

HUELLAS

Conversatorio II:

Lo siniestro. ¿Cómo actúa el analista cuando también está en riesgo?

NORBERTO MARUCCO* Y ROOSEVELT CASSORLA**

En este generoso conversatorio, los doctores Norberto Marucco y Roosevelt Cassorla nos comparten su experiencia personal y algunas anécdotas que nos dan mucha luz de cómo enfrentar y qué hacer con lo siniestro, con el duelo que representa la muerte y con la realidad social, los fanatismos y su sabio consejo de cómo trabajar con los pacientes en estos tiempos aciagos.

Norberto M.

Hay un momento en la clínica de una sesión donde uno como analista ya no escucha lo que Lacan llamaría “el golpe del significante”. ¿Qué quiere decir esa expresión, “el golpe del significante”? Es cuando la asociación libre enmudece, se queda muda. Pero cuando digo: “se queda muda” no es por resistencias, al estilo de Freud; cuando el paciente dice: “No sé, no tengo nada más que decirle” es porque algo se le está ocurriendo en relación al analista, y que es la aparición de la transferencia como resistencia. No, acá de lo que se trata es de un silencio, silencio. Un silencio vacío y un silencio a-representacional; no hay representaciones. Importantísimo en la clínica de hoy poder distinguir aquello que pasa por el lado de la representación de palabra y aquello que aparece como un vacío, como un silencio.

Esto es muy importante en la técnica, porque ¿qué hace un analista de hoy frente a esto? Quizás tengamos coincidencias y

*Norberto Marucco
Psicoanalista Titular
en función didáctica
de la Asociación
Psicoanalítica de
Argentina (APA).

marucconor@gmail.com

**Roosevelt Cassorla
Psicoanalista Titular en
función didáctica de la
Sociedad Brasileña de
Psicoanálisis.

roocassorla@gmail.com

algunas diferencias con Roosevelt, pero creo que deben ser más las coincidencias. El analista del pasado, podríamos decir el analista “clásico”, lo que podría hacer es quedarse en silencio. Ustedes saben que hay un trabajo de un analista francés, lacaniano, Octave Mannoni, un tipo capaz, muy serio, que tiene un trabajo que se llama “Todo un análisis sin que el analista hable”. Un ejemplo de cómo se pensaba 50 años atrás. El analista silencioso, mudo, abstinente totalmente, y un paciente que iba a desplegar sólo su análisis representacional. Desde el punto de vista clínico, me impacta. Hoy me impacta como me impactó en aquel momento. Pero desde el punto de vista teórico, podría ser hasta comprensible que, si un paciente fuera solamente neurótico y tuviera todo el capital representativo bueno y hubiera una buena transferencia positiva, el analizante se analizara solo.

Interesante. Perdónenme si planteo cosas que son contradictorias, pero el psicoanálisis tiene cosas contradictorias. Por un lado, la ética psicoanalítica prohibiría: “Nunca tenemos que crear un paciente a imagen y semejanza nuestra”. ¿Cuál sería la mejor manera de no crear a imagen y semejanza? No hablar. Si uno habla, lamentablemente, cuando habla, dice algo de lo que desea, dice algo de lo que quiere o dice algo de lo que odia. Quiero decir: la idea de un analista totalmente abstinente es una idea que ha criticado la ciencia. La ciencia hoy en día, en el 2021, no es objetiva totalmente. El que mira por un microscopio no ve lo mismo que otro. Ve algo que además pone él, sus teorías previas, etcétera, etcétera.

Entonces si no es uno abstinente, ¿qué hace cuando un paciente se queda

en silencio, no por resistencia, sino por vacío? ¿Y qué quiero decirles con “vacío”? Una madre y un padre que no invisten eróticamente a un niño, eso es vacío. Perdón que lo ponga en la madre, pero me parece que es un ejemplo simbólico que quiero dar, más representacional de lo que es la cultura del siglo pasado, donde la madre ocupa un lugar mucho más preponderante que lo que puede ocupar ahora que está muy pareja con el padre, o queremos que esté más pareja. Pero esta madre, con los ojos opacos porque no desea a su hijo, lo que transmite al hijo es los ojos opacos, ojos vacíos, muertos. Esto lo desarrolla Green maravillosamente en un artículo, que se ha vuelto un referente académico conocido en el mundo entero, que se llama “La madre muerta”. Esto queda inscrito en el psiquismo porque, después, el chico, ese niño, aunque vaya a un colegio, a un jardín de infantes, y se case y tenga hijos, lleva una inscripción ominosa, siniestra, de estar con una madre a la que no le brillan los ojos, que cuando viene la comida es una comida que no es tibia, es fría aunque esté caliente. ¿Se dan cuenta de esta imagen? Bueno, esta imagen aparece en el campo analítico. Aparece no en pacientes graves solamente, en cada uno de nosotros, porque voy a decir algo por ahí chocante, pero cada uno de nosotros ha tenido una madre muerta. Porque cuando Winnicott dice “una madre suficientemente buena”, ¿qué quiere decir con la “madre suficientemente buena”? Quiere decir que, de algún modo, nadie es enteramente bueno, nadie tiene los ojos siempre brillosos, y en los momentos en que no están brillosos, esto también constituye al sujeto humano.

