuto a minuto hasta este mismo instante. El psicótico, en cambio, *no puede reconocer* su responsabilidad porque él no ha excluido, tapado ni reprimido nada, por ende se comporta como si en el lugar de lo reprimido no hubiera nada, nada que reconocer. Esta característica de la *posición psicótica*, igual que la de la *posición neurótica*, no es circunstancial, contingente, sino que constituye su esencia misma.

Tanto en la neurosis como en la psicosis, la enfermedad se desencadena ante la imposibilidad de encontrar una solución o darle un curso aceptable a una situación o algo que le resulta insoportable⁴⁴. La manera de comportarse que desencadena la enfermedad neurótica es *no querer saber nada* con eso insoportable; la manera de comportarse que desencadena la enfermedad psicótica, en cambio, es hacer que eso desaparezca del mundo, nunca existió. Estos distintos proceder es supuestos en el origen por la doctrina psicoanalítica, en realidad los deducimos de la manera actual de comportarse de uno y de otro pues, en lo actual de la relación con los otros y con el mundo, se manifiesta y establece la misma rutina que en el original, es decir, dentro de la dialéctica reconocimiento-no reconocimiento en la neurosis, y como algo ajeno, exterior a sí mismo en la psicosis. Ni el neurótico ni el psicótico son responsables de la existencia de lo insoportable, esa es una realidad que los excede; de lo que sí son responsables es de ver qué hacer ante y con eso. La enfermedad neurótica comienza cuando no se quiere saber nada de eso, se lo tapa, se lo ignora, se lo reprime; y lo reprimido retorna en síntomas. La enfermedad psicótica comienza cuando, para él, lo insoportable no existe; pero lo insoportable sigue existiendo en insistiendo insoportablemente.

¿Qué hacer entonces si el psicótico no quiere tratarse? En primer lugar, si bien no puede reconocer su responsabilidad en la producción de sus padecimientos, al menos que se haga cargo y responsable de la solución de los mismos. Si no quiere hacer nada como

⁴³ Sobre el desarrollo de este asunto y de lo que viene inmediatamente, consultar mi texto *La relación psicoterapéutica*, Febrero 2009, en fenogliohector.blogspot.com

⁴⁴ Eso insoportable, según la tradición psicoanalítica, es la «castración».

sujeto para resolver los padecimientos de los cuales es *objeto*, entonces nosotros como profesionales no podemos hacer nada. Si, en cambio, manifiesta el deseo de querer resolver sus padecimientos y realiza la demanda de ayuda, nosotros, como terapeuta, podemos comenzar un trabajo terapéutico. Esta modalidad de operación de instalación del vínculo terapéutico (transferencia) en nuestra corta tradición en La Puerta la venimos expresando con el siguiente principio: *con una sogá se puede tirar, pero no se puede empujaro*; si el paciente no quiere, no busca, no desea curarse, si no se agarra fuerte de la otra punta de la sogá, o la suelta, nadie ni nada lo puede empujar ni obligar a curarse. Este trabajo, con el psicótico, no se da sólo al inicio y después ya queda instalado para siempre, por el contrario, es una zona de beligerancia constante en la cual se desarrollan todas las vicisitudes del tratamiento.

2.- ¿Por qué y para qué indicar un tratamiento en los dispositivos Talleres Terapéuticos o en Hospital de Día en La Puerta?

En estos momentos del desarrollo de nuestra institución y de nuestros dispositivos terapéuticos considero que es muy útil diferenciar de manera clara, tajante y nítida la tarea y función del HD de la tarea y función de los TT, para no confundir los objetivos, a quien está dirigido, y las tareas que cada uno desarrollan.⁴⁵

EL HOSPITAL DE DÍA.

El Hospital de Día (HD) es un dispositivo de *internación parcial*. Está diseñado para pacientes “agudos” y “subagudos” (para los “agudos” severos se hace necesario una *internación plena*, institucional o domiciliaria) donde el *objetivo terapéutico* está centrado en salir de la situación de crisis o descompensación. El tratamiento en esta etapa se centra en una tarea de cuidado y contención, reordenamiento de la situación familiar y social, y de espera a que operen el tratamiento farmacológico, el reacomodamiento y acompañamiento familiar y las

⁴⁵ Ver al respecto: NORMAS DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, disposición (S.R.S) N° 72, Abril 2 de 1985.

fuerzas espontáneas restitutivas de la vida. Se supone que esta es una tarea de corto o mediano plazo.

El HdeD está indicado, a diferencia de la internación plena, para los pacientes que:

- a) no necesitan tratamiento y/o control profesional las 24hs,
- b) tienen familia⁴⁶ o un grupo de contención mínimo necesario,
- c) la internación plena no sólo no es indicado sino contraindicado: “es peor el remedio que la enfermedad”.

Sin embargo, necesitan estar internados un tiempo parcial porque:

- a) no pueden estar y/o cuidarse solos,
- b) no se hacen responsables de la toma de la medicación,
- c) la familia no puede hacerse cargo de su cuidado las 24hs (o no conviene),
- d) han roto y/o no restablecen los lazos sociales mínimos necesarios y/o saludables.

El HD es un sistema terapéutico de *internación parcial*⁴⁷ tanto en relación al tiempo (*part time*), como en relación a la responsabilidad sobre el tratamiento y los cuidados del paciente. No es una internación pero tampoco un tratamiento ambulatorio; es un sistema intermedio y, a la vez, una mezcla de ambos.

Es un tipo de *internación* porque:

- a) el paciente está internado en un lugar físico e institucional especializado;
- b) está una cantidad de días y de horas por día, clara y bien determinada, variable según el caso, por un lapso de tiempo establecido;
- c) en ese tiempo está bajo responsabilidad institucional;
- d) allí está en tratamiento terapéutico y control profesional constante,
- e) siendo todo esto acordado formalmente por el paciente, su familia y los profesionales en representación de la institución.

En relación a porqué no es una internación hospitalaria plena y se emparenta más con un tratamiento ambulatorio:

⁴⁶ Se nos presenta un problema con aquellos pacientes que no tienen una familia o grupo de contención; para ellos se nos vuelve urgente pensar implementar otros dispositivos terapéuticos como *Casas Compartidas*, *Visitas Terapéuticas*, etc.

⁴⁷ Así lo entiende también W.R.Grimson en su libro *Sociedad de Locos*, Cap. 8.

- a) es *part time*;
- b) la responsabilidad es compartida por la institución, la familia y el paciente; de esta manera, no sólo no favorece la regresión, la dependencia ni la segregación del paciente (propio de las internaciones plenas prolongadas), sino que propicia la integración, la resocialización, fomenta la responsabilidad personal y el hacerse cargo de los problemas de cada uno y del tratamiento.
- c) propicia buscar nuevos vínculos con la familia y el mundo.
- d) el trabajo es grupal.

LOS TALLERES TERAPÉUTICOS (TT)

Los TT no son un dispositivo de internación, es un dispositivo de *tratamiento ambulatorio*.

Está diseñado para los pacientes denominados “crónicos” que no necesitan cuidados profesionales intensivos, es decir, que no están en situación de crisis ni en condición de desvalimiento severo, que se han estabilizado pero que, por su enfermedad, por el momento que atraviesan o por sus características personales, necesitan un tratamiento de mayor intensidad, de mayor tiempo o de un abordaje diferente a los dos enfoques más tradicionales: la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. En la estabilización, el tratamiento farmacológico tiene la función de sostener la estabilidad, y el tratamiento psicoterapéutico asume un mayor protagonismo pero, además, puede estimarse que es necesario ampliar los recursos terapéuticos con otras modalidades:

- 1.- Talleres de arte-terapia: musicoterapia, danzaterapia, etc.;
- 2.- Talleres ocupacionales de reinserción social y laboral.
- 3.- Talleres de trabajo corporal: gimnasia conciente, yoga, tai-chi, etc.

Además hay talleres y cursos abiertos a la comunidad, en los que también participan los pacientes que lo soliciten o les sea indicado, cuyo objetivo y disposición central no es lo terapéutico -aunque siempre tienen efectos terapéuticos:

- 4.- Talleres y cursos de arte: plástica, música, teatro, etc.

5.- Cursos de trabajo corporal, baile, etc.

Ambos dispositivos, El HD y los TT, tienen destinatarios, tareas y funciones bien diferentes. De tal manera, podemos preguntarnos si un paciente necesita uno u otro, o, estando en uno, debe y puede pasar al otro, etc. Puede que haya, entre el HD y los TT, espacios y momentos comunes (talleres, meriendas, etc.), pero podemos diferenciar de manera clara y sencilla cuál dispositivo sería más adecuado a cada uno, cuál paciente está en un dispositivo y cual en otro, cuál es el trabajo que realizan en cada uno de estos dispositivo, etc.

La experiencia terapéutica tiene, en relación al HD y los TT, objetivos en dos niveles diferentes y con tareas bien diferenciadas. La tarea del primer nivel, propia del HD, apunta y hace centro en el *cuidado* del paciente, en el sentido de buscar por lo menos que su estado no empeore esperando, a la vez, que actúen los medicamentos y los procesos naturales de la vida para mejorar su estado. La tarea del segundo nivel, propio de los TT, apunta a la *cura*, en el sentido de que su estado mejore hasta restablecer o alcanzar⁴⁸ un estado de salud⁴⁹ lo más pleno posible.

3.- ¿Qué diferencia existe entre Psicoterapia y Taller Terapéutico?

Cura es la traducción latina del término griego *Terapia*, y ambos términos significan *Cuidar* (servir, solicitud, entrega). En sentido muy amplio, toda terapia consiste en una experiencia⁵⁰ que, por lo general, se desarrolla entre dos personas: el terapeuta, quien guía la experiencia, y el paciente, quien la realiza o es sujeto de la experiencia.

⁴⁸ En el ámbito de la salud mental, a diferencia del ámbito orgánico, nunca hubo en realidad un estado de salud pleno inicial al cual volver; siempre encontramos un proceso de crecimiento y maduración constante hasta la etapa final de la adultez donde, en nuestra sociedad al menos, tampoco encontramos, salvo excepciones, un estado mental estable y saludable.

⁴⁹ **Salud** significa “estado de bienestar tanto físico como psíquico”; también “salvación” y “estado de gracia”. **Sano** significa “de buena salud”, también “sensato”. **Enfermo** viene del latín *infirmus* = “no firme” (*in-firmus*), “endeble”.

⁵⁰ En mi texto *La experiencia psicoterapéutica* he desarrollado porqué un tratamiento psicoterapéutico consiste en una *experiencia*.

LA PUERTA es una *comunidad terapéutica abierta*⁵¹ de salud mental, y la concepción que orienta y dirige todo el proceso terapéutico es el *psicoanálisis*. La comunidad terapéutica y el psicoanálisis son el ámbito clínico-institucional y el marco conceptual más general dentro del cual se desarrollan todos y cada uno los diferentes *dispositivos terapéuticos*.

En su seno se desarrollan dos dispositivos terapéuticos muy conocidos y tradicionales en el tratamiento de pacientes psicóticos: uno es la psicoterapia y otro es la terapia farmacológica. En otros escritos he comenzado a abordar el modo de operar específico de la psicoterapia⁵² con psicóticos, estando aún en deuda en relación al abordaje farmacológico. Aunque de importancia decisiva, estos dos modos no abarcan ni agotan la variedad y riqueza de la experiencia terapéutica que desarrollamos en La Puerta; hay otros dispositivos, de gran peso e importancia terapéutica, como el Hospital y los Talleres, sean terapéuticos o no, el Acompañamiento Terapéutico y el Club de Salud, dispositivos y tareas que es necesario elaborar y precisar su función, especificidad y modo de operar puesto que, comparado con los anteriores, no fueron enfocados con firmeza y determinación.

¿Qué diferencia el trabajo en un Taller creativo del que se realiza en la Psicoterapia?

Una respuesta que comúnmente aparece ante esta pregunta puede resumirse en las siguientes palabras: «El trabajo en el Taller, a diferencia del paciente que se recuesta en el diván y habla, no es posible si no se da en la acción, en un **trabajar**, en el **hacer**, en la **tarea** que es parte del dispositivo».

Hay que recordar que la psicoterapia es mucho más que simplemente hablar, es una experiencia real que transcurre en el seno de un vínculo real entre dos personas reales (por lo menos), en la que se despliegan y desarrollan actos y acciones diversas (entre ambos y en cada uno de ellos), bajo la apacible forma de una charla periódica. Visto exteriormente, las negociaciones, por ejemplo, entre dos narcotraficantes sentados en un bar, o la venta de un riñón entre un desesperado por dinero y otro desesperado por un riñón, o la charla final de separación conyugal de una pareja dentro de un auto, vistas desde

⁵¹ Ver mi texto *La comunidad terapéutica* en fenogliohector.blogspot.com

⁵² Ver mi texto *La experiencia psicoterapéutica* en fenogliohector.blogspot.com

afuera, son situaciones que no pasan de ser simples charlas cuando, en realidad, son actos y acciones que cambian la vida de algunas o muchas personas, incluso de países y hasta del mundo.

Lo que es cierto y exacto, sin embargo, es que la experiencia y el vínculo psicoterapéutico se establecen y desarrollan hablando, es decir, mediante palabras. También es cierto y exacto que la psicoterapia, bajo su modalidad hablada, consiste en un trabajar y en llevar adelante una tarea, tanto por parte del paciente (asociación libre, etc.) como por parte del terapeuta.

Un taller (de arte-terapia, corporal, de producción, etc.), a pesar de todo, se diferencia de manera clara de la psicoterapia (al menos exteriormente) porque desarrolla su trabajo por otros medios que no son la palabra: una práctica artística, corporal, artesana, y, al límite, se confunde con la vida y la producción social: un taller protegido, un empresa social, etc.

Aparecen aquí algunos interrogantes:

- 1.- Uno se autoriza y sostiene el lugar y la función de psicoanalista a partir de la experiencia de su propio psicoanálisis y su fin de análisis. Así, cada uno ha experimentado y constatado la efectividad desorbitada del psicoanálisis en su vida y desde allí, a su modo, lo entiende y lo practica. ¿Desde qué experiencia y constatación personal inaugural alguien se autoriza y presenta como guía de una experiencia terapéutica de taller?
- 2.- ¿El arte es una práctica privilegiada en relación a los talleres terapéuticos, o su lugar y función también lo puede desarrollar un deporte, un oficio, juegos, etc.? ¿Qué diferencia, en el sentido que venimos trabajando, al arte-terapeuta del terapeuta ocupacional?
- 3.- Aunque en este momento la pregunta suene a despropósito, de todos modos vale la pena tenerla como horizonte de pensamiento: ¿cómo o por qué curan los talleres?

4.- ¿Talleres de arte o Talleres de arteterapia?

Es indudable, y cualquiera lo puede corroborar por su experiencia propia, que la práctica artística tiene, por sí misma, efectos terapéuticos, sin importar si se desarrolla dentro o fuera de un taller, dentro o fuera de una institución de salud mental, solo o en grupo, etc.

¿En qué se diferencia un taller de arte-terapia de un taller o curso de arte a secas?

El taller de arte tiene como función y objetivo: a) que el participante alcance a dominar una técnica artística y b) proveer un ámbito adecuado y guiado para el desarrollo de esa práctica. Por la negativa, no se preocupa en lo más mínimo de los efectos terapéuticos que pueda proporcionar.

El taller de arte-terapia, en principio, no tiene como función y objetivo que el participante alcance a dominar una técnica, tampoco ofrecer un ámbito guiado para el desarrollo profesional de la práctica artística. Su objetivo eminente es y debe ser terapéutico, utilizando para ello, como herramienta, la práctica artística.

Parece ser que un taller así es más terapéutico que artístico. Si es así, es decir, si su objetivo no es apuntar de verdad a un camino y a una práctica artística seria y definitiva, sino que usa a ésta como herramienta, ¿de dónde saca, entonces, los recursos terapéuticos que la práctica artística genuina provee? ¿Es posible que un taller de arte-terapia sea terapéutico si no persigue los objetivos de un taller de arte? ¿O será a la inversa, que un taller de arte-terapia sólo es un taller de arte, bien en serio, pero inmerso en un proceso terapéutico y acompañado por un terapeuta? Pero de ser así, ¿hay algo terapéutico más allá de los efectos terapéuticos que toda práctica artística genuina siempre acarrea? ¿Puede ser, incluso, que un taller de arte llegue a ser más terapéutico cuanto menos terapéutico se proponga ser?

Considero que la coordinación de un taller de arte para psicóticos debe estar a cargo de alguien que esté a la altura del asunto, o, si no, que sea co-coordinado por un terapeuta. De igual modo, no alcanza conque el coordinador sea un artista (creo incluso que no es necesario), sino que debe ser alguien que esté preparado para coordinar un taller de arte. Por último, si el coordinador no es un artista profesional, al menos debe ser un artista amateur o estar embriagado de ese espíritu.

No alcanza con un típico taller de arte en la comunidad. El taller de arte con psicóticos en La Puerta debe estar a cargo de: a) un artista, b) capacitado para coordinar cursos o talleres de arte, c) preparado para intervenir terapéuticamente o, si no lo está, co-coordinar con un terapeuta. Este terapeuta, a la vez, a) tiene que estar capacita-

do para coordinar talleres, b) ser artista (profesional o amateur) o estar embriagado del espíritu artístico.

Considero que el arte es una práctica *excéntrica* a nuestra forma de vida, es decir, una práctica cuyo centro no coincide con el eje de las prácticas usuales y dominantes en nuestra sociedad. En nuestro medio, el eje o el centro de las preocupaciones y prácticas “normales” está orientado hacia lo que por lo general se llaman las preocupaciones mundanas: el dinero, la salud, la casa, la comida, la familia, etc. El centro del arte, en cambio, no es mundano, a pesar de que su producción pueda llegar a ser parte del intercambio y comercio mundano.

Una de las características más notorias del arte, vista con ojos mundanos, es que es inútil, inservible; sus productos no satisfacen ninguna necesidad vital y el trabajo artístico es un derroche de fuerza y energía gratuito y casi obsceno. Sin embargo, el arte se impone desde los más remotos tiempos como una de las realidades más preciosas de lo humano. ¿Qué es lo que lo hace tan necesario y tan valioso, a pesar de que no sirva para nada?

En primer lugar, el hecho de que genera placer, tanto en la creación como en la recepción del producto artístico. Ahora bien, hay muchas otras cosas que generan placer: el sexo, comer, etc.; a diferencia de ellas, el arte, es la continuación del placer natural por medios artificiales; podríamos decir que es una especie de vicio pero sano. El arte comparte esta cualidad con los juegos (y el jugar), y en muchos casos y situaciones se superponen hasta confundirse. El deporte, por ejemplo, comparte con el arte estas mismas características.

Hay, sin embargo, una singularidad propia del arte, que lo diferencia de manera radical y lo aleja de todos los placeres mundanos y tampoco comparte con los juegos ni los deportes (habría que excluir aquí de los deportes a las artes marciales), y que lo hace tan decisivo para la vida humana. Me refiero a que el arte es una práctica y, a la vez, un camino que abre la posibilidad de alcanzar una experiencia que podemos catalogar de “espiritual”, y que podemos describir como de “una búsqueda y encuentro consigo mismo”, “de comunión”, “de consumación”, “de plenitud”. Nada en la vida mundana se orienta, se propone ni permite alcanzar semejante experiencia, más aún, por lo general la vida mundana desconoce (tanto en el sentido de que no sabe que existan como en el de que tampoco les interesan o direc-

tamente niegan) éstas experiencias. La práctica mundana casi siempre se trata de un medio para alcanzar otra cosa que, a su vez, es otro medio para... y así sucesivamente; es decir, la vida mundana nunca alcanza su objetivo de vida, nunca se consume, nunca se llena. La práctica artística, por el contrario, nunca puede ser un medio para otra cosa, es un fin en sí mismo que, si se logra, es pleno y consumado.

Esta singularidad tiene cierto parentesco con la experiencia religiosa, pero se diferencia en que la artística es una práctica y una experiencia que no se pretende trascendente ni un medio de acceso a lo divino, se reconoce y delimita como estrictamente humana sin salir nunca del ámbito terrenal y sensible. Sin embargo, puede aceptarse que la experiencia artística, tanto en los riesgos mundanos que implica su práctica, como en la experiencia sublime que abre y alcanza a realizar en el seno de lo mundano, esté relacionada con una experiencia de verdad.

