

## Editorial

En los últimos años se ha desarrollado un nuevo tipo de investigación en psicoanálisis que se ha popularizado entre nosotros como “investigación empírica”.

Sin duda estos emprendimientos han generado una rica polémica en torno a sus objetivos, sus metodologías y su relación con lo específicamente psicoanalítico.

Las reacciones ya sea individuales o grupales no se hicieron esperar y han sido diversas, desde el entusiasmo hasta la oposición, pasando por la cautela o la indiferencia.

Nuestra revista que intenta reflejar de modo plural las discusiones que se desarrollan en la comunidad psicoanalítica, lanzó el año pasado esta propuesta temática, recibiendo una gran respuesta por parte de diversos autores lo que nos ha obligado a ampliar nuestras páginas para salir a luz con este número doble de la Revista Uruguaya de Psicoanálisis.

Uno de los puntos importantes a definir es acerca del aporte que puede o no realizar este nuevo tipo de investigación sistematizada en psicoanálisis.

Hay acuerdo en que por lo pronto la denominación “investigación empírica” no ha sido del todo feliz ya que evoca una oposición con la investigación clásica freudiana que siempre lejos de todo empirismo ha permanecido fiel a la experiencia clínica.

La pregunta que entonces nos planteamos está vinculada con el tipo de consecuencias que producen los intentos de la sistematización en la experiencia de la clínica psicoanalítica.

¿Es realmente posible sistematizar y hacer estadísticas sobre el encuentro tan particular entre paciente y analista que apunta a descubrir lo singular de un ser humano?

Estos trabajos que presentamos hoy, dan cuenta de las diversas respuestas que

coexisten entre nosotros.

Otro acuerdo existente es que, como nos lo enseñara Willy Baranger, la práctica analítica es irreductible a una técnica que se limite a aplicar a un caso concreto una serie de postulados teóricos universales.

Transitamos por un camino que no está trazado de antemano y así descubrimos la distancia insalvable que existe entre una imposible técnica del psicoanálisis y una práctica signada por lo no dicho, lo reprimido, lo que falta, lo que cambia expresándose siempre a medias a través de las múltiples formaciones del inconsciente.

Sobre la base de ciertos acuerdos comunes constatamos que hay divergencias y desacuerdos que nos obligan a polemizar y ésta es sin duda una de las riquezas del psicoanálisis contemporáneo.

Estas discusiones se dan en el contexto de la “crisis del Psicoanálisis”, pero aún más allá de ella porque esta no es ni la primera ni la última crisis de una disciplina que se construye en el día a día como si fuera el primero o el inaugural. Lejos de pretender ocultar las características singulares de los tiempos que corren sin embargo no olvidamos que la crisis es por sobre todo inmanente a nuestra práctica en la misma medida en que nuestro cotidiano es expresión de la angustia y el conflicto psíquico.

Subyacente a esta polémica sobre la investigación, se encuentra un fondo insoslayable, referido a la confrontación entre ciencias naturales y/o exactas vs. ciencias del hombre. En ese sentido Fabio Herrmann nos plantea: “...el psicoanálisis fuerza una redefinición del campo de las ciencias o sea, es preciso abrir espacio para recibirla, no intentar comprimirla para que quepa en el espacio existente.”

Según su criterio “verificar la existencia o no de transferencia cotejando por medio de cuestionarios la visión más o menos “realista” de los pacientes con respecto a su analista (representaría estar) operando irreparablemente a partir de criterios triviales”.

De esta manera nos ubicamos en el problema de lo que se ha denominado como *el trabajo de la interdisciplina*.

Porque hoy día de lo que se trata es, como dice J. Laplanche, hacer trabajar los textos freudianos y esto implica ubicarlos en un determinado contexto socio-cultural y científico propio del comienzo del siglo donde el ideal de la validación positivista, objetivante, despliega su enorme soberanía.

Freud ubicó en varios textos al psicoanálisis como parte de la psicología, posición que no es consistente en la medida que él abrió un campo de investigación y tratamiento enteramente nuevo y diferente. Con su objeto de estudio (el inconsciente) y su método de develar la transferencia a través de la asociación libre y la atención flotante que supone una discontinuidad radical y un salto epistemológico cualitativo que lo aparta y discrimina en una disciplina totalmente diferente de la psicología y aún de las ciencias naturales.

En esa línea se podrá profundizar entre otras, en el trabajo de Marcelo Viñar quien luego de polemizar apasionadamente con las posturas favorables a la investigación empírica ubica a su entender la posible vinculación entre psicoanálisis y ciencias naturales cuando dice que: “un punto de acuerdo en investigación psicoanalítica es la vocación materialista que funda al método Freudiano. Se trata de un existente que precede al acto de su conceptualización. Esto desde siempre coloca al Psicoanálisis del lado de las Ciencias de la Naturaleza donde la observación tiene preeminencia y primacía lógica y así se *contrapone* a las ciencias del Espíritu, cuyo punto de partida es la redondez y coherencia de sus premisas y axiomas previos y pueden por ello pendular al idealismo”.

Por otro lado tanto en los trabajos de Nelson de Souza y Ricardo Bernardi, se postula la no contradicción entre los campos de la investigación clínica y la empírica sistematizada en un esfuerzo por delimitar áreas con sus especificidades (ventajas e inconvenientes) y posibilidades de mutua colaboración. En ese sentido R. Bernardi trae a colación una conocida y certera

propuesta cuando discrimina el contexto del descubrimiento y el contexto de la validación.

El primero de ellos requiere “antes que nada libertad creativa para encontrar las metáforas que capten mejor la experiencia subjetiva de ambos, lo cual exige una actitud casi artística y una tensión especial hacia los aspectos cualitativos y originales de cada situación. En tanto en el contexto de validación, el nudo gordiano se encuentra en la discusión sobre las variables que puedan ser significativas, *cómo detectarlas* y *sobre* todo como interpretar los resultados.

De esta manera este contexto de validación habría de tener en consideración que en todos los casos sería una herramienta secundaria, vale decir subsidiaria de la herramienta principal que es el análisis propiamente dicho de las transferencias y las resistencias. No solamente en el sentido de aquella añeja cuestión acerca de que es el método el que construye el objeto de estudio y que plantea toda la discusión sobre la metodología a emplear, sino que además abre un campo que se vincula con el que hacer con los resultados obtenidos.

En el campo jurídico hay normas de diferente jerarquía, por ejemplo, constitución, leyes y por último los decretos, donde estos deben ser necesariamente subsidiarios de los primeros que tienen mayor jerarquía.

Así también entendemos que en Psicoanálisis existe una jerarquización donde el lugar principal está ocupado por la investigación clínica.

Otro aspecto problemático de la investigación empírica sistematizada que va más allá de lo metodológico es que la base de la lógica científica conlleva a una racionalización seductora para el investigador que puede ejercer una soberanía desmedida sobre la mente del analista. Esto, que se ha señalado con preocupación no sería imputable al método sino a quien lo utiliza.

En este caso se podrá argumentar con acierto que en realidad esto puede pasar con cualquier tipo de saber en el sentido del “discurso universitario”.

Seguramente la artesanía que supone la práctica de todo analista y que a su vez remite a su propia experiencia de análisis personal podrá discriminar los

espacios cualitativamente diferentes entre aquel discurso universitario y ésta experiencia de análisis.

Pero además de esta rica polémica nuestro interés es también mostrar la actualidad de la investigación psicoanalítica a través de una serie de trabajos que dan cuenta de una práctica en la que hay un amplio espectro. Desde la práctica clínica o la investigación en metapsicología y como operan en nosotros las teorías que sustentamos, hasta la investigación que toma como referente los cambios en el tipo de interpretaciones de los analistas uruguayos a lo largo de 30 años así como la investigación en los talleres de escritura con pacientes psicopáticos.

Pensamos que en una mirada de conjunto estos trabajos nos alertan de dos riesgos que entre otros acechan al Psicoanálisis, uno de ellos vinculado a un encierro en que las construcciones teóricas tienen la finalidad en última instancia de desmentir la castración (Leclaire 1972).

Por otro lado el problema que si bien es necesario algún tipo de validación (ya que no existe un “vale todo en Psicoanálisis”) no deja de ser cierto el que la sistematización de las variables implica que la “experiencia” también se constituye en una construcción del investigador con sus intencionalidades concientes e inconscientes.

## **Homenaje a los Miembros de Honor de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay**

Palabras del Presidente

Lic. Marcos Lijtenstein

Queridos Miembros de Honor, Compañeros y Amigos:

I. Me gustaría referirme a ustedes —y así lo haré— en forma colectiva, no para saltar la legitimidad de las diferencias personales, sino por encontrarlo más apropiado a esta circunstancia.

Que no es de evocación y puesta en situación de las diversas trayectorias individuales, que no es, ahora, de valoración de la irradiación de cada uno en el campo psicoanalítico y en otros dominios (Psiquiatría, Neurología, Docencia).

Queremos decirles, como grupo humano y profesional que Ustedes configuran, en nombre del grupo humano e institucional que todos nosotros integramos, que estamos lejos de estimar sólo intelectualmente sus aportes: hay una presencia y una virtualidad de resonancia humana en la obra construida, en los principios encarnados, que mueve al reconocimiento entrañable.

No es el psicoanálisis —en la clínica, ni en la cultura— una disciplina (arte, ciencia) de fácil arraigo y los empeños por Ustedes sostenidos en las etapas fundacionales y en las siguientes, constituyen una constante ejemplar.

¿Por qué este homenaje plural, ahora?

Porque ya es tiempo.

¿En qué sentido?

Dejaré que una anécdota aporte su elocuencia. Proviene de una rueda de charla informal, en Humanidades. La contaba Emilio Oribe:

Había sido invitado a su pueblo natal, la ciudad de Melo, en la ocasión de una fecha patria. Se dirigió a la plaza donde se iba a desarrollar la celebración y eligió un sector donde estaban ubicados los escolares y en el que había un sendero. Oyó a una maestra: —Ven niños, ese señor es el doctor Emilio Oribe, el poeta del que ustedes conocen (y nombraba un poema). El no detuvo su marcha hacia el estrado pero alcanzó a oír y ver a un niño de expresión vivaz, inquieta: —¿Pero cómo maestra, y vive todavía?

El sentido, pues, es homenajear en vida, en una ocasión grata y en una época en que las instituciones psicoanalíticas tienen que plantearse un conjunto de problemas esenciales, indagando en las respuestas que se han dado —o que han dejado de darse— y en sus tradiciones vivientes. Para decidir, más allá del mero voluntarismo o de los fáciles —Me gusta, o me disgusta, qué caminos ratificar y cuales crear.

**II.** Quisiera subrayar algunos rasgos del grupo uruguayo, que Ustedes han contribuido a modelar y que con seguridad son fundamentales en la configuración de nuestro movimiento.

Uno de estos rasgos se expresa en el rigor, en la dedicación, pero más especialmente para lo que aquí queremos destacar, en la capacidad de revisar y replantearse los esquemas referenciales que hacen la impronta inicial, hasta definirse cada uno por el que entiende y le sienta como el más apropiado. Esto supone esfuerzo formativo, emprendimientos, elaboraciones, desprendimientos: trabajo de duelo, trabajo creativo. Para ello no alcanza con la mera y meritoria acumulación informativa. Sería odioso pretender subestimar estos desvelos remitiéndolos a la serenidad de las bibliotecas o a la amortiguadora penumbra silenciosa de los consultorios. Porque también entrañan riesgos el alpinismo y la espeleología de la personalidad y de los determinantes inconscientes.

El otro rasgo que ahora he de destacar y que se conecta con el precedente, refiere a la tolerancia, a la aptitud para que convivan las diferencias y para que,

expresándose y dialogando, no obstan a la unidad de la Institución y del movimiento que alberga y fomenta. Abarca la espiral de este rasgo, al sitio democráticamente reconocido a los estudiantes y egresados del Instituto en su diálogo e interacción con los Miembros de la Institución.

Una Institución a la que Ustedes han dado soporte, continuidad y prestigio, no sólo en la bonanza sino también cuando en el país han soplado vientos desfavorables y en verdad, ominosos.

Otro rasgo, que hace a la tradición que Ustedes legan, refiere a la presencia dedicada en actividades psicoanalíticas o así orientadas, en el medio, con particular pero no exclusiva referencia a las Instituciones Universitarias.

**III.** Por lo que Ustedes son, condición de lo que Ustedes saben; por sus permanentes estímulos y enseñanzas, partiendo de la actitud de escucha; y por la esencial contribución que define a un Maestro de que podamos pensar y sentir por nosotros mismos sin repetir recetas y, por consiguiente, por enseñarnos a discrepar y no sólo a coincidir con Ustedes; por tanta pasión destilando en la lucidez y nutriéndola, nos honra y conmueve, en el diálogo de las generaciones, reconocerlos formalmente como nuestros mentores de Honor.



## Palabras de Mercedes Freire de Garbarino

Lo primero que se me ocurre decir frente a *este* compromiso de hablar en nombre de tantas personas es hacerle llegar a todos ustedes nuestro profundo agradecimiento por la satisfacción, la alegría que este homenaje nos produce. Es realmente emocionante ver a compañeros que están tan distantes en el tiempo de estas personas que hoy homenajean y que aparentemente no tienen nada que ver con el origen de la Institución.

Les cuento que después que acepté hacerme cargo de este agradecimiento me empecé a cuestionar que es lo que iba a decir, lo primero que se me ocurre es recordar a los que iniciaron esta aventura y que no están, éramos en el inicio doce, que nos convertimos en catorce con la llegada del matrimonio Baranger, fue mas o menos en el año 54', quiere decir que hace 41 años aproximadamente, que se convirtió en un grupo de catorce. En el 55' se firmó el Acta de Fundación. Hace cuarenta y un años, que existimos legalmente por este motivo y en el 61' nos recibimos oficialmente en la Internacional, hace 35 años. Cuando uno se pone hacer esta cuenta así, asusta; bueno éramos catorce, dos se quedaron por el camino, eran los Dres. Taragano y Sesser, no continuaron la historia de la Institución; seis fallecieron, Juan Pereira, Olga Alfonso, Marta Lacava, Rodolfo Agorio, Gilberto Koolhaas y Willy Baranger. De estas personas que mencioné, quiero rescatar las que creo, se integraron o convivieron más con este primer período de la APU. El primero es Juan Pereira Anavitarte, era un profesor de filosofía que murió siendo muy joven y que representó algo importante de aquella primera época, por sus características era el típico niño terrible, entonces asumía todas las vivencias del grupo y las expresaba. Además era muy inteligente y con una capacidad creativa increíble, quiere decir que fue la primer muerte y fue muy, pero muy sentida por todos nosotros. A otro que

quiero destacar es al famoso Rodolfo Agorio, por su carácter pacifista, podríamos decir tranquilo, profundo, fue evidentemente uno de los que aportó, —estoy hablando de los aportes personales, no quiero meterme en lo intelectual. Gilberto Koolhaas, también fue sumamente importante por su característica, un tipo podríamos decir de humor negro, pero que nos hacía la vida realmente muy divertida en el grupo, además era como él mismo se nominaba *el extranjero*, él nunca sabía nada porque soy extranjero decía, pero no era extranjero con respecto al grupo de la APU, estaba realmente muy integrado y creo que fue muy importante para nosotros y al último que quiero nombrar es a Willy Baranger. Creo que la importancia de Willy debe de haber llegado hasta los últimos que entraron en la APU. Estoy hablando de los primeros, acá presentes estamos, Héctor Garbarino, Juan Carlos Rey y yo y ausentes Madé Baranger y Laura Achard que están en el extranjero, quiere decir que realmente de los fundadores, acá estamos bastantes poquitos.

Estuve conversando con algunos de los compañeros que están acá en este momento recibiendo este homenaje, y mi intención frente al desconcierto de lo que decir no me quería quedar solamente con la parte negativa o depresiva que son los que no nos están acompañando, sino tratar de captar en este grupo que clima total reinaba entre todos nosotros. Coincidimos en que el momento de enterarnos de este homenaje, a la gran mayoría nos produjo un impacto muy grande, yo lo primero que pensé fue “*¡Huy! Me fui para atrás*”, pensé en algunas anécdotas y dije “*Jamás en aquella época me hubiera soñado que esto sucediera* “. Este reconocimiento para todos los primeros fundadores y las primeras promociones nos produjo una emoción realmente muy grande, espero poder trasmitirle este sentimiento de todos.

Al enterarnos de la decisión de la Directiva, nos trasladamos a aquel período, yo diría entre el 54’ y el 55’ hasta aproximadamente el 66’, aquí ya estoy hablando de todo lo que realmente tuvimos que ver con esto, a los ya nombrados puedo agregar, por supuesto, Sélika Acevedo de Mendilaharsu, Vida

Maberino de Prego, Carlos Mendilaharsu, Gloria Mieres de Pizzolanti, Marta Nieto, Isabel Plosa, Celia Porro de Pizzolanti, Luis Enrique Prego y Juan Carlos Rey —perdón, Juan Carlos Rey es de los fundadores, pero valga este acto fallido mío porque en realidad todo este grupo trabajó al unísono en este período que yo diría más o menos 55’.

Éramos un grupo pequeño y de las vivencias que rememorábamos con los compañeros, cuando conversé, surgen como características de este grupo un entusiasmo podríamos decir, una pasión por el trabajo, veíamos también mucho compañerismo y solidaridad entre nosotros, sin embargo muchas discrepancias, fue un período, dijo alguno de nosotros, un período de oro, cada nueva promoción que ingresaba año a año, que eran promociones chiquitas, de dos o tres, era bien recibida y su integración a los que estábamos, era muy fácil y muy profunda, nos movíamos como un todo, como un grupo, dicho con términos futbolísticos, todos nos poníamos la camiseta.

A propósito de esto les voy a contar una anécdota que da cuenta de lo que pasaba; no fijé el año, no lo busqué y por supuesto mi memoria no me da para pensar. Se sucedió, no se si algunos están o si todos están enterados de una campaña periodística que nos empezó hacer la Sociedad de Psiquiatría, el nódulo de la campaña era que los no médicos no podíamos hacer un acto terapéutico y empezaron una campaña que nos impactó muchísimo, se amenazaba incluso que a los no médicos nos iban a llevar presos. En medio de este bochinche que hasta había artículos en la prensa al Sindicato Médico se le ocurrió tomar partido y entonces convocó a una gran asamblea donde invitaba a toda la gente que trabajaba en la salud para discutir esto de estos no médicos. Teníamos dentro del grupo de Fundadores, que después abandonó la institución, al catedrático de psiquiatría grado cinco, Fortunato Ramírez. Ramírez ya venía diciendo hacía tiempo entre nosotros, que él no estaba de acuerdo con que fueran analistas los no médicos, pero cuando empezamos a reunirnos, para ver qué hacíamos con esta campaña, él asistía, no hablaba y cuando hablaba decía,

*Ustedes ya saben que yo estoy de acuerdo con esto*". Llegó el momento que el Sindicato cita a discutir este tema y pidieron a la APU que mandáramos gente para defender o explicar este fenómeno, que la Sociedad de Psiquiatría no compartía. Entonces nos reunimos, ¿quién va?, Ramírez dijo "*voy yo, creo como catedrático de psiquiatría soy el que estoy en mejores condiciones de defenderlos*", nosotros, yo por lo menos recuerdo me dio un temblor y dije ¿qué defensa va hacer éste si está de acuerdo con los contrarios? Bueno, Ramírez que vas a decir tú... y él dijo "*yo voy a escribir algo, después nos reunimos, primero se los doy a leer a ustedes y vemos si les parece bien o no*". Hizo una defensa de la APU increíble, entonces realmente yo creo que es algo para recordar, que bien, no fue el único, porque se nombraron más de una persona, entonces Ramírez, realmente nos defendió en una forma increíble.

Ahora quisiera, aprovechando estos nombramientos tomándolo como coyuntura para que en forma simbólica entreguemos a las nuevas promociones, las del 70' en adelante la posta, para que sigan la carrera de esta antorcha de pasión por la teoría y el trabajo en un clima de solidaridad y compañerismo, pero al entregarla quiero terminar estas palabras con otra anécdota reciente. Se hizo el cambio de Profesor de Psiquiatría y hablando con Ginés en esa reunión, me trae el recuerdo de algo que realmente es increíble, discutíamos con él la línea teórica, en el sentido de la nueva forma de investigación con Grupos Testigos y que se yo, y entonces, mi dificultad para hacer una nueva concepción de investigación y sentir realmente que por un lado, tenía hijos analíticos unidos por algo, concebido tan diferente a lo que yo hice y hago, entonces sentí, recordé, tomé de una exposición que hizo Ginés —que es un hijo analítico mío—, de una frase de Zitarrosa y realmente me hizo pensar y en su discurso de despedida el Prof. Probst y la asunción del cargo por Ginés. La frase de Ginés que me pareció estupenda y que la quiero repetir es la frase de Zitarrosa en una canción que dice "*Pude enseñarte a volar; pero no puedo seguir tu vuelo...*"

Palabras del Psic. Álvaro Zas  
Coordinador de OCAPU

En realidad nuestra intervención era menos formal de lo que aparece en el programa y era en representación de todos los compañeros Candidatos que está actualmente cursando en el Instituto, el deseo de participar en este homenaje que ustedes se merecen mucho por todas las razones que planteó Marcos, que tienen que ver con la Institución y que en lo que toca a nosotros también sentimos que se merecen, porque bueno, constantemente estamos descubriéndolos y reencontrándolos en distintas facetas, en distintos momentos de nuestra formación analítica.

Muchos de ustedes han sido o son todavía analistas de muchos de nuestros compañeros candidatos. Muchos han sido o son todavía también supervisores curriculares de muchos de ellos, pero también constantemente estamos reencontrándolos en las palabras de nuestros docentes, en las referencias de nuestros docentes, en las referencias bibliográficas, los estamos leyendo, los estamos consultando, los estamos encontrando algún viernes alguno de ustedes presentando un trabajo con el mismo entusiasmo de siempre, con el mismo entusiasmo que cuenta los que los conocían desde antes que tuvieron desde siempre y además los estamos reencontrando, también, porque muchos de ustedes forman a cada uno de nosotros, los candidatos que actualmente también estamos cursando los Seminarios, están ligados por sus tareas fuera de la Institución, a nuestra presencia y al estar nosotros hoy aquí. Están ligados a nuestro descubrir del psicoanálisis, a nuestro camino también a la Asociación.

Nuestro homenaje también quiere ser, menos formal y por eso también les preparamos una canción, pero eso se lo vamos a cantar después, cuando

empiece la fiesta y cuando siga la fiesta de otra forma mejor dicho y además, junto con esto queremos hacerle también un obsequio, que bueno, es parte de nuestro testimonio y de nuestro recuerdo y agradecimiento. Cada uno de nosotros de distinta manera a cada uno de ustedes, pero también creemos que tiene un motivo más egoísta, es que queremos también que ustedes se acuerden un poco más de nosotros de vez en cuando. Por eso todos nosotros en conjunto ahora queremos a cada uno de ustedes hacerles llegar nuestro pequeño obsequio.

Este número de la Revista Uruguaya de Psicoanálisis aparece indizado.

“La indización conduce al registro de los conceptos contenidos en un documento, bajo una forma organizada y fácilmente accesible, es decir, la confección de herramientas de búsqueda documentaria”.<sup>1</sup> Ella permite la recuperación de la información contenida en cada documento y pasar de la búsqueda artesanal de la bibliografía a una tarea más metódica. A medida que el material bibliográfico de la Biblioteca va siendo indizado, es decir, su contenido clasificado por los descriptores que corresponden a los conceptos manejados en psicoanálisis, será posible a los usuarios acceder con mayor facilidad a todo documento donde el tema que busca se encuentre tratado.

A tales efectos se realiza una lectura comprensiva del contenido del documento, se determina cuál es el tema del mismo, se le clasifica según ocho áreas temáticas: 1) Teoría psicoanalítica, 2) Psicopatología, 3) Técnica psicoanalítica, 4) Psicología Evolutiva Psicoanalítica, 5) Psicoanálisis Aplicado, 6) Autores, Escuelas, Instituciones y Formación Psicoanalítica, 7) Familia, 8) Arcas Temáticas Afines; y se categoriza el enfoque que el autor ha dado a su trabajo (teórico, clínico, técnico, aplicado o de reseña).

La indización propiamente dicha consiste en: identificación de los conceptos re-

levantes del documento expresados en el lenguaje empleado por el autor, traslado de dichos conceptos a un lenguaje controlado (descriptores), cuidando la exhaustividad y especificidad de la tarea.

Para realizar la indización se utilizan los descriptores del Tesouro de Psicoanálisis,<sup>2</sup> adquirido a la Asociación Psicoanalítica Argentina. En adelante, en los artículos de la Revista, aparecerán solamente los descriptores referidos a los respectivos conceptos (Ej.: TRANSFERENCIA).

Se incluyen autores-tema (Ej.: Bion, Wilfred R.), personajes-tema (Ej.: Hamlet) u obras-tema (Ej.: El Muerto; Borges, Jorge Luis), cuando fueren tratados como tema central en el documento.

La tarea de indización es realizada por los socios de la APU.

## COMISION DE INDIZACIÓN

Coordinación: Mireya Frioni de Ortega

Integración: José Barreiro, Alicia Cattivelli, Olga Cutinella de Aguiar, Ana De Barbieri, Julio Lamónaca, Martha Gómez de Sprechmann (bibliotecóloga).

---

1. UNISIST. Principes d'indexation. París, UNESCO, 1975.

2. ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA ARGENTINA. *Tesouro de Psicoanálisis*. 1ª ed. amp. Buenos Aires, APA, 1992.

## Investigación psicoanalítica

*Dr. Fabio Herrmann* \*

### **Investigación empírica**

En los últimos años hemos asistido a la producción de algunas curiosas investigaciones en psicoanálisis. La clínica psicoanalítica es, en si misma, nuestra modalidad más esencial de investigación. El estudio de los fenómenos culturales también es investigación psicoanalítica, Freud mismo abrió este espacio y lo exploró. Existe investigación teórica, conceptual, existe o puede existir, investigación metodológica en psicoanálisis. El tipo de investigación que ahora se puso de moda, con todo, no es ninguna de esas. Se trata de una investigación llamada *empírica*, nombre que por si solo confunde, porque la *empírica psicoanalítica*, la zona de fenómenos concretos que se ofrecen en estudio es, antes que otra cosa, la clínica, y en seguida, el reino de las significaciones culturales y de los sentidos emocionales, para los cuales está excelentemente dotado el método psicoanalítico de producción de saber.

La *investigación empírica* en psicoanálisis que sería mejor llamar *investigación controlada*—, trata de imitar el modelo positivista de erradicación de *desvíos interpretativos del investigador* (!) —idea por sí sola sorprendente en nuestra disciplina— por medio de verificación objetiva y control estadístico de resultados. Es así que hemos sido repetidamente expuestos a protocolos

---

\* Miembro Titular de la Sociedad Brasileña de Psicoanálisis de São Paulo. Rua Agrario de Souza 106. 01445-010, São Paulo, Brasil. Tel. 5511 280 8123. Fax 5511 883 4778.



cuantificados, tablas de rendimientos subjetivos, rendimiento estadístico, etc.. Todo un ritual de verificación de hipótesis, H1 versus H2, que suponíamos haber enterrado con los experimentos *dobles ciegos* y el tristemente famoso *placebo* (aquellos que, como se decía, exigían dos ciegos: uno para recetar el remedio y el segundo para tomarlo), de los tiempos de la facultad retornan, ahora en el seno del psicoanálisis. ¿Cuál será, pues, el cuadrado del Complejo de Edipo?

El análisis de este género de producciones híbridas, representan ante todo, una parodia de la investigación en las ciencias de la naturaleza. Como es necesario encontrar una cosa cuantificable, estableciendo escalas arbitrarias, se anotan valores para actitudes positivas o negativas, que después dan la impronta a un remedo de demostración estadística. Claro, es innegable el prestigio alcanzado por el lenguaje matemático en la construcción del conocimiento moderno; aun más, su éxito depende de la adecuación al objeto: hay cosas que se pueden contar, otras que no se pueden. Forzar el modelo estadístico dentro del psicoanálisis solo puede tener el valor de un beneficio de fantasía: disfrazada de Física el psicoanálisis podrá entrar algún día en el reino del prestigio universitario, “demostrado” por criterios estadísticos, tal vez pueda llegar a gozar de alguna subvención en los sistemas de salud.

No es que sean imposibles o condenables los estudios psicológicos acerca de la práctica de los analistas. La interdisciplinaridad existe y es sin duda muy valiosa. Un estudio psicológico cuantificado sobre la clínica psicoanalítica puede llegar a tener valor, mientras no caiga, como es frecuente el caso, en la trivialidad. Cuando, por ejemplo, el investigador intenta verificar la existencia o no de transferencia, cotejando por medio de cuestionarios, la visión más o menos “realista” de los pacientes con respecto a su analista, está operando irreparablemente a partir de criterios triviales. Siendo la transferencia un campo de sentido, de lógica emocional, pretender medirla con instrumentos tales como

cuestionarios de opinión es semejante al intento de desmontar un reloj usando guantes de box: es posible amarlo pero nunca llegaremos a entender su mecanismo. O si se prefiere un modelo más “científico”, sería como realizar un estudio de física cuantitativa para verificar la eficacia del psicoanálisis:

analistas y pacientes pueden ser pesados, como cualquier otro objeto material, pero la más cuidadosa investigación de las variaciones de la masa del par analítico jamás dará por muestra, un miligramo, siquiera, de lo que viene a ser una interpretación.

Un estudio psicológico controlado válido de la eficacia analítica tendría que comenzar por la elucidación completa de lo que es psicoanalíticamente relevante, en términos de eficacia, para solamente después intentar descubrir qué instrumentos de cuantificación podrían allí ser aplicados. El problema es que todavía estamos distantes de un consenso mínimo, sea este teórico, técnico o inclusive terminológico sobre lo que es psicoanalíticamente relevante en la cura. En la falta de precisión metapsicológica y metodológica, son utilizados criterios aleatorios o muy exteriores.

Sin embargo, el proyecto de estudio interdisciplinario del psicoanálisis no deja de tener atractivos. Es interesante, por ejemplo, el análisis sociológico de las comunidades psicoanalíticas, o de la relación entre psicoanálisis y sociedad —la inserción social de los psicoanalistas es un tema a ser estudiado también por la Sociología—. Siendo significativa la contribución del Psicoanálisis a la Antropología, investigaciones combinadas entre antropólogos y psicoanalistas son perfectamente viables. Investigaciones filosóficas del método psicoanalítico son necesarias y urgentes en nuestra disciplina: la constitución de una legítima epistemología en psicoanálisis, es uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo. En cuanto ciencia, el psicoanálisis fuerza una redefinición del campo de las ciencias, o sea, es preciso abrir espacio para recibirla, no intentar comprimirla para que quepa en el espacio existente. Estudios auxiliares, basados en la teoría literaria o lingüística, pueden llegar a ser verdaderamente relevantes

para comprender nuestra disciplina, que nació de las manos de un escritor y que lidia cotidianamente con los efectos de la palabra, siempre, claro que no se trate del conteo de fonemas o el conteo de formas verbales usadas por el paciente. De un modo general, siempre que el psicoanalista investiga *un área de convergencia cultural*, cualquier tema fuera de la clínica, es de esperar que disponga de alguna base personal en las demás ciencias comprometidas en su estudio y que someta sus resultados, el nuevo recorte de sentidos de la realidad que reveló a la confirmación de las disciplinas afines. Esto es interdisciplinaria válida.

¿Por qué justamente los estudios psicológicos y algunas investigaciones psiquiátricas acaban por confundir el campo psicoanalítico? La respuesta no es difícil, creo. Es que la proximidad de los campos lleva al lector, a veces, y aún al investigador a creer que tales estudios psicológicos y psiquiátricos sobre el psicoanálisis son parte del psicoanálisis, que son psicoanálisis y no investigaciones de disciplinas diferentes que lo toman como objeto. En una palabra el método de investigación controlada (la “*investigación empírica*”), puede ser útil siempre que no pretenda ser psicoanalítico, puede esclarecer siempre que no se pretenda mezclarlo con el método psicoanalítico, que es completamente distinto. La mezcla traerá descrédito al psicoanálisis, mucho más que la falta de verificación cuantitativa, exigencia un tanto retrógrada, en términos verdaderamente contemporáneos. La ciencia, hoy, superó los modelos positivistas estrictos ¿habremos corrido hacia delante para conseguir llegar atrás?

Tal vez la cuestión más importante a ser comprendida dentro de este tema sea la fascinación que acomete a cierta parcela de psicoanalistas, cuando se plantea la posibilidad de demostración estadística de los efectos del psicoanálisis. Para ello, es preciso volver un momento al origen del acto analítico.

## Nostalgia de la técnica

En el fondo, el psicoanálisis es una ciencia que corre atrás de sí misma. Mas precisamente, ella nació de una *práctica* e intenta justificarla, hasta hoy. Se puede argumentar, razonablemente, que todas las ciencias nacieron de la práctica humana, que son abstracciones de los actos naturales cotidianos. No se crearía la física, si los hombres no tuvieran manos y ojos, la química, si le faltase paladar u olfato, la historia, si careciesen de memoria. Con nosotros, sin embargo, es un poco diferente. Tomar, oler y después recordar es una secuencia natural de actos, que la cultura va puliendo y diferenciando hasta desnaturalizarlos, por así decir, transformándolos en arte, técnica y ciencia. El psicoanálisis también se apoya en una *facultad natural*, esto es, la manera por la cual la palabra afecta emocionalmente al recuerdo, posibilitándolo primero, imposibilitándolo algunas veces, tornándolo nuevamente posible, construyéndolo siempre. Deriva de la conversación, o mejor, del diálogo humano. Que no sea propiamente natural, no es el centro del problema, para el hombre concreto histórico nada es totalmente natural. La diferencia con los otros ramos del saber, no radica en ese fundamento primordial si no en lo que hacemos con él, en la transfiguración del diálogo que sirve de punto de partida para nuestra investigación: la situación analítica.

Como clínico que era, al inventar el psicoanálisis, Freud partió de una estructura de acción bastante elaborada por la medicina. En la clínica médica, una serie de actos especiales genera cierta eficacia terapéutica, que depende de la precisión técnica de su realización, del lugar donde se realiza de la mayor o menor propiedad de su elección. La clínica médica está ligada a la eficacia ritual; no dicho en un sentido despectivo: inténtese operar fuera de la sala de cirugía, recetar un antibiótico prescindiendo del antibiograma o prescribir una dieta sin vestirse de blanco, que los límites de la eficacia clínica se evidenciarán por sí mismos. Mientras tanto como la clínica de las neurosis carecía

exactamente de eficacia, Freud trató de adecuarla a su objeto. Para eso tomó dos caminos simultáneos. Fue creando de a poco un aparato conceptual y al mismo tiempo, modificando la forma del contacto clínico. Este último —y aquí está nuestra paradoja— no se encaminó a una mayor sofisticación de medios, sino al contrario, *se naturalizó*, se tomó más cotidiano, más común, se aproximó la práctica freudiana (y la nuestra), a una simple conversación, a la raíz del diálogo humano.

Es comprensible, por consiguiente, que los restos de tecnicidad médica, que la situación analítica renaturalizó, siguieran parasitando nuestro reino. La situación analítica es muy poco técnica, en el sentido común, tecnológico, del término, todavía mantiene una especie de nostalgia del origen, se la desea técnica y se procura creer que su eficacia depende de la observación de preceptos distantemente análogos a los de una cirugía. En verdad *al crear la situación analítica* Freud estaba introduciendo un método nuevo en el arte de curar, un nuevo camino, que precisamente el arte había explorado mejor, hecho que no se le escapó a Freud, evidentemente. Apenas se percibía que el método estuviese recubierto por la técnica. Nuestros rituales —40 o 50 minutos de sesión, 4 o 5 veces por semana, cierto silencio tolerante, seguido de un hablar más o menos estilizado, la forma de cobrar, etcétera— eso que el diván epitomiza como un paradigma, o una *trade mark*, poseen ciertamente bastante utilidad como para ser mantenido. La creencia en su eficacia, casi mágica, sin embargo, me parece que deriva de la nostalgia intrínseca que la nueva situación mantiene con la nueva tecnología de la cual se diferenció. Creemos funcionar por todas las razones, por efectos del setting, cuando funcionamos por el método que el nuevo ritual encubre en su estuche. Denominamos a esta creencia: fetichismo de la técnica.

Las teorías psicoanalíticas que se fueron produciendo, por su lado, deberían explicar no solo las neurosis, o la psiquis humana en general, sino el propio misterio de la situación analítica. Y si consiguen buen resultado precisamente en

la elucidación de su blanco objetivo, esclareciendo mucho de la *constitución psíquico-humana tienen con todo, abierta una* deuda original con la situación analítica. Desde Freud hasta aquí, estamos lejos de explicar cabalmente por qué funciona el psicoanálisis.

Ahora bien, esa explicación solo puede advenir con el estudio profundizado de nuestro método, lo que es nuestro norte. No es este lugar o el momento para relanzar los ensayos ya realizados para poner en evidencia la naturaleza más íntima del saber psicoanalítico, ni siquiera para resumir las pequeñas contribuciones a la materia que yo mismo perpetré en "*Andamios de lo Real*". Basta considerar aquí la existencia de una nostalgia a la ciencia natural, aliada a una nostalgia de técnica, que se expresa en una especie de mala conciencia del analista practicante, en lo que respecta a su relación con las ciencias contemporáneas. Que se exprese con una aparente superioridad o auto suficiencia, cuando el analista defiende la primacía de la intuición y la imposibilidad de cualquier juicio objetivo sobre su clínica, manifestaciones típicas de una formación reactiva, ya sea que aparezca como deseo de sustituir el método psicoanalítico por el método de verificación cuantitativa, siempre parece estar en juego esa deuda fundamental antedicha.

En suma, el llamado ejercido de los psicoanalistas por la así llamada investigación empírica no puede ser apenas comprendido por razones de sobrevivencia en un mundo que padece un fetichismo tecnológico generalizado, principalmente entre los legos que imaginan que la ciencia es lo mismo que ciertos rituales de comprobación. Este llamado expresa, antes que nada, una relación nostálgica con el origen técnico-científico de nuestra ciencia artística. Es preciso admitir, que bajo el disfraz de una saludable búsqueda de interdisciplinaridad, opera un proyecto oculto de reducir el método psicoanalítico a aquel mucho más simple de la ciencia psicológica de corte positivista. Sólo eso explica que al hablar de investigación psicoanalítica, cosa tan ampliamente realizada por el mismo Freud, se piense de inmediato en una

combinación indefendible de elementos descontextualizados de la teoría de la técnica psicoanalítica, con métodos experimentales un tanto elementales. No es posible creer que tantos y tan destacados analistas que la sustentan sean ingenuos o mal intencionados, simplemente están bajo el efecto del retorno de lo reprimido, o mejor, del retorno epistemológico de lo superado.

### **Autonomía y contagio**

Mientras tanto hay espacio suficiente para muchas formas validas de investigación en nuestra disciplina, incluso cuando esa se funda en *ocurrencias* fuera del consultorio. Observando la vida como sistema, o simplemente de ojos abiertos, el psicoanalista aprende muchas cosas con respecto al alma humana. Veamos, por ejemplo, como dos pequeños fragmentos de vida, de observación de un momento de una relación madre-bebe en un hecho menor aislado de lo cotidiano, pueden ser conjugados para iluminar cierto aspecto de construcción del objeto psíquico, el destino conturbado e inestable de la independencia del yo con respecto a su objeto. Este modesto ejemplo no figura aquí como el modelo de lo que debe ser una investigación psicoanalítica, evidentemente. En su simplicidad de medios, sin embargo, sirve para mostrar lo esencial: que la investigación psicoanalítica puede encontrar su punto de partida casi en cualquier lugar, y que el criterio que juzga su valor es la riqueza heurística y no la eventual pobreza de recolección de datos.

Un niño de nueve meses es llevado a upa por la madre hasta un caballo parado cerca de la casa. Lo mira sin gran entusiasmo. Al lado, una observadora de la relación madre-bebe, que se proponía acompañar el primer año de esa crianza, asiste al esfuerzo de la madre, en hacer que el bebe toque el caballo. A medida que se aproxima al animal, el niño intenta subir encima de la madre, con los brazos en el pescuezo, y hubiera llegado a encaramarse aterrorizado en sus hombros, si ella no hubiese puesto fin a la experiencia. Vuelven para dentro de

la casa. Fin de la primera escena.

En la sala, estando sentadas en el sofá, observadora y madre. El niño se aproxima a un estante de la sala donde hay una caja vacía de cartón. De punta de pie, titubeante, mueve la caja que enseguida cae, el niño se asusta y la madre también, el equilibrio inestable del niño y el lento e inexorable desequilibrio de la caja que se aproxima al borde de la estantería, parecen inquietar a la madre, tal vez la presencia de la observadora le impida incorporarse e interponerse en el juego. Al caer la caja, la madre se estremece, el niño llora, sin pánico aparente, procurando controlarse la madre vuelve a poner la caja en su lugar. El niño vuelve a jugar con ella, a los tanteos haciéndola caer una segunda vez. Ahora no parece asustado. Vuelve a levantar la caja, y la deja caer de nuevo, exultante. Fin de la escena dos.

No es difícil acompañar las emociones de la madre. Ella ya conoce bien a la observadora, esta ya conoce bien la relación dual observada. Al conducir al niño ante el caballo, tal vez la madre desease mostrarle algo, los progresos del niño, una punta de orgullo podría haber, seguida a la decepción, cuando la demostración de coraje falló. Que no hubiese intervenido en la segunda experiencia, la de la caja, habla a favor de una cierta tolerancia a la angustia, por lo menos en cuanto al proyecto de conducirse bien delante de la observadora.

Sin embargo, ¿qué pasó con el niño? Podemos concebir, sin llevar demasiado lejos nuestras conjeturas, que la presencia maciza e imponente del caballo lo hubiese impresionado fuertemente. Los caballos son enormes para un bebé, sin duda alguna, mayores que los gigantescos padres, y sin embargo pertenecen también, a la clase de seres animados. Caballos, al contrario de automóviles, por ejemplo, no son apenas móviles, sino intencionales y un tanto humanos, pues los padres así lo presentan al niño: “mira el caballito, es buenito, hacele cariños que le gusta”. El bicho podría hasta mover la cabeza, por si sola mayor que el bebe entero. Aterrado por la confrontación con semejante monstruo, el bebé puede haber experimentado una mezcla de liquidamiento inminente, no es raro



que se exprese como sensación de caída —aun cuando el caballo no estuviera caído y de patas levantadas, y nuestro héroe no se llamara Hans—. De ahí, el estar tentado el niño a huir, subiendo a la madre. No solo buscaría protección, si no distanciarse del lugar de peligro, el caballo que lo precipitaba hacia abajo, traducción corporal de destrucción.

Al derrumbar la caja, se asustó nuevamente. O para ser más precisos, el mismo susto reciente, resurgió. Esta vez, sin embargo, algo cayó de verdad, con un mínimo estruendo para la observadora, un poco mayor para la madre, inmenso para el bebito. “Morí” podría haber dicho, si hablase, pero para hablar debería gozar de tal articulación del niño sobre el mundo de las cosas que no le posibilitarían repetir la experiencia primordial a la que asistimos. Tal vez fuese mejor poner en boca del bebé otra expresión más contundente: “caí”. Si la madre gritase asustada, él podría ser simplemente fijado a la idea de caída mortal, tal vez cayese en los brazos maternos. La calma relativa de la secuencia, al contrario, puede haber sido responsable por una experiencia de “caí pero no caí. Derribando la caja por segunda vez, su emoción equivaldría ahora en un “eso (yo-caja) caí, pero yo no caí”. Luego levantando la caja para dejarla caer, completaba la experiencia científico-ontológica de constitución de un objeto: “esto cae, pero yo no caigo; ergo esto no es yo”. El yo se distinguió nuevamente, no hay razón alguna para sospechar que esa pudiese haber sido su primera experiencia de creación del objeto material distinto, un objeto activamente controlable, candente y pasible. Y freudianamente, el paso de la pasividad a la actividad, como también del aniquilamiento a la afirmación del ser, de la fusión con el objeto a distinción: “aquí yo, allá aquello, todo.”. Fin. Esta vez, fin de la primera experiencia.

Pasamos a la segunda. Si el lector prefiere un niño crecido, algunos años después... pero no, la segunda experiencia fue cronológicamente hablando, anterior a la primera y envolvió en verdad al autor de esta pequeña

comunicación. Estaba en una fiesta, en un apartamento en un piso elevado. Como no podía dejar de ser, la fiesta llena de psicoanalistas. Tomo a una colega del brazo y me dirijo a un balcón, conversando. Al aproximarnos al parapeto, percibimos que la protección es de vidrio, naturalmente de vidrio temperado y muy resistente. La visión de la calle, es impresionante, vertiginosa. Por la crispación de los brazos, por la excitación de los pasos, comunicamos recíprocamente nuestro miedo. Sin embargo, ocurre uno de esos vulgares desafíos al mejor estilo James Dean, en *Rebelde sin causa*. En un pacto de muerte, caminamos hasta la protección de vidrio, nos apoyamos en ella con la manos, siempre conversando, intentamos hasta ponernos completamente de espaldas al abismo. Ahí nos trabamos con las manos, sería preciso abandonar la baranda para poder girar del todo, simplemente las manos no sueltan la presa, más sabias y honestas que los cerebros. Volvemos a la sala.

Yo vi a otra colega mirar con pavor la caminata hacia el precipicio imaginario. Por amor a la ciencia o simplemente por sadismo psicoanalítico, la tomo del brazo e intento llevarla al mismo lugar. Creo que llegamos hasta la puerta corrediza, cuando ella ya protesta contra el abuso. No la fuerzo, además, ella ya se agarraba de la puerta preventivamente. Le digo estúpidamente: “no hay peligro”. Ella me mira sospechosa. Paro, y sus dedos se relajan, sin largar la puerta corrediza. Entonces, completo el experimento. Dejo lentamente mi mano escurrirse por su brazo y siempre conversando, me dirijo directamente a la baranda de vidrio, dieciocho pisos encima de la calle. A medida que marchó impávido para la muerte imaginaria, ella primero dice “no”, después comienza a pegarse a la puerta con la segunda mano, como si estuviese siendo arrastrada conmigo, y por fin, me pide, con voz levemente trémula, que vuelva, por que ella estaba con miedo. Fin, ahora, de la experiencia adulta.

¿Qué fue lo que pasó? La primera experiencia de vértigo inspiró mi demonio interior, seguramente. Percibí la chance entre anuncio de un experimento

práctico, no en el cerebro irresponsable, si no en el estómago, en la boca en el estómago. Tengo miedo a la altura, sin embargo no demasiado, menos que la primera colega, mucho menos que la segunda. Esta última, me acompañó por delicadeza y por no querer ostentar su cobardía. **Además, hablaba ella con sus botones, “yo soy yo, ese rostro que se asusta o que juega, como prefiera”.** Pura ilusión. Cuando su boca del estómago se puso a gritar de frío, ella ya no era tan solo ella, sobre todo yo no era un otro independiente y ajeno. Era una parte de mí, con un poco de ella que se me metía **para mi interior, como que vino la mano al brazo.** Y ella alienada en mi, fue llegando a la transparente barrera, ante la muerte por precipitación, o sea, el mismo aniquilamiento inminente del bebé, que se traduce en la caída. ¿Deseo inconsciente de tirarse?, tal vez también existiese, pero principalmente había contagio entre sujetos.

La lenta construcción de la autonomía del objeto, que permite al yo, existir independientemente o casi, es como una licencia dada al mundo para que exista por cuenta propia. Ocurre en la infancia, y si no se debe a un acto de pura gentileza, mucho menos se debe al reconocimiento de la realidad. La realidad simplemente no es solo aquella en que el sujeto se separa de los objetos exteriores e independientes. En un registro, los objetos no son yo, es cierto, en el otro, con todo, participamos intrínsecamente de nuestros objetos. A eso se puede llamar, simpatía, un mismo pathos uniendo dos **entes**. También se puede llamar identificación proyectiva, desde que se tenga en mente que el estado primordial, natural, por así decir, es el contagio, no la distinción. Así, la identificación proyectiva será el nombre que cabe a un entorno más natural, a la fusión identitaria con el mundo objetal. La colega de la experiencia adulta se refugiaba confortablemente en la creencia de ser un individuo discreto, distinto de mí. El desengaño muestra claramente como su cuerpo sabe que x se acuerda de la verdad más profunda de la fusión original, sabe que caerá conmigo, pues en el registro del vértigo tampoco subsiste la distinción entre sujeto y objeto, y nos agarramos con las dos manos al inicio, **al concepto de independencia** dos

individuos, recitando internamente como una oración silenciosa, después el primer objeto material confiable. Si el lector desea repetir solito la experiencia basta aproximarse a un balcón alto, llevando algo en el bolsillo de la camisa, una caravana barata, por ejemplo, en seguida deberá inclinarse hacia fuera apenas lo bastante para que la caravana caiga, si no se siente irse con la caravana, nuestra teoría está equivocada, o se le aconseja seguir la carrera de alpinista.

### **Construcción del objeto**

El psicoanálisis sabe muy bien ver el primer movimiento constitutivo de la relación con el mundo. Dándose cuenta que el objeto representa al sujeto que lo creó, Freud introduce el concepto de identificación. Lo que intentamos aquí subrayar, no constituye, sin embargo, ninguna novedad. Esencialmente queremos recordar que durante la existencia adulta, los trazos de la identidad básica entre sujeto y objeto de la emoción, vienen a ser cuidadosamente obliterados, para que el yo pueda mantener su ilusión de independencia. Tan eficaz es ese proceso de obliteración, que incluso la teoría psicoanalítica acaba por sancionar la ilusión de independencia del yo y de objetividad del mundo, considerando equivocada, ilusoria o patológica la condición de contagio y normal a la otra. Para fines de la comunicación consensual y de orientación en lo cotidiano, es provechoso mantener la idea de ser individuos discretos y autónomos, aunque cualquier calentamiento de las relaciones (pasión amorosa, terror, vértigo, lucha, fenómenos de masa, etc.), desmiente de inmediato la ilusión de que no soy el otro. Es perfectamente posible y justo hablar entonces de una regresión, sin embargo es una regresión rumbo a la naturalidad o a la verdad psicológica y no necesariamente en pérdida sino en una ganancia potencial. Tal vez la condición conocida como susto sea la puerta del frente del contagio, en última instancia el susto no representa directamente el riesgo de

muerte, representa, antes que nada, la desconstrucción brusca de la fantasía de distancias absolutas y de las estructuras identitarias que la sustentan. En el susto, el objeto readquiere sus derechos de origen, recupera la identidad de sujeto.

Una última cuestión falta aquí. Cuando el niño tiró la caja por primera vez, se trató de una pura casualidad? La pregunta es difícil, porque exige que definamos azar, intencionalidad y determinación. Para no alargar la discusión digamos que se prefiere una interpretación analítica. Es raro que pensemos todo antes de hablar. Estando pronta la matriz sentimos vagamente la oportunidad de interferir, nos empujamos en la dirección del habla e interpretamos. Solo al comenzar a decir, el habla toma forma y podemos decir todo entonces, para bien o para mal.

Pues bien. El niño debía tener pronta o casi pronta dentro de sí, la matriz de una experiencia de distinción del objeto. Tal vez ya tuviese construida tal distinción, pero la impresionante presencia equina debe haberla hecho regresar, perderse en el pavor vertiginoso del susto. Entonces, la caja le ofrece la oportunidad, lo que puede haber sido vagamente sentido, como una tentación, y el interpretó, o mejor, jugó, pues es así que los niños interpretan. Como se ve, nos aproximamos aquí, a una concepción que supera la dicotomía entre determinación y azar, pero preserva una intencionalidad o una proto-intencionalidad que conduce a la criatura del hombre a cumplir su destino humano: la construcción de un yo, que ¡ibera el mundo objetal, también construido para la psiquis, para existir libremente, hasta que un pavor mayor los refunda, o que la muerte los separe.

São Paulo,

07/04/96

Traducción: Laura Veríssimo de Posadas

## **Resumen**

Dicho de manera simple, el problema central de convivencia entre Psicoanálisis e investigación controlada reside en la tendencia de ese tipo de investigador, en creer demasiado en los rituales de recolección de datos, y demostración de hipótesis, dejando de lado la significancia previsible de su estudio. Una trivialidad observada en cien casos y probada por sofisticados procedimientos estadísticos continúa siendo trivial. Por otro lado, los psicoanalistas tienden a realizar observaciones muy restringidas, y en seguida a proyectar teorías ya constituidas sobre el material, imaginando que las están comprobando.

La investigación de hecho mínima que acabo de presentar aquí, posee a mi ver, un solo mérito en el contexto de esta discusión. Muestra que se puede partir de observaciones comunes, técnicas y no técnicas, para hacer que nuestra metapsicología que confronta sus fronteras con la filosofía y la literatura, continúe trabajando, produciendo nuevas cuestiones, nuevos encaminamientos de respuestas. El problema de la autonomía relativa y provisoria del objeto psíquico, de sus flujos y reflujos con respecto al yo, demanda todavía mucha investigación empírico-metapsicológica, como ésta tal vez, pero sobre todo estudios clínicos. El psicoanálisis continuará existiendo mientras pueda ser reinventado dentro de sí mismo.

## **Summary**

Put it in a simple way, the central problem of living together between psychoanalysis and controlled investigation resides in the tendency of that kind of investigator, to believe too much in the rituals of facts recollection, and hypothesis demonstration, leaving aside the foreseeable significance of his

study. A triviality observed in one hundred cases and proved by sophisticated statistical process, keeps being trivial. On the other hand, the psychoanalysts tend to make very restrictive observations, and immediately to project theories already constructed about the material, imagining they are proving them.

In my opinion, the minimal investigation I have just exposed, has only one merit to point out in the context of this discussion. It shows that **it** is possible to arise from common observations —technical and not technical— to make that our metha-psychology, which confronts its frontiers with philosophy and literature, keeps on working, producing new subjects, new way of guiding the answers. The problem of the relative and provisional autonomy of the psychical object, of its flows and over-flows in relation to the I, demands much more empirical metha-psychological investigation yet, may be such as this one, but above all, clinical studies. Psychoanalysis will exist as long as it can be inside itself reinvented.

Descriptores:        INVESTIGACIÓN / CIENTÍFICA / INVESTIGACIÓN /  
                          EPISTEMIOLOGÍA / OBJETO / YO / AUTONOMÍA /  
                          MÉTODO PSICONALÍTICO

Desde el saber del “Insight” al saber de la ciencia

Una mirada comprometida a la polémica actual  
sobre investigación en Psicoanálisis

*Marcelo N. Viñar\**

*Mborayu, enero de 1997*

*El lenguaje no es la verdad. Él es nuestra manera de existir en el universo.*

*Paul Auster en “La invención de la soledad”.*

Dice la doxa que el humano es el único viviente cuya conciencia de sí incluye una instancia reflexiva y crítica. Si así es la arquitectura de la mente, con una vuelta más llegamos a que la preocupación por la legitimidad y la garantía del quehacer y la reflexión, es ineludible para todo oficio o comunidad científica, en todo tiempo y lugar.

La controversia sobre investigación en Psicoanálisis, que es vieja como el psicoanálisis mismo, sigue viva y actual (y la RUP toma el desafío). Aunque sea en principio un problema teórico, a ser tratado de manera austera y académica, se enciende en debates pasionales (como siempre ocurrió siempre en la historia de los debates científicos) y el templo de la verdad, que se asigna a la

---

\*. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Joaquín Núñez 2946. C.P. 11.300 Montevideo Uruguay. Telfax (5982) 717426. E-mail: maren@chasque.apc.org.



(judicatura de la santa) epistemología, se habita de vocingleros contendientes que con el blasón de la ciencia, también vehiculizamos nuestras sensibilidades narcisísticas, y nuestras pequeñas guerras de poder y prestigio. El problema teórico se contamina entonces, de asuntos políticos y de sensibilidad personal.

Hay que empeñarse —y a veces es posible— para detectar detrás de ese ruido, una melodía que versa sobre posiciones, muchas veces diferentes e irreconciliables, sobre nuestro entendimiento de la causalidad inconsciente y de las metas del proceso terapéutico, que son correlativas a nuestra comprensión del objeto con que trabajamos. Y aunque sea fastidiosa, la controversia es muchas veces un buen remedio a la autosuficiencia. El cuestionamiento se nutre simultáneamente de los problemas intrínsecos del campo que se explora, de la realidad que se quiere abordar y conocer (la clínica psicoanalítica) y de la coyuntura en la historia de las ideas que hacen impacto en la mentalidad de los tiempos actuales. Lo que sitúa al psicoanálisis en la no tan clara frontera entre el cientificismo de la modernidad y el pensamiento débil de la postmodernidad.

Que de la experiencia clínica en el proceso analítico se derive un corpus teórico y un saber exportable a otras áreas de la cultura y de técnicas aplicadas, no obsta a sostener como irrenunciable que la experiencia del análisis personal es —para analizando y analista— la columna vertebral para aproximarse a lo que podemos llamar causalidad inconsciente. El saber del proceso psicoanalítico puede eventualmente ser aplicado o exportable. Pero la vía de retorno, esto es, que la verificación extra clínica aporte y enriquezca el proceso es mucho más discutible y está a ser demostrada. Esto fue así para los sucesivos modelos metapsicológicos, creados por Freud y sus sucesores que existen de modo más o menos contradictorio. Como hoy resultan poco confiables, se trata hoy de inventar procedimientos para poner a prueba su confiabilidad.

Además, sustento obliga, la condición de ciencia y práctica científica es hoy día un galardón de prestigio y legitimidad del que nadie se quiere apear. Y si en otros territorios de saber, la expansión tecnológica ostenta oropeles de progreso

y eficacia tan impactantes, el éxito imperante hostiga a querer para la locura y el penar humano los mismos logros de eficacia!

Tal es el espíritu que transmiten el Presidente del Comité Permanente sobre Investigación de la API (Dr. Peter Fonagy) y el columnista del Informativo de Psicoanálisis Internacional (Dr. R. Wallerstein). Leámoslos: *“Cada vez hay mayores evidencias de la confluencia entre una serie de ramas de las ciencias naturales y sociales, por un lado, y las ideas psicoanalíticas, por otro, cuando éstas últimas son ubicadas en un contexto empírico. La cultura psicoanalítica se beneficia del aporte interdisciplinario y las ideas resultantes de las investigaciones tienen un efecto estimulante sobre los clínicos del mismo modo en que las ideas que tienen su origen en los dominios de la clínica tienen un potencial de moldear la investigación científica.*

En los últimos años, la investigación en psicoanálisis ha adquirido relevancia mayor en muchos países donde se ha convertido en una fuente importante de prestigio profesional...”<sup>3</sup>

Para el Dr. Wallerstein no está incluido dentro de lo que él considera *“investigación”* *“el trabajo clínico”* y repertoria los *“estudios sistemáticos”*, que sí son investigación psicoanalítica y agrega: *“...La posición contraria comprende una gama de conceptualizaciones basadas en la hermenéutica, la fenomenología, la lingüística o exclusivamente en la subjetividad y representa la principal amenaza de nuestros tiempos al reclamo de cualquier atributo propio del modelo teórico de las ciencias naturales de parte del psicoanálisis...”*<sup>4</sup>

Wallerstein establece una jerarquización arbitraria que indigna al lector. Desde este lejano Sur, uno reacciona con cólera de freudiano simple frente a esta bula del vaticano londinense, que sanciona de este modo lo que no es

---

3. Fonagy, Peter. Entrenamiento en Investigación Psicoanalítica en la API. Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Vol. 3 Número 2, 1984. Pág. 12.

4. Wallerstein, Robert 8. La ambivalencia frente a la investigación. Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Vol. 3 Número 2, 1984. Pág. 45.

investigación. Entonces, este muchacho Freud, cómo perdió su tiempo, durante más de medio siglo, para escribirnos la prehistoria de una doctrina, que ahora sí, será buena ciencia.

Quien escribe también toma con consideración y respeto “...*los estudios sistemáticos que a mi parecer pueden ser agrupados bajo el rubro de investigación psicoanalítica, donde incluyo a las investigaciones formales acerca de los procesos y resultados de las terapias psicoanalíticas, los estudios longitudinales del desarrollo de niños y adultos, los estudios psicoanalíticos de la intersección entre lo biológico y lo psicológico (estudios sobre la relación cuerpo-mente o mente-cerebro), los estudios de la intersección con las ciencias socia/es y del comportamiento —como la sociología y la antropología— y, finalmente, todo el conjunto de estudios filosóficos, biográficos o lingüísticos que se sostienen en proposiciones psicoanalíticas, que son iluminados por ellas o, como generalmente es el caso, ambas cosas...*”,<sup>5</sup> pero entiendo que el que esta extensión y desarrollo del psicoanálisis merezca consideración y estima, no implica denostar la investigación clínica que fundó nuestra disciplina y sigue siendo su columna vertebral. Su exclusión de un lugar central en la investigación en psicoanálisis es excesiva y arbitraria.

Las aplicaciones en extensión del método freudiano no nos eximen, sino al contrario nos obligan, a ser cuidadosos y rigurosos en nuestro objeto de investigación —el proceso psicoanalítico— so pena de diluir su especificidad, lo que, sin caer en tremendismos, sabemos históricamente que siempre estuvo y estará amenazado, porque la causalidad inconsciente que todo psicoanalista busca, tiene —en su carácter— propiedades que nos invitan a temerla y evitarla. Mala política esta falsa jerarquización que coloca a los clínicos como investigadores de segundo nivel. Dice Fonagy: “*Sólo existe un puñado de*

---

5. Wallerstein, Robert S. La ambivalencia frente a la investigación. *Psicoanálisis Internacional*. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Vol. 3 Número 2, 1984. Pág. 45 (No podemos transcribir el total de los textos y su recorte puede desnaturalizarlo; vale la pena la lectura).

*individuos en todo el mundo que ostentan buenas credencia/es como psicoanalistas y un currículum sólido en investigación*". Si de ostentación se trata: "...La primera Conferencia sobre Investigación Psicoanalítica celebrada en 1991 se convirtió en un importante evento internacional anual bajo la dirección de Robert Wallerstein, entonces a la cabeza del Comité Permanente sobre Investigación..."<sup>6</sup> Se puede ostentar un siglo de reflexión psicoanalítica, que nos sigue haciendo pensar desde los orígenes del psicoanálisis.

Hoy por hoy, lo que hace relieve, es la irrupción triunfante de la así llamada investigación empírica. Veo en esta, el propósito o la tentación de adoptar las pautas y modos de operar de] método experimental, como desideratum del método científico. Al punto de poder pensar que la primera conferencia sobre investigación psicoanalítica ¡es en 1991! Se desconoce así —a mi entender— que hay áreas de saber (y no solo el psicoanálisis) que se adaptan mal a esta subordinación. Porque no pueden dar-se las condiciones suficientemente controladas como para que los fenómenos y sus variantes o manipulaciones sean organizadas en series repetibles y comparables. Esto, en psicoanálisis, pienso que no es ni lograble ni deseable, más bien me inclino a pensar que pueda ser dañino, desde que lo que importa en psicoanálisis *como* ciencia del Sujeto, es no desdibujar su condición de Sujeto deseante y descentrado.

Esto no impide, desde la singularidad de la clínica individual, constatar las regularidades observables. Así pudo Freud construir con un número reducido de casos la "universalidad" de las fantasías originarias, según él "como esquema filogenético de la estructura psíquica que desborda la experiencia individual", construcción teórica que no recurre ni a contraprueba, ni a un universo estadístico suficiente. Claro que esta supuesta "universalidad" *cuyo* valor heurístico comprobamos cada día, como brújula en la escucha psicoanalítica del paciente, no puede asumir el estatuto de verdad ontológica demostrable y queda

---

6. Fonagy, Peter. Entrenamiento en Investigación Psicoanalítica en la API. Psicoanálisis Internacional. Informativo de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Vol. 3 Número 2, 1984. Pág. 12.

como un esquema coherente de comprensión del hecho clínico. Provisoriedad de un hallazgo sagaz, a retransitar y reinterrogar cada vez en cada experiencia, lo que tratándose de una ciencia del sujeto me parece un hecho a celebrar, no a lamentar.

La consistencia de la “teoría psicoanalítica” en la cura es a instituir caso por caso. No es un saber constituido aplicable como un círculo tautológico en que la teoría anticipa el caso y este ilustra la teoría. Mimetismo caricatural de lo que en ciencias naturales es la relación de lo particular a la “ley general”. Pero hay una cierta clínica aberrante, no tan infrecuente, en que la “buena interpretación “es aplicación de saber psicoanalítico instituido.

No me opongo, por supuesto a que las regularidades observadas y argumentadas (como esquemas plausibles de comprensión) se brinden y aporten conocimientos al repertorio de “estudios sistemáticos”, que propone el Dr. Wallerstein, en una lista que supongo no exhaustiva. Hecho que ocurre desde hace décadas sin preocuparse por la violencia de esta discusión epistemológica y fundamentalista.

\* \* \*

### **Mi posición**

Si la primera conferencia es en 1991, lo que precede ¿no es investigación psicoanalítica? y los que no privilegian la orientación de esta conferencia, ¿tampoco son investigadores de pleno derecho? Es un absurdo que indigna.

La apropiación del término investigación para la investigación empírica en psicoanálisis no es legítima. Si no hay argumentación probatoria la apropiación de una nominación es una operación de poder. Como sostiene F. Herrmann en esta misma revista no es lo mismo investigación en Psicoanálisis, que investigación sobre el Psicoanálisis. Sin negar el interés y el valor de estas

últimas. Ricardo Bernardi propone y resume una serie de líneas de trabajo, cuyo interés es indudable, pero sugiero llamarlas de aplicación del método epidemiológico a la clínica psicoanalítica. Bernardi es más prudente y respetuoso con la investigación clínica: la epidemiología puede complementarla pero no la sustituye.

Un punto de acuerdo en investigación psicoanalítica es la vocación materialista que funda al método freudiano. Se trata de un existente que precede al acto de su conceptualización. Esto, desde siempre, coloca al psicoanálisis del lado de las Ciencias de la Naturaleza, donde la observación tiene preminencia y primacía lógica y así se contrapone a las ciencias del Espíritu, cuyo punto de partida es la redondez y coherencia de sus premisas y axiomas previos y pueden por ello pendular al idealismo.

Queda entonces claro la preocupación por el hecho —la observación clínica, —antes de la conceptualización es lo que el sitúa al psicoanálisis en las ciencias naturales. Pero este es un viejo debate que presumíamos saldado. Por walk over, se dice en boxeo, por ausencia de adversario. Nadie asume fundar el psicoanálisis desde axiomas. Nadie, salvo que lo arrinconen allí los adversarios: *...“una gama de conceptualizaciones basadas en la hermenéutica, la fenomenología, la lingüística o exclusivamente en la subjetividad y representan la principal amenaza”...<sup>7</sup>* y me parece que algo de esto acontece cuando una cierta arrogancia científicista de los defensores de una validación por métodos empíricos, de investigación controlada (comparación, cuantificación, comprobación estadística), tratan a la investigación clínica como un procedimiento de menor legitimidad, algo que en el mundo científico no es reconocido con el nivel de rigor y exigencia de las pautas y criterios habituales de la ciencia. Dudo que Freud pudiera hacer algo de esto cuando “descubrió” (o inventó) que el Edipo, es el complejo nuclear de la neurosis.

Sin pretender originalidad, comparto la idea de que el psicoanalista no pueda

estar ajeno a los descubrimientos en otros campos de saber. Como la totalidad es inabarcable cada quien elige sus fronteras de preferencia. Desde el ejemplo del fundador, la psiquiatría y la medicina son desde siempre un terreno común y lindero, hoy se agregan las neurociencias, la química de los neurotransmisores y las ciencias cognitivas. Otros prefieren la lingüística, la lógica o la antropología. También hay quienes exploran la historia, la arqueología o la filosofía del derecho. Conducta que hacía decir a J.P. Vallabrega que el psicoanálisis es siempre una segunda vocación. Pero yo no quiero que me digan desde la API cual es la buena frontera donde el psicoanálisis hace intersección. Es obvio, a nadie le sirve aislarse, pero tampoco perder la especificidad y proponer encuestas donde la noción de inconsciente freudiano queda diluida, en nombre de una ciencia unitaria que desconoce el carácter interactivo entre dos sujetos singulares, que es donde brota la experiencia analítica. Cuando nuestro quehacer sólo quiere validarse por métodos de comparación indirecta (comparados y estadísticos) y solo así se puede concluir si es falso o verdadero lo que acontece en la situación y el proceso analítico, sometiéndose —el argumento impresiona— a las exigencias de la verdad y la ciencia, entonces uno empieza a preguntarse dónde está lo específico de nuestro quehacer, su familiaridad con la locura, esa razón de la sin razón, tan propia de la lógica freudiana.

\* \* \*

¿Qué ciencia es ésta que funda la modestia de sus hallazgos en la comunicación de inconscientes, que hace saltar el principio de no contradicción en el hervidero de la condensación y el desplazamiento, donde lo que importa como punto nodal es lo disruptivo de la libre asociación y la atención flotante?

Es bien cierto que con estos ingredientes no se construye una ciencia positiva

como la física o la biología (con sus leyes y predicciones), que con estos ingredientes estamos en posición frágil a merced del disparate y los manes del Averno. Tanto que las exigencias de análisis y supervisión nos insumen media vida y una cierta toxicomanía de la relación entre pares, pero ¿acaso el remedio es apelar a los criterios de una ciencia subsidiaria de la racionalidad del iluminismo, al que el psicoanálisis no se amolda? De un saber objetivante que se independiza del Sujeto que la pronuncia.

Poner al psicoanálisis en el corset de una epistemología general, subordinándose a las exigencias del *stablishment* puede tener el costo de desvirtuar la experiencia analítica, cuya transmisión y validación sigue vigente, aun siendo frágil y precaria y arriesgando en esa precariedad también los excesos que la desvirtúen.

Que se esté atento y se sea sensible a los criterios de causalidad y de evidencia vigentes en otros campos nos salva, como decía Serge Leclair de lo que “*toda teoría tiene de denegación de la castración*”; de querer abarcar y dominar lo real. Real incognoscible, que a pesar de las esperanzas del iluminismo, crece en lugar de reducirse con los avances del conocimiento y da por tierra, en casi todos los campos, con los afanes de hacer coincidir la cosa con el intelecto.

\* \* \*

Un punto álgido del debate es entonces situar al psicoanálisis en el campo del saber.

Hay quienes piden para el psicoanálisis los mismos ideales de validación que en otras ciencias y sus pautas de predicción, eficacia y verificación. Conocimiento objetivante en el sentido de que las afirmaciones se sostengan mas allá del sujeto que las enuncia. Pero como señalan W. Baranger y R y N. Goldstein en un texto de los 80’ “Quizás ciertas ciencias y no sólo el psicoanálisis, no se conformen a la actitud objetivante de las ciencias en



general, incluso la psicología, por ser ante todo ciencias del Sujeto, o de los sujetos...” “...Seguramente el psicoanálisis es la más ejemplar de las ciencias del *Sujeto*...”<sup>8</sup>

Y agrega Baranger:

“¿Dónde está la diferencia?: es que el objeto del psicoanálisis no puede ser sino un sujeto, es decir, alguien que puede o no hacer suyas nuestras formulaciones, nuestras interpretaciones; y según que sea una cosa o la otra, le sirven o no le sirven, lo convencen o le parecen estupideces; y eso a un átomo no le sucede, interviene el físico y el átomo reacciona como puede, pero no hay nada parecido al convencimiento, en lo que le sucede al átomo.

Ahora bien, ¿qué hacemos con esta ‘ciencia’ muy particular? No tratamos de fabricar a nadie. En realidad estamos utilizando un tipo de artesanías con arcilla pensante, artesanía de la relación intersubjetiva, artesanía del convencimiento. Una artesanía donde como dice Lacan, ‘él no sabía’, y donde ‘él’ puede llegar a saber. Lo que define muy exactamente la interpretación psicoanalítica: si una interpretación dice lo que el sujeto ya sabía conscientemente, no le sirve.

Si el inconsciente existe es porque precisamente el sujeto no lo sabe. No hay reglas establecidas universales de este “hacer consciente”. Eso es un arte, al menos es forma bastante humilde, pero un arte, al menos en forma bastante humilde, pero un arte que tiene sus encantos y sus frutos.”<sup>9</sup>

En consonancia con esta línea el seminario de J. Lacan sobre los cuatro discursos distingue radicalmente el saber del analista, del discurso del maestro (maître). La posición del sujeto en el discurso científico y en el discurso del analista, son diferentes sino antinómicos...”<sup>10</sup>

---

8. Baranger, W.; Goldstein, N. *Artesanías Psicoanalíticas*. Buenos Aires. Kargienam, 1994. Pág. 412.

9. Baranger, W.; *Artesanías Psicoanalíticas*, Contratapa. Ediciones Kargieman, Buenos Aires.

10. Lacan, Jacques. *Le Seminaire, Livre XVII. L’envers de la psychanalyse*. De. Du Seuil, Mars 1991, París.

\* \* \*

Históricamente, el psicoanálisis surge como tratamiento de las “enfermedades funcionales de los nervios”. Es un retoño de la psiquiatría “ciencia de las enfermedades de la razón”. La noción de enfermedad, división entre lo “normal” y patológico, funda estos oficios. Pero ¿cómo interrogar los fundamentos y la legitimidad de esta división, se pregunta Pierre Legendre? Y responde: “Las ciencias del psiquismo (o las asignaciones culturales que hacen su fundamento y referencia, sólo pueden sostener un saber fragmentario, donde la ausencia de resto y la argumentación de certeza, deben ser sospechosas”. “¿Por qué buscar el ideal hegeliano de un saber coherente, congruente y armónico, que configure una racionalidad sin resto, cuando el objeto del que trata es un objeto escindido y descentrado?”.

Las ciencias del Sujeto son un terreno donde la subjetividad del investigador está intrincado con el objeto que estudia y la trama del discurso que sostiene. El movimiento de repliegue, de distanciamiento que pide el objeto científico, mas que impracticable es peligroso, porque se ahorra de interrogar el fundamento ético de la “verdad” que revela, verdad sometida y manipulada por variantes culturales y antropológicas que axiomáticamente desconocen su capacidad de autoreproducción.

El alegato contra la investigación comparada —amén de la arrogancia de presentarse como demostrable— se funda en el desconocimiento del objeto que estudia, cuya singularidad lo hace, por definición, incomparable.

\* \* \*

**Entre hechos y relatos**

Eduardo Galeano contaba el otro día: “El maestro, que es pobre pero docente, se paseaba un día de crudo invierno con un simple pullover: ‘El maestro no tiene frío’, decía la gente, ‘No, lo que no tengo es sobretodo’, respondió el maestro”. La “verdad” del asunto es el equívoco.

El encuentro trágico de la tradición judeo cristiana (o del poder europeo) con la cultura indígena de nuestro continente, es contundente para mostrar que el hecho mas peligrosamente objetivo es la dificultad de reconocer la alteridad y poder significarla. Y en reemplazo de esta dificultad de conocer, (que comporta reconocer la alteridad, el otro como ajeno o como extraño, desconocido) tomamos el camino de anexar y dominar.