Lo ominoso existe en el hombre que creó una ambivalencia por la cual

uno puede estar bien y puede estar mal. Obviamente los desequilibrios, de un lado o del otro, son significativos. No es lo mismo una pareja deseante de un hijo que una pareja no deseante de un hijo. Voy a referirme a una situación actual que puede ser complicada: cuando en el mundo, en Argentina por ejemplo, se discute y se aprueba el aborto. A mí me parece que el aborto no es una cuestión solamente de derecho femenino. Es una cuestión de derecho del hijo. Un hijo tiene derecho a ser deseado cuando va a nacer, y si no es deseado, es preferible que no nazca. Puede ser duro esto, pero es mi manera de verlo. O sea, un hijo no deseado es un hijo condenado. Entonces, ¿por qué hacerlo vivir una condena cuando los seres humanos podemos desear o no desear? Son cosas que movilizan las culturas actuales. En la época de Freud, cuando muere Sofía, la hija, que muere en el 19, en plena gripe española, que mató a un tercio de la población de Europa, Freud le escribe a un amigo: “Estoy indignado”, frente a la medicina de esa época y a los ginecólogos que no aceptaron un aborto aconsejable por cuestiones de salud, pero nadie quería hacérselo. Ese niño —ustedes sabrán la historia— es el nietito del *fort-da*. Ese nietito del *fort-da* muere a los 8 años de una manera extraña.

Toda esa historia tiene que ver con esto que les digo. Llegado un momento de la sesión, el paciente calla; no es resistencia, es vacío. ¿Qué hace el analista? Es ahí donde empieza a aparecer un cuestionamiento teórico a la clínica. La clínica me dice a mí, Norberto Marucco: “Pará, ¿qué haces? No podés interpretar la resistencia, no podés interpretar amor de transferencia cuando no hay nada”. Es ahí donde, yo digo, la contra-

transferencia empieza a aparecer con un rol significativo. El vacío: ¿quién lo llena?, ¿el otro? El otro no lo llenó en su momento; ¿cómo hacemos ahora?, ¿repetimos lo mismo, el silencio de Octave Mannoni durante todo un análisis para que el paciente recree qué?, ¿nuevamente el vacío? ¿O tendré que tener una actitud de cuidado libidinal, como yo digo, de apuesta pulsional para, de alguna manera, cubrir ese vacío que trae de otro momento de su vida y que aparece en un momento del análisis?

Importante, entonces, la contra-transferencia que emerge como un dispositivo teórico y clínico. Yo creo que, en el fondo, todos somos pacientes *borderline*; hay que quitarle el prejuicio psicopatológico; yo no creo mucho en la psicopatología. Sí creo en los funcionamientos psíquicos, y sí hay funcionamientos psíquicos que son más “patológicos” que otros.

Ahora, ¿qué es la contratransferencia? Es lo que yo asocio en ese momento que estoy con el paciente. Se me ocurre asociar; pensé en César Botella —interesantísimo—, él tiene un paciente que está en un momento de vacío, y él asocia con la viuda negra, la canción, la melodía de la viuda negra, y con la melodía de la viuda negra va construyendo una fantasía que tiene el sentido de rellenar el vacío. Esto es muy interesante porque ese relleno son las construcciones de las que hablaba Freud. No son históricas, son rellenos fantasiosos; es crear una fantasía, es la teoría del campo de los Baranger. Ahora, yo digo que hay algo más todavía, cuando ese silencio no se llena con la fantasía del campo, la fantasía contratransferencial representativa. Fíjense: a César Botella le suena la música de la viuda negra alegre adentro de

la cabeza, y él hace asociaciones sobre la viuda alegre que le da al paciente, representaciones de palabras. De la música, del sonido, a una representación de palabra. Hay inscripciones que van más allá de la representación de palabra. Son inscripciones musicales, de sonido, inscripciones de tacto, de calor o frío. Todo un mundo de inscripciones que quedan ahí, en el aparato psíquico, que de pronto el análisis devuelve a la vida.

¿Qué pasa cuando esto no se puede rellenar con palabras, como la música de la viuda alegre? Bion establece algo que llama “la capacidad de ensoñación”, la capacidad de *rêverie*. Green le da un nombre muy interesante, que es capacidad imaginativa, “contratransferencia imaginativa”; yo lo llamo “contratransferencia ampliada”. Pero ¿esto qué significa? Que en algún momento yo tengo que conectarme con el inconsciente del paciente. Tengo que conectarme con eso que no tiene palabras, que a veces es una sensación de frío que me corre por la espalda. De pronto voy a apagar el aire acondicionado porque tenía frío, este frío que me corre por la espalda, que yo ahora puedo atribuir al aire acondicionado, es de la realidad, y también debe ser algo que tendría que ponerme a pensar, algo que está pasando entre ustedes y yo, y que me pasa a mí, frío de que ustedes no me entiendan, frío, etcétera, etcétera.

Ahí el analista tiene otra función frente al acceso de lo ominoso, que es poder entender sus sensaciones, sus vivencias, algo que va más allá de un encuentro de palabras. Un encuentro afectivo. Un encuentro de emociones. Hay algo más que despierta lo ominoso, y lo que despierta lo ominoso, en el analista, es también el inconsciente no analizado del analista. Esto es para mí muy signifi-

cativo. No hay nadie que esté analizado del todo, no existe. Pero sí existe que un paciente, con su singularidad, evoque en mí lo que Freud llamaba “los puntos ciegos”. ¿Qué son los puntos ciegos? Es algo que nunca llegó a ser analizado y que lo despierta un paciente. Este inconsciente no conocido por uno, y que aparece nuevamente, es uno de los medios más importantes para poder acceder a eso ominoso que aparece en un momento dado de la sesión.

Dos cosas importantes que quiero decir: una es como un deber ético. Me parece que un analista, si es analista, tiene que estar comprometido con el análisis; quiere decir que, cuando uno no entiende algo, uno como analista debería tener la posibilidad de hablarle a un colega; por ejemplo, le hablo a Cassorla y le digo: “Roosevelt, ¿me puedo analizar con vos diez sesiones, quince sesiones, cinco?”; lo que sea, y poder destrabar ahí donde me trabé, o supervisar. Pero es otro modo de pensar el análisis, de qué hacer con lo ominoso.