Al psicótico, como hemos visto, le cuesta adaptarse a la faceta mundana o profana del mundo, pero no tiene dificultad con aquellos aspectos que no lo son, tales como el arte, la religión, los juegos, etc.; en éstos ámbitos puede desarrollarse perfectamente bien, sin tener que soportar limitaciones en comparación con el neurótico, incluso puede que tenga, al respecto, mayores y mejores capacidades. En este sentido, la cura por el arte no devendría ni sería efecto del reconocimiento de los contenidos por él reprimidos y de la caída de todas las ilusiones como en el neurótico, sino del desarrollo de su propio ser en la experiencia artística, en principio común a todas las condiciones (al menos psicóticas y neuróticas) y, por tanto, posible de integrarse en un mismo mundo al menos en este aspecto.

Pero en este caso, el arte no sería ya un medio ni una herramienta para alcanzar otro fin, en este caso la cura, sino un fin en sí mismo que, en su despliegue natural, trae consigo la realidad de la cura. En este caso, entonces, lo que cura es el mismo y propio arte practicado con toda la seriedad habida y por haber, sin ningún propósito terapéutico.

5.- Lo comunitario, lo grupal y lo individual

La praxis terapéutica en La Puerta es comunitaria. Desde los dispositivos institucionales, donde el agente terapéutico es la institución como un todo, las clases abiertas, los eventos especiales, los primero de Mayo, los partidos de fútbol, las comidas comunitarias, la gestión administrativa, la manera de manejar el dinero, pasando por los dispositivos grupales, los talleres, cursos y seminarios, hasta los tratamientos individuales, las consultas psiquiátricas, las entrevistas familiares, la atención domiciliaria, etc., todo gira alrededor del eje comunitario.

Es probable que, cuando llegan, los pacientes no estén en condiciones de abrir y sostener un lugar en la comunidad abierta ni en un grupo; pero la existencia de la experiencia comunitaria de La Puerta, de un ámbito grupal-institucional ya en curso, los incluye de inmediato. La inclusión de cada nuevo integrante es el inicio de la instalación de la transferencia; es, por tanto, un momento muy importante y decisivo, y la operación tal vez más importante (junto al establecimiento de la relación personal-terapéutica con su terapeuta) es su inclusión en el grupo más íntimo y estable de la comunidad, el que está instalado casi todas las tardes en el patio de La Puerta, el que viene los fines de semana, el que prepara las comidas comunitarias, etc. La inclusión y participación en la comunidad de La Puerta sigue teniendo una potencia terapéutica tan enorme que me animaría a decir que tiene un efecto terapéutico incomparablemente mayor a cualquier otra práctica o dispositivo que desarrollamos. Esta característica, además, propia de La Puerta, es la que engloba y tiñe con su tono particular todas las prácticas y todas las relaciones que se desarrollan, a punto tal que, aun siendo las mismas que en otros lados (musicoterapia, atención psicológica y psiquiátrica, etc.) les imprime un modo diferente al desarrollado en cualquiera otra institución.

Este asunto es de primerísima importancia. Hay que repetirlo una y otra vez: todas las prácticas que se implementan en el *Centro LA PUERTA* se inscriben en el marco y en el concepto vivo de la *Comunidad Terapéutica Abierta*.

FRANQUEZA PERFECTA
El vínculo terapéutico con psicóticos
 Por Héctor Fenoglio. 2009/2010

Recientemente he caído en la cuenta, con gran sorpresa para mí, de una característica que tiñe de manera decisiva toda mi relación terapéutica con psicóticos, a quienes vengo tratando, varias horas por día, desde hace más de 20 años. Esta característica no siempre estuvo, apareció hace unos 12 años y continúa hasta hoy. Antes venía trabajando de manera frecuente con niños y adultos psicóticos, pero esta característica no era parte de mi praxis terapéutica.

Digo “no estuvo siempre” o “apareció” porque la manera fue exactamente esa, quiero decir, no comencé a implementarla de forma deliberada y conciente, sino que simplemente se fue dando. Hasta hoy no fui conciente de ello, de allí mi gran sorpresa al darme cuenta de que durante muchos años vine haciendo algo, con gran gusto además, sin tener conciencia de ello. Y no sólo eso; lo que aumenta aún más mi desconcierto es que recién ahora registro que este asunto es central y decisivo en el tratamiento con psicóticos, a tal punto que me resulta muy difícil pensar una relación terapéutica con ellos que no la contemple. Esta característica, en apariencia intrascendente, cuestiona todo lo que venía pensando sobre el concepto de la relación psicoterapéutica psicoanalítica.

¿Cuál es esta nota principal que caracteriza mi *relación terapéutica* con psicóticos? Es algo muy sencillo: antes de tener y de ser una *relación terapéutica*, yo tengo y desarrollo con ellos una *relación personal amistosa*. En algunos casos, además de ser paciente y terapeuta, directamente somos amigos. La relación terapéutica, entonces, se incluye en una relación personal que la contiene, relación ésta que, cuando la pienso, se me impone como previa, aunque veo que se va construyendo al mismo tiempo que la terapéutica. Con los pacientes neuróti-

cos, en cambio, las cosas se dan de manera diferente; con ellos desarrollo, de una manera deliberada y muy cuidada, una relación terapéutica que podríamos llamar clásica, donde lo personal queda afuera.

En muchas de nuestras relaciones mundanas (comerciales, laborales, vecinales, etc.) no se da ni es necesario que, en el seno de las mismas, se plantee una relación personal; tampoco exigen lo inverso, es decir, que lo personal no deba darse, tanto sea por dentro como por fuera de esas relaciones. Por otro lado, mantenemos a diario relaciones personales muy intensas e importantes, como la de padre-hijo, esposo-esposa, etc., que no tienen como objetivo lo terapéutico. En el ámbito que nos ocupa, en el vínculo terapéutico con psicóticos, las cosas se me plantean de otra manera a todas las anteriores. Para que una relación terapéutica con psicóticos sea posible, se me impone que debo entablar, de manera necesaria, una relación personal amistosa a la vez que terapéutica, mientras que con los neuróticos, a la inversa, también de manera casi necesaria, debo evitar la relación personal, pues de otro modo la terapéutica se volvería inviable. Podemos resumirlo así: mientras que con neuróticos la relación debe ser *puramente terapéutica*, con los psicóticos debe ser *personal terapéutica*.

¿Cuándo y cómo una relación *terapéutica* es al mismo tiempo *personal* y cuando no? Con neuróticos la relación no es personal porque el eje por donde transcurre el devenir de un tratamiento no se instala en la relación efectiva-actual con la persona real del analista sino con su función, de la misma manera que con el médico, en tanto paciente, no se entabla un vínculo personal sino con su función profesional. Aun cuando el médico y el paciente sean amigos, en el momento y acto de la consulta la amistad queda de lado, y lo que prima es la relación médico-paciente. Las cosas cambian con el vínculo terapéutico con el psicótico. En este caso, para que la relación profesional-terapéutica sea posible, se me impone que debe estar enmarcada en una relación personal.

Si bien para el neurótico el analista puede ocupar el lugar del padre o de la madre, debe aclararse que lo ocupa de manera *simbólica*; para el psicótico, en cambio, el analista también ocupa ese lugar o función de manera *real*. Con los psicóticos, ambas esferas, la real y la simbólica, parecen unirse en una sola y misma cosa, mientras que con los neuróticos, ambos planos están nítidamente diferenciados y sepa-

rados, y la relación terapéutica se desarrolla fundamentalmente en la esfera simbólica. En este punto hay que aclarar algo importante: ni los neuróticos ni los psicóticos confunden el lugar o función, tanto sea simbólica como real, con la realidad cotidiana; ninguno confunde su analista con su padre real. El padre de la realidad es el padre de familia, el padre jurídico; la función real de padre, en cambio, la pueden ejercer, de manera efectiva, diversas personas de la realidad; el lugar simbólico de padre, también lo pueden personificar diversas figuras e instancias de la realidad, pero no lo ejercen de manera real sino simbólica.

No creo estar diciendo nada novedoso al reconocer que con los psicóticos se impone establecer una relación personal-terapéutica; a este hecho lo vienen señalando todos los terapeutas, trabajen o no con psicóticos, cuando reconocen que éstos son pacientes complejos y difíciles de atender, que no todo profesional soporta, porque requieren una gran disponibilidad y estar muy atentos a su evolución, porque no se los puede desatender en el intervalo de tiempo entre sesión y sesión, etc. Planteadas así las cosas, parecería que el trabajo con psicóticos exige un enorme sacrificio personal, pero no creo que sea así, al contrario, creo que es mucho más lo que se gana que lo que se pierde.

I.- CON NEURÓTICOS

¿Por qué con los neuróticos no desarrollamos una relación personal durante el tratamiento⁵³ sino, además, nos preocupamos por evitarla? Veo dos caminos de abordaje a esta pregunta: el primero pone los reparos del lado del analista, centrados en la neutralidad y la abstinencia; el segundo los pone del lado del paciente, en la agresividad del neurótico.

⁵³ Digo “durante el tratamiento” porque hay muchos casos en que terapeuta y paciente después de la finalización del tratamiento desarrollaron una amistad.

A.- VIDA PERSONAL Y FUNCIÓN DE ANALISTA: NEUTRALIDAD Y ABSTINENCIA.

Desde esta posición se plantea que una relación personal con el paciente violaría los principios de neutralidad y abstinencia del analista. Considera que los aparejos simbólicos que hacen posible el despliegue de la transferencia y aseguran la marcha de la cura se sostienen de la *función* del analista y no de la *persona real* del analista⁵⁴; y se afirma que lo decisivo de nuestra tarea se desarrolla y juega dentro de la sesión, y lo que hagamos o dejemos de hacer fuera de ella no altera ni afecta nuestro quehacer psicoanalítico ni es de incumbencia del paciente. Considero que esta posición está errada.

Es innegable que para la instalación de la relación terapéutica, se la llame *transferencia*, *sujeto supuesto saber* o como se quiera, es necesario que el paciente coloque al analista en una posición de un *saber hacer* terapéutico que, en su imaginación, es equivalente o se corresponde con un *saber vivir* la vida personal. El hecho de adjudicarle al analista este supuesto saber hacer y saber vivir, como si fuera un verdadero ideal viviente, es algo puramente imaginario que, más para bien que para mal, acompaña y motoriza el pedido de tratamiento y va cayendo paulatinamente durante su desarrollo hasta que, al final de la cura, cae total y definitivamente. Teniendo en cuenta este hecho, el mantener una relación personal más o menos estrecha puede atentar, y por lo general atenta, contra el inicio y la continuidad del tratamiento.

En oposición a esta prevención, también es necesario señalar los riesgos y peligros que pueden venir desde la otra parte, es decir, del lado de los psicoanalistas. Puede ocurrir que este velamiento de lo personal sea usado por el analista como una coartada perfecta para cubrir aspectos de su vida que, decididamente, entran en conflicto con el desempeño de su función. No resultaría extraño constatar que para algunos psicoanalistas resultaría bastante difícil seguir sosteniendo su función si sus pacientes conocieran un poco más de su vida personal.

¿Hay una separación absoluta entre la vida personal de un analista y el desempeño de su función? Creo que no. Para empezar, recordemos que Freud estableció que la principal condición para ser

⁵⁴ J.LAPLANCHE, J-B PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Ed. Labor.

analista es haber realizado un extenso análisis. Y todo análisis es personal. Esto posibilita liquidar represiones y acceder a una nueva disposición deseante. No estoy planteando la exigencia de que el analista deba tener una vida impecable o deba ser el campeón que nunca traiciona su deseo; simplemente señalo que no se puede operar en función de liberar las represiones ajenas si al mismo tiempo, por ejemplo, se retrocede espantado y reprime los propios deseos o el de los seres queridos más cercanos. Muy a menudo se escuchan sesudas elucubraciones acerca de la manera exacta de cómo “ocupar el lugar de analista”, como si se tratara de algo simple, como ocupar el asiento en un colectivo o con quien sentarse en una cena, cuando en este asunto, como en cualquier otro de importancia en la vida, nadie puede ser otra cosa de lo que es.

Todo esto, que parece ser muy abstracto, tiene traducción directa en la vida cotidiana. Por ejemplo: ¿puede ser buen psicoanalista quien, por otro lado, cumple tareas policiales represivas o, directamente, es un torturador? Me dirán que esto es una exageración de ocurrencia imposible. Sin embargo ocurrió, hace muy poco tiempo y en un lugar muy cercano: el Dr. Lobo, mientras era un reconocido psicoanalista y ocupaba un alto cargo en los años 70 en la Asociación Psicoanalítica de Río de Janeiro, Brasil, a la vez era un importante cuadro torturador de la dictadura brasileña. Pero no hace falta referirse a ejemplos tan extremos, pensemos posibilidades cercanas y cotidianas: ¿incide en su praxis terapéutica que un psicoanalista tenga como aspiración (y digo “aspiración”, no ya “mayor sueño”) llegar a tener una casa en Cariló y una lujosa camioneta 4x4? ¿Da lo mismo para su praxis que vea el mundo y viva la vida desde el cinismo posmoderno que desde las 20 verdades de la doctrina peronista? ¿Influye en su praxis que el analista la considere un simple medio de ganarse la vida, una praxis revolucionaria o un apostolado por la verdad?

En la tradición psicoanalítica estos asuntos han sido tratados dentro de los conceptos de *neutralidad* y *abstinencia*. Por *neutralidad* usualmente se entiende la exigencia al analista de *abstenerse* de inculcar a los pacientes sus valores políticos, religiosos o morales, con la aclaración de que tal exigencia «no alude a la persona real del analista,

sino a su función». ⁵⁵ Planteada así, esta exigencia es doblemente inconveniente: primero porque es imposible de cumplir y, segundo, porque la separación entre la persona real del analista y su función no es algo tan sencillo y evidente como parece serlo, por ejemplo, en un dentista.

Digo que es imposible de cumplir porque dicha exigencia tal vez pueda observarse con las sugerencias más groseras y *explícitas*, pero ¿acaso no transmitimos cantidad de valores *de manera implícita*, en cómo vestimos, dónde atendemos, cuánto cobramos, etc.? Para colmo, estas otras maneras, mudas e invisibles, son mucho más eficaces y dañinas, pues pasan inadvertidas y sin mayor obstáculo las prevencciones del paciente más atento. ⁵⁶ Reducir la exigencia de neutralidad y abstinencia solo a lo expresado de manera directa y manifiesta por el analista es, a mi entender, algo ajeno y hasta opuesto al espíritu del psicoanálisis. ⁵⁷

No podemos ser neutrales. La idea y la exigencia de neutralidad ya son, por sí mismas, no neutrales. La pretensión de estar más allá de las ideologías es una ilusión pues, por más que nos obstinemos en negarlo, no podemos dejar de encarnar y transmitir una ideología, si por ideología entendemos no meramente un sistema consciente de representaciones (cosmovisión) sino una forma concreta de vivir. ⁵⁸ La tarea, entonces, no consiste en alcanzar un grado superlativo de supuesta objetividad y neutralidad que esté más allá de toda duda y parcialidad, sino en que, aceptando que encarnamos posiciones diferentes a las de otros, podamos mantenernos abiertos en constante revisión, elaboración y decisión de nuestro propio lugar. Visto así,

⁵⁵ J.LAPLANCHE, J-B PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Ed. Labor.

⁵⁶ ¿Estos gestos y formas de ser, forman parte de la comunicación inconsciente? De ser así, estaríamos concibiendo lo inconsciente de una manera que no se reduciría a lo intrapsíquico individual sino de otra que contempla lo reprimido y renegado socialmente.

⁵⁷ Si a todo esto agregamos que el analista muchas veces es un hombre más o menos público, que sus actos e ideas son públicas, etc., debemos concluir que la neutralidad pretendida se vuelve imposible.

⁵⁸ Esto explica que muchas veces nos sintamos más cerca de gente que piensa muy diferente y rechazemos a otros que piensan muy parecido; es que lo que verdaderamente importa son los gestos, la praxis y no lo que se dice de la boca para afuera. Como decía Nietzsche, *aunque la boca mienta, la jeta dice la verdad*.

nada podrá evitar los conflictos y enfrentamiento que están inscriptos, cual destino irremediable, en el desarrollo de una y otra posición.

Algo similar ocurre con la indicación de *abstinencia* cuando ésta se basa y reduce a la separación tajante entre la *función* y la vida *personal* del analista, pues se sostiene más como un ritual obvio y sin alma, como ya establecido para siempre (como tantos otros: el uso del diván, el tiempo de sesión, etc.), que de una manera espontánea y creativa. Se ha llegado a tal punto de vaciamiento conceptual que la seriedad del psicoanalista y hasta del mismo psicoanálisis se identifica con la exactitud en la repetición meticulosa de estos ceremoniales externos y burocratizados, cuando en realidad gran parte de su realidad funciona exactamente en contra de la seriedad bien entendida, es decir, funciona como armadura protectora contra la angustia que emerge cuando el analista debe sostener su función no desde esos rituales sino desde su propia praxis deseante.

B.- LA AGRESIVIDAD DEL NEURÓTICO.

La segunda vía de abordaje a la pregunta sobre por qué, como analistas, no sólo no desarrollamos una relación personal con los pacientes neuróticos sino, además, nos preocupamos por evitarla, recae del lado del paciente. Se funda en la presunción de que tanto el acceso a la información personal sobre el analista como el contacto social o personal frecuente por fuera de sesión, puede ofrecer y hasta disparar en el paciente la oportunidad de entorpecer o de hacer naufragar el desarrollo de un tratamiento. De ahí el empeño que la mayoría de los psicoanalistas ponemos en cuidar y sostener lo que llamamos *enquadre*, consistente en una serie de condiciones y pactos que enmarcan, podríamos decir “por fuera”, la relación y el trabajo terapéutico “por dentro”: intimidades personales y familiares del analista, sus gustos personales, los horarios del tratamiento, los honorarios, la forma de pago, proceder ante las suspensiones, vacaciones, etc.

La función del encuadre es propiciar que toda aquella producción que el paciente busca dejar por fuera del tratamiento (comentarios al margen, faltas a sesión, llegadas tarde, problemas con el pago de honorarios, etc.) sea incorporada y tomada por el trabajo analítico como una producción más del inconsciente. Es muy común que los

pacientes transgreden o busquen transgredir los pactos y condiciones establecidas de común acuerdo y que, para hacerlo, recurran a artilugios y maniobras que, después, les resultan muy arduos de reconocer. Faltar a sesión para evitar pagar y así ahorrar el dinero de las mismas, llegar tarde a la sesión como forma de venganza por un enojo con el analista o por simple fiaca, etc., son maniobras habituales que el paciente cree manejar a su antojo y voluntad cuando, en realidad, es manejado por motivaciones inconscientes o ha sido tomado por intensas reacciones pasionales que son necesarias y posibles de analizar.

El objetivo, entonces, es sustraer estos actos y producciones del plano cotidiano y mundano, evitar que queden dentro de la relación personal actual con la persona del profesional, y permitir que se incorporen a la esfera del tratamiento, es decir, a la relación terapéutica. La insistencia en mantener todas estas producciones dentro del ámbito mundano y de la relación personal es propio de la neurosis, así como la reticencia de tomar sus propios actos y ocurrencias como *síntomas*, tanto como considerar ajenos a sí mismo también los *síntomas* de los que padece pero de los que no quiere saber nada, salvo desembarazarse de ellos lo más rápido posible y con el menor esfuerzo.

En el mismo sentido funciona la regla de *abstinencia* por parte del analista. Como ya vimos, la exigencia de abstenerse de inculcar a los pacientes sus valores políticos, religiosos o morales es, desde el punto de vista práctico, un ideal impracticable, y desde el punto de vista teórico, una estafa, puesto que con ello se postula como ideal una *neutralidad* a todas luces engañosa y falsa. La abstinencia del analista de dar a sus pacientes consejos sobre el buen vivir no se basa en que él no está, al respecto, en mejor posición que el común de los mortales; tampoco en reconocer, como lo hace la sabiduría popular, que los consejos, aún los mejores, están hechos para no seguirse; menos aún porque nos ubiquemos en un lugar de pureza que huye espantado del adoctrinamiento ideológico, de los pacientes o de quien sea, pues está a la vista que de nuestra parte, como lo vimos, no estamos ni podemos quedar libres de todo pecado de adoctrinamiento y, por parte de los pacientes, o saben defenderse bastante bien o, también, quieren ser adoctrinados.

