

Recibido: Febrero 16 de 2010.
Aceptado: Marzo 25 de 2010.

Problemáticas clínicas actuales ¹ Tres perspectivas



DESCRIPTORES: CLÍNICA - CAMPO PSICOANALÍTICO - FUNCIÓN -
COMPORTAMIENTO - ADAPTACIÓN A LA REALIDAD - CAMBIO - PSIQUIATRÍA -
PSICOPATOLOGÍA - HISTORIA - TRASTORNOS -
ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS - CARÁCTER - SUBJETIVACIÓN.

Primera perspectiva: Las problemáticas clínicas actuales

Mecanismos, funciones y estrategias

Eduardo Issaharoff

ABSTRACT

The concept of mechanism is discriminated from that of function. The dynamics of functions allow a construction of strategies, which are considered, in turn, as the regulation of functions, from where actions, better adapted to problems, emerge. The divergent paths of cultural and biological evolution give rise to new problems. The strategies followed by children and adolescents in order to face these new problems are addressed in the paper.

RESUMEN

Se discriminan los conceptos de mecanismo y función. La dinámica de las funciones permite la construcción de estrategias como regulaciones de las funciones, de las que surgen acciones de mayor adecuación a los problemas. Los caminos divergentes de la evolución cultural y biológica dan lugar a problemas nuevos. Se tratan en especial las estrategias de niños y adolescentes para enfrentarlos.

¹ Este trabajo es una versión ligeramente modificada de la reunión científica realizada el 25 de marzo de 2008 en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Sus tres autores son analistas de formación de nuestra Sociedad.

Primera perspectiva

El adjetivo *actuales* introduce la idea de que las problemáticas clínicas cambian en el transcurso del tiempo. Reformulada esta idea podemos decir que la *cultura*, en el sentido antropológico, evoluciona en el tiempo, produciendo interacciones y configuraciones sociales distintas a las que el individuo debe responder de alguna manera. Esta distinción es necesaria para visualizar la diferencia temporal que existe entre la evolución de la cultura y la evolución biológica a la que pertenece el cerebro humano, sus estructuras y funciones. La evolución cultural la podemos medir en unidades de años, cada vez menores, mientras que la evolución biológica está en la escala de las decenas o cientos de miles de años. La relación entre ambas líneas evolutivas aún no es clara pero no hay dudas sobre sus diferencias. Una consecuencia de la disparidad temporal es que debemos responder a los cambios culturales con las mismas estructuras y funciones que teníamos antes de ellos. Sobre esta base desarrollaré algunas ideas sobre las problemáticas clínicas actuales, exponiéndolas en dos partes.

En la primera haré un examen de las funciones psíquicas que dan forma a lo que observamos en la clínica. En la segunda describiré el contexto socio-cultural actual, y haré referencia a algunas de las reacciones y estrategias que el psiquismo, en especial de los niños y adolescentes, genera para enfrentar ese contexto.

Al elegir el concepto de “funciones” en lugar de mecanismos como usaron Freud y los autores en la tradición freudiana, me adhiero a la propuesta que hacen Matte Blanco, Bion y Liberman. Vale la pena repetir la diferencia entre estos dos términos. El mecanismo es fijo e intemporal y está ligado a la concepción del psiquismo como un sistema de fuerzas, mientras que la función se refiere a fenómenos dinámicos, por lo tanto temporales, dependientes de complejas interacciones cualitativas.

En las funciones vamos a distinguir a las que son primarias y elementales de las que resultan de la combinación o composición de éstas, que conforman un segundo nivel al que llamaremos secundario.

Para considerar una función como primaria debe satisfacer las siguientes condiciones:

1. tener antecedentes filogenéticos,
2. transmitirse por vía genética,
3. tener representación cerebral.

Las funciones primarias son:

- a) percepción
- b) memoria
- c) motricidad
- d) afectos.

En estos debemos distinguir la concepción clásica de Freud, que por motivos estructurales de la teoría clasificó como atracción o rechazo en el nivel primario, de la clasificación actual de Panksepp, que vamos a seguir acá, que considera a cuatro afectos como primarios. Son el pánico, la rabia, el miedo y la búsqueda (motivacional).

Todo comportamiento humano incluye estas funciones básicas, ya sea en su forma elemental o secundaria.

En el nivel secundario vamos a encontrar en primer lugar, por su importancia, las funciones ligadas a la internalización del mundo externo, especialmente a la persona que cumple la función de cuidado. En la composición de las funciones elementales que intervienen podemos distinguir tres estadios, que son en primer lugar la internalización, luego la incorporación, la introyección y finalmente la identificación. Es fácil reconocer en estas funciones a las elementales de percepción, memoria, motricidad y afecto.

Inmediatamente después podemos ubicar a la proyección, que por su importancia aparece tempranamente. Luego se desarrollarán otras funciones complejas como, por ejemplo, la negación o la regresión. Aquí no vamos a tratar todas las funciones compuestas que merecen una atención especial.