La otra cosa es que yo creo que lo que más daño le hace al psicoanálisis es el dogma, ser dogmático. Yo me siento cómodo con todas las teorías, pero nadie me puede decir lacaniano ni bioniano, no. Aunque hay una tendencia, seguramente la gente pensará de mí que soy freudiano, que soy... lo que sea, pero yo pienso que los “ismos” van cerrando el psicoanálisis. Que cuando no hay debate intrateórico entre Freud, Lacan, Winnicott, Klein, etcétera, etcétera, el psicoanálisis se va apagando. Mientras que se revitaliza cuando puede uno discutir entre las diferentes teorías, pero discutir en serio. ¿Qué quiere decir “discutir en serio”? Lograr un psicoanálisis integrado donde yo pueda decir: “Aprovecho esto

de Freud, aprovecho esto de Klein, aprovecho esto de Bion, aprovecho 'la capacidad de *rêverie*', 'el significante' de Lacan". "Voy a tener un psicoanálisis integrado, ¿para qué? Para aumentar mi caja de herramientas, para poder curar mejor a los pacientes, para ayudarlos a que no tengan o a que disminuyan su padecer".

Me parece que pudiera ser oportuno si el Doctor Cassorla quiere ampliar este tema del encuentro con lo ominoso, y si quisiera ampliar un poquito de este concepto del *enactment crónico* y cómo lo rompe este *enactment agudo*. Laura Mejorada comentó también que esto del *enactment agudo* habla de lo sutil y profundo de ese tejido que realizan en sesión el analista y el analizando.

Roosevelt C.

Sí, yo quiero aprovechar lo que nos dijo Marucco y describir un ejemplo de un *enactment crónico*, que sería un paciente que no habla porque tiene un vacío, y un analista que no habla porque tiene una técnica racional que le dice que él tiene que quedarse callado. Estamos en un *enactment crónico* porque cada uno está, los dos están fuera, de alguna forma identificados, por increíble que parezca, porque los dos están viviendo en el vacío. Hay un vacío y hay un analista que se rehúsa a llenar ese vacío, y también se queda en el vacío, aunque sea un vacío racional. Entonces lo que llamamos *enactment crónico*, estoy forzando un poco, es cuando paciente y analista se fusionan y se identifican mutuamente, y no consiguen percibir. El problema es que pueden percibir parte, pero no lo suficiente, y se constituyen dos tipos principales de colusiones.

Podríamos decir que el *enactment* es una colusión que se manifiesta como

una escena teatral, por eso "*en-actment*". *Enactment* es "colocar en acto", pero —curiosamente— *enactment* también es un término jurídico que significa "decreto", "tú tienes que hacer". Por eso es que la palabra *enactment* en inglés no podemos traducirla al español o al portugués porque no tenemos una palabra que diga al mismo tiempo que es una escena colocada en acto y que está obligado a colocar porque es la repetición del trauma o, mejor, el congelamiento del trauma. El trauma está congelado en esta fusión.

Como les decía: hay dos tipos principales de *enactment*. El más fácil de identificar es *enactment de idealización mutua*. Es fácil de identificar porque el paciente es muy agradable, ¿no?, es muy agradable tener sesión con ese paciente. El paciente cree que el analista es también muy agradable, y los dos siguen trabajando agradablemente, pero no entran en contacto con lo traumático, con lo difícil, con la realidad, porque es como si cada uno tapara el contacto con la realidad; entonces se ciega el contacto con la realidad. Claro que hay momentos de idealización, eso es parte del proceso analítico, pero a veces eso ocurre de forma crónica; pero ni el paciente ni el analista se dan cuenta de una manera suficiente. Yo siempre les digo a mis colegas más jóvenes, mis supervisados, que no necesitan traerme sesiones que tienen dificultades, que por favor me traigan las sesiones en que está todo ocurriendo muy bien. Si está corriendo muy bien hace mucho tiempo, tal vez estamos ciegos para alguna cosa que no puede aparecer. Siempre que algo está yendo muy bien: ¡cuidado! Porque la vida no es todo ir muy bien, la vida es traumática, la vida es turbulenta,

la vida tiene odio y amor, tiene resistencias, cariños y muerte.

El otro tipo de *enactment crónico* es el sadomasoquista, en que paciente y analista se están peleando todo el tiempo. Es una disputa en donde cada uno quiere sentirse superior al otro, pero —curiosamente— ellos no se dan cuenta exactamente de lo que está pasando. Tienen alguna idea, pero no se dan cuenta. Bueno, eso puede durar para siempre y tenemos análisis interminables, o eso puede en algún momento interrumpirse porque el paciente se va. O, en algún momento, el analista no entiende lo que pasa y no inviste más pulsionalmente y, en fin, el proceso termina. Pero en la mayoría de las veces, por lo menos en lo que yo he visto, ocurre el *enactment agudo*, o sea, hay alguna cosa que emerge y rompe esa colusión dual.

Estamos hablando de cosas terribles, de ominoso, de pulsión de muerte, de desobjetalización, de desconexión, y yo me acordé, mientras Marucco hablaba, de un chiste que quizás conozcan. De aquel analista que tuvo un infarto de miocardio y se murió, y todavía atendió cuatro pacientes. ¿Qué es esta broma? Es un *enactment agudo*. Es una forma de deshacer lo que está pasando. Si, por ejemplo, viene a la cabeza del analista esta broma, o del paciente, o algo parecido, se está deshaciendo el *enactment crónico*. Claro que hay otras formas con las que eso se deshace. Como ya vimos en los casos que yo presenté, de cuando el analista se quedó con la mano paralizada y percibió que había una colusión de idealización mutua, y cuando el analista no recibió el trabajo del paciente, cuando el analista le dijo: “¡No!, no quiero tu trabajo”. Entonces se deshizo el

apasionamiento y ahí se pudo percibir lo que estaba pasando.