Con la anécdota mínima y jocosa de Galeano, y en el hecho trascendente de la conquista de América y el desconocimiento del otro,<sup>11</sup> (hecho histórico, obviamente, pero también relato y leyenda fundadora de nuestra identidad) — queremos postular que no hay (y axiomáticamente no puede haber) una “facticidad independiente de nuestras creencias, teorías e interpretaciones”.<sup>12</sup>

Freud sostuvo hace 70 años<sup>13</sup> que el juicio de valor precede al de existencia. Facticidad e interpretación, no son en ciencias humanas dos tiempos dissociables, momentos distintos de la lectura de la realidad. Llamamos hecho al nivel de interpretación en los que estamos capturados en lo obvio y en la certeza. En verdad el dato más simple y primario es la significación (interpretación) que se organizan como imagen o como relato. Lo que se pretende llamar hecho, no es una referencia previa, un ente que determine la inmanencia de los sucesos y genere sentidos. El hecho es el recorte y selección que hace el investigador, diciendo cuáles son los elementos relevantes y cuales los prescindibles de su observación, un acto sofisticado y ulterior que cuestiona

---

11. T. Todorow: La conquista de América o la cuestión del otro. Edit du Seuil, París, 1982.

12. Bernardi, Ricardo. Trabajo introductorio al Segundo Coloquio de Colonia. “Interpretación: Hecho, Imagen, Relato”. Octubre 1996.

13. S. Freud: La negación (1925).

y critica la explicación primera, buscando otra mas perspicaz y pertinente.

Proponer que el hecho objetivo y elemental pudiera ser la imagen del maestro con pullover y sin sobretodo, es un prejuicio mecanicista o naturalista, que puede distraer el punto central de significación que introduce Galeano (“pobre pero docente”) que sitúa y condensa el hecho de significación, no en su facticidad sino en la eficacia simbólica que produce. En rigor lo que importa del sobretodo y lo objetivo a interrogar es por que aquí los docentes son tan pobres, lo que es un hecho político (o simbólico)... ¡a interpretar...!

\* \* \*

No hay hechos que precedan a la imagen y al relato. Quiero decir, no hay la antecendencia lógica de una objetividad que luego se recubre de creencias y teorías (como niveles distintos de legitimación de la interpretación). Lo que no equivale a acreditar cualquier solipsismo delirante, sino abrir el rigor de una controversia sin el terrorismo vigente de que la objetividad de las ciencias experimentales pueda decir de la subjetividad, algo más o mejor que una teoría general de la interpretación. Todorow sostiene una diferencia capital entre ciencias humanas y naturales: la relación del investigador a su objeto. La demarcación entre el geólogo y los minerales es de otro orden que el historiador o el psicólogo respecto al mismo (el objeto es: los otros humanos).

“Esto no implica ni menos precisión, ni rehusar los principios racionales, sino que no se renuncia a eliminar lo que hace su especificidad, a saber: la comunidad del sujeto y del objeto y la inseparabilidad de hechos y valores”. “La relación entre acontecimiento y discurso no es una relación de todo o nada, ambos tienen su dosis de verdad. La prioridad del discurso puede ser una complacencia escolástica, pero el discurso es también acontecimiento y un motor de la historia y no solo representación de fuerzas sociales y

económicas.”<sup>14</sup>

El empecinamiento de lo real es un límite a la exuberancia de la imaginación, a la errancia por las galerías interiores que todos conocemos al soñar despiertos o dormidos. Por sí mismos los hechos no son nada, sin un sujeto que los signifique, que los capture en un sentido. Los hechos son solo lo que un sujeto significa al capturarlos en un sentido. Por eso es imposible la utopía de una percepción objetiva. Toda percepción es una interpretación, aunque en la subjetividad de lo objetivo, no toda lectura tenga la misma legitimidad. Los ejemplos más invocados en la actualidad son la tan mentada controversia de Galileo con la Iglesia, o el tránsito del universo ptolomeico al newtoniano, donde una subjetividad genial, atisba, construye o modeliza la realidad mejor que la precedente.

Por “mejor” entendemos que el nuevo paradigma abarca y da cuenta de un mayor número de fenómenos, o los expresa de una manera más efectiva y breve. Un paradigma se abandona no por ser falso, sino porque otro lo sustituye al poder dar soluciones a problemas al que el anterior no podía responder. La física aristotélica y ptolomeica daban cuenta del mundo dentro de una cultura, así como la galileica lo da en otra cultura.

\* \* \*

Octave Manoni trae el tema de los hechos iniciales con poética fresca “*Si un niño ve una paloma por vez primera, tal vez no vea la paloma sino que experimente y registre su sorpresa. Si la ve una segunda vez, tampoco verá la paloma, sino una relación entre la primera y segunda experiencia* “. Ver la paloma será una experiencia ulterior. Cuando el niño puede nombrar y

---

14. Todorov, T.: *Nous et les autres: La réflexion française sur la diversité humaine*. Edit du Seuil París 1989.

categorizar la paloma lo hace en un mundo de signos, en un universo de significados. Nunca hay visión pura, ni hechos o sucesos desprendibles del código de sentidos que podemos atribuirles. La limpieza de lo primitivo nunca es sin residuo, y lo originario que buscamos, como la cebolla de Peer Gynt, se vuelve inaccesible. Al decir de Derrida: “No hay Ur-texte, ni Hors-texte”.

Lo real funciona como límite, como anda, en el proceso de significación (Lacan dice con razón que lo real se expresa haciendo obstáculo, resistencia al deseo), encauza una significación posible pero no la fija.

En nuestro quehacer de psicoanalistas, lo que llamamos hecho, (en nuestra profesión más que en ninguna) es *un relato*.

\* \* \*

En nuestros tiempos mozos, los criterios popperianos sobre fundamentos de la ciencia, tomando como eje y perspectiva las llamadas ciencias duras de principio de siglo, colocaban a las ciencias humanas en una bochornosa posición de inferioridad o inmadurez. Felizmente este lenguaje de autoridad ha cambiado parcialmente y pensar en la autonomía de las ciencias humanas en su problemática propia, ha conquistado su lugar en la cultura, aunque la nostalgia de ese rigor autoritario puede seguir haciendo estragos.

Sin ser erudito en la materia, apenas un lector curioso que ha encontrado algunos textos que nos parecen decisivos para replantear el problema.

Ante este imperialismo de las ciencias físicas, propuesto por Popper, de fijar criterios únicos en una epistemología única y tal vez acompasando el retroceso en la conquista de lo real que se proponía el iluminismo, hoy se habla de epistemologías regionales que apuntan a explorar el rigor de un saber al interior de un campo de experiencia, y no respecto al saber en general. Cada campo disciplinario, como campo de experiencia debería definir las garantías de los fenómenos que se desarrollan al interior de su práctica, a los regímenes de la

verdad en el paisaje de los referentes propios a su práctica.<sup>15</sup>

Otro de mis hallazgos es el **principio dialógico** de Bajtin. Este pensador ruso —un teórico de la literatura— postula que la constitución de saber tiene un **telos** diferente en ciencias humanas que en las ciencias de la naturaleza. Mientras estas últimas pueden aspirar asintóticamente a la exactitud, buscando agotar el enfoque monológico de un objeto —las ciencias del texto— historia, psicología, antropología (y necesariamente el psicoanálisis) se orientan en la búsqueda de la penetración expresiva y no a la exactitud demostrable.<sup>16</sup>

\* \* \*

### **El oficio del Psicoanalista**

Otro camino de búsqueda de legitimación de un quehacer, no es el del saber y la ciencia, sino el retorno incesante a la experiencia que lo funda.

No para ahorrarse, ni invalidar la justificación epistemológica, sino para poner el énfasis en otra parte: el de consolarse con un saber a medias, falente y falible, que no se nutre de las luces y certezas de la ciencia, sino que, desde la incertidumbre, hunde sus raíces en la noción de oficio (en francés: *métier*, que etimológicamente se emparenta con misterio y ministerio). Y aunque Freud en su correspondencia al pastor Pfister subraya que no somos ni médicos ni pastores de almas, con la doble negación del “ni” indica una zona de ingerencia, que concierne al malestar y al sufrimiento de la condición humana, como motor e imperativo ético de nuestro quehacer.

En esta perspectiva navega el libro ineludible de Octave Mannoni “El descubrimiento del Inconsciente”.<sup>17</sup> Volviendo al candor virginal del tiempo de

---

15. Iabelle Stengers: “Les régimes de la vérité”. p. 9. Revue du Collège de Psychanalystes N° 44: Les références de la psychanalyse. París, automne, 1992.

16. Todorov, T., El Principio dialógico de M. Bajtin Seuil, París.

17. Mannoni, Octave. “Freud: el descubrimiento del inconsciente”. Nueva Visión. Buenos Aires, 1987.

la fundación del psicoanálisis, señala para cada analista el imperativo de la travesía por la experiencia vivencial del momento de **“análisis original”**, experiencia cada vez renovada de re-descubrimiento del propio inconsciente, como cruce ineludible de transmisión y de experiencia, que una vez transitada y en algo asimilada, lo habilita a sostener la misma búsqueda en sus pacientes, muchas veces luego de una larga y paciente espera. Saber que nos permite llamarnos freudianos, tanto por las pericias que podemos acumular como por las exigencias éticas de las reglas de abstinencia y neutralidad: no seducir ni inculcar a los pacientes. Esta regla —más que regla mandamiento, esto es, combate permanente entre la sujeción y la transgresión y utopía de un ideal no cumplible— me preocupa más que la coherencia del corpus teórico.

Esta experiencia de análisis original —que no tiene paralelo en otras formaciones científicas; que tal vez se haya banalizado por la rutina, que se puede vituperar como rito iniciático o experiencia oscurantista de naturaleza religiosa, —guarda para mí su frescura y su vigencia y me parece accesible, aunque la masificación del psicoanálisis tienda a puerilizarla o hysterizarla. Pero la ascesis de la experiencia analítica puede restituir su significación. Desde este desarrollo, la investigación podría tener como objeto, por ejemplo, y de manera recurrente, el reconocimiento de como cada grupo o comunidad psicoanalítica, se reapropia del pasaje por el análisis original en la conyuntura concreta de la cultura y de la institución que lo lleva a cabo.

¿Cómo será el trayecto de pensamiento y las mediaciones entre un adulto que recuerda haber orinado al pie de la cama de sus padres, hasta la afirmación contundente de que la sexualidad infantil y el complejo de Edipo que la organiza, son el núcleo de la neurosis? ¿Será el mismo o diferente del de Newton entre la caída de la manzana y la ley universal de la gravedad? ¿Qué formación científica londinense puede reproducir este itinerario? Trayecto enigmático pero lleno de inspiración, perspicacia y talento, que hace de su autor el genio que inaugura una práctica y una reflexión que atraviesa todo el siglo.



El mismo autor señala en otra parte que los hechos clínicos son el cimiento o fundamento de su disciplina y que la teorización es la cornisa, trocable o modificable sin que el edificio se altere. División que reitera la vocación y fe materialista del investigador, que nosotros compartimos... solo que los hechos, los empecinados hechos, nunca son desnudables al punto de despojarlos de una inteligencia interpretante que les asigne un sentido.

Repetimos que en psicoanálisis no hay dato bruto, ni hay dato virgen, que preceda a su integración en un relato. La observación del psicoanalista no es como la del geólogo o el entomólogo, donde el objeto se ofrece inerte a la mirada exterior y no comprometida del investigador. Tampoco puede experimentar como el físico o el fisiólogo. A este grupo de ciencias cuyo objeto es reificable, M. Bajtin dice que se brindan a un saber monológico, saber no practicable en las ciencias del sujeto.

Otra comparación cara a Freud, fue la del arqueólogo, donde un texto pretérito deja marcas o indicios a decriptar, en un desarrollo como el de Champollion con la Piedra de la Rosetta, que con un procedimiento ejemplar pudo, desde escrituras conocidas, tener acceso a la escritura jeroglífica de los egipcios. La piedra con su texto —como señala I. Stengers— sugiere que la interpretación verídica no es imposible y que haya un referente externo que nos proteja de la dogmatización. Salvo tal vez (y es relativo), el reanálisis y el juicio crítico de los pares.

\* \* \*

Me importa sí, poner de relieve el estatuto del observador en la observación psicoanalítica. La descripción freudiana de la experiencia de satisfacción o la del juego del carretel, o los artilugios de la fantasía de paliza en Pegan a un Niño, me parecen momentos ejemplares y elocuentes de lo que podemos llamar observación psicoanalítica. Momentos paradigmáticos donde es difícil trazar el

límite entre experiencia y teorización. Ejemplos donde es evidente que la “objetividad” buscada, no es la de la descripción de los hechos de la naturaleza, sino la consideración del su-jeto como punto clave de la comprensión. Y es por eso que entre dato e idea, se va sucediendo una secuencia pendular que a poco de iniciada los hace indiscernibles. Donde va construyéndose una percepción (o interpretación) que en ningún punto es “objetivable”, ni homologable a la observación de Linneo con sus plantas; ni buscan lo mismo, ni piensan igual. En ese intervalo de la descripción y de la asignación del valor hay que buscar la diferencia. Nuestra observación crea modelos conjeturales cuyo valor no es demostrable ni verificable; no obsta que su valor heurístico nos haya hecho trabajar durante un siglo, para re TRABAJARLOS y apropiáRLOS y así estar munidos de un saber falente pero cierto, que nos orienta en la borrasca de escuchar la diversidad humana que traen nuestros pacientes.

Esta situación bipersonal, coparticipante, no es un defecto a corregir del campo observacional para ir a la depuración de algo más aséptico y confiable. Lo bipersonal es constitutivo o constituyente del campo de estudio, incluido los excesos y disparates que ese subjetivismo involucra. Y esto desde los albores: ¿Quién descubrió o inventó la libre asociación, regla de oro de nuestro santo oficio? ¿Fue Berta, José o Sigmund? ¿O una circulación entre los tres? Como Eva y Adán, la serpiente y Dios, entre quienes se crea circularidad donde la relevancia es alternativa y posicional.

\* \* \*

## **Psicoanálisis y Ciencias Empíricas**

Tengo la impresión —y me coloco en un terreno donde mi solvencia es relativa<sup>18</sup> (aunque quién como clínico tiene patente de epistemólogo!?)—, que la

---

18. Además de Maren U. de Viñar y Daniel Gil —que son mis interlocutores habituales en la gestación de mis textos—, tuve con éste, el beneficio de largos diálogos con Claudio Scazzochio, investigador en biología y

función y la utilidad del modelo, o de la teoría, es muy diferente en Psicoanálisis que en las ciencias empíricas.

No tiene el mismo estatuto ni la misma vigencia la observación de que tal paciente tiene un super-yo severo, que la afirmación de que el sol sale siempre por el este. El carácter generalizable y la predictibilidad de esta última observación, que la estabiliza como ley, no tiene parangón en psicoanálisis. La observación analítica, emergiendo de la interacción entre dos sujetos, es siempre única y conjetural y su “eficacia” operatoria solo puede ser sostenida a posteriori. Si yo afirmo que el Edipo es el organizador de la neurosis, no puedo tomar esto como a priori con mi próximo paciente, no puedo tratarlo como caso particular de una ley general.<sup>19</sup> Esta exigencia de olvidar —o dejar en suspenso la teoría— como subraya W. Bion, es un requisito del psicoanálisis que no tiene paralelo en otras disciplinas (salvo el amor, que es bastante indisciplinado y poco científico).<sup>20</sup>

Cuando se habla de modelo o de teoría en Psicoanálisis la relación entre lo particular y lo general no es inductivo ni deductivo. Pensemos en las tópicas freudianas, o en la teoría de las posiciones en M. Klein, en el espejo o la robusta trilogía de Lacan, en la seducción originaria de La-planche y pongamos un

---

desde larga data preocupado por la epistemología de la ciencia. A ellos les debo buena parte de la articulación de estos balbuceos.

19. Lo singular de un “caso” no está en la intersección de las regularidades observables. El Psicoanálisis cuestiona la afirmación aristotélica de que no hay ciencia de lo particular. Con uno o pocos casos, lo que importa es revelar un carácter general de la estructura. Así lo hizo Freud con la universalidad de la organización edípica, sin aducir un universo estadístico suficiente, sino otro tipo de evidencias. El cómo se leen y construyen las generalizaciones en psicoanálisis este podría ser un tema de debate o controversia entre los que sostienen y los adversarios de los estudios comparados.

20. Esta diferencia radical entre el “objeto” de la ciencia Natural y la ciencia del Sujeto no es sólo conceptual y académica. La omisión a tomar en cuenta su heterogeneidad, lleva en ciertas supuestas teorías psicoanalíticas a interpretaciones aberrantes. Con un simplismo dañino se extrapola la autoagresión de las enfermedades de autoinmunidad como hecho de la biología, hacia una supuesta y oscura intencionalidad inconsciente. ¡Sálvenos Dios de esta sabiduría! Es justamente la opacidad de la frontera entre cuerpo y “psyché” que desde los Tres ensayos Freud explora infatigablemente, que allí se supera alegremente en la “confluencia de saberes”.

etcétera para no hacer la lista interminable, **estamos hablando de invenciones o modelos en la mente del investigador, cuyo valor no está en la correspondencia con tal realidad o referente externo al campo, sino que estamos destacando que un modelo es de tal modo operativo, que permite servir de brújula organizadora de la infinita diversidad y bizarrería de los relatos que traen cualquiera y cada uno de nuestros pacientes. Su valor no es ontológico sino heurístico.** Es el valor heurístico de estas invenciones o creaciones lo que les otorga su credibilidad, el “eureka” que permite reconocer como comprensibles o verosímiles una serie de observaciones (o fenómenos) que hasta ese modelo eran anárquicas o caóticas y esa “teoría” permite, puntualmente, dar al desorden un cierto grado de inteligibilidad, permite nombrarlas con cierta nitidez y concisión, hasta que otra comprensión mejor la sustituya.

Es cierto que estos hallazgos tienen un carácter autoreferencial. No hay un referente externo como el universo para la astrofísica, o el objeto o texto arqueológico para el arqueólogo. Es una limitación que relativiza el hallazgo. Como no hay un Artigas, o una Batalla de las Piedras, sino las diferentes construcciones inteligibles que hagan los historiadores, que buscan ser —en general— respetuosos con el referente que estudian —pero que están atrapados en su sensibilidad y en sus valores, que también organizan la lectura de los hechos. Es cierto, como dice Laplanche citando a Raymond Aron, que no es lo mismo construir un hecho con los indicios, que fabricarlos, lisa y llanamente.

Quiero sostener que el carácter referencial de la teoría en Psicoanálisis o en general en las ciencias del sujeto —es diferente al de las ciencias llamadas naturales y empíricas, mas aún cuando sus afirmaciones son susceptibles de ser probadas experimentalmente, esto es, la posibilidad de ser reproducibles y de poder identificar variables diferenciables y manipulables.

Pero esto habla de diferencia de métodos y de objetos, no establece una diferencia de dignidad o confiabilidad entre practicas científicas, sino de un modo diferente de tratar la afirmación y la incertidumbre.

De allí que F. Gantheret sostiene que tratándose de causalidad inconsciente, la certeza es terrorismo. La exactitud no es la ambición en ciencias humanas, sino la penetración expresiva de sus hallazgos. El estatuto ontológico del “objeto” que investiga el psicoanálisis es equívoco. Entre la “realidad” del trauma y la construcción fantasmática que le asigna su sentido, se constituye un objeto del que importa no su recuerdo sino su re-vivencia. Como bien dice Jean Laplanche: la lógica freudiana no es realista sino hiper-realista, no busca el recuerdo del objeto sino su re-vivencia. (Esta hiper-nitidez no es recuerdo sino huella, ni simplemente realidad fáctica material ni solo artificio, sino combinatoria entre el acontecimiento y su deformación.

El “entre” —como tensión entre dos polos— deja en suspenso una sustantivación de la experiencia inconsciente, su condición de existente evasivo, pero que insiste. Dice Laplanche:<sup>21</sup> “el hecho real y fechado es como el trayecto de un cuerpo en física, pero solo existe para el sujeto cuando es organizado como Relato. Ni pura invención, ni reconstrucción del hecho tal como aconteció. Lo que busca la interpretación psicoanalítica “no es propiamente lo ocurrido sino pistas o indicios que revelan, no lo fáctico sino la escena con su argumento y su drama. Lo que se apunta a traducir no es un dato o un signo natural, sino un mensaje o una secuencia de mensajes”. Por ejemplo en la trama de Pegan a un niño, el enigma es como se ama y se goza pegando y sometiendo. Ejemplo en que se ve claro cómo el objeto psíquico que se busca es una “curiosa coexistencia de realismo y artificio”.<sup>22</sup>

En el mensaje se busca el sentido, y este, siempre falente deja un resto, ombligo o enigma, que resiste a la significación. El determinismo, tal como se concibe en las ciencias naturales queda entonces eliminado. La interpretación psicoanalítica es una operación de traducción pero, como especifica Maurice Dayan, se diferencia de la del lingüista en que no opera solo sobre el *lenguaje*

---

21. Laplanche, Jean: La prioridad del otro en Psicoanálisis. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1996.

22. Laplanche, Jean. 1996. Op cit pág. 21.

sino sobre la *realidad psíquica*.

No se puede presentar el “objeto” de nuestra disciplina en dos páginas. Si resumo lo que precede es por que creo que el pasaje grita o evidencia la poca familiaridad de nuestro objeto con los procedimientos experimentales.

Isabelle Stengers<sup>23</sup> al postular la noción de epistemologías regionales, define un campo donde “realidad” y “verdad” se implican mutuamente en el desarrollo de Un proceso que se propone la emergencia de lo nuevo. Podemos presumir la eficacia de una interpretación (en ese sentido su carácter verdadero) sólo a posteriori, dice W. Baranger, cuando vemos que el círculo cerrado de la repetición se abre en el espiral de la perlaboración y enriquece la comprensión que el sujeto tiene de sí mismo y el analista suscribe esta comprensión. Criterio relativo y autoreferente, pero no hay otro. Mejor algo humano que se sostiene en la incertidumbre de dos sujetos, que la certeza de la ciencia, que tratándose del Sujeto Humano, esa totalización sin “resto” es más a temer que a buscar.

El científico, dice Winnicott, es el que frente a una brecha en el conocimiento, rechaza la explicación sobrenatural, y admitiendo la ignorancia proyecta un programa de investigación. “Para el científico, formular preguntas es casi lo único que importa.

Las respuestas, cuando se encuentran, solo suscitan nuevas preguntas. La pesadilla del científico es la idea del conocimiento total”.<sup>24</sup>

## **Resumen**

El autor sostiene que el psicoanálisis es una ciencia del Sujeto, cuyo método y objeto no se aviene a ser tratado por procedimientos comparados y estadísticos.

Una epidemiología sobre casuística psicoanalítica, siendo útil e importante, no es el núcleo de la investigación psicoanalítica. Por eso, lleva a cabo un alegato

---

23. Stengers, Isabelle. “Los regímenes de la verdad”. Revista del Colegio de Psicoanálisis N° 44: Las referencias del Psicoanálisis. París Otoño 1992.

24. Winnicott, Donald W.: “El Hogar, Nuestro Punto de Partida”: Ensayos de un Psicoanalista. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1993.

discutiendo la hegemonía actual de los métodos empíricos en las jerarquías de IPA y propone algunas líneas alternativas de investigación.

### **Summary**

The author sustains that psychoanalysis is a science of subject, its method and object can not be treated by compared and statistic proceedings.

An epidemiology about psychoanalytic casuistry, while important and useful, is not the nucleus of the psychoanalytic investigation. For that reason carries on an allegation, discussing the actual hegemony of the empirical methods in the IPA hierarchy, and proposes some alternative lines of investigation.

Descriptores: INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA / CIENCIA / TEORÍA /  
VALIDACIÓN / VERDAD / SABER / CLÍNICA /  
EPISTEMOLOGÍA / EMPIRISMO / INSTITUCIÓN  
PSICOANALÍTICA / DISCURSO / SUJETO / PSICOANALISTA /  
CASO CLÍNICO.

## **Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis\***

*Prof. Dr. Ricardo Bernardi\*\**

El psicoanálisis, como toda disciplina viva, debe enfrentar procesos de transformación que se originan tanto en su propio crecimiento interno como en las exigencias de un entorno cambiante. La investigación psicoanalítica enfrenta ambos tipos de desafíos. En lo interno, fue poco a poco comprobando que muchas de sus hipótesis, surgidas de la experiencia clínica, podían también corroborarse desde otras metodologías, enriqueciéndose así el trabajo interdisciplinario y el diálogo tanto con las disciplinas humanísticas como científicas. Se le plantea entonces la tarea de complementar la investigación clínica con las nuevas metodologías.

Pero también necesita ampliar su campo de investigación porque los cambios en la sociedad y la cultura de este fin de siglo lo colocan ante nuevos retos. Por un lado, surgen nuevas formas de la subjetividad, que cuestionan la pertinencia de un método que invita a dar prioridad a una visión vuelta hacia el interior de la persona. Al mismo tiempo se consolidan nuevas concepciones de la salud, que colocan en primer plano conceptos tales como atención comunitaria, derechos del usuario a la información sobre los resultados del tratamiento, mejora y control de la calidad de la asistencia y medicina basada en la evidencia. Frente al aumento de los costos de la salud y al auge de los tratamientos alternativos (flores de Bach, etc.), la ciencia médica busca revisar la eficacia y racionalidad de sus propias terapéuticas y darles un fundamento

---

\*. Una primera versión de este trabajo, con el título “¿Es científica la psicoterapia?” fue presentado como la conferencia inaugural de las XIII Jornadas Sul-Riograndenses de Psiquiatría Dinámica, Gramado, Brasil, 10-12 de octubre de 1996.

\*\* Miembro Titular de APU. Santiago Vázquez 1140. GP 11.300. Tel. fax 786 36 79.



científico más consistente.

Estos requerimientos abarcan también a los tratamientos psicológicos. En este contexto, el psicoanálisis se ve invitado a definir su relación con el conjunto de las psicoterapias, y a explicitar sus criterios de cientificidad, demandas a las que también lo conducen, como dijimos, sus propias necesidades internas de crecimiento.

Conviene detenernos en dos puntos problemáticos: la relación del psicoanálisis con el campo de la psicoterapia y, más específicamente, con la actual investigación en psicoterapia, y en segundo lugar con los criterios de cientificidad imperantes.

Existen diferentes modos de definir la psicoterapia, pero ciertos elementos son comunes en todos ellos. Se habla de psicoterapia cuando existe una relación asistencial o de ayuda, basada en un proceso de interacción sostenido por un vínculo emocional entre los participantes. Es-'tas técnicas se apoyan en conocimientos teóricos y pueden ser transmitidas a través de un proceso de aprendizaje. Deben existir metas compartidas, susceptibles de ser explicitadas y evaluadas.

Se ha dicho que la psicoterapia es un arte antiguo y una ciencia nueva. Por investigación en psicoterapia se entiende comúnmente el estudio sistemático, cuantitativo y/o cualitativo, de lo que ocurre en la situación terapéutica y su marco social y económico. En el comienzo este estudio era casi exclusivamente clínico y referido a lo que acontecía en la relación entre paciente y terapeuta. Progresivamente el campo se fue ampliando. Hoy día el estudio de toda relación asistencial en el campo de la salud abarca tres grandes áreas: 1) la investigación del sistema de prestación asistencial (ej.: a quiénes se asiste, a quiénes no, quiénes son los que atienden, cómo se forman, cómo se financia, etc.); 2) la indagación del proceso psicoterapéutico en sí mismo, y 3) la investigación de los resultados de este proceso.

---

Queda por último el explicitar el sentido en el que es usado el adjetivo “científico”. Como se sabe, existe un amplio debate acerca del alcance y contenido de este término. Con todo, creo que ciertas cosas se fueron haciendo más claras a lo largo del siglo. Para que una hipótesis sea considerada científica es preciso que no se apoye en la mera especulación intelectual, sino que la experiencia pueda decir algo a favor o en contra de ella. Eso no quiere decir que el trabajo teórico o incluso la imaginación más audaz no participen. Por el contrario, se los considera esenciales, pero su papel pertenece al contexto del descubrimiento y no al de la justificación, es decir, que sirven para proponer ideas, pero no para probarlas. En realidad, el modo en que la experiencia puede “probar” una hipótesis demostró ser un punto extraordinariamente problemático. Popper propuso que para que una hipótesis, cualquiera sea su origen, sea considerada como científica, era necesario que pudiera ser falseada por la experiencia. Es decir, es necesario especificar en que condiciones se está dispuesto a admitir que la hipótesis es falsa. Podemos adoptar para este trabajo el criterio popperiano de cientificidad, sin por ello negar que presenta algunas dificultades. Se ha insistido en que la que la teoría condiciona la experiencia, de modo que al ponerse a prueba una hipótesis, junto con ella se está poniendo a prueba el contexto de ideas en las que se apoya. Kuhn ha mostrado la forma en la que los grandes paradigmas logran evadir las experiencias que los descalifican. Pero esto no quita que haya que renunciar al criterio popperiano en el trabajo científico cotidiano.

Creo que estas exigencias benefician al psicoanálisis, el cual puede cumplir con ellas, como lo mostrara Grunbaum, quien no puede ser acusado de parcialidad a favor de nuestra disciplina. Pero es verdad que muchas veces utilizamos con descuido diferentes explicaciones o incluso teorías sin prestar atención al hecho de que pueden excluirse mutuamente y colocar a nuestras hipótesis fuera de las posibilidades de toda contrastación posible. Partimos, pues, del requisito de que una hipótesis científica debe especificar las

condiciones en las que resulta confirmada o desmentida y permitir de esta manera la replicabilidad de las experiencias. Para que pueda ponerse a prueba la validez de una hipótesis, el procedimiento de prueba debe ser confiable, esto es conducir a conclusiones similares cuando es aplicado por diferentes investigadores, lo que universaliza la posibilidad de replicabilidad. Como veremos, uno de los puntos en discusión es hasta dónde el método clínico cumple con este requisito.

Por último, conviene tener en cuenta que el término “científico” alude a un tipo de lenguaje especial, o en forma más amplia a lo que C. P. Snow denominó la segunda cultura. Este autor señaló que en nuestro siglo se fue acentuando el divorcio entre la cultura humanística y la científica.

Mientras en la primera de estas culturas la referencia a textos y a textos sobre textos juega un papel esencial, en la cultura científica las ideas son juzgadas en función del método y los resultados (en ese orden) que las sostienen. Es muy probable que muchas discusiones en psicoanálisis provengan de la forma en la que se responde a la pregunta: ¿en qué se apoya lo que se está afirmando? En el primer caso el peso recae en la autoridad de los autores, o en la riqueza o coherencia de las ideas en sí mismas. En el segundo caso, en la confianza que despiertan los procedimientos empleados, en los resultados encontrados y en la corrección de las inferencias realizadas.

Es necesario avanzar un punto más en el deslinde conceptual y preguntarnos si al hablar de psicoterapia estamos incluyendo al psicoanálisis dentro de ella. Esta pregunta no tendría sentido para Freud: su respuesta sería no sólo que el psicoanálisis es una psicoterapia, sino que lo es en forma paradigmática, al ser el tratamiento psicológico de mayor alcance y con un fundamento teórico y empírico más sólido. Algunas corrientes han, sin embargo, cuestionado el objetivo terapéutico del psicoanálisis, argumentando que este objetivo por su sola existencia podría poner en peligro la actitud de descubrimiento del inconsciente, y, que en todo caso, los efectos curativos se dan por añadidura.

Pero en los hechos las cosas no son de esta forma. El contrato terapéutico se basa normalmente en una expectativa de mejoría frente a un padecimiento o limitación, y es muy dudoso que un análisis pueda darse si no hay un estado de sufrimiento interno que lo motive. El análisis de J. Wortis con Freud es un ejemplo de un análisis en el que el deseo manifiesto de conocerse y aprender estaba en primer plano, y su resultado sin duda no es alentador. Incluso podría cuestionarse si tiene sentido diferenciar como lo hace Bleger efectos terapéuticos y efectos mayéuticos o de autoconocimiento: en la medida en que pensamos, como decíamos antes, en términos de enriquecimiento global de la personalidad y de mejora de la calidad de vida, ambos efectos, terapéuticos y de autoconocimiento, tienden a sobreponerse y a intrincarse.

Cómo curan las psicoterapias es una pregunta que no puede dejar de lado el psicoanálisis ni ninguna otra psicoterapia. Como veremos mas adelante, una dimensión de esta pregunta se refiere a cómo se relacionan entre sí los diversos cambios que promueve una terapia. Pero en forma más general la pregunta apunta a los ingredientes comunes a todas las psicoterapias y a la posibilidad de construir un modelo genérico, como lo han propuesto Orlinsky y Howard. Esto obviamente no significa desconocer los aspectos específicos de cada técnica en cuanto al proceso y a los resultados, sino buscar modelos más amplios para dar mejor cuenta de los datos disponibles.

Pero si admitimos que el psicoanálisis tiene efectos terapéuticos, tenemos que admitir que muchos de estos efectos puedan ser evaluados y monitoreados a partir de procedimientos comunes con los de otras disciplinas. A su vez, queda planteado también para el psicoanálisis la necesidad de desarrollar metodologías capaces de poner en evidencia sus resultados específicos.

Antes de seguir adelante con este razonamiento conviene volver atrás y considerar una pregunta previa. ¿Aspira el psicoanálisis a utilizar el lenguaje científico, tal como lo hemos definido más arriba? ¿Pretende formar parte de la comunidad científica de acuerdo a los requisitos que esta misma comunidad

plantea? ¿O, por el contrario, desea mantenerse al margen? ¿O es acaso su intención cuestionarlos y modificarlos? Estas preguntas son esenciales para determinar las líneas futuras de desarrollo de la disciplina. Dado que esta discusión tiene un valor indudable para el resto de las psicoterapias, entraremos en ella con cierto detalle.

En un reciente trabajo, Shevrin (H. Shevrin, 1995, JAPA; 43,4: 963-1045) se planteaba la pregunta acerca de si el Psicoanálisis es una ciencia, dos ciencias distintas o no es en absoluto una ciencia. En forma humorística, imagina un diálogo durante una tarde lluviosa entre varios personajes: el Dr. Caso (clínico), el Dr. Muestra (estadística), el Dr. Enlace (con las neurociencias) y la Profesora di Sapiencia. Como este trabajo fue discutido por distintas figuras representativas del psicoanálisis norteamericano actual, se fueron agregando a la discusión nuevos personajes: la hermenéutica, el cognitivismo, etc.

Voy a guiarme en parte por el artículo de Shevrin, pero modificando un poco los argumentos para reflejar mejor las posiciones que me parecen presentes en el Río de la Plata.

El Dr. Caso clínico, defiende que el Psicoanálisis es una ciencia con pleno derecho, pero una ciencia especial. Es una ciencia clínica, lo que quiere decir que la sesión es no sólo el lugar del descubrimiento de las hipótesis sino también de su validación. El psicoanálisis se construye a partir de lo peculiar y único de cada situación analítica que recoge lo específico que se da en el “entredos” que se constituye entre analista y analizando. Como ciencia tiene, por tanto, su propio campo, su propio método, sus propias teorías, y sus propios criterios de validación.

Para la segunda de las posiciones mencionadas estos argumentos no son convincentes. Sin el apoyo de otras metodologías la clínica por si sola no siempre logra un nivel suficiente de consenso ni de certeza en las generalizaciones. Por eso considera que es más útil distinguir, como lo hacía D. Liberman, entre la investigación clínica, realizada durante la sesión, que tiene

sus propias reglas y su propio alcance y la investigación empírica que es posible realizar a partir del material recogido. Los estudios estadísticos ofrecen ventajas en el momento de realizar generalizaciones, pero no por ello deben descartarse los estudios cualitativos o los análisis realizados desde distintas metodologías, como lo hiciera Liberman utilizando la lingüística y la teoría de la comunicación. Para esta posición es en realidad fundamental la confluencia de distintas metodología y tipos de estudio, que resultan complementarias con la investigación clínica.

Una tercera postura postula la necesidad del enlace con las neurociencias y con otras disciplinas básicas. Esto se basa en la distinción entre dos tipos de ciencias: por un lado, las disciplinas clínicas, que abarcan los dos tipos de estudios que acabamos de mencionar, y por otro lado, los conocimientos a nivel de las neurociencias o de la psicología, que pertenecen al nivel de las ciencias básicas.

Por último, cabe un cuarto planteo, que afirma que el psicoanálisis no pertenece al tipo de discurso científico tal como hemos definido y como se lo entiende corrientemente. En realidad esto es afirmado desde posiciones muy diferentes en sus supuestos, pero que coinciden en ese punto.

Para algunos el psicoanálisis constituye un arte clínico basado en la permeabilidad con el inconsciente, que no constituye un saber teórico sino fundamentalmente práctico, como el educar o el gobernar.

Para otros, se trata de un discurso distinto al universitario, que posibilita que el sujeto se pregunte por la verdad de su deseo. Todo saber objetivante es por tanto ajeno al discurso analítico, preocupado por la posición del sujeto en tanto sujeto y no como objeto de conocimiento.

Otros, en fin, sostienen con convicción que el psicoanálisis pertenece al campo hermenéutico, es decir, es una disciplina interpretativa que busca descifrar significados. A partir de la distinción realizada a principios de siglo entre ciencias de la naturaleza y ciencias de la cultura, se hizo hincapié en la

necesidad de distinguir la comprensión basada en motivos humanos de las explicaciones basadas en causas naturales. En tanto arte interpretativo, lo que el psicoanálisis ofrece al paciente es la posibilidad de construir un relato diferente sobre sí mismo, que le permita construir un mundo más habitable, en el cual no resulte narrado por las circunstancias, sino que pueda colocarse como sujeto de sus acciones.

Hasta aquí he presentado el debate y sus principales argumentos. Creo que si prestamos atención podemos comprobar que está plagado de falsas oposiciones. El psicoanálisis puede trabajar con significados o motivaciones, pero nada impide que éstas no puedan también constituir causas naturales. Que sea un conocimiento práctico, como el gobernar o el educar, no impide que de lugar a un conocimiento disciplinar, como ocurre con la ciencia política o la pedagogía. Que la clínica sea soberana en el momento de la toma de decisiones no significa que no pueda apoyarse en estudios empíricos de distinto tipo y nivel. Y así sucesivamente.

Algunas de estas falsas oposiciones son persistentes a pesar que es fácil comprobar que no corresponden a la realidad. Por ejemplo, se sostiene a veces que no es posible investigar empíricamente porque la situación terapéutica es única e irrepetible y por tanto no permite que el analista cuantifique, ni experimente, ni aplique procedimientos de laboratorio mientras analiza. Ciertamente esto último es así, pero nada impide que un investigador pueda aplicar los procedimientos que crea útiles al material registrado, sin que por ello resulte afectado el paciente ni el tratamiento. Y en cuanto al analista, no está obligado a realizar este tipo de investigación si siente que ella lo distrae del trabajo clínico.

Creo que las dificultades reales están en otra dirección. El problema abierto radica en cómo articular la investigación clínica con la investigación empírica sistemática en una forma que sea fructífera para ambas.

Cada una de estas formas de investigación tiene sus propios requerimientos, sus puntos fuertes y sus puntos débiles. La investigación empírica es fuerte en la forma en que procesa los datos, obteniendo resultados consistentes en función de los métodos empleados. Es más discutible en el momento de elegir los temas de investigación, asignar las variables significativas, operacionalizarlas e interpretar los resultados obtenidos. En esta tarea la colaboración de los analistas clínicos es muy importante, pero estos tienden a retraerse en la medida en que, por lo general, han recibido una formación muy limitada en estos temas. A medida que, como está ocurriendo ya, la investigación empírica llega a resultados que tienen consecuencias para el trabajo del clínico, esta falta de diálogo fluido tiende a crear una mutua desconfianza.

Por su parte la investigación clínica (que es también en sentido estricto investigación empírica, aunque este término se reserve por lo general para la investigación sistemática) tiene también sus fortalezas y debilidades. De hecho es coextensiva al trabajo de análisis, en tanto éste consiste en una exploración del campo realizada conjuntamente por paciente y analista. Esta exploración necesita antes que nada libertad creativa para encontrar las metáforas que capten mejor la experiencia subjetiva de ambos, lo cual exige una actitud cuasi artística y una atención especial hacia los aspectos cualitativos y originales de cada situación.

Los aspectos más problemáticos se hacen presentes en el momento de sacar conclusiones generales a partir de estudios de caso único. En primer lugar, la validación de las interpretaciones presenta dificultades a las que no se les ha prestado suficiente importancia. Como lo ha destacado Etchegoyen, es posible testear la interpretación durante la sesión a partir de la respuesta consciente e inconsciente del paciente. Pero es menos evidente el determinar qué es exactamente lo que se está validando y cuál es el alcance de la validación. Que una interpretación sea validada clínicamente no implica que queden validadas las hipótesis teóricas en las que se apoya la interpretación, desde que una misma



interpretación puede sostenerse desde distintos marcos referenciales. Tampoco está al alcance del clínico el mostrar que la ausencia de un factor se acompaña de la ausencia de la consecuencia, ni los trabajos clínicos acostumbran examinar hipótesis alternativas.

La situación es aún más problemática en relación a la confiabilidad del método. Un método es confiable cuando permite llegar a conclusiones similares aún cuando sea aplicado por diferentes personas. La situación de los juicios clínicos es a este respecto paradójica. Por un lado existe un consenso muy grande respecto a los estereotipos clínicos (a lo que Caston ha llamado “el maniquí psicoanalítico”). También existe consenso dentro de una determinada escuela respecto al “bebé psicoanalítico” construido de acuerdo con esa teoría, aunque sea muy diferente al construido por otros enfoques. El consenso es en cambio muy problemático cuando se trata de la discusión de un material concreto o cuando nos movemos en un contexto interteórico. Los ensayos realizados de comparar distintas relecturas o supervisiones de un mismo material por distintos analistas muestran que terminan construyendo visiones muy distintas del paciente, las cuales son más fieles a los supuestos de cada analista que al material en sí.

Creo que el problema del consenso o confiabilidad de los juicios clínicos merece mayor estudio por parte de la comunidad psicoanalítica. Mi impresión es que inicialmente se destaca la falta de acuerdo porque, en realidad, lo que cada analista pone en juego en primera instancia son los modelos o metáforas personales preferidas, que funcionan como los modelos operativos a partir de los cuales capta el material. Estos modelos son idiosincráticos y logran escaso consenso. Sólo en un segundo nivel es posible descubrir zonas de acuerdo que tienen que ver con procesos de cambio psíquico en el paciente, que pueden darse en forma similar aunque los modelos de los analistas sean distintos. Esto explica que muchas veces escuchemos a la salida de una discusión clínica frases de este tipo: “Aunque yo lo hubiera hecho en forma diferente, me gustó la forma

en la que el analista trabaja el material”. Puede entonces existir consenso a nivel del proceso de conducción clínica, por encima de las diferencias de estilo o teoría personal. Pero debo reconocer que esto no es más que una hipótesis que requiere un estudio sistemático. Es posible que una investigación de este tipo confluya con estudios del proceso terapéutico tales como los que realiza Lester Luborsky sobre los patrones transferenciales.

La investigación clínica y la investigación empírica sistemática parecen llamadas a complementarse más que a contraponerse. La primera permite construir verdades diádicas que son la base de nuestra comprensión del paciente. La segunda, hace posible poner a prueba el alcance de estas construcciones y estimula nuevos desarrollos. El psicoanálisis puede realizar un aporte significativo al campo de las psicoterapias en su conjunto si logra conciliar la más radical consideración a la experiencia subjetiva junto con nuevas y más rigurosas metodologías de estudio de estos fenómenos.

Corresponde ahora decir algunas palabras sobre los avances recientes de la investigación en psicoterapia. Dada la vastedad del tema no me será posible ir más allá de un bosquejo de los principales campos de desarrollo.

Una información más detallada puede encontrarse en diversos manuales (ej.: Bergin, A. & Garfield, S., 1994. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4 Ed. J. Wiley and Sons, Inc.; Barber, J., Docherty, J., Luborsky, L., Miller, N., 1993. *Psychodynamic Treatment Research*, 1 Ed., Harper Collins; Dahl, H., Kaechele, H., Thoma, H., 1988. *Psychoanalytic Process Research Strategies*. 1 Ed. Springer-Verlag). También es necesario mencionar revistas como *Psychotherapy Research*, *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, (SPR). Es importante tomar en cuenta el incremento que han tomado las actividades en esta área. La Asociación Psicoanalítica Internacional ha creado un Comité Permanente sobre Investigación, que realiza anualmente cursos y encuentros. En centros universitarios, como la Universidad de Ulm, H. Kaechele ha creado un banco de textos que permite el estudio sistemático de

miles de sesiones de psicoanálisis y distintas formas de psicoterapia. Otros proyectos comparables, aunque con distinta metodología, se han desarrollado en otros centros, entre los que corresponde mencionar el de la Clínica Menninger, analizado exhaustivamente por R. Wallerstein y O. Kernberg. . K. Howard y D. Orlinsky en la Northwestern University de Chicago están estudiando sistemáticamente las diversas variables que inciden en el desarrollo de un tratamiento psicoterapéutico, a partir de una muy amplia base de datos.

En América Latina existen diferentes grupos de investigación y se han realizado encuentros de investigadores, promovidos por la SPR, cuya sede está actualmente en Montevideo. También nuestra Asociación, en la que existe un Laboratorio de Investigación, ha organizado encuentros de este tipo entre analistas de la región. Nuestro Laboratorio también participa en un Proyecto Multicéntrico para a comparación de tratamientos psicoanalíticos con distinta frecuencia semanal, en el que están presente distintas Sociedades psicoanalíticas de América Latina y la Universidad de Ulm.

Existen varios campos en los que se ha centrado el esfuerzo de investigación: el estudio del sistema, del proceso y de los resultados de la psicoterapia y el estudio del desarrollo del niño y sus trastornos. Como dijimos mas arriba, el estudio del sistema, del proceso y de los resultados es básico para cualquier proyecto de mejora de la calidad de la atención en cualquier campo de la salud.

El conocimiento del sistema de atención psicoterapéutico resulta  $Lisic_0$  para lograr una adecuada inserción en la realidad social. Como señala J. P. Jiménez, en ausencia de estudios de este tipo se corre el riesgo de que la atención psicoterapéutica se organice en función de las necesidades de la oferta, es decir, de los terapeutas, y no de la demanda, es decir de las necesidades de la población.

No disponemos de datos referentes a nuestra realidad, pero en base a estudios realizados en otros países es posible suponer que alrededor de un 25% de la población presenta algún tipo de malestar psíquico en el año. La mitad de ellos

estaría dispuesta a consultar a un psicoterapeuta, pero sólo la décima parte lo haría efectivamente si las condiciones fueran favorables.

No sabemos en nuestro país cómo se distribuye esta demanda entre los distintos tipos de psicoterapia, formal o informal, ni cuál es el grado de satisfacción de los usuarios. Un informe reciente del Consumer's Report muestra que para Estados Unidos el grado de satisfacción es alto y dentro de ciertos límites, aumenta con el tiempo transcurrido en terapia. Tampoco disponemos de datos sobre el número, formación y nivel de actividad de los terapeutas. Estos datos son necesarios para cualquier planificación de la asistencia y de la docencia en este campo o para tomar con más fundamento medidas reguladoras del tipo de certificación necesarias para los terapeutas o de los requisitos de acreditación que deben presentar las instituciones formadoras.

También serían necesarios estudios sobre los aspectos económicos del sistema y sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad.

Pasando ahora a los estudios sobre el proceso psicoterapéutico, quisiera destacar algunos temas en los que se han producido avances significativos: alianza terapéutica, patrones transferenciales repetitivos, comunicación no verbal, pautas de abstracción-emoción, etc. Tal vez el ejemplo mejor conocido sea el de los estudios de los patrones transferenciales repetitivos o tema central del conflicto relacional (Core Conflictual Relational Theme o C.C.R.T.), desarrollado por Lester Luborsky y col. A través del estudio de los episodios de relacionamiento relatados por el paciente, Luborsky estudia las pautas repetitivas en la configuración de los deseos del sujeto, la respuesta percibida en el objeto a estos deseos y la respuesta del sujeto al objeto. Este método permite identificar estos patrones en el curso del tratamiento y su modificación a lo largo del tiempo, pudiendo también aplicarse a otras situaciones, como ha sido realizado en nuestro medio. Las pautas de abstracción-emoción constituyen otra técnica que permite estudiar el proceso terapéutico y cuya aplicación se ha iniciado en nuestro medio. A través del estudio asistido por computadora de las

palabras del paciente y del analista, Merghentaler ha puesto de manifiesto que era posible encontrar ciclos relacionados con la posibilidad de integración de las expresiones emocionales y la reflexión que podía vincularse a los procesos de insight. Para señalar sólo un ejemplo más, mencionaré los estudios de R. Krause sobre la comunicación no verbal en terapias cara a cara. Estos estudios —y otros que no he mencionado— tienen en sí mismos un interés muy grande en la medida que ayudan a identificar variables claves del proceso terapéutico, lo que lleva a afinar la observación clínica y a desarrollar modelos teóricos más precisos. Pero su valor se incrementa cuando la investigación del proceso se une a la investigación de resultados. La investigación de proceso–resultados apunta a responder con más precisión a la pregunta de qué factores se acompañan de cuáles efectos en el curso de un tratamiento.

La investigación de resultados tiene una larga historia en el psicoanálisis y en las psicoterapias y ha mostrado un desarrollo y complejización progresiva. Sin embargo todavía tiende a despertar ciertas resistencias ligadas al temor de evaluaciones que simplifiquen la riqueza de la experiencia subjetiva. Esta ha sido sin embargo también una preocupación en los investigadores en esta área.

Los resultados son hoy día evaluados de acuerdo a diferentes criterios, dimensiones, métodos, pautas temporales y fuentes de información. Se utilizan, según el caso, entrevistas, cuestionarios abiertos, escalas, medidas fisiológicas, fragmentos de discurso e historias de vida. Se busca poner de manifiesto cambios a nivel del bienestar subjetivo, sintomático, de las relaciones personales, en el logro de objetivos personales, en el logro de las metas por las que se buscó tratamiento, cambios en diferentes sectores de la personalidad, etc. Se recogen datos del paciente, del terapeuta o de terceros significativos, incluyendo utilización de los servicios de salud o funcionamiento en el trabajo.

En general, los estudios han evolucionado hacia el uso de técnicas y fuentes múltiples, objetivos específicos, evaluación de mejorías y peorías, y de los cambios tanto estables como transitorios.

Esta multiplicación de métodos, si bien alejó el riesgo de simplificación del problema, trajo su propia complejidad. Cada investigador desarrolló sus propias técnicas de evaluación en función de sus propios objetivos (se ha señalado que se emplearon 1.430 formas distintas de evaluar los resultados en 348 trabajos publicados entre 1982 y 1988), lo que condujo a una seria dificultad en el momento de realizar comparaciones o llevar a cabo metanálisis de los resultados hallados. Esto ha llevado a que en recientes encuentros se exhortara a usar por lo menos algunos instrumentos en forma universal.

De todos modos, el uso de procedimientos distintos no impidió que las psicoterapias lograran demostrar su eficacia (es decir, demostrar que funcionan), su efectividad (es decir, que funcionan en las condiciones reales) y su eficiencia (funcionan en relación al esfuerzo que insumen) (Kaechele). Lo que no se ha podido aún es establecer con claridad áreas de superioridad de unas en relación a las otras. La afirmación de Luborsky, enunciada hace ya algunos años, imitando el veredicto del pájaro Dodo: “todas ganaron, todas merecen el premio”, sigue por el momento siendo válida. Esto puede deberse sea a que en todas ellas existen ingredientes comunes, sea a que a pesar de su proliferación, los métodos de evaluación no son suficientemente finos para poner de manifiesto las diferencias...

La existencia de ingredientes activos comunes a las distintas psicoterapias es fuertemente postulada por el modelo genérico de Orlinsky y K. Howard. Estos autores han buscado construir un modelo que pueda aplicarse a cualquier psicoterapia, partiendo de la hipótesis de que en todas ellas operan en base a elementos comunes. Del estudio de estos autores surgen también ciertos datos de gran interés práctico: las características de la curva dosis-efecto (es decir, la relación entre el número de sesiones y los resultados obtenidos), el orden temporal en el que aparecen la mejoría subjetiva, la mejoría sintomática y la mejoría en las relaciones personales, el mal pronóstico cuando no ocurre tempranamente la mejoría subjetiva, etc.

El paso siguiente en la investigación puede resumirse con la pregunta: “qué tipo de intervención conduce a qué resultados, realizada por qué terapeuta, en qué circunstancias, en qué tipo de pacientes”. La relación entre tipo de intervención y resultados es el objetivo de la investigación de proceso-  
resultados.

Resta por mencionar un conjunto de investigaciones que han buscado relacionar al psicoanálisis con distintas disciplinas: neurociencias, antropología, lingüística, filosofía, epistemología, etc. Ellas, son sin duda necesarias y muy importantes y merecerían un estudio aparte. Sin embargo, no han logrado crear ni el aumento exponencial de publicaciones e investigadores ni la red internacional de intercambio que se ha dado en relación a las investigaciones mencionadas más arriba. Es necesario hacer una excepción con los estudios sobre el desarrollo, que han tenido un aumento explosivo en los últimos 15 años, nucleado en torno a la World Association of Infant Mental Health (WAIMH), cuyos Congresos se han también desarrollado en nuestro medio. Estas investigaciones permitieron comprender mejor el desarrollo del self del niño y de sus vínculos con sus cuidadores, en especial la relación temprana madre-bebé. El estudio de las pautas de apego abrió camino a un mayor conocimiento de los mecanismos transgeneracionales de transmisión de la patología lo que abre el camino para las acciones preventivas. La epidemiología, a la que nos referimos al comienzo de este capítulo, al hablar de la investigación del sistema de atención psicoterapéutico, vuelve a hacerse presente ahora, al ofrecer a través del enfoque de riesgo un potente instrumento para determinar factores de riesgo y de protección del desarrollo infantil. En nuestro medio se ha realizado un estudio que operacionalizaba ciertas variables derivadas de hipótesis psicoanalíticas, para incluirlas en un estudio de este tipo. (Cuidando el potencial del futuro. 1996. Giep. CSIC, Ciap, UNICEF, Instituto Interamericano del niño, Imprenta Graphis, Montevideo).

Al finalizar este recorrido quisiera presentar algunas reflexiones a modo de

conclusión. En el artículo citado más arriba, Shevrin terminaba con una propuesta integradora, en la que proponía combinar los distintos tipos de investigación. Estoy básicamente de acuerdo y creo que, si bien es posible que la polémica entre las distintas concepciones de la investigación recién esté comenzando, en un sentido profundo ya ha acabado. Creo que será difícil explicar a las generaciones futuras por qué se presentó como contrapuesto algo que en esencia no es contradictorio.

Sin embargo en un punto creo que hay que proceder con cautela en esta integración. Si bien en esencia la investigación clínica y la investigación empírica sistemática son complementarias, por el momento requieren de una muy distinta disposición de espíritu, que no siempre es fácil yuxtaponer. Como dijimos más arriba la investigación clínica es fructífera cuando logra palabras para lo inédito. Al hacerlo, las palabras del analista se amalgaman con las del paciente y, en definitiva, lo que el material clínico presentado al modo habitual nos ofrece es la representación del proceso en la mente del analista. No podemos pretender el tipo de consenso que logran las disciplinas científicas a través de métodos replicables, sino el de los artistas, que pueden ponerse de acuerdo en que algo es una obra de arte aunque cada uno de ellos la realizaría de un modo distinto. Este es el polo en el que la investigación clínica despliega toda su libertad creativa y se aparta de los estándares de la comunidad científica.

En su otro polo la investigación clínica tiende a aproximarse a la investigación empírica. Esto ocurre cuando el clínico toma una actitud de examen de sus hipótesis, busca fundamentarlas en el material, las coteja con explicaciones alternativas, busca otros materiales comparables, etc. Del mismo modo la investigación empírica puede también aproximarse o confundirse con la investigación clínica. Por ejemplo, esta aproximación puede verse en una investigación llevada a cabo por A. Escribens en Perú. Este autor realizó un doble registro, escrito y grabado de la sesión, comparando luego ambos, lo que le permitió poner de manifiesto distorsiones en el recuerdo atribuibles a



reacciones contratransferenciales de las que no era conciente. De un modo similar, el estudio de los cambios en la interpretación realizado por el Laboratorio de Investigación de la APU se mantiene cerca del campo clínico.

Pero por más que pueda aproximárselas o complementarias, no creo que esté próxima la confluencia de estas dos tradiciones en una sola. El siglo XX vio mantenerse o ahondarse la división entre el mundo de las humanidades y el de las ciencias. Esta división ya estaba en la primera mitad del siglo en la separación entre las ciencias de la cultura y las ciencias de la naturaleza, entre el mundo del significado y el mundo de las fuerzas naturales. El psicoanálisis no puede renunciar a ninguna de estas tradiciones. Conviene recordar que, como señala Ricoeur, a través de la noción de pulsión Freud intentó construir un discurso hecho a la vez de fuerza y de sentido.

Enero de 1997

## **Resumen**

El desarrollo tanto de la investigación clínica, como de la investigación empírica sistemática, son un requerimiento del momento actual del psicoanálisis, para poder responder a sus necesidades de crecimiento interno, así como las exigencias del diálogo con la cultura y la sociedad actual. También otros tipos de investigación deben ser incentivados.

Se discute acerca de los criterios de científicidad en relación al psicoanálisis, así como la relación entre la investigación en psicoanálisis y la investigación en psicoterapia, pasándose revista a las principales posiciones al respecto.

Se resumen las principales líneas de desarrollo actual de la investigación empírica sistemática: investigación del sistema de atención, del proceso y de los resultados, así como la investigación del desarrollo y sus perturbaciones.

Se concluye en la necesidad de complementar la investigación clínica y la empírica, aunque no resulta fácil conciliarlas en la medida que cada una de ellas

requiere un estado de espíritu especial. Pero la riqueza del psicoanálisis —y su fidelidad a la complejidad de la naturaleza humana— radica en no renunciar ni a la dimensión hermenéutica ni a las exigencias de la ciencia natural.

## Summary

The development of the clinical investigation, as well as the systematical empiric investigation, are requirements of the actual moment of psychoanalysis, to respond to its necessities of internal growing, as well as the demand of a dialogue with the culture and the actual society. Another types of investigation have to be encouraged also.

It is in discussion the scientific criterion in relation to psychoanalysis and the investigation in psychotherapy, reviewing the main positions about it.

The principal lines of actual development of the systematical empiric investigation are **abridged**: investigation of the attention system, investigation of the process and the results, as well as the investigation of the development and its perturbations.

It concludes in the necessity to complement the clinical investigation with the empirical investigation, although is not an easy thing to join them, because each one requires an special spiritual state. But the richness of the psychoanalysis — and its loyalty to the human nature complexity— is to not give up neither to the hermeneutic dimension nor to the claims of natural science.

Descriptores: TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO /

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO / PSICOTERAPIAS /

CURACIÓN / PROCESO TERAPÉUTICO / CIENCIA /

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA / TEORÍA / VALIDACIÓN /

VERDAD / SABER / CLÍNICA / EPISTEMOLOGÍA /

INSTITUCIÓN PSICOANALÍTICA / EMPIRISMO / CASO

CLÍNICO.

## Acerca de la investigación en psicoanálisis

*Nelson de Souza*\*

Estamos asistiendo a un enfrentamiento que, creo, es consecuencia de una falsa oposición, dado que los extremos de que se trata no son opuestos. Algunos analistas sostienen que la investigación empírica introduce el método científico en el Psicoanálisis y así se enfrentan a los que consideran que la investigación en el Psicoanálisis sólo debe hacerse dentro de los marcos que fija el método psicoanalítico y con las peculiares condiciones que él exige, éstos a su vez aspiran a excluir por no psicoanalítica a la que aquellos proponen.

Digo que estamos ante una falsa oposición dado que ambos métodos no son opuestos, simplemente son distintos, de diferente cuño cultural.

¿Cual de ellos es más válido?

¿Cual de estas diferentes formas de investigación es la más adecuada? ¿Una es científica y la otra no? ¿Es una más científica que la otra?

Hay una cierta tentación generalizada a considerar que lo científico es lo objetivo, por tanto aquello en lo que el sujeto no está involucrado, en lo que están claramente delimitados y separados los roles del sujeto y del objeto, es decir el sujeto experimenta e investiga en el objeto que está frente a él.

También hay una frecuente confusión entre ciencia y verdad, se sostiene que Lo científico es lo verdadero, o mejor dicho que lo único verdadero sería lo científico.

Existe un sentido duro, fuerte, del concepto “ciencia”, algunos Lo llaman positivista, por el que se llega a la convicción de la existencia de una verdad. Es el que encontramos en Descartes: “...*todo conocimiento, que puede hacerse dudoso no debe ser llamado ciencia*” en Aristóteles: “*no hay ciencia más que*

---

\*. Miembro Asociado de APU. Julio Herrera y Obes 977 ap. 704. GP 11100. Tel.. 901 20 15.

*cuando sabemos que las cosas no pueden ser de otra manera... ”, o en Bacon: “la ciencia es la imagen de la esencia...”*

Por este camino, ciencia llega a ser confundida con empiria.

Lo empírico es aquello que surge de los hechos evidentes, lo experimental, lo que se produce a nivel de los fenómenos, esto es lo que no admite otra fuente primitiva del conocimiento que la experiencia y que por lo tanto afirma que todo juicio es a posteriori. Pero empírico generalmente se opone a sistemático pues es resultado *inmediato* de la experiencia y no se deduce de ley o propiedad conocida, se opone a racional pues exige el concurso *actual* de la experiencia y también se opone a lo que viene de esas formas o de las leyes del espíritu mismo, puesto que se impone de *afuera*.

Por tanto ciencia empírica es la que produce el sujeto ante un objeto externo, actual, cuyo producto es inmediato y su validación o validez proviene del hecho científico mismo, se impone al sujeto, es objetiva. En esa dirección se encuentra la acepción que leemos bajo el numeral 6 en el Diccionario de la Real Academia: “*Conjunto de conocimientos relativos a las ciencias exactas, fisicoquímicas y naturales.*”

Ahora bien, desde estos puntos de vista las ciencias más dunas y paradigmáticas serían estas últimas, nada más cercano a la realidad fáctica que conceptos como masa, fuerza, inercia,<sup>25</sup> nada más cercano a una determinada verdad que los resultados de una combinación de elementos químicos.

Sin embargo en “La física aventura del pensamiento” de Albert Einstein y Leopold Infeld se puede leer que: “*Todos estos conceptos son invenciones libres*», en un capítulo que a poco de comenzar dice: “*La ciencia no es sólo una colección de leyes, un catálogo de hechos sin mutua relación. Es una creación del espíritu humano con sus ideas y conceptos libremente inventados.* “E inmediatamente: “*La física empezó en realidad, con la invención de los*

---

25. Veamos una definición de masa: “1) Agregación de partículas o cosas que forman un cuerpo o conjunto”. Lo fáctico referido en estos conceptos va en este sentido. No obstante es claro que ellos contienen un alto nivel de abstracción, en esa dirección están las palabras de Einstein e Infeld citadas a continuación.

*conceptos de masa, de fuerza y de sistema inercial... Ellos condujeron a la concepción o punto de vista mecánico. Para el físico de principios del siglo XIX, la realidad de nuestro mundo exterior consistía en partículas entre las que obrarían simples fuerzas dependientes únicamente de la distancia que las separa.”*

¿Es el Psicoanálisis una ciencia? Los analistas no nos hemos puesto de acuerdo al respecto. Freud quería que se le tratara como a una *ciencia natural*, o de la naturaleza, pero hoy ya no se le puede entender de ese modo, quizás exista, ahora, un cierto consenso en acercarlo a las ciencias del hombre. El Psicoanálisis puede ser una ciencia pero no justamente empírica. Tomemos otra definición de ciencia, una de las tantas: *Sistema de verdades generales que se refieren a un mismo objeto o a un conjunto de objetos considerados bajo un mismo aspecto. Cada ciencia debe limitarse al estudio de su objeto propio y de acuerdo con él utilizar un método adecuado.*

Si bien esta definición está elegida casi al azar sirve a los efectos de lo que quiero decir, sostiene que hay más de una ciencia, “cada ciencia...” dice. ¿Habrá ciencias más “científicas”? ¿O es que aquel sentido duro nos atraviesa a todos desalojando de nuestros pensamientos otros sentidos posibles?

Hay aquí muchos puntos problemáticos en los que no querría incursionar ahora, uno muy importante es el que tiene relación con la *verdad*, de lo que se ha hablado muchísimo. Pero si acordáramos que la *verdad psicoanalítica* está referida al concepto y el estatuto de los fenómenos inconscientes, el Psicoanálisis se acerca al régimen de ciencia, o por lo menos deberíamos considerarlo una disciplina científica.<sup>26</sup>

Ahora bien, ¿es el método de la investigación empírica una herramienta apta para ser aplicada en el psicoanálisis? Yo creo que sí, que no habría por qué descartarlo. ¿Por qué razón no podemos cotejar con un sentido estadístico, cómo se interpreta ahora con cómo se hacía en 1945? Seguramente al

psicoanálisis le es útil saber estas cosas, al psicoanalista le servirá para su tarea. ¿Por que deberíamos oponernos a que se matematicen los hallazgos psicoanalíticos, a que se tomen como datos empíricos si hay psicoanalistas dispuestos a hacerlo?

En realidad ello no se opone a la investigación que es el psicoanálisis mismo, no deberíamos olvidar que el psicoanálisis es un método de investigación que resulta una psicoterapia por añadidura. Y un método muy particular en el que se investiga intersubjetivamente, con el que dos sujetos que ocupan diferentes lugares en un ámbito espaciotemporal común, se sumergen en lo que se va produciendo en esa relación que ambos contribuyen a crear, con la puesta en juego del inconsciente de los dos. Dice Marta Nieto que en el Congreso Panamericano de México de 1964 un escandalizado congresista al escuchar una afirmación semejante, comentó airadamente: “*¡Resulta que ahora tenemos dos inconscientes!*”

Es ésta la investigación que no puede realizarse fuera de un marco muy bien delimitado por la presencia del inconsciente. La empírica trabajará con los productos de ella, pero quiero insistir con lo afirmado al principio en cuanto a que entramos en una falsa oposición cuando se reclama la exclusividad de una sola para el Psicoanálisis dado que se pueden realizar las dos investigaciones casi simultáneamente, o por lo menos muy cercanamente una de la otra. Desde los inicios sucedió así.

### **Freud y la investigación**

*“A los colegas que ejercen el análisis les solicito que reúnan y analicen cuidadosamente sueños de sus pacientes cuya interpretación autorice la inferencia de que los soñantes han sido en su primera infancia espectadores de un comercio sexual. Basta con una mera indicación para que se comprenda el particularísimo valor que revisten estos sueños en más de un aspecto. Desde*

*luego, sólo habrán de considerarse probatorios los sueños que hayan sobrevenido durante la infancia misma y se los recuerde desde ella”.*

Este, según Stratchey, es un párrafo que apareció con la firma de Freud en otoño de 1912, en el *Zentralblatt für Psychoanalyse* y su motivación es el sueño de su paciente ruso conocido como el Hombre de los Lobos en el historial que publicó después.

Mas tarde, en 1913 y con el subtítulo “Sueños infantiles de significado especial”, escribía:

*“En el —Foro Abierto— de Zentralblatt für Psychoanalyse (...) requerí de mis colegas que dieran a publicidad cualquier sueño sobrevenido en la infancia —cuya interpretación autorice la inferencia de que los soñantes han sido en su primera infancia espectadores de un comercio sexual—. Debo ahora agradecer a la doctora Mira Gineburg (de Breitenau-Schafflzausen) por una primera contribución que parece cumplir con las condiciones indicadas. Prefiero posponer la apreciación de este sueño hasta que dispongamos de un material más vasto, con miras a un examen comparativo”.*

¿Acaso no estamos autorizados a pensar que Freud estaba tratando de intentar con estos llamados una investigación de carácter empírico? Este “examen comparativo” necesitaría de un cierto número de casos para apoyar la confirmación de las hipótesis surgidas durante el tratamiento de uno de sus más importantes pacientes. De modo tal que les aportara un valor más “científico”, lo que determinaría así de manera generalizable una relación entre estos sueños, la conservación de la escena primaria y el valor patognomónico de ésta. Todo derivará después, nada menos que en la conceptualización de los *fantasmas originarios*, piezas fundamentales de la teoría psicoanalítica que se estaba gestando en la investigación que supone cada encuentro, cada sesión, cada proceso.

Tomo este caso por que ahora, en esos años, estaba desarrollada una técnica ya analítica, sin contaminaciones de las maniobras claramente sugestivas de los

tiempos anteriores, con ella se “renuncia a una ambición terapéutica de cortas miras”. Y también porque éste es un historial paradigmático, en el que no solamente se llega al descubrimiento de importantes jalones teóricos, sino en el que entusiasmado por la investigación encontramos a un Freud analista aplicado a un trabajo “entre dos” que va produciendo el escenario inconsciente. Aquí podemos ver privilegiadamente el juego de paradigmas freudianos, el del fantasma inconsciente incognoscible, el del recuerdo patógeno que es necesario descubrir, pero también el de un inconsciente que se produce a través de la relación transferencial, engarzándose en las construcciones psicoanalíticas. Estas herramientas, producciones también, que permiten trabajar, encontrar la *realidad* del inconsciente, *realidad* del sujeto en análisis que se va estructurando en la tarea, y que trascienden la posibilidad del encuentro con un hecho real, o realmente sucedido en una historia supuestamente material que si aconteció o no deja de ser relevante.<sup>27</sup>

Pero además vemos aquí el despliegue de una actitud de búsqueda y creación por parte del analista, al mismo tiempo que surge un ánimo investigador de otra naturaleza que se articula con ella en el mismo pensamiento. El mismo investigador se aplica a los dos tipos de investigación.

En el tiempo de las noxas sexuales y la neurosis actual los trabajos tenían una orientación clara en el sentido de la búsqueda de verdades empíricas. Pero aún no estaba conceptualizada la fantasía. El interrogatorio al que somete al “joven neurótico (que) fue enviado... a un reputado instituto de cura de aguas”<sup>28</sup> lo mostraba así, queriendo descubrir el punto exacto en el que se apoyaba su hipótesis científica y... lo descubría.

También durante la seducción traumática su accionar, aunque mas cercano al

---

27. “Me gustaría mucho saber si la escena primordial fue en mi paciente fantasía o vivencia real, pero remitiéndose a otros casos parecidos es preciso decir que en verdad no es muy importante decidirlo.” (Freud, Lobos, 1918- O.C. A.E. 1976)

28. “La sexualidad en la etiología de las neurosis”(1898)



psicoanálisis, ya construyéndolo, se dirigía hacia aquella verdad histórica que configuraba la causa que era necesario descubrir y reconocer, “declarar” en palabras para alcanzar la cura. Aún así los dos tipos de investigación se producían casi juntos, uno para llegar al descubrimiento y el otro por el que se llegaba a conclusiones que permitían generalizar hipótesis, el “ya no creo más en mi neurótica” sucede en medio de su investigación, del autoanálisis, de los fracasos, de la adquisición del pensamiento analítico, pero también de conclusiones empíricas.

Y justamente este momento producirá cambios profundos en el método, ya no habrá que buscar una verdad objetiva, el vínculo analítico tendrá una especificidad entre todos los otros vínculos científicos, porque de él surge el objeto psicoanalítico, el inconsciente del analizante no está en un lugar ni en un tiempo, se va creando o recreando en un proceso en el que el inconsciente del analista está comprometido. Ahora hay algo que se va produciendo. Así como no hay sujeto psíquico sin la presencia del otro, no hay inconsciente, como objeto del análisis, sin un otro analista que habilite el “entre dos” fermental.

Sin embargo en aquellos llamados a colegas se buscaba una verdad, la observación cierta del coito parental, que se haría fantasma, un fantasma universal, tanto como que está entre los que constituyen la trama que le da cohesión a la estructura edípica.

Estoy refiriendo a un momento freudiano de singular fecundidad, que va a contribuir mucho para que la investigación psicoanalítica se realice en cada análisis, con cada analizante, en cada sesión, y por supuesto unas veces con mejores resultados que otras. Es sesión a sesión, paciente a paciente, que se va engarzando teoría y práctica, así se produce un enriquecimiento recíproco con el que se generará nueva teoría. Cada sesión es investigación en si misma pues en ella se descubre el deseo, se produce el inconsciente.

De eso trataré de dar cuenta en el desarrollo de esta comunicación.

## **De mi experiencia**

Si yo quisiera, casi por hacer un ejercicio de investigación empírica estimulado por la búsqueda freudiana, responder a aquellos llamados de 1912 y 13 surgen rápidamente en mi pensamiento por lo menos tres sueños, dos de ellos producidos por pacientes que ya terminaron su experiencia analítica, y otro de un análisis en curso. Pienso hoy que no solamente a través de sueños se puede llegar a detectar esta “observación”, otras formaciones del inconsciente adecuadas servirían también a esos efectos, pero me pondré a mí mismo el requisito de que sean esas producciones analíticas que respondan a aquella solicitud de esos años.

Voy a exponer los dos primeros y a hacer un relato de la sesión en la que se produce el tercero.

Oscar es un analizante con características claramente obsesivas, brinda a su tratamiento una producción onírica muy profusa, ya hice referencia a sueños de él en un trabajo presentado en las VIII Jornadas Psicoanalíticas en 1993, pero para esta comunicación tomaré otro que es con el que inaugura el análisis, lo relata en la primera sesión:

*“Yo tengo un sueño que se repite desde hace mucho tiempo, luchan dos dinosaurios, se muerden, se golpean, casi se matan, y siempre triunfa el mismo, no lo sueño siempre igual pero lo central es esta lucha, yo sufro mucho viendo esto..., no se bien porqué me transpiran las manos horriblemente...”*

Luego de este relato el análisis del sueño giraba en torno a la escena primaria y dice:

*“No recuerdo bien... pero tengo una imagen en la que me veo agarrando muy fuerte con mis manos a una pata de la cama de mis padres, es probable que a partir de ahí me empezaran a sudar las manos”*

Stephanie fue una analizante de un proceso que duró alrededor de seis años. Su referencia a los productos oníricos era abundante, entre ellos traía muchos en los que se reiteraba el tema central, ella estaba mirando la televisión y generalmente se veía a si misma niña, de “tres o cuatro años”. Era un sueño que se reiteraba desde antes de comenzar el análisis, la interpretación siempre pasaba por el fantasma de la escena primordial.

¿Podemos considerar pragmáticamente que los sueños de estos pacientes dan cuenta de la observación del coito de los padres? Yo creo que no lo podemos afirmar, es probable que se apoyaran en datos de la realidad obtenidos a través de situaciones como la de “espíar con las orejas” desde un lugar cercano, pero esto tampoco es seguro y no hace demasiado a la cuestión, hoy no se trata de llenar las lagunas del recuerdo.

Considero que esto que planteo respondiendo a aquel llamado es un intento de investigación de corte empírica en el psicoanálisis, así es que podríamos sacar una conclusión pretendidamente generalizable: aquellos analizantes que relatan en sus análisis sueños que reiteradamente remiten en su interpretación al coito de los padres, permiten inferir la presencia de retoños del fantasma de la escena primaria, por lo tanto de los fantasmas originarios estructurantes del sujeto. Esta fórmula sería el resultado de la observación en mi caso, del material que aportan estos dos pacientes. Ella es el resultado de una investigación que puede hacerse en el psicoanálisis, pero que no se trata de la investigación psicoanalítica que es el psicoanálisis mismo.

### **La investigación psicoanalítica**

Todo psicoanalista es investigador en la medida que hace análisis con sus pacientes. Una vez le escuché decir a una colega que todo análisis tiene momentos terapéuticos y toda terapia tiene momentos analíticos, pero creo que para poder investigar en cada sesión y en el devenir de las sesiones se debe

haber abordado el tratamiento con una intención prioritariamente analítica.