La razón profunda de la regla de abstinencia analítica, en realidad, radica en otro lado, en la posible incitación a la reacción agresiva del paciente:

¿Qué preocupación —pregunta Lacan— condiciona pues, la actitud del analista?⁵⁹

Y contesta: *Queremos evitar una emboscada...; es la reacción hostil la que guía nuestra prudencia y la que inspiraba ya a Freud su puesta en guardia contra toda tentación de jugar al profeta. Sólo los santos están lo bastante desprendidos de la más profunda de las pasiones comunes para evitar los contragolpes agresivos de la caridad.*

Los resortes de agresividad —termina afirmando— deciden de las razones que motivan la técnica del análisis.⁶⁰

Es, entonces, la reacción hostil del paciente la que guía nuestra prudencia, reacción hostil que espera, siempre lista y agazapada entre los pliegues de la ambivalencia afectiva, el momento oportuno de hincar el diente; hostilidad de mil caras, que bien puede expresarse en el reproche que nos hace culpables de que, por seguir nuestro consejo, todo resultó un fracaso; en el orgullo herido de no ser él quien decide sus cuestiones; o en la emboscada ladina y taimada de, primero, ponerse sin reparos en posición de objeto para, después, levantarse desde la humillación simulada, reclamando agriamente haber sido atropellado en sus derechos y desconocido como sujeto adulto y libre.

¿Desde qué abismos insondables emerge esta reacción hostil? Emerge, al menos, desde dos vertientes que hunden sus raíces en las más profundas grietas inconscientes: por un lado, del inveterado amor propio y la adoración del brillo fálico como forma de ser y, por otro, del uso consuetudinario de la represión como medio de evitar los conflictos.

⁵⁹ La actitud del analista a la que refiere, Lacan la describe así: *La de ofrecer al diálogo un personaje tan despojado como sea posible de características individuales; nos borramos, salimos del campo donde podría percibirse este interés, esta simpatía, esta reacción que busca el que habla en el rostro del interlocutor, evitamos toda manifestación de nuestros gustos personales, ocultamos lo que puede delatarnos, nos despersonalizamos, y tendemos a esa meta que es representar para el otro un ideal de impasibilidad.* JACQUES LACAN, *La agresividad en psicoanálisis*, Escritos I, Siglo XXI, págs. 99-100.

⁶⁰ *La agresividad...*

a).- En relación a la primera vertiente, dice Lacan, «*Lo que aparece aquí como reivindicación orgullosa del sufrimiento mostrará su rostro —y a veces en un momento bastante decisivo para entrar en esa “reacción terapéutica negativa” que retuvo la atención de Freud— bajo la forma de esa resistencia del amor propio...*»⁶¹

¿Por qué, ante nuestra intención de hacer un bien, ante nuestra ayuda “desinteresada”, el paciente siempre nos devolverá, casi segura e inevitablemente, la más furibunda de las rabias, acuñada con la esfinge del resentimiento? No sólo hay que contar con la reacción hostil del paciente, también debe entrar en la cuenta nuestro propio aporte: nuestra caridad y desinterés, en realidad, son moneda falsa. Es que como terapeutas, nosotros también estamos en la búsqueda de algo, inconfesable o no: dinero, prestigio, conocimiento, sabiduría o salud, no siempre ni necesariamente disfrazados, por supuesto, de caridad y desinterés.

La emboscada que Lacan quiere evitarle al analista, entonces, más que el tropiezo propio del incauto, es la celada propia del estafado, en la que nunca se cae por inocencia sino por codicia. Como bien lo reconoce Lacan, *Sólo los santos están lo bastante desprendidos de la más profunda de las pasiones comunes para evitar los contragolpes agresivos de la caridad*. Es que los pacientes serán locos pero no son tontos, y detectan muy rápido y muy bien las imposturas de los terapeutas.

b).- En cuanto a la segunda vertiente desde donde emerge la agresividad del paciente, es decir, la recurrencia constante al mecanismo de la represión, Freud decía que, ante un conflicto insoportable con la realidad, el psicótico directamente la sustituye por otra (alucinatoria, delirante, etc.), mientras que el neurótico simplemente no quiere saber nada con ella. A esta maniobra neurótica, Freud la llamó *represión*; nosotros, desde el lenguaje cotidiano, le decimos *zafar*. La actitud central del neurótico es *zafar* de los conflictos o, como dicen comúnmente, *taparlos*, no enfrentarlos ni resolverlos sino *patearlos para adelante*.

Por eso, el proceso de cura del neurótico justamente consiste en el progresivo *reconocimiento* por su parte de, al menos, dos asuntos: uno, que en vez de enfrentar y resolver los conflictos, lo que viene

⁶¹ *La agresividad...*

haciendo es *reprimirlos* (“no hacerse cargo”, “des-conocerlos”, “negarlos”, “no asumirlos”, etc.); y el otro, que debe aceptar y “reconciliarse” con aquellos asuntos originarios de los que, en su momento, no quiso saber nada, es decir, que reprimió. Éstos, por lo común, son deseos que el neurótico no hubiera querido tener o decisiones que nunca hubiera querido enfrentar, tanto como no quiere tener ni tomar ahora pues, por una u otra razón, le causan bochorno, culpa (dolor moral), lo hacen sentirse inferior, le hacen ver que no es querido o, peor, que es despreciado, dejado de lado y que otro ocupa su legítimo lugar, etc.

El motivo de porqué reprime estas realidades es porque le llegan a resultar insoportables. Pero, más allá de los motivos de por qué el neurótico reprimió, lo notorio es que éste mecanismo considera que uno, por decisión voluntaria y conciente, puede decidir y manejar a su propio antojo su vida pasional, decidir *a piacere* lo que acepta y lo que rechaza de lo que siente y le pasa dentro de sí. Esta forma de plantarse ante el mundo y ante los otros, es lo que yo identifiqué con el nombre de *posición fálica*.

El acto de *reconocimiento* significa y contiene al menos dos realidades. En primer lugar, señala la acción neutra de volver a conocer algo. Ésta implica tres momentos diferentes: primero, el tiempo en el que se sabía; al final, el tiempo actual, en el que se vuelve a saber; y entre ambos, un tiempo intermedio, en el que no se sabía lo que se sabía al principio y que al final volvemos a saber. Nada se dice aquí del mecanismo, proceso o motivo de por qué se dejó de saber ni por qué se volvió a saber, tampoco si el nuevo saber es igual al anterior o contiene algo más, etc. En segundo lugar, *reconocimiento*⁶² indica el dejar de realizar la acción que se venía ejecutando de manera constante, consistente en no aceptar, en no querer saber nada, en dejar afuera, en des-conocer lo sabido, asunto que, por el acto de reconocimiento, se vuelve a acoger como saber propio. Aquí se supone que, en el tiempo intermedio, aunque a lo desconocido no se lo sabía, de alguna forma se lo presentía, aunque sea en la mera y simple acción de no querer saberlo.

⁶² *Reconocimiento* es la expresión que a mí me sienta mejor para expresar la famosa fórmula freudiana “hacer conciente lo inconciente”.

Un aspecto esencial de la vida neurótica, entonces, consiste en esa tensión constante entre eso no aceptado por uno, porque no le viene bien y de lo que no quiere saber nada, y el permanente empuje de eso, que uno mantiene lo más alejado posible, por volver a ser reconocido y aceptado por uno. O sea, una guerra permanente y despiadada entre uno y eso, uno tratando de liquidar definitivamente eso y eso tratando de retornar a cualquier costo y por cualquier medio, utilizando los recursos más impensados e imprevisibles para uno. Hay, en toda esta guerra, una característica que le da su sello propio: uno siente los temores y temblores propios de la guerra, pero no sabe que está en guerra, no es conciente de ella, es como si no existiese; la guerra es secreta, soterrada, uno no divisa a eso frente a frente, al contrario, en la superficie visible de su vida sólo se manifiestan los resultados del combate: los territorios conquistados (síntomas corporales), las vías de comunicación cortadas (olvidos), los mensajes cifrados que eso logra sabotear y filtrar (lapsus, sueños), la escasez de alimentos, el desánimo, la falta de ganas de encarar la vida, la angustia constante de que todo puede ir de mal en peor hasta terminar en una catástrofe, etc..

No resulta raro, entonces, que uno, cada vez más y más, se vaya transformando en un ser desconfiado, en alerta constante, siempre a la defensiva y listo para el contraataque, en una especie de maestro de la simulación y del engaño; todo lo que uno hace y dice ha sido previamente calculado y premeditado, todo tiene una intencionalidad, un propósito oculto e inconfesable.⁶³

II.- CON PSICÓTICOS

La pregunta de la que partimos, sin embargo, no preguntaba si con los neuróticos era posible la separación tajante entre lo terapéutico y lo personal, sino por qué con los psicóticos debería plantearse, antes que la relación terapéutica, una relación personal amistosa.

⁶³ En relación a la posición existencial del neurótico, ver en mi texto *UNO, psicoanálisis de un sujeto gramatical* (inédito).

A.- AMABILIDAD - AGRESIVIDAD

¿Qué quiero decir con *amistosa*? La palabra “amigo” está en el campo semántico de “amar”; originariamente significa “persona a quien se ama”. Más que referirme a la relación amistosa en sí, lo que quiero transmitir es mi experiencia en ese tipo de relación, lo que yo siento y, en especial, lo que ella me trae de benéfico.⁶⁴ Por una relación personal amistosa entiendo aquella en la que no está en juego, de manera central, ningún interés mundano, material o no, donde ninguno tiene que cuidarse de nada ni mantener las formas, es decir, donde se puede reposar tranquilo con la seguridad de que, del otro lado, no va aparecer ninguna agresión, competencia o descalificación; una relación en la que, aun cuando haya críticas y reprimendas severas, éstas siempre son de buena leche; en la que se puede bajar la guardia y mostrar la hilacha, las debilidades, las torpezas, las fallas, los defectos, incluso lo más feo y bajo que tengamos, pues tenemos la certeza (o casi) de que seremos cuidados y no condenados, escuchados y no juzgados, etc. No es ésta, por cierto, la respuesta que esperamos encontrar en la mayoría de las relaciones que establecemos a diario, más bien todo lo contrario; y como terapeutas, si de algo estamos alertados, es de no esperar encontrarla en nuestra relación con neuróticos.

No ocurre lo mismo con los psicóticos; con ellos, por el contrario, la relación personal amistosa fluye desde un inicio con toda naturalidad, y no precisamente por nuestra actitud, sino por la de ellos. Esto es notorio principalmente con los psicóticos estabilizados; en ellos no encontramos esa hostilidad que encontramos en los neu-

⁶⁴ De lo que me pasa a mí puedo dar cuenta directamente (*testimonio*) pues, aunque lo que siento sea malintencionado o falso, yo lo siento; de lo que le pasa al otro o a terceros, sean realidades objetivas o subjetivas, por más que yo esté muy convencido de lo que siento y pienso de ellas, no puedo dar cuenta directamente de mi convencimiento, es decir, no estoy en el lugar real de poder dar testimonio de que lo que digo sea tal como lo digo. Esta diferencia, tan sencilla de entender, sin embargo no es tenida en cuenta todo lo que se debería. Aunque, pensándolo bien, tampoco es tan sencilla, pues en ella se basa la diferencia decisiva entre *evidencia* y *certeza*, realidades que, mucho más a menudo que lo deseable, se confunden y se toman como equivalentes. Al respecto, ver mi libro *La Telépatha, un psicoanálisis de la alucinación y el delirio, Post-Scriptum: Certeza y Verdad*.

róticos, como tampoco el estado de beligerancia y competencia perpetua propio del neurótico, tanto sea en la tensión y pelea interna, como en el recelo y cálculo hacia afuera.⁶⁵

He dicho que la agresividad del neurótico emerge, al menos, desde dos vertientes principales: por un lado, de un inveterado amor propio⁶⁶ y una adoración del brillo fálico y, por otro, del uso consuetudinario de la represión como medio de evitar los conflictos. El psicótico, en cambio, en estos asuntos, nos sorprende: no encontramos en él ninguna de esas dos vertientes de la agresividad neurótica. El psicótico no participa (sea porque les es ajeno o porque es excluido) de la competencia para ver quien brilla más, tan común en el universo neurótico. Tampoco participa de la carrera del amor propio, todo lo contrario; al respecto se encuentra en una posición de extrema desventaja, desvalido y sin defensas ante la agresividad propia de la “lucha por la vida” que despliega con tanta naturalidad y orgullo el neurótico.⁶⁷ A tal punto esto es así, que la constatación de la presencia de esta extrema dificultad, o lisa y llana imposibilidad, de defensa personal ante la agresividad neurótica, es un índice a tener muy en cuenta en el diagnóstico diferencial. Por esta conducta, es común que el neurótico lo considere un “tonto”. Podemos decir con seguridad que el psicótico no participa de esa forma neurótica de plantarse ante el

⁶⁵ Por lo general tiende a pensarse que cuando están en crisis, los psicóticos son agresivos e intratables. Es cierto que en tales circunstancias pueden desplegar conductas persecutorias, de excitación u otras similares que casi imposibilitan un trato cordial; pero las crisis no son siempre de este tipo, también pueden consistir en momentos de gran pavora, perplejidad, o desorganización en los que manifiestan un gran desamparo. En todos los casos, sin embargo, y en contra del prejuicio más extendido, las crisis psicóticas son y ofrecen una oportunidad única e incomparable de establecer un vínculo auténtico con el psicótico.

⁶⁶ “Amor propio” no es equivalente a “narcicismo”. El “amor propio” es amor a un “objeto” privilegiado, yo mismo, mientras que en el “narcicismo” aún no hay objeto. Podemos, por supuesto, diferenciar un narcicismo primario de otro secundario, donde en éste habría objeto; pero lo que importa en este punto, ahora, es remarcar esa diferencia fundamental: dónde hay objeto y dónde aún no lo hay.

⁶⁷ «La preeminencia de la agresividad en nuestra civilización quedaría ya suficientemente demostrada por el hecho de que se la confunde habitualmente en la moral media con la virtud de la fortaleza. Entendida con toda justicia como significativa de un desarrollo del yo, se la considera de un uso social indispensable y tan comúnmente aceptada en las costumbres...» J. Lacan. *La agresividad en psicoanálisis*, Escritos I, págs. 112/113.

mundo que yo identifico con el nombre de *posición fálica*. Esta forma de plantarse, de decidir y manejar a su antojo la vida pasional, o sea, lo que acepta y lo que no acepta de lo que siente y de lo que le pasa en la vida, de sus sentimientos hacia sí y hacia otros, es la condición de posibilidad y la esencia misma de la represión. El psicótico, en cambio, no reprime, no puede reprimir, “no le sale”, ni siquiera entiende esa forma de ser en el mundo; a él las cosas le suceden y le resulta casi imposible tomar distancia de ellas, le resulta impensable mentir sobre eso, simular otra cosa, etc. En estas cosas se maneja con una ingenuidad que sorprende y asombra al neurótico; una razón más, entonces, para que lo considere “tonto”.

El psicótico mantiene con la verdad un contacto muy diferente al común de los mortales, mucho más estrecho, casi físico, a tal punto que no puede evitar toparse y tropezarse continuamente con ella. El neurótico, en cambio, vive difiriendo su encuentro con la verdad, vive zafando; la reacción que más lo define es la cínica pregunta de quien busca relativizar y desentenderse de un asunto que quema: «¿Qué es la verdad?».⁶⁸

¿Cuál debe ser la esencia del vínculo terapéutico con el psicótico? No puede ser la misma que ante el neurótico. Hace 200 años, Hegel planteaba la siguiente indicación:

*Importa, ante todo, ganar la confianza del enfermo, cosa que es factible, porque los alienados son todavía seres morales. El medio más seguro para obtener esta confianza, consiste en observar con ellos una franqueza perfecta, sin que esta franqueza degenera en un ataque directo contra la representación que constituye su locura.*⁶⁹

Esta *franqueza perfecta* es, a mi entender, la posición y actitud exacta del psicoanalista ante el psicótico. No es algo tan fácil de entender, y menos aún de practicar. ¿Cuál es la posición más usual ante el psicótico, tanto de los profesionales como de los familiares? Es una mezcla de descalificación y paternalismo. Sobre la base del prejuicio de que no está en condiciones de decidir sobre su vida ni de valerse por sí mismo, debido a una supuesta debilidad o déficit producto de su enfermedad, el psicótico es despojado de su lugar de persona, es

⁶⁸ Palabras de Poncio Pilatos. Juan, 18. 38

⁶⁹ HEGEL, *El tratamiento de la locura* (1820), Fragmento extraído de *Filosofía del Espíritu*, Ed. Anaconda, Bs.As.

destituido como sujeto: «lo hacemos por tu bien». A partir de allí, son los otros los que pasan a decidir y manejar su vida, y sus deseos y decisiones ya no son tenidos en cuenta, ni siquiera de la manera en que se hace con los chicos. Desde ese lugar en que se pone el Otro destituyente, es imposible cualquier franqueza, por la sencilla razón de que frente a sí no reconoce a un sujeto ni se dirige a una persona. Desde ese lugar, entonces, lo más común es que, bajo la excusa de ser claros y directos, la pretendida franqueza *degenere* casi de inmediato en un ataque frontal contra la representación que constituye la locura del psicótico, contra su delirio, su alucinación, etc.; ni se le respeta ni otorgue el derecho a tener su propio punto de vista, por ser loco y alienado, a pesar de que respetar no implica aprobar ni estar de acuerdo, y nada impide dejar en claro los desacuerdos que tengamos con él.⁷⁰ No es nada raro, entonces, que desde esta posición jamás se logre ganar la confianza del psicótico, sino que ocurra todo lo contrario.

La *franqueza perfecta* implica el respeto pleno y absoluto del punto de vista del psicótico (como de cualquier otro), y el abandono definitivo de la posición de supremacía exclusiva que nuestra cultura otorga al punto de vista del adulto normal medio asimilado a sus normas y valores. Alcanzar esta posición no es algo tan fácil como en principio parece, pues implica poder dejar en suspenso o, directamente, *suspender todo juicio* sobre normas y valores en el transcurso real y práctico de nuestra vida.⁷¹ Resulta claro, para quien quiere ver, que el contacto cotidiano entre los hombres en nuestra sociedad se rige por una franqueza a medias, muy propia y típica de la neurosis.⁷² Sola-

⁷⁰ «Dr Latrémolière, porque usted está persuadido de que soy un Alienado —y porque se halla en frente de mí en la posición del Médico del Asilo frente al internado, y que el médico siempre tiene razón contra un encarcelado, porque le basta con afirmar, y el enfermo siempre está en el error porque en tales casos aun sus afirmaciones de hechos entran en la categoría de un delirio catalogado cualquiera que sea la lucidez que emplee en expresarlo». Antonin Artaud, *Cartas desde Rodez*, del 19/7/1943, Ed.Fundamentos, Madrid.

⁷¹ Epogé y Ataraxia.

⁷² «El sujeto forzado a reaccionar permanentemente en el sentido de preceptos que no son manifestación de sus tendencias instintivas vive, psicológicamente hablando, muy por encima de sus medios y puede ser calificado, objetivamente, de hipócrita, de sé o no clara cuenta de esta diferencia, y es innegable que nuestra civilización actual favorece con extraordinaria amplitud este género de hipocresía. Podemos arriesgar la afirmación de que se basa en ella y tendría que someterse a bondas transformaciones si los hombres resolvieran vivir con arreglo a la verdad psicológica. Hay, pues, muchos

mente desde la *franqueza perfecta* es posible entrar en contacto verdadero con cualquier persona; pero con los psicóticos, ésta es, simplemente, la única manera de hacer contacto con ellos.