O, en el otro caso, que Marucco conoce porque lo discutimos en el Congreso de FEPAL. El caso de la analista que tiene el sueño o la imagen, la *rêverie*, no importa el nombre, de comida y, de repente, aparece la comida dentro de su cabeza y ella no entiende por qué está preocupada con la comida que tiene que hacer para el almuerzo, y después descubrimos que la comida representa el vacío y representa la necesidad de llenar ese vacío. Entonces, ahí sí, cuando surge la comida, de alguna forma, se deshace el *enactment crónico de desconexión*. Ahí es un tercer, cuarto, quinto *enactment crónico* porque las dos estaban desconectadas y no se daban cuenta; o, mejor, los tres estábamos conectados: el paciente, la analista y el supervisor. Pero esa desconexión no es falla de la función analítica, no. La falla de la función analítica sería si el analista y el supervisor no percibieran lo que ocurre. La desconexión está ocurriendo dentro de la mente del paciente, los vacíos que necesitan ser rellenados, los ojos no brillosos de sus padres que constituyeron un vacío, y ese vacío se va a repetir en el campo analítico, en cada persona a su manera.

Estoy totalmente de acuerdo con Marucco en la importancia de no ser dogmático, teórico. No digo que no tienes que conocer la teoría, pero la teoría no es para llevarla al campo. La teoría es la caja de herramientas que dejamos al lado para entender lo que pasa después de la sesión. Nosotros no tenemos que entender lo que pasa en la sesión. Cuando tenemos una relación sexual, no tenemos que estar observando qué pasa. Tenemos que tener la relación, cualquier

relación, la tenemos con toda el alma; después podemos pensar lo que pasó. Después los dos podemos pensar lo que pasó, y el pensamiento viene naturalmente cuando las cosas funcionan.

La discusión, el intercambio entre colegas, es lo más importante, y yo les digo que el intercambio clínico es importante porque a veces me parece que el intercambio teórico se queda vacío por motivos muy simples que uno no escucha al otro y cada uno escucha al otro según sus puntos de vista. Porque, muchas veces, nosotros no conocemos suficientemente la teoría del otro o la manera en que el otro trabaja. Es muy difícil soportar el trauma de la alteridad, el otro es otro. Entonces yo intento adaptar lo que el otro me dice a mi teoría, y el otro tenderá a adaptar lo que yo le digo a la teoría de él. Para hacer una discusión teórica, las personas tienen que estar muy seguras de su deseo de conocer al otro, y no de intentar adaptar lo que el otro le dice para sí. Por ejemplo, un analista de la psicología de Yo está describiendo alguna cosa, y el analista winnicotteano le dice: "Pero eso que tú dices ya Winnicott dijo así, así, así". Pero no es lo mismo; no es lo mismo porque son momentos diferentes de la teoría. Puede ser algo parecido, pero no es lo mismo porque son referentes distintos. Yo creo que las discusiones más importantes ocurren cuando los analistas de orientaciones diferentes están frente a la clínica. Tenemos un caso, es un paciente; tenemos que ayudar a ese paciente: "¿Cómo lo veo? ¿Cómo tú lo ves?". Ahí surgen los *working parties* que tienen tanto éxito, o están las reuniones en que los analistas van a discutir clínica de una forma honesta y con la intención de oír al otro. Así lo hacemos, aunque no en-

tendamos muy bien la teoría del otro, pero alguna cosa resuena y nos ayuda a que nuestra caja de herramientas se enriquezca. ¿Cómo le hace el analista para sostener esto cuando él mismo está en riesgo? ¿De qué echa mano el analista para mantenerse suficientemente cuerdo ante una situación así?

Norberto M.

En general, estoy en un todo de acuerdo con el Dr. Cassorla, pero algunas puntualizaciones serían importantes para que la gente que nos escucha, Roosevelt, pueda ver cómo nosotros podemos debatir, cómo podemos reconocer al otro. Esto que dijo Cassorla con el problema de la alteridad es decisivo. Ahora, el problema que plantea Roosevelt es que reconocer al otro es traumático, pero también es creativo. Este es el problema, digamos: lo que la gente no sabe es que encerrarse en el fanatismo es empobrecerse. No se protege con el fanatismo. La gente cree que se protege cuando se va muriendo. Este es el problema de tomar, digamos, el *enactment crónico*, como definía Roosevelt. El *enactment crónico* de un analista sentado en su sillón y un paciente recostado en el diván durante 20 años sin que pase nada, simplemente acompañándose en ese fanatismo puro que tiene la sociedad en la actualidad, es una tendencia al narcisismo, es una tendencia a la muerte, a la desinvestidura. Es el analista que vive de la compañía de sus pacientes. Son los pacientes que equilibran su vida gris, oscura, a través del contacto con un analista que, en el silencio, lo acompaña. Bueno, esto no ocurre sólo en el análisis, ocurría antes en los asilos neuropsiquiátricos. Ocurre a veces en hospitales generales donde un individuo puede quedar internado

por una enfermedad crónica durante muchos años. Ocurre en las prisiones, donde muchos personajes complicados terminan ahí encerrados, en una situación dual y narcisista. Tomen en cuenta el tema de los delincuentes y los carcelarios, es una patología que tiene que ver con esto narcisista. Entonces, ¿cómo no ver que este narcisismo se transforma en términos más actuales, en un *enactment crónico* que a veces igual se sale, para tomar el ejemplo que daba Roosevelt, a través del infarto de uno de los dos, del analista o del paciente? El infarto, en ese sentido, el soma, explica algo en lo cual creo que Cassorla y yo vamos a estar de acuerdo: la clínica tiene que ayudarnos a crear una teoría compartida que podamos transmitir. No sólo transmitir la experiencia clínica. Transmitir lo que aprendemos de la experiencia clínica para transformarlo en una teoría lo más abarcativa posible.