La paciente es una señora de 42 años que padece de una depresión importante desde hace alrededor de cuatro, esto le promueve un modo de estar en el mundo bastante apragmático. Su personalidad es claramente histeroide, posee un cuerpo emisor, lenguajero, que a pesar de su obesidad produce signos que siempre refieren a un mundo de significaciones: dolores de cabeza, en sus brazos, en las piernas, mareos, disfonías, una queja permanente acerca de su obesidad sin poder mejorar, otra acerca de la pobreza de su sexualidad casi siempre por una supuesta “impotencia” de su marido, o por la falta de afecto de éste, su incomprensión permanente, etc.

La sesión comienza con un largo silencio. Ella dice luego sentir en su cuerpo un gran cansancio, algo así como “*si me hubieran golpeado*”. De pronto se asusta y me dice: “*Su sillón cruje, me da miedo es como si escuchara algo que me estremece, me hace mal... Este... ahora recuerdo un sueño es de anoche pero no es la primera vez que sueño algo así: sólo veía un color, un color..., blanco, sí era todo blanco, pero estaba como sucio, sucio de rojo y de negro, era como una tela blanca manchada de rojo y de negro... y sentía un ruido y un olor... el olor era un olor conocido, ahora no recuerdo bien... podía ser el olor de la ropa de gimnasia, no sé... no recuerdo claramente. Este sueño siempre me deja mal, triste, temerosa, y se ha repetido desde hace mucho... ahora me van pasando diversas imágenes por el cuerpo... siento (se estremece) ay... como si hubiera sido violada, no sé, yo... es algo que no puedo recordar, pero lo siento, lo siento en el cuerpo... cada vez me resulta más vívido, más brutal... sí, estoy segura, a mí me violaron... sin embargo no recuerdo nada... lo único que sé y que ya le dije es que tengo miedo, le tengo un miedo terrible a la violación... a la violación anal y no sé por qué, es algo más fuerte que yo.*

Pasan unos minutos en silencio, mi sillón que es de mimbre, vuelve a crujir.

Paciente:     *¡Ay!, no lo soporto... (visiblemente molesta) ...¡Ese ruido!*

Analista:     *¿Acaso le hace recordar a algo?*

P: *No sé... Sí... me hace acordar a algo”*

A: *¿A qué?*

P: *A la cama de mis padres, siempre hacía ruido, un ruido parecido a ése, y a mí me provocaba terror, no lo quería no lo podía escuchar, quería estar en otro lado.” Ella estaba en el dormitorio contiguo.*

A: *Creo que usted estaba muy atenta escuchando qué pasaba en esa cama, qué pasaba con ellos.*

P: *No, el ruido se me venía encima, me invadía, se me metía en el cuerpo, yo no podía nada, me quedaba quieta, era como que se apoderaban de mí y me impedían moverme y (llorando,) ay y... y...y. Esta última palabra la pronuncia con expresión de dolor, y sufriendo mucho, pero por momentos puede parecerse a un ay de placer.*

A: *Entonces es cierto, usted fue violada. En ese momento usted se sintió violada y eso es lo que ahora recuerda en el cuerpo. Se trataría, entonces, de una vivencia o mejor de una imagen sentida en el cuerpo.*

Nuevamente mi sillón cruje, entonces:

P: *Ahora recuerdo algo, yo sería muy chiquita, una beba, tendría meses,... estaba en la cama con ellos, en la cama grande y la cama se movía... (rompe a llorar, el clima de la sesión es muy tenso,) mi madre se quejaba, como de dolor, decía ay, ay... y yo me hice la dormida, en realidad sentía sueño pero no podía dormirme... mi mamá se quejaba de dolor. (Silencio prolongado, más bien ella sigue llorando).  
¡Entonces estaban teniendo relaciones sexuales! (lo dice como encontrando algo que recién descubre en el recuerdo) ...Pero entonces... yo estaba del lado de mi madre y le veía la cara, la expresión... ¡pah! Ahora no sé si era de dolor o de qué... pero sí... yo le veía la cara, sí; ella estaba frente a mí... ¡entonces la relación era*

*anal! ¡Qué horrible!*

A: Si usted estaba ahí, al lado de su madre... (me interrumpe)

P: *Sí, pegada a mi madre.*

A: Bueno, aquí está, esta es la violación que sentía, usted sentía que estaba siendo violada a través del cuerpo de su madre.

P: *Pero entonces fue mi padre el que me violó.... por eso yo estoy peleada con mi padre (en la realidad el padre murió hace quince años), sí, es eso! Yo me siento violada por mi padre, él nunca me respetó, siempre invadió mis espacios, siempre apoderándose de mí. Aún después de muerto. Qué horrible, luego, poco después que mi padre murió yo me ennovié con un chico, salimos y con el tuve relaciones sexuales anales, es algo que nunca me voy a perdonar. Pero él me violó esa vez... no, deben haber sido varias veces, yo recuerdo muchas veces.*

¿Quién es quién con respecto al que refiere al final como violador, el novio o el padre? El centro de su queja en torno a su obesidad refiere a que tiene una cola muy pronunciada y necesita tapparla, que si adelgaza se le nota más y cuando está más gorda también se le nota mucho pero tiene una excusa para tapparla con ropa.

Algunas sesiones más adelante trae otras imágenes corporales:

*Tengo la sensación, lo vivo en el cuerpo, es una cosa que siento en el cuerpo, yo no recuerdo nada pero es como que supiera que fui violada, ay! Es espantoso... y violada analmente... Yo a lo que más le tengo miedo es a la violación y siempre la pienso anal, y lo rechazo tanto..., si me entero de algo así siento una horrible repugnancia. Yo creo que cuando yo estaba en la cama de mis padres, en un costado frente a mi madre..., eso..., frente a mi madre..., ella me miraba, y mi padre estaba*

*detrás de ella... yo no sé qué estaba pasando pero pienso, ¿no sería una relación anal?... Es horrible... ay..., tengo que confesar una cosa... confesar. (Silencio)*

A: ¿Confesar?... ¿será un pecado, entonces, lo que me quiere contar como si yo fuera un sacerdote?

P: *Ay... me da mucha vergüenza..., cuando yo tenía 19 años salí con un hombre, y tuve relaciones sexuales, (baja el tono de voz y como confesando un crimen) eeh... anales; fue a pedido de él... ...No sé si fue a pedido de él... ¡ah! eso me hace sentir muy mal... (llora).*

A: ¿Se trata de lo que ya me contó?

P: *Nooo, ¿qué le dije? No sé, yo no le hablé de esto, esto es otra cosa, algo que me da mucha vergüenza, yo tenía 19 años. (Con tono de voz y actitud acompañante que dejan ver cierta indiferencia contrastando con la tonalidad emocional de todo el relato de la sesión hasta ahora.)*

A: Usted tenía 19, ¿y él?

P: *(Volviendo al tono dramático anterior) Ay no sé... es terrible..., yo qué sé, él tenía como 43. Yo acepté esa relación, no sé porqué, como si no dispusiera de mi voluntad, como si estuviera poseída por una fuerza extraña, ajena a mí. Es como esa fuerza que me lleva hoy a comer compulsivamente, que me hace pensar todo el día en comida...*

Creo que si escuchamos este relato con los oídos del Freud de Lobos pensaríamos que habíamos llegado a la escena de la seducción temprana, tempranísima, escena que se tornará traumática a posteriori desencadenando la enfermedad.

Complejidades freudianas, “De la historia de una neurosis infantil” es de 1918 y la teoría de la seducción traumática había quedado atrás bastante antes, pero no había sido abandonada sino restituida en otra dimensión, aún así, aquí la escena real cobra intensidad para dar fuerza al fantasma, la observación

encontrada vale, fundamentalmente, a los efectos del descubrimiento fantasmático. Estas complejidades, entre otras, son determinantes de la definición del Psicoanálisis como ciencia.

### **¿Es el Psicoanálisis ciencia?**

Este problema se discute desde el principio, aún cuando Freud transmitiera con firmeza su convicción de que lo que él había creado era una ciencia natural, por lo tanto una ciencia positiva. Luego este carácter de ciencia comenzó a ser discutido al tiempo que los analistas se internaron en una incertidumbre en cuanto a los métodos de objetivación que corresponden. Todo lo que trata de la validación intrínseca de los conocimientos analíticos es abordado con gran inseguridad, por lo que la búsqueda se dirige hacia los métodos de otras ciencias de un modo tal que llegan a plantéanse sustituciones metodológicas, quedando desplazado de lo científico lo propiamente analítico.

Considero que el Psicoanálisis entra adecuadamente en la categorización epistemológica de ciencia, y aún dentro de ella sería una ciencia positiva. Tiene un objeto material<sup>29</sup> (el inconsciente), un método específico. el psicoanalítico que no coincide puntualmente con el clínico, aun cuando tiene sus orígenes en él, un cuerpo teórico respaldante que surge de la misma práctica, una doctrina, esto es, una larga historia de casos que van produciendo aportes a la teoría, etc., un instrumento, el propio analista, en fin tiene todo lo que una ciencia positiva tiene que tener para serlo.

Pero dentro de las ciencias positivas se encuentra en un lugar muy particular y esto hace que desde algunos paradigmas aún en vigencia se dude de su cientificidad. El Psicoanálisis es la ciencia del diálogo, no es una investigación a cargo de un investigador que observa fenómenos para entenderlos y registrarlos,

---

29. Es materia todo “dato físico o mental, ya determinado, que una actividad recibe y elabora ulteriormente”. (Lalande, Materia, sentido B Nral .2º). El sujeto psíquico nace en el encuentro con el otro, el inconsciente, que es una consecuencia de la represión primaria, es también un producto del encuentro con el otro. Sus formaciones van a irrumpir en el lenguaje, que es materia. Así, también, nosotros llamamos material al relato del analizante.



se trata de una relación bipersonal, se necesitan dos para investigar, sino no se puede, no se practica esta investigación desde afuera de esa relación. Además si bien surgen variables que se pueden registrar y cuantificar, no se puede aplicar el ideal del registro ni el de la cuantificación, es imposible medir que cantidad de transferencia hay en juego así como no se pueden hacer radiografías del aparato psíquico.

Al nombrar la transferencia hago referencia a un dispositivo esencial que se hace presente imprescindiblemente, que es una corriente vincular afectivo-representacional de ida y vuelta, propia de la comunicación psicoanalítica, de lo dialógico que se pone en juego. En este procedimiento cobra relieve la cualidad subjetiva de los dos términos del dispositivo científico, el sujeto, por supuesto, es sujeto, pero el objeto también es sujeto. Por ella, los dos de este diálogo son múltiples, muchos más, entre ello se produce una intersubjetividad que revela el conocimiento y el desconocimiento, el saber y el no saber, son dos que hacen tres y también cuatro. Para que esto suceda así y no se distorsionen las condiciones de la investigación, el investigador que es herramienta en si mismo, debe estar formado específicamente, habiendo ocupado el lugar del desconocimiento, del no saber, lugar del analizante, como condición indispensable.<sup>30</sup>

Sería oportuno aclarar por qué de acuerdo a lo que pienso, el método es distinto al clínico. Este es propio de la medicina y su designación en el psicoanálisis deriva de toda una concepción que es tomada “a préstamo” de la ciencia médica, como consecuencia de los orígenes, de la cercanía y las relaciones que ambas disciplinas mantienen. Pero clínico tiene relación con el enfermo que está en cama y el médico que lo atiende. El objeto al cual se aplica es el paciente, que padece una enfermedad, que si bien se trata de un sujeto, está desubjetivizado, por eso el médico muy frecuentemente habla de la enfermedad o del órgano enfermo incluyendo en su decir al enfermo elípticamente, así es

frecuente escuchar en el servicio de puerta de los hospitales que “vino un hígado con tales características” o que se trata de “una úlcera...”, refiriendo en estas afirmaciones al hecho de haberse presentado en el servicio un sujeto con tal enfermedad hepática o con una lesión visceral, que para quienes practican la profesión médica, en la que se tiende a objetivar, pierde su calidad de tal.

Pienso que es necesario hacer una precisión más. Hay una variable que se agrega a los requisitos de la caracterización del psicoanálisis como ciencia. Si bien cada sesión es un acto de investigación, un eslabón del proceso, si se le toma aisladamente pierde una de las posibilidades de verificación que le son necesarias. Para que la investigación psicoanalítica tenga lugar en toda su plenitud necesita de enmarcarse en un determinado contexto relacional. El proceso de verificación de hipótesis en el análisis tiene varios jalones, y considero que la validación final está dada por los pares del investigador, no es el paciente ni la cura aislada los que validan, en esta instancia son los pares, los psicoanalistas constituidos en la Institución Psicoanalítica los que certifican este acto científico.

### **La validación por la institución**

La abundantísima correspondencia publicada de Freud con muchos otros, su novia, amigos, y colegas, nos permite asistir al desarrollo creador del Psicoanálisis desde los comienzos, por qué no, desde antes aún. Así vamos viendo cómo este hombre, que se encontraba solo, buscaba siempre interlocutores que le permitieran, entre otras cosas ir compartiendo su fecundo pensamiento.

Como todos los analistas sabemos, su búsqueda de una institución respaldante se sucedió desde muy temprano, creo que podemos afirmar que toda su trayectoria como investigador se produjo dentro de algún marco institucional. Seis años antes de recibirse de médico ingresaba al laboratorio de Brücke,

---

30. Lugar que va a seguir ocupando siempre, inevitablemente, su saber será solo supuesto por el analizante.

donde empezaba su periplo, mostrando su necesidad de una institución científica en la que nutrirse y a la que a su vez aportar.

Cuando se separa de Breuer y comienza a dar los pasos que lo llevarán a la fundación del psicoanálisis, quedará más solo aún, el mismo lo contará después. Más si bien durante mucho tiempo fue un científico “solitario” nunca estuvo aislado, en 1895 se afilió a la B’Nai B’rith, adonde pronunció tempranas conferencias en *las* que se refería ya a temas psicoanalíticos, pero antes de esto en 1887 comienza su prolongada comunicación con Fliess, epistolar y personal, que fue muy útil al progreso de su pensamiento. Cuando se inicia esta relación, Freud recién se estaba interesando por las neurosis y el método hipnótico, hacía poco más de un año había regresado de La Salpêtrière, y estaba por comenzar la publicación de sus trabajos sobre hipnosis y sugestión. Cuando termina, después de las desavenencias que rompen la amistad, ya estaba andando fuertemente el psicoanálisis, corría 1904, había terminado “Sueños e histeria” que un año después se publicaría como el historial de Dora. Desde 1902 se habían agrupado en su derredor “cierto número de médicos jóvenes con el propósito expreso de aprender, ejercer y difundir el psicoanálisis”<sup>31</sup> y al cabo de cuatro años se darían los pasos fundamentales para la fundación de la asociación internacional.

¿Qué tiene que ver esta amistad epistolar, con la Institución? Es bueno recordar que esta relación no fue sólo por correspondencia, se hacían los llamados “congresos”, que eran encuentros en los que los dos investigadores trataban todo lo concerniente a la marcha de lo que se estaba descubriendo en ese proceso de construcción de una ciencia. Se puede afirmar que esta amistad fue verdaderamente una “institución”, en muchas cartas asistimos a los pasos que se dan en la cimentación de la teoría y la técnica mucho antes de que esos asertos se publiquen, en un intercambio por lo menos pre-validante, ya que el pensador psicoanalítico recibía el “retorno” de un “par”. No hay duda que Freud lo consideró así durante mucho tiempo, lo necesitó así.

Y pienso que no sólo el psicoanálisis precisa de este requisito científico que busca la validación por los pares. Claro, Freud no tuvo reales pares hasta que comenzaron a acercarse a él “médicos jóvenes” y no tan médicos y no tan jóvenes.

Luego el interés del mundo, la fundación de las asociaciones que marcha hacia la IPA que queda definitivamente establecida en 1910. En 1920 se inaugura el Policlínico Psicoanalítico de Berlín y es el comienzo de la formación psicoanalítica institucionalizada. En el congreso de Budapest en 1918, Numberg sostenía que ya nadie podía aprender a practicar el psicoanálisis sin haberse analizado previamente, lo que hace asumir como disposición reglamentaria lo que era un presupuesto básico para la práctica de esta ciencia naciente, aún el propio Freud lo había hecho y fue algo verdaderamente fermental que le permitió llegar a las instancias fundacionales.

Hoy no se puede entender un analista solitario, sin la referencia a un grupo de pertenencia, sea éste más estrecho o más laxo. Todo grupo analítico tiene múltiples instancias internas (actividades, jornadas, subgrupos, laboratorios, departamentos, congresos, seminarios de formación, grupos de estudio, supervisiones, etc.) en las que se intercambian experiencias de la práctica y conocimientos teóricos, en las que la transmisión del psicoanálisis tiene uno de sus pilares, porque además y esto es de lo más importante, toda institución psicoanalítica mantiene una estructura tal por la que verdaderos institutos del análisis personal individual tienen una caja de resonancia en ella, así es que se reproducen fenómenos transferenciales fecundos que hacen a la formación permanente y continua de un analista.

Y todo esto es una instancia más, pero fundamental para la validación de nuestra ciencia.

## **El estatuto simbólico de la validación**

Vuelvo al trabajo de Marta Nieto citado (1965), ella dice allí: *“Las hipótesis entran a la situación analítica en forma de interpretaciones y allí se ponen a prueba, por su confrontación con los ‘hechos’.*

*Uso esta palabra con desgano, quizás fuera mejor no utilizarla por todas las implicaciones que trae de las ciencias físicas... Pero adaptándola (al ámbito psicoanalítico) ...podemos decir aquí... que ‘hecho’ es una modificación en la estructura del campo analítico, y que verificar consiste entonces en examinar que tipo de modificación se produce después de una interpretación.”*

En un trabajo para el Coloquio de Colonia de octubre pasado cuyo tema fue: Hecho, Imagen, Relato, publicado recientemente (Temas 24), Séllica Acevedo de Mendilaharsu actualiza el concepto de “hecho” para el psicoanálisis, allí esta autora sostiene que éste *“esta ligado al concepto más amplio y complejo de la ubicación epistemológica del psicoanálisis y en particular de su carácter científico”.*

Son muchos los hechos que hoy en día podemos comprender como psicoanalíticos: la interpretación, la respuesta a ella del analizante, una situación transferencial determinada, lo que está pasando en la sesión psicoanalítica, una actuación, una contraactuación del analista, todo aquello que pueda ser entendido psicoanalíticamente, y que comprometa de la misma manera al par investigador analizante-analista. Pero su verificación como tal no puede quedar librada sólo a estos dos,<sup>32</sup> creo que no son solamente dos los que pueden dar validez al hecho psicoanalítico, por lo menos deben ser tres. Si esta permanece en un ámbito exclusivamente bipersonal, el resultado será, seguramente, especular, narcisista, y de esta manera quedará en un plano estrictamente imaginario, es el tercero el que da lugar a que el mundo, el universo circundante tenga un papel fundamental en la validación.

En oportunidad de estar supervisando un material de análisis, quien tenía a

---

32. Aún cuando el par analizante-analista nunca constituye un dos absoluto pues el tercero siempre está presente, aún en las lecturas que el analista necesariamente debe hacer. Pero esto no alcanza.

cargo la supervisión, una psicoanalista de gran valía y experiencia me sugirió: “Cuando el paciente responda a la interpretación con un recuerdo de infancia, esta será correcta”, por supuesto que estaba aplicado a ese proceso analítico particular. Luego en la sesión cuando sucedía eso, yo sentía la presencia de ese tercero validante, tercero encarnado en mi supervisora, pero también tercero adentro mío, a quien podía —y puedo siempre— recurrir para confirmar mis hipótesis. Pero ese o esos terceros no son personajes aislados, conforman un contexto, que permite que lo que se considera hecho psicoanalítico, cobre el estatuto de hecho científico, simbólicamente.

Así, este tercero, permite al hecho científico dar su último paso para devenir tal, el que le significará que se confirme en todo su entorno, en su universo simbólico que será el que le prestará la validación definitiva. En psicoanálisis esto está estrechamente vinculado a la transmisión que sólo se produce dentro de la institución. Y la Institución Psicoanalítica está constituida por muchos sujetos que representan verdaderas instancias, el analista del analista, o sea quien condujo el análisis del analista investigador, los supervisores, los docentes, actuales o pasados, presentes o ausentes, y al fin todos los pares, que integrados en la institución psicoanalítica cumplen con determinadas funciones, constituyentes, pero que además conforman una estructura simbólica validante.

Creo que estas pretensiones finales que postulo para la validación de la investigación científica son necesarias para todas las ciencias y se constituyen en pasos culminantes para obtener un estatuto simbólico imprescindible. Todas las ciencias tienen sus propios referentes. El psicoanálisis necesita de los propios que se generan en un proceso que contiene varios objetos que circulan, y no necesariamente en un espacio físico y en un tiempo cronológico determinados. Algunos de ellos precisan, para su circulación, hasta de formas rituales, objetos que tienen el cometido de representar desde referencias ideales hasta toda una historia de producciones teórico-técnico-prácticas desde Freud hasta nuestros días.

## **Resumen**

A partir de entender que el enfrentamiento entre investigación empírica e investigación psicoanalítica no está fundado en una real oposición, estimo que los analistas estamos inevitablemente influidos por una confusión entre el concepto, ciencia, con uno de sus sentidos posibles, que es propia de la cultura occidental, por el peso que mantiene aún la corriente de pensamiento nacida con el positivismo.

Freud quiso que el psicoanálisis fuera reconocido como una rama de las ciencias naturales, pero este estatuto no pudo ser sostenido. Así, entonces, se hace muy difícil sostener una forma de validación científica para los hallazgos psicoanalíticos, en tanto los analistas mantenemos una actitud tendiente a querer entender nuestros resultados mediante los ideales y criterios de objetivación de otras ciencias.

Dice W. Baranger que cuando Freud afirma que el analista sólo entabla un diálogo con su paciente está definiendo al psicoanálisis como ciencia del diálogo” y de esta manera muestra los caracteres que lo distinguen de las demás ciencias.

Todo analista maneja en su mente las dos modalidades de investigación y un ejemplo de esto está en el llamado freudiano a los colegas para reunir y analizar cuidadosamente sueños infantiles que dieran cuenta de la observación de un comercio sexual por parte del niño. Es desde esta observación “real” que el psicoanálisis produce uno de sus pilares teóricos y, entonces porque no científicos como son los fantasmas originarios.

A través de pasajes por diversos materiales clínicos intento dar, diferidamente, una respuesta a aquel llamado, lo que me va a permitir agregar algunas reflexiones a todo lo que se ha pensado acerca de la condición científica del psicoanálisis, así es que puedo afirmar que es una ciencia positiva. A continuación sostengo que, de las condiciones para su validación científica es

muy importante subrayar dos, que si bien pienso que son necesarias para todas las ciencias, para el psicoanálisis deben tener una presencia esencial: la validación por la institución que aporta la presencia del tercero, que a su vez permite el establecimiento de la dimensión simbólica de la misma.





## PSICOANALÍTICA / MATERIAL CLÍNICO

### **Bibliografía**

- 1) Acevedo de Mendilaharsu, S. Hechos en Psicoanálisis, Temas de Psicoanálisis N° 24, Apu, octubre de 1996.
- 2) Baranger, W. Métodos de objetivación en la investigación psicoanalítica, RUP, T. 3, Apu 1959.
- 3) Einstein, A. e Infeld, L. La física aventura del pensamiento, Editorial Losada, Bs. As. 1961.
- 4) Enciclopedia, Editorial Vergara.
- 5) Enciclopedia Encarta 96, Edición en C.D., Microsoft Corporation, 1995.
- 6) Freud, S. Obras Completas Vol. 3, Amorrortu Editorial, Bs. As. 1976.
- 7) Freud, S. Obras Completas Vol. 14, Amorrortu Editorial, Bs. As. 1976.
- 8) Freud, S. Obras Completas Vol.17, Amorrortu Editorial, Bs. As. 1976.
- 9) Lalande, A. Vocabulario técnico y crítico de la filosofía, El Ateneo Editorial, Bs. As. 1953.
- 10) Nieto, M. Algunos problemas del analista como investigador, RUP, T.7, Apu, 1965.
- 11) Real Academia Española, Diccionario.

Cambios de la interpretación entre 1960 y 1990  
en el psicoanálisis uruguayo<sup>33</sup>

*Ricardo Bernardi, Marina Altmann, Sara Cavagnaro, Beatriz De León, Ana María De Barbieri, Alejandro Garbarino, Mirta Flores, Mireya Frioni, Julio Lamonaca, Raquel Morato, Julio Seigal, Damián Schroeder, Evelyn Telleria.*  
*Asesoramiento estadístico: Dan Pokorny, (Ulm)*

## **Introducción**

“En el tratamiento psicoanalítico no ocurre otra cosa que un intercambio de palabras entre el analizando y su médico... Mediante palabras un hombre puede hacer dichoso a otro o empujarlo a la desesperación, mediante palabras un maestro trasmite su saber a los discípulos, mediante palabras el orador arrebató a la asamblea y determina sus juicios y sus resoluciones... las palabras despiertan sentimientos y son el medio universal con que los hombres se influyen unos a otros.” (Freud, 1916–17). Las palabras del paciente han sido objeto de innumerables estudios; este trabajo está dedicado a las palabras del analista y a la forma de comprensión del paciente que ellas traducen.

Como analistas somos cada vez más conscientes de la existencia de diversas formas de escuchar y de interpretar. Esto constituye una fuente de dificultades, pero también un potencial de enriquecimiento si el estudio de estas diferencias nos ayuda a comprender mejor los factores que inciden en la tarea de analizar.

El presente trabajo investiga algunos de los cambios de la forma de interpretar en el grupo psicoanalítico uruguayo tomando como referencia dos momentos de su historia: la década de 1960 y de 1990.

Partimos del supuesto que hay cambios que condicionan la forma de interpretar del analista.

A nivel del psicoanálisis actual observamos:

- Cambios en el interior de las teorías.
- Cambios en relación al pluralismo: pérdida del ideal unitario (de la teoría única); mayor conciencia del pluralismo (Wallerstein, 1989 y Bernardi, 1989).
- Cambios en la relación del analista con las teorías: mayor énfasis en las “teorías implícitas” de cada analista (Sandler, 1983).
- Cambios en la técnica, no necesariamente coincidentes con la evolución de las teorías. Encontramos a la vez movimientos de convergencia y divergencia entre las diferentes teorías. (Kernberg, 1994).
- Cambios en nuestra situación laboral: en el momento actual los analistas tienden a tomar pacientes en tratamientos con una menor frecuencia semanal de sesiones que en los inicios del psicoanálisis en nuestro país. Al mismo tiempo en este momento existe una mayor oferta de psicoterapias.

En nuestra Institución (Asociación Psicoanalítica del Uruguay) es muy claro el cambio desde una posición homogéneamente kleniana en el 60 a una situación de pluralismo en el 90. Si bien hoy día se enfatiza la obra de Freud, existen distintos tipos de lectura de la misma. A nivel teórico y técnico el énfasis sigue puesto en la importancia de la interpretación de la transferencia, pero la concepción de la transferencia no es homogénea. Es difícil decir en qué medida la diversidad que se constata en relación a la teoría y la teoría de la técnica, se refleja también en el plano de la clínica.

En este contexto surge el interés por conocer los cambios en la forma de interpretar. Tiene como antecedentes el trabajo pionero de Marta Nieto, quien en un trabajo de 1976 (Nieto, 1976) se interrogó sobre los cambios en relación

al lugar de los diferentes referentes teóricos y de las diversas escuelas de pensamiento en su propia práctica psicoanalítica.

La relación entre los paradigmas teóricos y la forma de comprender e interpretar el material ha sido señalada por Bernardi (Bernardi, 1989).

Otro antecedente lo tenemos en el trabajo de investigación empírica que precede a este y estudia las “Variaciones interindividuales en la Escucha y en la Interpretación” (Bernardi y Colab) (1994) (inédito).

En este trabajo nuestro interés se dirige a investigar en el transcurrir de la historia de nuestra Institución diferencias y similitudes que encontraríamos entre los primeros analistas fundadores (década del 60) y la generación actual (década del 90).

¿Podemos ver cambios en el contenido y en la forma de las interpretaciones en estos dos momentos de la historia del psicoanálisis en nuestro país?

Nuestra hipótesis es que existen cambios en la forma, contenidos e intención de las interpretaciones.

El objetivo del trabajo será el de describir los cambios a través de un estudio cuantitativo y de una evaluación clínica cualitativa, buscando formular hipótesis sobre la razón y significado de estos cambios.

## **Material y métodos**

### *Material*

1. Se tomó como población en estudio los trabajos presentados por los analistas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay para acceder a la categoría de Miembro Asociado. Se trata de trabajos teórico-clínicos en los que el aspirante debe mostrar como trabaja a través de una presentación clínica. El autor realiza una selección de aquellos fragmentos más representativos de su modo de interpretar. Los trabajos del 60 estimamos tuvieron una frecuencia de 4 a 5 sesiones por semana mientras que los del 90, 3 veces.

2. Del total de 93 trabajos para miembro asociado, presentados, se tomaron los 8 primeros trabajos de la Institución que corresponden a la década del 60 (incluimos uno de 1959). Se tomaron los últimos 8 trabajos del 90 (excluyendo uno en el cual el autor adujo razones de confidencialidad).

3. Se consideró que una eventual diferencia a nivel de la psicopatología de los pacientes podía incidir en los resultados. Aunque no se trata de un estudio-caso-control, se intentó aparear los casos del 60 y del 90 según la categoría diagnóstica manejada por los autores. Los resultados son los siguientes:

1960	1990
Neurosis obsesiva	Neurosis obsesiva
Neurosis grave	Borderline
Histeria grave	Histeria grave-pers. fronteriza
Hipocondría	Perturbación narcisista con somatizaciones
Neurosis grave	Neurosis con perturbaciones narcisistas
Perversión	Perversión
Perversión	Aspectos perversos en una neurosis
Psicosis	Personalidad fronteriza

Si bien entre el 60 y el 90 las categorías diagnósticas sufrieron ciertos cambios, lo más llamativo es la introducción en los últimos años de la categoría de fronterizo y de perturbaciones narcisistas. La impresión de los evaluadores al leer el material es coincidente en que no parecen existir diferencias muy marcadas a nivel psicopatológico entre ambos grupos que pudieran justificar cambios significativos en el contenido de las interpretaciones.

4. Los evaluadores pertenecen al Laboratorio de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya y en su mayoría pertenecen a una generación intermedia, aunque también están presentes analistas de ge-

neraciones más jóvenes y analistas formados en el extranjero.

5. Los trabajos elegidos representan el 20% del universo en estudio. En ellos aparecen referidas 530 intervenciones del analista, que corresponden 227 de ellas a la década del 60 y 303 a la del 90.

6. De este total de 530 intervenciones referidas se tomaron aquellas que podían considerarse interpretaciones que apuntaban al contenido latente.

Definimos operativamente como tales a aquellas intervenciones que explicitan mecanismos o contenidos no conscientes en ese momento en el paciente. En esta categoría quedaron 443 intervenciones, 226 de la década del 60 y 217 del 90. Esto da un promedio de 28 interpretaciones por trabajo en el 60 (rango: 6 a 105) y 27 en el 90 (rango: 15 a 52).

Un dato a destacar es que las preguntas explícitas del analista (referidas con signo de interrogación en el material) pasaron de ser menos del 2 % del total de las intervenciones del analista en el 69 a constituir el 33 % de las intervenciones en el 90.

### *Método*

#### *Análisis cuantitativo*

a. Se estudió el cambio en el contenido de las interpretaciones en relación a la transferencia, aspectos infantiles, sexuales, agresivos y sentimientos sobre sí — mismo del paciente.

b. Estos 5 aspectos fueron estudiados en cada interpretación. Para ello se dio una definición operativa de cada categoría por medio de un instructivo. De esta manera se buscó obtener validez consensual, es decir criterios compartidos por todos los evaluadores que permitieran evaluaciones con un nivel aceptable de confiabilidad o concordancia. Los indicadores usados fueron los siguientes:

1) Aquí —ahora — conmigo. Se tomó como indicador del carácter trans-

ferencial de la interpretación. Son intervenciones del analista que hacen referencia explícita al “aquí — ahora — conmigo”.

- 2) Infantil. Intervenciones que hacen referencia explícita a algo infantil prepuberal en el paciente.
  - 3) Agresividad. Intervenciones que hacen referencia explícita a la agresividad (rabia, venganza, ataque, odio, etc.).
  - 4) Sexualidad del paciente. Intervenciones que hacen referencia explícita a la sexualidad. Se toma en cuenta cualquier forma de sexualidad (genital, pregenital, autoerótico o alguna referencia a los órganos sexuales, etc.) siempre que se pueda suponer que el paciente entiende que se está hablando de sexualidad.
  - 5) Sentimiento sobre sí mismo. Intervenciones que hacen referencia a sentimientos o representaciones que muestran la manera en la que el paciente se vive a sí mismo como sienten que otros lo ven.
- c) Cada par de trabajos (uno del 60 y uno del 90, con patología similar o comparable) fue asignada a cada uno de los 8 evaluadores. En 4 casos se tomó un tercer evaluador que actuó como control para estudiar la confiabilidad de las evaluaciones. Si bien no se realizaron pruebas de significación, el grado de concordancia se consideró aceptable.

### *Análisis cualitativo*

**a.** Cada evaluador comparó sus dos trabajos en base a una consideración global impresionista que incluía una opinión general de las diferencias más salientes y una consideración de los siguientes puntos:

En relación con el conflicto, ¿la interpretación apunta a lo reprimido o es más exploratoria?

Respecto al ajuste analista – paciente: ¿la interpretación acompaña, se adelanta o queda a la espera de las palabras del paciente? ¿Es egosintónica o egodistónica?



En cuanto a la relación de las interpretaciones con las teorías, ¿es más teórica o más clínica?

¿Que impresión producen las interpretaciones transferenciales?

Observando en forma global el trabajo clínico de la transferencia: ~ son excesivamente teóricas? ¿Son escasas? ¿Se interpreta poco la transferencia? ¿Qué razones motivan esto?

¿Qué relación existe entre la comprensión del material clínico y su explicitación? (nos referimos a los distintos comentarios que desarrolla el analista en su trabajo de adherente, como va pensando el material y cuanto de esto le comunica a su paciente) Respecto al investigador, ¿ qué grado tuvo de empatía con cada uno de los trabajos de los analistas?

**b.** Se seleccionaron interpretaciones que pudieran considerarse representativas del modo de trabajo del analista con los conflictos que consideraba nucleares en su trabajo.

## Resultados

### *Análisis cuantitativo de los resultados*

#### Presentación de los resultados

- Categorías simples (tabla 1). Compara el conjunto de las interpretaciones de cada década distribuidas según su contenido: aquí — ahora — conmigo, infantil, agresividad, sexualidad, sentimientos sobre sí mismo.

**Tabla 1.** Cuadro comparativo de los cambios en el contenido global de las interpretaciones entre el 60 y el 90.

	Década del 60 (n = 226)	Década del 90 (n = 217)
<i>Aquí – ahora – conmigo</i>	144 (60%)	84 (40%)

X <sup>2</sup> : significativo p <0.0000		
<i>Infantil</i>	30 (13%)	27 (12%)
No significativo		
<i>Agresividad del paciente</i>	78 (35%)	22 (10%)
Significativo p < 0.0000		
<i>Sexualidad del paciente</i>	44 (19%)	50 (23%)
No significativo		
<i>Sentimientos sobre sí mismo</i>	65 (28%)	39 (18%)
Significativo p < 0.01		

- Categorías combinadas I. Estudia las interpretaciones transferenciales distribuidas según los contenidos: aquí — ahora — conmigo, infantil, agresividad, sexualidad, sentimientos sobre sí mismo (tabla 2).

**Tabla 2.** Cambios globales en los contenidos transferenciales unidos a otros contenidos de las interpretaciones entre 1960 y 1990.

	Década del 60 (n = 226)	Década del 90 (n = 217)
<i>Aquí-ahora-conmigo e infantil</i> X <sup>2</sup> : significativo p < 0.05	16 (7%)	6 (2.7%)

<i>Aquí-ahora-conmigo y agresividad</i> X <sup>2</sup> : significativo p < 0.000	58 (26%)	10 (4.6%)
<i>Aquí-ahora-conmigo y sexualidad</i> X <sup>2</sup> : significativo p < 0.05	39 (17%)	20 (9%)
<i>Aquí-ahora-conmigo y sentimientos sobre sí mismo</i> X <sup>2</sup> : significativo p < 0.001	37 (17%)	13 (86%)

- Categorías combinadas II. Estudia las interpretaciones transferenciales del paciente, combinadas con contenidos agresivos, sexuales y los sentimientos sobre sí mismo, a la vez que con referencias a la infancia. Esta combinación de contenidos puede encontrarse en las interpretaciones completas o en ciertas construcciones.

En esta categoría cayeron muy pocas interpretaciones. Los contenidos agresivos unidos a lo infantil y a la relación transferencial solo aparecieron en 3 interpretaciones del 60 (1.3%) y en 1 del 90 (0.5%). Los contenidos sexuales en relación con lo infantil y lo transferencial en 4 interpretaciones (1.8%) del 60 y 1 del 90 (0.5%). Los contenidos referidos a los sentimientos sobre sí mismo en relación a lo infantil y lo transferencial aparecieron en dos interpretaciones en ambos grupos (0.9%).

Estos resultados muestran que interpretaciones que explicitan aspectos sexuales, agresivos o sentimientos sobre sí mismo relacionados con acontecimientos infantiles que se repiten en la transferencia prácticamente no aparecen, tanto en los trabajos del 60 como en el 90.

### *Comentario sobre los resultados cuantitativos*

**a.** Los datos presentados en las tablas 1 y 2 muestran que la mayor parte de las interpretaciones referidas en los trabajos del 60 eran transferenciales. Un tercio de las interpretaciones estaba dirigida a la agresividad o al modo en que el paciente se sentía a sí mismo, siendo algo menor las referidas a la sexualidad, que no llega a la quinta parte.

En el 90 la mayoría de las interpretaciones referidas son extratransferenciales. Las referencias a la sexualidad del paciente están presentes en cerca de una de cada cuatro, y las referencias a la agresividad o a la infancia son menos frecuentes situándose en el entorno de una referencia cada 10 interpretaciones.

**b.** Los resultados comparativos, tal como los muestra la tabla 1, indican que en el 90 hay una disminución estadísticamente significativa de las interpretaciones transferenciales (60% a 40%), de las referentes a la agresividad del paciente (35% a 10%) y a los sentimientos sobre sí mismo (28% a 18%); no ocurriendo lo mismo con las que se refieren a la infancia o a la sexualidad del paciente que se mantienen similares.

**c.** Estas diferencias se vuelven aun más netas si tomamos en cuenta las interpretaciones que hacen una explicitación de los aspectos agresivos, sexuales o sentimientos sobre sí mismo del paciente relacionándolos con la transferencia.

**d.** Estas diferencias no se pueden atribuir a que algunos de los analistas presentaran valores extremos que influyeran en los valores promedios del conjunto de la década. Todas o prácticamente todas los analistas del 60 presentan un promedio de interpretaciones transferenciales o referidas a la agresividad por encima de la media del 90, y lo inverso vale para las de esta década respecto a las del 60. El test de Mann-Whytney aplicado a los valores promedios de cada década, muestra diferencias significativas en tres de las variables: transferencia, agresividad y transferencia y agresividad combinadas (tabla 3).

*Estudio cualitativo*

Las presentaciones del 60 eran más narrativas mientras que las del 90 tendían más a la transcripción textual de la sesión.

- a. La teoría dominante (o exclusiva) en el 60 es Kleiniana. En el 90 no aparece una referencia teórica que cumpla un papel similar en ninguno de los trabajos.
- b. Las interpretaciones del 60 fueron descritas como más directas, incisivas, sin cuidado por disgustar al paciente. El analista es asertivo y si bien busca acompañar al paciente, no le preocupa adelantarse o ser impositivo de su propia visión de lo inconsciente. Pretende llegar a niveles más profundos de ansiedad con un lenguaje referido a partes del cuerpo.

Como ejemplo:

*... “Siente fuego en la cabeza por rabia, cuando cree que le dejo de dar aquí —para darle a otro— los fines de semana. Por eso se va a buscar y a dar, a relacionarse por todos los agujeros. Va a buscar afuera lo que cree yo no quiero darle. Se venga de mí salvajemente —dejándome sola— como se siente usted, solo y hambriento cuando me rechaza”*

**Tabla 3.** Cambios en el contenido de las interpretaciones de cada analista entre la década del 60 y del 90.

<i>Interpretaciones transferenciales</i>
En los 60: n = 8, media = 74.3, d.s. 23.0 Valores: 44 48 50 83 88 91 91 100
En los 90: n = 8, media = 40.1, d.s. = 18.9 Valores 6 27 37 38 38 47 69 67
Mann-Whitney U-test: p < 0.01
<i>Interpretación de la agresividad del paciente</i>

<p>En los 60: n = 8, media = 38.8, d.s. = 22.0</p> <p>Valores: 13 18 30 30 35 43 67 75</p> <p>En los 90: n = 8, media = 12.2, d.s. = 8.1</p> <p>Valores: 0 7 9 10 12 15 19 27</p> <p>Mann-Whitney U-test: p &lt; 0.01</p>
<p><b><i>Transferencia concurrente y agresividad</i></b></p>
<p>En los 60: n = 8, media = 33.0, d.s. = 22.0</p> <p>Valores: 0 13 17 22 27 43 67 75</p> <p>En los 90: n = 8, media = 6.0, d.s. = 8.1</p> <p>Valores: 0 0 3 3 6 7 9 20</p> <p>Mann-Whitney U-test: p &lt; 0.05</p>

#### Otra interpretación del 60

*Necesita que le hable para que lo libere del entrevero. Siente en usted mi pecho, que teme lo ahogue, y en su pene que teme le saque por su abandono de ayer. No sabe que es, como cuando se pinta con las pinturas de su madre, si hombre o mujer, ¿qué soy yo?*

e. Las del 90 son más interrogativas, indirectas, a veces ambiguas, buscan sugerir (“tal vez...”). El analista interviene menos y con intervenciones mucho más breves. Son menos asertivas, evitan ser chocantes, y dan la impresión de ser

exploratorias o preparatorias de una comprensión mayor del material inconsciente. Se tiende más a acompañar al paciente, y por momentos a seguirlo, dejándole la delantera.

En otros, se nota a través de los comentarios personales del analista una comprensión de aspectos transferenciales-contratransferenciales que no siempre son formulados a través de las interpretaciones.

Ejemplos:

*“Usted quisiera saber si me intereso por usted para saber cuánto se puede acercar.”*

“Quizás siente también enojo conmigo porque a lo mejor piensa que yo tampoco puedo ser la madre que desea, quizás aquí también se siente trancada”

### *Problemas*

Tanto en el 60 como en el 90 se encuentran interpretaciones que los evaluadores coincidieron en considerar “clínicas” (ajustadas al material del paciente) frente a otras “poco clínicas”.

Las “poco clínicas” del 60 en general lo eran por imponer el esquema teórico del analista al material del paciente. Lo que dice el paciente es retomado en una interpretación que toma el aspecto descrito como “ping-pong” .Busca ser completa sin tomar en cuenta el timing ni la perspectiva subjetiva del paciente.

En el 90 las interpretaciones “poco clínicas” dan la impresión de ser temerosas o diluidas. El analista parece repetir lo que dice el paciente con otras palabras o hacer alguna sugerencia tímida; busca que el paciente aporte nuevo material o que llegue por si solo a la interpretación. La transferencia negativa parece apaciguada más que trabajada y las defensas excesivamente contempladas.

1. Los resultados tanto cuanti como cualitativos confirman la existencia de

cambios marcados en las interpretaciones formuladas en la década del 90 en relación a las del 60.

Se constata una disminución de las interpretaciones referidas a la agresividad en el 90. Esto acompaña a una disminución de la influencia de la teoría kleiniana.

Encontramos, también en el 90 una menor cantidad de interpretaciones que trabajan explícitamente los sentimientos sobre si mismo; esta observación no coincidió con la expectativa predominante en el grupo de investigadores de encontrar en la población del 90 mayor incidencia de la problemática narcisística. Aunque el narcisismo aparece en los comentarios teóricos de los trabajos de miembro asociado esto no se refleja en las interpretaciones.

Tal vez las interpretaciones en las que se expresan los sentimientos de si no abarcan el conjunto de la problemática narcisista.

Un punto que merece especial atención es la disminución de las interpretaciones transferenciales en el 90: el lugar que se le da a la transferencia en los comentarios teóricos de ambos grupos de trabajos es semejante, sin embargo se constata una disminución global de las interpretaciones transferenciales del 90 respecto al 60.

¿Qué es lo que sustituye a las interpretaciones transferenciales en el 90?

Pensamos que pueden estar sustituidas por varias intervenciones exploratorias, preparatorias, interrogativas, que trabajan la interpretación transferencial dentro de un proceso. Para algunos de los integrantes del grupo también cabría la posibilidad de entender dichas interpretaciones como egosintónicos con aspectos defensivos del paciente.

El contraste entre el énfasis teórico en la interpretación de la transferencia y los resultados encontrados, sugiere que es necesario prestar mayor atención a la distancia que puede existir entre los modelos teóricos y los modelos clínicos. Surge la necesidad de investigar más cuales son las nociones teóricas que son empleadas realmente en la práctica y que es lo que determina su uso real.



2. No resulta claro el por qué de la disminución de las interpretaciones transferenciales y en especial de la transferencia negativa. La pérdida de la influencia kleiniana no alcanza a explicar este hecho, porque la transferencia es jerarquizada por las diversas teorías. Otros factores deberían ser considerados tales como la disminución de el número de sesiones cambios en el ideal institucional, la dificultad de internalizar el modelo psicoanalítico, factores culturales, sociales, del momento histórico.

C. Corresponde finalmente tomar en consideración ciertos problemas de orden metodológico que pudieran formularse a este estudio.

1. Nuestras conclusiones se refieren a las interpretaciones que los analistas seleccionaron para la publicación. ¿Se puede generalizar lo que ellas muestran para el resto de las interpretaciones que no fueron incluidas o existe algún tipo de sesgo en la selección hecha por el analista? Contestar con certeza esta pregunta requeriría una investigación específica que cotejara las interpretaciones publicadas con las no publicadas, o mejor aún, dispusiera como material de un banco de textos con registros grabados.

Podría suponerse un cambio a nivel institucional, como el ocurrido, respecto a que, una adecuada interpretación en el 60 llevaría a mostrar interpretaciones completas y acordes con la teoría dominante de ese momento y por ello a una mayor selección de las interpretaciones presentadas. En el 90, en cambio, no hay un ideal teórico marcado de interpretación transferencial.

Pero no creemos que esto constituya una objeción con este estudio porque aunque haya cambiado la idea institucional que guía la selección del material de todos modos en el 90 sigue vigente la jerarquización de las interpretaciones transferenciales, por lo que no se entiende por que esto dejaría de mostrarse.

2. Una segunda objeción podría hacerse teniendo en cuenta que el estudio se basa en lo que el analista verbaliza en forma explícita sin tomar en cuenta

los factores de cambio no verbales y los efectos. Nos planteamos si el analista del 90, con menos interpretaciones transferenciales, en forma indirecta e implícita trabaja con igual intensidad y profundidad los conflictos aunque no los explicita en sus intervenciones. Nuevamente aquí haría falta un estudio que incluyera los efectos de cada una de las intervenciones en el material del paciente. La impresión cualitativa predominante en el grupo es que en el 90 los conflictos, en especial los transferenciales, se verbalizan menos.

4. Quedan diversos caminos abiertos, tanto para verificar estos resultados ampliando el material en estudio como perfeccionando la metodología.

Otro campo es el de buscar el cotejo con material de otras procedencias o la realización de estudios multicéntricos. También es posible utilizar esta misma metodología para investigar los cambios en un mismo analista, complementándola con otros estudios.

El análisis del aquí-ahora no implica un descuido del pasado inconsciente.

Ciertas tendencias enfatizan los aspectos interaccionales de la situación analítica pudiendo descuidar el tratamiento de los determinantes infantiles de la transferencia, esto no surge de la tendencia creciente a explorar cuidadosamente los sentidos inconscientes en el aquí-ahora antes de ligarlos con el pasado inconsciente.

Descriptores:        INVESTIGACIÓN / METODOLOGIA /  
                             TRANSFERENCIA / INTERPRETACION

## **Bibliografía**

**Bernardi R** (1989). The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic

understanding. En: *International Journal of Psychoanalysis* 1989; 70: 341 - 347.  
También publicado en: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1994: 79 - 80: 109 - 155.

**Bemardi R, Altmann M, Cavagnaro S, De León B, Flores M, Frioni M, Lamonaca J, Morato R.** Variaciones Interindividuales en la Escucha y en la Interpretación (inédito).

**Bernardi R** (1989). El poder de las teorías. El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1994; 79/80: 109 - 154. (nota previa 1994)B.

**Ferrari H, Seiguer G** (1995). Consideraciones sobre la frecuencia de las sesiones y las reglas del método en psicoanálisis. Presentado en 39° Congreso Psicoanalítico Internacional, San Francisco. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

**Kernberg OF** (1993). Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea. *Int. Journal of Psychoanalysis*, Volume 74, Part 4, 659.

**Freud S** (1978). Obras completas, volumen N° 15, Amorrortu editores.

**Nieto M** (1976) Integración y diversificación entre diferentes esquemas referenciales. Su utilidad para el desarrollo teórico y técnico. Suplemento N° 8 de la *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.

**Sandler J** (1988). Técnica psicoanalítica y “análisis terminable e interminable”. Libro anual del Psicoanálisis 1988, *Int. Journal of Psychoanalysis*, Ediciones Psicoanalíticas Imago. Londres - Lima.

**Wallerstein RS** (1988). ¿Un psicoanálisis o muchos?- Libro anual de psicoanálisis 1988, *Int. Journal of Psychoanalysis*. Ediciones Psicoanalíticas Imago. Londres - Lima.

## Discurso y texto en pacientes psicóticos

*Fanny Schkolnik,\* Manuel Svarcas, Susana Poch, Eva Palleiro*

### **Introducción**

Desde hace aproximadamente ocho años funciona, en la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas de Montevideo, un grupo de psicoterapia para pacientes psicóticos, coordinado por dos psiquiatras, docentes de la Clínica,<sup>34</sup> que se ha reunido hasta el presente en forma ininterrumpida, semanalmente, durante una hora y media, en el mismo hospital.

En este lapso, han participado del grupo, que se autodenomina Grupo de Escucha, alrededor de cincuenta pacientes —en su mayoría esquizofrénicos— de los cuales son doce o quince los que concurren más asiduamente.

Podríamos considerar dos períodos en el modo de funcionamiento de dicho grupo.

Un primer período, en el que los terapeutas realizaban una labor que apuntaba fundamentalmente a ofrecerles a los pacientes una escucha atenta, interesada, con una importante carga afectiva, a la vez que los estimulaban a recibir y participar en las preocupaciones que traían los otros integrantes del grupo. Así se fueron estableciendo paulatinamente importantes lazos entre ellos, con los terapeutas y con el hospital como Institución, que al ubicarlos como integrantes del Grupo de Escucha contribuía también a darles un nombre, un lugar y en última instancia, una identidad.

En el segundo período, que toma los tres últimos años, se abrieron dos nuevos

---

\*. Miembro Titular de APU. Francisco Muñoz 3013 Ap. 401. CP 11300. Tel. 707 02 61.

34. Eva Palleiro y Gonzalo Cristiani son los coordinadores actuales y los que han estado en los primeros años del grupo. Por requerimientos asistenciales y docentes de la Clínica, Gonzalo Cristiani fue sustituido durante cuatro años por Eduardo Blengio.

espacios: el que inicialmente se planteó como supervisión, pero que paulatinamente se fue configurando como grupo de investigación,<sup>35</sup> y un taller de Escritura, del que participan algunos pacientes del Grupo de Escucha.

El propósito de este trabajo es presentar cada uno de estos espacios —Grupo de Investigación, Taller de Escritura y Grupo de Escucha— señalando, tanto sus especificidades como las relaciones que se fueron estableciendo entre ellos.

## **Una experiencia de investigación**

**Fanny Schkolnik, Manuel Svarcas**

Etimológicamente, investigación viene de vestigio, seguir la huella, indagar. Y desde la perspectiva en la que nos ubicamos para trabajar con lo que nos aporta esta rica experiencia —teniendo presente la concepción psicoanalítica del psiquismo con el acento puesto en la noción de inconsciente—<sup>36</sup> nos pareció fundamental orientar la tarea hacía lo que no está o no aparece en el discurso manifiesto de los pacientes y prestar una atención especial a lo que ocurre en el acontecer psíquico de los terapeutas. Así como no se puede pensar en la existencia de un observador neutro, en ninguna investigación científica, tal como lo plantean la mayor parte de los epistemólogos actuales, cualquiera sea la disciplina de la que se trate, (dado que el que observa lo hace con el lente de su propio bagaje teórico), tampoco en psicoanálisis existe tal neutralidad. En este caso, a la incidencia de los esquemas referenciales teóricos, que orientan de una u otra forma la interpretación del material clínico, se suma el hecho de que el observador queda incluido en un campo intersubjetivo en el que participa con su psiquismo y en particular con su propio inconsciente. La investigación psicoanalítica tiene que tener en cuenta estas diferencias con otras disciplinas,

---

35. Este grupo, coordinado por Fanny Schkolnik y Manuel Svarcas, se integró con: Eduardo Blengio, Gonzalo Cristiani, Fernando González, Ana Palermo, Eva Palleiro y Cristina Sacalidis.

36. Tomada en un sentido amplio, dando cuenta en particular de lo que está más allá de lo reprimido.

que pasa esencialmente por el papel desempeñado por el trabajo con la transferencia y la contratransferencia, porque es precisamente en ese marco que se configura su especificidad.

El material con el que trabajamos se fue construyendo en base a lo que se decía en el Grupo de Escucha y los textos producidos por ellos en el Taller de Escritura. Con estos aportes surgieron interrogantes e hipótesis tentativas, que orientaron la escucha de los terapeutas así como la comprensión de la conflictiva a la que estaban enfrentados estos pacientes. Por otra parte, la propia experiencia nos llevó a reformulaciones de algunas hipótesis teóricas que manejábamos previamente y abrió a su vez nuevas preguntas que nos enfrentaron a las inevitables limitaciones de la teoría para pensar lo que surgía de la práctica.

La tarea de investigación nos fue abriendo caminos fértiles, tanto en lo referente a los planteos teóricos acerca de las psicosis como en el abordaje terapéutico de las mismas. El interés por investigar la incidencia de lo inconsciente en la conflictiva que planteaban estos pacientes nos llevó a escuchar el discurso manifiesto de otra manera, buscando los sentidos que subyacían a él o intentando construir sentidos que nunca existieron. Al mismo tiempo, fuimos valorando las manifestaciones contratransferenciales en los terapeutas, que resultaron fundamentales para orientarnos en los caminos que teníamos que tomar para posibilitar que se diera un cambio favorable para los pacientes. Poco a poco nos fuimos aproximando de una manera diferente a ese mundo tan particular del psicótico, a través de lo que los terapeutas nos transmitían vivencialmente acerca de lo que se estaba dando en el grupo. A la vez, este trabajo en común produjo efectos en la escucha de los propios terapeutas, más atenta a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, aportando otra perspectiva respecto a la comprensión de lo que sucedía en el grupo, e incluso, dando lugar a modificaciones en la dinámica grupal.

A los factores que permitieron cambios significativos en los pacientes y que

ya estaban presentes en la primera etapa del trabajo en el Grupo de Escucha, se sumaron otros, vinculados a la propia labor de investigación que permitió el acceso a algo del orden de lo nuevo que surgía a partir del discurso que se iba tejiendo entre los pacientes y los terapeutas.

Una línea de trabajo importante, en este período, ha sido la que se vincula al trastorno a nivel de las identificaciones. La vivencia de inautenticidad, de no disponer de algo propio, de representar un personaje, aparecía frecuentemente en el discurso de muchos de estos pacientes. Y en la evolución del trabajo grupal pudimos constatar que hubo cambios en ese sentido. Sin pretender llegar a respuestas definitivas, nos planteamos que la interrelación de los pacientes ha ido constituyendo una verdadera matriz intersubjetiva cuyo efecto estructurante llevó a que se produjera un cierto movimiento desde las formas más arcaicas de identificación (imitativa, fusional) a otras, que dan cuenta de un cierto avance en el proceso discriminatorio de subjetivación.

Por otra parte, el discurso, que inicialmente presentaba más bien las características de un relato de acontecimientos cotidianos, o remitía a preocupaciones vinculadas a su enfermedad, planteadas en un estilo de pensamiento concreto, fue haciéndose en alguna medida más rico, en tanto ellos mismos parecían tener una mayor disponibilidad para manejarse con la palabra, abierta a más de un sentido; a establecer relaciones entre pasado y presente, en un acceso diferente a la temporalización; o a vincular lo que le pasa a cada uno de ellos con lo que traen otros integrantes del grupo.

Empezamos a pensar entonces que era posible ayudarlos a sentirse más partícipes del mundo de los humanos, del cual ellos se sienten siempre más o menos marginados, a sabiendas de que cada paso adelante puede, en cualquier momento, anularse por una vuelta atrás.

Algo del orden de un entramado intersubjetivo podría entonces irse armando en la medida que se les ofrece un espacio, que también se inscribe en el tiempo, y que los saca del aislamiento en el cual se encuentran, a través de una

particular relación con los otros. La persistencia del grupo a lo largo de los ocho años, seguramente tuvo de por sí un efecto de historización, posibilitando resignificaciones de vivencias anteriores que no habían llegado a tramitarse psíquicamente, manteniéndose como verdaderos cuerpos extraños, alejados de toda significación posible.

Atendiendo a algunas señales que nos daban los propios pacientes, cuando deambulaban durante horas, al terminar el grupo, por los corredores del hospital, llegamos a pensar en la utilidad de crear un espacio intermedio entre la actividad de psicoterapia y el mundo exterior, para ayudarlos a procesar lo trabajado en la sesión y ofrecerles otro ámbito favorecedor de una elaboración psíquica que a la vez reforzara el investimento narcisístico que recibían en la psicoterapia. Probablemente, en un nivel menos consciente, esta ocurrencia nuestra surgió como una necesidad que respondía a la propia evolución del grupo en cuanto a disponer de nuevas formas de comunicación por la palabra.

Y así nació el taller de escritura<sup>37</sup> que no sólo resultó un complemento terapéutico importantísimo del Grupo de Escucha, sino que abrió un panorama muy rico en la tarea de investigación que hemos iniciado.

Quisiéramos referirnos brevemente a algunas de las reflexiones que surgieron a partir de esta nueva experiencia del Taller de Escritura, funcionando en paralelo con el Grupo de Escucha.

En primer lugar, resultó sorprendente la respuesta que tuvieron los pacientes a la propuesta del Taller. No imaginábamos que participaran con tanto entusiasmo, que disfrutaran tanto de la tarea, a la vez que asumían el compromiso que implicaba responder a las obligaciones planteadas y que desplegaran sorprendentes posibilidades de trabajo con la palabra. Se constituyó claramente en un espacio lúdico que los estimulaba al juego, pero también hacía surgir en ellos una creatividad que ellos mismos no sospechaban.

Otro aspecto imprevisto fue la separación radical que hicieron al principio



entre el Grupo de Escucha y el Taller. Mientras llevaban toda la locura al Grupo, en el Taller desplegaban sus aspectos más sanos. Esta conducta nos planteó interrogantes en cuanto a la estrategia terapéutica más adecuada. ¿Convenía forzarlos a juntar lo que pasaba en uno y otro espacio, o había que respetar esa separación que ellos habían establecido? Decidimos elegir ese segundo camino, aceptando los tiempos que ellos mismos nos marcaban, y después de algunos meses pudimos ver que lo trabajado en un lugar llegaba al otro espacio, en alguna medida resignificado con las características que el propio encuadre le otorgaba.

En este sentido, hay un texto del Taller de Escritura en el cual un paciente hace una significativa transmisión de su locura y que nos parece sumamente ilustrativo.

Marcelo (un paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide), escribe para el Taller de Escritura, unos meses después del comienzo del mismo:

“En uno de esos días especiales, aparece, en una noche de primavera de temperatura elevada, corriendo, marcando su rumbo por el centro de una avenida artificial e iluminada. Corriendo hacia un horizonte lejano en busca de su destino, como queriendo llegar, avanzar, dejar atrás.

Sube a su nave elíptica de diseño aerodinámico y viaja a otro lugar. Al llegar desciende sobre el terreno de su casa, vestido de rojo, azul y negro, en ropa de batalla, pelo semilargo electrificado, luminoso, ondulado, entrecruzado y desprolijo. Ojos fosforescentes, brillantes e incandescentes, vidriosos y llorosos por el fuerte viento que parece filtrarse por su piel. Cara con barba y precoz bigote.

Cuerpo templado, espigado, bastante robusto, rasgado, accidentado, energético y vital.

Manos fuertes, grandes, largas, voluptuosas, sudorosas y calientes.

Con su aparato de música digital, lo enciende, sube su volumen, saliendo de

este una música rítmica de extremada fidelidad y nitidez que lo eriza, lo induce, lo provoca, lo estimula a buscar respuestas en él, lo que otras veces lo seda y lo deja como suspendido en el aire.

Dirige su mirada al cielo que se torna rojizo y nuboso y pronto se desata una fuerte y rígida lluvia eléctrica que lo moja y adhiere su ropa al cuerpo.

Y se pone a caminar dentro de su casa, a observar y disfrutar de un paisaje febril e irregular, una naturaleza en conflicto, salvaje, sonora, amenazante, soberbia, imponente, pura en esencia, con truenos y relámpagos furibundos como si se quisiera asociar, comunicar, consolidarse con ello, como si esto lo complementase y le perteneciera.

Un ser misterioso, enigmático, sugerente, intuitivo, de sonrisa rabiosa y delimitada, de hipersensibilidad en todos sus sentidos, diferente a todo lo conocido y por conocer, expresivo, proyectable, sereno, a veces algo impulsivo; al que no le gusta que le hagan daño, al que no le venden espejitos de colores.

Un ser rencoroso que le cuesta olvidar y perdonar, que tiene capacidad de comunicación sensorial y poder de transformación, telepático, el dios, eterno confiado en si mismo.

De creación, origen y naturaleza desconocida.

Tal vez porque no reconoce a sus padres que pierde la noción del tiempo y la referencia con la realidad.

De voz fuerte, estruendosa y a veces un poco áspera.

De arraigada y completa justicia, que juega con la perfección y la imperfección, partiendo de esta última para llegar a la primera, concibiendo así lo absoluto.

Y me dije este fue, es y será Marcelo.

Despierto. Me encuentro en un hospital, destruido, atado de patas y manos, con cinco Nozinan y seis Haloperidol encima, con un moreno grandote, medio gordo, que me custodia y me mira serio.

Luego se acercan algunos doctores, me miran, me interrogan como

preguntándose qué le pasará, en qué estará pensando este espécimen.

Pero recupero la libertad, llego a mi casa y veo que la nave se me fue. Pero igual me queda una Graziela con aire acondicionado, marcha atrás y ruedas patonas, que está bastante bien”.

La descripción que este paciente nos hace de su experiencia delirante nos lleva a viajar junto a él en su nave cósmica y nos enseña a ubicarnos de otra manera frente al psicótico en los momentos de agudización de su delirio. Y en ese trayecto, aprendemos más acerca de su drama que lo que muchos libros nos pueden enseñar.

Pero también es cierto que Marcelo, a consecuencia de los años de trabajo en el Grupo de Escucha y ahora, del Taller de Escritura, pudo encontrar las palabras para transmitir sus vivencias que oscilan entre la grandiosidad y el desamparo, o entre una tormentosa violencia y la pasividad y sometimiento propios de su condición de enfermo.

## **El Taller de Escritura**

### **Susana Poch**

#### *El inicio*

En julio de 1995 fui invitada a participar de una experiencia: organizar un taller literario para pacientes psicóticos. Se trataba de diseñar una actividad y un espacio distinto al terapéutico, donde los integrantes pudiesen trabajar con la palabra. La propuesta era amplia y fue preciso acotarla: trabajar con la palabra escrita.

Un taller de escritura, entonces. En el taller la tarea central es escribir e ir descubriendo, en virtud del propio trabajo de escritura, algunos de los mecanismos y procedimientos que la producen. Al mismo tiempo, a través del comentario, reconocer ciertos criterios que son usados por distintas

comunidades interpretativas para decidir en qué casos un texto es considerado literario o no.

Entendí siempre que la escritura es una práctica accesible, posible para todos y a la que pueden llegar no sólo los “genios”, “talentos” o “profesionales”, bendecidos por un don especial y favorecidos por las musas o la inspiración divina. No debía ser diferente en el caso de pacientes psicóticos. Sostengo, también, que la escritura es un trabajo, una praxis vital cuya meta no es reflejar, embellecer o cambiar la realidad usando para ello las palabras. Escribir es apropiarse del mundo textual y extratextual.

Fracturarlo y rehacerlo desde el lenguaje y con el lenguaje, para lanzar nuestra palabra hacia el afuera, hacia los otros.

Si bien es imposible dejar de considerar las perturbaciones y dificultades de simbolización, pragmáticas, sintácticas o semánticas de los integrantes, pienso que nociones tales como loco, cuerdo, enfermo, sano, psicótico, neurótico, normal o anormal, no son pertinentes cuando nos alejamos de la instrumentalidad del lenguaje y nos sumergimos en la coexistencia de sentidos, en la ambigüedad, la alusión, la opacidad; en la incertidumbre de la palabra y el placer que esta incertidumbre provoca. Trabajo y placer no necesariamente deben estar disociados, de modo que, tan importante como escribir es hacerlo con alegría. En el taller, entonces, nos aventuraríamos en el complejo juego de la polisemia, de la connotación, la ficción, el símbolo. Es decir, en el complejo juego de la literatura.

### *Las reglas del juego*

¿Cómo comenzar a jugar sin fijar las reglas? De allí que la primera reunión del taller estuviera dedicada, además de presentarnos, a establecer nuestros acuerdos básicos. La actividad fue planteada como optativa, a realizarse después de la sesión de terapia, con una duración entre 45 minutos y una hora. En esa reunión enuncié también las reglas de “nuestro” juego:

- El objetivo del taller es la producción literaria, con la palabra escrita, (aunque no descartamos el relato oral), a partir de consignas.
- La libertad para usar las palabras es total: se puede jugar con ellas o romperlas; mezclarlas o alterarlas. Del mismo modo, no existen “malas palabras” o feas o prohibidas.
- En el texto escrito, todo vale. Nada es imposible ni está prohibido.
- Puesto que limitaciones de tiempo impiden que los textos se escriban en el taller, los que fueron elaborados en la semana serán leídos en voz alta en el grupo y comentados por todos.
- En el taller, ningún texto está “mal escrito”. Todos, sin excepción, son aceptados sin considerar los errores (ortográficos, sintácticos, de puntuación, etc.).

Las bromas y el buen humor que se iban tejiendo en contrapunto con mis palabras indicaban que las reglas eran aceptadas por el grupo. Había acuerdo y el trabajo comenzó.

### *Las consignas*

¿Qué es una consigna y para qué sirve? Es un disparador para incitar a escribir, una propuesta para producir un texto. Sus objetivos son: plantear un problema, movilizar saberes y recursos para resolverlo, o bien utilizar algún material o procedimiento literario. La consigna —que se puede acatar o no— se enuncia sin dar pautas de cómo cumplirla. Por un lado, porque no existe un único modo de realizarla. Y por otra parte, porque se trata de favorecer que los participantes recurran libremente a sus conocimientos y capacidades literarias. Precisamente en esta tensión entre desconocimiento y saber, entre límite y libertad, entre palabra y silencio, radica la potencia de las consignas.

Las propuestas pueden poner en marcha un texto a partir de una palabra, una frase, otro texto, o bien de una imagen, un sentimiento o una situación. Permiten

desarmar y rearmar un texto; reconocer o producir un procedimiento. Inventar universos posibles o imposibles.

Durante la primera etapa del taller, cada una de las propuestas fue un disparo en la oscuridad. Desde ya que no todas tuvieron la misma capacidad de inducir al trabajo. Algunas resultaron muy productivas, en tanto favorecieron cambios cualitativos en la escritura de varios participantes; otras, la mayoría, fueron graduando el acercamiento al mundo de la literatura y su especificidad. Unas pocas resultaron paralizantes. No obstante, el fracaso no alteró la alegría y la curiosidad con que cada jueves, cuando estamos por terminar, me preguntan “¿Y profe, cuál es la consigna para la próxima?”.

### *Los primeros textos*

Casi todos los primeros textos producidos en el taller —de los cuales los citados a continuación son tan solo unos breves fragmentos— eran un mero registro, una crónica del presente o de un pasado actualizado. Reconstruían denotativamente el contexto de lo cotidiano; el “yo” de la enunciación se afirmaba idéntico al del enunciado, el lenguaje era transparente.

*Yerno. Me resulta gracioso porque enseguida asocié la palabra por los comentarios hechos por la gente con respecto a la relación yerno-suegra. (Mónica).*

*Estimada Madrina: deseo que te encuentres bien. Miguel está haciendo changas, porque no tiene trabajo fijo. Bueno, aquí me despido con el más fuerte abrazo y beso de tu ahijada que te recuerda del otro lado del Plata. (Juanita).*

Resulta evidente que ninguno de los atributos asignados por cierto imaginario a las obras de famosos escritores “locos” —Joyce, Fijman, Artaud— podían detectarse en los textos del taller. Ni rupturas ni innovaciones. Ni desvíos ni transgresiones. Nada de atmósferas alucinantes ni personajes densos. Sin embargo, ciertos destellos de “literaturidad” iluminaban algunos de esos textos:

*Es bueno soñar la tibieza del sol en un día nublado y poder despojarse de lo real que nos agobia para imaginar lo que nos alivia. (Mónica).*

*En donde no sirve la brújula; cuando la noche es más oscura, surge de su sepultura el temible Conde Drácula. (Miguel)*

*Al hablar del invierno estoy como citando directa o indirectamente algo interno. (Marcelo)*

Imágenes, cenestesia, oposiciones, paralelismo, asociación fónica, rima, parodia, un esbozo de metáfora. Estos procedimientos serían puntos de apoyo para construir nuestro puente hacia la literatura. Otro punto de apoyo es la noción de ficción.

*¿La única verdad es la realidad?*

Era infalible. Cada vez que para tratar de liberar a un texto de su servidumbre al referente yo sugería la posibilidad de producir con la escritura un “efecto de realidad”, el rechazo del grupo era unánime. Además, todos-sin excepción, sentían una especial necesidad de enfatizar que el texto era la realidad, no su representación. “Mirá que lo que escribí pasó en la realidad, es verdadero”, insistían. El valor supremo de un texto literario, para este grupo, era ser verdadero.

Afirmando la “verdad” estaban indicando que el texto describía un referente real, no un delirio ni una alucinación. Si valor de verdad estaba equiparado a valor de salud, entonces nada había que temer: el texto es normal”, es “sano”.

Para llegar al reconocimiento de que esta noción no era pertinente en literatura y que la realidad literaria es una instancia diferenciada del delirio, fue necesario recorrer diversos caminos. Comenzamos nuestro itinerario dotando de identidad a los textos producidos en taller, ubicándolos en la serie literaria. Era fuente de enorme placer establecer la pertenencia de esos textos a un género, a

una escuela, a un momento histórico. Querían saber más y preguntaban. “¿Cómo se llama esto que escribí?”. Y al darle un nombre (una comparación. un texto argumentativo) sentían que sus palabras no surgían de la nada o del interior de su locura.

### *La ficción del delirio*

Sostenidos por los dos sentidos de la palabra ficción, fingir y modelar, nos arriesgamos por otro sendero al mundo de la representación. Se trataba de abandonar la descripción de una realidad preexistente para llegar a la creación de la ilusión de esa realidad.

En esta instancia, fue crucial el trabajo con consignas que favorecieron la invención de geografías, zoologías, personajes, situaciones, tanto como aquellas que apuntaban a desplazar el punto de vista absolutamente autorreferencial hacia otras posibles miradas. Miradas nuevas para ver lo familiar como algo extraño y viceversa.

El texto de Marcelo al que nos referíamos anteriormente, respondió a una consigna formulada de manera muy vaga, algo así como “¿Qué escribirías disfrazado de...?”. Si pensamos que el disfraz al mismo tiempo que oculta, libera, podemos suponer que la consigna podría llevar a que el texto se atreviese a enfrentar lo prohibido o lo temido por vía de la simulación, del enmascaramiento. Podría fingir y de esa manera, tal vez, transformar a las personas “verdaderas” en personajes literarios.

Marcelo eligió su disfraz: el delirio. Sobre este doble movimiento está estructurado su relato. En la primera parte, los enigmas, el distanciamiento del narrador enmascarado en la tercera persona. En el simulacro, las palabras encuentran el coraje de mirar y aludir al delirio. En el segundo movimiento, la revelación y la voz narrativa en primera persona lleva a que caiga el antifaz y surja la identidad asumida: “y me dije, este fue, es y será Marcelo”. Lo que impacta es que el Marcelo, de verdad, se esfuma, porque quien se hace cargo de



su identidad es el lenguaje mismo. No caben dudas de que Marcelo evocó sus delirios, que apeló al archivo de alucinaciones guardadas en su interior, pero resulta evidente que esa materia simbolizada como disfraz y como nave, aquí no es “citada” o “transcripta”. Se organiza en y por las palabras, en una relación que produce nuevos y sutiles sentidos. Marcelo había escrito un texto literario: la ficción de su delirio.

### *El entramado textual*

Cuando programé el taller, demoré la inclusión de la lectura de textos de escritores —conocidos o no por los integrantes— porque temía imponerles modelos que podían frenar su producción. Cuatro meses después, iniciados ya en los rudimentos de la ficción y los procedimientos, nos arriesgamos en la densa selva de palabras escritas por otros. Las diversas consignas se concentraban en realidad en una sola: “muerdan los textos aprópiense de ellos, imítenlos, transfórmenlos; son de ustedes”. Lo hicieron. Con alegría y con placer, asumiendo que esa realidad que estaban palpando —la literatura— es un patrimonio común de todos nosotros y que también a ellos les pertenece.

Los textos de Oliverio Girondo y Felisberto Hernández los golpearon con fuerza, y, embarcados en ellos, escribieron relatos y poemas “a la manera de Girondo”, con densidad y riqueza de sentidos. Rechazaron de plano a Nicolás Guillén y demostraron una respetuosa indiferencia por Benedetti. García Lorca suscitó dispares adhesiones. A partir de este momento, comenzaron a traer al taller poemas de García Lorca, Rega, Molina, Girondo, Líber Falco, Juana de Ibarbourou y Francisco Luis Bernárdez. Más voces para el contrapunto textual.

En los doscientos textos producidos en el taller hasta ahora es posible recorrer el derrotero personal que cada uno de los participantes trazó para evadirse del surco de la realidad, construyendo la literatura.

Las narraciones de César y Juanita exorcizan, a veces, la tentación de “lo real” ensayando otras miradas y perspectivas, con humor e ironía. En ellos, estos

recursos son aún tímidos e incipientes, pero la creación de nuevos universos y la parodia de viejos relatos infantiles les permitió liberarse de las exigencias tanto referenciales como de sumisión a modelos literarios considerados “valiosos”.

También la escritura de Julio —aparentemente la más elaborada— era tributaria de una concepción estereotipada de lo literario. Sus metáforas se habían cristalizado. Una rígida coherencia anclaba los sentidos en procura de univocidad, tal vez por temor a una “loca” “delirante” multiplicación de significaciones. El control lo llevaban a cabo en base a lugares comunes que funcionaban como los espacios textuales de la seguridad. Cuando la escritura de Julio rompe el escudo de los estereotipos que, supuestamente, contenían el desborde (“ensalada de sentimientos”, como denominó Julio a ese caos), aparece una voz infantil que comienza a jugar con las rimas, los ritmos y los sonidos. Las mismas imágenes de la infancia que aparecían en sus cuentos, se resemantizan a través de la música de las palabras. Lejos aún de ser considerados” poesía, los versos de Julio sin embargo son su manera de explorar los complejos modos de producir significaciones.