Después de haber ganado la confianza del enfermo —continúa Hegel—, hay que conquistar una justa autoridad sobre él evocando en él el sentimiento de lo noble y lo verdadero. Los alienados conocen su debilidad espiritual y su estado de dependencia frente al hombre razonable. Este puede hacerse respetar por ellos. El loco, aprendiendo a respetar al que le cuida, adquiere la facultad de dejar aparte su estado subjetivo, que está en colisión con la realidad objetiva.

¿Con qué derecho, con qué *justa autoridad* nos proponemos, ante el psicótico, como su terapeuta, su curador o su cuidador?⁷³ ¿Qué legítima, ante el psicótico, nuestra práctica terapéutica con él? ¿Un título universitario, un lugar y una función social reconocida, acaso los libros de Freud o Lacan? ¿Por qué debería él dejarse cuidar por nosotros? ¿Necesita ser cuidado? ¿Quiere ser cuidado? ¿Pide ser cuidado? ¿Qué cuidados y qué ayuda pide?

Lo más común es ver que los profesionales, antes de escucharlo, *ya saben* lo que el psicótico necesita; y lo saben no sólo antes de que él lo pida, sino —algo mucho peor— sin que él jamás lo pida. De esta manera, de más está decirlo, nunca se conquistará una *justa autoridad* ante el psicótico ni ante nadie. Podemos justificarnos diciendo que el ser terapeuta es nuestro trabajo, que de eso vivimos; pero si bien puede que tengamos el derecho de trabajar de lo que querramos, esto no nos da, sin embargo, la *justa autoridad* de hacer de terapeuta, ni ante el psicótico ni ante nadie.

Es común, también, justificarnos bajo la razón de que nosotros tan sólo buscamos ayudar a alguien que sufre. Pero, ¿el psicótico sufre? ¿Cómo lo sabemos? ¿Acaso nos lo dijo él mismo, o es una mera presunción nuestra, un puro prejuicio nuestro? ¿Él nos pidió, directamente, ayuda para aliviar su sufrimiento?

Justificar nuestra práctica terapéutica por la supuesta ayuda al sufrimiento ajeno, la cual está presentada, además, como una acción

más hipócritas de la cultura que hombres verdaderamente civilizados...». S.Freud, *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*, 1915.

⁷³ Tanto el término *Terapia*, de origen griego, como *Cura*, su traducción latina, significan **cuidar** (servir, solicitud, entrega), que es el término que utiliza Hegel en el pasaje citado.

de innegable generosidad, es un acto que suena más a justificación, en el peor sentido del término, que a otra cosa. En primer lugar, hay un hecho innegable, y es que nosotros cobramos por nuestra acción, o sea, ayudamos si nos pagan, con dinero o con otra cosa, y si no, no ayudamos. Esta es la primera verdad.

En segundo lugar, el sufrimiento neurótico no tiene nada que ver con el sufrimiento de una verdadera víctima, ni con el de quien padece un duelo; estos son sufrimientos sanos, normales, hasta necesarios o inevitables. El sufrimiento neurótico, muy por el contrario, es la consecuencia lógica y natural de quien no quiere hacerse cargo de su parte de responsabilidad, de no querer reconocer cómo él mismo contribuyó para que ocurra lo mismo que lo atormenta; es el precio que paga por sus traiciones y vilezas, por no poder mirar a la realidad de frente, hasta el punto de preferir, incluso, la enfermedad y aun la muerte, a vivir de acuerdo con la verdad. Lo que el neurótico nos pide, en verdad, es que lo ayudemos a seguir mintiéndose más y mejor, y sólo en medio de ese pedido, por demás ambiguo y desesperado, es que podemos llegar a despejar y establecer, y sólo después de un trabajoso forcejeo, una verdadera demanda de emancipación. Nosotros, como psicoanalistas, entonces, no tratamos de evitarle o ayudarle a sacarse de encima su sufrimiento neurótico, al contrario, damos gracias a ese sufrimiento pues, gracias a él, fue que el neurótico “bajó el copete”, se proclamó “vencido por la vida” y decidió hacer público su impotencia y pedido de ayuda.⁷⁴

Se podrá decir que el sufrimiento psicótico no es como el del neurótico, que es diferente. Ciertamente; pero, en primer lugar, el sufrimiento psicótico no se encuentra donde el sentido común cree hallarlo. Contra las creencias más extendidas, en muchos de los casos donde el sentido común cree que el psicótico sufre, él en realidad goza, como, por ejemplo, en los episodios delirantes y maníacos: «El delirante ama a su delirio más que a sí mismo». El episodio maníaco o hipomaniaco, o el despliegue delirante, cualquiera sea su contenido, no sólo es sintónico con el yo, sino que significa una verdadera fiesta de egocentrismo psicótico. Ningún maníaco ni delirante sufre por su manía ni por su delirio, esto es innegable; si sufre, en todo caso, es

⁷⁴ Al respecto, ver mi artículo *Cuerpo Teórico*, en revista TOPIA, N°4, Bs.As. 1992; www.fenogliohector.blogspot.com

porque el mundo no está de acuerdo con él y lo contraría. Quien sufre, y esto también es innegable, es su entorno: familiares, compañeros, amigos, etc.

En ambos casos, neurótico y psicótico, nos enfrentamos, entonces, a un sufrimiento *falso*, no justificado, no legítimo, no verdadero; un sufrimiento que, más que ayudar, debemos enfrentar, denunciar y desenmascarar. ¿Cómo hacer semejante cosa?

La única manera de conquistar una *justa autoridad* –dice Hegel– es evocando en el psicótico el sentimiento de lo noble y lo verdadero, y esto –digo yo– no puede ser evocado si no abrigamos en nuestro ser, en nuestra vida y en nuestra práctica terapéutica, lo noble y lo verdadero. En esto no se puede andar simulando ni separando la función de analista por un lado y la persona real del analista por el otro. Únicamente desde ese lugar noble y verdadero –sé que esto es un desafío– es posible conquistar una justa autoridad, y ejercer sobre el psicótico enfermo, el loco, un efecto saludable.⁷⁵ *El loco* –dice Hegel–, *aprendiendo a respetar al que le cuida, adquiere la facultad de dejar aparte su estado subjetivo, que está en colisión con la realidad objetiva*. Y *cuidar*, hay que entenderlo, significa solicitud y entrega, efectiva y real, significa estar al servicio del loco, y esto tal vez ya no guste a los profesionales de salud mental. Sin embargo éste es, precisamente, nuestro trabajo, y de eso vivimos honradamente.⁷⁶

Nuestra práctica laboral nos proporciona, sin que sea visible para la inmensa mayoría, mucho más que un medio de vida. En primer lugar, nos permite estar y cultivar una actitud de *franqueza perfecta* y una relación de *justa autoridad* no sólo como eje de nuestro trabajo, sino también como eje de nuestras vidas, pues si tal actitud y tal relación no rigen nuestras vidas, no pueden regir nuestro trabajo.

⁷⁵ «Los alienados conservan un sentimiento de lo justo y de lo bueno. Saben, por ejemplo, que no es lícito causar daño a los demás, y por esto se les puede dar a conocer el mal que han hecho y hacerles sentir su responsabilidad... Así se fortifica lo que hay mejor en ellos y se les da confianza en su propia fuerza moral. Un tratamiento duro, imperativo y desdenoso, puede, por el contrario, alejar del enfermo el sentimiento moral hasta el punto de llevarlo a los paroxismos de la rabia.» Hegel, Idem.

⁷⁶ A esta praxis actualmente se la denomina, muy simpáticamente, “secretario del alienado”. A mi la verdad es que no me gusta, considero que no refleja el verdadero trabajo del analista con el loco..

Debo decir que yo no descubrí ni conquisté esta actitud práctica en mi vínculo terapéutico con psicóticos sino en mi análisis. Al final de mi análisis toqué un núcleo de verdad, un *núcleo real de la existencia*. Ese fue un encuentro y un acto decisivo en mi vida. De ahí en más trato de no dejar de tocarlo, de no alejarme de él pues, sin él, todo pierde sentido. ¿Cómo sigo conectado a ese núcleo de verdad, propiciado por la asociación libre, una vez finalizada mi terapia? ¿Cómo lo sigo desplegando después, en mi vida cotidiana? Mi asistencia a la locura, mi vínculo terapéutico con los psicóticos, es una de las formas que he encontrado, junto a otras, para continuar caminando un camino que encontré en mi análisis y del cual no me quiero apartar. Todo paciente loco, aún el más irrecuperable, el más aburrido, es una puerta abierta a ese núcleo real de la existencia.

Ese núcleo real despoja a todo valor mundano de su ubicación central en la vida, propicia una experiencia de desapego, de desprendimiento, de despojo de lo mundano o, lo que es lo mismo, posibilita el acceso al saber, por *experiencia propia*, que los brillos fálicos que ofrece este mundo no son más que señuelos que nos distraen de nuestra real y verdadera tarea. Esta es la primera condición a conquistar.⁷⁷ Ante esta situación, de *desamparo absoluto*, no queda otra salida que *llegar a ser lo que se es*. En este sentido, es notoria la semejanza — reconocida por los mejores analistas—, entre la destitución a la que se accede en el *fin de análisis*⁷⁸ con la posición subjetiva espontánea esencial de los psicóticos.

Aunque sea notoria, no hay sin embargo igualdad: no se registra en todos los psicóticos, por el mero hecho de serlo, el *acto* como modo de existencia libre, el *acto* que emerge y da sentido ante el más absoluto sinsentido. Sólo quien ha logrado atravesar la experiencia y acceder, con o sin análisis, sea psicótico o sea neurótico, a una posición similar a la de fin de análisis neurótico, puede ubicarse en la tranquila potencia de quien puede *Esperar contra toda esperanza*.⁷⁹

⁷⁷ Primera, valga aclarar, después de la más elevada del estadio anterior (dominado por la ley y lo ético), es decir, de habernos tomado muy en serio y hecho realmente carne con lo ético.

⁷⁸ Destitución del sujeto supuesto saber; atravesamiento del fantasma (*epojê*); la falta en el Otro, etc.

⁷⁹ San Pablo, Epístola a los Romanos.

¿El psicótico es un enfermo?, ¿está como está porque padece una *enfermedad*? La psicosis, a mi entender, no es una enfermedad ni un déficit. La idea de enfermedad remite a una *desviación* del estado sano, al cual habría que volver. Lo sano, según el sentido común, sería lo neurótico; pero es una evidencia hartamente evidente y establecida que un psicótico jamás se volverá neurótico. Tampoco es un déficit, en el sentido de que al psicótico le faltaría algo que el neurótico sí tiene, y que debiera o podría reponer, rehabilitar o ser suplementado. La psicosis, a mi entender, es una *condición*, un modo de ser humano, de la misma manera que ser neurótico, ser homosexual, etc. Y así como hay una salud neurótica y un estar enfermo neurótico, también hay una salud psicótica y un estar enfermo psicótico. Así como hay neuróticos *neuróticos*, es decir, enfermos de su neurosis, y neuróticos sanos, es decir, liberados de su neurosis (de manera espontánea o por fin de análisis), también hay psicóticos enfermos de su psicosis, y psicóticos sanos, liberados de su psicosis de manera espontánea (Joyce) o por fin de análisis. Hay que aclarar que la *condición psicótica* es altamente inestable en un medio social como el nuestro, neurótico y machista, y que la probabilidad de enfermar es muy alta. En este sentido es que es posible hablar de *cura* en la psicosis, entendiendo por tal no la transformación o cambio de condición (o de estructura, como dirían los lacanianos), sino la estabilización y despliegue creativo de la misma, lo que no implica una asimilación a los valores y normas de nuestra sociedad sino, con palabras de Pichón Riviere, una “adaptación activa”, pero, con palabras mías, “a su modo”.

Mi relación terapéutica con los locos me permite y hasta me obliga a seguir en contacto, de manera cotidiana y natural, con mi núcleo existencial, con mi ser, contacto que otros consiguen con el arte, otros con la religión, y que es muy fácil perder en nuestra vida burguesa cotidiana, la del trabajo, la familia, los hijos, etc. ¿Por qué me permite y hasta casi me obliga? Porque la única manera de establecer un vínculo con los psicóticos es, como lo vimos, desarrollando una *franqueza perfecta*, a diferencia con los neuróticos donde, como también vimos, el vínculo corre por otros caminos. O sea, lo más importante es que para entablar y sostener ese vínculo debo posicionarme en coordenadas subjetivas maravillosamente sanas y pacíficas. Ciertamente, uno tiene que estar personalmente concernido e intere-

sado para sostenerlo, de otro modo eso es insostenible; sobre todo con pacientes que son tan complejos y difíciles. No todo profesional de la salud mental soporta, se banca, quiere atender, ni debe hacerlo, a este tipo de pacientes. Son pacientes sumamente exigentes que requieren de muchísima disponibilidad, y no funciona el famoso “nos vemos la semana que viene” y, en el intervalo, hago la plancha, me olvido, me desenchufó.

Hay un deseo, hay una satisfacción, un placer que no se encuentra en una clínica estandarizada. El deseo de Freud cuando “abre” la histeria (porque hay que abrirla, o se abre sola), no se fundaba en que quería “ayudar” a las histéricas, porque en realidad eran insoportables, nadie las aguantaba. Algo de esa dimensión lo atrapé, y creo que tenía que ver con algo de él, no en el sentido psicológico, sino en otro sentido, a tal punto que aún hoy, en cualquier tratamiento individual neurótico clásico, si no está en juego el deseo del terapeuta, *es* no se abre. Si uno no escucha, *es* no se abre. Por eso es que hasta el estatuto real del asunto está en discusión. ¿Hay neurosis o es que uno instituye eso como neurosis bajo un mecanismo de escucha, algo así como que de un defecto sacás una virtud? Del barro sacás oro. Y en el barro de la locura hay oro.

¿Deberíamos sugerir a las mujeres y hombres psicóticos, maniaco-depresivos, esquizofrénicos, delirantes y —por qué no— neuróticos graves, que se abstengan de traer hijos al mundo porque, genéticamente, tendrían la misma tara que sus padres; o porque, como padres y/o madres, no podrían cuidarlos adecuadamente?

¿Deberíamos sugerir el aborto de embriones cuyo análisis genético indicara que, científicamente, van a desarrollarse como psicóticos, maniaco-depresivos, esquizofrénicos, delirantes, o neuróticos graves?

¿Es legítimo tomar, en base a un criterio *científico*, decisiones políticas decisivas sobre la *evolución* de la humanidad?

Hay, sin embargo, para quien quiera ver, muchas evidencias que, desde un punto de vista psiquiátrico, la gente más interesante y que, quizás, más ha enriquecido al mundo, fueron y son locos, gente

que o tienen una misión divina, o están en guerra contra el mundo, o son autodestructivos, u oyen voces. Es decir, gente que no es normal.

B.- SIMBÓLICO - REAL.

Como el psicótico no reprime, tampoco puede, por ende, llegar a *reconocer* lo reprimido: esa operación (“está bien, *reconozco* que soy así”), tan típica y tan familiar al neurótico, es extraña y ajena al universo psicótico. Desde el punto de vista psicótico, todo esto es una chiquilina. La operación y la eficacia psicoterapéutica con neuróticos se basa, justamente, en la posibilidad y la capacidad que éstos tienen de *dialectizar* su posición, es decir, de operar cambios en su *punto de vista* hasta poder *llegar a reconocer* («hacer conciente lo inconciente») que lo que venían haciendo no vale la pena, no sirve, es inútil, es incorrecto, es mentiroso, etc.

La enfermedad neurótica, según Freud, consiste en dos momentos: en el primero se trata de *no querer saber nada* de la realidad (externa o interna) que disgusta y resulta insoportable, y la manera por la cual logramos *desconocer, olvidar* o *no saber nada* de ella la llamamos *represión*. El segundo momento es que *eso*, de lo que no queremos saber nada, no se queda quieto, sino que intenta volver y ser *reconocido* de cualquier forma, por las buenas (sueños, lapsus) o por las malas (retorna en síntomas, inhibiciones, etc.). Lo que retorna siempre es el primer o antiguo asunto reprimido, pero lo hace bajo una nueva forma, transformado y disfrazado, para evitar volver a ser reprimido otra vez. Por eso decimos que la mecánica de la neurosis implica dos elementos (y dos tiempos), donde el segundo, el retorno, la “formación del inconsciente” (síntoma, lapsus, etc.), sustituye y representa de manera *simbólica* al primero; o, visto desde la otra punta, el primero “*transfiere*” todo su conflictiva al segundo.⁸⁰

Cuando hablamos de *simbólica* nos referimos a una realidad cuya esencia consiste en contar, como mínimo, de dos elementos ensamblados, a los que he llamado *primero* y *segundo*, donde el segundo sustituye y representa al primero; sustituye quiere aquí significar que

⁸⁰ En la tradición freudiana, esta es la manera primera en que aparece y se entiende la idea de “transferencia”; también en ella, al segundo elemento se lo denomina “formación sustituta”, justamente porque sustituye y representa al primero.

el primero desaparece de la vista sin quedar por ello eliminado o aniquilado, por el contrario, continua estando pero transformado, representado⁸¹, contenido o “transferido” al segundo (y esa es, justamente, su particular manera de seguir estando o de ser).⁸² Esta realidad simbólica, aunque implica dos elementos (el primero y su sustituto), en realidad es una sola unidad, el *símbolo*. El segundo elemento, el visible y presente ante nosotros de manera inmediata, remite al primero, ausente en lo inmediato o, mejor dicho, presente en tanto representado y accesible sólo por mediación del segundo.

Cuando se habla de realidad simbólica y de símbolo se piensa, casi de inmediato, en una realidad mental, inmaterial o algo por el estilo. Hay que aclarar que de ninguna manera es así. El aspecto presente y visible del símbolo, el segundo, siempre es material, y no es ni puede ser reducido a los sonidos del lenguaje o a la grafía de la escritura, por el contrario, desborda ampliamente estos registros. Fue el psicoanálisis, principalmente, quien desplegó la infinitud de materialidades que pueden ser tomados y funcionar como elementos simbólicos: las más diversas partes del cuerpo como un pié, el pene, la nariz; las más diversas funciones corporales, como el dormir, comer, etc.; aún los órganos del cuerpo como los ojos, la faringe, etc.; diferentes comportamientos, como los rituales; las ideas, como las obsesiones, los delirios; cualquier acto y ceremonial, como el saludo, etc.; cualquier objeto del mundo, como una cartera, un zapato, un panteón, etc.; cualquier animal, un caballo, una víbora, etc., y así con todo lo que se nos ocurra.⁸³ Esto quiere decir que lo simbólico no es mera-

⁸¹ La palabra “representación” en Freud debe ser entendida como “representante”, como lo que está, ocupa y representa el ser de otra cosa. El “representante representativo” representa a la idea, a la imagen; el “representante afectivo” representa al afecto.

⁸² Una interpretación posible de la doctrina de Jaques Lacan diría que se denomina “significantes” a estos dos elementos ensamblados, que él nombra como S y S' (*La instancia de la letra*, Escritos I). Que “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” querría decir, justamente, que su esencia es la misma que la del símbolo, que consiste (como mínimo) en dos elementos mutuamente implicados y ensamblados.

⁸³ Esto debería alcanzar para hacer ver el tremendo error en el que caen ciertos lacanianos cuando por “significante” entienden “el aspecto material acústico o gráfico del signo”. Que “el inconsciente esté estructurado como un lenguaje” no quiere decir, entonces, que está compuesto de sonidos acústicos o gráficos, sino que, en su gramática, cualquier cosa puede funcionar como significante.

mente “mental”, si con ello queremos decir que no afecta o no implica la materialidad del mundo que nos rodea; lo simbólico y, por ende, el símbolo, es una realidad material y social por excelencia que organiza y estructura por completo nuestro mundo.⁸⁴

Todo lo anterior queda claro en referencia al segundo elemento, al presente y visible. ¿El primer elemento, por su lado, es conceptual, es mental, es el *significado*? Tampoco. La *realidad simbólica* de la que estamos hablando se compone del ensamble de dos elementos, S y S', donde el segundo continúa y sustituye al primero, de acuerdo a ciertas reglas que Freud denominó *condensación* y *desplazamiento*. La relación entre el elemento visible S y un significado⁸⁵, por su lado, se diferencia de la anterior porque el significado emerge del pasaje o la oposición de un símbolo a otro, y no está ni queda ligado a un único elemento material S, de manera fija y estable.