Yo, dentro de esta teoría, entiendo que la pulsión, eso que pulsa y que me hace estar acá con ustedes y, dentro de un ratito, estar con mi familia, con cuidados y con protección, tomando una merienda; esta pulsión, si no se representa, si no tiene una significación, se descarga y se descarga, ¿cómo?, con el acto, el acto delincencial, la cárcel; el acto somático, un infarto; o con el acto analítico, que es una idealización de la transferencia y de la contratransferencia por años. Esto es tan peligroso como lo es el COVID, o sea, el COVID para mí no es otra cosa, cuando es nada menos que la presencia de la dualidad encarnada en la realidad. Es un *führer*, el COVID es un *führer* que puede meterse en mi casa y matarme; ante el cual tengo que protegerme con un barbijo, con no tocar al otro. Pero ¿se dan cuenta qué es el

virus? Es una cosita que no podemos ni ver, pero, sin embargo, tiene el poder de colonizarnos. El *führer*, Hitler, estuvo a punto de colonizar al mundo, el mundo le prestaba obediencia. Los psicoanalistas famosos: Freud, Lacan, Winnicott, ¿no tienen una corriente de adeptos que lo entronizan como un rey? Esto también es un problema. También uno ha perdido vida en estas idealizaciones, en estos fanatismos, en estos COVID cotidianos. No estoy negando para nada la importancia del COVID. Yo les puedo decir que llevo casi un año encerrado en mi casa, salgo muy poco. Tengo, eso sí, un paciente que tengo que atenderlo presencial —miren qué interesante— porque se trata de una persona de una jerarquía especial, digamos. Tiene un miedo real a ser escuchado por teléfono, un miedo real; digamos: no puedo negarle esa fantasía persecutoria. Entonces lo veo presencial, obviamente, tengo un consultorio amplio, estamos a 4 metros de distancia, los dos cubiertos. Pero lo que quiero decirles es que el COVID es esta imagen de alguien que nos domina con la muerte. Nos amenaza de muerte, nos domina. Nos hace quedar encerrados; nos hace —fíjense— caer en crisis económica de un país porque la gente no puede trabajar.

¿El analista está sufriendo el mismo riesgo que el paciente? Yo digo: hay una diferencia que el analista está analizado. Digo, si uno ve el problema del COVID en el mundo del psicoanálisis, yo no conozco ningún... sí, lamento haber dicho esto, conozco un analista que se murió por COVID, no conozco a nadie más y creo conocer bastante gente en el mundo psicoanalítico. Pero ¿por qué? Porque parece que los analistas tienen la posibilidad de entender yoiicamente

la necesidad de cuidarse de un *führer*, que si uno se cuida no lo ataca. O sea, si yo no le abro la puerta de mi casa, el COVID no entra, no tiene posibilidad de entrar. Ahora, lo que puede hacer un individuo es negar la presencia del COVID y, negándolo, sumergirse en el COVID, ir a buscarlo. Cuando uno va a una fiesta y se contacta sin cuidarse y sin protección con mucha gente, está yendo a buscar el COVID. Suena superyoico, pero es así. Ahora, ¿por qué sí lo hace cierta gente? Lo hacen porque están revelándose a la orden superyoica de estar encerrado. El COVID nos encierra y los gobiernos, obviamente, nos encierran con la ley de quedar en casa. Frente a esta ley, si uno no tiene un recurso yoico para transformar una orden superyoica en una decisión autónoma de quedarme en casa, una decisión de que yo me quiero proteger quedándome en casa, estamos en problemas. ¿Qué hago yo con mis pacientes? Esto es lo que les puedo decir. Y con mi propio problema con el COVID, yo me cuido. Tengo la sensación de que, de la manera como vivo, es difícil que me pueda contagiar; es difícil, no es imposible porque todo en la vida es posible. No se puede asegurar, pero tengo pocas posibilidades. Ahora, con mis pacientes tengo claro que la vida afuera mata, pero que el encierro dentro, si es un encierro sin intercambios libidinales, también mata. El COVID afuera es devastador, pero el efecto del encierro adentro también es devastador.

¿Cómo afecta esto a los niños que nacieron en esta época del COVID? No sólo los niños que nacieron, los que se criaron en este último año. ¿Por qué se cree en todo el mundo que es peligroso que los niños vayan a la escuela? Hemos puesto a nuestros niños ante un dilema

terrible: que los niños pueden contagiar a sus abuelos y pueden matarlos. ¿Se imaginan la cabeza de un chico con esta inoculación de todos los medios? ¿Cómo se tolera eso? ¿No tendrá mejor incidencia para un abuelo y para sus nietos que uno los vea con cierta protección y distancia, a esta idea totalitaria de no vernos casi nunca más? O que los niños tengan la afección de pensar que ellos son los culpables si le pasa algo a los abuelos.

Estoy diciendo todo esto para tratar de pensar: ¿de qué manera podemos ayudar a los pacientes? Una ayuda importante es: yo armo mi vida de manera en que me resulte lo más tolerable posible el COVID. Por suerte, no tuve ninguna persona muy cercana que se muriera, pero eso es una suerte, podría haber ocurrido. Pero eso mismo que podría ser me tendría que hacer ver que la gente también se muere por otras cosas en la vida, y que gente cercana a mí se ha muerto por otros motivos.