En el polo opuesto, los confusos textos de Mónica, con vacíos de sentido producidos por omisiones de palabras, incoherencias, y alteraciones en la construcción sintáctica, siguieron el camino de la búsqueda de coherencia. La misma que limitaba las posibilidades literarias de la escritura de Julio adquiere en los textos de Mónica un valor positivo. Un uso más adecuado de los signos de puntuación ordena la sintaxis y la inteligibilidad instaurada favorece el enriquecimiento semántico.

El mundo que presentaban las crónicas de Mariano estaba dominado por el tiempo presente. Un mundo donde sólo el comentario y el registro eran posibles. Un mundo sin prospección, sin potencialidad y sin relieve. La incorporación de nuevos tiempos verbales —el imperfecto y el condicional— matiza ahora esas crónicas con suaves pinceladas de narrativa. Al mismo tiempo, un esbozo de distinción entre persona y personaje y, por otra parte, un incipiente

reconocimiento de la diferencia entre delirio y ficción (fantasma y fantasía) está separando a la escritura de Mariano de la servidumbre a lo “real”.

Sólo los textos de Beatriz se animan a curiosear tanto en la mimesis del diálogo como en la gramática del relato y en la complejidad de la metáfora y la metonimia.

El taller está propiciando una escritura que tiende a lo literario, a la polisemia, la ambigüedad, la opacidad del lenguaje. Al texto entendido como productividad y no como reproductividad. De una escritura denotativa fue posible acercarse a la connotación. Son muchos los textos que hoy nos asombran y maravillan por su riqueza, por su densidad, por su “literaturidad”. En el entramado que se fue tejiendo, los textos dialogaron entre sí, con las consignas y con otros textos. Polemizaron con fantasmas y delirios. Se unieron con los materiales del infierno y paraíso. Imposible suponer que el derrotero marcado por cada participante es una línea recta. También se registran detenciones en el ritmo, demoras, retrocesos. Pero en la medida en que de la agonía y el desafío nace un texto bellamente tejido, en cada reunión se renueva la alegría de constatar que es posible una práctica de la escritura literaria, y no menos importante, una práctica placentera.

## **El Grupo de Escucha**

### **Eva Palleiro**

En el Grupo de Escucha también se produjeron cambios, en este año de trabajo en paralelo con el Taller que, a nuestro entender, resultan sumamente significativos. Los pacientes pueden hablar mucho más de sus vivencias; han logrado un acercamiento a la palabra mucho mayor, que les permite comunicar lo “loco” de otra manera y al mismo tiempo contactar con ese mundo interno que les era inaccesible, en el cual se encuentran con la agresión, el delirio, la locura, el incesto, el amor, la soledad, los sueños, la sexualidad, la muerte.

Es en este sentido que quisiéramos mostrar algunos fragmentos de sesiones

que nos parecen reveladores en cuanto a los cambios que ha tenido Mariano, un paciente esquizofrénico que tiene varios años de trabajo en el Grupo de Escucha y que concurre regularmente al Taller de Escritura.

Mariano ingresó al grupo en 1990. En ese momento tenía 30 años. Concurría siempre correctamente vestido y en cualquier encuentro, ya sea en el hall del Hospital o en el corredor, cumplía con las “normas sociales” propias de cada situación. Sin embargo, en el grupo resaltaba su frialdad afectiva, al punto que el resto de sus compañeros lo llamaban “Robocop”. Por esa época permanecía callado gran parte de la sesión y cuando hablaba llamaba la atención lo desafectivizado y descarnado de sus expresiones, que a la vez tenían un carácter de racionalismo mórbido.

Extractamos un fragmento de sesión para mostrar cómo lo veían los otros pacientes del grupo.

Estaban hablando de la necesidad que tienen de afecto de otras personas.

Julio: Vivimos en un mundo con los demás. Si yo no tuviera el amor de mi sobrina, de mi madre, de Eva y de Eduardo, no estaría, no podría vivir.

Jorge: Pero además tenés que aprender a estar solo, a estar tranquilo. Yo trabajo en el Canal y si tengo que poner las bombitas o cambiar el Tubo Lux, no tengo tiempo para estar dándome manija, y puedo estar solo. Si no, siempre precisás de otro.

Javier: Pero tampoco es eso. Yo vivía antes en el “mundo”. Tenía una discoteca, bailaba mucho, pero no me sentía bien. Entonces me quedé callado, pensé muchas cosas, unas las descarté y otras las pienso ahora. Por eso me llaman loco. Pero ahora estoy bien.

Julio: Vos estás como Mariano, que vive tranquilo. Es como insensible. Cambian los terapeutas y para él todo está bien. A él nada le molesta y yo me muero.

Esta era la imagen de Mariano durante los primeros años de su permanencia en el grupo. Sus intervenciones muchas veces tenían que ver con la medicación. Era habitual que trajera medicamentos para sus otros compañeros.

En algunas oportunidades habló de su delirio:

“En esa época todo debía ser blanco. Me vestía de blanco, me entalcaba la cara de blanco, sólo tomaba leche porque era blanca. Era la época que cortaba los buzos o las camisas en tiritas bien finitas, así, a lo largo, y a los rompavientos los degollaba con el bisturí”.

En octubre del '94, cerca del cumpleaños de uno de los terapeutas, Mariano decidió traerle un regalo.

Mariano: Eduardo, te traje un regalo. Es muy importante. (Y le entregó una máquina de afeitar Bic).

Eduardo, algo asombrado, se lo agradece y Mariano le aclara.

Mariano: Es el filo, es lo más importante.

Eduardo: Gracias, creo que me va a ser muy útil.

Mariano: Creo que no entendés, el filo es lo que te estoy dando con el regalo.

Es como quien da un bisturí. Además se lo estoy dando a un médico.

Eduardo: Sí, recuerdo, un médico—un bisturí.

Un médico—un bisturí es algo que Mariano había traído en otras oportunidades y que se pudo vincular con el bisturí que utilizó el médico que le amputó la pierna a su padre, hecho que Mariano consideraba que, junto al abandono de su familia, lo llevó a enfermarse.

Mariano: Qué horrible lo que salió en la TV ayer, ¿no lo vieron? Eso nos perjudica a todos.

Terapeuta: No sé, ¿qué pasó?

Mariano: Dieron la noticia de un loco que apuñaló y degolló a la madre. La policía lo detuvo y lo iba a ver el forense.

Marcelo: Sí, pero si lo declaran esquizofrénico no va a la cárcel, va para el Hospital Vilardebó.

Mariano: Claro, a la Sala 11, son las cárceles de los médicos, ahí van los locos peligrosos.

Terapeuta: ¿Y a ustedes qué les pareció, les asustó la noticia?

Duncan: Yo creo que fue un extremo.

Marcelo: Sí, cuando yo estaba enfermo le tiré un cascotazo a mi madre, pero eso de degollar creo que es un extremo más raro.

Mariano: Cuando yo estaba enfermo degollaba los buzos rompevientos, con un bisturí alemán, pero era un símbolo, representaban seres humanos, pero no lo eran de verdad.

Mariano: Una vez en la radio de Colonia hablaban de la esquizofrenia. De la palabra, ¿entendés?, como quien dice anófeles, o cualquier otra especie de insecto o animal, sin pensar en la persona. Yo pensé en llamarlos a la radio y decirles que yo era un paciente esquizofrénico, y que no era así. Pero después pensé que iban a decir “Bien de loco”, y era peor.

Terapeuta: A mí me gustaría saber qué es para vos esquizofrenia.

Mariano: Esquizo es división, y frenia no me acuerdo lo que quiere decir.

Terapeuta: Pero eso suena a aprendido. ¿Qué es tu experiencia personal?

Mariano: Es eso, es que te dividías, te hacés pedazos, te esparcís. No es aprendido, es eso.

Terapeuta: ¿Y qué hacés en ese momento?

Mariano: Copiás algo. Un profesor de la Facultad de Bellas Artes nos decía que “ser un humano es actuar adecuadamente en cada situación”. Es como ser un gran actor. Yo cuando estaba enfermo actuaba que era vendedor de algodón y visitaba a los dentistas.

Toda la enfermedad es un símbolo. Cuando yo cortaba los buzos, yo mismo fui a la Policía a buscar el bisturí, porque no tenía cola de paja. Una persona que en realidad quiere lastimar a otro no va a buscar el arma. Los milicos se dieron cuenta y me lo dieron.

El bisturí lo rompí, y así se murió un médico. ¿Te acordás? Un médico, un bisturí.

Marcelo: Pero esas ideas son delirantes.

Mariano: Vos sabés que yo pienso así, yo soy crístico, no cristiano. Ahora tengo un bisturí nuevo y es alemán. En Colonia Suiza yo vivo en la casa de Menguele, ¿ustedes saben quién era? El no era malo, no mató a nadie, sólo les deseaba el máximo bien a los judíos.

Terapeuta: ¿Qué es para vos el máximo bien?

Mariano: Es la muerte digna. Como les deseo el máximo bien a ustedes. No quiere decir que mueran ahora, sino que mueran cuando tengan que morir, pero con dignidad. Cuando yo estaba enfermo el Dr. Menguele me dijo lo que iba a pasar, Menguele no era malo. Yo compré unas latas judías.

Terapeuta: Vos hablás de Menguele, del bisturí alemán que tenés ahora, de un médico, de un bisturí, y también que compraste latas judías. Yo creo que de alguna manera tomaste el papel de Menguele, como en otro momento tomaste el del vendedor de algodón.

Mariano: Cuando yo era vendedor de algodón actuaba el papel. Pero ahora no estoy enfermo.

Los terapeutas tratamos decirle algo en relación a su identificación con Menguele, pero Mariano no nos comprende.

Mariano: ¿Me hacés la receta para el próximo jueves, para el pasaje de ómnibus?

Terapeuta: Cómo no, pero ¿a nombre de quién la hago, de Menguele o de Mariano Peña?

Mariano se ríe, y dice:

Mariano: La doctora siempre tiene esas cosas. A nombre de Mariano Peña.

Han pasado dos años de la sesión anterior, y en este momento el grupo terapéutico está funcionando en paralelo con el taller de escritura. Transcribimos un fragmento de una sesión que transcurre aproximadamente a los dos meses de comenzar el taller de escritura.

Julio: Yo estoy mal. Llega esta época del año y empiezo a caer en esos pozos. El otro día vos me hiciste ver que de pronto siento culpa por lo de Guillermo, y pienso que sí, aunque ni se me había ocurrido. Lo que pasa es que con Guillermo éramos como hermanos. Todo el día juntos, sentíamos el mismo amor por las mismas personas, me acuerdo que nos quedábamos juntos hasta las 3 de la tarde en el Hospital. Esperábamos los dos a Eva para bajar, porque para los dos tenía sentido. También fuimos juntos a ver a Eduardo al Pasteur. Lo extraño mucho. También extraño a Alberto. El grupo ahora no me gusta. Todo cambió.

Jorge: Sí, todo cambió.

Terapeuta: Cambió porque vivimos algo tan doloroso como la muerte de un compañero. Eso duele mucho. Pero también vivimos. Muchos compañeros vuelven, como Juanita, y eso es muy bueno.

Mariano: Yo le traje a Julio este artículo de la revista sobre el suicidio. Aquí dice que por cada homicidio que vemos en la TV hay dos suicidios. O sea que se mata una cantidad de gente, y ese dato se oculta. Porque es algo que da vergüenza, o que está contra la religión. Yo cuando lo leí me preocupé mucho por Julio, porque siempre está con eso de matarse,



por eso le traje el artículo para que lo lea, se informe y lo prevenga.

Marcelo: Qué lindo gesto el de Mariano, él que siempre está tan insensible, cómo se preocupó por Julio y se lo trajo.

Terapeuta : —Viste Mariano, pudiste sentir amor y expresarlo, con lo que le diste a Julio.

Mariano: Sí, (nos mira complacido)

Terapeuta: Expresaste amor y no le diste el blanco.

Mariano: Pero Eva, por favor, ¿y las hojas? Son blancas. Siempre está el blanco.

En otra sesión están hablando del amor y Mariano dice que amor es dar el blanco.

Terapeuta: ¿Qué quiere decir eso para ti?

Mariano: Eso, amor es dar el blanco. Cuando vos estás con una chica le das el blanco porque la querés.

Mónica: Eso del blanco es cuando estabas delirando.

Mariano: En parte sí, pero creo eso, amor es dar el blanco.

Terapeuta: ¿El semen?

Mariano: Claro, vos le das el semen que es blanco.

Terapeuta: Pero hay muchas formas de amor. En el amor a tu madre, ¿también le das el blanco?

Mariano: Claro que sí, le doy hidróxido de aluminio (Gelal).

En una sesión reciente se ponen de manifiesto los cambios que se han ido dando en Mariano a lo largo de todos estos años de trabajo.

Mariano: Cuando yo estaba loco perdí todos mis amigos. Digo, cuando estaba delirando. Porque claro, el delirio es destructivo. Pensé que

cuando yo deliraba “cortaba buzos”, decía que les deseaba el máximo bien, ¿y qué es el máximo bien? Es la muerte. Y eso es agresivo.

Daniel:| ¿Cómo es eso?

Mariano: Claro, fijate que yo les decía que yo les deseaba la muerte y es lógico que se alejaran.

Fabián: Yo no te entiendo, porque a veces como ahora hablás de esto como que ya fue, pero a veces hablás en presente, muy convencido de esta idea.

Terapeuta: Yo creo que en Mariano coexisten esos dos aspectos. Por un lado se adhiere a su delirio y por otro sabe, igual que nosotros, que eso no es así.

Mariano: Es cierto, yo no lo tengo claro. En cierta forma tengo como una confusión, porque yo digo “mi delirio” pero en realidad creo gran parte en él, porque sigo siendo espiritista (es importante señalar que no dijo “crístico”).

Mónica: Qué entrevero que tenés.

Mariano se pone triste. Una vez finalizado el taller de escritura le preguntamos “¿Qué te pasa Mariano, estás triste?”

Mariano: No, no estoy triste. Estoy melancólico, no sé por qué. El próximo jueves no puedo venir porque tengo que cobrar y eso no lo puedo cambiar. El día y la hora coinciden con el grupo.

Terapeuta: Me quedo preocupada. Cuando llegues a Montevideo, el miércoles, llamame por teléfono y me contás cómo estás. ¿Tenés mi teléfono, verdad?

Mariano se ríe, y responde “Por supuesto que lo tengo”.

A la sesión siguiente Mariano vino. Dijo que se dio cuenta que podía venir al grupo aunque sea 45 minutos e ir a cobrar después. Pero el que vino fue el

Mariano de hace dos años, Menguele, Robocop, el crístico.

Un mes después Mariano se muestra nuevamente en proceso de cambio. Se lo ve más flexible, más volcado hacia los demás, con una sorprendente capacidad de intuir lo que les pasa a los otros.

### *Algunas reflexiones finales*

Es difícil y prematuro arriesgar demasiadas hipótesis acerca de los fundamentos teóricos de esta tarea así como de los cambios producidos, tanto en lo referente a los factores determinantes como a las características de lo que estructuralmente podríamos considerar que se ha modificado en los pacientes.

Lo que sí podemos decir es que pueden hablar mucho más de sus vivencias, han logrado un acercamiento a la palabra mucho mayor que les permite comunicar “lo loco” de otra manera y al mismo tiempo contactar con ese mundo interno que les era inaccesible, en el cual se encuentran con la agresión, el delirio, la locura, el incesto, el amor, la soledad, los sueños, la sexualidad, la muerte. Estos cambios, que se han dado tanto en su producción escrita como oral, son particularmente marcados a nivel de la escritura, en la que alcanzan una riqueza. Por otra parte, también se han modificado en alguna medida sus vínculos con el mundo externo, posibilitando reinserciones laborales o familiares que parecían imposibles de lograr. Sus crisis agudas se hicieron más espaciadas y muchos de ellos disminuyeron la medicación.

Esta experiencia nos ha llevado a valorar fundamentalmente los efectos de un acceso a la palabra que pasa por el hecho de ser escuchados, escucharse entre ellos, buscar las palabras para comunicarse verbalmente o por escrito y jugar con las palabras.

Podríamos pensar que de esta forma estaríamos trabajando en un terreno próximo a la que Bolas ha denominado segunda estética.

... “que la madre facilite la experiencia de formación de palabras y que el infante aprenda la estructura gramatical, constituyen las transformaciones más

significativas del código expresivo que éste trae consigo... Con la palabra, el infante ha descubierto un nuevo objeto transformacional que facilita la transición desde una privacidad hondamente enigmática hacia la cultura del poblado humano”.

Desde otra perspectiva, se puede también plantear que la función ligadora del preconscious que da cohesión al discurso, fundamental para la elaboración secundaria, y que falla en estos pacientes como en todas las patologías narcisistas severas, estaría particularmente estimulada por este tipo de trabajo. Una mayor apertura a la fantasía, les permitiría salir del encierro propio de un mundo que oscila entre el delirio y el pensamiento concreto, ligado exclusivamente al registro de los acontecimientos.

Por otra parte, el papel de la transferencia, que vehiculiza afectos, permite entender hasta qué punto la dedicación y el entusiasmo del equipo en general, promueve una narcisización que indudablemente juega un papel importantísimo para estos pacientes —cuya vivencia de desvitalización los condena a la marginalidad y el aislamiento— dando lugar a que desarrollen potencialidades que hasta el momento no se habían puesto de manifiesto y que, tanto para nosotros como para ellos, constituyeron un descubrimiento.

## **Resumen**

Una experiencia de investigación con pacientes psicóticos que integran un grupo psicoterapéutico coordinado por dos psiquiatras y paralelamente un taller de escritura que coordina una profesora de literatura.

Algo del orden de un entramado intersubjetivo se ha ido constituyendo en el marco de una dinámica grupal que responde a los efectos que resultan de un trabajo con la palabra, en su doble vertiente, oral y escrita.

Los cambios que se han dado en los pacientes, en cuanto a la mayor riqueza de posibilidades respecto a la disponibilidad de la palabra para comunicar sus vivencias, y en la disminución de las estereotipias en el lenguaje —

particularmente en su producción escrita, aun que también en el Grupo de Escucha se fue dando un cambio cualitativo en el discurso— abren múltiples interrogantes que sin duda estimulan a seguir pensando en los problemas que se plantean a partir del trabajo con pacientes psicóticos, en el registro de la palabra.

Esta experiencia, nos ha llevado a jerarquizar un acceso a la palabra que pasa por el hecho de ser escuchados, escucharse entre ellos, buscar las palabras para comunicarse verbalmente o por escrito y jugar con las palabras.

Asimismo valoramos particularmente el papel de la transferencia, que vehiculiza afectos y permite entender, hasta qué punto, la dedicación y el entusiasmo del equipo en general promueve una narcisización, importantísima para estos pacientes —cuya vivencia de desvitalización los condena a la marginalidad y el aislamiento— dando lugar a que desarrollen potencialidades que hasta el momento no se habían puesto de manifiesto y que, tanto para nosotros como para ellos, constituyeron un verdadero descubrimiento

## **Summary**

Research experience involving psychotic patients comprised in a psychotherapeutic group coordinated by two psychiatrists and also in a writing workshop coordinated by a literature professor.

Some kind of intersubjective interweaving has been created within the scope of the group's dynamism responding to the effects of working with the word at both the oral and written levels.

The changes shown by the patients as regards an increase in their possibilities to use words as a means to communicate their experiences and as regards a reduction in the stereotypes of language, both in their written and verbal production, open many interrogations which will undoubtedly stimulate an enhanced analysis of problems that arise when working with psychotic patients in the field of language.

This experience has shown us the valuable effects of gaining an access to the

word, when the patients are listened to, listen each other, search the words to achieve a verbal communication, and play with words.

We likewise assign particular value to the role of transference, which acts as a vehicle of affection, where by the dedication and enthusiasm of the team in general promotes a significant narcissization of the patients, whose lack of vitality condemns them to marginality and isolation, and helps them develop a potential which had up to now remained concealed.

Descriptores: PACIENTE / PSICOSIS / INTERACCIÓN COMUNICATIVA /  
GRUPO PSICOTERAPÉUTICO / TRANSFERENCIA /  
TÉCNICA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO / MATERIAL  
CLÍNICO

### **Bibliografía consultada**

**Achugar, Hugo.** “Sobre la ilusión interpretativa”. La Biblioteca en ruinas.

Reflexiones culturales desde la periferia. Montevideo: Trilce, 1994.

**Alvarado, Maite y otros.** El Nuevo escriturón. Buenos Aires: Ediciones El Hacedor, 1994.

**Barthes, Roland.** S/Z. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 1986.

**Bollas, Cristopher.** La sombra del objeto. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

**Coromirias, Joan.** Breve Diccionario Etimológico de la lengua castellana. Madrid: Editorial Gredos, 1976.

**Freud, Sigmund.** El yo y el ello. T. XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

**Gaddini, E.** Cambios en los pacientes psicoanalíticos hasta nuestros días. Monografía I.P.A. N° 4, 1984.

**Green, A.** De Locuras Privadas. Buenos Aires: Amorrortu. 1994.

**Jacobson, E.** El self y el mundo objetal. Buenos Aires: Editorial Beta, 1969.

**Kerbrat-Oreccioni, C.** La connotación. Buenos Aires: Hachette, 1983.

**Kuhn, Th.** La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE, 1975.

**Laplanche, J.** La prioridad del otro en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.

**Liberman, D.** Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico. Buenos Aires: Galerna. Tomo 1, 1970. Tomo II, 1971. Tomo III, 1972.

**Mendilaharsu, C y S.** Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis. RUP 66, 1987.

**Pampillo, G.** El taller de escritura. Buenos Aires: Editorial Plus Ultra, 1982.

**Rodari, G.** Gramática de la fantasía. Buenos Aires: Ediciones Colihue, 1973.

**Winnicott, D.** Realidad y Juego. Buenos Aires: Granica, 1972.

## La otra lengua: un espacio de escritura<sup>38</sup>

*Marta Labraga de Mirza\**

La existencia de un Grupo de escucha terapéutico para pacientes gravemente perturbados y un Taller de escritura<sup>39</sup> para los mismos integrantes de ese grupo configura una investigación clínica y una experiencia de creación a la que nos acercaremos reflexivamente para preguntarnos sobre los efectos de las producciones textuales del taller, su articulación con el grupo de escucha y la sorpresa renovada que esas creaciones despiertan.

El contexto en ambos grupos está marcado por el sufrimiento psicótico y por el límite enigmático que este dolor psíquico opone al pensamiento, pero la primera observación que puede señalarse en la actitud y reacciones de los pacientes es la diferencia del manejo del lenguaje en el grupo de escucha y el que aparece en los textos que escriben para el Taller de escritura.

A partir de esta observación y aunque la escritura acompaña tantas veces el discurso psicótico, nos preguntamos: ¿Cuál es el alcance de la organización especial que proporciona esta escritura del Taller, como registro diferente al oral, para estos pacientes con funcionamiento psicótico en el habla? ¿y de qué tipo de escritura se trata?

---

38. Este trabajo fue presentado en el 20 Coloquio de Colonia del Sacramento (18, 19 y 20 de octubre de 1996, “Interpretación: hecho, imagen, relato”) en el Taller que trabajó sobre “Realidad, delirio y ficción en el entramado textual de pacientes psicóticos” como comentario a los trabajos de Fanny Schkolnik y Susana Poch.

\*. Miembro Asociado de APU, Libertad 2489 ap. 903, Montevideo, C.P. 11.300.

39. Sobre la constitución de los grupos y sus coordinadores remitimos al lector a la nota al pie de página



## Escritura y literatura

Un primer deslinde nos muestra que no es esta una escritura querellante o reivindicativa como la de *Las Memorias* de Schreber; no se escribe para alegar y defender, desde un registro paranoico —donde la escritura se desarrolla más habitualmente— porque estamos ante pacientes en su mayoría esquizofrénicos, produciendo de alguna manera *literatura*, en las fronteras del delirio, de la realidad, del sueño, de la ficción.

A través de las creativas consignas propuestas y de los términos empleados para referirse a esa actividad (*Taller literario, cuento, poemas, escribir al modo de Oliverio Girondo, etc.*) podemos convenir que no sólo se trata de un registro diferente al habla, con sus propias reglas y su mayor distanciamiento, sino también de una escritura instituida como *literaria*, sin que nos pronunciemos sobre su valor.

Una escritura que, por lo tanto, se encuentra sometida a un hipercódigo o código de segundo grado con respecto a la lengua natural, que Iuri Lotman llama el “sistema de modelización secundario” y que supone otro nivel de funcionamiento del lenguaje.<sup>40</sup> Un hipercódigo con sus propias reglas formado por las convenciones y normas literarias, así como el conjunto de obras de creación, las retóricas y poéticas explícitas, a veces, pero mayoritariamente implícitas, que constituyen la tradición literaria de toda comunidad lingüística y que sus integrantes han internalizado en mayor o menor medida, al igual que se internalizan con el aprendizaje de la lengua materna una serie de normas sociales junto con las gramaticales. Y aquí nos preguntamos si esto no es un fenómeno ajeno a la psicopatología y a distinciones nosográficas.

Pensamos que al enunciarse la propuesta de trabajar o hacer trabajar la lengua literariamente, se descubre progresivamente la capacidad de este hacer con las palabras que da nombre a emociones y afectos que permanecían inenunciables.

---

del trabajo “Discurso y texto en pacientes psicóticos” incluido en esta Revista.

40. Iuri Lotman, *Estructura del texto artístico*. Madrid, Istmo, 1978.

De este modo, construir un texto que se siente incluido en la institución “literatura”, consagrada por esa tradición de la que hablábamos, constituye una forma importante de socialización y de recuperación por el grupo, da un sentido de pertenencia a la comunidad de una lengua y permite sortear parcialmente la marginación, restaurando un ámbito donde el decir sea compartible.

Como señala Piera Aulagnier, “si el lenguaje se presenta al esquizofrénico como un cuerpo muerto, del que a menudo siente la tentación de apartarse, ello se debe al hecho de que para él el poder de denominación y el poder de significación se han hecho añicos, creando entre ellos un abismo en el que se ha perdido su derecho de ser para los otros portador y creador de sentidos”.<sup>41</sup>

Desde esos *añicos* tengamos en cuenta que los caminos posibles que se le *abren*, según Aulagnier, son: la huida al mutismo, el convencimiento de que la palabra es el equivalente de una cosa o la cosa misma o un cuerpo cuya vida depende de un don de significación hecho por otro; por eso tomará el enunciado metafórico al pie de la letra. (Pensamos que la metáfora propiamente dicha, como producción de un decir nuevo y sorprendente, no existe). El vínculo entre la palabra y el sentido queda cristalizado o también, por último, quedará rechazada toda significación por sentirla como imposición, intrusión o violación de su espacio psíquico y entonces llegará a la creación de un lenguaje neologizante y a-sensato que pretende ser extraño al campo semántico compartido por el conjunto de los otros.<sup>42</sup>

### **Función de las consignas y la transferencia**

Encontramos que estos textos del Taller que presenta Susana Poch producen, sin embargo, algo que podemos llamar un ámbito de metaforización —¿del de todo lenguaje y pensamiento?— y que lo que desde ellos nos llama es la polisemia y

---

41. Piera Aulagnier, *El sentido perdido o el “esquizo” y la significación*. Buenos Aires, Carpeta de Psicoanálisis, Año 1979, p. 22. Traducción de la Revista Topique N° 8.

42. Cf. Piera Aulagnier, ob. cit. p. 22 y ss.

el juego de trasposiciones, o sea, la literaturidad de los mismos. De todos modos, la presencia de imágenes y símbolos literarios no nos habilita a sostener que exista un desarrollo de la función simbólica, desde el punto de vista psicoanalítico, en el funcionamiento psíquico de los que los escriben y que esta es un área central que permanece abierta a la investigación.

Conectamos lo anterior al efecto especial que ejerce la consigna, en la que nos detendremos, y la dinámica grupal. Aquí, se logre algo o nada, el efecto poético es buscado, hay una intención de seguir determinada exploración interior que fue deseada por alguien significativo (la profesora) y no impuesto, sino vivido como un espacio de libertad de comunicación. El efecto estético resulta así muy diferente al de algunos discursos delirantes, donde los neologismos o las imágenes se imponen a quien escucha como un material en bruto sin ese distanciamiento especial que hace operar la función poética, la reflexión del lenguaje sobre sí mismo y ese más allá de la palabra de la escritura literaria.

En otras palabras, estos textos responden a una sintaxis propia, como ese conjunto de caminos indirectos creados en cada ocasión para poner de manifiesto la vida en las cosas” (Deleuze) ellos tienen la posibilidad de convocarnos, no desde una generalidad estereotipada y de clichés, sino desde una singularidad llena de sugerencia y capaz de crear mundos, que apuntan a esa “otra lengua” aunque no lleguen a configurarla totalmente, a esa lengua extranjera que es la literatura dentro de la lengua. Si, como dice Deleuze, el verdadero escritor “saca a la lengua de los caminos trillados, la hace delirar”, la saca del surco,<sup>43</sup> esto no nace sin embargo del delirio. Sólo cuando se conserva una organización y una coherencia que eleva lo singular a lo universal aparece el orden literario: “Cuando el delirio se torna estado clínico las palabras ya no desembocan en nada, ya no se oye ni se ve nada a través de ellas, salvo una noche que ha perdido su historia, sus colores y sus cantos. La literatura es una

---

<sup>43</sup>.7. Deleuze, *Crítica y clínica*, Barcelona, Anagrama, 1996 (1993), p.<sup>9</sup>.

salud”.<sup>44</sup>

Las consignas parecen oficiar en ellos como una incitación a otro delirio, a salir del surco trillado por la lengua materna que los habita y enloquece y escribir rescatándose en “otra lengua”. Recordamos la experiencia de Louis Wolfson en donde el rechazo a la lengua materna lo lleva a una creación sintáctica por medio de descomposiciones y reconstrucciones en base a palabras homófonas o sinónimas, por ejemplo, de otras lenguas, como si operara una terrible traducción simultánea donde todo lo originario de su lenguaje queda a su vez trasmutado, destruido y recreado.<sup>45</sup> Esa creación extranjera dentro de la propia lengua era la única vía de su salud, para no oír y poner a distancia la voz materna (ver nota 1).

Esta “salud” de la creación aparece en el relato de la experiencia del Taller y en los textos que contienen imágenes de tanto poder evocador, aunque estén escritos en una gramática y sintaxis a veces incorrecta:

- “La melancolía resuelve algunos acertijos”.
- “Todas las tardes de otoños me abraza mi cuerpo”.
- “Con una caja de colores en sus manos Julieta intentaba disfrazar un día plomizo que entristecía su alma blanca y chiquitita”.
- “Amar es un trabajo considerable, como contar estrellas, como un soplo de viento, como pintar con yogur el firmamento”.

Por otra parte la nueva situación permite a estos seres, que son pacientes en el grupo de escucha, surgir como otros, liberados en cierta medida del trato como enfermos, a partir de un espacio intermedio mediador entre su “interioridad” enloquecedora y un “afuera” siempre amenazante, espacio lúdico de ilusión, de posibilidades de juego y creación.

---

44. Gilles Deleuze, ob. cit. p. 12.

45. Cf. Wolfson, Louis, *Le squizo et les langues*. Paris, Gallimard, 1970 y *Ma mère musicienne est morte*. Paris, Ed. Navarin, 1984.

Al llevar al Taller de escritura sus producciones se crea en el par escritura–lectura una distancia respecto de la perturbación que provoca la presencia corporal de los otros y sus interacciones, con todo lo que acompaña la oralidad de la palabra: gestualidad, mímica, tono, volumen, que puede ser siempre vivido como extremadamente intrusivo por la temida indiscriminación que lleva a depender y a perderse en el otro.

Justamente, las intensas ansiedades que se producen en el grupo de escucha, tal como son referidas por los terapeutas y supervisores, no parecen surgir en la dinámica del Taller de escritura. Desde el primer encuentro todos los concurrentes escribieron cumpliendo la consigna y leían o mostraban con entusiasmo sus producciones, sin las habituales inhibiciones de los talleres de literatura.

¿Qué podía esa travesía de la escritura en ellos?

Si para la fantasmática neurótica toda producción corporal puede llegar a ser sentida como pérdida o castración interna y quedar así inhibido en la producción intelectual, en estas personas con funcionamiento psicótico sucedía algo diferente. La separación de algo de sí mismos en esos escritos acotados por la consigna, de sus aspectos más persecutorios y terroríficos, pondría a distancia esa “voz materna” que parece habitarlos en la vida cotidiana y la lengua materna sufre una transformación liberadora.

En general podemos decir que la escritura es siempre la de un sujeto para quien el lenguaje se ha vuelto problema y que siente su profundidad y no su mera instrumentalidad y valor de cambio. Aquí ese problema se ahonda porque se trata al mismo tiempo de permitir el surgimiento, aún fugaz, de una función sujeto de la palabra que enuncian, función que les está vedada y opacada por las mimesis, las copias y las significaciones (y deseos por lo tanto) ajenas.

### **El par escritura / lectura**

La escritura parece hacerles soportar la separación, la discriminación que es su

límite y su tragedia psicótica y les permite abrirse a algo desconocido de sí mismos (Como dice Flaubert “no se escribe lo que se quiere”). Toleran, guiados por la función transferencial de la consigna, “fracturar” el mundo y “rehacerlo” (Barthes), aventurarse en esa palabra–otra al punto que pueden escribir “al modo de Oliverio Girondo”, cambiar de perspectivas, cambiar el punto de vista desde donde se desenvuelve un relato. Hay que alejarse y perder para poder acercarse y disponer.<sup>46</sup>

La lectura y la escritura implican que el sujeto pueda aspirar a un dominio y un saber de la lengua, que ésta se vuelva la vía real capaz de satisfacer el deseo de saber, único que puede proporcionarle un estatuto de ser hablante, de sujeto y no de sujeto hablado.<sup>47</sup>

Recordamos siempre esa frase tan sugerente de Freud: “La escritura es, originariamente, el lenguaje del ausente”. Y cómo lo retorna André Green agregando: “mientras que el habla es prisionera de la presencia”. También que “todo escritor está tomado entre el doble y el ausente: el doble que él es como escritor, que muestra una imagen–otra de él mismo (autor muy cerca de ser otro) está en un mundo otro, y el ausente, el que emerge del silencio y al silencio vuelve tan esencial como el primero para la constitución de la obra”.<sup>48</sup> Dice François Ansermet refiriéndose específicamente a la relación entre psicosis y escritura: “¿El otro que supone lo escrito, aún ausente, bastaría para introducir un efecto de tope capaz de detener, por fin, una significación?”<sup>49</sup>

Subrayaría que *la consigna* cumple una función simbolizante justamente en el sentido en que propicia el trabajo de escritura, el trabajo “en ausencia” y desde una ausencia que vuelve “presentes” a la profesora y a los otros del grupo aflorando a través de algo del yo propio con que firman sus escritos. No es uno de los factores menores en las posibilidades llamémosle terapéuticas de esta

---

46. Ver nota 2.

47. Cf. Piera Aulagnier, ob. cit. p. 21.

48. André Green, *De locuras privadas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1990, p. 367.

49. Prefacio a *La psicosis en el texto*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1990. Ver Nota 3.

experiencia, la tolerancia de la ausencia y de la mediación del tiempo de espera de la lectura, junto a esta forma de sostén de la identidad.

La permanencia especial de la palabra escrita se une con la posibilidad repetida de reconocimiento de algo propio o vivido como propio, en algo que no cambia, que al leerse se mantiene y los sostiene. Y que va creando una voz interior que hace un camino distinto al de lo hablado que parece perderse. Esto resulta entonces fundamental en seres que no tienen una integración de experiencias apoyadas en identificaciones estables.

### **Escritura y cuerpo erógeno**

A su vez, la escritura y el modo en que la realizan, que la emparenta al dibujo, por el trazado y las marcas en las hojas, en fragmentos de hojas de cuaderno o incluso en pedacitos de papel de astrasa, parecería crear en su precariedad, sin embargo, un ‘cuerpo metafórico especial, homólogo a un cuerpo libidinal del que por su organización carecen. Libidinizado en el borde de la sublimación sin las violencias tan deseadas y terribles de las mociones incestuosas, por la propia escritura y por el cuidado especial de este otro tan significativo para ellos que en la persona de Susana pasa en limpio y ordena sus “productos”, volviéndolos mas valiosos por ser reconocidos.

Un fenómeno central es que la consigna es una para todo el grupo, un mismo pedido para que todos trabajen sobre lo mismo. Eso organiza, ordena, deja fuera los dobles mensajes enloquecedores. Ella desea algo de ellos, los desea, los desea vivos; hay una meta, hay una espera, hay un próximo encuentro descentrado, diferente a las reuniones de terapia. Se produce otro registro que crea un espacio nuevo donde no llegan a desarrollar un campo simbólico o de eficacia simbólica, pero sí una imaginería profusa de sueño que al ser recogida, limpiada y guardada por la profesora y devuelta al grupo que oye y comprende, resuena para ellos de modo especial emocional y estéticamente.

## **Función especular de la escritura / lectura**

En este funcionamiento habría un compromiso corporal como “solución” parcial a las vivencias de fragmentación psicótica. Hay un paralelismo que regula el acceso a una imagen unificada del cuerpo y a una imagen unificada del lenguaje.

En este par escritura / lectura ¿qué espejo especial crea la página donde mirarse reunidos y no fragmentados, a partir del cumplimiento de la consigna? Al mismo tiempo el fenómeno de la lectura mutua de los textos, de la interlectura, les hace reconocerse en la escucha del grupo/espejo, de donde surgiría un reconocimiento de los otros que los recupera en su función sujeto. ¿Reedita esto algo de un estadio especular tan fallido, ese fracturado encuentro, en ellos, del infans con su imagen y con la mirada de su madre que lo mira mirarse? Esta experiencia parece permitir un “espacio de ilusión”, espacio lúdico, donde es posible perderse, alienarse en el deseo o pedido del otro y rescatarse en la escucha grupal.

Podemos pensar con Paul Laurent Assoun que el dispositivo de escritura se ofrece en el Taller a la lectura del grupo, y la lectura mantiene la escritura en actividad. La efectividad de esta experiencia parece residir en que los dos procesos se mantienen en contacto. Entre ambos existe una tensión: por un lado huellas durables, y por otro, el dispositivo de lectura que genera la función de actualización. El sistema doble se mantiene, entonces, en el borde de una virtualidad conjurada sin cesar, la de la desaparición pura y simple de la escritura. Leer sería, en sentido muy preciso, conjurar la desaparición de la lectura y al mismo tiempo la escritura conjuraría la desaparición del habla y de sí mismos, en sus frágiles identidades.<sup>50</sup>

Estas producciones tienen un efecto liberador porque sus objetos se di-

---

50. Cf. Paul Laurent Assoun, *Elements d'une métapsychologie du "lire"*. NRP N° 37. *La lecture*, Paris, Gallimard, 1988, p. 130 y ss.



ferencian de lo cotidiano, en una zona que escapa a los fines utilitarios de la lengua y a la rigidez de las reglas gramaticales; que no se somete a la lógica (que determina lo verdadero y lo falso) ni a la censura psiquiátrica. Porque permiten parcialmente el juego con el sinsentido, la música de las palabras, el ritmo, la ambigüedad, la sugerencia, la evocación, las connotaciones y la polisemia; nos muestran un espacio diferente de libertad sin la opacidad terrible del delirio de la que nos habla Deleuze. Sabiendo sin embargo, que aunque toda escritura busca comunicar lo incomunicable, poner en circulación lo que se rehuye totalmente, lo más desconocido de sí mismos, la opacidad permanece, y que el exceso de sentidos de la psicosis es más enemigo que el sinsentido. Es decir que los creadores de estos textos no disponen de la posibilidad reflexiva y conciente de trabajo sobre el lenguaje que podríamos asignarles.<sup>51</sup>

Estas notas–comentario dejan abiertas en su precariedad muchas interrogantes, un espacio de investigación sobre el funcionamiento del pensamiento y de la fantasía en la psicosis y en las perturbaciones graves, como ámbito donde hacer posible algo de lo no vivido.

## Notas

(1) Deleuze compara la escritura y la lucha de Antonin Artaud por desgajarse de la lengua materna y la de Wolfson. “Wolfson no está en el mismo “nivel”. Porque las letras todavía siguen perteneciendo a las palabras maternas y los “soplos” aún están por descubrirse en palabras extranjeras con lo que sigue prisionero de la condición de similitud de sonido y significado: carece de sintaxis creadora’. Diríamos que uno llega a hacer literatura y el otro muestra su sufrimiento en protocolos más cercanos a los científicos. Aunque agrega: “La lucha es de la misma naturaleza... (busca pasar de las letras hirientes a los soplos

---

51. Aunque en último término la escritura “es una empresa imposible como la de la cura; la del escrito como la de la cura, la del escrito psicoanalítico y también la del aparato psíquico: entre lo indecible del inconsciente y la necesidad de hacer signo” en cf. *Ecrire la psychanalyse* NRP, N° 16.

animados, de los órganos enfermos al cuerpo cósmico y sin órganos).

(2) Fanny Schkolnik subrayaba el fenómeno de la especial predilección de los integrantes del Taller por Oliverio Girondo y eso hizo que volviera con otro interés a estos textos de la Vanguardia en lengua castellana desde 1920. Dejando para futuros trabajos un estudio detenido de algunos poetas como Girondo y de las producciones textuales del taller, señalo que en él, como en Felisberto Hernández, en quienes queda muy poco de la ‘sensatez y ‘racionalidad del mundo convencional por la desestructuración de las imágenes, historias y sintaxis, donde lo animado se des–anima y cosifica y lo inanimado y cosificado se humaniza y *vive*, la *escritura* “loca” parecería tender un “puente delirante” con los pacientes.

(3) *La Psicosis en el texto* es un libro que conocí después de escribir este trabajo y que me ha resultado muy sugerente porque abre interesantes líneas de estudio sobre la psicosis y la escritura. Se trata de un volumen que reúne los trabajos de una Jornada (del 4 de junio de 1988) del grupo del Círculo Freudiano Romance de Estudios Clínicos y Literarios (Suiza). Allí, en un trabajo de Eugenie Lemoine Luccioni, se re toman algunos caracteres de la sintaxis y el lenguaje de la psicosis que estableció Serge André:

- a) Neologismos (no de aquellos gramaticales o lexicales buscados por el escritor, sino de aquellos que el sujeto soporta);
- b) muletillas o refranes repetidos hasta la saciedad, ecos de las máquinas de pensar que somos;
- c) frases repetidamente interrumpidas (cf. Schreber);
- d) ausencia de metáfora, siendo el discurso psicótico esencialmente metonimia, es decir, estando agujereado;
- e) la significación maléfica atribuida a los objetos y supuestamente vuelta contra el sujeto.

Y también agrega a estos rasgos que caracterizan sobre todo el delirio psicótico lo que Matte Blanco denomina *simetría*, propio del discurso esquizofrénico.

Siendo este último tautológico, cualquier proposición en él es equivalente a cualquier otra y el discurso no tiene principio ni fin. La comunicación de la Profesora Susana Poch muestra que muchas de estas características (que se señalan en el trabajo de los Coordinadores del Grupo de Escucha) junto con las estereotipias y clichés fueron variando significativamente desde los primeros escritos hasta la actualidad.

## **Resumen**

Este trabajo intenta desplegar algunas de las interrogantes que plantea la experiencia de un Taller de escritura para pacientes gravemente perturbados que integran también un grupo de escucha terapéutica, en el Hospital de Clínicas. Nos preguntamos sobre los efectos que tiene la escritura de textos con intencionalidad literaria —a partir de consignas dadas desde la coordinación— en la socialización y en las posibilidades de simbolización tan alteradas y fallidas en estos pacientes. Se subraya el valor de la función transferencial de las consignas, como pedidos—guía de la escritura, que establece un par escritura—lectura grupal que ayudaría a la tolerancia de la separación y de la ausencia a través del restablecimiento parcial de una especularidad en busca de una posible función de sujeto.

## **Summary**

This work tries to display some of the questions which are stated throughout the experience of working in a writing workshop with patients who not only are deeply disturbed, but they also integrate a therapeutic listening group at “Hospital de Clínicas”. We wonder about the effects the writing of literary purpose texts has —starting from watchwords which are given by the coordination— in the possibilities of symbolization and socialization, both functions deeply disturbed and deceived in these patients. It is emphasized the value of watch words transferencial function, as writing demand—guides which

settle a grupal writing–reading pair that would help to tolerate separation as well as absence through a specular parcial reestablishment looking for a possible subject function.

### **Bibliografía**

**Ansermet F**, Grosrichard A, Méla C. *La psicosis en el texto*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1990.

**Assoun PL**. *La lecture*, NRP N° 37. Ed. Gallimard, 1988, p. 130 y ss.

**Aulagnier P**. *El sentido perdido o el “esquizo” y la significación*, Buenos Aires, Carpeta de Psicoanálisis, Año 1979.

**Deleuze G**. *Crítica y Clínica*, Ed. Anagrama, Barcelona, 1996.

**Green A**. *De locuras privadas*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.

**Lotman I**. *Estructura del texto artístico*, Ed. Istmo, Madrid, 1978.

**Wolfson L**. *Le schizo et les langues*, Ed. Gallimard, Paris, 1970.

**Wolfson L**. *Ma mère musicienne est morte*, Ed. Navarin, 1984.

Investigación en metapsicología  
Simbolización en psicoanálisis<sup>52</sup>

*Myrta Casas de Pereda\**

*“Las caras riman a los ojos así como las palabras riman al oído”*

*Paul Auster*

*El libro de la Memoria*

*“Las verdades son ilusiones de las que se ha olvidado que lo son”*

*E.Nietzsche*

*Sobre Verdad y Mentira*

## **Introducción y planteo de problemas**

Dentro del amplio panorama que ofrece la investigación en psicoanálisis, solidario del pluralismo teórico, deseo subrayar algunos elementos que orientan mi interés por la metapsicología. Se trata de un campo de investigación que abre la reflexión hacia una de las caras que constituyen la especificidad del

---

52. Tema oficial de la Mesa Redonda del día 28 de marzo de 1997 del II Simposio Brasileño de Observación de la Relación Madre-Bebé.

\*. Algunas de estas ideas fueron presentadas en II Coloquio de Colonia de Sacramento, Uruguay, bajo el título de “Simbolización en Psicoanálisis”, 18-20 de octubre de 1996. 1. Av. Gral. F. Rivera 2516, Montevideo (11300), Uruguay.

psicoanálisis. Estatuto bifronte que define nuestra praxis, reuniendo en una unidad conceptual el corpus teórico con su práctica clínica.

Teoría y práctica anudadas en la búsqueda de lo inconsciente que determina lo singular de cada sujeto. El legado freudiano revela a la pulsión y la sexualidad, constituyendo inconsciente (división del sujeto) a través del interjuego que subyace al conflicto psíquico. Entre el deseo y su acotación (defensas) se produce la organización subjetiva.

Pulsión, sexualidad, junto a la transferencia, son pilares de la señalada especificidad. La tensión propia de lo inconsciente no busca ser resuelta sino develada en sus efectos. Nuestra tarea aspira a desanudar el padecimiento, pero las figuras más consistentes del conflicto, como la castración y sus múltiples redes, subsisten en la estructura misma.

De ahí que el psicoanálisis no constituye una ciencia en el sentido clásico,<sup>53</sup> quedando situado a distancia del discurso universitario o científico, debido a la imposible adecuación entre conciencia e inconsciente. Tampoco es cabalmente una hermenéutica ni un discurso filosófico o psicológico, o una perspectiva cognitiva que desliza al estudio de la conducta. Sin embargo, en tanto disciplina de lo humano, bordea todas estas áreas y muchas otras, enlazando elementos de cada una de ellas, sin constituirse nunca en una cosmovisión psicoanalítica. Un Freud anticipado nos alertaba del riesgo de una tal *Weltanschauung*.

La estructuración psíquica involucra al otro, el *Nebenmensch* freudiano, el semejante auxiliador, sin el que seríamos incapaces de sobrevivencia. Esa singular marca que es la indefensión constituye un lugar privilegiado para la investigación en Psicoanálisis, pero debemos cuidarnos de caer en la tentadora búsqueda de los orígenes. Al hombre le cuesta renunciar a la soberanía de la racionalidad y la observación se presta, a veces, para la ilusión de hallazgos reveladores.

---

53. 2. El discurso científico actual, con propuestas como las “estructuras disipativas caos “azar” (Prigogine, 1986) o “pensamiento débil” (Vattimo, 1983) se ha aproximado a cierta indeterminación que caracteriza el discurso psicoanalítico.

Todo intento de tratar con los orígenes puede desembocar riesgosamente en una teoría unitaria, en una construcción totalizadora del hombre. Verdadero punto álgido que conduce al malestar en el psicoanálisis y que; sin embargo, hace de ese interrogante, siempre renovado, un eje de su existencia.

He señalado antes (M. Casas de Pereda, 1992) que la indefensión es la marca a fuego de la ontogenia que organiza las múltiples y sutiles redes donde el sujeto para acceder a su propio deseo, necesita ser deseado y sostenido metafóricamente y literalmente por sus padres. Los efectos de este proceso constituyen discurso para la escucha psicoanalítica. Lenguaje del cuerpo en movimiento que, junto a la palabra, hacen al discurso infantil.

Y especialmente en los primeros años es efecto y producto al mismo tiempo que producción, pues el niño, en este encuentro esencial con los brazos y las palabras del otro, empieza a sostener y articular sus primeras marcas.

Cuando Austin escribe su libro *Cómo hacer cosas con palabras* (1962), la lingüística sufre un revés de importancia en la historia de las ideas. Lo ilocutorio y lo perlocutorio introducen esa doble vertiente de lo que hacemos cuando hablamos y lo que provocamos o producimos en el otro al hablar.

Los desarrollos de la semiótica y la pragmática proporcionan textos ineludibles en el estudio de los signos y los símbolos. Las relaciones de significación pierden pie y se acrecienta la perspectiva de las relaciones de simbolización.

El hecho de que el niño dice jugando, dice haciendo, me llevó a internarme en los problemas que esto le plantea al psicoanálisis. Sistema ampliado de lenguaje, donde se juegan sentidos a través de la sensorialidad, el movimiento, una gramaticalidad enriquecida en su capacidad de afectar al otro. La palabra resuena como destino primero y último donde el símbolo adquiere su real estatuto, pero el gesto es palabra que se organiza como tal desde el otro.

Red entramada con el deseo inconsciente que constituye una modalidad

singular de discurso.

La acción y el acto como parte del discurso, deben entrar al psicoanálisis como conceptos fundamentales y no como rescate de una distorsión. Son en el discurso infantil parte consustancial de la letra y debemos lograr una mayor sistematización de los efectos. Ni acting out ni fuera del discurso, es escena como parte de un texto, a veces contexto, no es interrupción.

Nos alejamos también de una concepción biologista o de un estudio de la conducta, donde el deseo inconsciente que se reúne con la demanda y la necesidad, quedarían soslayados.

*“La acción es proceso del pensar que se constituyó desde el representar”* señalaba Freud (1911), reuniendo pulsión, inscripción, representación y cuerpo en movimiento. El gesto es pensamiento en acto *“dado a ver”* (Lacan, 1977), que se hunde en el lenguaje y preexiste al sujeto en el discurso familiar.

Esto nos devuelve al problema de la representación, que interroga al psicoanálisis desde sus comienzos. Desde el oximoron que implica la idea de representación inconsciente, a todo el campo problemático de la dimensión metapsicológica en torno a la inscripción, huella, traza.

Y en esta pregunta, más que una preocupación por los orígenes (siempre míticos), interesa todo lo que media entre la inscripción y sus efectos que permite repensar las patologías actuales. De allí que el problema del símbolo, del signo, presentes en la simbolización, sean verdaderas encrucijadas para reformular una perspectiva metapsicológica renovada.

Intento entonces soslayar, en lo posible, los conceptos de representación-cosa y representación-palabra, eligiendo otro pivot en torno al cual podamos pensar el proceso de estructuración psíquica. Es en ese sentido que tomamos la simbolización.

Esto nos conduce a la idea de que observación y especulación no son opuestos inconmensurables. De hecho, entre escuchar y pensar transcurre toda nuestra tarea como psicoanalistas y la escucha analítica incluye todos los registros de la



sensorialidad, sin quedar atados a ellos.

### **Ubicación de la simbolización**

Pienso que más fecundo que el uso de los conceptos de representación–cosa representación–palabra, resulta la idea de su articulación, pues es con ella que Freud daba cuenta de la neurosis y en su defecto de la psicosis. Me refiero a la articulación en su propuesta acerca de que *“la representación conciente abarca la representación–cosa más la correspondiente representación palabra”* (Freud, 1915) (destacados míos).

Retomo esa preocupación freudiana (desde su trabajo sobre las afasias) por mantener lo que llamaríamos en el momento actual “un nivel simbólico preservado”. Un modo de señalar que aquella “correspondencia” freudiana “explicaba” lo compartible; un sentido emergente, altamente compartible (símbolo), que hunde sus raíces en lo inconsciente, en una articulación, un movimiento, no aprehensible por la conciencia. Acontecimiento que implica entonces tres elementos: a) lo que llamo “lo compartible” atañe a una decantación simbólica que implica lo social, la dimensión colectiva; b) un lado no comprobable sino sólo inferible: la dimensión inconsciente; c) aquello que da la especificidad de lo que es aceptado naturalmente y que ubicamos con Freud como una articulación que habilita otras.

Esto está sostenido en trazas, huellas, marcas..., signos, grafías, fonemas, siempre con algo de escritura, que habilita como el garabato winnicottiano múltiples configuraciones y asociaciones. Representación–cosa, signo perceptivo, huella mnémica, nombres otorgados a un lado no verificable de nuestra metapsicología (sólo captable por sus efectos).

En el preludeo metapsicológico de la Carta 52, Freud introduce el signo perceptivo. Traza que responde a todo lo sensible, sensorial, de la percepción. De éste al estatuto de la representación–cosa no media ningún proceso explicitado y debemos atenemos a los datos freudianos como hechos cumplidos.

El signo perceptivo —no recuperable— es un lugar que Freud crea para una señal inconsciente de una percepción. Es decir, nuevamente el intento de figurar un lazo, una articulación.

Si introducimos el término simbolización en vez de representación—cosa y palabra, es para intentar soslayar estas dificultades teniendo en cuenta al mismo tiempo que la introducción de elementos de Lingüística y Semiótica en el campo psicoanalítico constituye también, en sí misma, una situación problemática. La Semiótica pertenece al ámbito de lo consciente y no se preocupa para nada de la perspectiva freudiana del inconsciente. Estaríamos incurriendo en una paradoja similar a la freudiana.

¿Cuáles serían las ventajas?

La primera, que surge de lo expuesto, es la de cercar o explicitar las oscuridades. Con la idea de simbolización no llegamos a capturar lo que no es capturable, sino que proponemos un nombre para ese proceso que media en la división de instancias, produciendo sentidos, síntomas, sueños y lapsus.

Por otro lado, me parece útil pensar en grados diversos de simbolización (que tomo de Peirce), que permitirían pensar diversos acontecimientos psíquicos solidarios entre sí. Permite una lectura diacrónica y sincrónica del acontecimiento psíquico, donde el *a posteriori* tiene cabida. Rescata, además, elementos fácticos donde el gesto o el movimiento resultan significantes y diagraman gramaticalidades (valor icónico o indicial de la simbolización). Reúne el sentir, la experiencia y el pensamiento (mentalización), en situaciones diádicas y triádicas que hacen presente la labor del interpretante. A esto le agregamos la perspectiva inconsciente que vehiculizará el deseo y, por ende, el resultado del encuentro del sujeto con el otro (objeto).

En la historia de las ideas, el término simbolización tiene una larga trayectoria. Desde la forma de sustantivo con que aparece —*symbolon* que alude a unión y separación—, a la forma verbal (simbolizar), que aparece en la teoría de los símbolos (Simbólica), religiones, lingüística, semiótica, filosofía, y

especialmente en el estructuralismo.

Y en las últimas décadas, en la literatura psicoanalítica, es casi una presencia ineludible y su utilización desde diversos contextos teóricos le otorgan también diferentes alcances.

La simbolización en la obra freudiana aparece de dos modos diferentes: la Simbólica de los sueños y la simbolización que introduce en el Apéndice C de *El Inconsciente* sobre palabra y cosa: “*La relación que media entre representación–palabra y representación–objeto me parece más merecedora del nombre “simbólica” que la que media entre objeto y representación–objeto*”. (S. Freud, 1915).

Acepciones diferentes ya que la lectura de símbolos en *La interpretación de los Sueños* tiene un cierto carácter hermenéutico, en cambio en la otra acepción (1915), la simbolización queda abierta a posibles significaciones como efectos de sentido que acontecen en una relación entre dos representaciones (significantes). Insisto en este último sentido porque una relación entre dos representaciones deja definitivamente fuera al objeto real.

Creo que en general hay coincidencia en la noción de déficit o trastorno de simbolización, donde se destacan dos elementos:

- Trastornos del pensamiento, que muestran una *dificultada discriminación fantasía–realidad*. Se abre aquí el impreciso límite de las convicciones que linda con las creencias, por un lado, y con el delirio, por otro.
- El *predominio del acto sobre la palabra*: actuaciones, adicciones, psicósomática, etc.

En ambos aparecen: exceso de referentes fácticos, dificultades con la metáfora (ecuación simbólica, por ejemplo).

Lo interesante es pensar en los elementos que pueden caracterizar las patologías graves y aquellos que son parte natural de los procesos de estructuración psíquica (aproximaciones y diferencias)

### **Tres breves viñetas**

Luis, un pequeño de 5 años en medio de una angustia desorganizadora insistía en que no quería dibujar la lluvia porque se mojaba el papel. Vivencia catastrófica donde esta desarticulación de lo simbólico promueve la producción imaginaria, soltada de sus amarras.

Raquel, de escasos 2 años, tenía dificultades para dormir de noche y daba a sus padres mucho trabajo para llevarla a la cama. Lloraba mucho y se resistía tenazmente. El padre concibe entonces una idea para “modificar” las cosas. La filma en sus problemas nocturnos, su inquietud, sus forcejeos con la madre, su llanto. Realiza entonces un efecto de desaparición de la imagen de la pequeña, manteniendo la voz y el llanto. Su idea era darle un pequeño susto que calmaría con la reaparición de la imagen en el apacible despertar. Pero en la proyección del truco, la niña comenzó a gritar, verdaderamente aterrada, diciendo “¡Ucala, ucala!!” (“¡¡Buscala, buscala!!”), teniendo que ser detenida la proyección para calmar su enorme angustia.

Carolina, a los dos años y ocho meses, comenzó a jugar con un compañero imaginario con tal realidad que motiva la consulta de los padres. Surgido poco después de una mudanza y un aborto de la mamá, el compañero imaginario de Carolina se vuelve imprescindible.

Sólo en el primer caso estamos frente a un proceso patológico. Los demás son momentos de estructuración donde la simbolización prevalece o predomina en sus modalidades icónicas e indiciales, y donde la imagen tiene un rol preponderante en los procesos de alienación, transactivismo e identificación.

Pienso que la simbolización como concepto y proceso, tal vez no ha decantado dentro de la especificidad del psicoanálisis y su rol en la psicopatología. Esto conduce a un cierto riesgo de babelización o de pensar, por el contrario, que estamos hablando sobre lo mismo.

Tal vez para volverlo un instrumento psicoanalítico, necesitemos proveerlo de

una función metapsicológica, reunirlo con registros diversos de la estructuración psíquica y hacerlo trabajar en la articulación teórico-clínica. Tarea a realizar.

### **Algunos desarrollos**

Parto del valor significante del acto y/o del gesto similar a la palabra, pero con un neto predominio de la metonimia, de la contigüidad y de la figurabilidad donde la imagen adquiere relevancia. La metáfora aparece más cabalmente con el signo lingüístico, la palabra, el símbolo. Pero también el gesto (en tanto metonimia) conduce a la producción de sujeto psíquico (en el sentido de la “realización de deseos inconscientes”). A todo esto subyace un sustrato simbólico que determina esa coherencia del discurso gestual-verbal aún en los más pequeños.

En la estructuración subjetiva, lo oral, anal, fálico, son apoyaturas indiscutibles que realizan metáforas, pero no se trata del cuerpo biológico, sino de una metáfora del mismo: el cuerpo erógeno. Tal vez éste sea el punto más radical que disponemos para pensar en la simbolización: el término metáfora.

Entre cuerpo y palabra acontece la simbolización. Lo real del cuerpo trabajado por el símbolo crea el espacio del fantasma, lugar de todo el despliegue sublimatorio y creador. Espacio-tiempo de bordes, fronteras, que se llenan con toda la fuerza de lo imaginario, donde la imagen y lo fáctico adquieren relevancia. No es casual que en esta preeminencia imaginaria (siempre sostenida por un simbólico determinante) surja el espacio de la creencia y la ilusión consustanciales al tiempo de la infancia.

Entramos entonces en la dimensión metapsicológica pues las creencias son solidarias de la peripecia que acontece en torno a la castración simbólica y las teorías sexuales infantiles surgen como un modo natural de vérselas con la realidad. El niño entra a abarcar la realidad a través de la desmentida de la ausencia que subyace a la construcción de dichas teorías sexuales infantiles.

Ausencia que adquiere dos sentidos: desmentida de la muerte y desmentida de la castración.

La simbolización implica un ejercicio de negatividad, trabajo de lo negativo que habilita algo en lugar de otra cosa y esto se hace presente en todo momento del trabajo de estructuración psíquica (trabajo de las defensas): sustitución, transformación, producción. La capacidad simbolizadora requiere de la fluidez de la tarea de sustitución donde el par presencia–ausencia tiene efectos en el trabajo psíquico. Todo trabajo de simbolización se apoya en la disponibilidad de la ausencia que habilita la sustitución.

En este contexto, me permito subrayar el efecto de la *desmentida estructural* (Casas de Pereda, 1995b) que trabaja en la dialéctica presencia–ausencia. El ámbito de indefensión incluye disponibilidades de simbolización, con cualidades diferentes. Lo perceptivo, la imagen, es parte esencial de la desmentida de la ausencia.

La simbolización psicoanalítica, entonces, se puede pensar en relación al eje del conflicto psíquico; el mencionado interjuego deseo–defensas que da cuenta de la división y la organización de las instancias. Simbolización, entonces, solidaria del trabajo de representación psíquica que **anuda el problema de la huella mnémica con la disponibilidad metafórica que implica el juicio y el pensamiento.**

A modo de hipótesis tentativa, ubicaríamos la simbolización en relación a los dos grupos de defensas más relevantes en la estructuración psíquica. Esto implica no dejar la simbolización restringida al ámbito de la represión.

División arbitraria a sólo efecto de una sistematización: *dos grupos* que denominamos ámbitos binario y triádico de los mecanismos defensivos. La propuesta no significa una sucesión temporal, sino la coexistencia de ambos, con predominios binarios en lo observable.

En el ámbito binario ubicamos la transformación en lo contrario, la vuelta sobre sí mismo y la desmentida; y en el ámbito triádico, la represión y la

sublimación. En ambos se hace presente el trabajo de simbolización a *través* de cualidades diversas de la misma (Peirce).

Se abren entonces dos perspectivas, en realidad consustanciales en torno a este proceso: la perspectiva metapsicológica y la perspectiva de lo observable.

Desde la primera simbolización (represión primaria y secundaria) que implica pasar del cuerpo real al símbolo y que da lugar al fantasma y al pensamiento, acontece el hecho esencial de la división del sujeto. Hay una sustitución primordial que inaugura toda sustitución ulterior que habilita juicio y pensamiento.

Desde que hay movimiento representacional, también trabaja el ámbito dual de las llamadas defensas narcisistas (desmentida, transformación en lo contrario y vuelta sobre sí mismo).

El interjuego de la dialéctica presencia–ausencia determina un verdadero entrenamiento de la pérdida y por ello hablo de trabajo de simbolización en este ámbito binario.

En el ámbito de lo observable, la simbolización aparece como producto a la vez que producción (de sujeto psíquico), a través del discurso. La simbolización icónica e indicial<sup>54</sup> son disponibilidades naturales que acontecen en el tránsito de la estructuración subjetiva. Los aportes sobre Primeridad y Segundidad podemos ponerlos en paralelo con el trabajo (*Arbeit*) psíquico entre el deseo y las defensas narcisistas, donde lo dual, lo especular, el transitivismo y los sentidos binarios prevalecen. Sin embargo, la Terceridad en Peirce es también un disponible que asegura la posibilidad de Primeridad y Segundidad, y esas propuestas también corren muy próximas de un simbólico que habilita el despliegue de lo dual en el trabajo sobre la ausencia y la consecutiva simbolización.

---

54. Lo icónico en este autor queda al lado de la Primereidad y sería una cualidad del sentir, en una puntualidad temporal, un punto en el tiempo. La Segundidad, en relación con el índice, está vinculado a la experiencia, al esfuerzo que a su vez también implica acción, donde el sentido más fuerte lo constituye la diferencia entre un antes y un después. La Terceridad, que habla del símbolo, implica la disponibilidad mayor del interpretante.

Lo observable define un amplio campo donde todo lo sensorial cobra relevancia. No importa la forma que el objeto adopte siempre que tenga resabios metonímicos o metafóricos con el semejante (objeto transicional o fantasma, como el compañero imaginario). Tal vez, lo que puede centrar los caminos de reflexión a este respecto sea la idea de una metáfora lograda como efecto de la simbolización.

El interjuego metonímico y metafórico que se establece en torno a la dialéctica presencia–ausencia, “entrena” en la aceptación de la ausencia. Son los múltiples e interminables juegos de *foro–da* que acontecen a lo largo de la infancia. Desde el “está–no está” que juega la madre primero con su bebé, a todos los juegos de escondida que se suceden a lo largo de los años infantiles.

Este llamado “entrenamiento” en la aceptación de la ausencia, conlleva fantasías de frustración que hablan de elaboración en nuevos enlaces inconscientes. Ausencia que conjuga fantasías diversas que transcurren entre la muerte y la castración. Experiencia de la pérdida jugada a través de todo lo orificial; cuerpo erógeno que se ofrece como sostén fantasmático pero con una “corporeidad”, también fantasmática, diferente. Estos matices diferenciales se duplican en las diversas modalidades simbolizadoras (icónicas, indiciales y simbólicas).

En este tránsito escandido de la simbolización, con tiempos semióticos (de la simbolización), icónicos o indiciales, las mediatizaciones son imprescindibles en lo fáctico y se necesitan los objetos para articular y representar sentidos.<sup>55</sup>

El objeto transicional es un ejemplo de esta mediatización por el objeto, pues es encarnadamente una metáfora a mitad de camino o una “*metáfora viva*” (Casas de Pereda, 1992a). Presentifica a la madre (ausente), pero sólo a través de una presencia obligada del objeto (presentificadores): chupete, trapito u osito. Preeminencia metonímica que contiene aspectos metafóricos pero que

---

55. El objeto para Peirce está siempre presente, pues es uno de los elementos del símbolo; sólo que en el caso del símbolo (a diferencia del ícono y del índice) este objeto está mentalizado.



requieren aún del referente. El objeto transicional hace presentes modalidades icónicas e indiciales de simbolización. También el compañero imaginario evoca las duplicaciones o proyecciones propias de momentos de estructuración donde el objeto es requerido en una permanencia fantasmática.

Lo icónico no es un momento inferior en un desarrollo progresivo donde se alcanzaría el piso superior del símbolo, sino una cualidad sígnica (con caracteres propios) que forma parte de una posibilidad que consiste en su articulación en la relación triádica (Terceridad).

La posibilidad de que podamos desplegar este ámbito de simbolización icónica, significa restituir valor a elementos que son habitualmente percibidos sólo desde el lado de la patología. Me refiero a que estamos desnaturalizando lo dual, por ejemplo, si lo aislamos de lo triádico, ya sea en semiótica o en psicoanálisis.

En el ámbito de la estructuración psíquica acontecen espiraladamente y en simultánea, momentos icónicos, indiciales y simbólicos. Su abarcado y caracterización permitiría pensar cómo el predominio de uno u otros, o el posible corte con los demás, caracterizaría síntomas o vivencias desrealizadoras.

Estas reflexiones en torno a lo observable, ponen de relieve la importancia de la imagen, de lo perceptivo, que abarca todo lo sensorial que se vuelve lenguaje, discurso. La imagen, que hace presente perceptivamente lo que representa, se reúne con el deseo para dar cuenta de la intensidad de la alienación en máscaras o soportes identificatorios, que se le ofrecen al niño desde los comienzos de la vida.

La imagen importa, entonces, por varios motivos:

- Porque particulariza la presencia del referente en simbolizaciones icónicas e indiciales.
- Porque lo perceptivo es un polo esencial en la estructuración psíquica donde la presencia del otro y su deseo (referente y abstracción) hacen a la subjetivación: especularidad, alienación, transactivismo, y la peripecia

identificatoria.

- Porque lo perceptivo es objeto de una defensa primordial como es la desmentida (*Verleugnung*) estructural, que trabaja sobre la muerte y la castración a través de la dialéctica presencia–ausencia. Dimensión narcisista y edípica del conflicto.

Son más los cuestionamientos e interrogantes abiertos que las respuestas. Pienso que la coyuntura esencial que es nuestra praxis nos mueve —porque conmueve— a la búsqueda insistente de nuevos sentidos o instrumentaciones en nuestra permanente desilusión ante lo incognoscible.

## **Resumen**

La propuesta constituye un intento de plantear la simbolización como proceso y producción que tiene al sujeto en su división como meta y que se realiza en dos ámbitos coexistentes.

Por un lado, sostiene o habilita la metáfora que implica la disponibilidad representacional, el discurrir del deseo sobre las cadenas representacionales anudando fantasía y síntoma en una adecuada discriminación sujeto–objeto, fantasía–realidad. La simbolización, en este caso, es coextensiva a la represión y cuenta con un simbólico que triadiza a través de la prohibición.

Por otro lado, y al mismo tiempo, habría un trabajo de simbolización en torno a la presencia–ausencia (ámbito binario) donde se jugarían contigüidades o similitudes metonímicas. Aquí la simbolización sería eminentemente icónica o indicial y hablaría de un procesamiento donde la metonimia subyace a la organización de la metáfora.

## **Summary**

The proposal constitutes an intent to establish the symbolization as a process and production which has the subject on its division as goal, and that is fulfilled in two coexistent compasses.

On one hand, affirms or allows the metaphor which involves the representative disposal, the roam of the desire over the representative chains joining fantasy and symptom into an adequate segregation of subject–object, fantasy–reality. The symbolization, in this case, is coextensive to the apprehension and counts with a symbolical that relates in triad through the prohibition.

On the other hand, and at the same time, there could be a symbolization work around the presence–absence (binary compass) where contiguities or metonymical similitudes could be played.

Here the symbolization could be eminently iconical or indicative and could talk about a prosecution where the metonymy lies under the metaphor organization.

Descriptores:        APARATO PSÍQUICO / SÍMBOLO / SIMBOLIZACIÓN /  
                              DESMENTIDA    /    MECANISMOS    DE    DEFENSA    /  
                              METAPSICOLOGIA

## **Bibliografía**

**Austin J.** *Cómo hacer cosas con palabras.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.

**Casas de Pereda M (Coord.), Bagattini MC, Cárdenas M, López de Cayaffa C, Miraldi A, Uriarte de Pantazoglu C.** *Acerca del acting out en psicoanálisis de niños.* (1988). En: Acto, acting out y discurso infantil. Ed. EPPAL, Montevideo, Uruguay, 1992.

**Casas de Pereda M.** (1983): *Representar, representaciones. El escenario infantil.* En: “El juego en el psicoanálisis de niños.” Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Vol.1, A.P.U. Montevideo, Uruguay, 1986.

(1986): *Algunas reflexiones sobre teoría de la técnica en análisis de niños.* Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 64, Asociación Psicoanalítica del Uru-

guay, Montevideo.

(1988): *Acerca del discurso infantil*. En: Acto, acting out y discurso infantil. Ed. EPPAL, Montevideo, 1992.

(1991): *Gesto, juego y palabra. El discurso infantil*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 74. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo.

(1992a): *Estructuración Psíquica*. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 76. Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo.

(1992b): *Sobre el Juego y la Simbolización*. Correo de FEPAL, Ed.RB Montevideo, Uruguay, 1992.

(1995a): *Metapsychology and the Transitional Object and Phenomena*. En: Psychoanalysis in Latin America, FEPAL–IPA, Monterrey, México.

(1995b): *Entre la desmentida y la represión*. Publicación de la Asociación Psicoanalítica de **Buenos Aires, Buenos Aires, 1996**.

**Freud S.** (1911): *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* T. XII, p. 226. Amorrortu Editores, 1976.

(1915): *Lo inconsciente. Cap. VII: El discernimiento de lo inconsciente. (p198) Apéndice C. Palabra y Cosa*. T. XIV, (p.213). Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976.

**Green A.** *Lo negativo*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1995.

**Lacan J.** *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Seminario XI (1964). Barral Editores, España, 1977.

**Peirce C.** *La Ciencia de la Semiótica*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1974. Peirce on Signs. North Carolina : The University of North Carolina Press, 1991.

**Prigogine Y.** *Enfrentándose con lo Irracional .1* Proceso al Azar. Barcelona, Tusquets, 1986

**Vattimo G.** *Dialéctica, Diferencia y Pensamiento Débil*, en El Pensamiento Débil, Madrid, Cátedra, 1983.

## Correlato entre el bebé reconstruido y el observado<sup>56</sup>

*Lic. Marina Altmann de Litvan\**

### **Introducción**

A punto de partida de la observación de la díada madre–bebé, con niños pequeños que presentan trastornos funcionales, me interrogo acerca del lugar de la investigación sobre el desarrollo dentro del campo psicoanalítico: ¿qué es un hecho psicoanalítico para las investigaciones sobre el desarrollo del vínculo temprano madre–bebé?, ¿de qué modo imágenes y relatos participan en la construcción del significado de los hechos?<sup>57</sup>

Se abre así un terreno de discusión y cuestionamientos acerca de la interacción entre la madre, su psique–soma y el de su bebé.

Con información proveniente del terreno psicoanalítico, observamos mediante una metodología de investigación empírica alguno de sus parámetros. Una confrontación que podría llevarnos a correlacionar el niño reconstruido” de las concepciones psiconalíticas derivadas tanto del análisis de niños como de adultos, así como el niño observado por la investigación en el llamado desarrollo del infante. Se interroga así la articulación del bebé reconstruido por el proceso analítico con el bebé real y observable.

La videofilmación es planteada como un particular camino para mostrar la

---

<sup>56</sup>. Trabajo presentado en el II Simposio Brasileño de la Observación de la Relación Madre-Bebé. Mesa Redonda Oficial: “Observación”. Canela, marzo de 1997, Brasil

\*. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. J. Ma. Montero 3096. Montevideo (11300), Uruguay.

57. “Hecho en el campo filosófico implica descripción o previsión objetiva, posibilidad de verificación, comprobación o control.” En el diccionario filosófico se señalan dos características: referencia a un método de

iniciativa, la creatividad y competencia del infante. Se trata de un segundo momento, más alejado del encuentro de subjetividades, en donde surge lo irracional. Es a partir de la observación del mundo interactivo de la madre y el padre con el bebé en sus brazos donde también se permite recrear las interacciones imaginarias fantasmáticas. El modo en que el infante procesa su creatividad y competencia es importante para poder establecer las intervenciones terapéuticas. La función del entrevistador es también devolverle a la madre lo que el bebe trae a la consulta a través de sus iniciativas, gestos espontáneos y juegos de manera tal de “reconstruir” aspectos que no han podido ser semantizados por ésta.