¿En qué consiste la enfermedad psicótica? Freud decía que también consiste en dos momentos: en el primero, igual que en la neurosis, se debe enfrentar una realidad insoportable, pero la manera de evadirla no es *olvidarla* o *no saber nada* de ella, es decir, *reprimirla*, sino directamente *borrarla* del mapa, *que no quede nada, ni el rastro*, como si nunca hubiera existido. El segundo momento consiste en que *eso*, que por supuesto nunca muere, no se queda quieto sino que intenta

⁸⁴ Este planteo ya había sido desarrollado por Marx en *El Capital*. Allí estableció que la *mercancía* es una unidad real que implica dos aspectos: el *valor de uso* y el *valor de cambio*. El valor de uso “es el aspecto material” (por ejemplo, las características físicas del pan); en cuanto al valor de uso, dos panes son idénticos e imposibles de diferenciar, por más que uno esté hecho a máquina y el otro esté hecho a mano, el pan es pan se haga hoy aquí o se haya hecho hace dos mil años en Roma. El valor de cambio es el “tiempo social necesario para su producción”, y este aspecto, que varía constantemente, no está en lo que llamamos realidad “física” del pan sino que es constitutiva de su producción-realidad “social”. Esta faceta, ajena a lo inmediatamente físico, aunque no es visible, sin embargo es la que ordena y hace efectiva la circulación de todos los bienes físicos. Por eso Marx define a las “mercancías” como “objetos físicamente metafísicos u objetos sociales”. *El Capital, El fetichismo de la mercancía*, Fondo de Cultura Económico, pag. 38-38. A este tipo de materialidad físicamente metafísica o social la llamó *materialidad dialéctica*.

⁸⁵ Jacques Lacan expresa esta relación con la fórmula S/s.

volver por todos los medios, pero no puede volver siendo *reconocido* (detrás de una transformación y disfraz) como algo propio, porque nunca fue desconocido-reprimido, sino que fue borrado del mapa, y de él ya no queda ni el rastro; entonces aparece o vuelve a aparecer con los siguientes caracteres: como *algo nuevo* (y no como retorno de algo antiguo olvidado), como algo de lo que realmente *no se sabe nada* (y no como algo de lo que *no se quiere saber nada*), y como algo ajeno a enfrentar, es decir, *como una realidad exterior* insoportable: *alucinación*.⁸⁶

A partir de este punto, en las psicosis aparece un tercer momento, inexistente en la neurosis: el psicótico trata de sobreponerse a este embate siempre nuevo del mundo-realidad, pero como *eso* no retorna desde el interior (propio pero reprimido) sino que viene del exterior ajeno, la represión no hace en él mella alguna (como no lo hizo antes ni tampoco lo hace ahora ningún otro mecanismo que opere hacia lo interior), entonces no queda otro camino que transformar el mundo exterior. Pero como para transformar el mundo exterior, *real y efectivamente*, no alcanza tan solo con los deseos o la pura voluntad, lo que se transforma entonces es la realidad exterior *psíquica*, (la que se podría llamar, tomándonos una licencia, “realidad exterior *interna*”). El psicótico construye, en este tercer momento, una nueva realidad, esta vez soportable y acorde a sus deseos: *delirio*.⁸⁷

Si la enfermedad neurótica es el producto del segundo momento (el retorno en *síntoma*), ¿la enfermedad psicótica es el producto del segundo momento (*alucinación*), del tercero (*delirio*) o de ambos?

El asunto primero insoportable en las psicosis es inmune al reconocimiento, por el simple hecho que de aquella realidad insoportable no ha quedado nada, ni el rastro, no hay contenido reprimido a reconocer, y lo único que ahora aparece es una realidad enteramente nueva o, a lo sumo, un vacío imposible de re-integrar. A decir verdad, desde aquí deberíamos suponer que en las psicosis nunca hubo un primer momento que haya “transferido” su conflictiva a un segundo,

⁸⁶ «No es, por tanto, exacto decir que la sensación interiormente reprimida es proyectada al exterior, pues ahora vemos más bien que lo interiormente reprimido retorna desde el exterior». S.Freud, *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (caso Schreber)*, Biblioteca Nueva, Madrid, pág. 1522-23.

⁸⁷ Por eso el delirio, la posición delirante, es “sintónico” con el yo: “el delirante ama a su delirio más que a sí mismo”.

sustituto y representante suyo; el retorno desde el exterior, el segundo momento psicótico, no es un elemento simbólico segundo que encuentre su sostén y sentido en otro anterior, primero, sino que está enteramente solo. No encontramos aquí ninguna simbolización.

Más arriba he adelantado que para el neurótico el analista puede ocupar, por ejemplo, el lugar del padre o de la madre de manera *simbólica*, y que para el psicótico el analista puede también ocupar ese lugar o función, pero de manera *real*. Con *real* quiero significar, en primer lugar, que su esencia no consta de dos elementos ensamblados en una única y misma realidad, como en el símbolo, sino de un solo y único elemento. En los psicóticos ambas esferas, la *real* y la *simbólica*, parecen confundirse en una y misma cosa, mientras que en los neuróticos, ambos planos están nítidamente diferenciados y bien separados, y la relación terapéutica se desarrolla sólo, o preponderantemente, en la esfera *simbólica*. Con *real*, en segundo lugar, no quiero decir que se tome al analista realmente como el padre; éste puede estar presente, ausente o incluso muerto, pero nadie jamás, sea neurótico o psicótico, lo confundirá con su analista.

¿Qué diferencia hay entre lo real psicótico, lo real simbólico y lo real a secas? Para nuestro sentido común, la realidad cotidiana es lo real a secas, y esta, también, es algo muy diferente de lo simbólico. Esa es la primera confusión del sentido común, pues la realidad cotidiana, es decir la supuesta realidad a secas, en realidad está atravesada y estructurada por lo simbólico de punta a punta. Si queremos buscar “lo real a secas”, es decir, ajena a lo simbólico, en realidad donde lo deberíamos buscar y, tal vez, encontrar, es del lado de lo real psicótico, donde lo real aquí es sinónimo de *literal*. No se trata de que el psicótico esté fuera del lenguaje, sino que su realidad no incluye la dimensión simbólica tal como la establecimos: “El Otro está excluido del discurso delirante”.⁸⁸ Aquí el signo —sea cual fuese— no sustituye ni remite a otro signo, no hace símbolo, sino que se queda o bien en el puro significado o bien en la *literalidad*. De allí que sea tan complicado para el psicótico manejarse y entender el mundo del chiste, de la seducción, del doble sentido, etc. Por otro lado, el psicótico se maneja muy bien con el discurso inmediato, pero se maneja mal y se pierde

⁸⁸ Jacques Lacan, Seminario 3, Las Psicosis, pags, 80, 81 y otras.

en el discurso mediato, donde siempre hay dos instancias, como ocurre, por ejemplo, en el discurso reflexivo. En matemáticas, en cambio, se maneja muy bien. Da toda la impresión de que el signo en la psicosis queda en su literalidad sin remitir a otro signo, quedando así o vacío o pleno de sentido.⁸⁹

Después de lo dicho, se hace necesario aclarar lo siguiente: es claro que nosotros, como terapeutas o como pacientes, solo estamos en contacto efectivo y real con la realidad de lo que hemos llamado el segundo momento, es decir, con hechos concretos, tales como los sueños, los lapsus, las ideas compulsivas, los rituales, los dolores corporales, las cegueras, las fobias, los miedos y muchos otros fenómenos más. Que una idea compulsiva o un ritual pasen a ser un “síntoma”, y éste, a su vez, un “retorno de lo reprimido”, no es un hecho, es una interpretación de tales hechos. Otra interpretación posible puede ser que estamos poseídos por un demonio, por lo que se hace necesario realizar maniobras mágicas para expulsarlo. Sólo desde una mirada psicoterapéutica es que algunos de estos hechos se transforman en “síntomas”, y sólo desde el psicoanálisis los consideramos como “retorno de lo reprimido”.

Todos los procesos y sucesos descriptos correspondientes al llamado “primer momento”, tanto neuróticos como psicóticos, son procesos y sucesos *supuestos* por nosotros, los teorizadores; es decir, son realidades *hipotéticas* con las cuales no tenemos ningún contacto efectivo ni registro directo, sino que las construimos o inventamos a fin de explicar lo que única y efectivamente está ante nuestros ojos: la idea compulsiva-obsesiva, el ritual, etc. Insisto: ninguna de las entidades del llamado primer momento son hechos efectivos, son puras

⁸⁹ Si ponemos en correspondencia “signo” y “mercancía”, hay que decir que el *valor de cambio* de cualquier mercancía (más allá de su *valor de uso*) se establece por “el trabajo socialmente necesario para producirla”. Ahora bien, ¿cómo se establece el valor de cambio de una obra de arte? En la obra de arte no es posible recurrir al trabajo social necesario, se impone pues otro criterio. La misma excepción podemos establecer en el signo psicótico: no es posible remitirlo a ningún otro signo o sentido social establecido.

realidades *ficcionales*. Ahora bien, estas realidades ficcionales, más conocidas como *teorías*, no se construyen en base a la pura y libre imaginación, sino sobre la base y teniendo en cuenta cómo se dan los hechos: por la manera en que *eso* se presenta ante nosotros, deducimos o hipotetizamos cómo debió haber sido antes, en el primer momento. Después de un largo camino asociativo, que partió de un elemento presente (el “segundo”), emerge un elemento diferente y “nuevo” (el “primero”) que el neurótico llega *reconocer* como propio, y con él llega a reconocer lo que nunca antes había querido reconocer. De esta secuencia deducimos que, de alguna oscura forma, él ya lo sabía y no lo quería reconocer. A esta forma de comportarse con lo propio pero separado de la conciencia y después olvidado (y olvidado que olvidó) lo llamamos *represión*, y tratamos de reconstruir imaginativamente cómo debió haber sido todo el proceso que desembocó en esto.

Lo particular con el psicótico, en cambio, es que partiendo del segundo elemento nunca se accede a un primer elemento, a pesar de todo el tiempo y el esfuerzo que pongamos en ello. A menudo se escucha afirmar que el psicótico no establece una “transferencia” con el analista, entendiéndose con ello que no puede generar un vínculo terapéutico con él. Es evidente que esto no es así: los psicóticos pueden establecer un vínculo terapéutico como cualquier otra persona. Lo que ocurre es que no establece una *relación simbólica* con el analista, donde él funcione como un símbolo, como segundo elemento que lleva al primer elemento del símbolo.

III.- EL CONCEPTO EN ACTO

El psicoanálisis con psicóticos y borderlines se hace imposible si se mantiene la separación tajante entre función y persona del analista; una razón de ello es que en estos tratamientos, los avatares del devenir deseante de los pacientes no circulan por los carriles *simbólicos* como en los neuróticos, sino que se juegan en el entresijo de las relaciones *actuales* de todo tipo: personales, familiares, sociales, terapéuticas, etc.

¿Qué entiendo aquí por *actualidad* y *actual*?

Es conocida la oposición aristotélica entre ser en *potencia* y ser en *acto*; apunta a la esencia del movimiento y del cambio de *lo que es*:

La semilla es un árbol en *potencia*, tiene todas las condiciones necesarias para *llegar a ser* árbol, pero aún no lo es *en acto*. El ser *en acto* es la potencia realizada, la consumación del ser. Una vez consumado, el ser *es*, y ya no debe llegar a ser lo que es.⁹⁰

Aunque muy emparentado con el modo aristotélico, lo que entiendo por *actualidad* está referido a una diferenciación que la tradición filosófica alemana expresó con dos palabras diferentes: *Realität* y *Wirklichkeit*. Alfredo Llanos, uno de los traductores al español de la *Fenomenología del Espíritu* de Hegel, aclara de la siguiente manera el sentido de la palabra *actualidad* en alemán: «El idioma alemán utiliza dos palabras para realidad: **Realität**, del latín **res**, y **Wirklichkeit**, del verbo **wirken** (efectuar, actuar): *actualidad, existencia, efectividad, autenticidad*. Traducimos la primera por *realidad*, la segunda por *actualidad* (del latín **actualitas**). *Realidad es la cosa inerte; actualidad es lo que ha llegado a ser. Creemos que hay en esto una reminiscencia aristotélica: la doctrina de la potencialidad a la actualidad, de fuerte contenido dialéctico*».⁹¹

Como vemos, *actual* se relaciona con el sentido de lo que es “realidad” o “ser real”. En español tenemos sólo la palabra “realidad” o “real” para nombrar todo “lo que es”; cuando decimos es “real” o es “realidad” queremos decir que *es* en el sentido de que *existe* (o bien que *existió*), en oposición a un ser imaginario, que *es* pero *no existe*, que es *irreal, ideal, ficción, imaginario, ilusorio, falso*.⁹² Sin embargo, no todo lo ubicado dentro del campo que identificamos como real es idéntico.

El obelisco de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, es real, existe, pero no es *actual*, sino que en este momento sólo es (o está siendo) *mentado* en mi discurso *actual*. El ser *actual*, en el sentido que estamos tratando de precisar, connota una referencia específica ineludible a la *presencia*, tanto en sentido temporal, de que existe o sucede en el tiempo *presente*, como en el sentido existencial, de *estar*

⁹⁰ Puede haber, y de hecho hay, una *jerarquía* de seres de acuerdo a la mayor o menor realización de la potencia. Dios, en un extremo, es el Acto Puro, puro ser consumado. Para Plotino debe distinguirse el sentido de *acto* según se aplique a lo sensible o a lo inteligible... En lo inteligible, a diferencia de lo sensible, la actualidad es propia de todos los seres, de modo que, siendo el ser en acto el acto mismo, la forma no es un mero acto: más bien es *en acto*. *Diccionario de Filosofía*. Ferrater Mora.

⁹¹ HEGEL, *Fenomenología del Espíritu*, Ed. Rescate, Nota del traductor, pag. 69.

⁹² Vale la pena señalar la asombrosa diversidad de sentidos y realidades que caen dentro de este campo opuesto a lo real.

efectivamente presente ante mí, *en acto*. Podemos decir, para concluir, que mientras lo *real mentado* solo es una *representación* de lo real, lo *real actual* es una *presentación efectiva* de lo real, es la *presencia misma* de lo real ante mí.

No se trata de poner en duda, por tanto, la existencia o la realidad del obelisco de la ciudad de Buenos Aires; el asunto que nos ocupa es otro: no estamos simplemente discutiendo la existencia o no de lo real, sino el sentido de lo que para nosotros es realidad y real. Más que de la existencia o no de objetos y hechos, lo que tratamos de establecer son las diferentes maneras que la realidad se nos presenta y las diversas maneras de contactarnos con ella. ¿Hablamos, entonces, de “lo que es”, de “lo que existe”, o hablamos de “lo que nosotros entendemos” por ser o existir? Pero, ¿hay manera de hablar de lo primero sin hablar a la vez de lo segundo?

Cuando cotidianamente nos referimos a “realidad”, por ejemplo, a la realidad del obelisco de la ciudad de Buenos Aires, en realidad no entramos en contacto con la realidad misma, sino con una representación de lo real. Si, desde el sentido común, debiéramos señalar dónde, cuándo y cómo entraríamos en contacto con la realidad *real*, tendríamos que concluir que nuestro único contacto efectivo con lo real se establecería en nuestra *percepción*, o incluso antes, en la pura *sensación*, en la mera recepción pasiva del estímulo o dato físico-químico bruto, antes de todo registro e interpretación.⁹³ Según este planteo, entrar en contacto con la realidad implicaría un contacto por fuera o previo al lenguaje o a cualquier otro sistema simbólico pues, una vez que interviene la palabra o hay mediación por el signo, la realidad ya estaría perdida para siempre, y quedaríamos encerrados de este lado del mundo, del lado de las palabras, de la imagen, del significante o como quiera llamárselo, pero siempre del lado que no es real sino un mero reflejo de lo real, una sombra⁹⁴ de lo real. Pero, al plantear el asunto de esta manera, ocurren dos cosas: en primer lugar, de aquel primer contacto “bruto” no podemos tener registro, pues “registro” significa justamente un elemento que sólo está para aludir a otro momento real ya perdido o pasado; o sea, cuando tenemos el registro quiere decir que ya perdimos lo real registrado. Y, en segundo

⁹³ HUME.

⁹⁴ Esta idea se remonta al conocido “mito de la caverna” de Platón.

lugar, al quedar considerando y añorando aquel suceso originario, supuestamente previo y base de todo registro como la verdadera y única realidad real, no vemos ni tenemos en cuenta la única realidad efectiva humana que sí está a nuestra alcance, o sea, la realidad inmediata en la que constatamos que lo que el hombre real⁹⁵ “ve”, es bastante más que la mera luz física que estimula la retina de su ojo, y que lo que “escucha”, es mucho más que los meros movimientos del aire que impactan en el tímpano de su oído. Todo esto lleva a pensar, entonces, que el hombre no puede entrar en contacto con una realidad “bruta”, sino que siempre lo hace por intermedio y a través de un aparato simbólico cultural que es más carne que su propia carne.

Todos conocemos los lineamientos generales de ambas *teorías*, la que supone que lo único real es el primer contacto con la realidad bruta, y la otra, la que afirma que tal contacto es meramente supuesto e inexistente, y que toda realidad ya es significada. De allí en más todo el problema queda reducido a: ¿cómo saber cuál de las dos es la correcta? Y allí también concluye todo el asunto: en la manera de verificar o de falsar una teoría. Ahora bien, hay otro asunto que ninguna teoría ve, que no es ninguna teoría, y que consiste en lo siguiente: las dos *teorías* planteadas (como *toda* teoría) hablan *de* la realidad, *de* la percepción, *del* lenguaje, *de* las palabras —todas las teorías hablan *de*. ¿Qué tipo de realidad son todas estas realidades *de* las que habla la teoría? Todas éstas son realidades *mentadas*. Ninguna teoría presenta ni puede presentar más que la realidad *mentada* y jamás la realidad *actual*. Las teorías no *presentan* sino *representan* la realidad.

Todo discurso que trate *de* la realidad “por fuera” de la palabra, “por fuera” de lo simbólico o de lo dialéctico, es decir, que hable de una realidad *supuesta* sin la más mínima contaminación simbólica, sin reparar que en ese mismo instante está *hablando* de ella, y no incorpore ese *hablar* como un elemento constitutivo decisivo de la realidad de la que habla; todo discurso de este tipo sólo accede y puede presentar una realidad mentada, representada.

⁹⁵ Nos referimos a la realidad humana del adulto, y específicamente del adulto despierto normal. Las intoxicaciones, la fiebre, las lesiones cerebrales, las enfermedades mentales, etc., alteran esa realidad. La realidad del niño y del bebé también es diferente a la del adulto. Y es probable que la diversidad cultural también establezca realidades diferentes.

¿Es posible que se haga *presente* la realidad, la *presencia misma de lo real* ante nosotros? De ser posible, eso sería lo *actual*. Ahora bien, para que eso ocurra, la primera condición a tener en cuenta y a constatar es que lo real tiene que aparecer *en lo simbólico* (pues no hay realidad “bruta” y, si la hubiera, de ella no tendríamos registro), y la segunda, es que tiene que aparecer en lo simbólico *actual*, es decir, *en acto*.