Durante la dictadura argentina, yo atendía y yo sabía lo que pasaba en Argentina; no soy de los que decían: “¡No, yo no sabía nada!, ¡no me enteré!”. No, no, yo tenía plena conciencia de lo que estaba pasando. Estaba aterrorizado porque tenía pacientes que eran adherentes de los movimientos de montoneros, etcétera, etcétera. Y yo tenía terror porque, en esa época, si yo aparecía en la lista de algunos de esos pacientes, me mataban a mí y a mi familia. Hubo muchos analistas de esa época que se exiliaron a México, un país que nos recibió generosamente a todo un grupo grande de gente que se exilió, entre ellos muchos analistas. Otros nos quedamos; y decir que nos quedamos, ¿quiere decir que negamos la dictadura? No, no negamos la dictadura. Yo —miren

qué interesante— escribí, casi sin darme cuenta, un ensayo, y fui el primero en Latinoamérica que lo escribió sobre la desmentida útil. La desmentida útil es un mecanismo que Freud eligió en el año 27 para enseñar que el Edipo no sólo se sepulta, no sólo se reprime, sino también se desmiente. Se desmiente la castración, y yo lo interpretaba en ese momento para mantener viva la pulsión, porque si yo, por miedo a la castración, a la dictadura y COVID, me encierro en mi habitación y no salgo, me muero.

Entonces estamos en un dilema. Si yo puedo sentir esto y puedo vivirlo y transmitirlo, puedo enseñarles a mis pacientes que no sobrerrepriman, sino que puedan mantener, dentro del reconocimiento de la realidad, una parte en donde se estructuren fantasías, proyectos futuros, cosas que no se pueden negar que existen.

Vuelvo a plantearles: 1941, 1940, plena Guerra Mundial, Londres atacado con bombas, ¿y qué pasó en esa época? Aumentó el número de niños que nacieron al año siguiente. O sea, la gente tuvo sexo. La gente tuvo acceso amoroso, o sea, esto es lo que tenemos que, de alguna manera, advertir con este ejemplo del COVID, que no arrase con la pulsión de vida y nos deje a solas con una pulsión de muerte idealizada, en la casa de uno. Perdonen mi efervescencia, es un tema que me preocupa y me interesa mucho poder transmitirles. Lo que quiero decir es esto: ¡ojo con idealizar los cuidados extremos! ¡Ojo con negar los cuidados! Esa es para mí la clave que yo entiendo y que trato, de alguna manera, de que mis pacientes entiendan frente al problema de la realidad.

Segundo: este problema de la realidad empuja, toca, reactiva, la imagen

de la muerte. Esto ya es singular en cada uno. Frente a la muerte no tenemos la misma relación que tiene una sociedad. Uno lo vive de una manera, otro de otra. Son distintas maneras de reaccionar; es una base cultural para entender y una base singular. Estoy dentro de una cultura y tengo una singularidad.

Roosevelt C.

Yo voy a dividir los riesgos en tres tipos, basado en mi experiencia que no, no es muy diferente que la de la mayoría de los analistas. El primero es el riesgo de la muerte. La muerte no puede ser representada, entonces es un problema muy serio. Es un trauma constante. Yo tengo una experiencia: los colegas míos del hospital de clínicas aquí, de la universidad, hicieron un grupo. Hay varios grupos, uno para atender a los profesionales, otro para atender a los pacientes; yo me vinculé a un grupo en el que yo superviso, que es un grupo que atiende a los pacientes con duelo. Atiende a los familiares que perdieron a sus pacientes, a sus familiares, a sus amigos. Y cuando la pandemia empezó, nosotros empezamos juntos y, en ese momento, fue una situación extremadamente traumática para los colegas que atendieron y para mí como supervisor. Yo me sentía bombardeado por la muerte por todos los lados, menos por el COVID porque yo me estaba protegiendo, aunque estuviera con mucho miedo, como todos nosotros. Pero esa invasión de personas con duelo que se sentían culpables porque llevaron a su familiar al hospital y el familiar tuvo COVID en el hospital, o porque contaminaron a su familiar, o porque no socorrieron a su familiar a tiempo... Todo eso que sabemos muy bien de los duelos y de las culpas desesperantes, sumado al miedo

que estas personas sufrían. ¿Cómo eso entró dentro de mis colegas? Y ¿cómo entró dentro de mí? Yo creo que los primeros tres meses de la pandemia yo corría riesgos. Riesgos, como dijo Marucco, inclusive de enfermedad, de enfermarme físicamente. Yo tenía conciencia de ello, pero yo no podía dejar de trabajar. Pero, como Marucco dijo, al mismo tiempo que yo y todos mis colegas sufríamos, nosotros sentíamos una vitalidad inmensa porque podíamos hacer intercambio entre nosotros, de nuestras ansiedades. Entonces el momento de la supervisión, que era el lunes de 10 a las 12, era el momento al mismo tiempo más sufrido y al mismo tiempo más creativo, aunque el sufrimiento, evidentemente, era mayor que la creatividad; pero después fuimos capaces de ver cómo nosotros, los que trabajamos, nos quedamos firmes, amigos, una relación de intimidad tan profunda que hasta me emociona ahora. Son colegas que yo ya conocía, pero ya no los veo personalmente desde hace un año, pero seguimos en contacto.

Es el riesgo de la COVID. El riesgo de la COVID es el riesgo de los duelos, de la melancolía, de la persecución, de la amenaza de desintegración y de no saber lo que es la muerte, nadie sabe lo que es la muerte. Yo creo que morir no es ningún problema, el problema es que, cuando uno muere, perdemos la vida, nuestras cosas buenas; perdemos a nuestros amigos, nuestros familiares; y perdemos lo que va a pasar después que morimos. No nos conformamos porque queremos saber lo que va a pasar. Entonces la muerte es básicamente un duelo terrible, múltiple. Eso es el primer riesgo.