Escogeremos algunos fragmentos de interacción madre–bebé para atender **cómo se ponen en juego el contacto a través de los distintos canales sensoriales (mirada, tacto, tipo de sostén, proximidad y distancia entre la madre y el bebé) así como la utilización o posesión de distintos objetos, que en algunas situaciones pueden transformarse en juego entre ambos integrantes de la diada.** Estos elementos pueden ocupar un **lugar de regulador de la excitación entre los procesos organizativos de la madre los procesos de organización–desorganización–reorganización del bebé.** En contraste, veremos otros momentos donde no ocurren estos fenómenos regulatorios y aparecen **proyecciones masivas del relato de la madre que producen efectos importantes en el psique–soma del bebé.**

Consideramos que la detección precoz de estos mecanismos ayuda al desarrollo de la salud física y psíquica del bebé. No es sólo la presencia de la función materna como elemento cohesionador del psique–soma del bebé, sino también el modo en cómo se van estableciendo la integración entre las distintas funciones, su entrelazamiento en la complejidad vincular y sensorial, lo que irá determinando la construcción del psiquismo del niño.

Nuestro trabajo como analistas está estrechamente vinculado al aprendizaje de

las “experiencias emocionales” (Bion) en las que, partiendo de situaciones primitivas y desconocidas presentes en los seres humanos, alcanzamos cierto nivel de evolución a través de la función **reverie** de la madre. Esta última se transforma luego en función alfa, pensamiento onírico, pensamiento simbólico que, en su devenir, pasó por sucesivos procesos vitales, sucesivas experiencias esquizo–paranoides y depresivas.

Estas experiencias emocionales cobran una fuerza particular cuando se trata del vínculo madre–bebé así como el lugar destacado de la función materna. Los sentimientos son transmisibles, a través de sus transformaciones verbales o corporales en la medida en que el otro observador pone en juego su propia subjetividad y su capacidad de identificación.

Bion se refiere a la capacidad de la madre para la ensoñación, “desintoxicando” al niño de sus identificaciones proyectivas en contra del objeto materno. Esta metáfora se transforma en una carrera de valores alegóricos: las ensoñaciones maternas vitalizan lo cognitivo del niño a través de imágenes por las cuales ella trata de interpretar qué siente su bebé, decírselo, cantarle y hacérselo sentir. **Así, la metáfora provee una caracterización de las capacidades creadoras maternas.**

“El hecho psicoanalítico” para el analista no se realiza sólo a través de los órganos de los sentidos, sino a través de su “intuición”, la cual se basa en una experiencia que no tiene un trasfondo sensorial. Consiste en la capacidad de captar sobre todo los estados emocionales que forman parte de la “función psicoanalítica de la personalidad”. Capacidad que estará muy vinculada al estilo del analista, su modo particular de observación y sus posiciones teóricas. La diferencia estriba en el mayor grado de selección consciente y preconsciente de lo que el analista percibe en el otro y en sí mismo y en la búsqueda de sentido que implica ya un primer nivel de abstracción y conceptualización.

Coincidiendo con hallazgos del campo psicoanalítico, R. Emde, desde el punto de vista de la investigación del desarrollo, privilegia la disponibilidad

emocional de los cuidadores para el desarrollo infantil, en relación con la disponibilidad emocional del contacto padres–hijo.

Este autor desarrolla cinco caracterizaciones fundamentales del desarrollo que son innatas, universales y operan durante toda la vida:

1. La actividad (una prosecución biológica hacia adelante, por ejemplo, la búsqueda sensorial del bebe para aprender) o como plantearía Marty: el “tono vital”. También, para Piaget la actividad era la motivación fundamental en su teoría del desarrollo cognitivo.
2. La autorregulación.
3. La adaptación social.
4. La monitorización afectiva (llanto, risa), o “*social reference*”. Señala la propensión a regular la experiencia según lo placentero y lo displacentero.
5. La asimilación cognitiva.

Creo que la videofilmación plantea un particular camino para observar las entrevistas madre–bebé. Como técnica auxiliar de investigación del vínculo, devuelve un saber, un conocimiento diferente, que a veces se articula con el anterior y otras sorprende con interrogantes. Esto es lo que me ha llevado al mismo tiempo a indagar, “bucear”, en los descubrimientos de otras disciplinas de manera tal de ir buscando y creando una nueva identidad científica.

El aprendizaje a través de experiencias emocionales nos enfrenta a la “investigación singular del caso”, contacto de preconciente–inconsciente. La videofilmación de las entrevistas permite la introducción de un tercero, que oficia de verificador confrontando lo inferido con lo observado y que nos introduce en una modalidad de investigación diferente. “Cabalgando entre lo observacional y la conjetura fundada, el término ‘hecho’ refiere entonces a niveles bien diversos según los contextos, donde caben varios grados de verosimilitud.”(J. Ahumada)

Es tal vez un poner en “entredicho” hipótesis teóricas del campo psi-



coanalítico presenciado por diferentes “jueces” que podrían evaluar la entrevista en otro momento. De esta manera, cada modalidad de investigación tiene su propio proceso de indagación metódica que apunta, tal como dice E. Caorsi, al descubrimiento de algún tipo de verdad.

Cuando miramos en un segundo momento una videofilmación con un grupo de jueces, nos encontramos que observamos dos aspectos diferentes:

Uno de ellos relacionado con la interpretación de los significados en función de la historia materna y familiar y sus distintas proyecciones. Las teorías representan metáforas que por momentos nos amplían el campo; en otros, pueden producir una enorme condensación.

En este aspecto, el acento está en el discurso narrativo, sea en la historia, en el contenido, en lo sucedido, sea en el acto mismo de producción de inconsciente en la subjetividad transferencial–contratransferencial.

Otro aspecto, vinculado con la observación de todo este encuentro preverbal entre la madre y el bebé. La observación del vínculo nos permite advertir que la interacción es sumamente compleja y que pasamos por alto cientos de miles de episodios. Las madres van día a día ejecutando múltiples operaciones, de las cuales no tienen conciencia de su trascendencia en la construcción del self del bebé.

¿Cuáles serían entonces las ventajas de la “utilización de este testigo” a trabajar en un segundo momento luego de la sesión?

La primera de ellas limita la posibilidad de *una folie a deux* a que está expuesta la sola evidencia subjetiva de la comprensión hermenéutica; y la segunda consiste en que puede, como en la semiosis ilimitada, interrumpir parcialmente “*el play of amusement*”, gracias a un juicio consensual, es decir, problematizar los problemas (S. Acevedo de Mendilaharsu).

Como consecuencia, podríamos arribar a una revisión o ampliación de nuevas hipótesis del corpus de la teoría psicoanalítica.

Si tomamos las palabras de E. Caorsi, quien plantea la investigación como

“un proceso de indagación metódico que apunta al descubrimiento de algún tipo de verdad”, me pregunto: ¿Cuál es la verdad que indagamos con la investigación clínica?, ¿a través de qué método?, ¿y cuál es la verdad que descubrimos cuando fuera de la sesión (con un tercero y otros “jueces”) observamos dicha entrevista a través de la videofilmación?

## **Objetivos**

Las entrevistas que serán vistas han sido filmadas a partir de contextos similares: en un marco hospitalario, con pacientes que presentan diagnóstico de asma de lactante, con un total de 3 entrevistas y una final de devolución. No se trata de pacientes que vienen habitualmente a una consulta psicológica, y que tampoco la piden; es el médico tratante quien la solicita.

Nuestra hipótesis de trabajo es que existe una patología de la interacción madre–bebé que incide en el funcionamiento psicosomático del lactante. Tratamos de investigar aquellos elementos de la relación madre–bebé que podrían tener un valor regulador de la excitación y por lo tanto cumplir una función estructurante entre los procesos organizativos de la madre y los procesos de organización–deorganización-reorganización del bebé sometido enfermo. Para ello intentamos elaborar una lista de factores que identifiquen fallas en el funcionamiento mental de la madre y en la calidad de la interacción. En la actualidad estamos considerando la utilización de dos protocolos: Escala de Massie–Campell y el Syntom Check List. (Aspectos éstos que están siendo desarrollados por un equipo de investigación y asistencia,<sup>58</sup> el cual coordino, pero que no serán los que específicamente desarrollaré en este trabajo.)

Un punto a detenerme en este trabajo son, por tanto, algunos aspectos de dicha interacción madre–bebé que más adelante me sorprendió también encontrarlos en algunos de los análisis de pacientes adultos que presentan

---

58. Grupo de estudios de psicosomática de niños con enfoque psicoanalítico que comenzó en 1989. Dicho grupo funciona dentro de la órbita del Departamento de Psicología Médica y la Cátedra de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Hospital de Niños Pereira Rossell.

patología psicosomática.

Intentaré, a través de dos sucintas viñetas clínicas, relatarles la complejidad de la relación que fui encontrando entre lo observado (plano descriptivo de la observación) y lo reconstruido. En cada uno de estos ejemplos clínicos observé distintos modos de ejercicio de la función materna, diferentes modos de ir estableciendo la integración entre las funciones, así como distintos entrelazamientos vinculares y sensoriales que facilitaban o no la construcción del psiquismo del bebé.

### *Adrián*

Adrián tiene 5 meses, es muy vivo y robusto. Está internado en una sala colectiva junto a su madre por presentar problemas respiratorios. Está sometido a distintas maniobras médicas. Según la información proporcionada por el pediatra nos enteramos que es producto de un tercer embarazo, no planificado. Su peso al nacer fue de 2,9 kg.

No presentó ninguna patología perinatal. Su ritmo de crecimiento y evolución han sido buenos. Ha sido correctamente vacunado. Tiene antecedentes patológicos de síndrome bronquiolítico.

En el mes de agosto fue hospitalizado unos 20 días, siendo el diagnóstico probable asma de lactante. Recibió como medicación teofilina y prednisona. Luego de su partida ha regresado al Servicio sólo tres o cuatro días más tarde.

El pedido de consulta proviene del médico internista que se pregunta sobre el cuadro que presenta este bebé.

La madre es joven, de aspecto agradable y parece ser capaz de continental bien a su bebé. La familia vive en la casa de los abuelos maternos, quienes mantienen a la madre, al decir de ésta, en una “cajita de cristal”. Se ha separado varias veces de su esposo quien aspira, pero sin la suficiente fuerza, a que ellos y sus tres hijos vivan independientemente. Los niños tienen una diferencia de edad entre ellos de 14 meses: la hija mayor es asmática, el varón del medio “no

es asmático, pero también tiene sus problemas de bronquios” y el menor es el que está internado. Mientras refiere a estos temas, se escuchan balbuceos del bebé y miradas atentas hacia su madre, conductas que se repitieron a lo largo de las entrevistas.

La sesión es conducida por dos terapeutas que entrevistan a la madre tomando en cuenta las reacciones del bebé, y un grupo que se dispone a observar.

De toda la riqueza del encuentro de las entrevistas escogí sólo algunos momentos donde observé distintos entrelazamientos vinculares y sensoriales entre la madre y el bebé y los entrevistadores.

### *Entrevista*

El bebé sonrío. Abre su boca. La madre le acaricia el mentón.

Al inicio de la entrevista, la madre relata la sucesión de cambios en cuanto a la *salud* física de Adrián, los cuales le preocupaban por no encontrarles explicación: “Pensé que era por contagio, que por ser pequeño tiene pocas defensas, por alergia, mis tres hijos tienen el mismo problema.” El énfasis está puesto en el CTI.

Luego que la entrevistadora trae el afecto desagradable compartido del ataque de asma, tanto la madre como el bebé modifican su conducta:

Adrián se pone muy inquieto, comenzando a llorar; la madre se angustia: “Sí, me sentí mal... No tengo explicación del por qué de su enfermedad.” Cuando la madre comienza relatando su vínculo con sus propios padres (“Mis padres siempre fueron sobreprotectores con nosotras”) y las dificultades de separación en los distintos momentos de su vida (“nos querían poner en una cajita de cristal..., nos costó adaptarnos al liceo”) a Adrián se le cayó el chupete.

Ay!, se cayó! (el chupete que estaba colgado de una cadenita de plástico sobre el bebé, quien parece quedarse ausente, con la mirada hacia atrás).

E: Hay que lavar el chupete. Nos quedamos sin chupete, se nos cayó.

Ahora te lo van a lavar para que esté limpito. Ya viene, ya viene el chupete ahora. (A la madre) Pero bueno, estaba *jugando con el chupete*... Jugaba mucho con el chupete, con la cadenita. Se ve que es algo que realmente lo...

M: (interrumpe) Cuando estaba internado en el CTI jugaba con los cables que venían del techo; agarraba los cables. Agarraba todo pero no tironeaba. Como que lo tocaba...

E: Como que necesitaba tocar. (Se dirige al bebé) Desapareció el chupete y tú quedaste como en otro lugar, ausente. Me quedé en otro lugar cuando desapareció el chupete. Ahora volvió; ahora mamita te lo va a mostrar.

(A la madre) ¿Vio que fuerte fue la reacción cuando desapareció el chupete? Quedó como en otro lugar.

(Al bebé) Y ahora llegó, pero todavía no me acomodé, me parece...

(Adrián balbucea) ¿Qué pasa? Mis ojitos cambiaron. Cambiaron mis ojitos. Ahora estoy tocando de vuelta el chupete, pero me asusté por algo. Ahí está. Ahora estoy preparado.

Se ofendió demasiado.

No sé, como si realmente nos mostrara lo importante que es para él ese chupete con la cadenita, que usted misma la asoció con el CTI; y realmente es como que hubo un cambio en el acá, frente a nosotras, como que de pronto eso le movió algo que le pasó a él, que él lo sintió muy fuerte.

La función del entrevistador es doble: hacia el bebé —directamente— devolviéndole los sentimientos y situaciones en juego, y hacia la madre o padre mostrándoles no sólo aspectos de sus propias historias sino lo que se interpreta de las iniciativas, gestos espontáneos y juego del bebé.

En cuanto al tono vital de la madre, contrastaba la curiosidad e interés que

tenía Adrián por todo lo que lo rodeaba con el bajo tono vital de la madre, quien precisaba constantemente ser “revitalizada” por la entrevistadora.

En cuanto a la calidad de la relación de objeto, resaltan en la madre las relaciones indiscriminadas: “todos están enfermos por contagio”.

Los canales sensoriales privilegiados son el visual, el táctil, con menor estimulación del lenguaje por parte de la madre. La entrevistadora habla al bebé en primera persona; buscando una mayor proximidad en la relación, colaborando en la identificación, así como aportando palabras (estimulación a través de la expresión verbal y lenguaje) a los gestos e iniciativas del bebé.

El tipo de pensamiento por parte de la madre es bastante concreto, descriptivo de la sintomatología del bebé, con dificultad para ahondar en las causas. Es la entrevistadora quien la conduce a unir pensamientos, constatándose a lo largo de las entrevistas, una evolución a asociar situaciones y fenómenos.

Fragmentos de la siguiente entrevista

E: ¿Se acuerda ayer cuando se cayó el chupete, que en ese momento le sucedió algo a Adrián muy intenso? Es perder algo, también, como en un momento no verla a usted.

En casa lo poníamos en una camita al lado de la ventana y estaba como distraído siempre, mirando hacia afuera...

E: ¿Distraído mirando o con esa mirada al vacío? Porque él tiene distintas miradas, ¿usted se dio cuenta? Es muy curioso, mira todo...

A veces estaba como **mirando al vacío, no sé si miraba para afuera o tenía la mente en algo.**

E: Es diferente. Es distinto si mira todo o si se queda como la otra vez. ¿Qué notó cuando veía que Adrián miraba por la ventana?

M: A veces, no siempre, a veces se fijaba y otras veces **miraba los árboles**, las ramas que se movían, observaba. Hasta que a veces

quedaba dormido solito mirando para afuera.

La entrevistadora sigue investigando la relación de la propia madre con sus otros hijos (“en vez de hablarles, de repente a ellos les grito..., y así como les grito, los abrazo”).

Durante la entrevista nos parece importante investigar el grado en que la madre puede acompañar afectivamente a su hijo (exceso, carencia o insuficiencia) y la constitución de la familia (si es numerosa, la madre difícilmente pueda ejercer adecuadamente su función). Estos elementos nos permitirán inferir cómo se va construyendo y organizando el funcionamiento perceptivo de base de las representaciones provenientes de las distintas excitaciones que se van dando en el vínculo entre la madre y su bebé.<sup>59</sup>

E: O sea que da muchas idas y vueltas usted en sus reacciones, no? Grita, los chicos cuando uno grita a veces se asustan y a veces no. Depende del grito. Si inmediatamente los abraza es como que pasa rápidamente de un sentimiento a otro. ¿En usted sería algo así?

M: Sí, porque me siento mal por haberles gritado, no me gusta y es como que si no me pongo freno, me sale.

E: Eso pasa con los chicos. ¿Y con Adrián?

M: No, con él nunca. No, con él siempre tengo paciencia, **le hablo, inclusive le canto mucho** y a él le encanta que yo le cante “Juguemos en el bosque mientras el lobo no está, ¿lobo estás?” ¿Cómo hace el lobo, Adrián? ¿Asusta el lobo? Asusta el lobo, ¿a ver? ¿Cómo hace el lobo? Y él hacía aghhh.... No sé, de repente no se da cuenta porque es muy chiquitito, pero daba la coincidencia de que yo decía “¿Cómo hace el lobo?” y él hacía aghhh.

E: ¿Y qué otra canción? ¿Le canta otras canciones además de ésta? Sí, le

---

59. Los trastornos tempranos en el desarrollo del niño y en el vínculo con su madre son estudiados por Gaddini y colaboradores con la intención de contribuir en términos de prevención a las posibles formas de evolución psicósomática. Ya R. Gaddini y D. Winnicott nos alertaron sobre el valor del uso de los objetos cuya función primordial es la de asegurar la integración del self. Las experiencias corporales que en general pasan a ser experiencias mentales, fantasías, en estos casos son materializados por el cuerpo.

canto canciones de ositos, canciones de cuna para dormir el oso. Yo les canté a todos mis hijos canciones de cuna... (se pone a cantar) “La loba, la loba le compró al lobito un calzón de cuero y un gorro bonito. La loba, la loba se fue de paseo con su hijito lindo y de traje nuevo. La loba, la loba vendrá por aquí, si mi Adrián no quiere dormir.”

Sabemos por lo que fuimos observando en la entrevista que se trataba de un bebé muy curioso, “voraz en sus miradas”. Vamos observando que se van constituyendo distintas miradas: de exploración, de vacío, de introspección, de ausencia.

Para Adrián las miradas tenían un aspecto relacional importante que se veía en el vínculo con la entrevistadora y que más adelante lo desarrolla cuando “miraba a través de la ventana

El bebé está sediento de experiencias con el entorno, experiencias que tiende a seleccionar, a generalizar (como lo muestra la sensorialidad transmodal) y a organizar desde el inicio. Ello comporta la noción de agente de la propia vida relacional y psíquica; es decir del self sobre el cual insisten muchos autores (Emde, Stern y otros).

¿Pero qué le sucedió al psiquismo de Adrián que no pudo expresar su angustia o su dolor por los caminos habituales (llorar, patear, gritar)? Observamos que la pérdida del chupete, o el juego con el cable se equiparó al juego que hacía durante su internación con los cables de los aparatos de Terapia Intensiva. Situación ésta que lo desbordó psíquicamente y de la cual él se defendió mediante un mecanismo de escisión y regresión. El no pudo utilizar sus mecanismos habituales (llorar, gritar), sino que se “desconectó”.

Sabemos que la evolución de la función visual juega un rol importante en las interiorizaciones mentales. Vamos observando cómo el bebé se vincula con los distintos objetos que se le presentan y cómo reacciona ante éstos.

El entrelazamiento funcional entre el polo visual y el táctil iban generando organizaciones funcionales que no estaban sólidamente establecidas. Se



desconectaron generando mecanismos de escisión que comprometieron y llevaron a una desorganización psicosomática, con una regresión parcial que comprometió la función visual a un nivel de automatismo donde se perdió la programación de la función desde la mirada de contacto a la mirada vaciada.

Seguramente, la ausencia de la madre como habilitante y sostenedora de la construcción de este entrelazamiento entre las funciones sensorial, perceptiva y verbal, colaboró en esta desorganización. **Una carencia materna que puede impedir establecer una adecuada jerarquización de las funciones en su desarrollo.**

Tal vez la madre no ayudó a unir la representación verbal (lenguaje) al dolor, angustia, que el bebé estaba transitando en ese momento, estableciéndose simultáneamente el tacto como un sensorio muy privilegiado para Adrián.

Las uniones que se van dando son intersensoriales, interperceptivas, interverbales, e intersensorio–perceptivo–verbales. Cuánto más funcionales son los déficits y más precoces son las ausencias de unión entre las representaciones, más dificultoso será el camino en la construcción del preconscious.

También veíamos que en otro momento de la entrevista, la madre inicia un juego cantado. El juego pasa a expresar las relaciones y angustias internas que se identifican en la figura del “lobo”, el temor y la temática de presencia–ausencia.

La presencia de la palabra asociada al juego, de estar y no estar, de ver y no ver, y al afecto concomitante (susto, miedo) ayudan a reestablecer elaborativamente algo que había fracasado anteriormente con la caída del cable con el chupete, ahora aquí lo que la madre introduce —en el susto (de ambos)— es el afecto ligado a las representaciones.

A través de la elección de este canto, la madre condensa a mi parecer distintas situaciones de sí misma: su dificultades para separarse (ya que el dormir constituye una manera de separarse), el temor que elige la representación “lobo”

(como figura materna que encierra algo de temor), al mismo tiempo que trae la preocupación por las “vestimentas” (cuerpo) de su hijo.

### *Tatiana*

Tiene 5 meses y medio y fue derivada por pediatra por padecer de asma y eccema. Es producto de un sexto embarazo, diagnosticado al cuarto mes. El embarazo fue normal, pesando aproximadamente 3 kilos al nacer. Durante el parto tuvo anoxia neonatal.

Su madre, de 33 años, es empleada doméstica; también fue asmática y eccema. Es producto de un sexto embarazo, diagnosticado al cuarto mes. El embarazo fue normal, pesando aproximadamente 3 kilos al nacer. Durante el parto tuvo anoxia neonatal.

Su madre, de 33 años, es empleada doméstica; también fue asmática y eccematosa. Durante el embarazo del quinto hijo remite el asma y aparece el eccema, sobre todo ubicado en las manos.

El abuelo y la tía materna fueron asmáticos graves y fallecieron. La madre quedó viuda hace seis años, con 5 hijos de este primer matrimonio y tiene de esta actual pareja 2 hijos: Pedro, de 5 años, quien también asiste a las entrevistas porque no tiene con quien quedarse, y Tatiana.

La situación socioeconómica es precaria. Toda la familia vive en un cuarto. A pesar de que Tatiana tiene su propia camita, duerme bastante habitualmente con la madre porque ésta tiene “terror de que la beba se muera”, entonces la abraza y la cuida toda la noche para ver si respira, si está viva.

En la primera entrevista, la temática del relato de la madre gira alrededor de su familia, de sus antecedentes de asma y la muerte: de su primer marido, de una vecina y de una bebita que murió coincidentemente con el nacimiento de Tatiana; todos ellos súbitamente. Mientras la madre relata todas estas situaciones que la tienen muy invadida, sostiene a su hija sobre su falda, la acaricia cada tanto, pero no recibe por parte de Tatiana ninguna respuesta, ésta

se mantiene rígida.

En la segunda entrevista, la madre trae su desconfianza hacia la pediatra por la “trampa” tendida por ésta al derivarla a nuestro equipo: “la psicóloga no era para la beba, sino para mí.” Aunque admite: “Pude sacar como de un tarro cosas que yo tenía guardadas.”

Tatiana tiene hoy los ojos abiertos y de su boca le salen flemas. Su madre relata la espera de esta hija, también mezclada con ansiedad. Tenía mucho miedo al parto.

En ambas entrevistas viene con su hermano Pedro, de 5 años. En esta entrevista, la madre le había traído cosas para dibujar y él dibuja espontáneamente a Tatiana y a sí mismo: “Esta es Tatiana y éste soy yo.” La discriminación aparece con la pertenencia a ser hijos del mismo padre (en la entrevista anterior, había dibujado un montón de patitos, todos iguales, de los que decía que era la familia, confundiendo así hermanos, padres, grupo familiar, muertos y vivos).

Pedro pasa a constituir un lado muy vital de la familia: se acerca a Tatiana, la mueve, la quiere agarrar, le grita al oído o le provoca el llanto. La quiere vitalizar.

En la tercer entrevista, que concurren sólo la madre y Tatiana, comienza a darse un movimiento de discriminación entre la beba y su madre, siendo posible el juego. La madre y la niña juegan a esconder la imagen detrás de una toallita. Juegos de presencia–ausencia que favorecen la toma de distancia entre ambas, de un modo placentero y vital. Tatiana sonrío, investiga, su madre la coloca de pie en el piso tomándola de los brazos. Se modifica la postura rígida de la beba.

En la medida que alivió su situación personal, la madre pudo comprometerse corporal y afectivamente con Tatiana, a través del intercambio de miradas y de contacto. Esta pudo vitalizarse cuando la madre habló, jugó con ella. Su propio compromiso libidinal se puso de manifiesto en el placer de jugar y encontrarse con su beba.

La capacidad de jugar es un logro en el desarrollo emocional de cada niño. Una tendencia heredada que impulsa al niño hacia adelante y que se inicia como símbolo de la confianza del bebé y del niño pequeño en su madre (o madre sustituta).

La madre, en su función organizadora, es la que favorece la natural integración de los diferentes ritmos del neonato. A través de sus cuidados y su propia actividad rítmica permite por un lado organizar al bebé en momentos de desorganización, y por otro, ordenar los automatismos rítmicos de su hijo, darles un sentido, incluirlos en secuencias de comportamientos más amplios (actividades lúdicas), favoreciendo el desarrollo y la comunicación social.

En el caso de Tatiana, la forma en que la madre actúa es muy significativa. Generalmente la estrecha contra su cuerpo e impide la descarga motriz, eliminando así una de las fuentes de displacer. A veces logra esto mediante un ritmo de hamacado intenso. Este movimiento o descarga motriz, ya no es propio sino de su madre.

La madre inicialmente sostiene a Tatiana en su falda, manteniéndola unida a ella, como fusionada a su cuerpo, sin posibilitar una discriminación activa en la niña, situación que poco a poco se va modificando. ¿De qué manera “sostén” se transforma en integración? El adecuado manejo de las necesidades corporales en una reunión psique–soma posibilita constituirse persona. Para D. Winnicott el sostenimiento, “protege contra la afrenta fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura–tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a la caídas (acción de la gravedad) así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas distintas, ya que forma parte de ellas y no hay dos criaturas iguales; sigue asimismo los cambios imperceptibles que día a día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura; cambios tanto físicos como fisiológicos”.

También la madre realiza diferentes verbalizaciones o canciones de cuna intercalándose entre los espacios de inspiración del bebé. Como vimos al referirnos al llanto, ubica las verbalizaciones coincidiendo en los momentos de expiración (llanto), de manera de “tapar” los estímulos desorganizados que emite su hijo. De esta forma busca progresivamente una constancia en el nivel y tipo de estimulación. Sabemos que, muchas veces, en el hacer se dice más y mejor de la verdad (del deseo inconsciente) que en el decir manifiesto.

Creo que el punto a privilegiar aquí es observar cómo las proyecciones masivas por parte de la madre producen efectos en el psique–soma del bebé. Nuevamente, las intervenciones apuntan a ayudar a modificar esta situación, incluyendo también a Pedro en su intento por dar expresión, viveza, movimiento a su hermanita.

Desde el embarazo y sobre todo a partir del nacimiento del bebé, las imágenes del pasado son proyectadas en el niño por sus padres. Se trata de una vasta gama de proyecciones que van a determinar la imagen que la madre se hace del bebé, así como la imagen o imágenes con las que la madre se identifica. El conjunto de proyecciones e identificaciones complementarias así como la calidad libidinal o agresiva de las imágenes que la componen van a jugar un papel determinante en las interacciones madre–bebé.

Observamos que la madre se apoya en la existencia de Tatiana para reencontrar en la relación vínculos perdidos o añorados con los objetos reales o fantasmáticos de su pasado.

Nos interesó pues, en el material de Tatiana, mostrar no tanto el despliegue del material clínico, sino mostrar el aporte de la videofilmación como herramienta auxiliar. Dado que el trabajo se realiza en pocas entrevistas, se posibilita así una mayor captación de la interacción madre–bebé. En este caso, a través de algunos trozos de la videofilmación, pudimos acceder a una mayor comprensión del material respecto al intercambio de miradas, la rigidez corporal de la niña, la fuerza de los mecanismos proyectivos que la dejaban en un lugar

desvitalizado, así como la proximidad de la madre y el lugar del juego.

### **Consideraciones finales**

La videofilmación<sup>60</sup> posibilita el aporte desde la observación directa de la situación clínica, enfocando la acción tanto del bebé como de la madre en el aquí y ahora. Así, puede trabajarse desde la reconstrucción de fantasías pero además deteniéndonos más minuciosamente en todo aquello que acompaña a la madre cuando ésta dice algo. El relato se acompaña entonces de una compleja secuencia de posturas, acciones, gestos, miradas, contacto, proximidad o distancia respecto a su bebé, etc. O asimismo introducimos en las reglas de otros lenguajes, como por ejemplo, el de la música: ritmo, secuencias, orden dentro de la misma, duración, intervalos.

Al mismo tiempo, nos permite amplificar el lente en la bidireccionalidad del vínculo, y no sólo en la depositación de aspectos de la madre sobre el bebé.

El entrevistador cumple diferentes funciones: Funciones de reflejo y espejo: al hablar en primera persona al bebé permite que la madre, por identificación, pueda escuchar el “diálogo” con su hijo desde otro lugar y mirarse en el vínculo. También esta función de espejo posibilita que el niño se vea a sí mismo. Una función de eco, siguiendo los balbuceos y gestos espontáneos del bebé, actuando como un anexo y acompañando a la madre en la semantización de los mismos.

También la reconstrucción depende de que el entrevistador se coloque en ese lugar, dando otra mirada a las proyecciones e identificaciones maternas, tanto libidinales como agresivas que determinan el tipo de vínculo.

El infante observado ha dado lugar a todo un nivel de investigación comportamental vinculado al psicoanálisis y que tiene relación con la

---

60. R. Spitz introdujo el análisis cinematográfico en la investigación. Por la misma época, A. Freud y D. Burlington realizaron las primeras observaciones (en publicaciones sobre las Nurseries de Guerra). Simultáneamente, desarrollaba su pensamiento D. Winnicott. Posteriormente, Serge Lebovici, Leon Kreissler y Michele Soulé en Francia, Bertrand Cramer, Palacio Espasa en Suiza, y muchos otros, continuaron y ampliaron dicho campo de investigación.

psiquiatría del lactante. En ella se pueden destacar los avances realizados en psicopatología por L. Kreisler, siguiendo las hipótesis de Marty. Esta área ha sufrido también el impacto de la aplicación de métodos de microanálisis comportamental, basados en el registro objetivo y minucioso de la interacción madre-hijo.

### **Resumen**

El propósito de este trabajo es, a través de dos sucintas viñetas clínicas, relatarles la complejidad de la relación que fui encontrando entre lo observado (plano descriptivo de la observación) y lo reconstruido. En cada uno de estos ejemplos clínicos observé distintos modos de ejercicio de la función materna, diferentes modos de ir estableciendo la integración entre las funciones, así como distintos entrelazamientos vinculares y sensoriales que facilitaban o no la construcción del psiquismo del bebé. El recurso técnico de la videofilmación permite la introducción de un tercero, que oficia de verificador, confrontando lo inferido con lo observado. Introduce junto al mundo de la significación, el de la interacción de lo observado en el contacto preverbal.

### **Summary**

The purpose of this work is to show the complexity of the mother-baby relationship: what is observed (descriptive level of the observation) and what is reconstructed.

The technical resort of the video filming allows the introduction of a third person who officiates as a verifier, confronting what is inferred to what is observed. It introduces with the world of the signification, the world of the interaction (pre verbal contact).

Descriptores: MADRE / BEBÉ / INVESTIGACIÓN / PATOLOGÍA /  
PSICOSOMA / MATERIAL CLÍNICO

## **Bibliografía**

**Acevedo de Mendilaharsu, Sélika.** El hecho clínico en psicoanálisis. En: Revista Temas de Psicoanálisis N° 24: Segundo Coloquio de Colonia: Interpretación: hecho, imagen, relato. Ed. de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 1996.

**Ahumada, Jorge.** En: Revista Temas de Psicoanálisis N° 24: Segundo Coloquio de Colonia: Interpretación: hecho, imagen, relato. Ed. de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 1996.

**Marina Altmann de Litvan (Coordinadora), Ma. Teresa Arcos, Fedora Espinal de Carbajal, Ma. del Carmen González Píriz, Gabriela Nogueira, Gabriela Kiepsch, Soledad Próspero, Ma. Marta Sapriza, Elsa Silva, Manuel Viera, Alicia Weissenberg de Perkal:** “Cindy. Algunas particularidades del funcionamiento mental en un caso de asma de lactante”. Publicación de las Jornadas de Psicoanálisis de las Enfermedades Orgánicas. Montevideo, Uruguay, 1992.

**Lic. Marina Altmann de Litvan (Coordinadora), Ma. Teresa Arcos, Fedora Espinal de Carbajal, Ma. del Carmen González Píriz, Gabriela Nogueira, Gabriela Kiepsch, Soledad Próspero, Ma. Marta Sapriza, Elsa Silva, Manuel Viera, Alicia Weissenberg de Perkal.** El valor de la canción de cuna: entre la organización psicosomática de la madre y la organización psicosomática del bebé”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 77, publicación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo, Uruguay, 1993.

**Lic. Marina Altmann de Litvan (Coordinadora), Ma. Teresa Arcos, Fedora Espinal de Carbajal, Ma. del Carmen González Píriz, Gabriela Nogueira,**



**Gabriela Kiepsch, Soledad Próspero, Ma. Marta Sapriza, Elsa Silva, Manuel Viera, Alicia Weissenbeerg de Perkal.** La Mujer: Transmisora de la herencia cultural a través de la canción de cuna. Publicación de las Jornadas “La mujer desde el Psicoanálisis, en homenaje a Marie Langer, organizadas por la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica.

**Lic. Marina Altmann de Litvan (Coordinadora), Ma. Teresa Arcos, Fedora Espinal de Carbajal, Ma. del Carmen González Píriz, Gabriela Nogueira, Gabriela Kiepsch, Soledad Próspero, Ma. Marta Sapriza, Elsa Silva, Manuel Viera, Alicia Weissenbeerg de Perkal:** “Intervenciones reestablecedoras del Equilibrio Psicossomático con patologías de alto riesgo. Un caso de asma de lactante”. Publicación de las Jornadas Nacionales de interacción temprana. T. II, Ed. Roca Viva, 1993.

**Lic. Marina Altmann de Litvan (Coord.), Psic. Alicia Weigensberg de Perkal, Psic. Beatriz Angulo, Dra. Martha Cárdenas, Psic. Soledad Próspero, Psic. Ma. Martha Sapriza, Psic. Manuel Viera:** “Padre, madre y hermanos en el uso y costumbre de la canción de cuna”. Trabajo presentado en el Congreso Internacional “Los grupos en el umbral del nuevo siglo”, con una muestra estadística de 100 entrevistas a madres. (Inédito) Buenos Aires, Argentina, 1995.

**Lic. Altmann de Litvan Marina (Coordinadora) Weissenberg de Perkal Alicia, Beatriz Angulo, Prospero Soledad, Sapriza Maria Marta, Viera Manuel:** Proyecto piloto de investigación: “Usos y Costumbres de la Canción de Cuna”. Presentado en las II Jornadas de Psicología Medica y Medicina Psico–Social en Montevideo, Uruguay, 1995 (Inédito).

**Lic. Marina Altmann de Litvan:** Traumatismos y vulnerabilidad psíquica.

Presentado en las IX Jornadas Psicoanalíticas “Lo arcaico, temporalidad e historización”. Edición de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay, 1995.

**Lic. Marina Altmann de Litvan:** Comentarios al video del Dr. Juan M. Hoffmann: Espontaneidad: iniciativa y creatividad. Trabajo presentado en el Segundo Coloquio de Colonia, organizado por la Fundación Colonia del Sacramento, Colonia, Uruguay, 1996.

**Abbagnano, Nicola:** Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica. México.

**Bion, Wilfred:** Elements of Psychoanalysis. Heinemann, London, 1963.

**Bion, Wilfred:** Transformations. Heinemann, London, 1965.

**Caorsi, Enrique:** Investigación en Psicoanálisis. Panel sobre Investigación en Psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo, 1994 (Inédito).

**Díaz Rossello, José L.; Guerra, Víctor; Strauch, Magdalena, Rodríguez Rega, Cristina; Bernardi, Ricardo:** La madre y su bebé: Primeras interacciones. Ed. Roca Viva, Montevideo, Uruguay.

**Emde, Robert:** Desarrollo terminable e interminable. En: Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Congreso IPAC N° 35, Montreal, Canadá, T. LXIV, N° 4, Buenos Aires, 1987.

**Gaddini, Renata:** Determinantes precoces del self y de la constancia objetal (Inédito).

**Kreisler, León; Michel Fain y Michel Soulé:** El niño y su cuerpo. Estudios so-

bre la clínica psicossomática de la infancia, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

**Marty, Pierre:** Mentalización y Psicossomática (Conferencia) (Inédito)

— La investigación psicossomática. Ed. Luis Miracle, Barcelona, 1967.

**Winnicott, D. W.:** El desarrollo emocional primitivo (1945). En: Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia, p. 203.

— La agresión en relación con el desarrollo emocional (195–055). En: (Collected Papers. Through Pediatrics to Psycho–Analysis). Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Psiquiatría/Papel 451/Editorial Laja. pág 281.

— Objetos transicionales y fenómenos transicionales (1953). En: Realidad y Juego. Ed. Granica, p. 51.

— El juego en la situación analítica (1954) (para pensar el tema del juego en los adultos).En: Exploraciones Psicoanalíticas 1, p. 43. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1993p.

— El proceso de maduración en el niño (1975).

**Volinski, P; Altmann, M; López, C; Médici, C.** y otros (1986). El juego en Psicoanálisis de niños (compilación). Biblioteca Uruguaya de Psicoanálisis. Volumen 1– 1986. Laboratorio de Psicoanálisis de niños. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

Trabajo de la transferencia. Relación con las teorías:  
Un sendero de investigación<sup>61</sup>

*Cristina López de Cayaffa,<sup>62</sup> Luz M. Porras de Rodríguez<sup>63</sup>*

*“...la teoría no se enseña, se trasmite...”*

*A. Green*

La relación con las teorías es un tema central para la investigación en el área del conocimiento. En el caso del psicoanálisis, nos mueve a la reflexión un sesgamiento que propicia una consideración específica. Estas notas tratarán de transmitir algunas ideas que han merecido nuestra atención en ese sesgo.

La transferencia en psicoanálisis supone las complejidades de la realidad psíquica y sus tiempos. El fenómeno transferencial constituye una paradoja....

Una primer pregunta senos ocurre; ¿qué se transfiere? ¿de dónde viene y que destino tiene eso que se materializa en las que serán nuestras teorías?

En 1994 nos preguntábamos<sup>64</sup> como surgen las concepciones teóricas en un

---

61. López de Cayaffa, C. y Porras de Rodríguez, L. (1996) Trabajo de la transferencia. Relación con las teorías en la formación psicoanalítica. Presentado como trabajo libre en: “2do. Encuentro Latinoamericano de Institutos de Formación Psicoanalítica, Mayo 2 5/26, 1996, Montevideo Uruguay” y en “XXIV Congreso Interno y XXXIV Symposium de la Asoc. Psic. Argentina, El Muro Narcisista” 4-5 octubre 1996.

62. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Dir. Luis P. Ponce 1537 (11600) Montevideo. Tel. 79 88 39 Fax 708 40 20.

63. Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Dir. Br. Artigas 1414

momento determinado, lo que nos llevaba a reflexionar sobre nuestro vínculo con la teoría en distintos momentos, así como nuestra aproximación a un autor y su teorización. Nos planteábamos que relación mantenemos con las teorías y que uso hacemos de ellas. Abordamos el tema apoyándonos en conceptos de Winnicott de “*relación y uso del objeto*”, para ver como esto funcionaría en nuestra propia relación con las Teorías.

Los analistas que han marcado progresos en el psicoanálisis, han tenido una relación particular y fecunda con la teoría analítica como corpus, que les ha permitido trascender. Winnicott<sup>65</sup> (1956) dice de su trayecto “...*lo que sucede es que voy recogiendo cosas aquí y allá, me enfrento a mi experiencia clínica, me formo mis propias teorías y luego, al final de todo, pongo interés en ver cuales son las ideas que he tomado de otros*”. Así enfocó este autor su camino.

Sólo serán comprensibles los diferentes enfoques si tenemos en cuenta la comprensión de la ambivalencia de los hechos afectivos, ya que los procesos inconscientes no están regidos por la lógica de la no-contradicción, lo que se abre a los diversos trayectos personales. Por ese motivo es que hay una necesidad de explorar, analizar, explicitar las hipótesis sobre las cuales se apoya, ya sea consciente o inconcientemente nuestra relación con las teorías. Procurar visualizar, en este campo de la relación con las teorías, **el trabajo de la transferencia**, algo que entendemos como la transferencia trabajando en uno.

Tarea ardua ya que somos sujetos y objetos de observación, el objeto está sujeto y por ende cae en ese espacio que se encuentra entre la relación de objeto y el narcisismo.

Nos preguntamos si aquí estaríamos en el campo del espacio transicional de Winnicott; lugar para lo nuevo, lo desconocido, de la incertidumbre, de la

---

Ap.101 (11300) Montevideo. Tel. 707 20 41. E-mail: porras@chasque.apc.org

64. López de Cayaffa, C., Altmann de Litvan, M., Porras de Rodríguez, L. M., Labraga, F.(1994) Nuestro vínculo con las teorías relación y uso desde la perspectiva metapsicológica Wjnnicotteana Presentado en el III Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott, Gramado Brasil Diciembre 1994.

65. Winnicott, D.W. (1931–1956) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Psiquiatría. Ed. Laia.1981.

paradoja, lugar de encuentro con el conflicto psíquico, y no el lugar de lo preestablecido, la verdad, el dogma.

Como señala Green<sup>66</sup> (1991), citando a Bion, la posibilidad, en el uso de las teorías del “*olvido de las preconcepciones en favor de la novedad*”. Este sentido pensamos es similar al que se refiere Freud<sup>67</sup> respecto de la ocurrencia<sup>68</sup> (Einfall) en el proceso creador.

Este olvido de las preconcepciones en favor de la novedad, la ocurrencia, el encuentro–creación (Winnicott), será lo que posibilitará el elegir (¿ser elegido?) por la teoría. No es lo mismo adherir a un autor en una “*transferencia lateral*” (Green), que ser captado o captar por nuestro psiquismo tal o cual aspecto de una teoría que se irá modificando si entran en juego mecanismos dinámicos, tópicos y económicos. Campo donde se jugará una opción, no una teoría, que oficiará de entramado, de intertexto, para el surgimiento de nuestra propia teorización.

Complejo trabajo de transferencia, con la Institución, con los analistas, con las teorías que implica, relaciones transferenciales de tipo narcisista y relaciones de objeto, enfrentamos al vínculo con otros con nuestra “caja de útiles poblada de fantasmas”. Apoyaturas diversas, que pautarán el estilo o la armonía en cada uno de nosotros como analistas. Cada teoría puede en diversos analistas hacer fructificar una nueva creación, o parafraseando a Green, un camino propio que lleve a un redescubrimiento de la teoría.

Entendemos que nuestra relación con las teorías se encuentra en una relación de sobredeterminación. Si pensamos en la metapsicología freudiana podríamos

---

66. 6. Green, A. (1992) Préalables à une discussion sur la fonction de la théorie dans la formation psychanalytique. En *Devenir psychanalyste?* Revue Française de Psychanalyse Tome LVI Avril–Juin, 1992, France.

67. “Por las comunicaciones de hombres en extremo productivos, Goethe y Helmholtz, llegamos a saber más bien que lo esencial y lo nuevo de sus creaciones les fue dado a la manera de ocurrencias y advino a su percepción casi listo” (Interpretación de los Sueños).

señalar que nuestra elección por diferentes aspectos de las teorías psicoanalíticas tiene elementos que se sobredeterminan de la misma manera que los elementos del sueño. En este proceso dinámico encuentra su nexo el deseo inconsciente, que es capaz de transferirse, en uno de los primeros sentidos en que Freud<sup>69</sup> usó el término transferencia.

¿Desde dónde se transfiere? Como en la cura se “*transfiere desde las fuentes de lo reprimido, de lo inconsciente y no desde el pasado, a pesar de la alusión a lo infantil*”, siendo este origen una consecuencia de la atemporalidad del inconsciente. La materia prima es en último término la misma, pero la elaboración varía y se enriquece por un procesamiento yoico que procura el contacto con la realidad (¿objetiva?). A su vez el producto y su destino trasciende la economía libidinal personal (López de Cayaffa<sup>70,71</sup>)

El concepto de transferencia aquí se ensancha al abarcar las afluencias de diversas marcas que son producto de los aconteceres vitales.

Al respecto señala L. Bataille<sup>72,73</sup> (1987) “*Las teorías que me gobiernan, en parte inconscientes, provienen de las recomposiciones que he hecho sufrir a todos los discursos que han circulado alrededor mío desde mi nacimiento; están también todos los libros que he leído, tanto los de psicoanálisis como los otros... —a lo que agrega que— “...están allí comprendidos los discursos de los que hacen o han hecho su análisis conmigo...”*”

---

68. Este tópico ha sido tratado por una de nosotras en “La mente y el que-hacer del analista.” .En Malestares. Rev. Uruguaya de Psicoanálisis N°76, 1992 Uruguay (Porras de Rodríguez, L. M)

69. 9. Freud, S (1900) Interpretación de los Sueños. A.E. 1979, Argentina pp 554–555

70. López de Cayaffa, C. (1984) Tiempo de transferencia, tiempo en la transferencia, transferencia en el tiempo. Temas de Psicoanálisis N°3, Mayo 1984. Publicación de A.P.U.

71. López de Cayaffa, C. (1995) Transferencia y temporalidad. Inédito. Presentado en XXIII Congreso Interno y XXXIII Simposio de A.P:A.” 1895–1995 Metapsicología y Clínica 100 años después” Bs. As. Noviembre 1995.

72. Bataille, L. (1987) L’ ombilic du réve. En D’une pratique. Du Seuil, Paris, 1987 (cit.12 L. Porras)

73. Porras de Rodríguez, L. M. (1989) Lacan y la práctica analítica: “influencias y encuentros”. En Presencia de Lacan. Ediciones Populares para América Latina (EPPAL), 1989 Montevideo.

La elección de una teoría puede acontecer en el analista por la movilización de material asociativo<sup>74</sup>. En la práctica analítica, *“la escucha es modificada por los límites de cada analista, ya sea configurando espacios de conflicto que son el punto de inflexión donde se pueden conciliar o estallar las diversas teorías que nos habitan”* (Porras de Rodríguez<sup>75</sup>); zona de conflicto que favoreciendo la reflexión psicoanalítica puede dar lugar a la creatividad en el mejor de los casos. A partir de allí de acuerdo a como se tramite o se modeliza podemos encontrarnos con una *elección–creación teórica*.

¿Y qué sucede en nuestro tránsito como Candidatos en la aproximación a una teoría? La elección de un Seminario comporta algo de la ilusión, ilusión de un encuentro con un objeto nutricional y enriquecedor. Pero la puesta en juego de aquellos términos, realidad objetiva, fantasma subjetivo puede no desembocar en el encuentro esperado. Si la escucha es modificada por los límites de cada uno, los espacios de conflicto que surjan movilizarán el “arbeit” y fertilizarán el almácigo de ideas, aunque también pueden anegarlo esterilizándolo.

Por otra parte la teoría puede provocar reacciones de una gran ambivalencia, como señalábamos, ya que *“ella puede asentarse en una posición de poder narcisista o instalarse*

En la transmisión en psicoanálisis como proceso creativo pensamos, que valdría la pena investigar, lo que concierne a la transferencia y a la sublimación.

Freud<sup>76</sup> (1932) señala que la sublimación cambia el objeto de la pulsión; el objeto de la sublimación es producto de una creación que viene a tomar el lugar de un objeto pulsional antiguo, fuertemente investido, y perdido. Lo propio de

---

74. 14. Porras de Rodríguez, L. M. (1993) La transferencia, campo de “reflexión”: formación y secreto. Panel: Neurosis. Transferencia y contratransferencia. VIII Jornadas Psicoanalíticas de A.P.U., IX 1993. Mdeo. Este material asociativo tiene su fuente en procesos inconscientes que involucran la historia del analista así como su experiencia, lo que he dado en llamar la *“historia psicoanalítica como objeto de una censura (Green)”*.

75. Porras de Rodríguez, L. M. (1992) ¿Incomoda el inconsciente? En Malestares. Rev. Uruguay de Psicoanálisis N° 76, 1992 Uruguay.

76. Freud, S. (1932) Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis, A.E., 1979 Buenos Aires.



este objeto para Anzieu<sup>77</sup> (1979) es el de establecer una correspondencia entre un fantasma subjetivo y una realidad objetiva, que es captada gracias a aquél. Se crea así, pensamos, una nueva realidad que en su mestizaje se abre a lo paradójal del interjuego:

fantasma < > realidad

subjetivo < > objetiva

Volviendo a la sublimación hay allí para Freud, un desplazamiento, transferencia libidinal cuyo fin ha sido cambiado; a lo que acota que no es fácil describir esta desviación del fin conforme a las exigencias de la metapsicología. La creación de las teorías sexuales infantiles, movida por el impulso epistemofílico en tránsito por la peripecia edípica, nos llevaría a vincular, sublimación y transferencia, aunque esto no configure en sentido estricto el concepto freudiano de sublimación.

Con Freud podemos decir que el trabajo intelectual está alimentado, por una energía susceptible de desplazamiento que representa una libido desexualizada, impulsiones eróticas sublimadas, en el sentido que ha hecho suya la principal intención de Eros que consiste en reunir, ligar. Uniones y combinaciones creadoras de nuevos objetos y sentidos.

La creación está presente en el contacto personal con las teorías, que hace de ellas y de nosotros objetos nuevos, cada lectura hace de nosotros un autor, cada paciente hace de nosotros un nuevo analista. Esta creación oficiaría como el sesgo sublimatorio de nuestra tarea<sup>78</sup>.

---

77. Anzieu, D. (1979) Préface. En *La Sublimation. Les sentiers de la création*. Tchou, éditeur, 1979, France.

78. El diálogo de las autoras procede del trabajo y diálogo interno de cada una de ellas

La sublimación para M. Klein opera fundamentándose en el simbolismo, y encuentra su fuente y motor en el deseo de reparar al objeto (amor y culpa), deseo que se va transfiriendo a diferentes objetos. Todas las actividades yoicas son así producto de experiencias sublimatorias, en ellas algo se conserva: el amor por los primitivos objetos y algo se modifica, cambia: los objetos y las acciones simbólicas con ellos.

Permanencia y cambio parecen cimentar lo paradójico de la sublimación.

Cuando Winnicott, pensando la creatividad nos introduce en el espacio potencial nos pone frente a la “paradoja de la percepción” que se vuelve creadora, y a la “paradoja del sentido” que se despliega en multiplicidades que ensanchan al mundo y enriquecen al sujeto.

Refiriéndose a la creatividad impulsora de las acciones espontáneas en Winnicott señalan Davis y Wallbridge<sup>79</sup> que “...*da lugar a una ‘apercepción creadora’ que junto con el desarrollo cognitivo habilita al individuo (...) para entrar en intercambios significativos con el mundo, proceso éste de doble vía, en que el enriquecimiento propio a/terna con el descubrimiento de un sentido en el mundo de las cosas vistas*”. Se conjuga acá la paradoja de la “percepción”.

En el pasaje de la relación al uso del objeto hay un hacer que por sus efectos modifica al sujeto y al objeto vinculándolos de otra manera, permanencia y transformación en la paradoja Winnicotteana que se vierten en el pasaje de la relación al uso de la teoría. En el trabajo “*Nuestro vínculo con las teorías, relación y uso desde la perspectiva Winnicotteana (1994)*”, refiriéndonos a esa transformación, señalábamos que; “*El objeto–teoría sobrevive, pero ya no es el mismo para el sujeto–analista, quien sobrevive transformado, algo de su omnipotencia ha cedido, algo de la idealización se ha desvanecido, dispone de las teorías acotándolas a la necesidad y a la oportunidad e introduce su propio*

---

desde trayectorias teóricas diferentes.

79. Davis, M., Wallbridge, D. Límite y Espacio. Introducción a la obra D. Winnicott. Amorrortu Ed. Bs Aires, 1988.

*pensar creativo.*”

Las consideraciones sobre este tópico nos ubican en una encrucijada paradójica, como sujetos–objetos de observación que tiene también su vertiente elaborativa en la “*función psicoanalítica de la personalidad, que va a ser diferente en cada analista, pero que contendrá algo en común, una invariante que los analistas llamamos psicoanálisis*” (Tabak de Bianchedi, E., Sor, D.<sup>80</sup>, 1981).

Nos preguntábamos ¿qué destino tiene lo que llegará a constituirse en *nuestras teorías*”? Planteamos que un *lado de “ello”* está destinado a pasar por los procesos sublimatorios. Estos abren un abanico de procesos de transformación sobre una base de permanencia, —*flor nueva de romances viejos*—, la metáfora creativa<sup>81</sup> recuperándonos, dando cuenta de ¡a brecha del inconsciente, rescatándonos del encierro lógico–deductivo, nos enfrenta al “*otro lado*” que toca a la Función Psicoanalítica de la personalidad, porque, las teorías psicoanalíticas que se producen en ¡os analistas, comprenden su relación con el inconsciente, así como su reconocimiento, “ello es” pues, un asunto epistemológico.

---

80. Tabak de Bianchedi, E., Sor, D (1981) Evocaciones y extensiones. Reflexiones sobre algunas ideas de Bion. Psicoanálisis. Vol. III N° 2/3 Argentina, 1981.

81. En el decir del Poeta —“ yo soy aquél que ayer nomás decía” — “ya no somos los mismos, es cierto, pero...”

## **Resumen**

Se plantea desde un ángulo epistemológico la elección de las teorías, por parte del analista, lo que comprende en dicha producción la relación con el inconsciente y su reconocimiento. Esta producción circula alrededor del Trabajo de transferencia, transferencia trabajando en uno. La elección de las teorías operando con un concepto ensanchado de la transferencia.

Desde el origen y destino de lo que se transfiere se recorre en el trabajo, un trayecto que comprende también a la relación y dinámica entre transferencia y sublimación; un lado del destino de nuestras teorías está destinado a pasar por los procesos sublimatorios.

La reflexión toma como interlocutores a: Freud en la ocurrencia (Einfall) y la sobredeterminación, a Klein en los procesos de simbolización, a Bion en las preconcepciones, y a Winnicott en el encuentro–creación, en la relación y uso del objeto, y el espacio transicional. Concluyen que la elección de las teorías de parte del analista es un asunto epistemológico, (Ello Es).

## **Summary**

The analysts, from the epistemologic vantage point of the selection of theories, attempt to understand its relationship with the unconscious and its acknowledgement. They operate with an extended concept of transference: the work of transference, transference working within them.

A path is traversed by the authors, by means of a dialogue, from the origins to its outcome, including the relationship and dynamics between transference and sublimation. The destiny of our theories is partially bound to go through the sublimatory processes.

These ideas converse with Freuds about occurrence (Einfall) and over-determination; with Kleins over the symbolic processes; with Bions about preconceptions and with Winnicott over object relations, the use of the object

and transitional space. They conclude that the selection of theories by the analyst is an epistemologic issue (Id is).

Descriptores: TRANSFERENCIA / TEORÍA / SUBLIMACIÓN /  
PARADOJA

Problemas del campo de la transferencia – contratransferencia:  
perspectiva actual y vigencia de nuestras raíces<sup>82</sup>

*Beatriz de León de Bernardi\**

El estudio del campo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se desarrollan durante el trabajo analítico, aparece como objeto y tema privilegiado de la investigación clínica en psicoanálisis. Surge desde el seno de la situación analítica, se refiere al trabajo sobre los aspectos inconscientes de la comunicación entre analista y paciente, y permite plantear el estudio de los efectos de nuestras interpretaciones en la realidad psíquica del paciente.

En el presente trabajo plantearé algunos de los problemas que en la actualidad resultan relevantes en relación con el tema, retomando en esta reflexión la perspectiva del psicoanálisis latinoamericano y, más específicamente, algunos de los aportes originales del pensamiento psicoanalítico del Río de la Plata que se mantienen vigentes hoy día.

**1) Transferencia y contratransferencia ¿resistencia o instrumento?  
¿creación del paciente o contribución del analista?**

En sus inicios, tanto la noción de transferencia del paciente como la de contratransferencia del analista se han entendido como obstáculos al trabajo de

---

82. Relato oficial XXI Congreso de FEPAL

\*. Miembro Titular de APU. Santiago Vázquez 1142,11300, Montevideo Uruguay.

la asociación libre en el proceso analítico.

Así, para Freud los recuerdos infantiles reprimidos surgen en forma espontánea transfiriéndose a la persona del analista con la cual se ha establecido un falso enlace. El analista responde con la interpretación que restablece el decurso de la asociación libre.

En sus orígenes el concepto de contratransferencia implica aún más directamente la idea de respuesta inadecuada del analista al paciente. En su sentido estricto aparece como el aspecto resistencial del analista, promovido por el trabajo con el paciente que despierta sus propios “complejos y resistencias” S. Freud (1912), por lo cual necesita a su vez analizarse para liberarse de sus “puntos ciegos”. Freud distinguía claramente la contratransferencia entendida como obstáculo a la asociación libre del paciente, de los aspectos instrumentales de la mente del analista, ya sea la atención libremente flotante, como el uso de las memorias inconscientes del analista.

En los desarrollos propuestos por M. Klein (1932) en su teoría de las relaciones de objeto, es en el “aquí y ahora” de la situación transferencial donde se reeditan y transfieren al analista, en forma repetitiva y ahistórica, los conflictos intrapsíquicos del analizando. En este caso el mecanismo central en juego no sería tanto la represión sino la proyección y la identificación proyectiva. También aquí la contratransferencia es entendida como respuesta a la transferencia del analizado, y en este sentido se puede decir que es creada por él. En M. Klein la reacción contratransferencial, correspondería como en Freud a aspectos resistentes del analista.

Paula Heimann (1950) formulará una concepción amplia de la contratransferencia, incluyendo todos los sentimientos o reacciones que el paciente promueve en el analista. Tanto esta autora como desarrollos del pensamiento kleiniano, por ejemplo los de Racker (1968), aportarán la noción de que las reacciones contratransferenciales permanentes del analista serán el principal instrumento de comprensión del mundo interno del paciente. Pero, de

todas maneras, la contratransferencia sigue siendo un reflejo de los conflictos transferenciales del paciente y en definitiva es creada por él.

En una perspectiva diferente J. Lacan (1958) cuestiona la noción de contratransferencia. Al formular su concepción de los tres registros, jerarquiza la relación transferencial, en la cual destaca la posición de paciente y analista en relación al orden simbólico y al orden real. En la interrelación analítica, el analista debe buscar desaparecer, ocupar el lugar del muerto como en el juego de Bridge. Se jerarquiza el hecho de que el analista no debe responder a la demanda del analizando, buscando cumplir, de esta manera, los preceptos freudianos de la regla de abstinencia y neutralidad del analista. Esto facilitará el surgimiento del movimiento del deseo inconsciente en el paciente.

### **1a) La contratransferencia y la neutralidad analíticas**

Sin embargo, la reflexión psicoanalítica actual ha incentivado el estudio de la contratransferencia. Esto ha correspondido a la progresiva comprensión de la complejidad que encierra la participación del analista en el proceso analítico y a las dificultades que conlleva el mantenimiento de una auténtica actitud de neutralidad con el paciente.

Por un lado se ha cuestionado el que la contratransferencia sea sólo una reacción del analista a la transferencia del paciente. Se ha señalado (Jiménez 1989, Schafer 1993) cómo, muchas veces el analista contribuye, de forma no conciente a crear los fenómenos que él piensa como provenientes del paciente, y ante los cuales posteriormente reacciona. De esta manera el mismo analista incide en la determinación del campo y en la conformación de las características del vínculo transferencial–contratransferencial.

Estas razones han llevado a la necesidad de ampliar la función de auto–observación del analista a nuevas arcaas de si mismo.

Dos corrientes de reflexión han enriquecido esta perspectiva: una que tiene que ver con la consideración del “instrumento analítico”, y otra que reflexiona



sobre el papel del pluralismo teórico en nuestra práctica.

En primer lugar, la investigación clínica sobre las posibilidades instrumentales de la mente del analista estudia los procesos que posibilitan en el analista la escucha del inconsciente del paciente. Se plantean las complejidades que encierran los procesos de escucha en el analista, en la medida de que en los mismos intervienen diferentes registros sensoriales. Así en la comunicación analítica encontramos una interrelación estrecha entre la representación verbal y otros registros más regresivos. Aspecto al que me referiré más adelante.

Estos problemas que estaban presentes en desarrollos de Álvarez de Toledo (1954) en el Río de la Plata, y en múltiples descripciones de los procesos de metaforización ocurridos en el análisis, surgidas especialmente en desarrollos del pensamiento francés, reaparecen en teorizaciones y en estudios clínicos más actuales: P. Aulagnier (1980) L.B. Boyer (1992), Th. Jacobs (1991) y D. Stern (1985), entre otros.

En segundo lugar, se ha desarrollado la reflexión sobre la repercusión que el pluralismo teórico tiene en los procesos selectivos del analista, tanto en lo que tiene que ver con su comprensión del material analítico como con los procesos de interpretación. Varios autores han señalado la influencia de los determinantes teóricos en la delimitación de lo que podemos escuchar y entender (R. Bernardi 1993, R. Chessick 1989, R. Schafer 1993).

Por otro lado, el avance en el conocimiento de las patologías narcisistas ha enriquecido nuestras conceptualizaciones sobre los aspectos narcisistas presentes en la contratransferencia del analista. M. de M'Uzan (1989) ha planteado con lucidez los riesgos narcisistas de nuestra función. Desde su punto de vista, una serie de medidas defensivas del analista pueden instalarse en el vínculo con el paciente. Estas pueden ir desde "el exceso de observación a la distracción, del mutismo a la interpretación-seducción, desde la búsqueda de satisfacciones pulsionales incluidas las masoquistas, a la búsqueda de suministros narcisistas".

Todo esto ha problematizado desde mi punto de vista, la tradicional noción freudiana de los “puntos ciegos” como aspectos de la neurosis infantil del analista no suficientemente analizados, convocados por la neurosis de transferencia del paciente. Esta noción de “puntos ciegos” parece extenderse, en mi visión, tanto a los aspectos narcisistas e idealizados del analista, como a áreas de su personalidad que lo implican en su forma de entender a los otros y al mundo.

A su vez, la noción de instrumento libre de involucramiento propia del ideal positivista de fines del siglo XIX, también parece estar en cuestión. Se ha visto como estamos condicionados a comprender desde nuestras posibilidades de formación y de características de personalidad y estilo, y cómo muchas veces es el mismo instrumento que crea aquello que puede ser observado. Que los conflictos (Levine, 1994) analizados del analista son su principal fuente de captación de la propia realidad psíquica y de la realidad del paciente. Pero que entender al otro implica también ciertos fenómenos de desprendimiento y de duelo en el sentido de que implica un poder dejar de lado nuestros puntos de vista aceptando que entendemos parcialmente, y que en último término incidimos en destrabar procesos de desenvolvimiento que serán llevados a cabo por el paciente.

La mayor conciencia de nuestras posibilidades y limitaciones en relación a la captación de la realidad psíquica del paciente hace que sea necesario ampliar nuestra capacidad de autoobservación y de poder establecer “una mirada de segundo grado” (Baranger 1979) o “una segunda escucha” (Marta Nieto y col. 1985) no sólo sobre los momentos de tropiezo en nuestro trabajo (baluarte, impasse, reacción terapéutica negativa, entre otros ), sino aún sobre los aspectos aparentemente fluidos de la escucha analítica.

Hemos señalado (Bernardi, R y B. de León 1993), la necesidad de poner a disposición de la capacidad de autoanálisis tanto aspectos de la personalidad del analista que puedan resultar egosintónicos, como los supuestos teóricos a partir

de los cuales analizamos. Pero esta preocupación aparece desde diferentes corrientes. Desde aquellas que proponen la necesidad de reflexión sobre el “uso del sí mismo” (“self reflections” del analista), hasta las que reflexionan en un nivel más general y teórico sobre la función del analista. Señalarán la necesidad de auto-observación del analista y de autoanálisis en relación con el trabajo analítico como forma de garantizar una mejor captación y un mayor respeto de la realidad psíquica del paciente.

## II) El punto de vista intersubjetivo

Podemos acercarnos al estudio del campo de la transferencia y de la contratransferencia desde diferentes ángulos. Una perspectiva será la del estudio de las repercusiones que el proceso analítico tiene en la realidad psíquica del paciente y, o el analista. Hoy en día parece incentivarse el punto de vista intersubjetivo que va a considerar los modos de interrelación analítica y los fenómenos intersubjetivos generados en el campo analítico.

El punto de vista intersubjetivo está presente desde los comienzos del psicoanálisis en diferentes aproximaciones a la teorización de la transferencia y de la contratransferencia. Así aparece en las conceptualizaciones desarrolladas por la teoría de las relaciones de objeto, y en la concepción de Lacan. En los primeros la relación primaria con el objeto, el pecho materno, irá definiendo la conformación del mundo interno del lactante. Estas primitivas relaciones de objeto se reproducirán y trabajarán en la relación con el analista. Desde su visión estructuralista, J. Lacan concibe la situación analítica como una alternancia de lugares y funciones que se de-termina por lo que cada uno representa para el deseo inconsciente del Otro (Lacan 1958). Pero en estos desarrollos el punto de partida se ubica en la teorización de las características de la realidad intrapsíquica individual.

Es recientemente que se ha generalizado el interés por el estudio de los fenómenos intersubjetivos ocurridos en la interrelación entre paciente y analista. En nuestra asociación encontramos aportes de T. Bedó (1988), M. Viñar (1991), A Vares (1992), entre otros.

Algunos de estos problemas habían sido abordados en la tradición del Río de la Plata<sup>83</sup> desde comienzos de la década del 60. En aquel entonces encontrábamos los aportes renovadores de J. Bleger (1967) sobre la simbiosis en el campo analítico, D. Liberman (1970) con su conceptualización en relación

---

83. Algunas de estas cuestiones se señalan en la historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (Maggi, I., Neme, J. C. (1986) y en la revisión sobre el desarrollo del psicoanálisis en la Argentina (Cucurullo, A., Faimberg, H., y Wender, L.).

a los estilos complementarios entre analista y paciente, H. Racker (1968) con sus desarrollos en torno a la identificación contratransferencial concordante o complementaria y de W. y M. Baranger (1962).

Estos últimos, al proponer la hipótesis de que la dinámica del proceso analítico se sostiene en una fantasía inconciente “bipersonal” (1962) o “básica” (1992) creada por la interrelación analítica, propondrán una nueva forma de aproximación a la consideración de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. En efecto, el campo de la situación analítica promueve la creación de nuevas configuraciones o “gestaltch” (1962) inconscientes compartidas que son inéditas y propias a cada momento y proceso analítico. Las mismas determinadas y determinantes de las características del campo incidirán a su vez en los procesos de la interpretación. A esta primera visión de W. y M. Baranger que se apoyó en la conceptualización kleiniana y bioniana, se agrega en los años posteriores (1970 y 1992) el contacto con el pensamiento de L. Lacan. Este enriquecimiento de los referentes teóricos no modificó las hipótesis centrales que su concepción de la situación analítica dejaba planteadas y que apareció como revolucionaria en el comienzo de los años 60.

Desde mi punto de vista su enfoque dejaba planteadas cuestiones de diverso orden:

- a) ¿Cuál es la naturaleza de estas gestalten intersubjetivas?
- b) ¿Cuáles son los canales, los enlaces o puentes transferenciales–contratransferenciales que permiten la conformación de las mismas?
- e) ¿Qué tipo de acercamiento o comunicación se establece entre el paciente y el analista y cómo se recupera la función de asimetría analítica?

## **IIa) La cuestión de las características de las formaciones intersubjetivas**

Después de más de 30 años se vuelve a reflexionar desde diferentes perspectivas teóricas sobre las características de estas formaciones intersubjetivas definidas por W. y M. Baranger como fantasías inconcientes.

Entre los desarrollos de la corriente kleiniana y postkleiniana encontramos entre otros los aportes de Ogden (1994) sobre el tercero analítico y de M. Bezoarí y A. Ferro (1992, 1993) que desarrollan más específicamente aspectos del pensamiento de W. y M. Baranger teniendo en cuenta aportes de H. Racker (1968) D. Liberman, (1970) E. Pichon Rivière (1978) y J. Bleger (1967). Por razones de tiempo me referiré solamente a M. Bezoari y A. Ferro, quienes retomarán el tema de las transformaciones de la pareja analítica en el campo dinámico.

Estos autores conciben al campo analítico como un espacio transicional que se establece entre paciente y analista, en el que se crean ciertas “gestalten” intersubjetivas a las que denominan “agregados funcionales”. En la sesión analítica una función onírica trabaja en las dos mentes, lo cual permite “soñarse mutuamente en una recíproca corriente de estímulos y de identificaciones proyectivas”. Estos agregados o “gestalten” del campo analítico son una síntesis de elementos heterogéneos (verbales, emocionales, y corporales) y son llamados “funcionales” porque la forma de esta geometría, el carácter de su combinatoria queda ligada o es la manifestación del modo de funcionamiento de la pareja analítica. Se refieren al concepto de simbiosis y aglutinamiento de J. Bleger (Bleger 1967), para hablar de este interjuego de partes proyectadas o escindidas en el otro de la pareja analítica. Estos agregados funcionales se van transformando sucesivamente en la interacción analítica, y se tiene una visión compartida, y una sintonía afectiva sobre lo que ocurre en el campo analítico. El trabajo analítico permitirá la discriminación posterior.

Partiendo de desarrollos metapsicológicos freudianos Luisa de Urtubey también se ubica en la tradición del pensamiento de W. y M. Baranger. En su visión “La contratransferencia es más que la respuesta inconsciente a la transferencia. Ella no es el producto exclusivo del psiquismo del analista sino que forma parte de la situación analítica, del espacio analítico, tanto como la transferencia en el paciente” (de Urtubey 1994). A la vez, Luisa de Urtubey

considera que podemos distinguir aspectos concientes, preconcientes e inconscientes de la transferencia y de la contratransferencia.

Desde un punto de vista personal, considero que se hace necesario distinguir dos formas de aproximación al estudio de la intersubjetividad analítica en el marco del encuentro transferencial contratransferencial: uno es el del estudio de los fenómenos intersubjetivos generados por la situación analítica; el otro es el estudio de las representaciones de la intersubjetividad, ambos niveles de aproximación están estrechamente ligados.

En el proceso analítico encontramos momentos de diferente significación. Los que me han resultado más relevantes son aquellos en los cuales se produce un intrincamiento entre las vivencias del paciente y las del analista. En estos momentos se intensifica la comunicación analítica: ya sea el diálogo verbal, el gestual, diversas manifestaciones del inconsciente ocurridas en la sesión, lapsus, fantasías, el relato de los sueños, los fenómenos de identificación proyectiva o introyectiva entre otros. Estos momentos de intrincamiento, verdaderos nudos en los que se activan los aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación analítica, proporcionan la base del proceso analítico (de León, B. 1993).

Este interjuego comunicacional generará tanto en analista como en el paciente diversas representaciones de la intersubjetividad, algunas de las cuales serán compartidas y analizadas en la situación analítica.

El entrelazado de estas configuraciones mentales con los momentos de interacción intensa se constituye en verdaderas “neoformaciones” (Freud 8. 1900) generadas por el proceso analítico que expresan condensadamente la forma en la que se han actualizado los modos de comunicación arcaicos (que incluyen afectos y vivencias corporales primitivas) y los conflictos inconscientes del paciente en relación con el analista, así como las respuestas, reacciones contratransferenciales y asociaciones del analista a los mismos. Si bien estas configuraciones intersubjetivas pueden constituirse en fantasías, no

creo que se les pueda atribuir exclusivamente el carácter de inconscientes. Pienso que en ellas se muestran intrincadamente aspectos concientes preconcientes e inconscientes de la realidad psíquica de paciente y analista. La misma actividad preconciente del analista contribuye de manera significativa en la constitución de las mismas. Presentan un carácter híbrido o transaccional, condensando desde los aspectos más regresivos próximos al sistema primario, a los procesos más elaborados.

Estas representaciones intersubjetivas surgidas desde el centro de nuestras vivencias contratransferenciales constituyen para el analista un camino princeps en el acceso a la captación de la conflictiva inconsciente y de la realidad psíquica del paciente. Quedarán presentes en la memoria latente del analista (y paciente) incidiendo en la constitución de la historia de ése proceso analítico. Asimismo, deben quedar a disposición de su capacidad de autoreflexión y autoanálisis, lo cual contribuye a la elaboración y contrastación de las hipótesis interpretativas.

Quisiera referirme para ilustrar estos aspectos a una breve viñeta clínica. En la misma se muestra la vivencia de la castración de un joven de 22 años despertada por la proximidad de una intervención, en apariencia menor, en un oído. Es el hijo menor de una familia de tres hermanos. Tiene una hermana y un hermano mayores que él. El padre se alejaba con frecuencia del país por razones de trabajo y la madre ocupaba el lugar de una figura muy fuerte e intrusiva en relación a la sexualidad de sus hijos y a la formación moral de los mismos.

Trabaja en el área del deporte. Encuentra placer en los entrenamientos que le permiten “endurecer el cuerpo”. Disfruta del contacto con varios grupos en los cuales actúa como líder. Pero elude un acercamiento más directo y personalizado.

Ha consultado por una situación de impotencia que ha mejorado con el análisis.

Sin embargo, el trabajo con este paciente ha sido particularmente difícil. He



sentido muchas veces la sensación de desánimo. Me transmite una sensación de frialdad y de desinterés por el vínculo analítico. Durante mucho tiempo se ha mostrado impermeable a mis interpretaciones, desestimándolas. “Puede que sea así, pero yo no lo siento.” Se me representa como recubierto de una coraza de frialdad que me es imposible quebrar y siento que no puedo conectarme con él más profundamente. Tiene un vínculo fugaz con varias mujeres a la vez. Percibo detrás de esta actitud de aparente rigidez y superficialidad, una conducta fóbica al contacto.

He interpretado que esta actitud quizás esconda en él temores de despojo de distintos aspectos de sí mismo: sexualidad, sentimientos, opiniones y pensamientos. Pero no se han revelado en el análisis las cualidades, características y razones más explícitas de sus temores.

Solamente después de que interpreto el olvido de sus sueños, (que a él mismo le resulta llamativo), como un temor a que yo no respete su intimidad, es que el paciente comienza a asociar más libremente.

Pero es al examinar la significación que para él tiene la operación en su oído que realmente ocurre un progreso en la comprensión de la raíz de sus temores.

La sesión previa a su operación comienza hablando de sus relaciones con diferentes mujeres y de cómo deja indiferentemente a una para pasar a otra.

Al decirle que quizás en la actualidad lo que más le preocupa es su operación y cómo quedará después de la misma, me responde que es cierto que sintió cierto nerviosismo en su entrevista con el médico.