Una consideración de importancia es que si existe algún déficit o daño de las funciones primarias, el psicoanálisis no puede observar o dar cuenta de ello, sólo puede tratar el conjunto clínico que se presenta en esos casos. En otras palabras, lo que hacemos en psicoanálisis es observar y analizar la particular composición de las funciones que se dan en una situación dada, y que representa la estrategia de la psiquis de una persona para organizar una acción de respuesta en determinadas condiciones internas y de contexto. Es decir, las funciones pueden estar alteradas o no, pero la composición que realiza la psiquis puede ser deficiente o errónea y no satisfacer las necesidades existentes en un contexto dado, y esto es observable en la clínica. Freud atribuye esa deficiencia a los conflictos existentes dentro de la estructura psíquica, en tanto que para Hartmann o Liberman los conflictos no son suficientes para explicar el problema y amplían la explicación a la formación de estrategias inadecuadas que, en Liberman, son caracterizadas en los estilos de la interacción comunicativa.

Cabe enfatizar el hecho de que la composición de las funciones es sumamente sutil y compleja, y que por su condición de fenómeno dinámico

cambia constantemente. Lo sutil no es más que la medida del gradiente de cambio que tiene cada función y sus combinaciones, que es muy pequeño.

La necesidad de que la empatía del analista registre la sutileza de los cambios es condición para reconocerlos y para resolver el abordaje técnico.

La problemática clínica actual podemos entenderla como la inadecuación del ritmo o velocidad de cambio de las funciones básicas y secundarias de la psiquis en relación al ritmo y velocidad del mundo externo cuya magnitud afecta a los recursos habituales de la psiquis y la obliga a buscar nuevas estrategias —comprensión de las circunstancias externas con frecuencia difícil de alcanzar— y el desarrollo de tolerancia y capacidad de espera hasta encontrar puntos de equilibrio.

Así llegamos a la parte de mi exposición en la que anuncié iba a dar un lugar especial a los niños y adolescentes. Al nacer el niño recibe el primer impacto de la cultura, es decir del mundo externo humano, de sus padres y cuidadores. Ellos son la fuente de las percepciones, memorias y acciones con las que construirá sus primeras identificaciones emocionales. Allí comienza su contacto con el mundo exterior y los desafíos a su psique. También los primeros intentos de organizarse. Los padres, a su vez, están inmersos en un mundo de características muy distintas a las de las generaciones anteriores, cambio que ocurre a una velocidad muy aumentada, donde se ha borrado la diferencia entre lo local y lo general. Lo que acontece en algún lugar distante del mundo genera la misma inquietud que lo cercano. Sea un fenómeno económico-financiero, en cuyo caso se dispara la duda y la angustia sobre la estabilidad de los propios valores, o una guerra cuyos límites no pueden fijarse debido a la existencia de armas atómicas, o un acto terrorista, que puede moverse impunemente sobre toda la tierra. Esta es una visión macro de las fuentes de angustia y pánico actuales. En el nivel micro encontramos en la vida cotidiana una desaparición progresiva de los sistemas de reglas y valores con una consecuente agudización de los conflictos morales, de la competencia y la envidia. La vida cotidiana de la que participa el niño está impregnada de estas angustias. Las fuentes de las que puede provenir una ayuda son por un lado los padres y su capacidad de brindar amor y seguridad en edades tempranas, y por otro su propia capacidad de elaborar y crear estrategias que le permitan contener las ansiedades al mismo tiempo que conseguir logros vinculados a sus deseos, dentro de un sistema de equilibrio que, según veremos, tiene varias dimensiones.

Una de las primeras funciones de autoprotección en los niños y adolescentes es la regulación de la distancia. Para comprender estos gestos de distancia debemos recordar que, desde un punto de vista emocional, siempre esta-

mos desnudos a la percepción del niño, no importa lo que creamos que podemos simular. Esta autodefensa aparece en edades muy tempranas y es observable hasta entrada la adolescencia. Para las personas acostumbradas a tratar con niños es evidente que ellos saben de nosotros mucho más de lo que suponemos. Lo mismo nos ocurre a los psicoanalistas con las personas que tratamos; como lo dice Ferenczi, es mejor aceptar este hecho que mantener una actitud falsa o hipócrita.

Otra función importante es la capacidad de atención selectiva que poseen. El diagnóstico que hacen es instantáneo y se manifiesta como indiferencia o pleno contacto. Por otra parte, es frecuente encontrar que el nivel de comprensión del lenguaje y de conceptos es muy alto, aun en edades tempranas. También conocen sus necesidades y ritmos corporales, lo que es fácil de observar en condiciones donde no se los interfiere. Todas estas funciones, y muchas otras que no podemos tratar exhaustivamente aquí son de naturaleza dinámica, y fluctúan tanto por influencias externas como por los procesos internos vinculados a nuevas situaciones o adquisiciones de nuevas funciones.