El segundo riesgo que, por increíble que les parezca, me hace sufrir mucho más que el primero es el riesgo social,

que tiene que ver con la manera en que nuestra sociedad y nuestros gobernantes lidian con la pandemia. Cómo los gobiernos populistas mienten, manipulan, fanatizan y nos dejan indignados, y nos dejan impotentes, y nos dejan con impulsos homicidas que son nada más, nada menos, que impulso de vida porque tenemos que matar al *Führer*. Yo creo que matar al *Führer* —Marucco va a estar de acuerdo— es un impulso homicida bastante importante, ¿no?, porque es defensivo, porque tenemos que matar al *Führer*.

Ustedes seguro saben lo que pasa en Brasil, que es más o menos lo mismo que pasa en Estados Unidos, y lo mismo que pasa en Hungría, en Polonia, en Turquía, pero aquí yo creo que peor porque hay un grupo muy grande de personas que creen que la Tierra es plana y que no hay necesidad de usar barbijos y que la vacuna no es necesaria, y las mentiras y esa manipulación es tan terrible que estamos tan traumatizados por eso, que una manera de protegernos es evitar las noticias. Cuando yo veo a una determinada autoridad haciendo en la televisión una declaración, o en la radio, apago porque yo sé que voy a escuchar una mentira y me voy a quedar indignado.

Bueno, eso es el fanatismo. Es una cosa terrible porque los fanáticos tienen esa gran capacidad de convencer a gran parte de la población, que necesita de una figura idealizada, un Dios que les da todas las certezas, y nosotros nos quedamos indignados porque no sabemos qué hacer. Es imposible conversar con un fanático porque el fanático no nos va a oír y, principalmente, va a estar seguro que nosotros estamos no apenas equivocados, pero que somos enemigos de él. Entonces, cuando yo voy a discutir con el fanático, el riesgo de

que me peguen o que me lleven preso, me torturen, es muy grande. Claro que —Marucco ya pasó por eso en Argentina— eso nos pasó en otros momentos de dictadura, y estamos aquí, ahora, en una situación parecida, que no es una dictadura, así, franca, pero hay un grupo, ¿no?, que domina todo eso. Estamos en el área de la estupidez. La estupidez es la incapacidad de entrar en contacto con la realidad y creer que la realidad es aquello que nosotros creemos que es. La estupidez es una característica de la parte psicótica de la mente. El fanatismo tiene que ver también con esa parte psicótica, pero es algo un poco más complicado que tiene la estupidez, pero tiene otras cosas, que es más que estupidez, porque el estúpido puede no ver la realidad, pero no se preocupa en convencer a los demás. El fanático está fuera de la realidad, pero tiene que convencer a los demás porque los demás son enemigos por su cualidad envidiosa. Entonces estamos todos ante un COVID y ante otro COVID con que las sociedades —algunas un poco mejor, otras un poco peor— están lidiando.

Tercero: ¿cómo lidiar con pacientes que son fanáticos, que no tienen ningún cuidado con nadie? ¿Cómo el analista se va a comportar? Y si el analista fuera totalmente abstinentes y ve que su paciente adolescente está yendo a fiestas sin barbijo, y vive con sus abuelos, si yo no le muestro eso, yo estoy del lado de la muerte. El arte es cómo comunicarle eso en una forma que sea psicoanalítica, que yo no lo estoy retando, no le estoy llamando la atención, no lo estoy juzgando. Yo tengo que mostrarle a él que está negando, desmintiendo una parte de la realidad que él sabe que existe. No necesariamente mi interpretación va a

funcionar, porque el mismo paciente puede aprovechar para transformarme en un enemigo, y si vamos a hacer análisis, vamos a trabajar con el enemigo que le muestra que él no se protege del COVID, y vamos a ir hacia otras áreas, que el COVID es como el sueño manifiesto, pero para ver otros, los sueños latentes que están por detrás de su necesidad de enfrentar a sus padres, a sus abuelos y a su analista de una forma omnipotente.

Lo más importante es cómo hacer, cómo vivir en esta situación, cómo vivir en medio de todos estos ataques, esta destructividad, estas muertes, esta desvitalización. Cuando empezó la pandemia, terminábamos el día muy cansados, mucho más cansados que antes. Y no es necesariamente por la internet porque ahora seguimos trabajando en internet y no estamos tan cansados como antes. Yo creo que era el inicio de la pandemia. Teníamos que hacer contacto virtual, pandemia y toda la situación social e incluso económica. Ahora estamos, en Brasil, con la pandemia peor que antes, pero no estamos tan cansados. Quizás estamos desmintiendo, usando un arma para sobrevivir. Sabemos, sí, lo que está pasando, pero la vida sigue y los pacientes hablan cada vez menos de la pandemia. Dicen que alguien se murió, que alguien se enfermó, y se trabaja eso unos minutos, y después se sigue el análisis, como si la pandemia no estuviera presente, lo que también es patológico, pero también es protector. Tenemos que evaluar lo que es una defensa razonable de lo que es una defensa exagerada. Y, ahí sí, tenemos que entrar en contacto con los colegas.