Entre sus asociaciones comenta que fue a ver a un amigo que se había operado de apendicitis. Este amigo es un “dominado por la mujer”. Dice que es verdad que lo impresionan los hospitales y las enfermedades o la muerte. Antes (de analizarse), esto le pasaba mucho más que ahora; sin embargo, igual se impresionó cuando el amigo le mostró su herida en su estómago y sintió asco.

Relaciono entonces este nerviosismo a su miedo a la sordera por la operación y éste miedo con sus temores a perder su potencia sexual y su poder de decisión,

como le pasa al amigo con su mujer.

Asocia la sangre de la herida con el asco que le daba en otros momentos todo lo referido a la menstruación de la mujer, aspectos que ya hemos trabajado en el análisis. Relaciono más explícitamente su sentimiento de asco a las diferencias corporales entre hombre y mujer y cómo estos sentimientos pueden haberse originado en experiencias de su infancia. Surge entonces bruscamente en él el recuerdo de un episodio de su niñez. “Cuando era chiquito me acuerdo de una vez que mi hermana me reventó la cabeza con el filo de madera de una silla. Yo estaba agachado jugando en el suelo y ella se resbaló sobre mí. Era un gran tajo, salía mucha sangre. ¿Se ve algo adentro? preguntaba yo.

Las asociaciones posteriores me parecieron esclarecedoras:

“...Siempre me impresiona cuando pienso en las operaciones, pensar en las partes blandas del interior del cuerpo, el estómago o el cerebro, lo mismo cuando veo las vísceras de los animales. Me impresionan las heridas cerca de esas zonas, no me importan las heridas cercanas al hueso, en los brazos o las piernas, o la mejilla. Cuando veo huesos o un cráneo vacío no me impresiona, es como al contrario, pienso ¡qué bien hecho está el hombre! El hueso es algo duro que no se rompe fácilmente.”

Le digo entonces que “el hueso duro hace como de coraza frente a su temor que aparece especialmente con las mujeres, como en el caso de su hermana, o su madre, o conmigo, de que lo despojemos de su potencia, de sus sentimientos o ideas. En cambio si me muestra un cráneo vacío esto no es posible. Quizás algunos de estos temores puedan hacerse presentes en su vivencia de ser manipulado en la operación. Por esto siente cierto nerviosismo.”

Muchas de mis asociaciones, intuiciones y vivencias sobre el paciente adquieren sentido en este momento. La sensación de coraza narcisista que esconde la estructura fóbica de base se me confirma. Se explican algunas de las actitudes del paciente en el análisis, en especial su dificultad para asociar. Ha manifestado varias veces su preocupación por no poder desarrollarse intelectual

y emocionalmente. Ha mostrado su temor a quedarse en blanco en el análisis, cosa que le ha sucedido en otras situaciones trayéndole gran angustia. Ha expresado su necesidad defensiva de estar entrenado en diversos deportes, con la finalidad de endurecer su cuerpo. Es en los momentos en los cuales se siente más seguro. En el contacto conmigo también se ha mostrado rígido y empeñado en no sentir o pensar, pero ahora entiendo de que realmente se siente vacío y que no se ha permitido el pensarse y sentirse a sí mismo. Esto ha llevado al paciente a una inhibición de su desarrollo emocional e intelectual. Le cuesta emitir opiniones personales por ejemplo, dice que no las tiene, y tampoco puede involucrarse profundamente. Por momentos lo siento con un yo indefenso o vacío frente al sadismo de una figura femenina ideal y superyoica. Un contacto más flexible conmigo le ha permitido quizás una actitud más libre en su sexualidad (lo que explica la desaparición del síntoma), pero aún no se permite crecer emocional y mentalmente.

Este fragmento de una sesión muestra una interrelación intensa entre paciente y analista, que hace posible establecer conexiones entre las experiencias actuales del paciente y sus vivencias infantiles. Vemos cómo mis asociaciones —explícitas e implícitas— contribuyen a crear, en el nuevo contexto de la sesión, las condiciones que hacen posible la interpretación. Sin duda las vivencias del modo de contacto con el paciente en el curso anterior del tratamiento inciden en la dirección del movimiento interpretativo y en la recuperación del recuerdo infantil que no sólo tiene que ver con su sexualidad infantil reprimida sino con las representaciones inconscientes de sí mismo. A la vez mis asociaciones seguirán un proceso de elaboración posterior a este momento clínico.

Pero creo que el proceso progresivo de construcción de la interpretación no sólo clarifica la vivencia transferencial del paciente y contratransferencial del analista, sino que contribuye a la configuración de nuevas representaciones intersubjetivas del vínculo transferencial– contratransferencial. Diferentes

movimientos de identificación ocurridos en el encuentro transferencial contratransferencial (Racker, 1968) quedarán incluidos en configuraciones globalizadoras que serán objeto de reflexión, investigación y confrontación durante el proceso analítico.

Así, en el momento clínico que he referido vemos cómo el recuerdo infantil recuperado encubre y descubre múltiples representaciones que interactúan en el analista: la representación del paciente como un cráneo de hueso vacío y duro y la representación temida de la analista como mujer, hermana, madre, de gesto hiriente, que corta, lastima, que puede golpear y vaciar el cerebro, o cortar el impulso sexual y las posibilidades de desear, como el filo de la silla, y de la que es preciso huir tomando distancia o vaciando la mente de ideas y sentimientos. En este momento surgen representaciones del vínculo, que incluyen tanto al paciente como al analista en relación con él. Son configuraciones móviles que incluirán los niveles del afecto, en este caso, el temor del paciente y la molestia en la analista frente al lugar en el que el paciente la deja ubicada: o aparece impotente frente a él, sin poder trabajar analíticamente, o si aparece sólo puede hacerlo en forma fálica e intrusiva. Así mismo en estos momentos aparecen interactuando representaciones corporales de analista y paciente, lo que a veces puede expresarse en la actividad fantasmática del analista, en imágenes visuales, o en impulsos a la actuación. El trabajo analítico posterior desplegará las vivencias y fantasías del paciente en relación a los modos de contacto corporal, duro o blando, en diferentes contextos: el edípico y el de las representaciones inconscientes de sí mismo.

Pero, también, a punto de partida de estas representaciones pueden surgir, a la manera de un precipitado, interrogantes e hipótesis más elaboradas. Desde las cuestiones vinculadas al diagnóstico y pronóstico del paciente. ¿Cómo se relacionan la conflictiva neurótica y la problemática narcisista? ¿Predomina en este momento el conflicto en relación a la pasividad– actividad, impotencia– potencia, homosexualidad–heterosexualidad? ¿Cuál es el papel del superyo

materno en relación a la vivencia de castración del paciente?, a las interrogantes acerca de la problemática narcisista del paciente, ¿cuál es el sentido de la restricción o pobreza de sus experiencias emocionales?

En estos procesos de construcción de la interpretación, cumple al sistema preconciente del analista un lugar significativo en la medida que proporciona al analista una red de enlace (de León 1995) que posibilita una permeabilidad mayor con los fenómenos inconscientes, al mismo tiempo que permite la conexión con los aspectos más elaborados de su actividad interpretativa.

En suma mantengo el carácter de gestalts, compartidas o básicas como lo señalaron los Baranger. Pero si bien estas configuraciones intersubjetivas pueden constituirse en fantasías, no creo que se les pueda atribuir exclusivamente el carácter de inconscientes. Pienso que en ellas se muestran intrincadamente aspectos concientes preconcientes e inconscientes de la realidad psíquica de paciente y analista. La misma actividad preconciente del analista contribuye de manera significativa en la constitución de las mismas. Presentan un carácter híbrido o transaccional, condensando al modo de las “formaciones intermedias” o los “puntos nodales”, (Freud, S. 1900) desde los aspectos más regresivos próximos al sistema primario, a los procesos más elaborados.

Creo importante asimismo conservar la noción de campo dinámico que implica una concepción globalizadora de la interrelación analítica, pero que permite a la vez al analista distanciarse y considerar desde una segunda mirada, o mirada de segundo grado el modo en que el analista se inserta en el proceso, y la manera en que llega a la formulación de sus hipótesis interpretativas.

**IIb) ¿Cuáles son los canales, los enlaces o puentes transferenciales-contratransferenciales que permiten la conformación de los fenómenos y representaciones intersubjetivas?**

Freud habló de la comunicación de inconciente a inconciente. Michel de M'-Uzán del aparato perceptual ampliado del analista. ¿Qué significa esto?

T. Jacobs (1991) —basándose en estudios de la última década en relación a la importancia de la comunicación no verbal en la transmisión y recepción de mensajes inconscientes entre paciente y analista— propone ampliar y revisar el modelo original de Isakower (1938) del instrumento analítico. Considera el uso de sí mismo como un sistema multicanal que registra no solamente las señales acústicas y verbales, sino también las respuestas autónomas, los esquemas de movimiento y los estímulos visuales. Este autor, coincidiendo con Isakower, destaca el papel de la regresión del yo (regresión formal) que se realiza en ambos participantes del encuentro analítico y que permite la conexión con representaciones inconscientes que se expresan en diferentes registros sensoriales en la mente del analista. T. Jacobs describe un movimiento empático corporal y estudia especialmente las representaciones corporales y reacciones autónomas del analista, destacando su relación con el registro visual y el verbal. Así, por ejemplo la imagen visual generada en el analista puede recuperar por vía asociativa la memoria de aspectos de la comunicación no verbal (gestos o movimientos) del paciente. (Jacobs, 1991:101—135)

Alvarez de Toledo (1954), cuarenta años antes, había planteado el carácter radicalmente ambiguo de la palabra en el contexto del lenguaje emocional de la transferencia y de la contratransferencia. Describe las transformaciones que sufre la palabra en los momentos de intensa comunicación en la situación analítica. En su visión, la palabra aparece como un verdadero objeto intermediario entre analista y paciente, que sufrirá en este intercambio múltiples transformaciones.

Por los procesos de regresión (formal) implicados en el proceso analítico pareciera que se establecen canales de comunicación entre analista y paciente. La palabra expresa vivencias (sensaciones, auditivas, visuales entre otras) y fantasías primitivas de intercambio. Estos procesos suceden en analista y paciente. “El asociar y el interpretar, el hablar y el escuchar recuperan su primitiva identidad”. “Las imágenes verbales adquieren la emoción y el

contenido correspondientes”. “Surge la primitiva identidad de acto afecto imagen y objeto”.

“En un plano mágico la interpretación como actuación del analista completa la ‘gestalt’ de la fantasía primaria inconciente que actúa en ese momento”.

### **IIIc) ¿Qué tipo de acercamiento o comunicación se establece entre el paciente y el analista y cómo se recupera la función de asimetría analítica?**

Se reflexiona (Rayner, 1992) sobre las características de estos momentos de intenso intercambio entre paciente y analista. ¿Son momentos de indiscriminación, de fusión o de simbiosis, como señaló Bleger? (Bleger 1967). ¿Predominan en ellos los mecanismos de identificación proyectiva y expresan la actividad fantasmática inconciente? ¿O son fenómenos de sintonía afectiva, en los cuales se mantiene la discriminación con el otro, semejantes a los vividos con la madre en los primeros momentos de la vida? (Stern 1985) ¿Estas diferencias están dadas por las diferencias en las patologías de los pacientes? ¿O por aspectos patológicos no resueltos del propio analista?

Si bien es cierto que los momentos en los que se establece una mayor permeabilidad de los enlaces transferenciales y contratransferenciales, permiten un acceso a la captación de la conflictiva inconciente del paciente, parece haber, sin embargo, bastante coincidencia en relación al hecho de que estos momentos pueden esconder también aspectos defensivos y posibles contraactuaciones del analista.

Al postular el carácter imaginario, engañoso, de la transferencia J. Lacan clarificó los aspectos defensivos de los enlaces narcisistas. En otras perspectivas W. y M. Baranger habían prevenido sobre la constitución de baluartes en el campo analítico. La hiperintensidad y la condensación excesiva pueden estar al servicio de la defensa y de la repetición.

H. de Paola (1993) nos habla de los peligros del entendimiento empático retomando lo señalado por P. Heimann en relación al peligro de que se cree una

“folie a deux” en el proceso analítico, advierte sobre los riesgos del narcisismo y del misticismo implícito en la fantasía del analista de actuar y de ser como una “buena madre” para el paciente.

De todas maneras, lo que resulta útil a la investigación clínica es que los momentos en que parecen activarse los fenómenos transferenciales y contrasferenciales corresponden al aspecto manifiesto del vínculo analista–paciente, y deberán ser explorados en el curso posterior del proceso analítico los aspectos más inconscientes de estas representaciones intersubjetivas del vínculo. En esta exploración la función de auto–observación y de desdoblamiento del analista parece esencial para la recuperación de la asimetría analítica y el mantenimiento de la regla de abstinencia.

### **III) Desde las conceptualizaciones metapsicológicas al desarrollo y profundización de los problemas clínicos. La escucha del inconsciente en la sesión**

No quisiera terminar sin referirme a un último punto que tiene que ver con los problemas de la relación entre nuestras conceptualizaciones metapsicológicas y nuestra práctica clínica.

Creo que en el estudio del campo de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales se pueden tomar como punto de partida diferentes pistas que estarán determinadas por las características y necesidades del paciente, pero también por nuestras propias preferencias teóricas.

Múltiples desarrollos teóricos privilegiarán como camino central en nuestra aproximación al paciente el rastreo de la reacción y cualidades emocionales del vínculo. Esto se ejemplifica en la vigencia de la reflexión sobre los fenómenos de la identificación proyectiva y de la contraidentificación proyectiva inconsciente del analista en el pensamiento kleiniano actual, y en las reflexiones en torno al lugar de la empatía en la teoría estructural y en el pensamiento de Kohut, y en desarrollos que tienen que ver con el estudio de las patologías



narcisistas. Los procesos de investigación y elaboración de las diferentes reacciones y cualidades emocionales de la vivencia transferencial–contratransferencial que aparecen en el plano manifiesto del vínculo entre analista y paciente permitirán inferir los aspectos inconscientes implícitos (fantasías inconscientes, representaciones inconscientes de sí mismo, etc.).

Una segunda perspectiva se detendrá en la consideración de las representaciones que aparecen en el discurso manifiesto de la sesión. El trabajo de interpretación sobre estas representaciones producto de la asociación libre del paciente conducirá a los procesos de reconstrucción–construcción de las vivencias infantiles inconscientes reprimidas, en las que se recuperará la conexión con el afecto. De esta postura freudiana se me destacan dos desarrollos: el primero tiene que ver con la reflexión en torno a la representación concebida como significante inconsciente, en el pensamiento de Lacan. El segundo desarrollo que reúne tanto influencias del pensamiento de Lacan como de Freud tiene que ver con los problemas generados por los fenómenos de ausencia de representación y de simbolización (planteo desarrollado por A. Green (1975) y P. Marty entre otros). Estas vivencias pueden llegar a dar una tónica especial a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en algunos casos, pero en otros impiden o cuestionan la posibilidad misma de que el trabajo analítico pueda establecerse en base a los parámetros del encuentro transferencial y es necesario un trabajo previo que permita crear esas condiciones. El problema de la transferencia en los trastornos narcisistas y psicóticos continúa abierto a la reflexión en la medida en que se trata de un yo distinto al neurótico (H. Garbarino, (1993). También la confrontación, que la lectura de Lacan plantea entre aspectos de la obra freudiana y las ideas de Hegel, dio origen a un campo de reflexión que jerarquizará el trabajo de lo negativo, tanto en lo que tiene que ver con los procesos de estructuración psíquica como en el trabajo de los fenómenos

transfenciales. (Green 1993).<sup>84</sup>

Pero a la vez estas diferentes visiones supondrán diferentes postulados en torno al modo de escucha y de trabajo con el inconsciente en la sesión. ¿Cuál es la relación que se establece entre los momentos puntuales en los cuales se muestra el inconsciente en la sesión y nuestro trabajo interpretativo? Luisa de Urtubey (1994) plantea que tanto la transferencia como la contratransferencia se pueden concebir como dimensiones continuas o discontinuas de la situación analítica. Esto es independiente de que su manifestación a nuestra conciencia sea esporádica. O sea que el inconsciente puede ser concebido como una dimensión continua de nuestra realidad psíquica que está en relación dialéctica con la conciencia, o en una relación de heterogeneidad radical con los fenómenos conscientes. Cualquiera de estas dos posturas conlleva desde mi punto de vista, sus riesgos. En efecto la noción freudiana de permeabilidad intrapsíquica y de comercio entre los sistemas nos puede llevar a creer en la transparencia de los fenómenos inconscientes, y que ellos coinciden con las teorías que formulamos a propósito de los mismos. El psicoanalista puede sentirse entonces como el que puede describir y conceptualizar en forma exhaustiva acerca del inconsciente del paciente. Algunos de los desarrollos nacidos del pensamiento kleiniano en nuestro medio en la década del 60 parecen llevar implícita esta intención (Bernardi et al. 1995)

Desarrollos del pensamiento de Lacan pueden ubicarse, desde mi punto de vista, en una perspectiva, opuesta a la anterior. Sélíka A. de Mendilaharsu (1995), reconociendo el valor de la postura lacaniana plantea algunos de los

---

84. Estas diferentes formas de aproximación a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales condicionarán también el lugar que asignamos al pasado infantil en nuestras interpretaciones. Los puntos de vista hermenéuticos destacarán el trabajo sobre el presente de la situación analítica como única forma de acceso al pasado, y los trabajos de construcción y reconstrucción de la historia infantil como más significativos que los de recuperación de la memoria reprimida de los hechos. Otros desarrollos insisten en la importancia de la compulsión de repetición y de la incidencia de los acontecimientos traumáticos que llegan desde el pasado inalterables y en toda su actualidad a la sesión.

También las diferentes posturas teóricas pueden incidir en el alcance y dimensiones que pueden asumir la interpretación de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en la situación clínica. Punto que no

problemas implícitos en la misma. Señala como, en la noción de sujeto dividido, Lacan ha recogido la influencia de Heidegger en el sentido de que es el lenguaje el que construye las estructuras del mundo. Esta visión estaría presente en la concepción del inconsciente como otro “ekcéntrico” al yo y a la subjetividad intencional. Si comparamos el pensamiento de Klein, Winnicott y Freud por un lado, y el pensamiento de Lacan, encontramos que en los primeros la relación entre los órdenes consciente e inconsciente, constituye un todo dialécticamente relacionado: lo manifiesto aparece en relación a lo latente así como los procesos de desconocimiento se articulan con los de conocimiento. En cambio, para Lacan, el sujeto del inconsciente, se halla en una relación de heterogeneidad radical con los fenómenos conscientes lo que cuestiona desde mi punto de vista la misma posibilidad de su conocimiento y estudio.

Sélika A. de Mendilaharsu (1995) cree “más fructífero desde el punto de vista heurístico y operativo mantener el marco de la dialéctica en la constitución del sujeto”. En esto se ubica cerca del punto de vista de Th. Ogden (1994). Coincido con estas opiniones y creo que la aparición fugaz y puntual de manifestaciones del inconsciente en la sesión, está en relación dialéctica con el contexto previo del trabajo analítico entre analista y paciente. Momentos disruptivos y aún de “deconstrucción” se alternan con aquellos en que sentimos que una interpretación se construye en la interrelación fluida con el paciente, o los momentos en los cuales el paciente es capaz de acceder a sus propias interpretaciones. Estas instancias en las cuales se formula una interpretación o los momentos de insight se conectan con las situaciones previas de la sesión o del proceso analítico y entrarán en relación con momentos posteriores del proceso. Desde mi punto de vista estos fenómenos no corresponden a momentos de heterogeneidad radical sino que surgen desde lo intrínseco del proceso analítico, desde la opacidad de un “centro temático vivencial urgente” (Baranger 1959) aportado por el paciente. Corresponden a situaciones de mayor

permeabilidad intrapsíquica con los procesos inconcientes: del analista consigo mismo —sustentada en sus experiencias de análisis y formación—, del paciente consigo mismo, y de la comunicación establecida entre ambos.

La formulación del tema de este congreso nos ha propuesto un enfoque particular. En efecto el tomar como punto de partida para nuestras reflexiones el espacio de nuestra práctica clínica, nos enfrentará a las complejidades del encuentro entre paciente y analista frente al cual nuestras teorizaciones matapsicológicas pueden resultar insuficientes. Nuestras teorías constituyen grandes hipótesis–construcciones (Sandler, J. y Sandler A–M. 1987), sobre las características esenciales del inconsciente que no pueden ser percibidas directamente en su globalidad en el espacio de la sesión analítica y que llevadas a sus últimas consecuencias tienen un efecto empobrecedor. En el encuentro clínico con el paciente sólo encontramos datos fragmentarios que subtienden o dan pie a uno u otro desarrollo teórico. Al decir de Marta Nieto(1996) las teorías tendrán “un valor instrumental y subordinado” en relación a nuestra experiencia clínica. No son más que “aproximaciones útiles” a la misma, y deben estar sometidas continuamente a una revisión crítica.

En 1989 R. Bernardi, apoyándose en las ideas de Khun, desarrolló la idea de que no está demostrado que exista compatibilidad lógica y congruencia semántica entre nuestros diferentes paradigmas teóricos. Esta distinción que es conveniente mantener en el momento en que abordamos el estudio de nuestras teorías, se desdibuja cuando nos aproximamos al espacio de nuestra clínica.

La noción de la situación analítica como campo dinámico de investigación clínica que surgió en el Río de la Plata a fines de la década del 60 nos propone adoptar un punto de vista situacional y contextual lo que permite acercarnos a los problemas que surgen en el campo del encuentro transferencial. La comprensión de estas diferentes cuestiones algunas de las cuales he parcialmente mencionado, no queda agotada por las diferentes aproximaciones metapsicológicas, sino que nuestra clínica va siempre más allá de ellas. El

espacio de la clínica ofrece, como señaló F. Schkolnik (1986), una zona de cruce que permitirá también la delimitación de los problemas clínicos. Frente a estos problemas se desdibujan a veces las diferencias teóricas que es relevante profundizar en el campo de nuestros desarrollos metapsicológicos más abstractos. A su vez la investigación clínica permite también el estudio de los fenómenos de divergencia y convergencia de distintas teorías. (Kernberg, 1993). Desde mi punto de vista se hace necesario trabajar sobre conceptos de nivel intermedio de abstracción, (de León 1995) que permitan tanto reflexionar sobre la pertinencia o no de nuestros desarrollos metapsicológicos como vincular los niveles más únicos y, en cierta medida, siempre intransferibles del encuentro clínico con nuestros niveles de reflexión teórica más abstracta.

Al mismo tiempo, quisiera destacar la necesidad de revalorizar la tradición latinoamericana sobre este tema. En efecto, creo que el presente trabajo muestra de qué manera muchos desarrollos sobre el tema de la transferencia y de la contratransferencia que han sido fruto del pensamiento latinoamericano, y que fueron luego dejados de lado por nosotros mismos, han sido retomados en el hemisferio Norte y vuelven como desarrollos novedosos. Es importante por tanto estar abiertos al mundo, pero sin perder nuestras propias raíces, especialmente cuando ellas ofrecen valiosos anclajes en la experiencia clínica. Creo que esto constituye un requisito, tanto histórico como metapsicológico, que enriquece y da espesor a nuestra perspectiva de analistas latinoamericanos.

Marzo de 1996

## **Resumen**

Partiendo de diferentes enfoques metapsicológicos, y de problemas de orden general en relación con el tema de la transferencia y de la contra-transferencia, planteo en el presente trabajo algunos de los problemas que en la actualidad me resultan más relevantes en relación con el tema. Si bien en un primer momento ambos conceptos surgen ligados al fenómeno de la resistencia, posteriormente

se va destacando y comprendiendo el alto valor instrumental que la transferencia y —sobre todo— la contratransferencia tienen en relación a la evolución del proceso analítico y a las posibilidades de captación de la realidad psíquica del paciente por parte del analista. El avance de la investigación clínica ha permitido una comprensión mayor de la participación del analista en el proceso, lo cual problematiza las nociones de neutralidad y de abstinencia analíticas.

En segundo lugar, retomando algunos de los aportes originales del pensamiento psicoanalítico del Río de la Plata, que desde mi punto de vista se mantienen vigentes en el pensamiento psicoanalítico actual, reflexiono sobre las características del encuentro entre analista y paciente y sobre el carácter de los fenómenos intersubjetivos generados en los momentos de activación de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales durante el proceso analítico. Relato una viñeta clínica que ilustra algunas de las cuestiones planteadas.

Finalmente postulo la necesidad de profundizar y desarrollar la investigación clínica en relación al campo de la transferencia–contratransferencia. En este sentido, planteo las complejidades de la relación entre los problemas clínicos surgidos en el contexto único de cada situación analítica y la diversidad de nuestros enfoques metapsicológicos de orden más general y abstracto.

## Summary

Departing from different metapsychological perspectives, and from some general problems connected with transference and countertransference, I hereby deal with some issues which I consider to be relevant for this theme. Even though in the initial instances both concepts appear bound to the phenomenon of resistance, subsequently, it has gained recognition the important instrumental value that transference and, most of all, counter-transference have in relation to the evolution of the analytic process and to the possibilities that the analyst has of understanding the patient's psychic reality. The developments of clinical research allow for a much wider comprehension of the participation of the analyst in the process, turning even more problematic the notions of analytic neutrality and abstinence.

I also consider some of the original contributions of the psychoanalytic thought in the River Plate, which, from my point of view, have a standing importance in current psychoanalytic thought. I reflect about the characteristics of the analyst-patient encounter, and of the intersubjective phenomenon generated during the periods of activation of the transferential and counter-transferential phenomenon through the analytic process. I offer a clinical vignette which illustrates some of the issues in question.

Finally, I postulate the need to explore and develop the clinical research in relation to the field of transference-counter-transference. In this sense, I state the complexities involved in the existing relation between the clinical problems emerging in the unique context of each clinical situation, and the diversity of our metapsychological perspectives, more general and abstract.

Descriptores: TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA /  
AUTOANÁLISIS / NEUTRALIDAD / PSICOANALISTA /  
TEO1UA/ INTERSUBJETIVIDAD / REGRESIÓN /  
INCONSCIENTE / PALABRA / RESEÑA CONCEPTUAL

## **Bibliografía**

**Acevedo de Mendilaharsu S.** (1995) Subjetividad y tiempo en el espacio analítico. Lo arcaico, temporalidad e historización, pp. 61–70. IX Jornadas Psicoanalíticas de APU. Montevideo: Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

**Alvarez de Toledo L.** (1954) El análisis del “asociar”, del “interpretar” y de “las palabras”. Rev. de Psicoanálisis, Tomo XI Num. III: 269–275

**Aulagnier P.** (1980) Du langage pictural au langage de l’interprète. Topique, Vol. 10, n° 26.

**Baranger M.** (1992) La mente del analista: de la escucha a la interpretación. Rev. de Psicoanálisis 49: 223– 236.

**Baranger M, Baranger W.** (1961–62) La situación analítica como campo dinámico. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, T. IV, 1961–62: 3–54

**(1969) Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Ed. Kargieman.**

**Baranger W.** (1979) “Proceso en espiral” y “Campo dinámico”. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 59, pp 17–32.

**Bedó T.** (1988) Insight, perlaboración e interpretación. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 68 (1988)39–55

**Bernardi R.** (1989) The role of paradigmatic determinants in psychoanalytic understanding. Int. J. Psycho Anal. 70:34 1–347.

El papel de las teorías. El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. En: Rev. de Psicoanálisis XLVI 6, pp. 904–922

(1993) Two discussions of “Theory in vivo” by Dennis Duncan. International Journal of Psycho–Analysis 74, pp. 1167–1173.

**Bernardi R, de León B.** (1992) Does our selfanalysis take into consideration our assumptions? SelfAnalysis Critical Inquires, Personal Visions: 24–46. London: Analytic Press, 1993.



**Bemardi R, Altmann M, Cavagnaro S, De León B, De Barbieri AM, Garbarino, A, Flores M, Frioni M, Lamónaca J, Morató R, Seigal J, Schroeder D, Telleria E.** (1995) Cambios de la interpretación en el psicoanálisis del Uruguay entre 1960 y 1990. IX Jornadas Psicoanalíticas, Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

**Bezoari M, Ferro A.** (1992) From a play between “parts” to transformations in the couple: psychoanalysis in a bipersonal field. Luciana Nissim Momogliano y Andreina Robutti, Ed.: Shared experience. The psychoanalytic dialogue: 43-416. Londres: Karnac Books

**Bleger J.** (1967) Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires: Ed. Paidós.

**Boyer LB.** (1992) Roles played by music as revealed during countertransference facilitated transference regression. *Int. J. Psycho-Anal* 73:55–70

**Chessick R.** (1989). The technique practice of listening in intensive psychotherapy. New York: Aronson, Nueva York.

**de León B.** (1993) El sustrato compartido de la interpretación. Imágenes, afectos y palabras en la experiencia analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1995, 81: 121–140.

(1995a) El pasado en las asociaciones preconcientes del analista. Presentado en las LX Jornadas Psicoanalíticas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay., y en el VI Congreso Peruano de Psicoanálisis.

(1995b) Un modo de entender la clínica: vigencia y perspectivas del enfoque de W. y M. Baranger. (Trabajo leído en el homenaje a W. Baranger en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, octubre de 1995)

**de Paola H.** (1993). Da escuta a interpretação: considerações sobre a relação entre empatia e identificação projetiva. *Rev. Bras. Psicanálise*, Vol. XXVII,1 :99–114

**de Urtubey L.** (1994) Le travail de contre-transfert. *Revue Française de Psychanalyse* Tome LVIII (Spécial Congrès).

- Etchegoyen R.** (1988) Sobre la interpretación y su testeo. *Psicoanálisis AP de BA, VX, I*
- Freud S.** (1900) La interpretación de los sueños. *Amorrortu V*: 583–611.  
(1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Amorrortu XII*: 107–120
- Garbarino H.** (1993) El yo y el ser en la psicosis fronteriza. En: Héctor Garban-no (comp.) *La teoría del ser en la clínica*: 87–92. Montevideo: Ed. Roca Viva.
- Green A.** (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *Int. J. of Psycho–Anal.*  
(1975) 56: 1–22.  
(1993) El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu, 1995. Heimann P.  
(1950) Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis. T. IV, 1, 1961– 62*: pp 129–156.
- Isakower O.** (1938) *int. J. of Psycho–Anal.* 19: 331–345.
- Jacobs Th.** (1991) *The Use of the Self: The Analyst and the Analytic Instrument in the Clinical Situation.* Madison: International Universities Press, 1993.
- Jiménez JP.** (1989) La contribución del analista en los procesos de identificación proyectiva. *37 Congreso de la API.*
- Klein M.** (1932) *El psicoanálisis de niños.* Buenos Aires: Ed. Hormé, 1964.
- Kernberg O.** (1993) Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea. Publicado originalmente en: *Int. J. Psycho–Anal.* 74, pp. 659 y  
Lacan J. (1958) La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos I*: 2 17–278. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.
- Levine H.** (1994) The analyst’s participation in the analytic process. *Int. J. Psycho–Anal.* 75:665–676.
- Liberman D.** (1 0) *Lingüística, Interacción Comunicativa y Proceso Psicoana-*

lítico. Bs. As: **Galerna, 1971**

**M'Uzan M.** (1989) Pendant la séance. Considerations sur le fonctionnement mental de l'analyste. *Nouvelle Revue* 40:147–163.

**Neme JC, Maggi I.** (1986) Reseña histórica de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Hoja del Candidato*. N4

**Nieto M, Bernardi R, Altman M, Bouza G, Cárdenas M, de León B,**

**Miraldi A, Uriarte C.** (1996) Investigando la experiencia analítica: una propuesta. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1996,83:117,123.

**Pichon Riviere H.** (1978) Acerca del vínculo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 58:13–22

**Ogden T.** (1994a) *Subjects of analysis*. Londres: Jason Aronson, Inc.

(1994b) The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psycho–Anal.* 75:3–37.

**Racker H.** (1968) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

**Rayner E.** (1992) Matching, attunement and psychoanalytic dialogue. *Int. J. Psycho–Anal.* 73:39–54.

**Sandler J, Sandler AM.** (1987) El pasado inconsciente, el presente inconsciente y las vicisitudes de la culpa. *Int.J.Psycho–Anal.*68: 331–342.

**Shafer R.** (1993) Two discussions of “Theory in Vivo” by Dennis Duncan. *Int. J. of Psycho–Anal.* Vol. 74, 6.

**Schkolnik F.** (1986) Acerca del concepto de curación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 64: 70–81.

**Stern D.** (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic.

**Vares A.** (1992) Psicoacción dialógica: en los bordes del psicoanálisis. *Temas de Psicoanálisis* 17:31–43.

**Viñar M.** (1991) De la torre de Babel a los senderos fundadores: algunas premisas para investigar en el proceso psicoanalítico. *Revista Uruguaya de de Psicoanálisis* 72–73:37–58.

## Entrevista al Prof. Horst Kächele

*José Pedro Rossi*

*Con motivo de celebrarse el Segundo Congreso de Psicología Médica en la ciudad de Montevideo, en octubre de 1996, asistió el Profesor Dr. Horst Kächele.<sup>85</sup> La Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay consideró oportuno entrevistar al Dr. Kächele por su ya prolongada dedicación a la investigación en el campo de la psicoterapia y el psicoanálisis, dado que su visita coincidió con la preparación de este número de la R.U.P, centrado en el tema de la investigación en nuestra disciplina.*

*J.P.R: Este es su tercer viaje a Montevideo, ¿podría explicar cómo surge su vinculación con Uruguay?*

*H.K.: Mi primer contacto fue en mi viaje a Chile en 1982. Fui invitado por la Facultad de Medicina, por el doctor Fernando Lolas, profesor de psiquiatría, que anteriormente había trabajado con nosotros en Heidelberg, en el banco de textos de Ulm.*

*Este doctor me invitó a Chile para que diera conferencias, y en Chile conocí a Jiménez y lo invité a que estudiara también en Ulm. Invité a Jiménez para que fuera a aprender sobre la investigación, y él estuvo con nosotros cuatro o cinco años. En estos años que Jiménez estuvo con su señora en Alemania, tradujo un texto mío de terapia psicoanalítica, y este libro sirvió como puente para que me invitaran a diversos lugares. Por medio de la traducción del libro y de otros trabajos escritos en Ulm me fui dando a conocer, y el paso siguiente fue que me*

invitaron de Porto Alegre, el profesor D. Zimmerman en el año 1991 cuando vine al congreso internacional de Buenos Aires.

Estando en el congreso de Buenos Aires me conecté, pienso yo que a través de Ricardo Bernardi, con Montevideo y después del congreso en Buenos Aires vine para acá.

J.P.R: *¿En este viaje a Montevideo, cuáles van a ser sus actividades?*

H.K: La actividad primera tiene que ver con el Congreso de Psicología Médica, porque Ricardo Bernardi estuvo en Alemania en enero invitado como profesor, ya que compartimos el mismo trabajo. Su profesorado de “Psicología Médica” en Alemania sería llamado Medicina Psicosomática. El término de Psicología Médica, en Alemania cubre más cosas, que serían: Psicoanálisis, Psicoterapia y Medicina Psicosomática.

La segunda actividad tiene que ver con la investigación. Yo estuve hace dos años acá hablando sobre este tema pero ahora vamos a hablar también con gente del Ministerio de Salud Pública, que parecen estar interesados en el tema.

J.P.R: *¿Que piensa sobre la reunión de esta mañana? ¿sabía que iba a ser con autoridades de Ministerio?*<sup>86</sup>

H.K.: Yo pensé que iba a ser una reunión pequeña con Ricardo Bernardi y alguien del Ministerio, pero cuando llegué y vi toda la gente que había me di cuenta que era un acontecimiento muy importante. De manera que intenté decir en forma simple, la importancia de la investigación de la psicoterapia y de los resultados para que puedan ser manejados en la toma de decisiones políticas.

J.P.R: *¿Cree usted que existe una “crisis del Psicoanálisis”? Y si así lo cree, ¿a qué lo atribuye?*

H.K: Sí, definitivamente hay una crisis en Psicoanálisis, y ésta es aún más obvia en Estados Unidos. El Psicoanálisis no es el objetivo número uno de la gente en

---

85. Se incluye currículum vitae del Dr. Käichele al final del reportaje.

86. Conferencia dictada en el MSP sobre “Investigación en psicoterapia. Servicios de psicoterapia en la República Alemana”.

el campo de la psiquiatría. Hay allí una falta de candidatos y por eso se han abierto las instituciones de formación, dando lugar también a los psicólogos. Esta crisis en realidad tiene que ver con el sistema. No se realizaron chequeos críticos hacia dentro del Psicoanálisis, entre la experiencia clínica y la experiencia de investigación. Hay un trabajo de Rapaport de 1961 donde éste dice que no hay una sola regla del conocimiento clínico sustentada por investigaciones sistemáticas. Esto fue hace treinta años. La noción de crisis se evidenció cuando alumnos de Rapaport, como Merton Gill, Robert Hold, Spence, comenzaron a tener en cuenta el concepto de validación, qué era lo que podía ser validado. El concepto de validación fue cobrando importancia; se vio claramente que la validación clínica es una mistificación, una ilusión, porque el proceder del clínico lleva a un refuerzo positivo de la comprensión del caso. Esto no es malo. El clínico debe compenetrarse más y más de lo que entiende del caso para poder hacer su trabajo. El problema es que sistemáticamente esto no deja chance para buscar explicaciones alternativas, que podrían validar, empíricamente, o no, el trabajo clínico. El concepto de “explicaciones alternativas” es muy crítico en ciencia. Hay que buscarlas, ya sean estas simples, elegantes, o a veces las más complejas. Pero hay que crear oportunidades para buscar explicaciones alternativas. Se debe volver al trabajo clínico como fue la tradición del Psicoanálisis, sin dejar afuera la posibilidad de una evaluación crítica, de lo contrario esto puede conducir a un error sistemático. No es el clínico el que está mal. Lo que está mal es que el clínico no da a los investigadores su trabajo. Cada caso debería ser llevado en archivos, como se hace en Antropología. Me gusta la comparación entre Psicoanálisis y Antropología.

El Psicoanálisis es un trabajo de campo, el campo en el Psicoanálisis es la mente del paciente y la nuestra. En el Psicoanálisis es como que hay que atravesar una jungla. Uno se mete necesariamente en problemas.

En la Antropología —haciendo una comparación— el antropólogo utiliza

diarios cuidadosamente confeccionados, que son corroborados constantemente por otras personas que de esta manera los controlan y evalúan.

Así es como aparece en la descripción de las sociedades primitivas, el enorme error que comete Margaret Mead con las sociedades primitivas. Aparentemente lo que Margaret Mead escribió sobre las civilizaciones primitivas es un error, y tenía que ver más que nada con un cumplimiento de deseos de ella, con una añoranza de que así fuera. No hubo una adecuada evaluación.

Por lo tanto esta crisis en psicoanálisis ya lleva bastante tiempo, en tanto no se han corroborado ni validado todos los datos obtenidos por los clínicos. Ya en un trabajo de 1952, publicado en la *International Journal*, E. Glover dice que tiene la “verdad” en Psicoanálisis aquella persona que tiene mayor jerarquía, mayor experiencia. Esto se cumpliría en situaciones clínicas, por ejemplo, o de formación, pero no así a nivel de la validación de un tratamiento. Una situación importante es que se ve que los tratamientos son cada vez más largos y no tienen resultados convincentes.

Se ha visto así que en este momento en Estados Unidos, sobretodo, todos los senadores y diputados han tenido algún familiar durante varios años en análisis, y los resultados no han sido del todo convincentes. En este sentido la opinión pública en Estados Unidos se ha vuelto cada vez más crítica respecto al Psicoanálisis y esto parece muy claro en lo que se ha dado en llamar “el síndrome de Woody Allen” respecto al análisis. El público ha respondido con una mirada cada vez más crítica. No es una simple crisis. La comunidad analítica ha aumentado esta crisis por el desarrollo complicado y refinado de distintas teorías, no acompañado de una confirmación crítica. Repentinamente tenemos un “modo bioniano”, un “modo lacaniano”, son como corrientes teóricas que dominan, pero sin pruebas sistemáticas. No hay forma de comparar el paciente descrito por Kohut con el paciente descrito por Kernberg. Este podría haber sido un método muy fácil. La comunidad exige que haya resultados, que sean validados en forma más refinada para entonces poder creer

en ellos. La crisis tiene que ver con que la comunidad analítica cada vez más, ha hecho desarrollos teóricos respecto a distintos temas, pero sin validarlos o chequearlos en forma sistemática. Esa sería la crisis del Psicoanálisis.

Esta crisis que surgió más obviamente en Estados Unidos, llegó a distintos países de diferente forma. En Alemania este problema no es tan grande, ya que desde hace veinte años en las distintas Universidades, se poseen distintos departamentos que se han dedicado más que nada a la investigación en Psicoanálisis.

También la investigación se ha hecho en sectores privados, pero en Alemania, en contraste con los Estados Unidos, los principales psicoanalistas trabajan en las Universidades. Y allí, si uno trabaja en una Universidad se debe investigar de todas maneras, es como un requisito. En Estados Unidos no es así, cuanto más uno se vincula con la comunidad analítica, más se aparta de la Universidad.

La investigación estrechamente relacionada con la Universidad comenzó en Heidelberg, con A. Mitscherlich y sus discípulos. Al trabajar todos ellos en universidades donde se investigaba sistemáticamente, se mitigó la crisis.

Otra razón que tiene que ver con la crisis, son las investigación que se han hecho sobre el sueño en los años 60. En 1952, Klaiman, y otros, descubrieron que había una biología del soñar. Estos descubrimientos hechos con respecto al sueño dejaron en suspenso lo que decía Freud hace cincuenta años con respecto a la biología del sueño. La teorización de los sueños no estaba en consonancia con lo que se había descubierto en biología. Lo interesante es que estos descubrimientos en biología sobre los sueños no molestaban demasiado al trabajo de los sueños que hacía el clínico. Para el clínico que trabaja con el deseo infantil en el sueño, estos descubrimientos realmente no contradijeron nada, pero el problema es que al existir estos descubrimientos empiezan a aparecer dudas respecto a la validez del conocimiento psicoanalítico.

Robert Hold se puso a trabajar sobre el proceso primario y secundario. Estos trabajos de Hold demostraron, que después de veinte años, el proceso primario y



secundario no son en realidad un sistema. Esto mostrarla que algunas concepciones teóricas del Psicoanálisis no estarían totalmente de acuerdo *con* los descubrimientos biológicos, y por lo tanto habría que validarlos, chequearlos, para *seguirlos* teniendo en cuenta.

J.P.R: *¿Usted piensa, entonces, que la crisis se ubica tanto a nivel teórico como práctico?*

H.K: La crisis existe tanto a nivel práctico como teórico.

De la práctica a la teoría hay un salto muy alto y hay como cinco niveles distintos, por lo tanto si uno está en crisis también lo estarán los otros, es todo una situación muy compleja...

Refiriéndome a la práctica analítica, ¿que hacer con las preguntas del paciente, debe el analista responderlas o no.

En los años setenta aparece el análisis del discurso que tiene que ver con un estudio sistemático de la verbalización del paciente. Se hizo un estudio muy sistemático de cuantas veces el analista respondía que si o que no, tratando de ver que había detrás de estas palabras, cual era el sentimiento. Pero a muy pocos analistas le interesó esto. Yo pienso que es fundamental, porque el análisis tiene que ver con la comunicación, que formemos a los analistas respecto al análisis del discurso.

Con respecto a la pregunta de si el analista debe responder o no, haciendo un análisis del discurso llegamos a una comprensión más profunda. Al comprender mejor el manejo del discurso, podemos entender más si el analista debe responder o no, cosa que los analistas de mucha experiencia intuitivamente lo hacen, sin haberlo aprendido. Los analistas con mucha experiencia en realidad trabajan en forma diferente a lo que les enseñaron desde el punto de vista técnico, pero la comunidad analítica en ese sentido no es para nada abierta en decir cómo realmente se trabaja.

El problema principal es que los analistas de mayor jerarquía se abran con los más jóvenes. En lugar de escuchar las presentaciones de los candidatos habría

que hacer lo contrario, de que nosotros *con* experiencia les leamos nuestras presentaciones. Esta sería la mejor forma de formar a los analistas jóvenes, y no estoy hablando de Alemania solamente, espero que ustedes también sacarán sus propias conclusiones. Los candidatos en general experimentan la época de formación como un período muy difícil y luego que terminan la formación se van como alejando, de manera que no tienen prácticamente controles. Esto tiene que ver con que la formación es una formación ideal, que no es compartida por los mayores. Acá habría como un fracaso en la organización del sistema de formación, que no sucede lo mismo con las formaciones de otras terapias, por ejemplo la conductista, donde se escuchan sesiones grabadas. Esto del método de la silla vacía como técnica de rol playing, que demostró ser una técnica de la terapia gestáltica muy efectiva para que surja el afecto, se hace en la supervisión; el candidato toma el lugar del paciente. Nosotros pensamos que llegamos al inconsciente del paciente por las palabras, pero esto en realidad nunca ha sido probado, y volvemos otra vez al problema de la validación. Esto del inconsciente que se logra a través de la palabra es una creencia. A veces esta creencia puede ser verdadera y otras veces no. El Psicoanálisis tiene muy buenas ideas pero muchas veces se llega a extremos terribles. Entonces a veces sucede como con “la hora buena de Kris”. Nadie realmente supo como era una “hora buena”, ni aún en las supervisiones se vieron, y esto sucedió en muchos campos, de que al principio fue un descubrimiento. Esto se vio muy claramente con Melanie Klein y el descubrimiento de la identificación proyectiva, que fue un descubrimiento muy importante; también con el comienzo en los treinta de las ciencias sociales, que fueron descubrimientos que quedaron sin validarse.

Esto tiene que ver con lo que nosotros decimos, que el Psicoanálisis es una ciencia propia y diferente de las otras. Somos una ciencia muy especial.

Lo importante es utilizar los datos del clínico y poderlos estudiar. En general, la idea era como que las cosas se validaban por un consenso de la gente más experimentada. Pero no es así, en realidad no hay un consenso general sino

pequeños grupos de consenso liderados por personas importantes.

J.P.R: *Esto último que usted dice, debe estar vinculado con el narcisismo de los analistas y con la idealización de las teorías. En estos pequeños núcleos de consenso hay figuras muy importantes a las que muchos adhieren...*

H.K: En Alemania hay dos sociedades analíticas, una que se llama “La Sociedad Psicoanalítica” y la otra que se llama “La Sociedad Psicoanalítica y de Psicoterapia”. Estas dos asociaciones son muy parecidas y diferentes de las asociaciones de terapia cognitiva, conductista, en tanto que comparten las suposiciones básicas sobre la transferencia, la resistencia, sobre los sueños, etc. Estas dos asociaciones tienen tanto en común, que en realidad no se podría hacer una diferenciación entre “usted es psicoanalista y usted solamente un psicoterapeuta psicoanalítico”.

En realidad no tendrían que existir estas dos asociaciones diferentes, pero sin embargo esto da un gran poder y es lo que en Alemania se llama “el narcisismo de las pequeñas diferencias”. “Yo sé un poquito más que usted, dos veces más que usted, tres veces más que usted”... Lo mismo sucede con los analistas británicos, los que sabrían más son los que verían más veces por semana a sus pacientes, entonces los analistas alemanes no serían tan analistas como los ingleses, en tanto los alemanes los ven tres veces por semana y los británicos cinco veces. Pero no hay ningún dato empírico que diga que un análisis sea mejor que el otro. En ese sentido están los trabajos de Luvorski, que mostraría en realidad qué es lo mínimo que puede tener el Psicoanálisis, y se apoya en dos pilares importantes, que son la transferencia y la alianza terapéutica, estos son los dos pilares. En el texto que comparto con Thomä, no digo cuántas veces por semana veo a un paciente, porque para mí no tiene mayor importancia. Por eso en el texto hablamos de psicoterapia psicoanalítica y les aconsejo que cuando vayan a hablar con el ministro no hagan esta diferencia. El campo nuestro sería el de la psicoterapia psicoanalítica, de una hora a mil horas, es una denominación genérica; en realidad nuestros verdaderos competidores son las

terapias cognitivas y behavioristas. Porque ellas tienen una fundamentación alternativa. Sería entonces importante abordar este tema, que es el nombre genérico de psicoterapia psicoanalítica y no importan la cantidad de horas que fueran, una, dos tres, o cuatro. No es importante por lo tanto, hacer la distinción. Lo importante es que la competencia tiene que ver con estas otras terapias cognitivas y behavioristas que dan una explicación diferente.

Traducción de la entrevista: Raquel Morató de Neme.

Agradecemos la colaboración de la Psic. Denise Defey en el trabajo de traducción.

### ***Dr. Horst Kächele: Currículum Vitae***

- Estudios de Medicina en Marburg, Leeds (Inglaterra) y Munich: 1963–69.
- Formación en psicoterapia en el Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm: 1970–75.
- Formación en psicoanálisis en el Instituto de Psicoanálisis de Ulm (I.P.A) 1970–75.
- Habilitación: 1976
- Profesor asociado en la Universidad de Ulm: 1977
- Jefe de la sección de Metodología Psicoanalítica en la Universidad de Ulm: 1978.
- Jefe del Centro de Investigación en Psicoanálisis de Stuttgart: 1988.
- Presidente del Dpto. de Psicoterapia en Ulm: 1990.
- Presidente del Dpto. de Psicoterapia y Medicina Psicosomática en Ulm: 1997.

En el campo de la Investigación:

- Proceso de investigación en psicoanálisis desde 1970 a la fecha.
- Análisis y desarrollo computarizado de textos en el Banco de Textos de

Ulm (con E. Mergenthaler) desde 1980 a la fecha.

- Secuelas del trasplante de médula ósea, desde 1985.
- Investigación con el método CCRT (core conflictual relationship theme) desde 1987.
- Relación dosis–efecto de psicoterapia en pacientes internados en el Centro Multidisciplinario de Estudios de Psicoterapia de los Trastornos de la Alimentación, Stuttgart desde 1989.
- Más de 200 publicaciones.
- Co autor de Texto de Ulm sobre Psicoterapia Psicoanalítica, 1985,
- traducido a 10 idiomas.
- Editor de 5 libros

#### Sección pluritemática

Anorexia nerviosa y bulimia. Su relación con lo perverso

*Dra. Cristina Martínez de Bagattini\**

---

\*. Miembro Titular de APU.Atilio Narancio 3117. Montevideo, Uruguay. Tel. 47 84 72.

## Lo perverso en lo social

La sociedad y la cultura de la imagen tienen el poder, de hacer estallar, en forma de patologías tales como la Anorexia y la Bulimia, los aspectos mal constituidos de lo femenino. Este poder existe, solo porque existen fallas precoces en el desarrollo del psiquismo de estas jóvenes, que generaron frágiles estructuras psíquicas, fundamentalmente frágiles estructuras *narcisistas*.

No es mi intención analizar los factores perversos de una sociedad que bajo supuestos ideales de perfección, rechaza sin angustia, sacude y tira si no sirve, o usa para su propio beneficio, al otro.

Información, también perversa, del cuadro clínico, a través de la prensa, los teleteatros, las películas que, a través de la identificación histórica, atrapan jóvenes que llevan a falsas estadísticas de incidencia y *curación*. Poder social que se expresará en las formas de patología que se asocia con los paradigmas que cada época impone. Así la Histeria de principios de siglo asociada a la represión de la sexualidad, como la Anorexia hoy, asociada a un ideal femenino de delgadez.

La cultura de la imagen y más allá de ella, imponen a estas jóvenes con trastornos alimentarios severos, y a todas las jóvenes, valores y conceptos sobre la estética que hacen difuminar lo normal y lo patológico, que cada vez deviene en fronteras más difusas. ¿Hiper delgadez profesional?, ¿anorexia?, ¿salud diet?. Lo “valorado” y lo “sano” se potencian mutuamente en una perversión de sentidos que refuerzan estructuras psicopatológicas y constelaciones familiares tambaleantes. La promoción de la hiper delgadez femenina desafía la vida. Sabemos, sin embargo, que este cuadro clínico fue descrito más de un siglo antes de que se impusiera un ideal de extrema delgadez.

La sociedad actual impone un paradigma de belleza, a la vez que ideal imposible e inalcanzable. Deseo narcisista que nunca puede ser satisfecho. Este deseo narcisista esconde el **desamparo primordial de muchas jóvenes** que se

convierte en: **ser deseadas, queridas y admiradas.**

Cultura de una estética que impone la **apariencia de la abstinencia** alimentaria que remite sin dudas a la **abstinencia de todo deseo.** Adolescentes y más allá de ellas que desfilan **amenorreicas y lisas** despertando la envidia de las que adolecen de ese supuesto poder.

**La envidia,** desplegada en lo dual y ubicada en el lugar de la competencia, despliega sus efectos masivos de destrucción, socava y destruye el propio cuerpo de estas jóvenes que no logran destruir al otro.

Una sociedad envidiosa y perversa refuerza esta estructura de la envidia. Me dice Analía: *“No ves que si no sos como se exige, no sos nada... yo a veces, tengo mucho odio, tanto **que me lo como** y me destruyo a mi misma”*. Esta frase está sostenida en un **“escindido sentimiento infantil”** que intuye otra frase nunca verbalizada: *“si no eres como yo quiero que seas, no puedes ser nada»*, frase proveniente del narcisismo tanático materno que, como en eco, la sociedad duplica (La madre había sometido a Analía a múltiples intervenciones estéticas desde muy pequeña).

Jean Baudrillard afirma que la fuerza de lo femenino está en la seducción. Afirma también, desafiante, que en el ocaso de la sexualidad y del psicoanálisis, hay un Universo cuyo registro no es interpretable en términos de represión ni de inconsciente, sino que se interpreta en términos de lo que él denomina **seducción**, es decir: en términos **de juego, de desafío, de relaciones duales y de estrategia de las apariencias.**

Expresa: **“la mujer solo es apariencia”** y harían bien en **dejarse seducir por esta verdad**, pues ahí está el secreto de su fuerza, que están perdiendo al erigir la profundidad de lo femenino a la profundidad de lo masculino”. También asevera que es un error de la mujer mostrar y hablar de su goce.

Pienso que la investidura de poder que lo estéticamente bello otorga a lo femenino es un hecho del orden de la realidad. A lo largo de la historia es la belleza de la mujer la que ha estado moviéndose en círculos masculinos

enredada a un poder fálico innegable.

Estamos de acuerdo con este autor, que la acumulación de signos del sexo pone fin, mediante el mismo sexo a cualquier seducción, pero creemos que lo realmente **significativo** es que, justamente, muchas mujeres, **por aceptar ser solo apariencia** en un mundo manejado por **el poder de la imagen**, han aceptado sin darse cuenta, **ser apariencia**, pero **apariencia anatómica y el cuerpo**, cuerpo que debe ser “perfecto”, se ha constituido en una **parodia de lo estético y de lo bello en su monótona repetición.**

En estas jóvenes con frágiles estructuras narcisistas, la seducción de este poder social pervierte, alejándolas y desviándolas de todo encuentro posible consigo mismas.

### **Lo perverso en lo vincular**

El cuerpo es inseparable del **espacio y del tiempo** y de los acontecimientos que suceden desde el inicio de la existencia. Acontecimientos en relación con otro. Esta relación primordial es la primera organizadora del tiempo y de los acontecimientos que suceden en él. Se crean así las primeras representaciones, las primeras imágenes, los primeros recuerdos.

Nos sostienen en brazos en ese tiempo del desamparo. Nos dejarán caminar solos en ese tiempo en que queremos separarnos para abarcar otros espacios y nuestra individuación. El tiempo del deseo puberal hará marcas en nuestro cuerpo, que extenderá nuestro espacio fuera de los límites de un espacio endogámico que persistiendo, impediría nuestra existencia. Cuerpo del edipo, cuerpo del narcisismo, cuerpo del deseo y el de nuestros padres. Cuerpo del amor, del odio y del desamparo. Cuerpo del conflicto, cuerpo de lo humano.

De este cuerpo y sus vicisitudes, sus madres realizan un apropiamiento perverso con un control obsesivo de el funcionamiento corporal de sus hijas, expresado, sobre todo, en el funcionamiento intestinal, Que da cuenta de ese “tubo”, mujeres cilíndricas, boca y ano, llenado y vaciado, del que nos habla P.



Jeammet. Un vínculo perverso sometido–sometedor, se hace violento ante nosotros. Más de una paciente había sido sometidas por sus madres a la realización de enemas y/o extracción de fecalomas, que, prolongados en el tiempo como secreto de ambas, reforzaban el deseo de las madres y el sentimiento de las hijas de venir totalmente “vacías” a la consulta.

Nosotros sabemos, entonces, que la paciente concurre a nosotros con un cuerpo que es símbolo de otra cosa, que ella ignora. Engordarlas (devorarlas) hacerlas menstruar (desangrarlas), fantasías que, lejos de la conciencia, sostienen el pánico. Ellas insisten e insisten en mostrar que no sirven de alimento, que no pueden ser engullidas y que tampoco necesitan del alimento: *“Yo te ingerí, te devoré pero no te necesito para vivir, te expulso”*. Paradójicamente las madres, como dijimos, han pasado a ser las “dueñas” de estos frágiles cuerpos.

**La complicidad** de las madres con las conductas de sus hijas, **la trasgresión** a las indicaciones de los técnicos, y, **la ausencia de angustia manifiesta** (aun ante la posibilidad de la muerte de sus hijas) dan cuenta de la intensidad de la perturbación de este vínculo que hemos dado en llamar “perverso”.

Con conductas demasiado adaptadas, las llamadas “buenas niñas”, invitaban al elogio y llenaban un vacío narcisista de ambas. Este espacio, se fractura en la pubertad o en la adolescencia. Las conductas adaptativas suplantaban una subjetividad casi inexistente. “Subjetividad sin sujeto” al decir de Sami–Ali. Las pacientes portadoras de estos cuadros severos tienen un desamparo primordial, presentan angustias de desmoronamiento narcisista, que ellas entrelazan con angustias femeninas de castración.

Los precursores de la castración adquieren un sentido a posteriori y de ahí su eclosión adolescente. Oleadas que vienen de etapas previas, oralizan y analizan lo fálico–edípico, trastocan las imágenes de castración que se visten de imágenes de devoración o invasión corporal que hay que expulsar (no comiendo, vomitando, purgándose) en forma inmediata.

Winnicott dice, hablando de lo negativo, que a veces, lo único real es lo que no está, lo que no existe (Winnicott se refería al vínculo de una paciente con su madre). Esto real, negativo, inexistente, aparece en estos cuerpos que quiere ser no-cuerpo, que ellas defienden, defendiendo su vida.

En un trabajo anterior sobre lo arcaico, cuerpo y recuerdos en la anorexia nerviosa, mostraba cómo muchas de estas pacientes no podían configurar ninguna historia personal, ni real, ni imaginaria, ni construida, había un borrado de imágenes, que, pienso, parten de la falla de los entrecruzamientos entre el tiempo, el espacio y el cuerpo, en el vínculo con lo femenino de sus propias madres. En varias de mis pacientes las marcas de la vida parecían no haber sido nunca inscriptas. Los fantasmas tanáticos del pasado se encontraban arrojados sin mediatizar en el presente, anticipando una muerte futura. Su cuerpo era el símbolo de esta historia.

Tenían registrados eventos, al decir de Meltzer, que no podían constituir una historia personal, estaban fuera de toda posibilidad de resignificación. Estos eventos debían ser convertidos en acontecimientos que dieran un sentido simbólico a lo que estaba aconteciendo. Restos de fotos, restos de recuerdos propios y ajenos armaron en varios casos un precario puzzle, que les permitió empezar a salir de esa anhistoricidad. Salían así del puro registro de lo somático. Casi sin excepción, estas niñas han tenido escasas fotos, nunca un álbum armado por sus madres, y, casi nos aventuraríamos a decir que no es una anorexia si encontráramos fotos de ellas cuando bebés en brazos de sus madres.

### **Lo perverso en la estructura de la anorexia y bulimia**

No es quizá la primera vez que enfrentados a un cuadro clínico nos preguntamos si el conflicto se sumerge en los vericuetos del Edipo, el incesto y la castración del sujeto y sus progenitores o si el conflicto se sumerge en un mundo más primitivo, en la propia estructuración del psiquismo en sus inicios. Me pregunto si es lícito plantearnos a la altura de miles de trabajos escritos, la pertinencia de

“elegir” uno de los polos de este dualismo indefectiblemente entrelazado. ¿Cómo separar nuestras arcaicas raíces del devenir posterior y del a posteriori?

En el caso de estas jóvenes si yo no se cuál de estas etapas es más importante en la etiopatogenia de su sufrimiento, se, sin embargo, que ellas sufren por un transitar penoso de toda su existencia: desde sus primeros encuentros, desde su soporte narcisista a las vicisitudes de su Edipo y de su identidad femenina. Algo ha ido horadando la constitución de un casi inexistente sentimiento de identidad personal. ¿Quién soy?, ¿qué soy?, ¿de dónde vengo?, ¿a dónde voy? Preguntas adolescentes que se relanzan sin respuestas porque no se formulan las preguntas sino que se actúan las respuestas: Nadie, nada, de ningún lugar, hacia ningún sitio.

Me gusta hablar de estructuras limítrofes, campo de nadie, mecanismos que se alteran, identificaciones nunca bien logradas, castración subvertida. Reino de lo arcaico y Reino del Edipo, estructuras que intentan ser neuróticas y fallan en el fallo mismo de los primeros encuentros.

Limítrofe..., límite también de un vínculo transferencial masivo y voraz en la bulimia, reticente y paranoico en la anorexia. Vínculos transferenciales siempre intensos, que actuarán como eje que abrirá puertas, que se volverán a cerrar para volverse a abrir, guiados siempre de la mano por la angustia.

Podríamos pivotear alrededor de una clínica por todos conocida de la perversión del trastorno alimentario en sí, o de una psicopatología muchas veces repetida, como hablar del orgasmo del hambre en la anorexia o de la promiscuidad sexual en la bulimia. Todos hechos comprobadamente ciertos y enlazados con figuras familiares repetidas y no por eso sin singularidad, la estructura es compleja y sorprendente siempre.

He tratado de pensar las diversas significaciones que pivotan el término de lo perverso y de la perversión. Se puede tomar la clínica como pivot pero también la psicopatología o la estructura y/o a veces estos diferentes aspectos se mezclan entre sí. Piera Aulagnier, al definir la Estructura perversa toma como eje tres

aspectos: un mecanismo defensivo: la desmentida, una actitud frente a la Ley y por último, el desafío que se manifiesta clínicamente. Desmentida, Ley, desafío. Si bien este trípode se constituye en el paradigma de muchos pacientes, creo que no sólo define una estructura.

Hablar de Ley significa ahondar en los vericuetos singulares del Edipo y la castración del sujeto y de sus progenitores. Hablar de desmentida implica ubicarnos en una posibilidad de defensa del psiquismo infantil que trata de mantener a raya la angustia de castración y todos sus sucedáneos y que puede en casos extremos arrastrar con ella parte de la realidad y no sólo la diferencia de sexos. Hablar de desafío implica ubicarnos en una actitud frente al otro, otro que ocupa un lugar especial que no podemos separar del orden de la ley. Desafío que para Piera Aulagnier es intención de escándalo, ya sea en el hacer o en el discurso sobre el goce.

El perverso verbaliza su fantasma de deseo, lo entroniza en el lugar del saber y de la verdad.

No está en el fantasma la diferencia entre el normal, el neurótico y el perverso, sino en el desafío, diría esta autora, que con su fantasma ejerce sobre el otro. Esto sería la fuente del escándalo que provocan y al que se refiere Piera Aulagnier.

Como en la estructura perversa, la anorexia utiliza: Un mecanismo defensivo: la desmentida. Desmentida de la delgadez que es también desmentida de la muerte, de la dependencia del objeto, de la diferencia de sexos. Una actitud frente a Ley: si el perverso subvierte la Ley del Edipo y la Castración, ellas que subvierten? una ley primordial es desafiada, desafiando, venciendo y dominando el más primordial de los deseos: el hambre y la vida.

El desafío, por último, se nos presenta absoluto cuando el muro que separa la vida de la muerte parece ser atravesado ante nosotros y la transgresión no es ajena a esto. Es, sin embargo, a diferencia del perverso, una atravesar doloroso, terrible, que las hunde en un vacío aún más profundo al lograr (desmantelando

la desmentida) su reconocimiento.

Jugando a una especie de ruleta rusa con su quinceavo vómito en un día, Silvia me dirá: *“compré comida para poder seguir vomitando, yo no vomitaba para comer, comía para vomitar...”,* pero salió viva ¿viste?. Angustia y momento puntual de desafío en donde la omnipotencia y la desmentida se entrelazan en una trama perversa.

María de los Angeles decía *“¿no ves que yo no me enfermo nunca, ni una gripe tengo nunca, ni un resfrío, sos vos la que te enfermás, no yo”* (pesaba 30 kilos con 17 años).

Si el perverso realiza un discurso sobre el goce, la anoréxica verbaliza su fantasma de deseo de nada y lo entroniza en el lugar del saber y de la verdad. El dominio que poseen sobre su propio deseo les da ese poder y ese saber sobre la “debilidad” del deseo del otro. Y esto es perverso.

La misma paciente me dirá: *“yo no tengo que vomitar, vomitan solo las que no aguantan estar sin comer, como esa gorda de la nutricionista, cree que me va a poder dar clases de nutrición, a ella le tendrían que enseñar a no comer y, sino, es preferible que vomite.*

Vemos como la necesidad no está bien discriminada del deseo y es arrastrada en este dominio y dominando la necesidad el poder se vive como absoluto y omnipotente. Y esto es expresado ante el otro como un desafío, desafío que pueden jugar, si se los aceptamos, hasta la misma muerte.

Yo planteaba anteriormente la ausencia de recuerdos, la frecuente an-historicidad de estas pacientes. Se produce como dice P. Jeammet un movimiento de deslibidinización objetal profundo .Me planteo si esta deslibidinización es causa o consecuencia de esta anhistoricidad? Los objetos vivos son sustituidos por la búsqueda de la no-satisfacción del deseo y el recoger, dice este autor, sensaciones sin cesar renacieres pero nunca jamás alcanzadas y el cuerpo también desinvertido se convierte en ese cuerpo tubo” para vaciar o llenar. Pero el goce existe, se presenta puntual, invasor y auto destructivo en lo

que podemos denominar como goce perverso del dominio del deseo. Deseo, amo y señor, al que nosotros, despreciados o desvalorizados por ellas, claudicamos.

### **Una especial desmentida**

Este goce perverso del dominio del deseo, solo sirve para desmentir maníacamente un deseo profundo de inexistencia psíquica que, de cualquier modo será reconocido cuando este deseo alcanza el cuerpo en su realidad somática y, bajo el supuesto deseo de delgadez, se hace símbolo de esa inexistencia.

Deseo propio que fue deseo de otro, que expresa la falla del primordial del deseo de la madre de que esa niña viva. Es así que a través de la anulación de todo deseo se sienten protegidas con una situación que les da cierta unidad narcisista. Si ellas repiten en el lugar del recuerdo, la repetición de lo indecible, de lo inconcebible de ser pensado está en esos cuerpos emaciados y, repitiendo, recuerdan: Un recuerdo de insatisfacción, de necesidad, y de muerte.

Pensábamos como hipótesis que la desmentida del deseo de inexistencia (desmintiendo la posibilidad de la muerte) es, a su vez, una desmentida de la investidura tanática materna.

Freud nos enseñó que Desmentida y Reconocimiento, están siempre juntas.

El Reconocimiento de este vínculo mortífero es expresado como Fetiche en ese cuerpo que camina sin ser visto, en el filo de la muerte física. Fetiche, monumento recordatorio, como decía Freud de aquello que se quiere negar. Cuerpo emaciado que comúnmente es señalado como enfermo por un amigo o un familiar, no por los padres.

¿Qué pasa con la angustia de castración? Sabemos de la resignificación en la angustia de castración, de la angustia de separación y el desamparo.

Es común que el niño realice una doble desmentida: La desmentida de la castración y de la indefensión se entrelazaban en un mismo momento mítico: la castración de la madre fálica correspondiente al descubrimiento de la mamá sin

pene y la castración de la madre omnipotente, en la medida que no puede cumplir más con una función de protección total. Pérdida dolorosa del niño de una unidad narcisista–omnipotente y de una fantasía de completud con su madre, que, aunque indefenso lo hace sentir poderoso. El pequeño se defiende de ambas angustias usando la desmentida.

Nuestras pacientes retoman este mecanismo, desmienten la delgadez, el hambre, el cansancio, en suma, la necesidad y el deseo del objeto. Su reconocimiento las sumiría en una angustia absoluta ante la indefensión y el desamparo y/o su correlato de fusión intrusiva, ya que ellas no vivieron, como diría Winnicott, esa etapa de omnipotencia que otorga el período de Ilusión. Es así que se autoabastecen devorándose a si mismas, creen, así, que el desamparo no las toca.

Muestran su fragilidad y a la vez su potencia en un actuar de “adoración fetichista” de su propio cuerpo emaciado. Cuando le pregunto a Rosano: “¿Cómo te ves?”, me responde: *“flaca, sé que estoy flaca y sé que no es un cuerpo perfecto. Yo no quiero engordar, no quiero estar como yo era. Querría adelgazar las piernas, llegué hasta acá (34kg). No me puedo imaginar cómo puedo ser yo sin sentirme flaquita. Me acostumbé: me agarro la pierna y digo: está flaquita, pobrecita”* (Se toma la pierna con ambas manos y le habla dulcemente cuando le dice “está flaquita” (a la pierna), el gesto es como de sostener un bebé y mimarlo). Continúa: *“Yo me protejo, me abrazo yo a mi misma, es una confusión, me quedaría así sin placer, sin dolor, seguiría así...”*

La sexualidad promiscua en la Bulimia, muchas veces, da cuenta también del esfuerzo infructuoso (en la construcción de una neosexualidad) de desmentir la indefensión. Alimento–semen–boca–vagina.

Dice Brenda sumida en una profunda confusión: *“Busco la comida igual que a los hombres; me lleno, los vomito y me vuelvo a llenar, me hago masturbar o me masturbo yo durante horas (como desde niña). Yo no sé... no sé ahora por qué los busco, no sé ni siquiera si busco un orgasmo, un pene o comida, es*

*compulsivo”.*

La ausencia de placer muestra lo alejado que el deseo se encuentra en esta búsqueda de un goce que se confunde en llenados y vaciados de su boca o su vagina. En ella, la satisfacción nunca saciada se hace casi sin límite. Brenda solo encuentra su límite, cuando comprueba, con alivio, la existencia de un fondo corporal propio, en el momento del vómito. Son estos vómitos los únicos exponentes paradójicos de un cuerpo propio, más acá o más allá del acto anulador y expiatorio que el vómito significa.

Dice Joyce Mc. Dougall, hablando de perversiones y neosexualidades:

“Para tener en sexo y un sentimiento de identidad sexual primero hay que tener un cuerpo y una existencia individual. Sin esto la sexualidad corre el riesgo de verse utilizada solamente para reparar fallas en el sentimiento de identidad ...Al drama de la identidad le sucede el drama de la diferencia de sexos.

El nivel arcaico de las relaciones de objeto mantiene su relato en la oralidad y en una analidad nunca bien integrada a la genitalidad, como dice B.Brusset. Continente y contenido, escenario de lo femenino, solo puede ser en ellas un llenado sucio y un vaciado purificador. Brenda nos muestra dramáticamente, que, con su autoabastecimiento voraz no puede impedir el rechazo de ese alimento “convertido analmente en basura”.

### **Una sesión y dos sueños paradigmáticos**

Pasado un año de una internación con riesgo de vida, Ma. de los Ángeles, de 19 años, entra en análisis. Aproximadamente a los 18 meses de tratamiento comienza a traer sueños, con posibilidad de comenzar a analizarlos.

Paciente: Me molesta que hallan venido mis padres (estaban de viaje)... me acostumbré... me levantaba sola... no estaban y mamá no me molestaba.

Analista: ¿Me levantaba sola?



P: Mamá me despierta, es feo usar despertador, me trae el café a la cama... pero hoy, será que no... estuvo un tiempo pero... ¡mirá lo que me pasó! Yo me levanté para ir al baño a hacer pichí, cuando volví a la cama me iba a tapar y mi madre se me adelantó... yo sentí algo raro... eran mis manos y las de ella haciendo el mismo movimiento... ¿de quién eran las manos?... ¡me enojé! No me deja ni estar en silencio que ya me pregunta lo que estoy pensando...

A: Como yo te pregunto acá...

P: ¡Es tan distinto!, vos me preguntás para saber, ella es como que ya supiera lo que pienso y sólo lo confirma.

A: Algo que te confunde...

P: Sí, porque quiero separarme y no puedo, vos ya lo sabés, ni aprendo a manejar como vos decís así ella me lleva a todos lados, y debe ser cierto. Me da lástima, dice que extrañó tanto... y me hace el relato de todo lo que se sacrificó buscando los regalos en el viaje..., eso me da rabia... pero estoy yo también pendiente de lo que ellos opinan de mí ¿que lío te estoy armando no?... ¡ahhh! te cuento un sueño horrible... Era el cumpleaños de Eugenia, yo estaba estudiando tranquila, nadie estudiaba mucho, en el sueño me decía: ¡no es tedies tanto! Veía a Estela en bikini, preciosa y ella tiene tendencia a ser gordita y de repente, me veo en mi cuarto y veo el fondo y veo una foca enorme. No le di importancia porque son buenas y luego empieza a olfatear a mis perras y se empieza a comer la cabeza y las patas de una de mis perras. En la realidad yo quiero que se mueran mis perras porque son viejas y feas, pero en el sueño me asusto y grito: un animal enorme se acaba de comer a “Negrita” (la más vieja). Le grité a mamá y no podíamos salir. Mamá me dice que es un pescado, yo me meto debajo de la cama ¡y el animal me moja con pichí! ¡Me orina toda! Y miro y el pescado de repente no era un pescado, era un

niño y también quería asustar, quería hacer daño y no sabíamos qué hacer con el niño y no venían los que lo tenían que sacar, pero termina bien porque mamá le cocinó una olla enorme de comida y terminamos bien, los tres mirando televisión y hay otras cosas que no me acuerdo bien. Las perras no me importaban mucho porque están podridas, les faltan los dientes, está medio ciega, no sirven para nada, son feas, desagradables, destrozadas, no las quiero ver, yo quiero un perro de raza, tienen como 20 años y no se mueren, tienen más vida que un gato, yo quiero que se mueran para tener un siberiano que es hermoso, ese perro delgado y peludo ¿lo conoces?, pero no sé qué tendrá que ver con esa foca grande, ese animal negro que se comía la cabeza de la perra vieja.

A: ¡Cuánta rabia y cuánta hambre!

P: Yo odio a los viejos y a los niños... a los viejos, cuando voy con mis amigos, los agredo, les grito cosas por la calle: ¡sacate ese sombrero, qué mal gusto tenés!... y los niños tampoco me caen bien, son molestos, ¡les digo cualquier cosa! Yo tengo algo agresivo... ¿viste la película “Asesinos por Naturaleza? ...a mi me gustó; la película rara como mis sueños. Te enloquece, violenta.., violenta, y a mí me gustó. Matan y te lo muestran cómo matan... media sádica. A la protagonista el padre la agredía cuando niña... matan, matan todo el tiempo y no les importa nada... te transtorna... yo quedo unos días exaltada y con espíritu agresivo. Yo ya te dije que siempre me identifico con los malos de las películas y vos me dijiste que así yo negaba que podía tener miedo o que me podían matar... es así, si vos sos el malo no tenés miedo... yo en el sueño estaba asustada...

A: Preferís ser ese “animal enorme, ese niño que se come a las perras, que ataca con su orina...