Esta dificultad para que aparezca lo real *en acto* y no simplemente una realidad *mentada*, está lejos de ser un problema especulativo, se encuentra en el centro y origen de la clínica psicoanalítica. Dice Freud: «*Cuando comunicamos a un paciente una idea por él reprimida en su vida y descubierta por nosotros, esta revelación no modifica en nada, al principio, su estado psíquico. Sobre todo, no levanta la represión ni anula sus efectos, como pudiera esperarse, dado que la idea antes inconsciente ha devenido consciente. Por el contrario, sólo se consigue al principio una nueva repulsa de la idea reprimida. Pero el paciente posee ya, efectivamente, en dos lugares distintos de su aparato anímico y bajo dos formas diferentes, la misma idea... El levantamiento de la represión no tiene efecto, en realidad, hasta que la idea consciente entre en contacto con la huella mnémica inconsciente después de haber vencido las resistencias. Sólo el acceso a la conciencia de dicha huella mnémica inconsciente puede acabar con la represión. A primera vista parece esto demostrar que la idea consciente y la inconsciente son diversas inscripciones, tópicamente separadas, del mismo contenido. Pero una reflexión más detenida nos prueba que la identidad de la comunicación con el recuerdo reprimido del sujeto es tan sólo aparente. El haber oído algo y el haberlo vivido son dos cosas de naturaleza psicológica totalmente distinta, aunque posean igual contenido*».⁹⁶

La esencia del pasaje se resume en la frase: «*Sólo el acceso a la conciencia de dicha huella mnémica inconsciente puede acabar con la represión*», entendiendo que «*huella mnémica*» aquí es equivalente a «*recuerdo reprimido*». Analicemos, entonces, un aspecto del fenómeno del recuerdo. Resulta por demás claro que la experiencia de recordar haber dado un beso, por ejemplo, es de naturaleza totalmente distinta de la experiencia de dar realmente un beso, por más que ambas tengan igual con-

⁹⁶ FREUD, SIGMUND. *Lo Inconsciente*, O.C., Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, Tomo II pags.2066-67.

tenido; mientras la primera es una experiencia que se desarrolla íntegramente en el llamado mundo interior, la segunda, en cambio, acontece en el mundo exterior y en contacto con otra persona. ¿Es esta diferencia a la que se refiere Freud cuando dice que «*El haber oído algo y el haberlo vivido son dos cosas de naturaleza psicológica totalmente distintas*»? No, Freud no se refiere aquí a la diferencia entre las experiencias en el mundo interior y otras en el mundo exterior, sino que las dos experiencias que busca distinguir se desarrollan íntegramente en el llamado mundo interior. Una es el saber algo por evocar el recuerdo de “haberlo vivido” (el tiempo verbal pretérito perfecto indica que la acción no es actual); y otra, es saber algo por evocar el recuerdo de “haberlo oído”, entendiendo por “oído” que el asunto le fue relatado, es decir, que tuvo una noticia por segunda mano, siendo, por tanto, ya en el origen un saber mediato o mediatizado, y no un saber en el origen de una experiencia directa de, por ejemplo, “haber oído” la explosión.⁹⁷

Hay, entonces, tres tipos de saberes y experiencias: 1º) saber por evocación de “haberlo oído”; 2º) un saber por evocación de “haberlo vivido”; y finalmente, 3º) un saber por “estar viviéndolo” en el instante. Este último no es algo tan obvio. ¿Qué quiere decir un saber por “estar viviéndolo en el instante”? Hay dos maneras de pensarlo: una, la más evidente y al alcance de todos, es el saber que yo, en este instante, estoy escribiendo este texto, y su saber que Ud. lo está leyendo en este instante. Como es obvio, ambos *actos* de saber, tanto mi saber (que estoy escribiendo) como su saber (que está leyendo) no realizan o efectivizan el acto de escribir o de leer; por eso podemos decir que estos saberes son actos exteriores al asunto que saben. Sólo un saber que sea interior al asunto que sabe o, dicho de otra manera, sólo un saber que, en tanto acto, al mismo tiempo que sabe sea el asunto o contenido que sabe, sólo este saber es un saber *en acto*. En este caso no se evoca nada, no se recuerda nada, o, si hay evocación o recuerdo, este

⁹⁷ En relación a cómo la estructura misma de un lenguaje permite o prohíbe diferentes maneras de enunciar cómo un saber se sabe (por ser testigo presencial del hecho, por información a través del lenguaje, como información de la que nadie vivo puede dar testimonio, por deducción, como rumor, etc.), ver el Prefacio a mi libro *La Telé-pata*.

acto es exactamente igual al contenido recordado. Pero ¿cómo entender un recuerdo que no se diferencia de la experiencia viva?

En todo recuerdo se presentan dos realidades que debemos distinguir: por un lado está lo que Freud llama el «contenido», es decir, la idea, el significado o la imagen de, por ejemplo, «dar un beso»; por otro lado está el acto mismo de recordar. Entre ambos lados usualmente se produce la siguiente relación: mientras que lo que llamamos el «contenido» se ubica siempre en el pasado, el acto de recordar siempre es actual, presente y, valga la redundancia, es *en acto*. Entre ellos, además, se establece una relación de mutua exclusión: mientras soy conciente o percibo el «contenido» del recuerdo, el acto de recordar queda entre bambalinas y no lo veo, no soy conciente de él; y al revés, si fijo mi atención en el acto de recordar, dejo de percibir el «contenido» del recuerdo. Del fenómeno del recordar lo más común es que sólo retengamos el «contenido», y sintamos que en eso consiste y que allí se agota toda la experiencia del recordar; sin embargo, una vez que quedan señalados ambos lados del recordar, es fácil ver que, mientras el «contenido» está irremediabilmente perdido en el pasado, el acto de recordar, en cambio, es *actual, real y efectivo*, es decir, es la única experiencia viva que está ocurriendo aquí y ahora. Una manera sencilla y gráfica de expresar lo mismo es diciendo que lo único que se puede recordar es el «contenido», mientras que al acto no se lo puede recordar pues, si se lo recuerda, deja de ser acto y pasa a ser «contenido» de otro acto. A este acto, entonces, no se lo registra ni recuerda, pero tampoco se lo sabe como acto (“en el acto”), pues no se es conciente de él. Pareciera que la única manera de hacer conciente algo es recordarlo, mentarlo, etc., es decir, que no esté en acto, pues si está en acto, no está ante mí, no es presente para mí, no es actual, no es *en acto*.

Sólo un saber que, en tanto acto, al mismo tiempo que sabe sea el asunto o contenido que sabe, donde no haya disociación entre acto de saber y contenido sabido sino que ambos sean una sola y la misma cosa, sólo este saber es un saber *en acto*. En este caso no se evoca nada, no se recuerda nada, o, si hay evocación o recuerdo, este acto es exactamente igual al contenido recordado.⁹⁸

⁹⁸ A este acto Søren Kierkegaard lo denomina *repetición*. Sobre el concepto de «repetición» y el de «instante» hay pocos desarrollos tan ricos y poderosos como los que despliega Kierkegaard. Cfr. al respecto *La Repetición* y también *El concepto de la angustia*.

La palabra del neurótico está separada del ser. Lo que su palabra piensa y dice no es la vida sino una *representación* de la vida. De esta manera ha consumado la ruina tanto de la palabra como la del ser. Por eso es que, como dice Lacan, «No se trata de saber si hablo de mí mismo de manera conforme con lo que soy, sino si cuando hablo de mí, soy el mismo que aquel del que hablo».⁹⁹ El neurótico habla de todo y hasta de sí como objetos, habla *de*; podríamos decir que habla en teoría y vive en teoría.

El fin del psicoanálisis con neuróticos, tanto en el sentido de objetivo final como de finalización, es superar la escisión entre el ser y la palabra. No se trata de restituir un supuesto estado de salud perdido, pues no nacemos sanos ni fuimos sanos nunca, de lo que se trata es de ver si podemos alcanzar la salud. No nacemos ya hechos y terminados, por eso es que debemos hacernos y alcanzar el estado más saludable. El hombre no está ya hecho, ya terminado, como lo están los animales; está abierto al destino, al futuro y al ser. El hombre no nace siendo, ni ya es por el solo hecho de existir; por el contrario, nace sin ser y debe llegar a ser

Este *llegar a ser lo que se es*, no es una acción exterior a sí misma, tal como puede ser empujar un auto, donde el productor, el producto y la producción son elementos diferentes, separados y ajenos unos a otros; tampoco la acción ni el ser están por fuera de la palabra o del registro, es decir, por fuera de lo simbólico, sino que es un llegar a ser por medio de la palabra y lo simbólico. Pero es una palabra que no hace ninguna referencia a un ser exterior a ella, por fuera de ella, y ajeno a ella; su ser no está del lado de afuera de la palabra, del lado de la referencia, de lo dicho, sino que su ser es porque está dicho. Es una acción interior a sí misma, una acción y un ser *en acto*, de sí misma sobre sí misma haciéndose a sí misma.

Hay seres que son más *en acto* que otros, tienen más ser o son más que otros, y, a la vez, más libres y más verdaderos que otros. Nuestra tarea es llegar a ser lo que se es.

⁹⁹ J. LACAN, “*La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*”, Escritos I, Siglo XXI, pag. 497.

PSICOANÁLISIS DE LAS CRISIS PSICÓTICAS

Por Héctor Fenoglio¹⁰⁰

En las crisis psicóticas el paciente experimenta un quiebre, un estallido, un derrumbe o un ataque, generalizado e insostenible, tanto en su interior como en su exterior, que lo deja sin capacidad de respuesta.¹⁰¹ Esto se manifiesta en que, o bien ya no puede sostener el devenir más elemental de su vida y, por ende, *cae* en un estado de padecimiento extremo (pasivo o furioso); o bien es *tomado*¹⁰² por completo por su posición delirante y sostiene desde allí una ruptura casi total con el mundo. Para el entorno familiar, ambas posibilidades significan momentos de gran angustia, desesperación y hasta de espanto.

La mayoría de los profesionales consideran a las crisis psicóticas como situaciones muy peligrosas para la integridad física y psíquica del paciente, por lo cual el objetivo prioritario y urgente —como

¹⁰⁰ Todo lo que digo aquí se basa en mi experiencia de más de 20 años atendiendo psicóticos. Primero en el *SAS, Servicio de Atención para la Salud*; después en el *Equipo de Salud* del Taller de Pensamiento, y desde el 2006 en el *Centro de Salud, Arte y Pensamiento LA PUERTA*, del cual soy director general. Cuando digo “nosotros”, hablo desde la experiencia del Equipo de Atención del *Centro LA PUERTA*.

¹⁰¹ Algunos de los *índices objetivos* más comunes de una crisis psicótica son: pérdida o grave alteración de los ritmos de sueño/vigilia, de hábitos de comidas e higiene y de lazo social (aislamiento/querellas); desorganización del tiempo y del espacio; excitación psicomotriz extrema.

Algunos *índices subjetivos* más comunes son: predominio pleno de la posición delirante (persecución, poderío, revelación mística, etc.); invasión y dominio de fenómenos alucinatorios intrusivos (voces, miradas, sensaciones cenestésicas. etc.); proyectos e intentos suicidas; proyectos e intentos de ataque a terceros; depresión profunda, episodios maníacos o hipomaníacos, etc.

¹⁰² Es difícil en psicosis hablar de “identificaciones”, si bien se ha utilizado la expresión “Identificación masiva” para señalar el carácter absoluto e inamovible de tales estados.

si se estuviera ante un incendio— debería consistir en “ahogar” o “apagar” la crisis, lo más rápido posible y de la manera en que se pueda. En tal sentido, la respuesta casi automática y más habitual se reduce a: 1) control farmacológico masivo y estricto y, 2) control y vigilancia institucional. Es decir, la internación. Sin embargo, semejante reducción es altamente cuestionable.¹⁰³

CRISIS Y DEMANDA

Es muy fuerte y arraigado el prejuicio de que los psicóticos en crisis no están en condiciones de tomar decisiones de ningún tipo, por lo que se hace necesario decidir casi todo por ellos. Este prejuicio, sumado al terror por la supuesta alta *peligrosidad para sí y/o para terceros*¹⁰⁴ del psicótico en crisis, viene permitiendo y hasta propiciando internaciones innecesarias sin recurrir antes a otro tipo de medidas más adecuadas, como la internación domiciliaria, el hospital de día, etc. De esta manera se termina, en lo clínico, despojando al psicótico de su posición de sujeto reduciéndolo a mero objeto de manipulación, y en lo político, justificando la violación de los derechos humanos de los pacientes, quienes no son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones importantes sobre su vida.¹⁰⁵

¹⁰³ No estamos en contra de toda internación, ni consideramos que sean una especie de tortura o provoquen un trauma irreversible al paciente. Lo que decimos, simplemente, es otra cosa: más que estar en función del cuidado del enfermo, muchas veces la internación se decide en función de la protección y el resguardo profesional, ante un posible juicio por *mala praxis* o, directamente, por no saber qué otra cosa hacer. El criterio más claro para decidir una *internación*, en cambio, es tener en mente la *externación*: qué objetivos buscamos, qué trabajo hacer al respecto y cuánto tiempo llevará cumplirlo. Si no, la internación simplemente consiste en sacarse de encima un problema.

Otra cosa: *Mala praxis* es, efectivamente, “no hacer lo que hay que hacer”; pero también (y esto se olvida muy a menudo) “hacer lo que no hay que hacer”, es decir, cuando “es peor el remedio que la enfermedad”. Amputar un miembro para prevenir una gangrena cuando todavía no es necesario, es *mala praxis*.

¹⁰⁴ El concepto «*peligrosidad para sí y/o para terceros*» es en extremo ambiguo. Lo que sí es claro, sin embargo, es que no es sinónimo de «*crisis psicótica*».

¹⁰⁵ Negamos que el respeto a la voluntad del paciente y/o sus familiares sea una imprudencia profesional que tome a la ligera las posibles conductas peligrosas. Para los casos de real peligro a terceros, alcanzan las mismas garantías que para todo el mundo, allí debe actuar la ley; pero antes de la ley, debe desplegarse el trabajo tera-

El tratamiento psicoanalítico, por el contrario, requiere que el paciente se haga cargo de sus decisiones. Hay dos grandes modelos de plantear el tratamiento de la enfermedad mental: o bien la decisión y el deseo del paciente de curarse es imprescindible y decisivo, o bien no lo es y lo único eficaz es la acción química de los fármacos. Para nosotros, el deseo de curarse es imprescindible y, en ese marco, la medicación es uno de los recursos más importantes en nuestra terapéutica. Pero en todos los casos es necesario que la persona *quiera curarse*. Es necesario, incluso, exigir una demanda formal en tal sentido.¹⁰⁶ Esta demanda es la manera en que un paciente se agarra de la punta de la soga de un tratamiento mientras nosotros tiramos de la otra punta para ayudar a sacarlo de la situación en la que está. *Con una soga se puede tirar, pero no se puede empujar*: si el paciente no desea curarse, si no se agarra fuertemente de la soga, o la suelta, nadie ni nada lo puede empujar ni obligar a curarse. Las crisis psicóticas no son una excepción a esta regla.

La condición del respeto irrestricto a las decisiones del paciente y/o familiares, y la necesidad de contar con su acuerdo para llevar adelante cualquier medida terapéutica que propongamos, no sólo es, entonces, una condición ética-política insoslayable, sino que también, y principalmente, constituye el *punto de apoyo* necesario e imprescindible para plantearse cualquier tratamiento. Sin esta condición, es imposible la emergencia y el despliegue del deseo de curarse.

El objetivo de “ahogar” la crisis, a contramano de lo anterior, contiene la idea de que, una vez desatada, no se puede hacer nada productivo mientras dure; entonces sólo resta esperar que pase lo más rápido posible. Esta idea, sin embargo, es un grave error, mezcla de indolencia e ignorancia, pues **toda crisis es una oportunidad inmejorable para establecer o relanzar el vínculo terapéutico**.¹⁰⁷ Si bien es cierto que en la crisis el psicótico *cae* como sujeto, o es *tomado*

péutico sobre la voluntad y el poder de decisión del paciente y su familia, implementando todas las medidas posibles que protejan la vida, la salud y los bienes propios y ajenos.

¹⁰⁶ La demanda de “cura”, tanto en las psicosis como en las neurosis, está expresada en relación a las dificultades y problemas reales y puntuales que se padecen y no pueden resolverse.

¹⁰⁷ Sobre el “vínculo terapéutico con psicóticos”, ver mi texto *FRANQUEZA PERFECTA*. Ver cap.5.

por el delirio (es decir, se quiebra la relación con el Otro), nuestra práctica nunca debe plegarse ni acentuar ese camino de eclipsamiento del sujeto sino todo lo contrario, es decir, desde el vamos debemos incluir al Otro y convocar al psicótico a que se sostenga como sujeto.

LA PRIMERA CRISIS Y LAS CRISIS BAJO TRATAMIENTO

Cuando somos convocados de urgencia para actuar en la crisis de un paciente que no conocemos,¹⁰⁸ para ambos es la *primera crisis* juntos, aunque él antes haya pasado ya por otras.¹⁰⁹ La manera como actuemos allí será decisiva para el desarrollo posterior: si “ahogamos” la crisis no podemos pretender, después, establecer un vínculo psicoanalítico cuando, en su momento más difícil, no lo tratamos como sujeto. Aun en medio del vendaval, debemos saber ubicarlo y respetarlo como sujeto y, además, hacer que todos los demás lo respeten y traten como sujeto, especialmente su familia. Si logramos hacerlo, lo más probable es que el psicótico establezca de inmediato un vínculo firme y franco con nosotros.¹¹⁰

Toda crisis tiene una *historia*. Una tarea inmediata e imprescindible es comenzar a conocer esa historia: cuándo comenzó, cómo comenzó, si se daba cuenta de lo que le estaba pasando, cómo reaccionó la familia, el entorno, etc. *Historizar la crisis* se inserta y se continúa, a la vez, con el trabajo de *historizar la vida* entera del paciente y su familia, lo que conduce a preguntarse cómo es que llegó a esta situación tan crítica.¹¹¹

¹⁰⁸ Por lo general somos convocados por la familia y/o amigos del paciente. Muy pocas veces el paciente consulta solo.

¹⁰⁹ Willy Apollón, en *Tratar la psicosis*, Ed. Polemos, Bs.As., también habla de “La primera crisis”, pero no se trata de lo mismo; él se refiere a “la primera crisis” que el paciente tiene cuando ya es parte del Centro “388” y está en un tratamiento en curso.

¹¹⁰ Ver *FRANQUEZA PERFECTA*. Ver cap.5.

¹¹¹ Esta simple tarea de “relatar” es, sin embargo, de gran importancia terapéutica, pues obliga al paciente a tomar distancia de la inmediatez de sus vivencias psicóticas y a *escindir su discurso* entre el acto de relato (en el presente) y los hechos relatados (en el pasado). Esto abre una tregua en el continuo “tabletear de las ametralladoras” propio de los fenómenos de las crisis psicóticas. Al respecto, ver mi libro *LA TELÉPATA, un psicoanálisis de la alucinación y el delirio*.

Toda crisis, además, tiene *sentido*: por qué le pasa esto, quién es responsable, qué debe hacerse, etc. Como terapeutas debemos *respetar y partir del punto de vista del psicótico*; de ninguna manera es aceptable que, bajo la excusa de ser claros y directos, despleguemos un ataque frontal contra el *punto de vista* que constituye la locura del psicótico, es decir, contra su delirio, su alucinación, o lo que sea. Nuestra tarea consiste en *acompañarlo*, sin aceptar ni confirmar su punto de vista, pero sí con pleno respeto del mismo, sin caer en la posición autoritaria de supremacía exclusiva que nuestra cultura otorga al punto de vista del adulto normal medio asimilado a sus normas y valores.

Ayudarlo a atravesar la *primera crisis* juntos, respetando su punto de vista: esa es nuestra tarea.