Nosotros, aquí en Campinas, en mi universidad, tenemos un grupo Balint. Grupo Balint es un grupo de médicos

que discute sus casos desde el punto de vista emocional. Yo trabajé mucho tiempo con grupos Balint, y ahora, con la pandemia, la propia universidad me sugirió que hiciera un grupo Balint con los médicos que atendían a los pacientes. Muy pocos vinieron: seis, ocho. ¿Y qué pasó? Este grupo Balint nos da vida. El contacto humano con los colegas, aunque discutamos situaciones dramáticas. Discutimos de todo; discutimos de política, de la vida personal, hacemos bromas, nos quedamos maníacos muchas veces. Este grupo Balint es muy interesante. Yo siento una intimidad; ¡ah!, otra cosa interesante: yo era coordinador con otro colega. Después de algunos meses, en el grupo resolvimos que no hay más un coordinador y no es más un grupo Balint. Ahora es un grupo de amigos que conversamos. El grupo se transformó de grupo Balint a grupo de colegas que conversamos. Ahí sí está la apuesta pulsional, la necesidad de mantener contacto con la vida, porque si uno se queda encerrado, atendiendo pacientes de las 7 de la mañana a las 12 de la noche, o dando clases o haciendo supervisiones, encontrando la familia raramente, uno se queda fanático y no percibe que dejó de vivir, está adicto al psicoanálisis. Eso, además, es un asunto muy importante, las adicciones. Yo creo que los psicoanalistas corremos el riesgo de quedarnos adictos al psicoanálisis. Nada más antianalítico que quedarse adicto al psicoanálisis. Se habla psicoanálisis, se piensa psicoanálisis. Yo tengo la suerte de tener esos grupos de médicos que no son psicoanalistas. Fuera del trabajo, claro, mis amigos que no son psicoanalistas, y, por supuesto, mis amigos que son psicoanalistas que saben que no debemos hablar de psicoanálisis todo el tiempo porque,

si no, esa adicción es un gran riesgo para nuestra salud mental.

Norberto M.

Lo que querría recalcar de esto, a través de escuchar a Roosevelt, de lo que él mencionó, lo que en psicoanálisis se conocía como “la parte psicótica de la personalidad”, muy criticado por el grupo lacaniano y por otras líneas teóricas; esa descripción de una parte psicótica es en realidad la descripción de lo siniestro que está en el Yo. Si podemos aprender algo de esto, es que el COVID ha puesto de manifiesto eso siniestro que tenemos nosotros, que se juega todos los días, en los pequeños y los grandes fanatismos, y ¿qué son los pequeños y los grandes fanatismos? Son la manera de negar, de tapar con este fanatismo el encuentro, ¿con qué? Con los ojos opacos de una madre que a uno no lo deseó, de unos padres que no lo desearon. Esto está exacerbado por lo que está pasando con el COVID, pero es algo cotidiano. Los *führer* vienen acumulándose año tras año, en diferentes lugares, en diferentes ámbitos. ¿Ustedes creen que algún aspecto de Lacan, algún aspecto de Freud, no se ha transformado para mucha gente en un *Führer*? ¿Acaso los enamoramientos fugaces y patológicos, como los describía Freud, no son un COVID?, ¿no es algo que va matando? Lo que hoy se llama “amores tóxicos”, ¿no es acaso la descripción de una relación donde uno encuentra un ideal que lo protege?, ¿de qué?

Una cosa clave que dijo Roosevelt es: ¿cómo me defiende de la muerte? Y es que, para un bebé, los ojos opacos de la madre, que son una metáfora que escribí yo, ¿qué es? Es la representación de la muerte, del vacío, de la nada. Eso

debe ser la muerte para cada uno de nosotros, eso es lo que Roosevelt describía como el segundo punto fundamental. ¿Cómo elabora uno la angustia ante la muerte? Porque el COVID... fíjense, en la Argentina han muerto por lo menos 52 000 personas. Somos 44 millones, no es un porcentaje tan alto. Muere gente mucho más por enfermedades cardiovasculares. Esto no niega el poder del coronavirus, lo que esto muestra es que el coronavirus, medios mediante, como decía Roosevelt, ha inundado a la gente de enfrentarse con estos ojos opacos. El COVID es una realidad, hay que defenderse del COVID. Hay que protegerse. Hay que cuidarse. ¿Hay que dejar que los medios, los medios que venden publicidad, transformen el COVID en una forma de vivir la vida?

Reconocer lo siniestro es reconocer que esto estuvo siempre en nosotros. La pregunta es: ¿el Führer inventó la masa fanática o la masa fanática inventó un Führer? Este es el dilema más claro, ¿no habrá sobre nosotros algo que no lleve a inventar un Führer? ¿No será el COVID una manera particular de poder analizar toda esta estructura latente en todos nosotros?

Me quedo pensando en todo esto que es importante, que es relanzar nuevamente el psicoanálisis, revitalizarlo, darle nuevamente vida. Reconocer que esta escisión del Yo es fundamental,

que la defensa de la desmentida, que yo planteé hace muchos años como una novedad, es una defensa importante a tener en cuenta. Ojo, contra la defensa patológica, pero una defensa contra la realidad es necesaria, cuando la realidad es el COVID. Es el COVID, pero también es una dictadura, es el fanatismo.

Es que es traumático el encuentro con el otro, pero cuando uno aprende, el encuentro con el otro, como lo de hoy, ¡es satisfactorio! Y yo puedo ir hoy a decirle a mi mujer, como lo hizo Cassorla: "¡Mira todo lo que puedo escribir sobre ese tema!". Eso no se paga con nada, eso es la pulsionalidad que sobrevive al COVID y a los *führer*, siempre que uno le dé espacio, siempre que yo, en lugar de quedar encerrado, acepte esta invitación. Cuando ustedes abren esto al mundo, porque puede entrar el mundo a escuchar esto, también están abriendo una posibilidad creativa. Ustedes, sociedad psicoanalítica, pudiendo escuchar estas cosas, pensar estas cosas, están abriendo el camino de salida al coronavirus. Si algo nos puede enseñar esto, es que el psicoanálisis describió la pulsión. Freud describió la pulsión como el contenido último de su obra, y creo que es así, esta pulsión de vida, esta pulsión de amor; es lo mejor que tenemos en el psicoanálisis para seguir desarrollando. Muchas gracias a todos ustedes.