P: ¡Ni lo dudes!.., las mataba por feas ¿no? y por viejas.., doy gracias a

Dios que no soy ..... yo... ya sé... claro, me vas a decir que la perra vieja es mí mamá, pero no es mi mamá porque yo a ella no la veo ni fea ni vieja, no, no es mi .....

A: Parece que lo estás diciendo tú, porque te esforzás tanto en decirme que no es?

P: Y... si no es mi mamá sos vos ¿ no? Mamá lo convertía en bueno con la comida..., y la que lograste que yo comiera fuiste vos...

A: Y calmara tus deseos de asustar y de matar, que recién dijiste que eso hace que no se tenga miedo, como en “Asesinos por Naturaleza”.

Puede ser, en el sueño mamá era la que me salvaba del bicho ese, pero en la realidad casi me muero. Yo no te digo mucho, pero en la realidad mamá puede ser muy, pero muy mala, muy agresiva...

A: ¿Que es lo que no me decís?

Me lo hizo ver mi hermano. Ella odia a un amigo de Juan y te asusta el odio que le tiene. Cuando mi mamá es agresiva es agresiva en serio. Dice que ese amigo influye mal sobre Juan, que es un demonio, un diablo que vino a la tierra...dice: “lo mataría, le pasaría con un camión por arriba”, y a mí me asusta la cara de odio que ella pone. Juan dice que es mala, que es capaz de matar. No me gusta que diga eso de mamá, bueno... además, en realidad, es la única persona que mi mamá odia ¿ no?

Me siento impactada, pienso en “Asesinos por naturaleza”, en la necesidad de Ma. De Los Ángeles de usar furiosamente el mecanismo de la desmentida: ya lo sé: mi madre es una asesina, casi me mata, yo necesito ser como ella para salvarme. Pero aún así: no me gusta que mi hermano diga esas cosas, mi madre sólo odia a una persona. Quedo en silencio.

A mes siguiente traerá un sueño que ilustra aquello que, con la posibilidad de la transferencia, nos trae con crudeza simbólica la lectura manifiesta. Identificación fusional destructiva y arcaica con la madre en un escenario sexual

sádico en donde el padre nada puede hacer, impotente, o, al contrario, se muestra promovedor.

Tengo un sueño pendiente, una pesadilla. Yo salía de casa, bajaba las escaleras y me encontraba con Carola.

—¿Cómo te fue ayer? me decía ella.

—¿En qué? le preguntaba.

—¿Cómo en qué? ¡Si vos disfrutaste pila! No te hagas la boba, te violaron unos amigos míos y a vos te gustó!

—¡No! Vos estás loca, le decía yo.

—Si, mirate la espalda.

Y yo me miraba y la tenía toda lastimada... el sueño cambiaba. Nos encontrábamos con papá y con Juan (el hermano) y papá me dice: mirá todos esos chicos que están ahí afuera, ¿no me digas que no te gusta ninguno?, yo le decía a papá: —¡son los violadores! ¡Y mi padre los saludaba! Yo le decía que les pegara, que eran los violadores y mi padre no hacía nada! ¡No lo podía creer! Luego los mismos tipos agarraban a mi madre, le hacen cortar el pelo..., no, se lo cortan, unos la sostienen y otros le cortan el pelo con una tijera, la pinchaban con una tijera. ¡No me hagan nada! gritaba ella. La quemaban con cigarros y de repente no era ella, era como... ¿viste? una servilleta de papel, pero a mi madre como que le dolía igual y ellos decían: —tu hija nos quedó más linda! Y era una servilleta de papel con fórmulas de química, mi madre era la servilleta de papel, ¿entendés? Como cuando quemás una servilleta de papel en un boliche, con el cigarro. Yo miraba por fuera y no me podía despertar.

## **Resumen**

En este trabajo se trata de tender un hilo conductor entre lo social, familiar e individual, de los elementos que, similares a la perversión, sostienen la

estructura de la Anorexia y la Bulimia.

Seducción perversa de una sociedad que repite en eco lo tanático del narcisismo materno. Yo ideal que sustituye el ideal del yo.

Estructura de la perversión que utiliza la desmentida como mecanismo defensivo y presenta una actitud de transgresión ante la más primordial de las leyes. Desafío en el goce del dominio del deseo ante el que nosotros claudicamos.

Conflicto arcaico resignificado que se sumerge en los vericuetos del Edipo y la Castración. Angustias narcisistas, angustias femeninas de castración.

Dos sueños que creemos paradigmáticos de esta estructura culminan este periplo.

## **Summary**

This paper intends to thread the links between those social, familial and individual elements that, resembling perversion, sustain the structure for Bulimia and Anorexia.

Perverse seduction of a society that repeats the thanatic aspects of maternal narcissism as an echo. The ideal ego replacing the ego ideal.

The structure of perversion that uses disavowal as a defensive mechanism and presents an attitude of transgression to ward the most essential of all laws. A challenge in the enjoyment of the power of desire to which we surrender.

A resignified archaic conflict that plunges into the rugged paths of Oedipus and Castration. Narcissistic anguishes, feminine anguishes of castration.

Two paradigmatic dreams of this structure culminate this periplus.

Descriptores: ANOREXIA / BULIMIA / ENVIDIA / CUERPO /  
TRANSGRESIÓN / ANGUSTIA DE CASTRACIÓN /  
ANIQUILAMIENTO / DESMENTIDA / MATERIAL CLÍNICO

## **Bibliografía**

- 1. Aulagner Spairani P, Clavrcul J, Perrier F.** (1968) El deseo y la perversión. Bs. As:Ed Sudamericana.
- 2. Bagattini C.** (1989) Entre el placer de un vínculo perdido y el fetiche: el pecho– pene. Trabajo presentado en Reunión Científica de la A.P.U. Montevideo, Octubre 1989.
- 3. Bagattini C.** (1990) Algunas consideraciones sobre el fetichismo y la neurosis a partir de la obra de Freud. Trabajo presentado en XVII Congreso de FEPAL, Río de Janeiro (Brasil), Setiembre 1990
- 4. Bagattini C.** (1993) En los límites entre la perversión y la neurosis. VIII Jornadas Científicas Abiertas de A.P.U. “La Neurosis Hoy” Montevideo, Agosto 1993. Montevideo: Comisión de Publicaciones de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (A.P.U.): pp 329–38.5.
- 5. Bagattini C.** (1994) María De Los Ángeles: un caso de anorexia nerviosa. Trabajo presentado en Jornada Científica de APU al Profesor Otto Kernberg. Montevideo: Noviembre, 1994.
- 6. Bagattini C.** (1995) Cuerpo, tiempo y recuerdos en la anorexia nerviosa. IX Jornadas Científicas Abiertas de APU. “Lo arcaico, temporalidad e historización”. Montevideo, **setiembre 1995. Montevideo: Comisión de Publicaciones de APU: 351–357.**
- 7. Bagattini C.** La paciente anoréxica en riesgo de vida. Perspectivas terapéuticas en los trastornos de la alimentación. Jornadas Científicas de APPIA con la Dra. Katherine Halmi, Octubre, 1996.
- 8. Baudrillard J.** (1989) De la seducción. Madrid: Ed. Cátedra.
- 9. Brusset B.** (1993) Anorexia y bulimia. Zona Erógena (Revista Abierta de Psicoanálisis y Pensamiento Contemporáneo) 27: Diciembre, Bs. As.
- 10. Brusset B,** (1992) Conclusiones terapéuticas sobre bulimia n/A

Psicoanálisis con niños y adolescentes (Bs. As.) 5:76–86

- 11. Casas de Pereda M.** Lo femenino en lo maternal. Función de un enigma. En: Lemlij M. (eds). Mujeres por Mujeres. Biblioteca Peruana de Psicoanálisis 1994.
- 12. Freud S.** (1927) Fetichismo. En: Freud S. (ed) Obras completas (T XXI). Bs. As: Ed Amorrortu, 1976: pp 143–52.
- 13. Gil D.** (1989) La Castración. En: Gil D, Porras L. (eds) La Castración: Freud, Klein, **Lacan. Montevideo: Eppal.**
- 14. Jeammet P.** (1992) Las conductas bulímicas como modalidad de acomodamiento de las disregulaciones narcisistas y objetales. n/A Psicoanálisis con niños y adolescentes 5: 44–63.
- 15. Jeammet P.** (1990) Anorexia Nerviosa. Conferencia dictada en la Cátedra de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Facultad de Medicina. Hospital Pereira Rossell, Noviembre Montevideo.
- 16. Jeammet P, Brechon G.** Le devenir de l’anorexie mentale: une etude prospective de 129 patients evalues au moins 4 ans apres lcur premiere admission. Psychiatrie de l’enfant, XXXIV, 2, 1991, pp. 381–442
- 17. Jeammet P.** Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires a l’adolescence. Valeur heuristique du concept de dependance. En: Confrontations Psychiatriques, N°. 31, 1989.
- 18. Jeammet P.** Le defi therapeutique de l’anorexie mentale. Service de Psychiatric de l’adolescent et du jeune adulte. Hospital international de l’Universitc de Paris, Schweiz Med Wochenschr (Switzerland), Jan 25, 1992, 122 (4), p. 94–101.
- 19. Jeammet P.** Psicopatología de la Anorexia Nerviosa, Conferencia realizada en el Servicio de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Facultad de Medicina, Montevideo, 1992.
- 20. Jeammet P.** Anorexia y Bulimia. En: Zona Erógena. Bs. As, No. 18, 1994.
- 21. Jeammet P.** El abordaje psicoanalítico. En: Anorexia, Violencia,

Holocausto. N/A (Rev. de Psic. de Niños y Adolescentes). Bs. As., N° 6, 1994.

**22. Mc. Dougall J.** (1986) Identificación, neonecesidad y neosexualidad. Rev. de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) 5: 43–54

**23. Meltzer D.** (1984) Exploración del autismo. Bs. As.: Ed Paidós

**24. Sami Ali M.** (1979) Cuerpo y tiempo. En: Sami Ali M (ed) Cuerpo real, cuerpo imaginario. Bs. As.: Ed Paidós.

**25. Winnicott D.** (1972) Realidad y Juego. Bs. As. De. Granica.



Con Mirta Goldstein  
Psicoanálisis y posmodernidad

*Reportaje de Juan Carlos Capo*

En las ajetreadas horas del Congreso de Monterrey, nos hicimos un espacio para conocer de primera mano las ideas de Mirta Goldstein, miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina, que se apresta a desarrollar sus ideas en un seminario de Universidad de Buenos Aires sobre lo que ella denomina “Psicoanálisis complejo”: una posible articulación de la episteme analítica y los pensamientos derivados de la “nueva alianza científica” que propone la teoría física de Prygogine y la filosofía de Alain Badiou.

J.C.C.: ¿En qué consiste lo que llamás “Psicoanálisis complejo”?

M.G.: Intenta una aproximación entre la materialidad física y la humana, una posible articulación de la episteme analítica y los pensamientos derivados de la “nueva alianza” que propone la teoría física de Prygogine y la filosofía de Alain Badiou. El existencialismo impregnó el psicoanálisis en recientes años, sobre todo el existencialismo derivado de “Fenomenología de la percepción” de Maurice Merleau Ponty. Con todo el valor que el mismo significó (y aún conserva) como texto valioso que no se puede desconocer, Merleau Ponty no deja de proponer una ontologización del psicoanálisis: el ser en situación.

J.C.C.: ¿Que papel juega la cultura posmoderna en este intento tuyo?

M.G.: Implica pensar el psicoanálisis como teoría nacida en la modernidad. Entiendo mi tarea en un sentido de extensión del psicoanálisis al pensamiento posmoderno. La palabra “posmoderno” se toma, en forma bastante frecuente, en sentido peyorativo. Se explica que muchos puedan hacerlo desde una

modernidad que se añora y encuadran el pensamiento posmoderno como algo recusable. Propongo encarar la posmodernidad como aquella actitud que está dispuesta a abrirse a algo nuevo, diferente, y que como psicoanalistas no nos debemos excluir.

J.C.C.: ¿Por ejemplo?

M.G.: Primero, hay dos cosas que a los psicoanalistas nos cuesta incluir: una es la noción de “irreversibilidad”, irreversibilidad que provoca una ruptura en el pensamiento dialéctico, pensamiento que es el que habitualmente manejamos. Así la reparación kleiniana es un ejemplo de reversibilidad y pienso que quienes la sustentan les costaría admitir esta perspectiva desde la que hablo.

Segundo, lo *uno* ya no es más *uno*, sino que es *múltiple*. Por ejemplo: romper con la idea de “Aparato psíquico cerrado”, romper la idea de Sujeto como Unidad y como algo totalmente determinado.

J.C.C.: El pensamiento dialéctico que decís que está en nuestros parámetros psicoanalíticos habituales, ¿qué afluentes reconoces en ellos?

M.G.: La idea de conflicto psíquico en la que se basa Freud, es dialéctica.

J.C.C.: ¿Planteás mantenerla, superándola, quizás a la manera de una *aufhebung* de vertiente hegeliana?

M.G.: Sí, mantenerla clínica del Edipo, del fantasma y además incluir lo que llamo “la dirección irreversible de cura”.

J.C.C.: ¿Podrías extenderte más sobre esto? ¿Qué consecuencias clínicas tiene?

M.G.: Por un lado, romper la noción de finalidad y totalidad. Entonces, primero: no hay una única noción de cura, no hay una única dirección de cura; no hay una cura que se alcance por “progreso” y que se llegue a una finalidad última, y por lo mismo, no hay una cura “completa”. Para decir esto me sirve como referencia la posición referida, en otro contexto, a la mujer, en que Lacan usa la expresión “no-toda”. La extraigo de ahí y la pongo aquí, porque entiendo que trasciende a la diferencia de sexos. En los fundamentos de la misma se

articula infinito e imposible, preciso es hacerlo más extendido y no ubicarla sólo en lo que atañe a la posición femenina. La consecuencia clínica es que no hay “*un*” final de análisis, sino que hay (unos) “finales de análisis”, es decir: multiplicidad y singularidad.

J.C.C.: ¿Qué quiere decir articular infinito e imposible?

M.G.: Cuando creo alcanzar un fin, una finalidad, eso mismo se me aparece como un punto de imposibilidad, siempre aparece ahí algo. Ese algo que aparece abierto... A partir de Cantor, escribimos y operamos con lo infinito. El infinito se escribe y se articula con lo posible, dejando un PLUS, un resto de imposibilidad. El imposible que se discierne a partir de Cantor *es* un imposible real, que organiza el pensamiento: el infinito es un organizador real.

J.C.C.: ¿Cómo se junta con lo que enuncia Lacan a propósito de una significación que remite a otra significación?

M.G.: Eso está más dentro de la dialéctica, de la metáfora, pero en la clínica, lo que estoy tratando de decir estaría más del lado de la tolerancia a la incertidumbre, a la contingencia y al azar impredecible.

J.C.C.: En la clínica nos topamos con el impasse, con la imposibilidad.

M.G.: Si tenemos en cuenta o tomamos como punto de partida “Análisis terminable e interminable”, ya ahí tenemos un punto de comienzo, un punto de referencia de esto que estoy tratando de decir.

Y de los otros temas que busco trabajar, hay otros dos: uno más polémico que el otro: el tema de lo histórico y *lo ahistórico*. *En esto podemos* pensar, desde la reversibilidad, lo histórico como algo posible de historizarse, por ejemplo, hacer consciente lo inconsciente, por ejemplo la historización que implica pensar una historia perdida que se reconstruye a la manera de restos arqueológicos. Pero hay otra manera de pensar lo histórico en relación no ya solamente al pasado sino a una futuridad abierta que es la del *acontecimiento* impredecible. Y el pasado entendido como los acontecimientos de bifurcación, ruptura y multiplicación, por ejemplo de lo inconsciente.

J.C.C.: ¿Incluí la noción de “acontecimiento”?

M.G.: Incluyo la contingencia del acontecimiento. Y que algo de lo imposible se haga posible, no sólo en su eclosión, sino también en una superación posible a pensar, a no descartar. Esto puede abarcar muchas y diversas cosas, incluso algunas de ellas incongruentes y paradójales, pero no creo en la dialéctica y en la contradicción, pilar de esta última. Considero que hay que trabajar con la “lógica paradójal”, la paradoja como una de las vertientes de la lógica.

J.C.C.: ¿Tus desarrollos cambian la noción de inconsciente que habitualmente manejamos? manejamos?

M.G.: Sí y no...Creo que la noción de “formaciones del inconsciente”, donde aparece la palabra “formación” como algo del orden de “*lo formático*”, de lo que tendría una forma cerrada, le agrego un nuevo paradigma, el de un inconsciente “*informático*”, que no es por alusión a la informática (aunque la incluye), sino a lo que no tiene forma, no tiene cierre, queda abierto...

J.C.C.: Ahí hacés un manejo paradójal.

M.G.: Por un lado digo que el inconsciente es “*informático*”, pero no es comunicacional, y por otro lado digo que las formaciones de lo inconsciente, que son interpretables porque son metafóricas y sobredeterminadas, por ejemplo, el síntoma, las incluyo en mis parámetros, pero, agrego por ejemplo, el síntoma, las incluyo en mis parámetros, pero, agrego la posibilidad de pensar un acontecimiento inconsciente, (dentro de la dirección de cura): a-lógico, a-histórico, y autoformado. Esto es lo que sustenta la idea de invento y creación en psicoanálisis.

J.C.C.: ¿Y lo de autoformado?

M.G.: Tiene que ver con los “sistemas disipativos abiertos”, noción de extracción prygogiana, de pensar en una autoformación, por puro azar. O sea, mi idea es que tenemos que pensar dos inconscientes: primero, el inconsciente sistémico y formático y segundo, un inconsciente turbulento, autoformático, no sistémico ligado a lo desabonado de lo inconsciente, que Lacan trabaja en los

seminarios *Le synthome* y *L'insu*...

J.C.C.: Esto entra en colisión con Freud, con Lacan...

M.G.: No, esto sirve para dividir la obra de Lacan en dos períodos. Los primeros veinte años de su enseñanza, ligados a la dialéctica, y en donde se entendía un azar aprehensible en la repetición —sería el juego de par— impar, en última instancia determinable e insertable en el orden simbólico- y un último período de su obra, los últimos cinco años de sus seminarios, 1975–80, antes de morir, en que trabajó con la teoría de la turbulencia, la topología de los nudos, también llamada escritura nodal, y más precisamente la del cuarto nudo, donde se encuentra un punto de inflexión más, por si pocos hubiera..., en la topología lacaniana.

Quiero agregar que para mí lo más importante es la clínica. Todos los desvíos que hago por los diferentes discursos son, a mi gusto, para romper con ¡os prejuicios psicoanalíticos que provienen de la modernidad y el estructuralismo: estabilidad, normalidad y causalidad lineal.

En el seminario RSI de 1975, Lacan habló de una cadena borromea de tres. A partir de ahí, en el seminario “*L'insu que sait de l'une bévue s'aile á mourre*”(t), de 1976, dice que los tres nudos, los tres registros R,I, y 8 están superpuestos y en la clínica “el cuarto nudo” que a los otros nudos atraviesa y vuelve borromeos.

**Palabras para Enrique Probst**  
**con motivo de su culminación como**  
**Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica**

*Angel M. Ginés\**

La oportunidad invita a ser elocuente y afectuoso, y si es posible breve. ¡Ojalá fuese poeta por quince minutos!

El reciente 28 de noviembre de 1996, cumpleaños de Enrique Probst Dinerstein, queda señalado por la norma universitaria que prescribe que sus responsabilidades como Profesor Director han llegado al límite previsto. Así sucederá con Esteban Gaspar el próximo año y así hubiera sucedido con Hugo Trenchi si la muerte no le hubiese detenido; también se acogerá al retiro del Hospital de Clínicas, la enfermera Irene Castels, mujer de todas las tareas. Me agrada mencionar de entrada junto a Enrique a esos tres entrañables compañeros de años complicados y fértiles.

Todo límite mueve sentimientos tristes, aún cuando estos límites resulten razonables. Esta norma es inteligente y, más aún, generosa con quienes aportamos lo mejor de nosotros a la vida universitaria.

Una insensata enfermedad de fin de siglo, en las antípodas del verso de la bossa nova, quiere el exilio de los límites y de la tristeza y la eternidad del goce... filosofía superficial que bien mirada sólo trasluce ambiciones de poder, éxito, juventud eterna.

Cuando ya el cumpleaños se nos venía con todos estos sentimientos encima, alguien soñó lo siguiente: “Este salón con todo pronto estaba vacío, pasaba el

---

\* . Miembro Asociado APU. Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Clemente Estable 3316. CP 11.600. Montevideo, Uruguay.

tiempo sin que nadie acudiera; estaba sólo Enrique; (luego de una pausa onírica, de esas que no tienen puntuación gramatical) Enrique está muy inquieto y con fastidio le dice: ¡y Ginés dónde está... debe andar con esas planillas!”.

Convocados estos sentimientos y estos fantasmas propios de la circunstancia, las buenas razones nos indican que Enrique Probst cumple 65 años en la plenitud de sus cualidades de persona amable, generosa y creativa. Una madura satisfacción debe florecer en su ánimo para regocijo de sus dos familias: la que construye con su esposa Ofelia y su hijo Guillermo, y la que construye con nosotros en esta insólita aventura universitaria, tan a contrapelo de las modas de este tiempo, de desarrollar la educación, la asistencia y la investigación en los espacios públicos, hoy deliberadamente constreñidos en nombre de la modernización.

Once años al frente de la Clínica Psiquiátrica. ¡Qué once años!

A partir de la apertura democrática este espacio universitario ha transitado transformaciones profundas que constituyen el período de cambios de mayor densidad y rapidez desde su nacimiento en 1908. Obviaré los fundamentos de tan rotunda afirmación, que por otra parte ha sido documentada y apoyada en el cálculo de miles de planillas como las mentadas en el sueño. Estos notables cambios fueron facilitados y estimulados por la Facultad, y en especial por tres destacadas personalidades que pueden citarse en cualquier orden, Pablo Carlevaro, Carlos Mendilaharsu y Juan Carlos Rey.

Estas transformaciones imponen soluciones de continuidad en relación con la Clínica Psiquiátrica histórica y la perspectiva altamente probable —aún a corto plazo— de nuestras discontinuidades en relación a la situación actual. Trenchi, Probst, Gaspar y quien esto dice fuimos formados en condiciones muy diferentes a aquellas en las que hoy se forman las nuevas generaciones. Nuestra situación ha sido la de aprendices de brujo, que puedo asegurarles que es bastante incómoda.

En este desafío ante los jóvenes viene al metro paraversear a Alfredo Zi-

tarrosa: Podemos ayudarles a volar pero no podremos seguirles el vuelo.

Estas rupturas también incluyen continuidades. Tengo la convicción de que en estos importantes cambios honramos lo mejor de la Clínica histórica, de los cuadros docentes encabezados por Bernardo Etchepare, Santín Carlos Rossi, Antonio Sicco, Elio García Austt, Fortunato Ramírez, Juan Carlos Rey y Héctor Puppo Touriz que precedieran a Enrique Probst.

Aprendimos en José Martí que para valorar a una personalidad que en algún sentido puede ser referencia identificatoria, es menester evitar la idealización; Martí, en sus relatos para niños, al describir a los héroes de América dice aproximadamente lo siguiente: esos hombres eran como soles y como el sol tenían sus sombras, y agregaba además, la gente buena recuerda su luz, la gente mala ve sólo sus sombras.

Las realizaciones de este período han tenido un fuerte carácter colectivo; esa condición hace difícil indicar qué puso cada quién; pero no eludiré la tarea de discutir los aportes de Probst —cada cual hará su propio balance— comenzando por señalar que esta primera dificultad es la primera virtud: haber conducido a la Clínica de una situación enrarecida por las tensiones, enseguida de la derrota de la dictadura y de la intervención de la Universidad, a un colectivo que fue afianzando sus cualidades habitables y propicias para las tareas universitarias.

De las luces encendidas, que harán de Probst una buena estrella, quiero destacar algunas: el empleo en profundidad de los procedimientos democráticos que generó un espacio amigable y creativo; una Clínica sin muros; la cooperación permanente, en el espíritu del Programa Nacional de Salud Mental, con el M.S.P. y ASSE; la descentralización del servicio y su reestructuración en red en la asistencia pública de Montevideo; la apertura de una sala de internación en un hospital general, aspiración de décadas de la psiquiatría nacional; el desarrollo de nuevas modalidades asistenciales para personas con graves trastornos mentales, innovaciones que permitirán superar en un futuro no lejano el modelo llamado “asilar”; la construcción del primer programa de



psicoterapias y enfoques psicosociales —consolidado— en los servicios públicos de salud; la creación de la Residencia Médica en psiquiatría, herramienta formidable para la reestructuración del servicio y para la formación del recurso humano; la transformación radical de la enseñanza de psiquiatría en el pregrado y el comienzo de la superación del desarrollo separado de la psiquiatría en relación a la medicina; la introducción de la evaluación sistemática y de controles de calidad, así como la concepción de un proyecto para el desarrollo de la investigación que está en sus comienzos.

De las sombras proyectadas sobre su persona sólo tomaré una que es trascendente para cualquiera de nosotros y en especial para los jóvenes.

Donde los troyanos vieron al psicoanalista camuflado, los tirios vieron al psiquiatra converso. La psiquiatría y la medicina han de ser a la medida de la gente. Desde el ácido desoxirribonucleico hasta la filosofía y la religión todo queda incluido, renovándose en un nivel superior la certera afirmación del maestro latino de que nada de lo humano nos es ajeno. En la aceleración científico técnica la velocidad se devora al tiempo y en el mercado capitalista contemporáneo las especialidades médicas casi que se devoran entre sí. La tendencia a la fragmentación en medicina y psiquiatría es muy fuerte; cada quien debe reconstruirse resolviendo esta complicada ecuación. La flexibilidad y la capacidad de cambios le permitieron a Probst encontrar la suya. Más de una vez discutimos esta cuestión y él decía “¿qué camiseta me pongo? ¿o me pongo las dos, una arriba de la otra?”.., hasta que en estas tensiones llegamos a la camiseta universitaria, que incluye en su raíz la universalidad: plural, abierta y sin fronteras.

Nadie es por sí mismo. Levantemos por un momento el telón de la razón compartida y permitamos que la memoria de los orígenes, que es un milagro del pensamiento alucinatorio se abra paso. Y caminará entre nosotros, por las calles en madreselva de los años veinte y hasta la Fábrica Nacional de Cerveza una obrera jovencita y tucumana cuyas raíces arrancan en Rusia y Ucrania: es

Paulina Dinerstein. Y en el tranvía al Cerro el empleado del Frigorífico, el joven bachiller polaco Sigmund —acriollado— Segismundo, hombre culto y de aventura, que eligió el Uruguay por el fútbol que vio en Colombres; lo vemos jugando con la aurinegra, haciendo ciclismo y lucha. O solidario en la huelga del Frigorífico que se perdió, y así se perdió el trabajo. O presidiendo el club deportivo. Una vez me dijo Probst “mi padre no tenía ambiciones económicas; ni usaba traje”. También me contó que fue el primero que le habló de Freud; que le hizo escuchar, en tiempos de la guerra, la Sinfonía de Shostakovich donde se conciertan el arte y la lucha contra la opresión. O cuando luego del despido lo acompañaba tempranito al Mercado Agrícola para aprevisionar el puesto que puso en Punta Carretas. Enrique hizo sus primeras comuniones con otros niños en la Escuela 64 de la Aguada y en la Escuela Grecia, luego renovó comuniones en el Zorrilla, el JAVA, la Facultad de Medicina, la Clínica madrileña de López Ibor, la Asociación Psicoanalítica; le oí decir con reconocimiento “si la enseñanza no hubiese sido gratuita yo no hubiera llegado aquí”. Cuando Enrique comenzó la escuela los abuelos paternos que extrañaban Polonia se volvieron a Lodz; el camino del amor a la tierra natal terminó para la abuela en Auschwitz, entre las brumas de flores caquéticas disipada en un humo de multitudes.

Pero miremos ahora hacia adelante. Enrique Probst en la madura plenitud de su personalidad seguirá aportando a la Clínica ya la Universidad por este sendero transformador que tanto ha hecho por gestar. Y los más jóvenes, pero también los más veteranos, seguiremos creciendo en esos encuentros humanos que son sus entrevistas con los vecinos que se arriman a nuestros servicios de salud —y que impropriamente llamamos clases clínicas— porque si incluyen arte, técnica y ciencia ellas quedan por completo al servicio de la más alta calidad vincular y solidaria; y el vecino en busca de alivio no obtendrá todas las soluciones pero al menos abrirá una rendija a la esperanza y el alumno no encontrará todas las respuestas pero multiplicará sus preguntas. Nosotros no

curamos. Y esto es hoy difícil de comprender en la omnipotente embriaguez tecnológica de la medicina actual; algo que era tan sencillo para el innovador cirujano Ambroise Paré en el siglo XVI: “Yo lo vendé, Dios lo curó”. Nosotros vendamos con muy eficaces procedimientos biológicos, psicoterapéuticos y psicosociales en cuya médula está la calidad del vínculo; ellos en general mejoran y a veces se curan.

Y Probst seguirá aportando desde un grupo de trabajo filosófico y ético, como ya lo ha hecho, solitario en estos años, en muchos ensayos recogidos en dos tomos. Necesitamos de esta reflexión como el pan, en este período de fin de siglo donde al decir del historiador británico Erik Hosbsbawm la humanidad transita sin rumbo. Etica que sea conducta, como le gusta a Enrique. Podría relatar varias pero me quedaré con una. Probst tendrá como única jubilación asalariada la que deriva de esta tarea docente que hoy celebramos. ¿De cuántos docentes de los 1.700 que tiene la Facultad o de cuántos de los diez mil integrantes del cuerpo médico nacional se podrá decir lo mismo?

Enrique Probst será una luz en esa tropilla de baqueanos que nos anticipan en buscar los nuevos rumbos, que trabajan en la Clínica Psiquiátrica por amor al arte y a la gente, de garra vareliana —por Obdulio y Jose Pedro— donde por felicidad se cuentan decenas, que representaré en Daniel Murguía -“alta la testa y el ojo avisor”-, en Humberto Casarotti y en Fanny Schkolnik.

Dije estas cosas para nosotros y para Enrique, anticipando en veinte días la noche buena del 96. Para que estas palabras le acompañen, cuando a pretexto de jugar al golf, se deslice como un niño por la falda del Cerro de Montevideo.

¡Larga y fértil vida a Enrique Probst y a *sus* dos familias!

Montevideo, 4 de diciembre de 1996.

La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el  
camino de la calificación permanente

*Ángel M. Ginés\**

La difusión de este Proyecto de Desarrollo de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, y de las reflexiones que la fundamentan, tiene por objetivo estimular las opiniones, las iniciativas y el ánimo creativo de usuarios, trabajadores, técnicos, administrativos, estudiantes, residentes, posgrados y docentes que transitan por esta insólita aventura de construir día a día un servicio público de enseñanza, asistencia e investigación muchas veces a contracorriente de las modas de este tiempo.

Montevideo, 7 de noviembre de 1996

### **Panorama general**

A partir de la apertura democrática, y estimulada por ella, la Clínica Psiquiátrica ha transitado por un conjunto de transformaciones profundas que, en mi opinión, constituyen el período de cambios de mayor densidad y rapidez de este espacio universitario desde su nacimiento en la primera década del siglo.

Debemos señalar de entrada algunas características de estos cambios: fuerte interacción con procesos sociales, científico—técnicos, políticos y culturales del período contemporáneo; destacado carácter colectivo; y finalmente —pero del mayor interés— estos cambios no parecen apuntar a una situación estable sino

---

\*. Miembro Asociado APU. Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Clemente Estable 3316. GP 11.600. Montevideo, Uruguay.

que su curso tiende a un estado de transformaciones permanentes. Quienes hemos participado de la actividad de la Clínica en estos años, nos hemos sorprendido, año a año, con modificaciones, innovaciones, nuevos problemas y horizontes que a veces resultan difíciles de comprender, procesar y adaptarse a ellos.

Este movimiento impone, desde luego, soluciones de continuidad en relación con nuestra Clínica histórica y, hacia el futuro, la perspectiva altamente probable —aun a corto plazo— de nuevas discontinuidades en relación al estado actual. Es destacable el efecto de estas circunstancias sobre la formación de los recursos humanos: actualmente sólo el Profesor Director, otro compañero Profesor Agregado y quien esto escribe fuimos formados en los marcos de la Clínica histórica; la casi totalidad del cuerpo docente, los estudiantes de pregrado, los residentes y posgrados, los técnicos de diversas vertientes y los administrativos se han formado y se forman en estas nuevas condiciones.

Dicho lo anterior debe destacarse también que existen nítidos cauces de continuidad entre el quehacer, las propuestas y las aspiraciones de la Clínica histórica y las transformaciones del presente.

En efecto, nacida de la fértil convergencia del Hospital Vilardebó y la Facultad de Medicina en 1908, la Clínica Psiquiátrica resultó la raíz común de la actividad y el pensamiento psiquiátrico nacional a la que se suma luego, siendo de ese origen, la Sociedad de Psiquiatría en 1932.

Durante su desarrollo histórico la Clínica estuvo abierta y fue sensible, en grado variable, al impacto de diversos cuestionamientos y alternativas; así, próximos a cruzar la mitad del siglo recibe el impacto de la asimilación del psicoanálisis a nuestro medio, que generado en ése ámbito, desarrolla luego un sólido perfil con una relación de encuentros y desencuentros con la escuela psiquiátrica; así, la marcan también otros múltiples impactos: el desarrollo de diversas corrientes psicopatológicas y psicoterapéuticas; el desarrollo acelerado de las neurociencias, comenzando por la neuropsicofarmacología, la

neurofisiología y la neuropsicología —todas ellas de excelente desarrollo en nuestra Facultad—; el impacto sobre el quehacer clínico de la epidemiología, la genética y la imagenología en el campo de los trastornos mentales; la incorporación de modelos algorítmicos consensuados y de criterios multiaxiales a los sistemas clasificatorios; los durísimos cuestionamientos a nivel internacional de la “antipsiquiatría”, las siempre perentorias demandas de cambios en el modelo asistencial —dicho “asilar” o “manicomial”—; los acuerdos para la reestructuración de los hospitales psiquiátricos, con énfasis en la internación breve, la atención primaria, la participación de la familia del paciente y la comunidad, los programas de rehabilitación, etc. En estas aguas removidas, contradictorias, con cuestionamientos a veces crispados y seductoras propuestas alternativas, la Clínica Psiquiátrica —la histórica y la del presente— ni se fragmentó ni tomó por el atajo del desarrollo unilateral. Algunas cualidades destacables parecen explicarlo: la firme relación con la actividad clínica —en la que el paciente y la comunidad constituyen el objetivo prioritario— y una actitud epistemológica abierta, flexible y equilibrada. D.L. Murguía y A. Soiza Larrosa indicaban con justeza en 1987: “Debemos señalar que estas posiciones aparentemente opuestas y aún contradictorias no lo son (se referían, para generalizar, a los caminos del pensamiento del Profesor Elio García Austt, 1888–1954, que incursionaba ya por la senda biológica y organicista, ya por la psicológica y psicoanalítica, ya por la social y filosófica); se trata mas bien de posturas que *señalan una plasticidad que contrasta con la rigidez del falso cienticismo; tales posiciones son comunes en el pensamiento psiquiátrico uruguayo* y más que señalar contradicciones o debilidades conceptuales, *constituyen la expresión de una originalidad con base clínica*, que acepta postulados diferentes, aplicables cada uno de ellos, a la mejor comprensión de las situaciones clínicas singulares. Fue precisamente en Sicco y García Austt que se inició ese movimiento integracionista que -siguió hasta el presente el pensamiento de la escuela uruguaya de psiquiatría” (subrayado por

mí).

Vistas algunas virtudes veamos también algunos defectos. Empeñados en una experiencia de cambios en el espacio universitario, la autocrítica parece una brújula indispensable; mirar nuestra imagen puede resultar como a Narciso o como a Dorian Gray. J.P. Barrán nos ofrece ampliamente la posibilidad de mirarnos. Tengo la impresión de que en general a los médicos ese retrato no ha gustado; pero sea fiel -o sesgado, sería necio no confrontarse con esa imagen. La construcción -de la medicina nacional— y la psiquiatría— y su interacción con el período del “disciplinamiento” resulta un punto de partida fuerte para la reflexión; la elevación de la salud a valor absoluto y supremo de esa cultura, el nacimiento y desarrollo del poder médico y la medicalización de la sociedad merecen la mayor atención en relación al presente y futuro de nuestro quehacer.

Un segundo problema —bien complicado— tiene que ver con los cambios que impone a los sistemas de salud y al sistema educativo el desarrollo político, económico-social y científico-técnico de las últimas décadas. Este desarrollo supone una insoslayable inflexión de la cultura en nuestra sociedad, en la región y en la humanidad, que denominamos de múltiples modos: sociedad o cultura posindustrial, posmoderna, capitalismo tardío, economía de mercado. En esta nueva situación emergen un abanico de contradicciones múltiples y entrelazadas: globalización vs fragmentación y marginación creciente; democratización vs concentración rápida de riquezas y privilegios; internacionalización vs aumento de la distancia abismal entre norte y sur; desarrollo acelerado de la ciencia y la tecnología vs disipación y aún regresión de otros instrumentos y valores fundamentales de la cultura; avance científico-técnico en las condiciones de una economía de mercado tal, que el efecto liberador del conocimiento resulta a la vez fuertemente condicionado por los intereses y los dictados de quienes tienen ventajas que le permiten controlar el mercado; elevación de la omnipotencia y el egocentrismo —“cultura del narcisismo”— con retroceso de las cualidades vinculares colectivas y solidarias.

En las condiciones de este nuevo escenario —cuya comprensión es crucial para cualquier proyecto universitario— el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) realiza algunas precisiones bien pertinentes que tienen, además, el valor de la representatividad de las Facultades y Escuelas de Medicina asociadas en ALAFEM y FEPAFEM. En la “Declaración de Uruguay” señalan “que las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del Continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de forma a promover con equidad, mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones

“el médico y el equipo de salud viene adoptando formas de ejercicios profesionales subordinados a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la formación, ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales”, “la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos”. Expresan, además, “un compromiso de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones”, convocan a “la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos”, demandan la “movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales



favoreciendo la cobertura universal y justicia social”.

### **Análisis de situación I (Asistencia Pública)**

Doce años atrás un entusiasta movimiento en salud mental echaba a andar —y mas allá de sus peripecias— logró plasmar, desprolijamente pero con amplia participación, sus utopías originarias en el Programa Nacional de Salud Mental aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1986. Esas aspiraciones tuvieron en los años sucesivos una trayectoria complicada con progresos e involuciones, momentos de amplia participación y de franco estrechamiento. Aun así, se pueden comprobar avances notorios respecto de la situación en 1985; *estos* avances, aunque parciales y limitados, aportan en los lineamientos del Programa y suponen importantes puntos de apoyo.

Para describir resumidamente los logros obtenidos debe señalarse, previamente, que a los efectos de avanzar en los lineamientos del Programa, la Comisión Mixta MSP–Facultad de Medicina había concebido en 1987 tres direcciones principales de trabajo cuyos desarrollos debían ser simultáneos ya que estaban ampliamente interconectados.

- a) *La primera dirección de trabajo:* los programas de promoción, prevención y asistencia primaria en la comunidad y con activa participación de ésta.
- b) *La segunda dirección de trabajo:* la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales.
- c) *La tercera dirección de trabajo:* el desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis, y en general trastornos mentales invalidantes, y, la reestructuración de los hospitales psiquiátricos y de las colonias de alienados.

En estas tres direcciones de trabajo —esbozadas en 1987 en sendos documentos se comprueban transformaciones en proceso de gestación y

consolidación que incluyen un conjunto de acciones, programas y proyectos inexistentes en la época de la aprobación del Programa.

Así, por ejemplo, en la primera dirección de trabajo —en la comunidad— se realizaron acciones de promoción, prevención y asistencia primaria con puntos de apoyo en nueve Centros de Salud del MSP y en centros comunitarios y de enseñanza. En seis de ellos realizó sus tareas el sector de Docencia en la Comunidad de la Facultad de Medicina —que incluye un equipo de Salud Mental—. Debe subrayarse que estas actividades tenían escasos antecedentes en nuestro medio y que ellas permitieron recoger una interesante experiencia de aciertos y errores; como resultado de todo ello debe destacarse la concepción y puesta en marcha del Programa APEX–Cerro.

En la segunda dirección de trabajo se comprueba un buen desarrollo de las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales. Estas unidades comenzaron a funcionar en marzo de 1989 y actualmente operan en todos los hospitales públicos de Montevideo. Sus funciones, recursos terapéuticos, zona de influencia, etc, están explicitados en la guía Red de Servicios de Salud Mental Coordinados y Complementados para el Departamento de Montevideo”, publicación del Ministerio de Salud Pública, Patronato de Psicópatas y Facultad de Medicina Estas Unidades asisten las consultas de los servicios de emergencia, las interconsultas de las salas de internación y policlínicas y operan una policlínica especializada y, aunque está previsto, no han logrado una adecuada interacción con los Centros de Salud. Han mostrado buena capacidad de iniciativa destacándose cada una de ellas con perfiles propios; así, en el Hospital Maciel la unidad opera una sala de internación desde 1989, que además de su valor funcional tiene la trascendencia de haber obtenido por primera vez el ingreso de pacientes psiquiátricos a una sala especializada en un hospital general de Montevideo, aspiración de décadas y que en otros Departamentos del país es un hecho desde los años setenta; la del Hospital Pasteur se ha destacado por su interacción con los demás servicios del hospital, los cursos de

emergencia para diversos técnicos de la salud y el ensayo de internación de pacientes psiquiátricos en salas generales; en el Hospital de Clínicas la innovación más destacada ha sido la consolidación, por primera vez en nuestro medio, de un Programa de Psicoterapias y abordajes psicosociales en el sector público.

La tercera dirección de trabajo apunta al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y a la reestructura de los hospitales psiquiátricos y de las colonias de alienados. Este sector supone un difícil desafío: tradicionalmente, durante muchas décadas, se ha constituido en una realidad complicada, inaceptable y dolorosa, fuente permanente de malestar para los pacientes, sus familiares, la comunidad y el personal de salud mental. Sobre esa realidad de fondo se observan, en los últimos años, iniciativas y realizaciones que en su continuidad y crecimiento podrían promover modificaciones substanciales. Señalaremos algunos de estos elementos esperanzadores:

- a) Existe una franca tendencia en nuestro país, en los últimos veinticinco años, a la disminución del número de pacientes asilados en las instituciones públicas tradicionales. A fines de 1992 la suma de las personas internadas en las colonias y en los dos hospitales psiquiátricos era de 2.100; esto significa una reducción del orden del 50% respecto del año 1965. No conocemos con seguridad los motivos de esa reducción; puede sostenerse la hipótesis de que esta tendencia resulte de la acción combinada de varios factores: introducción de los neurolépticos, apertura a partir de la década del setenta de la internación de pacientes psiquiátricos en salas generales y especializadas que se fue extendiendo en los hospitales departamentales — atenuando el envío a Montevideo y bloqueando un factor de desinserción familiar y social-, ciertos cambios en la actitud de la familia, la población y los técnicos en relación a los pacientes mentales (19) Pero, aun desconociendo con precisión los motivos, la reducción notable del número

de asilados es un hecho saludable y constituye, además, una disminución de la presión asistencial sobre las colonias y los hospitales psiquiátricos que los ubica en mejor situación para operar sus cambios.

b) Es notorio en los últimos años el incremento de iniciativas para establecer nuevos modelos asistenciales. En los hospitales psiquiátricos, en las colonias y en los hospitales generales —en condiciones generalmente difíciles y con diversos motivos de frustración— se comprueban, con distinto nivel de intensidad y desarrollo y con destacable iniciativa creadora, un variado conjunto de propuestas y realizaciones: acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los internados, desarrollo de actividades culturales y de rehabilitación, acciones y programas de deshospitalización, de asistencia domiciliaria, de centro diurno, grupos de tratamiento psicosocial, de psicoeducación de familiares, etc. Estas actividades han sido comunicadas en diversos eventos nacionales.

c) El tercer elemento a destacar es el efecto esperable sobre este sector de las acciones y programas en la comunidad y en las Unidades de Salud Mental de los hospitales generales ya comentados anteriormente.

En suma, en esta dirección de trabajo es de esperar —en función de la tendencia señalada y si se consolidan las nuevas iniciativas asistenciales— una reducción mayor aún del volumen de este sector, su reestructuración completa y una modificación radical de los modelos asistenciales.

*No se han establecido aún, salvo excepciones, instrumentos sistemáticos de diagnóstico de situación ni de evaluación de los cambios que se están procesando.* Esto impide valorar con precisión las innovaciones que se han incorporado, las modificaciones obtenidas y la opinión de los actores, sean éstos usuarios, familiares, grupos comunitarios o técnicos.

Han existido evaluaciones limitadas e irregulares y de nivel cualitativo. Deben destacarse entre ellas la evaluación realizada en 1990 que dio lugar a las Propuestas Operativas efectuadas por el Decano de la Facultad de Medicina

Profesor Pablo V. Carlevaro, en relación con el desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental; de esas propuestas destacamos: la creación del curso de Terapeuta Ocupacional —recurso técnico indispensable e inexistente en nuestro medio; la creación de la Residencia en Salud Mental, que a la luz del notable aporte que significaron las Residencias en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil, desplegaría su actividad en el nivel comunitario; la creación de la Maestría en Salud Mental; el fortalecimiento de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental; la constitución de una Comisión Honoraria para la lucha por la Salud Mental; la realización de un censo de los recursos humanos en salud mental en el ámbito institucional del estado; la elaboración de un proyecto de previsión de los recursos humanos, materiales y financieros para la operación del Programa. Deben señalarse las evaluaciones realizadas durante la década en oportunidad de las visitas de consultores de OMS–OPS (I. Levav, N. Sartorius, J.M. Bertelote, J. Barembilit, F. Torres y M. López). Debe destacarse, también, la tarea permanente de intercambio realizada por ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) y la Facultad de Medicina que permitió efectuar diversos ajustes y comprobar que los desarrollos obtenidos estaban poco comunicados entre sí, lo que llevó a concebir un sistema abierto de interacciones en el sector público a cuyos efectos se elaboró la guía “Red de Servicios de Salud Mental...” que debía ser evaluada y revisada anualmente. En los últimos años se comprueba un incremento notorio de comunicaciones, que incluyen evaluaciones de servicios y estudios epidemiológicos descriptivos, en las Jornadas Científicas en Psiquiatría que se realizan anualmente; también se percibe un mayor interés en mejorar los sistemas de registro y en promover el entrenamiento en el empleo de los sistemas clasificatorios. De todas maneras en esta cuestión *existe un retraso muy importante en los procedimientos de registro, elaboración de los datos existentes y una carencia casi completa de instrumentos sistemáticos de evaluación.*

*Para el avance del Programa el volumen, la calidad y el compromiso de los recursos humanos resulta tan decisivo como la particularización de la comunidad. En los últimos años se han producido algunos progresos cuantitativos y cualitativos en los recursos humanos del sector público; el Programa de Residencias Médicas en Psiquiatría y Psiquiatría Infantil cuenta en la actualidad con 27 residentes y 3 jefes de residentes y ha ejercido una influencia notoria en la calificación de los jóvenes psiquiatras siendo, además, un punto de apoyo muy importante para las diversas realizaciones que estamos discutiendo; la Facultad de Medicina quintuplicó sus recursos en salud mental, los coordinó en un área específica y diversificó sus cualidades agregando, a psiquiatría y psiquiatría infantil, psicología médica, docencia en comunidad y neuropsicología. Sin embargo, el crecimiento señalado sólo ha permitido incrementar el perfil psiquiátrico y psicológico de los recursos. Las carencias — relativas o absolutas— en otros recursos fundamentales en salud mental son bien notorias y ellas incluyen: enfermería, servicio social, terapeuta ocupacional y otros recursos vinculados a la rehabilitación.*

Si consideramos globalmente la disposición de los recursos humanos del sector público se observa en los últimos años, desde luego que con altibajos, un interés sostenido en participar en la transformación y la extensión de los servicios de salud mental, un incremento del compromiso con las tareas y un clima de iniciativas e innovaciones a pesar de las dificultades y frustraciones. Un elemento a estudiar en profundidad en relación a la disposición y estado de ánimo de los recursos humanos son las condiciones en que realizan su actividad tanto los funcionarios del MSP como los de la Facultad de Medicina. *Las condiciones de contrato no aseguran que los técnicos puedan emplear su capacidad creativa exclusiva o principalmente a estas instituciones; esto resulta un obstáculo de primera importancia para el desarrollo del Programa por lo que es indispensable encontrar caminos de avance en la calidad de las condiciones laborales.*

El Programa incluyó, en la época de su aprobación, además de los lineamientos generales, diversos proyectos específicos en salud mental. En los años posteriores *la problemática de la violencia adquirió una importancia notoria entre las preocupaciones de la población*. Los programas de salud mental deben estar ampliamente implicados en esta cuestión, sin embargo, carecemos de propuestas. Se comprueba un creciente interés por la problemática de los *derechos humanos de la población asistida, por las cuestiones de bioética, de responsabilidad de los técnicos y otros problemas legales y jurídicos que merecen ser considerados*.

Desde 1988 está incorporado a la agenda de la Comisión Mixta MSP–Facultad de Medicina el proyecto de “*Convenio para desarrollar la Complementación Docente Asistencial entre el MSP y la Facultad de Medicina en el área de la Salud Mental*”. El proyecto recoge los lineamientos generales discutidos aquí e incluye, además, una interesante propuesta para la integración de los recursos humanos de ambas instituciones constituyendo una iniciativa trascendente que apunta “al máximo aprovechamiento de los recursos humanos disponibles y a prevenir la duplicación dispendiosa”. Este proyecto fue enriquecido en diversas evaluaciones realizadas por sucesivas administraciones del MSP y la Facultad de Medicina, pero ¡no ha llegado a firmarse!

En 1990 el MSP suscribió la “*Declaración de Caracas*” que ubica a nuestro país en el compromiso de impulsar la reestructuración de la atención psiquiátrica.

### **Análisis de situación II (Actividad universitaria)**

Desde el nacimiento hace doce años del movimiento colectivo en salud mental la Facultad de Medicina tuvo un rol muy destacado. Por eso no debe sorprender que ofrezca la mayor densidad de acontecimientos. Creó y desarrolló el área de salud mental que incluye: neuropsicología, psicología médica, psiquiatría, psiquiatría infantil y los sectores correspondientes de enfermería y tecnología

médica; una comisión coordinadora del área funciona desde 1986 y los plenarios del área, que incluyen a todo el personal, desde 1987; la experiencia recogida en la organización docente asistencial y en la democratización del funcionamiento académico, sirvió de modelo al Consejo de la Facultad para introducir una “Ordenanza para el agrupamiento de los servicios docentes de la Facultad de Medicina en áreas”; cabe destacar que hasta 1989 estuvieron al frente de estas tareas los Profesores Eméritos Carlos Mendilharsu y Juan Carlos Rey, mereciendo el generalizado reconocimiento. La Facultad creó y puso en marcha el Departamento de Psicología Médica, con actividad en todos los hospitales generales de Montevideo, y Neuropsicología. Apuntaló el desarrollo de la Clínica de Psiquiatría Infantil. Reestructuró la Clínica Psiquiátrica que opera desde 1989 en todos los hospitales generales y psiquiátricos de Montevideo. Creó el área de Docencia en la Comunidad y más adelante impulsó el Programa APEX– Cerro incluyendo en ambos el perfil de salud mental. El Hospital de Clínicas elaboró un proyecto de sistema local de salud mental que incluye, entre otros programas en marcha, unidad de hospitalización, hospital de día (comunidad terapéutica) y atención en la comunidad.

En este contexto —discutido desde el primer párrafo— *la Clínica Psiquiátrica ha transitado por un conjunto de transformaciones profundas*. Las más destacables incluyen:

#### *Apertura del servicio*

A una amplia interacción y cooperación con el MSP, ASSE, Patronato de Psicópatas y sus unidades ejecutoras; con otros sectores del área de salud mental y con varios servicios docentes de la Facultad —a través de la interconsulta y la enseñanza de pregrado—; con la Facultad de Psicología, que ha incorporado actividades a las Unidades de Salud Mental; con las sociedades científicas del área.



### *Descentralización*

Hasta 1988 las tareas estuvieron concentradas en el Hospital de Clínicas y en el Hospital Psiquiátrico (Musto). Actualmente la Clínica tiene una estructura en red cumpliendo tareas docente asistenciales en todos los hospitales generales, en el Hospital Vilardebó (desde el cierre del Musto) y actividades periódicas en las Colonias de Alienados. Esta reestructuración se realizó a través de la creación de las Unidades de Salud Mental en los hospitales generales y de programas docente asistenciales en los hospitales psiquiátricos; en estos logros —que son producto de la cooperación con ASSE, sus unidades ejecutoras y la Facultad de Medicina— la Clínica Psiquiátrica y el Programa de Residencias Médicas en Psiquiatría jugaron un rol decisivo. Esta descentralización ha significado, además, un importante incremento de la eficiencia de los recursos docentes disponibles.

### *Transformación radical de la enseñanza de psiquiatría en el pregrado*

Los cambios comienzan a realizarse en 1988 e incluyen la orientación conceptual, el diseño, los procedimientos pedagógicos y la evaluación de la enseñanza. Esta transformación fue impulsada por los cambios globales operados en la Clínica, las pautas del Plan de Estudios de 1968 y el énfasis de la Dirección en priorizar la enseñanza de pregrado.

Esta renovación ha abierto el cauce para superar el creciente malestar, acumulado largo tiempo, respecto de la incomunicación que se fue estableciendo entre la Clínica Psiquiátrica y los diversos servicios docentes asistenciales de la Facultad. El desarrollo separado de la psiquiatría no ha sido una singularidad de nuestro medio sino que ha configurado una tendencia internacional cuyas motivaciones son diversas. Esta separación se reflejó en el pregrado durante décadas: el curso consistía en una apretada síntesis de la especialidad, durante dos semanas e impartido masivamente, con un examen final teórico y en general alejado del curso.

En el nuevo diseño se enfatizó la incorporación en la formación de los estudiantes de herramientas básicas de encuentro, semiología y clínica, con aportes de conocimientos y operativos, que resultan imprescindibles en la actividad médica; estos instrumentos, ampliamente desarrollados por la psiquiatría y otras vertientes de la salud mental, componen el quehacer con los trastornos mentales pero forman parte inseparable de la calidad del médico. Se modificaron los procedimientos docentes privilegiando el seminario y la actividad con pacientes, funcionando en grupos de 25 a 30 estudiantes con un par docente, en los servicios médico–quirúrgicos del II Ciclo Clínico Patológico (CICLIPA II), con actividad semanal durante seis meses. Se incorporaron instrumentos de evaluación, medición y control de calidad del aprendizaje (Encuesta de Opinión Docente, Encuesta de Opinión Estudiantil, Planilla de Datos de Actividad de los Doce Pares Docentes, Pruebas Escritas Grupales y Pruebas de Múltiple Opción —como pretest y test final para toda la generación—, Evaluación Individual del Docente por los estudiantes).

Como resumen de los cambios operados podemos indicar: la actividad docente se trasladó principalmente a los espacios médico–quirúrgicos; de intensivo (dos semanas) se convirtió en extensivo (seis meses); la técnica docente pasó de teóricos y demostraciones a seminarios y actividad con pacientes (con teóricos de apoyo); la evaluación del estudiante, de examen final a evaluación continua y pruebas; el número de docentes empleados, de diez a veinticuatro (x 2.4); las horas de actividad, de veinticinco horas a cincuenta horas (x 2); las horas docentes empleadas, de noventa horas a mil doscientas horas (x 13) y la relación docente/estudiante, de 1/37 a 1/13 (x 2.8); las horas docentes/estudiante de quince minutos a dos horas con quince minutos (x 9). Un indicador de la efectividad de la enseñanza es el significativo avance que se observa en el test final de la generación respecto del pretest.

La opinión de los docentes y residentes sobre pregrado es muy satisfactoria. En las encuestas anuales se ubica como la actividad más destacada: en

porcentajes en el entorno del 90% opinan que la Planificación y la Organización es “explícita”, la Realización, “satisfactoria” y la Evaluación, “sistemática”. Los estudiantes, por su parte, en las encuestas anuales han calificado promedialmente la actividad entre “buena” y “muy buena”.

Debe señalarse que aún con estas transformaciones la actividad de la Clínica Psiquiátrica en el pregrado sigue siendo relativamente baja en relación a su actividad asistencial y de enseñanza especializada. En efecto, en horas y en presupuesto tradicionalmente estaba por debajo del 1%, actualmente supera el 5%.

Hemos presentado un análisis más extenso de los cambios en pregrado en las Jornadas Científicas en Psiquiatría, 1992 y en las Jornadas del Departamento de Educación Médica (DEM), 1992.

#### *Residencias Médicas Hospitalarias en Psiquiatría*

El impacto de la incorporación de este programa en 1989 ha sido formidable: ha resultado una herramienta principal para la reestructuración completa de la Clínica, para los cambios operados en la enseñanza de pregrado y ha promovido un avance notable en la formación de los especialistas que acceden a este programa. La dotación actual incluye dieciocho residentes y un jefe de residentes que se distribuyen y rotan por las Unidades de Salud Mental de los hospitales generales y Hospital Psiquiátrico. Este programa debe incluirse en el de formación de especialistas, pero merece comentario aparte, para subrayar su decisivo aporte.

#### *Formación de especialistas*

Tradicionalmente la formación de especialistas se realizó a través de un curso de posgrado de dos años de duración que se extendió a tres en 1986. Esta actividad insume aproximadamente el 25% de las horas y del presupuesto del servicio. La incorporación de la residencia en psiquiatría abre una nueva vía de

formación de especialistas que se ha reflejado en las encuestas anuales de opinión. Así, en relación al posgrado el 60% opina que la Planificación y Organización es “implícita”, el 70% que la Realización es “con defectos, pero aceptable” y casi el 60% que la Evaluación es “ocasional”; en cambio respecto del residentado, el 60% opina que la Planificación y Organización es “implícita”, casi el 70% que la realización es “satisfactoria” y el 90% que la Evaluación es “sistemática” u “ocasional”.

En los últimos dos años como resultado de las discusiones del cuerpo docente sobre esta cuestión, se vienen realizando ajustes tendientes a aproximar ambas vías de formación de especialistas. A partir de 1994 el ingreso al posgrado es condicional hasta la aprobación —es decir, a no resultar eliminado— del concurso de residentado; se incluye también una entrevista con el Director y/o los Profesores Agregados cuyo objetivo es esclarecer las aptitudes del aspirante para la especialidad.

#### *Desarrollo de las psicoterapias*

A partir de 1986 se ha producido un fuerte avance en psicoterapias. Convergen en este programa diversas orientaciones psicoterapéuticas (psicoanálisis, psicodrama, terapia de la conducta, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicosomática, terapia corporal) que emplean técnicas individuales, grupales, familiares, psicosociales. *Constituyen el primer programa de psicoterapias y enfoques psicosociales —consolidado en nuestro medio— en los servicios públicos de salud.*

#### *Calificación del servicio. Evaluaciones y controles de calidad*

Desde hace seis años se han comenzado a introducir evaluaciones sistemáticas de las funciones de la Clínica. Anualmente, desde 1990, se recoge en forma anónima la opinión de todos los funcionarios de la Clínica empleando, con modificaciones, un instrumento de evaluación elaborado por el Consejo de la

Facultad. Así se obtienen las opiniones globales y las opiniones discriminadas por categorías —docentes por grado, residentes y técnicos— sobre Planificación y Organización, Realización y evaluación de las funciones de: Asistencia, Pregrado, Posgrado, Residentado e Investigación.

Desde 1990 se realiza anualmente la evaluación sistemática de la enseñanza de pregrado con los instrumentos señalados en el literal c), que resulta así, la primera función del servicio con evaluación y control exhaustivo.

Desde 1991 se han introducido evaluaciones en el programa de psicoterapias psicoanalíticas individuales.

Con los datos obtenidos en estas evaluaciones se ha realizado una “Aproximación a los costos del servicio” y su discriminación por funciones.

Esta importante línea de trabajo permitirá valorar con precisión la efectividad, calidad y eficiencia de los cambios en curso.

### *Investigación*

En las encuestas anuales el personal de la Clínica ha señalado con claridad *el atraso en esta actividad definitoria del que hacer universitario*. Alrededor del 70% opina que la Planificación y Organización es “inexistente” o “implícita”, que la Realización es “defectuosa” o “con defectos, pero aceptable” y que la Evaluación es “ocasional” o “inexistente”. Aún así, en los últimos cinco años se ha observado un notorio incremento de presentaciones y publicaciones de trabajos.

La preocupación por avanzar en este sector ha seguido las siguientes vías: a) convocatoria anual a Jornadas Científicas en Psiquiatría (la primera se realizó en 1992) para la presentación de trabajos y proyectos de investigación con buen espacio para la discusión; b) desarrollo de instrumentos de evaluación y controles de calidad y su aplicación progresiva a diversos programas de la Clínica, ya comentados en el literal g); concepción, sobre la base de la experiencia de estos años, de un “Programa para el desarrollo de la

investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica” que describiremos en Proyecto.

#### *Empleo en profundidad de los procedimientos democráticos*

En 1989 habíamos destacado que para operar los cambios en que estábamos empeñados era condición principal el “*empleo permanente y a fondo de los procedimientos democráticos*”, y además, “*que la capacidad creativa en el conjunto y en cada persona puede emerger en plenitud si se ejercita sin limitaciones y con audacia la educación y autoeducación en democracia que las normas posibilitan pero que por sí mismas no aseguran*”.

Podemos afirmar con énfasis que esta ha sido una característica destacada del perfil de la Clínica en estos años. El personal docente y los residentes nos hemos reunido con regularidad, incluidas jornadas especiales de todo un día, a discutir y resolver todas las cuestiones relativas a la planificación y funcionamiento del servicio. Debe señalarse que este clima de trabajo y de decisiones colectivas, al que hemos aportado docentes y residentes, ha sido promovido con firmeza por la Dirección de la Clínica.

#### *Las mayores dificultades*

El estado de la infraestructura de los hospitales de ASSE y del Hospital de Clínicas donde opera la Clínica es heterogéneo, en general el panorama es deficitario o muy deficitario con excepciones; entre las excepciones deben destacarse la remodelación del espacio donde opera la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, la remodelación parcial del Hospital Vilardebó y algunas mejoras en la Policlínica del Hospital de Clínicas.

Las deficiencias ambientales afectan por igual a todas las funciones que desarrolla el servicio, a los usuarios y a los funcionarios: estas carencias no constituyen tanto una limitación al volumen de la actividad pero sí en *las condiciones mínimas aceptables para cualquier actividad humana ejercida con*

*respeto por la dignidad de las personas.*

El flujo de la actividad es desordenado por falta de planificación y organización de la asistencia; se combinan la asistencia rutinaria, de muy bajo perfil con la asistencia de alta calidad —que en algunos casos es superior a la de las instituciones de asistencia colectivizada y a la privada—. Son muy notorios los déficits en los sistemas de registro y en la elaboración de los datos disponibles; sin embargo, algunos programas, como el de Psicoterapias del Hospital de Clínicas constituyen una excepción como modelo al que deberíamos apuntar.

Un par de funcionarios administrativos para todas las actividades que realiza el servicio, distribuido, además, en seis hospitales no resultan suficientes. La carencia de instrumentos de trabajo es permanente y las necesidades más urgentes son cubiertas por aportes de los docentes y algún recurso extrapresupuestal; la puesta en marcha hace tres años de una Unidad de Computación en la Policlínica del Hospital de Clínicas constituye una agradable excepción.

La ausencia de Unidades de Internación en los hospitales generales de Montevideo, con la excepción del Hospital Maciel, sigue siendo un notorio factor de retraso.

Las esperanzas que despierta —aún en la polémica— la perspectiva de reconversión del Hospital de Clínicas ha estimulado a la Clínica Psiquiátrica a renovar sus propuestas para el hospital universitario.

Pero la mayor dificultad, en la medida que es aquella cuya superación resulta decisiva para todas las demás, la constituye *la mala calidad de los contratos del personal universitario y, en general, en el sector público de salud.*

*Presencia y pertinencia de la propuesta universitaria*

Quiero expresar en esta cuestión con la mayor claridad —en circunstancias de fuerte cuestionamiento de la institución universitaria— cuáles son, en mi

opinión las premisas básicas que se deben tener en consideración en las inevitables y necesarias transformaciones del espacio universitario.

Los cambios contemporáneos plantean difíciles desafíos a la propuesta universitaria. La expansión cuantitativa, la diversificación de las actividades y las restricciones presupuestales han sido identificadas por UNESCO como tres tendencias principales de la educación superior en todo el mundo.

La demanda rápidamente creciente de formación terciaria —mejor, pos secundaria—y la multiplicación de alternativas privadas, estimuladas por el tipo de desarrollo económico predominante, obliga a reflexionar en profundidad sobre la pertinencia de la universidad pública tal cual nació y se desarrolló en nuestro país. Inscripta en el nítido perfil de la universidad latinoamericana, marcada por la Reforma de Córdoba —a la que también aportó— aparece hoy fuertemente cuestionada desde el entorno y en su propio seno.

No discutiremos, aquí, estos complejos y ricos problemas algunos de los cuales aparecen bien tratados en el “Documento sobre enseñanza superior” de 1994 de UNESCO. Sólo subrayaremos algunos pilares que consideramos condiciones indispensables para transitar las transformaciones y que definen la pertinencia de la universidad pública.

La propuesta universitaria debe tener como referente central el compromiso radical con la sociedad y los aportes que pudiera realizar a los cambios que permitan elevar las condiciones y la calidad de existencia del conjunto de la población. Este postulado básico debe asegurarse cultivando a fondo la *libertad de cátedra* y la *autonomía institucional*. La autonomía referida a cualquier factor de sesgo sectorial: estatal, partidario, corporativo, empresarial, etc; con cualquier sector debe establecer la mayor interacción de que sea capaz, pero, *la calidad universitaria debe incluir en primer lugar la capacidad crítica y autocrítica, ingredientes propios de su creatividad y pertinencia.*

## **Proyecto y programas operativos**



El Proyecto estará en continuidad con el desarrollo de la Clínica Psiquiátrica en los últimos años, con las modificaciones que imponen los procesos de avance y maduración.

Las pautas estratégicas se pueden esquematizar así:

- 1) *Claridad respecto del marco de referencia.* Algunos de los documentos principales en que se enmarca el Proyecto son los siguientes: Ley Orgánica de la Universidad, Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, Proyecto de Reconversión del Hospital de Clínicas (Centro Médico), Ordenanza para el agrupamiento de los servicios de la Facultad de Medicina en áreas, Programa Nacional de Salud Mental, Proyecto de Convenio para desarrollar la Complementación Docente Asistencial entre el MSP y la Facultad de Medicina en el área de la Salud Mental, Declaración de Caracas (Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, OPS), Declaración de Uruguay (ALAFEM y FEPAFEM).
- 2) *Planificación estratégica en la concepción del Proyecto y los programas en la movilización de los recursos y en la formación de los recursos humanos.* En las transformaciones operadas en la Clínica Psiquiátrica y en este Proyecto han estado presente en diálogo imaginario las ideas, entre otros, de Carlos Matus y especialmente las discusiones en los Talleres organizados por OPS — Facultad de Medicina, en 1994, conducidos por Mario R. Royere.
- 3) *Incorporación de metodología científica apropiada en todas las actividades.* Componente decisivo y definitorio del Proyecto, que se discute en forma recurrente y con mayor precisión en los literales siguientes.
- 4) *Consideración especial por la diversidad epistemológica de la psiquiatría y la salud mental.* En el campo del Proyecto se constituye una convergencia compleja de conocimientos, teorías, valores y procedimientos que entrecruzan desde la biología molecular hasta la filosofía, la ética y la

religión. Esta situación impide cualquier autosuficiencia e impone una amplia articulación con otros servicios de la Facultad, la Universidad y extrauniversitarios; también impone criterios precisos respecto de qué se asimila del universo y qué es indispensable investigar y crear.

5) *Énfasis en obtener autofinanciamiento sin afectar el carácter definitivamente público de/servicio docente asistencial.* El Proyecto prevé el empleo óptimo de los recursos presupuestales (con las medidas de reestructura, movilización de recursos e incorporación de tecnología apropiada que avancen la eficiencia) y la obtención de recursos extrapresupuestales que abran caminos de autofinanciación, con preservación del carácter y del rumbo definitivamente público del servicio. La Clínica ya ha iniciado este camino y en ese sentido ilustra el “Programa de investigación e incorporación de metodología científica apropiada”.

Organizaremos la propuesta explicitando por programas las realizaciones que estimamos factible iniciar y/o consolidar en los próximos dos o tres años.

### **Programa 1.0 Para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica**

La experiencia acumulada desde 1989—sobre todo en evaluación del servicio, de pregrado y de psicoterapias y los efectos positivos que sobre la producción de trabajos científicos han generado las Jornadas Científicas en Psiquiatría desde 1991 nos ha convencido que la Clínica ha madurado lo suficiente como para ubicar esta línea de trabajo en un lugar prioritario.

Este programa tiene un *objetivo específico*, el desarrollo de la investigación científica pero tiene, además, un *objetivo estratégico*, el de incorporar metodología científica apropiada en las diversas funciones del servicio. En relación al objetivo específico se trata de promover y/o consolidar la investigación básica, clínica y epidemiológica; en relación al objetivo

estratégico, obtener avances en la planificación de los diversos programas, su diseño explícito y su evaluación sistemática a efectos de establecer la efectividad, costos, eficiencia y controles de calidad. Estas tareas resultan ineludibles en relación al desarrollo próximo, en especial si se tiene en cuenta las decisiones que se deben tomar en función del estado de transformaciones permanentes indicado anteriormente. La prioridad que concedemos a este programa intenta, además, aportar a la superación desde el espacio universitario y en el contexto institucional en el que se mueve la Clínica, del retraso muy importante en los procedimientos de registro, de la elaboración de los datos existentes y de la carencia casi completa de instrumentos de evaluación ya comentados. Este programa —cuyos primeros esbozos nacen en 1989 con la autoevaluación de la Clínica y que luego se desarrollan progresivamente— ha sido financiado con complementos al presupuesto aportados por los docentes, otros generados por la propia Clínica y desde hace tres años con aportes puntuales de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC). Es, pues, ejemplar como modalidad que combina recursos presupuestales y extrapresupuestales.

Las actividades a desarrollar en el futuro inmediato incluyen:

- a) Jornadas Científicas en Psiquiatría. Ha sido, hasta ahora, un instrumento principal para promover la investigación. Se realizan anualmente desde 1991 y recogen el aporte de más de treinta trabajos del ámbito psiquiátrico y de salud mental. Han permitido enriquecer la cooperación entre la Clínica Psiquiátrica, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), las sociedades científicas afines y la CSIC. Constituyen, además, la primera fuente de ingresos extrapresupuestales (autofinanciación). En sus cinco ediciones consecutivas han sumado una producción de casi doscientos trabajos; su calidad puede valorarse señalando que seis trabajos y tres proyectos discutidos en las Jornadas han sido premiados o han merecido aprobación por terceros y un número mucho mayor ha sido publicado.

La edición 1996, por ejemplo, volvió a colmar ampliamente las expectativas de la Clínica y de las instituciones coorganizadoras. Participaron en la Jornadas cerca de doscientos técnicos del área; se presentaron 41 trabajos, lo que implica un incremento de 20% en relación a los promedios históricos de las Jornadas. Las presentaciones, en tres jornadas sucesivas de nueve horas, estuvieron organizadas en seis módulos tomando en cuenta el tipo de problema abordado y su metodología; cada módulo contó con una mesa que coordinó la presentación y la discusión de cada trabajo y que además realizó una evaluación primaria de los trabajos con un cuestionario preparado por la Clínica; la mesa estuvo integrada por un Profesor Adjunto, un Asistente y un Residente. Aún cuando el procesamiento de los cuestionarios no se ha completado, la evaluación primaria global de los trabajos es la siguiente: los evaluadores consideraron el 25% de los trabajos como “muy buenos”, 50% “buenos”, 12% “casi buenos” y 12% “regulares”; las calificaciones “excelente” o “malo” no fueron asignadas para ningún trabajo.

- b) Asegurar la evaluación sistemática de la enseñanza de pregrado y del “estado de opinión” del personal de la Clínica. Extender estos procedimientos a todos los programas docentes.
- c) Avanzar en el diseño, evaluación y controles de calidad de los diversos programas asistenciales.
- d) Incorporar un “Seminario sobre Metodología de la Investigación Científica” —apropiado a los objetivos de desarrollo de la Clínica— para docentes, residentes y personal técnico y administrativo. La primera versión de este seminario acaba de culminar en noviembre de 1996.
- e) Establecer un protocolo genérico para proyectos de investigación —compatible con los de la Fundación Manuel Pérez y la CSIC— a efectos de facilitar las iniciativas que se generen.
- f) Formación de grupos de trabajo especializados dirigidos a desarrollar la investigación, las tareas preparatorias a la investigación o la asimilación de

conocimientos y metodologías cuyo desarrollo no es posible en la Clínica Psiquiátrica. Esta actividad deberá desarrollarse en cooperación con otros servicios de la Facultad, la Universidad, el Instituto de Ciencias Biológicas; deberá buscarse la participación en estudios multicéntricos, como ya ha iniciado el equipo de psicoterapias a través de la Society for Psychotherapy Research o un equipo de ensayo clínico con psicofármaco. Las líneas a desarrollar apuntarán a las neurociencias, la psicopatología, la epidemiología, el diseño y evaluación de los programas terapéuticos.

Participarán del programa todos los funcionarios docentes y no docentes; a tales efectos se realizará una redistribución progresiva, a favor del programa, de parte del horario de las tareas que actualmente se realizan. Podremos cuantificar el avance de esta redistribución partiendo de la evaluación de 1992 que indicaba que la Clínica empleaba sus recursos de la siguiente manera: 25% en docencia de posgrado, 5% en docencia de pregrado y el resto en asistencia, estando la investigación por debajo del 1%.

Un Coordinador del Programa —encargado de su organización, ejecución y evaluación— contratado con rubros generados por el propio servicio ha sido designado, a principios de 1996, por el Consejo de la Facultad.

### **Programa 2.0 Enseñanza de pregrado**

Hemos señalado en el análisis de situación que este programa resulta ser el que ha tenido mayor despliegue entre las actividades docentes de la Clínica y el mejor evaluado por sus protagonistas; tiene objetivos y diseños explícitos y procedimientos sistemáticos de evaluación. La evaluación, medición y control de calidad del aprendizaje se realiza empleando ocho instrumentos de ingreso de información: Encuesta de Opinión Docente, Encuesta de Opinión Estudiantil, Planilla de Datos de Actividad de los Doce Pares Docentes, Pruebas Escritas Grupales y Pruebas de Múltiple Opción —como pretest y test final para toda la

generación—, Correlación entre Evaluación Continua y Prueba de Múltiple Opción, Evaluación Individual del Docente por los estudiantes.

Se trata de continuar perfeccionándolo y de resolver tres cuestiones pendientes:

- a) La primera respecto de la duración del curso. En el ámbito internacional la enseñanza de la psiquiatría en el pregrado incluye extremos que van desde 12 horas a 160 horas. El nuestro, con cerca de 50 horas se ubica entre esos extremos. La Clínica tiene la aspiración y dispone de posibilidades de duplicar la actividad.
- b) La enseñanza, ubicada en CICLIPA II, trabaja con estudiantes que están culminando la formación curricular. Es opinión de estudiantes y docentes, vertidas en las evaluaciones anuales, que la actividad debería extenderse, anticipándose progresivamente a CICLIPA II. Estos dos problemas suponen ingeniar propuestas de modificación acordadas con otros servicios del área y con la coordinación curricular.
- c) Investigar el efecto a mediano y largo plazo de la efectividad del aprendizaje en el ejercicio médico y establecer, así, las pautas para la Educación Continua.