Diferente es cuando el psicótico está en tratamiento a nuestro cargo y se produce una crisis severa. Es muy común que el propio profesional a cargo (y la familia) la considere como un índice indudable de que el tratamiento anda mal, y de que el paciente está peor. Y no sólo eso, también es común que lo inunde la angustiada idea de que su trabajo es un desastre. En mi caso, a pesar de los muchos años de tratar crisis psicóticas y de estar muy seguro de lo que hago, debo confesar que en tales ocasiones siempre me asalta el mismo pensamiento: *¿Quién carajo me manda a meterme en esto?! Y, a la vez, me invade un imperioso deseo de huir*. Pero en ese mismo instante también *vuelvo a saber* que esa angustia arrolladora es la experiencia contra-transferencial inevitable de asistir a una crisis psicótica, y recién cuando la experimento estoy seguro de haber hecho contacto efectivo con el paciente y que, además, recién allí se abre la posibilidad cierta de encontrar un *punto de apoyo* transferencial real y eficaz. A tal punto esto es así, que me animo a afirmar que mientras no se haya atravesado esa angustia, no se habrá entrado en contacto ni acompañado una crisis psicótica, como tampoco encontrado un *punto de apoyo* transferencial firme y claro.¹¹²

Junto a lo anterior, también se nos impone la idea de que un tratamiento bien llevado o que anda bien, no debería atravesar crisis. Sin embargo, el tratamiento mejor llevado y con mejores resultados

¹¹² Con la expresión *punto de apoyo* transferencial busco reduplicar la famosa afirmación de Arquímedes sobre la potencia mecánica de la palanca: «Dadme un punto de apoyo, y moveré el mundo».

no necesariamente es aquel en el que no aparecen crisis; la aparición de una no implica necesariamente un retroceso o que algo ande mal, al contrario, bien puede ser un momento muy fecundo para la salud del paciente y/o su familia.¹¹³

Una crisis psicótica no llega por casualidad. Tampoco es el resultado inevitable de ser psicótico, pues hay muchos psicóticos que no están en crisis y tantos otros que hace muchísimo tiempo que no tienen una. Una crisis psicótica, por supuesto, no puede aparecer sino en el marco de una *condición* psicótica,¹¹⁴ pero no aparece en cualquier momento y circunstancia, sino cuando la persona estalla al no poder enfrentar ni sobrellevar la acumulación de los conflictos que la vida le presenta. Repito: la crisis psicótica no es un desajuste electroquímico azaroso del cerebro, vaya uno a saber por qué, sin ton ni son, un puro *sin sentido*. No, la crisis psicótica tiene historia y tiene sentido.

Pero más allá de que sean para mejor o para peor, lo que es innegable es que las crisis psicóticas son más probables y más desestabilizadoras que las crisis neuróticas, y la razón de esto radica en que la *condición* psicótica es altamente inestable en un mundo estructurado sobre la base de parámetros neuróticos *reales*. Por ello, entonces, aunque sea por mera resignación empírica, deberíamos aceptarlas como posibles y hasta inevitables. A partir de aquí, mejor que desear de manera timorata e irresponsable *¡Ojalá que no venga ninguna otra crisis!*, lo que los terapeutas deberíamos hacer es prepararnos y, sobre todo, preparar al paciente, para la próxima crisis.¹¹⁵

Nuestra tarea ante las *crisis bajo tratamiento*, entonces, no sólo se amplía, sino que también ahora contamos con mayores y mejores recursos. Toda *crisis bajo tratamiento* se anuncia, tiene signos precursorres. Nosotros, como terapeutas, debemos saber leerlos, comunicárse-

¹¹³ Una crisis psicótica puede, en este sentido, ser equiparable a una crisis de angustia neurótica.

¹¹⁴ Las psicosis, a mi entender, no son en sí mismas una enfermedad sino una *condición*, tal como la condición de ser neurótico, ser hombre, ser mujer, ser homosexual. Esto quiere decir que un psicótico jamás se volverá neurótico, y viceversa. A la *condición* Lacan la denomina *estructura*.

¹¹⁵ Sobre este punto, compartimos lo expresado por Willy Apollon en *Tratar la psicosis* en cuanto al sentido y manera de trabajar las segundas crisis. Sobre su criterio de “cura” de “la tercera crisis”, la que sería la última crisis del paciente, nuestra experiencia es diferente pues, a nuestro pesar, puede que no sea la última.

los al paciente y, sobre todo, ponerlo a trabajar sobre los mismos: desorganización del tiempo y actividades, pérdida de rutinas de sueño/vigilia, querellas o proyectos alocados, etc. El paciente, en primer lugar, tiene ante sí la tarea de “*apropiarse de su crisis*” y manejarla lo mejor que pueda; antes las cosas fueron al revés: esas fuerzas siempre fueron ajenas a él, se apropiaban de su vida y lo manejaban. En segundo lugar, el paciente sabe muy bien que está muy bien acompañado, que en su terapeuta tiene un aliado incondicional para enfrentar la crisis: juntos preparan el combate, disponen las fuerzas familiares, los recursos económicos, ponen a resguardo las posibles problemas familiares (esposa, hijos) y sociales (trabajo, etc.). Se piensan los diferentes escenarios complicados que pueden aparecer, se establecen dispositivos de alarma y procedimientos de acción ante cada circunstancia, etc. Todo esto en pos de un objetivo: el paciente tiene que salir entero de la crisis, y, de ser posible, victorioso.

Ayudar al psicótico a *gestionar su crisis*, anunciándosela, preparando el combate y acompañándolo en su atravesamiento, es nuestra tarea en las *crisis bajo tratamiento*.

El final de la *cura* del psicótico (*fin de análisis*), es otro artículo.

FIN

Una vez pasada la crisis, el trabajo consiste en un psicoanálisis de cada detalle, de cada momento, qué se hizo bien, qué se hizo mal, qué pudo haberse hecho y no se hizo, por qué no se hizo, etc. El psicoanálisis de *todas* las crisis anteriores, y la minuciosa preparación de las por venir, son uno de los carriles privilegiados del tratamiento psicoanalítico del psicótico.

Hay muchos pacientes psicóticos que nunca entran en crisis, pero tampoco están bien; andan como a la deriva, sin rumbo, sin pasión, como esperando algo que nunca les llega. Ante estos casos, uno muchas veces se sorprende pensando: «¡Qué bien le vendría una crisis!». Este no es un pensamiento loco o irresponsable, sino que manifiesta que las crisis, aunque son desesperantes y lo último que alguien quisiera pasar, son, a la vez, una verdadera oportunidad, una puerta abierta a la vida. Y al abismo.

Cuando enfrentamos una crisis no tenemos ninguna garantía de que las cosas vayan a salir bien, pero debemos encararla con la seguridad de que vamos a hacer todo lo que está a nuestro alcance y que lo vamos a hacer bien, aun cuando no sepamos exactamente qué vamos a hacer, qué medidas debemos implementar, etc. Es decir, confiar en nuestra experiencia, en nuestra práctica y en nuestra buena fe. Las cosas, por supuesto, siempre pueden salir mal, nadie puede asegurar el resultado. Contra todos nuestros deseos, hay que decir que, *por supuesto*, no hay manera de asegurar el salto. El vértigo, la angustia previa al salto, es inevitable. Si no la hubiera sería índice de que no hay salto. Y sí, de nuestra parte, no hay salto, entonces no hay tratamiento posible de la crisis psicótica. Sólo hay un «como sí».

Por todo esto reafirmo que **las crisis son una oportunidad inmejorable para establecer o relanzar el vínculo terapéutico con el psicótico**, como también para remover las imposturas del lugar del analista con que la vida burguesa nos carcome y pudre el deseo.

EL CONFLICTO PSICÓTICO Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Por Héctor Fenoglio. 2012

I.- EL CONFLICTO EN LAS PSICOSIS

Para empezar, voy a transcribir un largo fragmento de un texto mío¹¹⁶ que viene bien para estimular y orientar la elaboración de la nueva modalidad terapéutica que pretendemos implementar en La Puerta en el 2012.

«El delirio consiste en una experiencia no inmediata sino mediata de la realidad, en la que se establece un juicio¹¹⁷ sobre experiencias inmediatas o directas; un juicio sobre la experiencia de la realidad, a la que impropriadamente podríamos llamar “bruta”, que afirma o niega que las cosas sean de tal o cual modo¹¹⁸».

¹¹⁶ El texto se titula LA EXPERIENCIA PSICOTERAPÉUTICA y LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA LA PUERTA. Ver cap. 4 y 5.

¹¹⁷ Sobre el juicio extractamos la siguientes definiciones: «JUICIO: De los numerosos significados que se han dado al término “juicio” examinaremos los siguientes: 1) Juicio es la afirmación o negación de algo (de un predicado) con respecto a algo (un sujeto); esta es propiamente la definición de la proposición pero puede extenderse también al juicio en cuanto término mental correlativo de la proposición. ...3) Juicio es una operación de nuestro espíritu en la que se contiene una proposición que es o no conforme a la verdad y según la cual se dice que el juicio es o no correcto. 4) Juicio es un producto mental enunciativo. 5) Juicio es un acto mental por medio del cual pensamos un enunciado». *Diccionario de Filosofía abreviado*, José Ferrater Mora, Edhasa-Sudamericana, Barcelona.

¹¹⁸ Tal vez sea el reconocimiento de esta diferencia, que opone la inmediatez perceptual en la alucinación por un lado a la mediación del juicio que caracteriza al delirio por el otro, la que haya producido y siga produciendo la convicción tan extendida de que el delirio emerge como un intento posterior de explicación de los fenómenos alucinatorios previos, los que de otro modo quedarían inexplicados y requiriendo ser integrados a la corriente consciente de la vida. Esta idea, hasta donde pude averiguar, ya la encontramos en Clerambault y aún en Charcot.

Como la que realiza tal juicio es la propia conciencia, el delirio, a la inversa del síntoma, siempre es vivido como algo propio y se impone con la fuerza de lo propio. A la conciencia del paciente, entonces, el delirio no se le presenta como un «cuerpo extraño» que le provoca sufrimiento y constante malestar, como algo ajeno a su ser, del que no puede entender cómo llegó a su vida ni qué relación tiene que él; tampoco como algo enigmático y sin sentido; todo lo contrario, se le presenta pleno de sentido, como una y la misma cosa que el propio ser: el psicótico ama a su delirio más que a sí mismo. El trabajo con el delirio, entonces, a la inversa que con el síntoma, en primera instancia debería tratar de generar una brecha entre el delirante y su delirio, es decir, generar un interrogante en la posición delirante desde la cual emerge¹¹⁹.

A mi entender, las tres diferentes posiciones psicóticas que señalé con anterioridad —las esquizofrenias, la maniaco-depresiva y las paranoias—, a pesar de las enormes diferencias que las separan, sostienen una posición delirante primaria común o compartida: la de no considerar a sus padecimientos como síntomas de algo que no anda bien en sus vidas y de lo cual deben hacerse cargo¹²⁰. Esta desresponsabilización de la conciencia del psicótico se nos aparece como un intento de negación de su realidad, en la que siempre intervienen, con mayor o menor peso, sino ya un delirio hecho y derecho, al menos ideas o actitudes delirantes¹²¹. El trabajo psicoterapéutico sobre esta actitud o posición delirante primaria es, como dijimos, intentar abrir y establecer una brecha entre la idea delirante y la conciencia que la sostiene. Este trabajo es posible si el terapeuta se introduce e instala en

No habría, sin embargo, que dar por buena rápidamente esta idea tan aceptada como extendida, pues no sólo la pone en dudas la observación al alcance de todos de que hay muchos estados delirantes sin fenómenos alucinatorios previos, sino también, y muy especialmente, abrirse a la posibilidad inversa, a la de que tal vez los fenómenos alucinatorios sean producto de una estructura delirante. Además, aún considerando el delirio como explicación de la alucinación, ¿por qué tal explicación estaría condenada a ser delirante y no una explicación normal? Sobre estos y otros asuntos conexos, consultar mi texto *La Telépatha, un psicoanálisis de la alucinación y del delirio*.

¹¹⁹ Se plantea aquí, de nuevo, la confrontación con aquellas posiciones terapéuticas que indican “no tocar el delirio”. Sobre el concepto de “brecha” en el delirio, ver Willy Apollon en *Tratar las psicosis*, Ed. Polemos, Bs.As., pag. 61.

¹²⁰ De allí la importancia nuclear que tiene, según veo, investigar la realidad del delirio en particular para entender la realidad de las psicosis en general.

¹²¹ «La neurosis no niega la realidad; se limita a no querer saber nada de ella. La psicosis la niega e intenta sustituirla». S. Freud, *La pérdida de la realidad en la neurosis y en las psicosis*.

*el seno del conflicto psicótico que, a diferencia del conflicto neurótico entre las instancias psíquicas del yo y el ello, se desarrolla entre las instancias psíquicas del yo y el mundo exterior*¹²². Este trabajo de establecer de manera clara los parámetros del conflicto psicótico y trabajar sobre él es un buen ejemplo de lo que llamé la manera directa de operar del psicoanálisis¹²³, de la cual el sentido común diría que trabaja sobre lo “exterior” o sobre la realidad exterior.

Pero antes también ya señalé que esta des-responsabilización no es totalmente injustificada, dado que, en mayor o menor medida, todos los psicóticos padecen diversos «cuerpos extraños», desde fenómenos automáticos elementales, alteraciones del ánimo, hasta complejas alucinaciones, todos fenómenos que, finalmente, no sienten como propios ni tienen el menor sentido para ellos. Las alucinaciones, por ejemplo, al contrario del delirio, son un verdadero «cuerpo extraño». La alucinación, para quien la vive, consiste en una experiencia inmediata y directa de lo real: se escuchan voces, se ven personas, se tienen sensaciones corporales; todos estos hechos están ahí, “ante los ojos”, por lo que resulta imposible dudar de su existencia. En el testimonio de los alucinados no aparece la menor vacilación o ambigüedad, no dicen: tuve la impresión de que..., me pareció que..., sentí que...; por el contrario, dicen: escucho voces, siento un huevo dentro de la cabeza, etc. Sean agradables o desagradables, estos fenómenos se imponen a la conciencia alucinada como algo real, algo independiente y autónomo, algo ajeno a la conciencia, que meramente los recibe sin reconocerlos como productos propios, como sí lo hace con los recuerdos, las creaciones de su imaginación o los delirios.»

Con estas observaciones lo que quiero destacar es que no hay, en las psicosis, una única y principal manera de estructurar el abordaje psicoterapéutico; siguen siendo fundamentales tanto lo que llamé más arriba *manera indirecta* como la *manera directa*. En cada uno de los dispositivos, por ejemplo, en la asamblea, en musicoterapia o en las sesiones individuales de psicoterapia, puede que se privilegie uno u otro camino, incluso puede que no se privilegie uno u otro camino por dispositivos sino en los diferentes momentos en un mismo dispositivo, etc. Hay que pensarlo y elaborarlo.

¹²² Qué diferencia existe entre la *instancia psíquica* «mundo exterior» y la *realidad* del «mundo exterior» es un tema que excede este escrito pero que cada psicoanalista tiene el deber de establecer.

¹²³ En mi escrito *La Telépata, un psicoanálisis de la alucinación y el delirio* se describe con minuciosidad y extremo detalle el trabajo realizado sobre el conflicto psicótico en el cuadro alucinatorio delirante de la paciente P.

Por último, creo importante que podamos en nuestro trabajo pensar un *destino de la pulsión* muy dificultoso de abordar; me refiero a la *sublimación*.

LOS DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS.

Todo lo dicho hasta aquí se refiere al encuadre político-institucional y a los rasgos generales de la psicoterapéutica psicoanalítica en La Puerta. Esos marcos generales se expresan en el trabajo específico en los diversos dispositivos y abordajes:

1.- Intervenciones e interpretaciones en y sobre la transferencia:

a) en la *Asamblea*,

b) en los encuentros *Multifamiliares*,

c) en *sesiones* grupales, familiares e individuales.

[AGREGADO: d) en las meriendas y tiempo de convivencia.]

2.- Intervenciones, interpretaciones y elaboraciones sobre las producciones concientes e inconcientes (equivalentes al trabajo con el “material” o las “producciones” clásicas del inconsciente en el neurótico: asociaciones, etc.):

a).- con el arte en los *Talleres Terapéuticos*.

b).- en el trabajo con el cuerpo en los *Talleres Terapéuticos*.

c).- con los sueños en las sesiones.

3.- Rehabilitación y acompañamiento en:

a).- orientación y formación laboral,

b).- reinserción social y laboral.»

Hasta aquí la transcripción del texto. Quiero hacer un comentario sobre esta clasificación final.

Este ordenamiento de los dispositivos terapéuticos sigue siendo muy útil para diferenciar y pensar el modo y el abordaje de trabajo en cada uno de ellos. Las intervenciones en y sobre la transferencia son las maniobras de un terapeuta o las acciones de otro paciente, operando de manera directa en el vínculo real de convivencia o en el quehacer de una tarea, operando “del exterior hacia lo interior”, permiten tratar y hasta fundar *lo simbólico mediante lo real*; mientras que las elaboraciones sobre las producciones concientes e incon-

cientes permiten o posibilitan, a la inversa, operando “de lo interior hacia lo exterior”, *tratar lo real mediante lo simbólico* en el seno de un trabajo artístico, de un trabajo corporal o con la palabra, tanto como efecto deliberado y buscado por el coordinador (por ejemplo, en el entrenamiento corporal para registrar los afectos que se siente) como por un encuentro azaroso no manejable pero posible de generar las condiciones que lo propicien (efecto del trabajo artístico, análisis de un sueño, por ejemplo).

II.-DOS TIPOS DELIRANTES: *PARANOLA* Y *ESQUIZOFRENIA*.

Más arriba dije que «el delirio, a la inversa del *síntoma*, siempre es vivido como algo propio y se impone con la fuerza de lo propio. A la conciencia del paciente, entonces, el delirio no se le presenta como un «cuerpo extraño» que le provoca sufrimiento y constante malestar, como algo ajeno a su ser, del que no puede entender cómo llegó a su vida ni qué relación tiene que él; tampoco como algo enigmático y sin sentido; todo lo contrario, se le presenta pleno de sentido, como una y la misma cosa que el propio ser: *el psicótico ama a su delirio más que a sí mismo*». También decía, grosso modo, que ambas posiciones caracterizan la relación de la conciencia con el padecimiento en la neurosis y en la psicosis. Hoy no lo veo exactamente así. No se trata de que lo dicho esté totalmente mal, sino que las cosas me han llevado a replantear y ampliar el campo del delirio, por lo que considero muy importante redefinir este concepto, su alcance y sus modalidades.

La práctica clínica de los últimos años me ha impuesto la necesidad de diferenciar, de forma muy clara y tajante, **dos tipos de pacientes delirantes que se posicionan de dos maneras totalmente diferentes ante su delirio.**

A.- El tipo A (GRUPO 5) se identifica masivamente con su delirio, se hace carne y uña con él, no tiene la menor duda de la interpretación delirante y, por ende, no presenta ni la más mínima “brecha” entre él y su delirio.

B.- El tipo B (GRUPOS 1 y 4), en cambio, en mayor o menor medida vive dudando de su interpretación delirante, vacila entre entregarse de cuerpo entero al delirio y acabar con todo de una vez o seguir en esta posición de duda constante que lo cansa y desgasta, sin

que se atisbe una posible solución. Este tipo de delirante también siente al delirio como un “cuerpo extraño”, y que se le presenta con gran fuerza de convicción y le requiere un perentorio “asentimiento” de su parte. Pero el paciente no lo puede asentir (asumir) ni lo puede rechazar (olvidar) definitivamente.

La constatación, repetidamente verificada, de la existencia de delirios sentidos como “cuerpo extraño” por la conciencia que los padece no es algo nuevo para mí; ya lo había reconocido y descrito de manera precisa en el caso de La Telépata. Pero ahora veo la necesidad de poner a esta posición vacilante, donde la conciencia duda ante su delirio, en contraposición excluyente con la posición delirante que asume al delirio plenamente como propio. Veo aquí tipologías delirantes totalmente diferentes, tanto en diagnóstico, pronóstico como en estructura.

Hay que señalar que para la psiquiatría y para un sector no minoritario del psicoanálisis (en especial ciertas corrientes lacanianas para quienes “el psicótico tiene certeza, no duda”), los delirios se definen como sintónicos con la conciencia (o el yo) y como imposibles de separar de ella. Esta idea, a partir de estas observaciones, se revela por lo menos como muy cuestionable y necesitada de mayor elaboración.

La posición delirante donde la conciencia hace suyo el delirio y se identifica con él se corresponde con la *paranoia* (uno de los tres grupos en que dividimos las psicosis); la posición delirante donde la conciencia duda ante el delirio se corresponde con la *esquizofrenia* (otro de los grupos en que dividimos las psicosis), en la variedad *paranoide*.

La temática de los delirios de la *paranoia* tiene un carácter “razonable”, ni fantásticos ni muy alejados de los asuntos habituales, tanto para quien los padece como para quienes están cerca, sean familiares o profesionales que lo asisten. Por lo general consisten en ideas “normales” pero exageradas y llevadas a un extremo enloquecedor, en especial por la enorme intensidad o carga afectiva, la perentoriedad en la búsqueda de una solución, y la exclusividad que requieren de la atención de todos. Tienen un tono vindicativo (de reclamo airado por algún daño sufrido injustamente por obra de la familia, pareja, etc.) y querellante (de acciones de pelea y disputa contra aquellos que su-

puestamente lo ofendieron y/o perjudicaron, reclamando resarcimiento y reconocimiento de culpas).

La temática de los delirios de la *esquizofrenia* tiene, por lo general, un carácter fantástico, muy alejado de los asuntos habituales, incluso para quien los padece (posesiones, telepatía, confabulaciones sociales, identidad fantástica, mandato religioso, etc.). Tal vez ésta sea la razón de que hasta el mismo delirante dude de su delirio. En situaciones de crisis y en otras ocasiones puntuales el delirio toma el mando y la dirección de la nave de la conciencia, y todo se comporta como en la *paranoia*, pero siempre es posible retrotraer la situación a la de la duda y establecer una “brecha”, salvo en los casos donde ya se instaló un curso o estado demencial franco.

Del hecho de diferenciar estos dos tipos delirantes, extraigo las siguientes conclusiones:

a) que la conciencia sienta, sufra o padezca su delirio como “cuerpo extraño”, como en la *esquizofrenia*, no por ello lo transforma automáticamente en *síntoma* en sentido técnico psicoanalítico, es decir, retorno de lo reprimido (lo que quiere decir que su remisión debería operarse por efecto de hacer conciente lo reprimido-inconsciente);

b) que la conciencia se “haga cargo” del malestar que padece por el delirio, tampoco lo transforma automáticamente en *síntoma* en sentido estricto.

c) en la *paranoia* no hay un delirio evidente (de tipo fantástico o similar), a tal punto que a veces ni siquiera parece haber un delirio; sin embargo lo que sí se manifiesta es una *actitud delirante*, en el sentido de que el delirante no puede sostener su posición singular en la vida sin el auxilio de los otros, y pretende, de manera urgente y apremiante, que todo el mundo se maneje de acuerdo a sus necesidades e intereses.

Por todo esto es que sigo manteniendo que la posición básica en la psicosis, por lo menos en la *paranoia* y en la *esquizofrenia*, es la *posición delirante primaria*. El delirio es una formación restitutiva que sustituye una parte de la realidad compartida por otra afín a los intereses del delirante. El conflicto en el delirio sigue planteándose entre el yo y la realidad exterior y no con el ello, a quien el yo ha dado cabida y presta su apoyo, mientras que en la neurosis el yo le da cabida y presta su apoyo a la realidad exterior y lucha con el ello.

Dirección del tratamiento del delirio en la Paranoia y Esquizofrenia:

A.- El eje de la dirección del tratamiento en la *esquizofrenia paranoide* (G4 y G1) consiste en:

a.- Lo fundamental es el trabajo sobre la “brecha” del delirio. Es decir, como digo en LA TELÉPATA, ubicarse en el espacio o la distancia que hay entre el delirio y la conciencia, y operar allí. Este es un clásico ejemplo de tratar “lo real mediante lo simbólico”. ¿Este conflicto es puramente intrapsíquico? Es un tema a pensar. Hay que señalar que la relación entre el delirio y la conciencia es *conflictiva*, o sea, la conciencia constantemente duda y vacila entre abandonarse definitivamente a los brazos del delirio o resistir y hacer alianza con el terapeuta y con ciertas personas y elementos de la realidad compartida.

b.- En la marcha real de un tratamiento, este conflicto se puede mantener a raya dentro del espacio intrapsíquico, pero muchas veces se desborda y derrama a lo real, por lo que hay que intervenir en lo real con la familia, en el trabajo, etc. Se impone aquí un trabajo inverso al anterior, ir de las maniobras, pactos, intervenciones y condiciones externas, para instalar o modificar lo interno, es decir, “tratar lo simbólico mediante lo real”.

c.- Pero estos ejes son acompañados por otro que, a pesar de parecer como más elemental, sin embargo es extremadamente necesario y de una gran eficacia. Me refiero a ayudar al paciente a poder armar el universo de lo que llamamos preconciente-conciente, esto es, una cronología histórica de su vida, en todos los ámbitos (familiar, amorosa, sexual, amigos, laboral, etc.) la cual, después de una o varias crisis, por lo general ha desaparecido o ha quedado muy fragmentaria, desorganizada, etc. Esto, que el neurótico realiza de manera tan natural, en los psicóticos a veces es muy trabajoso y difícil de alcanzar.

d.- La mayoría de las veces la dificultad para construir una *historia cronológica*¹²⁴ estriba en que la persona se encuentra sumergida en un *discurso inmediato real*, inmerso en la lucha directa cotidiana en que los conflictos se encarnan, sin poder levantar la vista del campo de batalla

¹²⁴ Puede parecer redundante hablar de “historia cronológica”, pues se entiende que toda historia es una cronología. No es así. Hay también, por ejemplo, la “historia mitológica” que no es cronológica.

y mirar o pensar hacia el pasado o el futuro. Aunque no se encuentre en crisis, su posicionamiento es similar al de una crisis, aunque sin la virulencia y adrenalina de las mismas.¹²⁵ En esta situación no hay “brecha”, y, haya o no delirio, la posición es delirante. La tarea aquí es trabajar hasta lograr la *escisión*, es decir, realizar las maniobras para *imponer la escisión*; esto se logra mediante la práctica, por parte del paciente, de *relatar* e *historizar* su vida, aunque sea el pasado más inmediato.

B.- El eje de la dirección del tratamiento en la *paranoia* (G5) consiste en:

a.- Dado que para el paranoico los problemas que padece son generados enteramente por los demás y el entorno que lo rodea, y que, además, en su posición no se vislumbra la menor “brecha” donde instalarse, no hay otra alternativa que trabajar “de afuera hacia adentro”, es decir, “tratar y hasta fundar lo simbólico mediante lo real”, a través de intervenciones “reales” en el campo social en que despliega su conflicto. Es necesario establecer una alianza con el paranoico a partir de algunos elementos disponibles (dinero para su sobrevivencia, lugar donde vivir, etc.), y a partir de allí operar en el campo real interviniendo en esa dinámica. Los límites que la misma realidad impone, tanto social como familiar y personal, son algunas de las *intervenciones* que recibe, así como las *condiciones* en cualquiera de las relaciones.

III.- TRES MODOS EN LA *ESQUIZOFRENIA*: G1, G2, G4.

Aparte de los dos tipos delirantes que se correlacionan cada uno con la *paranoia* y la *esquizofrenia*, hay dos índices clínicos muy conocidos y notorios que los diferencian: las *alucinaciones* y los llamados *síntomas negativos*.

En cuanto a las *alucinaciones*, es extremadamente rara la existencia de alucinaciones en la *paranoia*. Al parecer, los paranoicos son delirantes puros. En la *esquizofrenia*, en cambio, las alucinaciones son

¹²⁵ La mayoría de las veces se logra este estado por intermedio de la medicación. Esta es una de las varias ventajas de la medicación correctamente administrada.

bastante comunes y diversas: verbales-auditivos (voces, ecos, repeticiones, ruidos, etc.), visuales y cenestésicas.

Sostengo que la alucinación y el delirio son fenómenos psíquicos totalmente diferentes; y sostengo también la necesidad de diferenciarlos muy nítidamente en la práctica clínica. Las alucinaciones son fenómenos inmediatos percibidos, por el propio alucinado, como realidades efectivas pero de carácter extraordinarias. Los alucinados no dudan de que perciben lo que perciben (voces, sensaciones en el cuerpo, etc.), pero diferencian de manera clara lo percibido extraordinario de lo percibido en la realidad cotidiana. De no presentarse así, es necesario ayudar a que esta discriminación y diferencia se instale y estabilice. La medicación ayuda en alto grado a “bajar el volumen” de las alucinaciones y poder discriminarlas como tales y diferenciarlas del acontecer cotidiano.¹²⁶

Los *síntomas negativos*, por otro lado, son tal vez el mayor enigma y dificultad que enfrentamos en la esquizofrenia. Me refiero a la abulia, la falta de interés, el repliegue sobre sí mismo, el asilamiento social, la indiferencia afectiva, etc. Las personas tomadas por los síntomas negativos pueden quedarse días, semanas, meses y hasta años recostados en la cama o donde sea, absortos y ajenos a la vida que los rodea, como perdidos en un limbo inaccesible. Pero lo más notorio, en tanto contradice nuestro sentido común, es que en ese estado *no la pasan mal* (aunque tampoco bien), y, si por ellos fuera, se quedarían así por toda la eternidad. No presentan ninguno de los índices que nosotros reconocemos como sufrimiento, incomodidad o inquietud. Este estado desespera a sus familiares y a los profesionales, y hay que reconocer que hacemos lo imposible para sacarlos de allí: talleres, acompañamientos, etc. Pero también hay que reconocer que los resultados son más bien frustrantes, pues no conseguimos gran cosa.

Pero más allá de los resultados, es necesario preguntarse lo siguiente: estos fenómenos “negativos”, en el sentido de que no producen ninguna realidad visible, “positiva”, como sí lo hacen la alucinación y el delirio, ¿son en verdad un “síntoma”, es decir, un efecto, un signo, manifestación visible causada por un proceso patológico subyacente que no podemos ver y que suponemos existe, o simple-

¹²⁶ La manera de posicionarse y trabajar con las alucinaciones la he tratado con detalle en mi libro LA TELÉPATA.

mente son parte de la propia *condición psicótica*, entendida ésta como una manera diferentes a (tanto orgánica como psíquica) la neurótica, pero sana de ser en el mundo? De ser así, ¿debemos intentar modificarla y “curarla” o debemos aceptarla y respetarla (tal como hacemos, por ejemplo, con una orientación sexual diferente a la aceptada socialmente)?

Alucinaciones y síntomas negativos, entonces, son dos de los índices clínicos propios de la esquizofrenia y diferenciales con la paranoia. Sin embargo, estos dos índices no están presentes en todos los cuadros esquizofrénicos; y, cuando están, tampoco están siempre. De igual manera ocurre con un cuadro de delirio pleno y desarrollado.

Son muy conocidas las esquizofrenias que aparecen abruptamente con un “brote” alucinatorio delirante, por lo general en el curso de la adolescencia o pocos años después. Hay otras que ya se instalaron en los primeros años de la infancia y se mantienen con pocos cambios por toda la vida. Hay otras que no presentaron fenómenos alucinatorios pero sí fenómenos delirantes, y también a la inversa. Y la presencia de los síntomas negativos varía en gran medida de un caso a otro, y aun dentro de un mismo caso en el transcurso de la vida.

A continuación haré una clasificación provisoria, pensando más en las necesidades operativas que tenemos que resolver, que en una clasificación de fondo y que apunte a ser definitiva.

GRUPO 1

Recientemente en La Puerta hemos tomado una decisión clínica que es más trascendente de lo que parece a primera vista: con algunos pacientes (GRUPO 1) hemos sustituido el abordaje de sesiones individuales por el de grupo terapéutico. Lo hicimos por:

a) los pacientes tenían severas resistencias a concurrir a las sesiones individuales (faltaban mucho), y, cuando iban, desplegaban un trabajo repetitivo y monótono (salvo en crisis), no pareciendo tener reales motivaciones para llevar adelante un tratamiento (“trabajo terapéutico”);

b) no presentaban delirios, alucinaciones u otra producción positiva tan incisiva que les interfiriera una vida de relación social y familiar (salvo en pocos y breves momentos esporádicos)

c) una característica común en las sesiones individuales es la poca capacidad de reflexión (*discurso reflexivo mediato*)¹²⁷ y el predominio de problemáticas enfocadas en los conflictos cotidianos inmediatos (*discurso inmediato real*); hay, además, gran dificultad de desarrollar un relato de su vida y sus padecimientos (*discurso mediato de relato*);

d) estos pacientes son, por lo general, muy comunicativos y de elemental buen manejo en lo social, pero incapaces de proyectar y sostener la más mínima actividad propia en el mundo;

e) nunca estuvieron insertos social ni laboralmente. Son mantenidos por la familia y viven en situación de “protección social” (a cargo de otros);

f) presentan las dificultades y el cuadro actual desde la niñez, con manifestaciones acordes a cada edad, pero sin haber alcanzado una vida de normalidad ni siquiera aparente.

Aunque es muy poco el tiempo transcurrido, la respuesta alcanzada hasta ahora es muy satisfactoria: los pacientes se comprometen con el grupo, vienen a las sesiones, trabajan en las sesiones, etc.

Estoy convencido de que, aún cuando no las podamos pensar de manera conciente, las razones que nos impulsaron a tal decisión y agrupamiento fueron muchas más que las apuntadas, y que las razones desconocidas tal vez sean más importantes que las conocidas,

¹²⁷ En relación a los tipos de discurso, ver LA TELEPATA, Cap. 4.

lo que nos obliga a seguir pensándolas. En la evaluación y decisión acerca de quiénes iban al grupo y quiénes no, decidimos de manera explícita que a ciertos pacientes no les convenía o no les hacía falta que fueran al grupo y evaluamos que convenía que estos siguieran con sesiones individuales.

¿Con qué criterios tomamos tal decisión? Si consideramos el criterio centrado en cómo cada uno considera su padecimiento, es decir, si lo considera efecto de causas externas y ajenas a él o efecto de su propio posicionamiento en la vida, creo que no hay grandes diferencias entre los pacientes del G1 y los del G4. En ambos casos la causa central de los padecimientos la adjudican a causas ajenas, y la manera de hacerse cargo, si la hay, es muy endeble.

GRUPO 4

Se observa una gran diferencia entre los del G1 y los del G4 en los siguientes puntos:

a) los del G4 se comprometen bastante con el tratamiento, van a las sesiones individuales y trabajan con interés.

b) Es de destacar que estos pacientes mantienen vivo y muy claro en su memoria el recuerdo del carácter traumático de su experiencia de crisis (“brote”), por lo general un fenómeno alucinatorio traumático¹²⁸. Este recuerdo-hecatombe funciona como impulsor-motivador para realizar el tratamiento, cumpliendo un papel similar a la de la angustia en la neurosis en relación a sostener un tratamiento;

c) los del G4 tienen una capacidad de reflexión (*discurso reflexivo mediato*) casi igual que los neuróticos, mucho mayor que los del G1; desplegando gran riqueza en el material y en los recuerdos, y pudiendo analizar con sutileza las situaciones actuales en relación con el pasado y futuro;

d) proyectan y sostienen actividades propias;

¹²⁸ Por ejemplo: alucinaciones cenestésicas aterradoras en el abdomen (IW); mirarse en el espejo y no reconocerse (CP); los demás le daban drogas para... (DA); su pareja-Diablo lo quería asesinar (AI); sus amigos la poseían por medio de la telepatía (La Telépata), etc.

e) por lo general están insertos social y laboralmente, son autónomos o casi económica y socialmente, viven solos y no necesitan que otros se hagan cargo de ellos en lo cotidiano.

f) Estos pacientes realizaron durante su infancia y adolescencia una vida normal, sin desarreglos visibles, hasta un momento donde la enfermedad se manifestó de manera inesperada y purulenta (hicieron un “brote”), a partir del cual todo cambió. Por lo general, cuanto mayor desarrollo personal (amores, trabajo), social (inserción, amigos) e intelectual (estudios, habilidades, logros) hayan alcanzado, mayores son las posibilidades de mejoría.

GRUPO 2

a) son muy obedientes y aplicados, hacen todo lo que se les indica, pero no lo hacen por sí mismos sino porque se les ordena (la familia o el profesional). No se les nota interés ni motivación por nada. Predominan en todo momento y lugar los *síntomas negativos*: abulia, apatía, etc. Esta es la característica que más los define.

b) están en estado alucinatorio-delirante casi de manera constante, sin pasar a un estado crítico por efecto de la medicación.

c) no realizan actividades reflexivas ni de relato. Tampoco están muy metidos en lo real inmediato. Están muy ensimismados y “hacia adentro”, aunque fragmentados y desorganizados.

d) Están aislados, sin contacto social, a veces ni siquiera con la familia con quienes viven. Pueden pasar horas y días acostados, ojos cerrados, sin dormir, sin pensar en nada. En ese estado no están mal o inquietos.

e) Alguna vez tuvieron una inserción social aparente, es decir, eran bastante ingenuos, torpes sociales, alegres superficialmente, muy aceptados, sin timidez pero sin picardía ni maldad, hasta que todo se desbarató.

f) presentan el cuadro actual desde la niñez, en algunos casos con diagnóstico de psicosis infantil. Escolaridad en extremo dificultosa, con desempeños intelectuales y manuales muy deficientes. Pueden ser confundidos con retraso mental.

IV.- BIPOLARIDAD – DEPRESIONES

(No escrito)

V.- VARIABLES PARA ESTABLECER LA DIRECCIÓN DEL TRATAMIENTO.

A.- GRUPOS DIAGNÓSTICOS OPERATIVO

- 1.- Paranoia – G5
- 2.- Esquizofrenia
 - a) G1
 - b) G2
 - c) G4
- 3.- Trastornos del ánimo – G3

B.- MODALIDADES TERAPÉUTICAS

Teniendo en cuenta que lo simbólico y lo real constituyen una realidad única, y que en las psicosis esta unidad se presenta, a diferencia de la neurosis, de manera indisociada,¹²⁹ es posible, sin embargo, a fines de elaborar la estrategia terapéutica en cada caso, pensar cada abordaje separadamente a fin de desplegar minuciosamente todas sus facetas en cada uno de los dispositivos y establecer, finalmente, una dirección del tratamiento.

- *.- *tratar lo real mediante lo simbólico* (“de adentro hacia fuera”);
- *.- *tratar lo simbólico mediante lo real* (“de afuera hacia adentro”);
- *.- *reinserción y rehabilitación.*

C.- DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS

- 1.- Psicofarmacología
- 2.- Sesiones de Psicoterapia (Ps)
 - a) individuales
 - b) grupales
 - c) familiares

¹²⁹ Al respecto releer *FRANQUEZA PERFECTA, el vínculo terapéutico con psicóticos. Ver cap. 6.*

- 3.- Talleres Terapéuticos (TT)
 - a) talleres expresivos (arteterapia)
 - b) talleres corporales
 - c) talleres ocupacionales
- 4.- Acompañamiento Terapéutico (AT)
- 5.- Comunidad Terapéutica - Club de Salud – Encuentro

Comunitario

- 6.- Feria Comunitaria
- 7.- Cursos de Arte
 - a) Escritura
 - b) Música
 - c) Plástica
 - d) Teatro
- 8.- Cursos Corporales
 - a) yoga
 - b) baile
 - c) gimnasia

Este libro se terminó de imprimir
en Buenos Aires, Noviembre de 2012.

Presentamos aquí una serie de escritos de clínica psicoanalítica con las psicosis.

Es común entender por clínica el aspecto práctico de las disciplinas de salud. Y no solo eso; por clínica se entiende la aplicación práctica de una teoría y una técnica ya establecidas con anterioridad. En ese marco, los textos clínicos no pueden ser más que el relato de una experiencia que viene a confirmar o a refutar la teoría. La disociación entre teoría y práctica no puede ser más notoria.

En estos escritos la clínica es entendida de otra forma. Es sabido que Freud proponía al paciente la regla de asociación libre y, recíprocamente, una disposición equivalente del lado del analista: la atención flotante. Esta implica dejar de lado toda teoría y abordar cada paciente y cada momento de manera originaria, como si fuera la primera vez. Esta disposición en modo alguno significa despreciar el saber alcanzado, al contrario, precisa que ese saber o bien se encuentra encarnado (un saber hacer), o bien es un saber meramente enunciativo (saber teórico).

Los escritos aquí presentados tratan asuntos conceptuales fundamentales del psicoanálisis con psicóticos, tal como si las psicosis son una enfermedad o una condición humana y el lugar de las psicosis en la cultura humana; hay además, reflexiones específicas sobre el vínculo terapéutico con el psicótico y el lugar del analista ante las psicosis; por último, una serie de señalamientos y elaboraciones sobre el abordaje clínico de las psicosis en la comunidad terapéutica, en el hospital de día, en las crisis psicóticas y la función del arte y el trabajo.

Estos escritos son producto y parte de la experiencia clínica que se desarrolla en el **Centro comunitario de salud, arte y pensamiento LA PUERTA** de Buenos Aires.