## **Programa 2.1 Formación de especialista**

La formación de especialistas por vía del posgrado ha sido el programa de mayor jerarquía de las actividades docentes de la Clínica histórica; entre sus méritos estuvo siempre el notable énfasis de la actividad clínica.

Los cambios operados a partir de la propuesta del Profesor Enrique Probst recogieron y reforzaron ese pilar de la formación e incorporaron nuevos desarrollos producto de las transformaciones de las últimas décadas y de la necesidad de cooperar con la reestructura de la psiquiatría en nuestro país; la aparición de una nueva vía de formación, el residentado, generó en su desarrollo

notorias contradicciones en este programa.

El cuerpo docente ha considerado —en los estudios anuales de opinión— que esta función del servicio no es satisfactoria. Esta opinión probablemente ha estado influida, entre otras cosas por la incorporación, en 1989, del Programa de Residencias en Psiquiatría y el formidable avance que éste posibilitó en toda la actividad del servicio. En general, la opinión de los propios posgrados —en las encuestas de opinión— resultaron más benevolentes.

Esta situación motivó discusiones en profundidad en múltiples reuniones docentes y una jornada completa dedicada al problema. Como resultado de esos intercambios en los últimos dos años se realizaron importantes ajustes. Se acordó como objetivo principal aproximar rápidamente ambas vías de formación de especialistas.

Así, desde 1994, el ingreso a la especialidad se realiza en forma “Condicional” a la aprobación del concurso de residentado —vale decir que para realizar la especialidad todos los aspirantes deben demostrar suficiencia en las pruebas del residentado aún cuando no todos obtengan el cargo— no se establecen cupos. En ese primer año condicional a la aprobación del residentado” los aspirantes realizan un seminario dirigido a introducirse en las características del quehacer psiquiátrico y en las problemáticas de los servicios docente asistenciales en los que desarrollarán sus tareas; son recibidos en entrevistas personales por el Profesor y/o los Profesores Agregados a efectos de establecer la disponibilidad del aspirante para cumplir con las obligaciones de la formación, conocer los antecedentes académicos, valorar los aspectos vocacionales y aproximarse a su disposición psicológica para abordar los problemas que proponen los pacientes que acuden al psiquiatra; al culminar cada semestre realizan una prueba clínica escrita elaborada por el Profesor y los Profesores Agregados, que la corrigen y luego la discuten con los aspirantes.

No podemos evaluar, aún, los efectos de estos cambios por lo reciente de su incorporación. Pero, por lo menos resultan claros dos: a) la deserción, que a lo

largo del posgrado se producía en varios años y alcanzaba a más de la mitad de los aspirantes tiende a producirse en ese primer año —es interesante señalar que el programa de residentado no ha tenido deserciones desde su aplicación—; b) la habilitación del residente y del posgrado a través de las pruebas del mismo concurso asegura que todos los aspirantes demuestren un nivel de suficiencia que permite asignarle funciones asistenciales de responsabilidad similar.

El número de especialistas a formar, tema polémico hoy entre estudiantes, egresados y docentes merece alguna consideración. De acuerdo a un estudio realizado por el Comité Asesor de Educación Médica de EEUU en la década del 80, la tasa para ese país se situaba en 1.58 psiquiatras por 10.000 habitantes. Reconocidos los riesgos de una extrapolación, este índice estimaría una necesidad de 213 psiquiatras para Montevideo y 260 psiquiatras por el resto de los Departamentos; Montevideo duplica con facilidad dicha cifra, el resto de los Departamentos tendrían cubierto sólo el 20% de sus necesidades. La formación en el país de 15 especialistas por año —de asegurarse una adecuada distribución nacional— cubriría las necesidades estimadas por la “tasa óptima” empleada en esta estimación.

Es interesante señalar que la cifra señalada es inferior a la que resulta de evaluar la capacidad docente de la Clínica. En efecto, partiendo de una relación posgrado/docente de 1/3 y de la extensión de los servicios docentes asistenciales, el servicio está en condiciones de recibir un número en el entorno de los 20 aspirantes por año.

## **Programa 2.2 Formación continua**

Este programa tiene dos direcciones: hacia los técnicos en salud y hacia los especialistas en salud mental. Está en desarrollo inicial y se ha avanzado a través de la cooperación con la Sociedad de Psiquiatría y otras instituciones científicas; con las unidades ejecutoras de ASSE y con el MSP, y con la Escuela de Graduados.



La Clínica ha empleado sus cursos de formación teórica —que tienen un ciclo de tres años tanto para el posgrado como para la formación continua—; estos cursos siguen el camino de integrarse con los de Psiquiatría Infantil.

La Clínica deberá seguir aportando actividades especiales como el Curso de Emergencia Psiquiátrica y Psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos y para el personal de salud que asiste a estos pacientes; los grupos de trabajo mencionados en 1.0 serán un buen punto de apoyo para expandir esta actividad.

Merece especial mención las tareas de cooperación con los núcleos de psiquiatras y técnicos en salud mental de los Departamentos del resto del país, que hasta ahora han sido esporádicas. Esta cooperación, como discutimos en el análisis de situación, es de gran relevancia para la reestructuración de la asistencia psiquiátrica.

### **Programa 2.3 Formación docente**

El desarrollo de este aspecto principal de la calidad del recurso docente ha sido poco atendido entre las actividades universitarias. En estos años en la Clínica Psiquiátrica se han realizado algunas actividades que apuntan a este fin: las reuniones regulares del servicio, las jornadas de discusión docente, las Jornadas Científicas en Psiquiatría.

Desde hace varios años los docentes que ingresan al servicio realizan los seminarios de “Objetivos del aprendizaje” que anualmente ofrece el DEM; a la fecha todos los Asistentes y Profesores Adjuntos han participado de esa actividad, de la que tienen una elevada opinión y consideran indispensable en su formación. Algunos han realizado el curso de “Medición del aprendizaje” que también ofrece el DEM y que deberá incorporarse en forma sistemática.

Pero una cuestión decisiva en la construcción de un cuerpo docente de alta calidad queda íntimamente ligada al mejoramiento de la calidad de los contratos y a la reestructura del equipo docente.

En suma, una actividad que está en sus comienzos, que apunta a la calidad docente y tiene mucho por andar.

### **Programa 3.0 Unidades de Salud Mental en los hospitales generales**

Hemos señalado el valor estratégico en psiquiatría y salud mental de estas unidades. Sus funciones apuntan a la emergencia, la interconsulta, la policlínica especializada, la internación de pacientes psiquiátricos —breve e intensiva— y programas terapéuticos especializados (psicoterapias, abordajes psicosociales, psicoeducación, etc). Estas unidades —aunque está previsto— no han podido establecer interacciones más fluidas y planificadas con los centros de salud de la comunidad y con los hospitales psiquiátricos. Corresponde seguir apuntalando el desarrollo de estas unidades en los hospitales Maciel y Pasteur y hacer converger el desarrollo de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas con el proyecto de reconversión de éste (Proyecto Centro Médico), para el que la Clínica ha formulado la siguiente propuesta: a) Unidad de Internación altamente especializada para pacientes psiquiátricos agudos (compromiso suscrito por la Facultad de Medicina en el Programa Nacional de Salud Mental y reafirmado permanentemente en las coordinaciones con ASSE) y que está incluido en los planes de desarrollo del Hospital de Clínicas desde la década del sesenta; b) Centro Diurno (Hospital de Día) especializado en pacientes psiquiátricos; c) Consulta Externa integrada a la consulta externa general del Hospital; d) Emergencia Psiquiátrica integrada a la emergencia del hospital; e) Programas de Psicoterapias y Psicosociales especializados.

La actividad de las Unidades de Salud Mental ha tenido un buen impacto en los hospitales generales. El retraso más notorio es que su actividad —salvo excepciones— se realiza sobre la modalidad de la “rutina implícita”.

Será tarea prioritaria explicitar el diseño, instrumentarlo con la incorporación de técnicas apropiadas y sistematizar los registros, la evaluación y los controles de calidad (ver Programa 1.0).

### **Programa 3.1 Unidades Docente Asistenciales en el Hospital Psiquiátrico (Vilardebó)**

La actividad de la Clínica Psiquiátrica en este sector ha sido siempre un difícil desafío. En el Hospital Vilardebó desde el nacimiento de la Clínica hasta 1982, en que, ésta pasa a realizar sus tareas en el Hospital Musto. Desde hace seis años el servicio coopera activamente con ASSE para reestructurar y reactivar la actividad del Hospital Vilardebó, de modo que al producirse el cierre del Hospital Musto —en el segundo semestre de 1996— todos los recursos de la Clínica se trasladan al Hospital Vilardebó; en estos años también se han realizado actividades puntuales de cooperación con las Colonias de Alienados.

Hemos expuesto en otro lugar las características históricas del “modelo asilar” en nuestro país, sus condiciones de desarrollo y las perspectivas hacia el futuro. Esta cuestión constituye la deuda más importante que la psiquiatría, las diversas escuelas psicopatológicas y en general todos los técnicos en salud mental, la política de salud mental, los administradores en salud y en general la sociedad uruguaya tiene consigo misma. (Desde luego que esta deuda no es peculiar de nuestro país, con excepciones señalables, es regional e internacional). Se ha insistido con razón en la crítica del modelo llamado “asilar”, sin embargo, en mi opinión, éste ya no es el modelo dominante en nuestro país. Más bien el modelo asilar está en franco retroceso y las tendencias estadísticas anuncian su muerte en un período relativamente breve. En el sector público la población de personas sometidas a condiciones asilares se ha reducido de alrededor de 5.000 a mitad de siglo a alrededor de 2.000 en la década del 90 y sigue descendiendo, esto es de una tasa de 18 o/000 a 7 o/000 habitantes. Desde luego que esta muerte anunciada no será espontánea, habrá que precipitarla con medidas adecuadas. Pero recuerdo esto para señalar que el “modelo dominante” ya es otro que no se limita al “asilo” históricamente característico del sector público, sino que incluye también la estrategia del sector mutual y del sector privado. Es verdad

que en los últimos años en dos de esos sectores, el público y el privado, —no así en el mutual que permanece en general bastante inamovible— han aparecido innovaciones muy promisorias, que por ahora deben considerarse excepciones ejemplares, que incluyen experiencias de comunidad terapéutica, hospital diurno, programas de rehabilitación, psicoeducación de las familias y el personal de salud, grupos de psicoterapia y talleres para pacientes y familiares, grupos de pacientes y familiares autogestionados, etc. Debe señalarse que todas estas experiencias emplean y combinan los diversos recursos terapéuticos, sin excluir ninguno que tenga probada eficacia, por lo que no es justo en este sentido que sigamos llamándoles propuestas alternativas, salvo que con ello se quiera significar que son alternativas de la estrategia que predomina.

Este “modelo dominante” en nuestro medio es un modelo implícito, resultante de acciones no concertadas; pero es el que opera en la práctica, el habitual.

Sus características negativas más señalables, indicadas en forma esquemática, son las siguientes: (a) empleo unilateral y excluyente de los recursos terapéuticos; (b) inexistencia de planes terapéuticos pos alta, salvo “repite medicación”, confiada al buen sentido del paciente y su familia, sin acciones para prevenir los nuevos episodios, sin programas de habilitación o rehabilitación; (c) exclusión de la familia, factor fundamental de la alianza terapéutica y componente indispensable para modificar el curso evolutivo del trastorno; (d) ausencia de espacios psicoterapéuticos grupales y personales para que los pacientes elaboren sus experiencia psicóticas, las experiencias psicopatológicas profundas que ellas hacen aflorar y otros conflictos existenciales alejados de la perturbación psicótica pero que influyen sobre ella y la vida del paciente; (e) inexistencia de procedimientos de evaluación de los planes terapéuticos, es decir, de la investigación que separe la paja del trigo.

Debemos imaginar, pues, hacia el futuro un nuevo escenario que incluya: la hospitalización pautada con tratamiento breve e intensivo y la asistencia en domicilio —cuando los criterios estrictos de internación no se cumplen o han

cesado—; la prevención de las recaídas; la participación activa de los usuarios y la psicoeducación; el despliegue de las estrategias de rehabilitación y habilitación; la discriminación clara entre las necesidades de tratamiento y las necesidades de asilo o albergue; el diseño de los procedimientos como ensayo clínico” y su evaluación sistemática; la integración amplia y la redistribución del poder en los equipos de salud el desarrollo de la función “gestor de caso” y ombusman; el énfasis en los derechos humanos y en las pautas bioéticas; el desarrollo de nuevos modelos organizativos, de gestión y de financiación.

Desde luego que en estos cambios la Clínica Psiquiátrica es un componente más en el conjunto, pero, **debe cumplir un rol específico en la generación del nuevo modelo asistencial, en la formación de recursos humanos y en la incorporación de metodología apropiada. Debemos modificar una modalidad docente asistencial de “rutina implícita” para construir un programa con objetivos precisos, diseño explícito, evaluación sistemática y controles de calidad.** La construcción de este programa será una prioridad a partir de 1997, y su despliegue insumirá dos o tres años. Un programa de estas características supone una amplia cooperación con las unidades ejecutoras de ASSE.

Para este programa hemos propuesto dos proyectos, “Asistencia de pacientes psiquiátricos que requieren internación” y “Complementación docente asistencial entre el Hospital Vilardebó y la Clínica Psiquiátrica” (1993). Estas y otras propuestas exigen una amplia discusión en el colectivo de la Clínica.

### **Programa 3.2 Psicoterapias y abordajes psicosociales**

Estas actividades que comienzan en 1986 han tenido un excelente desarrollo. El programa tiene valor estratégico ya que su despliegue —junto a los desarrollos comunitarios y a los procedimientos de fundamento neurobiológico— aseguran una amplia gama de procedimientos apropiados para impedir la persistencia de acciones terapéuticas unilaterales que cercan al paciente y su familia y al equipo

de salud mental en respuestas sesgadas, sobrealienantes y de alto costo/beneficio en diversos sentidos.

Sus objetivos, claros y explícitos desde el comienzo, han comprobado su validez en el curso de los años: a) Diseñar estrategias psicoterapéuticas aptas para responder a las demandas de amplios sectores de la población. Estas actividades pretenden ampliar los recursos a incorporar a un Servicio Nacional de Salud en la medida en que este se concrete; b) Coordinar, en función del objetivo anterior, aportes de las diversas escuelas psicoterapéuticas que existen en nuestro medio —y que trabajan separadamente— de modo de generar en la práctica clínica en común, modelos psicoterapéuticos adaptados u originales; c) Investigar y evaluar los diversos modelos existentes o aquellos que se generen; d) Emplear intensamente estas actividades en la docencia; e) Integrar estas actividades a las diversas funciones de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas; f) Aportar asesoramiento a las tareas psicoterapéuticas que realizan técnicos o grupos de técnicos en otras instituciones abiertas a las demandas de salud de la población.

La efectividad del programa puede valorarse resumidamente así: 1°) calidad asistencial: diseño de psicoterapias y abordajes psicosociales a la medida de las demandas de los usuarios en función de la convergencia de diversas líneas psicoterapéuticas; orden en el cumplimiento de los planes y horarios; supervisión de la totalidad de los psicoterapeutas; reuniones y ateneos semanales de coordinación y discusión; amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias; amplio espectro de trastornos abordados, problemáticas existenciales, neurosis, trastornos de personalidad, psicosis; el volumen asistido desde el comienzo del programa supera los 900 pacientes; 2°) sobre esa rica experiencia asistencial, la actividad docente incluye los cursos semanales de introducción a las diversas modalidades de psicoterapia que se realizan en el servicio —para residentes y posgrados— y la formación en

servicio de decenas de psicoterapeutas; 3°) el amplio desarrollo de la investigación que agrega a la metodología clásica, metodologías inspirada en la epidemiología y en el ensayo clínico. Estos equipos han presentado o publicado trabajos científicos algunos de los cuales han merecido una buena valoración por árbitros externos (tres de ellos han sido premiados, uno de los proyectos de investigación también fue premiado y otro mereció la aprobación académica de la CSIC).

Esta línea de trabajo, que conjuga el interés social con la estrategia de desarrollo de la Clínica, ha logrado desarrollar con efectividad los objetivos que se propuso. Corresponde perfeccionarla y sobre todo extender el modelo al resto del sector público y cooperar en su desarrollo en el sector de instituciones de asistencia colectivizada que carecen por completo de programas de este tipo.

#### **Programa 4.0 Extensión Universitaria**

La asistencia a la población ha sido la tarea de extensión universitaria característica de la Facultad de Medicina. Desde luego que la asistencia no agota las perspectivas de la extensión universitaria pero las cubre en buena medida.

Dos grandes carencias en la tradición de nuestra Facultad —y en general en la medicina nacional— deben ser señaladas: el privilegio casi exclusivo otorgado al “momento curativo” con escaso desarrollo de la atención primaria y la rehabilitación. La Clínica Psiquiátrica ha comprendido con claridad estas carencias, pero sus desarrollos en ambos aspectos son aún incipientes. Debe señalarse que los cursos de emergencia en psiquiatría para personal de salud, los cursos de psicoeducación para familiares de pacientes con esquizofrenia y para personal de salud y los abordajes psicosociales apuntan en esa dirección. En los próximos años deberá ponerse énfasis en el desarrollo de estas propuestas y en estudiar en profundidad los caminos para desarrollar la inserción en los programas comunitarios.

Deberán concebirse, además, proyectos dirigidos a abordar problemas como el de la violencia —demanda social urgente e ineludible— donde la psiquiatría y la salud mental han hecho poco, aún cuando ellas están siempre implicadas en las consecuencias y casi siempre en los fenómenos que la motivan.

En suma, más que un programa, existe en este sector una diversidad de problemas complejos y aún no abordados que merecerán la mayor atención del colectivo de la Clínica.

Finalmente debemos señalar que el factor decisivo para realizar el Proyecto y los Programas Operativos de la Clínica Psiquiátrica es la construcción de un cuerpo docente de alta calidad. Esta calidad incluye varias dimensiones: el compromiso consciente con las transformaciones que se están transitando, la clara comprensión de que el destinatario principal de nuestro quehacer es la población y que los legítimos intereses académicos deben reconocer esa prioridad, la autonomía respecto de cualquier interés sectorial de la sociedad — que se funda en la capacidad de crítica y autocrítica, es decir en la “libertad de cátedra”—, las bondades científico-técnicas y la iniciativa creadora. Una de las mayores dificultades para consolidar estos valores tiene que ver con la mala calidad de los contratos docentes. El 96% de los docentes de la Facultad no tienen como actividad principal sus tareas docentes y esto también es así en la Clínica Psiquiátrica.

En mi opinión, un camino razonable para comenzar a superar este escollo es constituir un núcleo docente de alta dedicación, compuesto por cuatro o cinco docentes; la Clínica quedaría integrada, así, por ese núcleo, un sector docente en las condiciones habituales de contrato y un grupo de docentes vinculados en las condiciones del “Reglamento para la Adjudicación, Renovación y Ejercicio de Funciones de Colaboración Honoraria en los Servicios Docentes de la Facultad de Medicina”.

En los próximos dos años deberíamos contar con uno o dos Asistentes, uno o dos Profesores Adjuntos y dos docentes del nivel superior en condiciones de



alta dedicación. Las posibilidades de financiar estos contratos, en las actuales circunstancias, tiene las siguientes alternativas que se podrían emplear en forma combinada: incremento del presupuesto de la Clínica, aportes extra presupuestales y “compactación” de cargos. En los hechos el servicio ha empleado los dos primeros: el cargo de Profesor Agregado provisto hace dos años fue llamado con 40 horas y dedicación compensada (incremento presupuestal) y el Coordinador del Programa 1.0 fue provisto con rubros generados por la propia Clínica (autofinanciación). En estas condiciones corresponde que el Profesor Director se desempeñe con un contrato de amplia dedicación (preferentemente dedicación total o en segunda opción jornada de 40–48 horas con dedicación compensada).

Por último, en relación a las funciones de Profesor Director, es conocida mi opinión —sostenida desde hace muchos años en diversos ámbitos de la Facultad— que deberían separarse las funciones de Profesor Titular (cuya tarea debería estar dedicada a la actividad docente asistencial y de investigación) y las funciones de Dirección (que con ventajas en la iniciativa renovadora debería ejercer un docente con menor antigüedad). En estos años, y en los hechos, eso ha estado sucediendo a través de la descentralización y de la delegación de funciones; esta experiencia ha sido muy positiva y la redistribución de responsabilidades ha sido un factor muy importante en el desarrollo de *los* diversos programas de la *clínica* y en la calificación de los docentes jóvenes.

## **Referencias**

1. **Ginés AM.** La Facultad de Medicina en el camino de las transformaciones en psiquiatría y salud mental. Rev. Med. Uruguay 1989; 5:61–65.
2. Resumen del estado actual del servicio de psiquiatría de la Facultad de Medicina (informe elaborado por A.M.Ginés), elevado al Sr. Decano de la Facultad de Medicina en 1993.
3. **Murguía DL, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay.

- Revista de Psiquiatría del Uruguay, LII: 169–179, 1987.
4. **Barrán JP.** Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 1 y 11(1990). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
  5. **Barrán JP.** Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1(1992), Tomo 11(1993) y Tomo III (1995). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
  6. **Lasch C.** The Culture of Narcissism. Warner Books; New York, 1979 (comentado por G. Lipovesty en La Era del Vacío (7).
  7. **Lipovetsky G.** La Era del Vacío. Editorial Anagrama. Barcelona, 1986.
  8. Declaración de Uruguay. Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por ALAFEM y FEPAFEM, Punta del Este, 1994.
  9. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 1986.
  10. Inserción de la Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. M.S.P. – Fac. de Medicina, 1988.
  11. Reestructura de la Psiquiatría en los Hospitales Generales. M.S.P. –Fac. de Medicina, 1988.
  12. Deshospitalización de pacientes psiquiátricos. Directivas generales. A.S.S.E., 1989.
  13. **Carlevaro PV.** Algunas reflexiones sobre el Programa APEX. Educación y Derechos Humanos, N° 17, nov. 1992.
  14. Red de servicios de salud mental coordinados y complementados para el Departamento de Montevideo. Ministerio de Salud Pública (A.S.S.E.), Patronato de Psicópatas y Área de Salud Mental (Facultad de Medicina), 1992.
  15. Psicoterapias en el hospital universitario, IV Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 1988.
  16. **Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A, Ginés AM.**

Psicoterapia Psicoanalítica en el Hospital de Clínicas. Estudio crítico de cinco

- años de actividad. *La Neurosis Hoy*, Edición de la A.P.U., Montevideo, 1993, 21 5--22 1.
17. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y consideraciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría, 1995.
  18. **Arduíno M, Cáceres D, Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. *Rev. de Psiquiatría del Uruguay*. Año LVIII; N° 328: 10–22; 1994.
  19. **Ginés AM.** Población internada en el sector estatal (1788 – 1993). *Sociedad de psiquiatría; Actividad de Educación Continúa*, nov. 1993.
  20. **Fernández M, Labarthe A.** Curso de Psicoeducación en esquizofrenia para personal de salud mental. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica) – Hospital Psiquiátrico, 1994.
  21. **Carlevaro PV.** Propuestas operativas efectuadas por el Decano de la Facultad de Medicina en relación con el desarrollo, en 1990 del Programa Nacional de Salud Mental. *Fac. de Medicina*, 1990.
  22. Convenio para desarrollar la complementación docente asistencial entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina en el Área de la Salud Mental. A la firma por ambas instituciones desde 1990.
  23. Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela; nov. 1990.
  24. Ordenanza para el ordenamiento de los servicios de la Facultad de Medicina en áreas. *Actas Fac. de Medicina*.
  25. Programa de salud mental del Hospital de Clínicas. Primeras Jornadas Internas de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica, 1991: 59–79.
  26. **Ginés AM.** Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docente–asistenciales de salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, Año VII N° 13: 47–58; Montevideo, 1990.
  27. **Ginés AM.** Estado actual de la enseñanza de la psiquiatría en Ciclipa II. *Jornadas Científicas en Psiquiatría y Jornadas del D.E.M.*, 1992.

28. **Ginés AM.** Autoevaluación del servicio de psiquiatría por docentes y residentes. Jornadas Científicas en Psiquiatría y Jornadas del D.E.M., 1992.
29. Informe elevado por el Director de la Clínica Psiquiátrica sobre publicaciones, conferencias, ponencias, cursos seminarizados y eventos organizados por el servicio en los últimos cinco años, 1996.
30. Documento sobre Políticas para el Cambio y el Desarrollo de la Educación Superior. UNESCO, 1995.
31. Programa para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica. Propuesta aprobada por el Consejo de la Facultad de Medicina, 1996.
32. **Probst E.** Plan de posgrado en psiquiatría. Elevado al Consejo de la Facultad y a la Escuela de Graduados, 1989.
33. **Rígoli F.** Demandas asistenciales y número óptimo de médicos: una comparación internacional. Rev. Méd. Uruguay, 1991; 7: 80–82.
34. Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto, 1/8/1996.
35. **Royere MR.** Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. O.P.S. 1993.
36. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Cuestionario. O.P.S. – O.M.S. 1994.

## Transferencia (y Contratransferencia) en la formación del analista \*

*Cristina López de Cayaffa,<sup>87</sup> Javier García Castiñeiras,<sup>88</sup> Carmen Rovira,<sup>89</sup>  
Susana García.<sup>90</sup>*

A fines de mayo de 1996 se realizó en la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (A.P.U.) el Segundo Encuentro Latinoamericano de Institutos de Formación Psicoanalítica.

Estos encuentros se originaron en 1994, a partir de una idea de A.P.A. (Asociación Psicoanalítica Argentina) que organizó el primero en la ciudad de Buenos Aires.

El motivo de la convocatoria era y es llenar una necesidad de abordaje de problemas de la formación que exceden el marco de los pre congresos de I.P.A. y F.E.P.A.L. y en el que participen todos los actores de la formación, tanto miembros como candidatos.

---

\*. Relato Oficial Pre—Congreso Didáctico de F.E.P.A.L. Monterrey — Méjico. Los autores son miembros de la Dirección del Instituto de Psicoanálisis de APU (período 1994-1996). Canelones 1571 CP 11.200. Fax 48 04 39.

87. Miembro Titular de APU. Directora del Instituto de Psicoanálisis de APU (período 1994-1996).

88. Miembro Titular de APU. Coordinador Docente período 1994-1996. Actual Director del Instituto de Psicoanálisis.

89. Delegada de Candidatos, período 1995-1997.

90. Delegada de Candidatos, período 1995-1997.

El tema que nos reunió en Montevideo fue el mismo de este Pre-Congreso, y no ha sido por razones pragmáticas que el grupo uruguayo hace esta propuesta temática, sino, como decíamos al prologar la publicación del Encuentro: «Pensar la transferencia en la formación nos lleva a situarnos en el centro mismo de la reflexión sobre una práctica que nos convoca, involucra y define como analistas».

La fertilidad de los espacios de confrontación y reflexión se propició asimismo a través del encuentro de candidatos y analistas con funciones didácticas. Este cruce de analistas en diferentes etapas de la formación —y siempre nos estamos formando— que provenimos de diferentes instituciones, con modelos formativos distintos, abrió un diálogo, un interjuego de diferentes perspectivas, que nos enriqueció conceptualmente con nuevas articulaciones al tiempo que dio lugar al desmonte de certezas con la consiguiente apertura de espacios de duda productiva.

Esta ponencia retoma algunos puntos de las discusiones y los re trabaja desde ideas y perspectivas surgidas en nuestro grupo.

Queremos en primer lugar hacer una presentación de algunas características del Instituto de A.P.U.

En nuestro Instituto ya desde la reforma de planes de formación del año 1974 se independiza el análisis del candidato de todo tipo de reglamentación institucional.

El otro gran cambio producido en esta reforma del 74 fue la eliminación de la categoría «Didactas» creándose tres grupos de funciones didácticas (Analistas, Supervisores y Docentes), con carácter de grupos de estudio, discusión y regulación interna del ejercicio de la tarea.

Poníamos así el acento en que se trata *defunciones didácticas* y no de una categoría investida de saber y poder. Es en la consistencia del funcionamiento del grupo como espacio de interlocución que este se sostiene y sustenta al analista en su función institucional.

Se procuró especialmente preservar el análisis personal del candidato lo más libre posible de ingerencias extrañas al proceso mismo del análisis. Esto se instrumentó a través de la *no intervención* del Analista del Instituto en ninguno de los pasos del proceso formativo.

Obviamente una medida así no libera totalmente el campo de los efectos que la fantasmática del poder siempre despliega, pero los acota en el respeto por el “setting”.

El campo transferencial (contratransferencial) es telar donde los hilos del deseo tejen enlaces que se arman en sentidos transitorios y sin-sentidos que relanzan la investigación analítica. Pero también puede servir de almácigo a patologías propias del proceso: idealización excesiva, identificaciones narcisistas sometimiento y poder. En la dimensión imaginaria de la transferencia, las coagulaciones de sentido atascan el movimiento siempre buscador del deseo.

La norma de no intervención como garante institucional despeja el campo de encuentro bi-personal de ingerencias reales, al tiempo que lo abre al juego fantasmático a analizar.

### **La formación y su basamento**

El trípode constituye una imagen que metaforiza la tradicional triple apoyatura de base que sustenta la formación analítica. Esta imagen da cuenta, pensamos, de un modo de operar donde la presencia encarnada del inconsciente y sus efectos en estas tres zonas, se manifiesta en un dinamismo conflictivo donde justamente radica su potencialidad productiva.

Expresa así la esencia de un trabajo de fuerzas que se combinan y articulan para producir momentos de estabilidad inexorablemente destinados a perderse relanzando el trabajo analítico en el intimismo de la indagatoria personal o propulsando movimientos que hacen al equilibrio dinámico en lo institucional.

Producción y cruce de transferencias idealizaciones y resistencias en cada una

de las tres zonas. Sustancia de un trabajo fundado en la existencia del inconsciente, concepto eje de la condición humana.

Testimonio de este dinamismo en nuestra institución ha sido el cambio de Planes de Estudio en 1994, cambio que fuera precedido por un período de reconsideración, investigación y replanteo de la situación. Suerte de semiología diagnóstica del organismo institucional que al detectar dificultades en la estructura formativa del Instituto promovió reformas. Se procuraba así evitar que la Institución promueva regresiones en el candidato y a situarlo en posición de elegir y construir su propio recorrido formativo.

La frecuente mención a un «cuarto pilar» (Marco Institucional, Miembros, Admisión) da cuenta de esa búsqueda vital de equilibrio en cuya peripecia crecemos personal e institucionalmente.

El hecho que este cuarto pilar se constituya y circule en el imaginario con diversos caracteres y designaciones que varían de una Institución a otra o de un tiempo a otro, pero que no llegue nunca a oficializarse, testimonia a su vez de la necesidad del conflicto movilizador.

No es desde la cómoda estabilidad del equilibrio logrado que se promueven en nosotros los cambios que nos forman y conforman.

Es la experiencia del equilibrio perdiéndose – recuperándose, operando transformaciones en lo personal y en lo institucional, lo que da cuenta del proceso formativo, un proceso que más allá del tránsito por el Instituto, no finaliza nunca.

Nuevos trípodes toman posición en el analista egresado que dan cuenta quizás, de la necesidad de funcionamiento en la terceridad: reanálisis o autoanálisis permanente en un polo, ejercicio del análisis con pacientes en otro y una tercer polaridad las instancias de intercambio institucional o estos encuentros interinstitucionales. En este nuevo trípode sustentador del analista en ejercicio circulan, se producen y reciclan viejos–nuevos fenómenos del campo transferencia–contratransferencia.



## **¿Un cuarto pilar?**

En un momento de la discusión en el Encuentro de Institutos, la referencia al trípode formativo se aludió como «Trinidad». Cuando el Psicoanálisis toca el tema de la religiosidad no queda inmune a que los motivos de ella se desplieguen también en su propio seno.

Certezas intocables, dogmas, idealizaciones, ilusiones, creencias etc. son inevitables productos humanos que se hace necesario estar prestos a desconstruir para que adquieran otros rumbos, por lo general inquietantes.

Si la institución analítica adquiere los perfiles del templo religioso y los analistas (didactas) los supuestos fieles transmisores de una también supuesta «verdad» del maestro, o de la «verdadera» lectura de las sagradas escrituras, habremos resignado el inquietante carácter subversivo del psicoanálisis por la comodidad serena y adormecedora de quien cree haber recibido y poseer la verdad revelada.

Habremos hecho del trípode dinámico un pétreo monumento estático.

Frente a lo desconocido, a la incertidumbre, las resistencias no son solo del analizante. Se hace necesario ponderar las resistencias del analista, y las de la institución analítica. Resistencias constituidas en un imaginario, cuyo escenario es siempre cambiante (análisis personal, seminarios, supervisión, institución), ellas sostienen siempre un vínculo narcisista en relación al ideal del yo.

La institución puede, por el contrario, cumplir la función de terciar simbólicamente en las duplas analizando–analista, supervisando–supervisor, candidato–docente.

Terciar es situar al sujeto más allá de cualquier espejismo, permitirle rescatarse del laberinto de espejos, imaginario a zafar en todo análisis, supervisión o seminario.

Terciar es hacer lugar al malestar resultado del conflicto. Ya que es lo que no cierra, la diferencia entre lo que se busca y lo que se encuentra, o el lado

simbólico de Ananké (el imperio de la vida) los otros del otro, los que permiten la intimidad de dos sin los riesgos de Narciso. Por esta razón esencial la institución analítica puede constituirse en pilar cuarto que posibilita los otros tres.

La pérdida de equilibrio supone la debilidad o ruptura de la triple apoyatura, el escoramiento anuncia el peligro de la caída en lo dual, la institución al terciar reintroduce desde la dinámica del proceso formativo la terceridad necesaria. En este sentido el cuarto pilar no sería un pilar sino el movimiento institucional necesario que propicia la restitución del tercero.

## **Transferencia y formación. Los seminarios**

El problema a plantear sería cómo pensar la transmisión del psicoanálisis en los seminarios.

Que el psicoanálisis no se enseña se transmite es compartido por la mayoría de los analistas.

Por lo tanto si bien la estructura de los seminarios al establecer lugares para docentes, para candidatos (alumnos), programas y textos a trabajar, parece remitir a un modelo pedagógico, esta formación teórica establece su especificidad en la consideración de la presencia del inconsciente y sus efectos.

La diferencia hace al «énfasis que le demos al deseo y a la sublimación respecto a los ideales del Yo».

Este planteo, sin duda más rico, es también más complejo al vincular el proceso de formación en seminarios a la transferencia, los ideales, las teorías y el poder.

La transferencia, sin duda se pone en juego en los seminarios éstos como cualquier actividad humana de relación no escapan a esa disposición universal como la planteara Freud.

¿Qué no es la misma transferencia que en la cura?, por cierto, pero que se nutre de las mismas fuentes, también. La insistencia del inconsciente no cesa ni al finalizar el análisis, ni aún cuando nos declaremos «en proceso secundario», y las complejidades de los cruces transferenciales pueden constituirse en escollos en el seno de la institución.

En el Encuentro surgieron propuestas de instrumentación de medios para aminorar estos efectos, en los seminarios, (v.g. señalamiento en seminarios de una situación–obstáculo) Esta postura fue confrontada con aquellas que afirman que el ámbito de interpretación y señalamiento de la transferencia está limitado al espacio del análisis personal, postura que sostiene también nuestro grupo.

## **¿Qué sucede con los ideales?**

Ellos dejan su impronta desde el proyecto mismo de ingreso a la formación. Ideales narcisistas de perfección, completud y sapiencia merodean y se cuelan en cada espacio a transitar, y aún en el fin de análisis, residuos que insisten, «restos activos» que movilizan resignificaciones propulsando el proceso formativo, pero que pueden también constituirse en verdaderos obstáculos al mismo.

Los seminarios, se constituirían en espacios de conceptualización, a través de un movimiento que oscilaría entre las certezas y el renunciamiento. Proceso doloroso y necesario que bascularía entre la apropiación del modelo de otro (lo que alivia incertidumbres y oscuridades) y la construcción de un modelo propio siempre inacabado con lugar para la duda y la ignorancia.

Las propias instituciones aparecen como herederas de fuertes ideales narcisistas, reforzados a través de las generaciones y que tendrían su origen en la fundación misma de la institución por Freud.

Necesidad entonces de desmontar idealizaciones perturbadoras, pero necesidad también de sostener algo del ideal para no caer en la descreencia o en la desidentificación con la función analítica.

## **¿Y qué sucede con las teorías en el proceso formativo?**

La riqueza que la pluralidad teórica aporta al psicoanálisis actual incluye ciertos riesgos (babelización).

Conjugar en la formación esa pluralidad enriquecedora con núcleos conceptuales sólidos, que posibiliten un lenguaje común y compartible es todo un reto.

Esto colocaría a las instituciones ante el desafío de poder pasar de tener una tarea de difusión y conservación de la herencia freudiana, en donde las teorías cumplieran la función de emblemas identificatorios idealizados, a la institución

concebida como taller que se permita una visión más crítica.

Si esto no fuera viable, las instituciones correrían el riesgo de acartonarse bajo el poder de las teorías dominantes lo que las llevaría a la pérdida de creatividad.

Por otra parte al analista en formación se le plantea el problema de como ser original y creativo sin perder la ortodoxia esencial.

Nuestra relación con las teorías siempre se encuentra en un vínculo de sobredeterminación.

Como dice Bataille: “Las teorías que me gobiernan, en parte inconsciente, provienen de las recomposiciones que he hecho sufrir a todos los discursos que han circulado alrededor mío desde mi nacimiento; están también los libros que he leído, tanto los de psicoanálisis como los otros... están allí todos los discursos de los que hacen o han hecho su análisis conmigo”.

Esto daría lugar a una zona de conflicto enriquecedora que favorecería la reflexión analítica y daría lugar a la creatividad. “La creación está presente en el contacto personal con las teorías, que hace de ellas para nosotros objetos nuevos, cada lectura hace de nosotros un creador, cada paciente hace de nosotros un nuevo analista... somos, pero no ya los mismos.”

Se considera entonces necesario favorecer en los espacios docentes (seminarios, talleres clínicos) el surgimiento de la creatividad del candidato, generando un campo abierto donde la respuesta docente no obture la aventura de aparear el descubrimiento de los conceptos teóricos con la experiencia emocional puesta en juego en el proceso formativo.

### **¿Se puede abandonar la ilusión de formar analistas?**

Formarse como analista en una institución parece al mismo tiempo una necesidad y una fuente de problemas. Quizás los problemas inherentes a todo grupo humano que por cierto lo es.

Y un malestar donde se entraman el conflicto y la producción, como el descrito por Freud en la cultura. Pero no por universal y ya pensado debería

dejar de preocuparnos, pues en su interrogación, en el trabajo de sus conflictos es donde desarrollamos nuestro perfil analítico posibilitador de cambios en el sentido del descubrimiento del inconsciente y de la sublimación.

La transmisión abre siempre una polémica sobre donde está el acento o lo medular. Se hace necesario recordar que mucho del proceso de transmisión permanece y permanecería en la opacidad, no obstante del trípode formativo consabido ya nadie duda en colocar el acento en el análisis personal.

Lo que como ya vimos es tradicional en el grupo formativo uruguayo, la independencia total del análisis personal de toda incidencia institucional, es un tema que vuelve desde los distintos institutos latinoamericanos como preocupación. Donde pensamos lo medular de la formación como analistas, pensamos en evitar en todo lo posible la incidencia institucional. Al mismo tiempo jerarquizamos la abstención del analista didacta, en especial referida a sus ideales, y en la importancia decisiva de la «destrucción de la transferencia», esto es, de la colocación en el analista de los ideales del Yo del analizando. En la institución como en todo grupo humano, los ideales, las transferencias múltiples tienden a rearmarse por doquier.

Los otros dos pilares de la formación se impregnan de ideales exigentes y narcisistas que muchas veces ensordecen desde el dogmatismo y omnisapiencia, la vacilante escucha analítica que requiere poder tolerar la incertidumbre.

Jerarquizamos en la transmisión del psicoanálisis el pilar donde el agente de la transmisión se abstiene, para dejar paso al deseo del analizante que, en posición de buscador puede empezar a recorrer los tan personales caminos de un nuevo analista.

De –formar a facilitar que alguien se forme, hay allí un salto esencial, que privilegia la razón misma del psicoanálisis. Alguien dijo en este sentido que los institutos deberían tender a ser como la Escuela de Atenas, un «foro abierto» si pudiéramos renunciar a la ambición de controlamos unos a otros y de enseñar algo que solo desde el (re)descubrimiento personal se hace posible en su

vitalidad.

Este salto aludido implica un descentramiento de un lugar exigente y poderoso en otro(s) donde la precariedad del saber tornen al aburrimiento desvitalizado y de un seriedad extrema, en las posibilidades placenteras de un actividad más lúdica, o, como dijo alguien en el Encuentro, la posibilidad de transformar «lo no soñado en ensoñación» para acercarse al ser genuino que tendrá que ver con el estilo propio que tendrá el analista.

Si hay algo a enfatizar es la relación del analista con la verdad. Lo inalcanzable de esta pasa por un reconocimiento de lo no aprehensible al mismo tiempo que relanza su búsqueda.

## Reseña de libros

Comentario al libro “Según pasan los años”

*Enrique Probst*

*Ángel M. Ginés\**

Esta segunda colección de artículos que nos ofrece Enrique Probst viene a continuar y desarrollar una anterior, de 1991, que él bautizara “Entre la Reminiscencia y el Miedo” ese con junto de artículos ya ubicaba su reflexión entre la memoria social y biográfica y la incertidumbre de los caminos que habremos de transitar.

La nueva presentación ha sido ordenada por el autor para que arman-que en dos recuerdos infantiles cuyos protagonistas son locos del Vilardebó vistos por un “loco chiquito” para decirlo como le gusta mentar a los niños a Juan Manuel Serrat, y casi culmina en una reflexión sobre el envejecimiento, que a la usanza nuestra, podemos denominar veteranía —hoy amenazada de exilio— y donde

---

\*. Miembro Asociado APU. Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Clemente Estable 3316. CP 11.600. Montevideo, Uruguay.



los renovados lazos humanos pueden abrir paso, entre otras cosas, a la condición de abuelo. Y “casi culmina” porque en realidad remata —valga la plenitud del término— en “Crimen y Castigo” de Dostoievski. Esa conferencia, preparada para unas jornadas de criminología, es diversa en relación al conjunto y estremece nuestra condición de personas de este mundo y de esta época. El crimen y el castigo es un meollo de la cultura de occidente que ésta, en buena medida, había conseguido ubicar a cierta equilibrada distancia en el espacio colectivo del mito, es decir como propone Freud en la realidad psíquica, con olímpicos padres filicidas, parricidio edípico, fratricidio bíblico y mártires mesiánicos. El siglo XX, en su incierto final sin claridad de rumbo, muestra en su transcurso —cosa desconocida para Dostoievski en el XIX— unas matanzas de multitudes —frías, de asombrosa precisión técnica— que parecen abrir paso al crimen sin castigo. Probst ubicado en la psicopatología promete continuar en esta cuestión ineludible. Y nuestro ánimo, al inquietarnos por esto, no debería encogerse en la inmovilidad melancólica; ahora comprendernos mejor y podemos admirar el entendimiento escéptico de Discépolo, aunque mas cerca de Alfredo Lepera “guard (emos) escondida una esperanza humilde”.

Y entre el “loco chiquito” y la madura profundidad con Dostoievski, un conjunto de trabajos, que suman veinte, en los que se discuten problemas cruciales de la psiquiatría de nuestro tiempo con amplia implicancia en nuestra realidad. Me limitaré a tomar sólo algunos problemas que se relacionan con la necesidad más imperiosa de la psiquiatría nacional: concebir y poner en marcha un modelo asistencial para los trastornos psicóticos apropiado a la realidad de nuestra gente. Y aquí viene a la medida el prólogo. En realidad el libro comienza en el prólogo de Jorge García Badaracco, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y creador original de una aproximación a los pacientes psicóticos cuyo abordaje, técnica y marco conceptual de inspiración psicoanalítica y personal ha desarrollado por décadas.

García Badaracco afirma, con acierto, que Probst “es un psiquiatra– poeta

cuyos relatos y reflexiones envuelven al lector en una atmósfera apropiada para que surjan (...) reflexiones propias”; que “nos hace percibir a través de sus trabajos el largo camino recorrido por él, en el que el progreso de sus conocimientos científicos no le obnubiló la percepción de la dimensión humana de sus pacientes”. “Según pasen los años” le resultó a García Badaracco, “un libro exquisito porque trata científicamente una serie de temas interesantes de la psiquiatría contemporánea, pero al mismo tiempo introduce una dimensión personal e histórica de su propia trayectoria como psiquiatra, lo que le da a toda la obra un componente de sabiduría que la enriquece de una manera original”.

Pero lo más indispensable del prólogo está en el diálogo en profundidad que García Badaracco establece en relación a cuatro artículos de Probst: “Desestructuraciones psicóticas transitorias en la adolescencia”, “Psicofarmacología y psicoterapia psicoanalítica”, que desarrolla las líneas y el notorio revuelo provocado por “La perversión en la psicofarmacología” — publicado en su libro anterior—, “El contexto en el cual se da la utilización de psicofármacos en la Psiquiatría de pacientes adultos” y “El timing terapéutico en pacientes severamente perturbados”.

Los artículos mencionados —que hay que leer con detenimiento— incluyen un conjunto de propuestas bien fundadas que suponen un fuerte desafío a la mentalidad y a las estrategias psiquiátricas, y también psicoterapéuticas, dominantes en nuestro medio pero en general en cualquier lugar. Fui testigo del efecto de dos presentaciones ante la Sociedad de Psiquiatría repleta —una de ellas a dúo con García Badaracco— y de la apasionada discusión que provocaron. Y es que son cuestiones mayúsculas: el momento psicótico como peripecia existencial y no solamente como indicador nosográfico, el empleo lapidario o como sostén elaborativo de los recursos terapéuticos, la apuesta a la alianza o a la compulsión terapéutica —tanto para el empleo de los recursos biológicos como para el empleo de los recursos psicoterapéuticos y psicosociales—, el protocolo dogmático y el arte vincular, etc.

García Badaracco matiza los puntos de vista de Probst del siguiente modo: “Tal como lo plantea el autor, vengo sosteniendo desde hace largo tiempo, que en la mayoría de los casos, las desestructuraciones psicóticas de los adolescentes son transitorias. Y que el adolescente, colocado en un medio ambiente terapéutico que he definido como comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar, tiende a salir del brote psicótico con un fortalecimiento yoico que hace del brote una experiencia enriquecedora para la estructura previa deficitaria”. Coincide, así, plenamente con Probst cuando éste afirma, “Estas desestructuraciones psicóticas regresan casi siempre espontáneamente o con gestos terapéuticos mínimos y lo que no se hace frecuentemente es un balance adecuado entre lo que sintéticamente podemos denominar como lo perturbado y lo sano”. Dice García Badaracco que su coincidencia con Probst es mucho más amplia y va más allá de los brotes psicóticos de los adolescentes. En realidad, subraya, se trata de una manera de encarar toda la psiquiatría en la que también se aplica la idea de que (cita de Probst) “las terapéuticas invasivas que provocan lo que podríamos metafóricamente llamar una fractura mnésica, impiden frecuentemente un posterior trabajo de elaboración psicoterapéutica”. “Mi larga experiencia en la materia (dice García Badaracco) me permite asegurar que el mayor daño que podemos hacer, además de lo señalado, es el que, estando el paciente y la familia en manos de un psiquiatra que no visualiza las potencialidades virtuales sanas del paciente, éste no tendrá la ayuda necesaria para desarrollarlas”.

Si de la rica variedad de problemas que nos propone Probst, he tomado éste de la psicosis es porque entiendo que constituye una deuda importante que la psiquiatría, las diferentes escuelas psicopatológicas, los técnicos en salud mental y en general la sociedad uruguaya tiene consigo misma en esta cuestión. (Desde luego que esta deuda no es peculiar de nuestro país, con excepciones, es regional e internacional). Se ha insistido con razón en la crítica del modelo llamado “asilar”, sin embargo, en mi opinión, éste ya no es el modelo

dominante en nuestro país. Más bien el modelo asilar está en franco retroceso y las tendencias estadística anuncian su muerte en un período relativamente breve. En el sector público la población de personas sometidas a condiciones asilares se ha reducido de alrededor de 5.000 a mitad de siglo a alrededor de 2.000 en la década del 90 y sigue descendiendo, esto es de una tasa de 18 o/ooo a 7 o/ooo habitantes. Desde luego que esta muerte anunciada no será espontánea, habrá que completarla con medidas apropiadas. Recuerdo esto para señalar que el modelo —al que apuntan las críticas y las iniciativas de Probst y García Badaracco— es otro para el que no tenemos un nombre más preciso que el de “modelo dominante” que no se limita al “asilo” históricamente característico del sector público, sino que incluye también la estrategia del sector mutual y del sector privado. Es verdad que en los últimos años en dos de esos sectores —el público y el privado —no así en el mutual que permanece, en general, bastante inamovible— han aparecido innovaciones, en el rumbo que sostiene Probst, que resultan muy promisorias pero que por ahora deben considerarse excepciones ejemplares; me refiero al desarrollo de experiencias de comunidad terapéutica, hospital diurno, programas de rehabilitación, psicoeducación de las familias y el personal de salud, grupos de psicoterapia y talleres para pacientes y familiares, grupos de pacientes y familiares autogestionados, etc. Debe señalarse que todas estas experiencias emplean y combinan los diversos recursos terapéuticos, sin excluir ninguno que tenga probada eficacia, por lo que no es justo en este sentido que sigamos llamándoles propuestas alternativas, salvo que con ello se quiera significar que son alternativas de la estrategia que predomina.

Este modelo dominante en nuestro medio es un modelo implícito, de hecho, resultante de acciones no concertadas; pero es el que opera en la práctica, el habitual.

Sus características negativas más señalables, indicadas en forma esquemática, son las siguientes: el empleo unilateral y excluyente de los recursos terapéuticos; la inexistencia de planes terapéuticos pos alta, salvo “repite

medicación” —confiada al buen sentido del paciente y su familia— sin programa para prevenir los nuevos episodios, sin programas de habilitación o rehabilitación; la exclusión (de la familia, Lector fundamental de la alianza terapéutica y componente indispensable en la tentativa (de modificar el curso evolutivo del trastorno; la ausencia de espacios psicoterapéuticos y psicosociales grupales y personales para que los pacientes elaboren sus experiencias psicóticas, las experiencias psicopatológicas profundas que ellas hacen aflorar y otros conflictos existenciales alejados de la perturbación psicótica pero que influyen sobre ella y la vida del paciente; la inexistencia de procedimientos de evaluación de los planes terapéuticos, es decir, de la investigación que separe la paja del trigo.

“Según pasan los años”, dice Probst en la Introducción, “no es un *título* que claramente de cuenta del contenido de esta serie de relatos y conferencias desarrollados en estos últimos años”. Y es difícil encontrar un nombre que hilvane este conjunto de reflexiones. Es que ellas han sido escritas en las rendijas de una transformación profunda de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina; entonces muchos eslabones principales son letra encarnada en las innovaciones docentes y asistenciales, que no vamos a mencionar ahora, y a cuyo frente a estado Enrique Probst. Son años pasados, pero sobre todo son años sembrados.

## **Bibliografía**

1. **Probst E.** Según pasan los años. Colección Búsqueda / Editorial Fin de Siglo. Montevideo, 1996.
2. **Probst E.** Entre la reminiscencia y el miedo. Editorial Roca Viva. Montevideo, 1991.

**Comentario al libro**  
**“Espacio y tiempo en las patologías mentales”**

*Héctor Garbarino y colaboradores*

*Gladys Franco*

Este nuevo libro de Héctor Garbarino, aunque está compuesto por capítulos diferenciados, constituye —por ahora— la exposición más completa de la Teoría del Ser. Teoría que su autor viene desarrollando desde hace varios años.

Es, sin duda, el libro de un psicoanalista que concibe el Psicoanálisis como una ciencia y se proyecta como un teórico exigente en la concepción metapsicológica.

Una lectura detenida de este libro, permite una comprensión de la lógica con la cual el autor sustenta sus ideas y permite, también, rastrear la incidencia de sus apoyaturas bibliográficas, que integra —además de Freud, Jung, Tausk, es decir, psicoanalistas— físicos, epistemólogos y antropólogos.

La Teoría del Ser se perfila como una teoría particular, dentro del campo teórico del Psicoanálisis, con una concepción metapsicológica específica y compleja dentro de un “nuevo modelo de la mente”. El Ser constituye una cuarta instancia (partiendo del modelo freudiano) que precede al Yo y que tendrá la posibilidad de quedar o no subsumida en el entramado yoico,

dependiendo esto de los avatares del desarrollo individual. Esta instancia, (el Ser) constituiría el objeto de investimento del narcisismo del “ello ilimitado”.

La inicial independencia Ser – Yo, deriva en la constitución de dos polos de atracción del narcisismo: el Yo genera un movimiento centrípeto, unificador, en tanto, el universo (el cosmos, el todo) promueve otro polo de atracción, generador de un movimiento centrífugo, esto es, el narcisismo del Ser. El proceso de conceptualización sigue un modelo científico de pensamiento: ¿quién percibe el “ello ilimitado”? Puesto que el Yo aún no se ha conformado, debe concebirse una instancia que lo preceda. Esta instancia se mantendrá receptiva a los estímulos provenientes del Cosmos, efecto que se encontraría evidenciable clínicamente en determinadas patologías y en algunas experiencias particulares, (fenómenos místicos y creativos). La recepción, por parte del Ser, de dichas excitaciones, constituiría un “nuevo elemento psíquico”: las “presentaciones”. Este concepto es uno de los más complejos de la teoría y amenita una reflexión–discusión acerca de los procesos de simbolización, la entidad de los símbolos “universales”, y cómo son comprendidos en este contexto. El lenguaje se abre o se cierra en la conceptualización de Garbarino, según desde donde se enuncie, con lo que la metáfora, en su sentido más abarcativo, queda cuestionada.

A lo largo de los diferentes capítulos el autor va explicando el abordaje de las diferentes patologías a la luz de su teoría, cuyo desarrollo partió de la necesidad de comprensión de determinados procesos psicóticos. Se explicita —por ejemplo— la inaplicabilidad de la teoría a la psicosis paranoica y se extiende el “caso límite” a un cuadro llamado aquí “psicosis fronteriza”.

Es de destacar el aporte que la experiencia del autor hace a la técnica psicoanalítica aplicada al tratamiento de la psicosis. Partir de la base de que lo que el psicótico enuncia está en la “urdimbre” básica de todo ser humano, propicia un acercamiento al enfermo, (no solamente en actitud libre de prejuicio) sino desde una posición profundamente humana, que Garbarino

expone en algunos ejemplos clínicos conmovedores. “Uno debe volverse continente de las ideas delirantes del paciente, de modo de ayudarlo a resolver su delirio que se vuelve así una locura compartida” —explica el autor. Y en otro momento añade: “Pensar que los psicóticos están fuera de la realidad es tomar nuestra realidad como la única existente.” No sería preciso destacar que estas conceptualizaciones, que atacan la protectora barrera instituida entre “salud” y “enfermedad”, dan cuenta del intenso compromiso del técnico—teórico con sus pacientes, quienes se erigen —como es tradición en la disciplina psicoanalítica— en “maestros de los maestros”.

Los artículos de otros autores, incluidos en este libro, se atienen a la aplicabilidad de la teoría a diversas entidades psicopatológicas o establecen relaciones abarcativas entre la teoría del Ser y la mitología. Como es natural, cada autor tiene su propia voz y la adhesión a *una* teoría no logra —afortunadamente— uniformizarlos. La clínica se revela, como siempre, enriquecedora y varios casos son presentados aquí para su reflexión. En algunos de ellos la interpretación a la luz de la teoría del Ser, genera controversia, como sucede en los artículos titulados “El Ser en la neurosis”, uno del propio Garbarino en colaboración con Raquel Vidal y el otro de Ema Uslenghi de Naguil. No obstante, se repite un fenómeno conocido: la experiencia analítica y el trabajo de la transferencia, sobrepasan los intentos de teorización a posteriori. Más convincente se revela el artículo de Gloria Büsch “Espacio y tiempo en la agorafobia”, así como los trabajos que tratan el tema de la drogadicción, tal vez porque esos ítems se encuentran en los “bordes”. Para pensar la neurosis desde el punto de vista de esta teoría, parece requerirse cierto forzamiento que sobredimensiona el narcisismo en la neurosis o generan que los casos tientan a ser vistos, más específicamente, como patologías narcisistas.

El último capítulo, dedicado al tema de la “paranormalidad”, implica un esfuerzo para intentar una aproximación explicativa a fenómenos que (como la palabra *índica*) queda (rían) relegados a un “fuera” (provisorio) de la



“normalidad”. Garbarino mantiene la rigurosidad que detenta en relación a los otros campos de aplicación de su teoría, sosteniendo, por las características de lo abordado, el espacio de la interrogación. Por su parte, Lizardo Valdéz, incluye algunos ejemplos que prefiere sustraer al análisis del campo de los fenómenos transferenciales —ya de por sí enigmáticos—. El capítulo en cuestión vuelve a evidenciar la vibrante curiosidad de Garbarino, abierto a la experimentación.

Varios de los artículos incluidos en el libro, adjuntan las discusiones promovidas en las circunstancias en que fueron expuestos como conferencias. Este es un mérito más del autor que demuestra no temer a los cuestionamientos y que se muestra, más allá de la letra escrita, en la voz espontánea y apasionada de las respuestas a sus interlocutores. Constituye también un factor auxiliar al lector, altamente valorable. Permite una discusión amplificada con el texto, puesto que se suman las voces de otros pensadores, psicoanalistas, que en el acuerdo o la discrepancia generan la precisión en la terminología, la ampliación de los ejemplos y muestran “en vivo”, la dinámica de una comunidad psicoanalítica que cultiva la pluralidad teórica.

## Comentario al libro

### “La esquizofrenia en el espejo de la transferencia”\*

*Gaetano Benedetti*

*Fanny Schzkolnik*

Gaetano Benedetti, un italiano que se formó como psiquiatra y psicoanalista en Suiza y EE.UU., nos acerca al tema de la esquizofrenia, desde una experiencia de tres décadas de práctica psicoterapéutica con estos pacientes, que lo ha llevado a publicar numerosos trabajos, todos referidos a la clínica de la psicosis.

Es importante destacar la posición desde la cual se ubica para encarar este tema, que se desprende de sus propias palabras:

*“Los innumerables rostros de tantas de las clasificaciones psiquiátricas son marionetas más ajenas a mí que los extraños signos psicóticos, aunque hayan sido confirmados por todas las aprobaciones de la convención. Nosotros estamos empeñados en permanecer próximos a la vivencia del paciente para deducir los parámetros de esta situación.”*

El libro que presentamos hoy, “La esquizofrenia en el espejo de la transferencia”, fue publicado en Italia en 1980. Y constituye sin duda un aporte

---

\*. Editado por Edelp (Ecole Lacaniene de Psychanalise). Córdoba, Argentina, 1996.

en cuanto a la comprensión de la psicopatología y las características del trabajo con pacientes psicóticos, abriéndonos la posibilidad de transitar por ámbitos que trascienden la neurosis y, en particular, intentando iluminar el camino que nos enfrenta a las opacidades de la esquizofrenia.

Cuando digo que el libro constituye un aporte, no me refiero a sus propuestas en relación a la práctica o sus planteos teóricos, con los cuales podemos coincidir o discrepar, sino a las posibilidades que tiene el autor para llevarnos a estar muy próximos de lo que vive y siente el paciente esquizofrénico, llegando a convencernos, en el recorrido de su libro, de cuánto nos pertenece ese mundo que aparentemente nos es ajeno.

Y desde esa perspectiva, sin las barreras defensivas que también nosotros ponemos frente a la locura, es que podemos pensar, hacer hipótesis acerca de los trastornos psicopatológicos que subyacen a la sintomatología, o plantearnos de qué forma trabajar con el paciente y qué expectativas tenemos en ese sentido.

Mi lectura del texto, me llevó a jerarquizar precisamente este acercamiento que Benedetti, como psicoanalista, tiene con sus pacientes y que por otro lado también logra con nosotros los lectores al hacernos participar de lo que ocurre en el escenario propio del vínculo terapéutico. Y en este sentido su postura, como vimos, es claramente distinta de la que habitualmente asume el psiquiatra clásico. Voy a citar también algunos otros fragmentos que son significativos, como cuando dice que:

*“La imparcialidad de la observación científica nos hace ajenos a las vivencias del paciente.”*

O en la misma línea de reflexión, cuando cuestiona el determinismo biológico de la esquizofrenia:

*“Es un acto de solidaridad con nuestros pacientes el considerar a la psicobiología humana como un conjunto de procesos que se colocan desde el*

*principio en una historia y nunca son enteramente accesibles fuera de ella.”*

Su larga experiencia como psiquiatra le ha permitido seguramente alcanzar una profundización clínica que facilitó sus posibilidades de acercamiento a la psicosis. Pero fue desde su ubicación como psicoanalista, jerarquizando particularmente el papel de la transferencia, que se encontró con el verdadero rostro de la esquizofrenia. Para decirlo con sus palabras:

*“El verdadero rostro de la esquizofrenia surge en lo que el enfermo experimenta en el espejo de la transferencia, siempre que en el terapeuta exista la disposición a escuchar al psicótico y a contactar con sus propias vivencias, relacionadas con las que transmite el paciente, vinculadas a la existencia negativa”... En todos nosotros existen huellas de esas vivencias que en e/paciente tienen este carácter de vacío de ser.”*

La tarea principal, en el trabajo con pacientes esquizofrénicos, tal como la concibe el autor, no puede ser planteada entonces en términos de “objetividad”, dado que el terapeuta tiene que acompañar al paciente en su experiencia de “existencia negativa” para generar un camino de reintegración. Es en esta línea de reflexión que Benedetti destaca la importancia de mantener el respeto por la insensatez, tendiendo un puente delirante con el paciente. La posibilidad del terapeuta de existir en la no-existencia del paciente permite transformarla en existencia a través de una presencia en ella. Dado que como queda dicho en el libro, *“El paciente vive las percepciones que tiene del otro como transformaciones de su propio ser”*.

Esto implica una particular disposición para soportar la situación de parcial desanimación en la que lo coloca el paciente. Pero también, la posibilidad de entender las conductas defensivas frente al pánico de “disolverse” en el terapeuta, como es el caso del autismo. Al contrario de la concepción clásica del autismo, como expresión de una incomunicación con el otro, el autor plantea que la aparente distancia afectiva es una defensa frente a la indiscriminación y

extrema dependencia del otro, intentando alejarlo por temor de perderse en él.

A su vez, esta indiscriminación que lo lleva a participar, en alguna medida, en el inconsciente del otro, da la posibilidad de que, en el vínculo psicoterapéutico, mediante el trabajo del terapeuta con su propia contra-transferencia, se logren resultados beneficiosos. Es importante destacar en este sentido que cuando *ti* autor subraya que el terapeuta refleja el inconsciente del paciente lo vincula al hecho de que en las psicosis el movimiento mismo del inconsciente no puede configurarse si no es a través de la respuesta del terapeuta. De ahí su afirmación de que:

*“Las imágenes inconscientes de los esquizofrénicos son tan amorfas que no pueden estructurarse si no es en la intencionalidad terapéutica, en el modo de situarse el terapeuta frente al paciente. El inconsciente mismo se estructura en la comunicación”*.

Otra manera de plantear este tema y que, desde mi punto de vista, se acerca más a dar cuenta de lo que ocurre en el campo analítico, sería que sólo en la transferencia el esquizofrénico tiene la posibilidad de acceder, en alguna medida, a ser sujeto deseante, en tanto, desde su posicionamiento, el analista lo habilita como tal.

Quisiera detenerme ahora en un punto que me parece imprescindible discutir.

Si bien en algún momento Benedetti plantea la necesidad de permanecer próximo al paciente sin devenir parte de él, tanto en los numerosos ejemplos clínicos como en sus reflexiones acerca del vínculo entre terapeuta y paciente, destaca particularmente la importancia de lo fusional.

¿Qué quiere decir realmente su planteo de compartir el delirio con el paciente o la identificación con él que se expresa en los sueños del terapeuta y que por otra parte comunica a su paciente como parte del proceso terapéutico?

El autor parece contestar a estas preguntas con su concepción acerca del papel que desempeña la transferencia–espejo en estos casos:

*“El paciente vive en el terapeuta una parte de sí y este fenómeno debe ser*

*tolerado por el terapeuta en función de que en tal transferencia–espejo el paciente llegue poco a poco a articular su propia identidad... El enfermo opera un trasplante de sí en el terapeuta. Y el terapeuta, aún sin pronunciarse en relación a los aspectos formales del delirio, acepta el trasplante, el injerto, en el sentido de su relación simbiótica con el inconsciente de su paciente.”*

Y más adelante agrega:

*“El paciente, por un proceso de identificación, se convierte en parte de la subjetividad del terapeuta “.*

Pero se hace difícil acompañar esta propuesta que apunta a instaurar un vínculo especular, dual, simbiótico, de “ósmosis” entre terapeuta y paciente, sin tener en cuenta suficientemente la necesidad de que el terapeuta trabaje, en la medida de lo posible, buscando la discriminación, desde un lugar tercero que rompa con el encierro de lo fusional y permita que algo del orden de lo propio pueda advenir en el paciente.

Benedetti propone:

*“La asimetría analítica debe ser neutralizada completamente por una relación de simetría en el inconsciente en la que una persona se realiza a través del otro y viceversa... La confusión de identidad terapéutica es paradójicamente un modo de superar la confusión de identidad patológica de la que surge la psicosis”.*

Este objetivo, que instaure, como dice el autor, una “relación recíproca” entre el paciente y el terapeuta apoyada en un interjuego de identificaciones, parece riesgoso.

Pienso que se pierde la necesaria asimetría que, a través de una diferencia de lugares, habilita también a otras diferencias. Y me parece difícil que en estas condiciones el paciente pueda llegar, como dice el propio Benedetti, a encontrar su identidad, identificándose con el terapeuta y al mismo tiempo distinguiéndose de él. Creo que es desconocer, por un lado, las características propias de las identificaciones en estos pacientes, que tienen un carácter masivo,

por su cualidad narcisista arcaica, cerrando el camino al sujeto como tal. Y por otra parte, me parece que no tiene en cuenta suficientemente, que el peso de la desmentida de la alteridad constituye en ellos uno de los obstáculos más difíciles de vencer, en tanto configura un modo de relación con el otro que no sólo rige los vínculos del paciente sino que incluye a sus padres y se extiende incluso a lo transgeneracional.

Lo que sí me parece compartible tiene que ver con afirmaciones próximas a lo que se desprende también de las concepciones de Bion acerca de la función alfa o la también llamada función revene, en el terapeuta. Benedetti lo dice con sus palabras refiriéndose a la posibilidad de reconstruir la propia identidad a través del otro:

*“El terapeuta llega a convertirse en el espejo de las partes desintegradas del paciente y organizarlas.”*

Otro aspecto al que quisiera referirme es el punto de vista psicopatológico que adopta el autor jerarquizando particularmente las fallas en la estructuración del yo, que constituyen una amenaza permanente de fragmentación y desestructuración psíquica, dando lugar a una disolución de las categorías de espacio y tiempo y una alteración de la relación conciencia–preconciente, que impide acceder a un sentido de pertenencia que permita discriminarse del otro. Los efectos de esta desestructuración dan lugar a lo que él llama “existencia negativa”, para referirse al sentimiento de vacío y de no existencia que inunda a estos pacientes.

Creo que no es suficiente pensar en una falla a nivel del yo, dado que es todo el psiquismo que está comprometido y al decir esto abandonamos una perspectiva puramente intrapsíquica para tomar en cuenta lo inter y lo trans–subjetivo.

Si bien en el libro queda planteada en alguna medida la incidencia de la patología familiar, no aparece con la jerarquía que a mi entender tiene en estos casos. Benedetti menciona algunas características de las familias de los

esquizofrénicos, (como la existencia de las transferencias recíprocas en la familia, la evasión familiar de la realidad, los vínculos perversos del niño con sus padres) pero no se interna en la complejidad relacional en la cual queda inmerso el paciente con su familia.

La “existencia negativa” no es sólo una consecuencia de un derrumbe del yo, sino también de un agujero representacional que responde a carencias a nivel del preconciente (que forma parte del yo), pero también están afectados, el superyo y el inconsciente en general. No sólo un yo débil que se fragmenta, sino también un predominio de defensas primitivas a nivel familiar que dan lugar a una dificultad en la constitución de la represión. En las complejidades del proceso de identificación primaria, como lo ha planteado en nuestro medio D. Gil, se instaura en estos pacientes un agujero a nivel del ser. Es lo transgeneracional no simbolizado que retorna desde el inconsciente de los padres.

Cuando hablo de esto, no me puedo olvidar de algo que dejó una marca importante en mí y es que, por la década del 70, cuando cursaba los Seminarios de A.P.U., C. Plá, a quién seguramente muchos de Uds. conocen, insistía en su Seminario de Psicosis en la idea de que lo verdaderamente psicótico es ese agujero representacional, al que sólo podemos conocer indirectamente, como sucede con la vivencia de catástrofe interna y el delirio del fin del mundo, del que hablaba Schreber.

Otro aspecto que me parece interesante comentar es que al clásico concepto de regresión esquizofrénica, le agrega la noción de creación de algo nuevo, lo monstruoso, que surge por los procesos de disociación y fragmentación que sufre el paciente en su psiquismo. Hay una disociación desestructurante y una neoformación de complejos que reúne cosas diferentes, condensándolas. Se crean nuevas entidades lingüísticas y conceptuales que dan lugar a las características peculiares que tienen las asociaciones en estos pacientes.

Con respecto a lo monstruoso, creo que no sólo se puede pensar en relación a



los procesos de fragmentación, sino que también se vincula con algo del orden de lo ominoso, que habla del predominio de la pulsión de muerte. “Interiorización de áreas de muerte de la vida familiar”, como dice Benedetti. Lo familiar que se vuelve extraño e inquietante y que en estos pacientes adquiere muchas veces una dimensión importante en relación con lo indiscriminado de sus vínculos con los otros y la ajenidad en relación con ellos mismos.

Comentario al libro  
“Cuando la educación hace síntoma”  
*Rosina Cardozo Cuenca, Luis Correa*

*Maren Ulriksen de Viñar*

Los autores, Rosina Cardozo Cuenca y Luis Correa, a través de un trabajo de fina artesanía, profundizan en uno de los problemas más acuciantes de nuestra realidad actual: la educación del adolescente. Desde la apertura del texto, apreciamos la exactitud en el planteo acerca de la complejidad de las determinaciones en los procesos de interacción entre las carencias socio-económicas y los rendimientos en el aprendizaje de los liceales.

Señalan como a pesar de que el proceso de democratización del Uruguay en la última década ha abierto las puertas de la educación secundaria a muchos miles de jóvenes, este grupo etario no recibe respuestas adecuadas a su demanda educativa, social y afectiva. Las expectativas de mejoramiento de la economía y el bienestar del Uruguay en este fin de milenio, no podrán cumplirse si su capital más valioso, los niños y jóvenes de hoy, no reciben, de la sociedad en su conjunto, la mayor atención que posibilite el desarrollo integral de su personalidad, base indispensable para el ejercicio de la ciudadanía en una sociedad democrática. Desde el lugar que cada uno ocupa, asumir la responsabilidad social en esta vasta temática implica deshacerse de viejas pasiones, de concepciones binarias y maniqueas de la sociedad, y disponerse a interrogar y hacer evidentes otros factores, aún poco conocidos y poco

valorados, de gran incidencia en el proceso enseñanza- aprendizaje, y particularmente disponerse a interrogar el modo en que el propio quehacer profesional y la institución educativa están capturados en concepciones y prácticas que no corresponden ni a las necesidades ni menos aún a las carencias de la juventud de hoy. Son estos, a mi entender, algunas de las virtudes del desafío que emprenden los autores en su recorrido teórico y de investigación.

Trabajando en la concepción moderna de multifactoriedad determinante del proceso de aprendizaje, ponen en tensión para hacerlos dialogar, recursos teóricos y metodológicos que reúnen la propia experiencia pedagógica, la formación psicoanalítica, el dominio de la exploración psicológica, y la capacidad de escuchar lo individual, singular, en el contexto institucional y socioeconómico.

Sin negar el peso de factores macrosociales y económicos determinantes en este malestar, desadaptación, fracaso y deserción liceal de los jóvenes, que se muestran en correlaciones incuestionables con los índices de necesidades básicas insatisfechas, los autores proponen estudiar la educación en tanto “hace síntoma”. Esta perspectiva no niega la imprescindible necesidad de atender las determinantes macrosociales; pero no se queda allí, da un paso más allá en el análisis al enfocar la mirada en aquellos nudos de conflicto que toman como escenario para desplegarse en “síntoma” los distintos niveles relacionales en el ámbito de la institución educativa. Estos conflictos, puntos ciegos, que en general caen bajo la vara de la evaluación del rendimiento en el aprendizaje, son posibles de revelar cuando el docente está apoyado, sostenido, por un equipo multidisciplinario cuya acción permita poner de manifiesto el lado oculto del síntoma.

Este nuevo conocimiento, que incluye tanto al alumno como al educador y a su interacción, pone en evidencia determinantes en las conductas que permiten la comprensión del sufrimiento subyacente al síntoma. La institución educativa, lugar natural de encuentro de jóvenes entre sí, y con los adultos, puede y debe

cumplir en el curso de la adolescencia, la tarea de ofrecer al joven referentes adultos que le permitan tramitar —en su psiquismo y en sus actos— las transformaciones mentales del complejo pasaje de la infancia a la vida adulta.

La propuesta de creación de un departamento multidisciplinario, psicopedagógico, que lleve adelante la investigación y la integración de conocimientos que permitan una reflexión de los problemas del aula y sus actores, surge con fuerza convincente luego de la lectura del trabajo. Es de destacar como la ausencia de recursos para la investigación, obliga a un despliegue de esfuerzo y creatividad de los investigadores para lograr conformar un equipo de colaboradores honorarios psicólogos y estudiantes para llevar adelante la investigación.

Es desde estos principios que los autores despliegan una creatividad metodológica poco utilizada aún en el país, interrogando datos cuantitativos desde una mirada cualitativa, para lo cual se necesita un gran compromiso personal del investigador. Esta segunda mirada sobre los datos, es posible cuando el investigador ha logrado empaparse de la dramática de las vivencias del joven. Es en el tiempo a posteriori, por un trabajo interno, de procesamiento no siempre consciente, que surgirán creativamente nuevas preguntas e hipótesis para comprender la posición del otro, el estudiante en este caso. Surge en esta aproximación lo que el joven talvez busca con más desesperación: la mirada subjetivante, de reconocimiento de un adulto, que opere como apuntalamiento en la construcción de su identidad.

Llegamos a un eje central del campo intersubjetivo: el reconocimiento de la singularidad de cada joven, y de su momento y condiciones de estructuración subjetiva. Los autores destacan en sus conclusiones que en el meollo de la dificultad de estudiar y aprender está algo más radical, “se trata del que no sabe de sí, del que no tiene completamente formada su identidad.”

Pensar, hacer trabajar estas problemáticas son, tanto como conseguir los

recursos humanos y materiales suficientes, una responsabilidad ineludible para la transmisión de una cultura democrática.

Maren Ulriksen de Viñar.