Debemos considerar, también, las funciones que se despliegan en circunstancias grupales. Los grupos son verdaderos laboratorios donde experimentan y desarrollan sistemas de creencias, emocionales y de valores tanto de las relaciones personales como de las sociales.

Las problemáticas clínicas actuales pueden entenderse, según el punto de vista que he desarrollado, como relacionadas a la capacidad de generar regulaciones nuevas de las funciones psíquicas (lo que más arriba he designado como estrategias), que permitan elaborar acciones adecuadas a los cambios externos en los estímulos perceptuales o en los sistemas de valores. Las dificultades o el fracaso en encontrar estas estrategias aparecen a la observación clínica como síntomas que permanecen aislados o se organizan en cuadros clínicos en los que reconocemos la copresencia y relación de varios síntomas.

Los cuadros que así se generan aún no están suficientemente identificados y requieren, a veces, nuevos conceptos tanto de la organización psíquica como de su interacción con el medio. Pero esta tarea intentaremos retomarla más adelante en otra reunión.

Segunda perspectiva

Vicente Galli

ABSTRACT

The author proposes that the most significant present clinical problem is, precisely, to preserve the continuity of clinical perspectives, in particular the psychoanalytical perspective. He therefore organizes his presentation into three main sections: 1) special approaches (or not); 2) the paradigms that followed one another in the development of psychopathology until the end of the seventies: a) the paradigm of mental alienation, b) the paradigm of mental illnesses and, c) the paradigm of the great structures. The author proposes that at the present day there has been a return to the second paradigm through the use of the model of classification of mental disorders, i.e., the DSM IV. The drawback to its use is that the connection between the structural axes and their gradients is lost, the concept of neurosis disappears, and the subjective and symbolic value of the symptom as something to be unravelled within transference and from the perspective of the patient therefore becomes overlooked; 3) the author's position: the present clinical problems should be defined first and foremost within the psychoanalytical clinical field, and only then should the external context be considered, if not, rapid shifts from present clinical problems to actual pathologies, and from those to the mere description of symptomatic phenomena can take place. If this happens, then all the valuable aspects of psychoanalytic practice that have become theories, or have the possibility of doing so, run the risk of losing their significance.

RESUMEN

Plantea que la problemática clínica actual más importante es, justamente, cuidar la sobrevivencia de las perspectivas clínicas mismas, en general, y la psicoanalítica en particular. Para ello organiza la presentación en tres nudos: 1) abordajes especiales o no; 2) paradigmas que se sucedieron en el desarrollo de la psicopatología hasta finales de la década del '70: a) de la alienación mental, b) de las enfermedades mentales y c) de las grandes estructuras. Para la época actual habla de un retorno al segundo paradigma a través de los estilos del modelo clasificatorio del DSM IV. Con él se pierde la articulación entre ejes estructurales y sus gradientes, se agrava con la caída del concepto de neurosis y el valor subjetivo y simbólico del síntoma como algo a develar en transferencia y desde la historia del propio sujeto. 3) En el tercer nudo plantea su posición: las problemáticas clínicas actuales deben definirse desde dentro del campo clínico psicoanalítico hacia lo que nos llega del contexto externo. De no hacerlo así, se producen rápidos deslizamientos de las problemáticas clínicas actuales a las patologías actuales y de allí a las especializaciones sintomáticas que hacen correr el peligro de achatar muchas riquezas del saber construido en las prácticas psicoanalíticas teorizadas y teorizables.

Segunda perspectiva

En estas reflexiones voy a proponer tres nudos, para después intentar hacer algunas ilaciones entre ellos. Quedarán insinuados caminos para múltiples derivaciones e interrelaciones.

Es habitual que los que escuchan esperen de los responsables de un panel que tengamos respuestas para las preguntas que se vienen formulando, o para las que circulan más frecuentemente. Yo apunto a entender esa responsabilidad en estos asuntos más por el lado de abrir preguntas y perspectivas cuestionadoras, contextualizando aspectos parciales y diversos de historias y de algunos elementos de las culturas médico-psiquiátricas, psicoterapéuticas y mediáticas actuales que impregnan ideologías imperantes. Porque pueden ayudar a entender lo que yo creo que es la problemática clínica más básica y más clave para estas épocas: cómo entender y acceder a la posibilidad de poder hacer subsistir las perspectivas clínicas más valoradas que se han podido producir; y, en particular, cómo mantener y desarrollar las perspectivas clínicas específicamente psicoanalíticas.

Primer nudo.

Ayer fue 24 de marzo. Se llevaron a cabo múltiples recordatorios y ceremonias sociales en relación con los 32 años del comienzo franco y formalizado del Terrorismo de Estado. No me voy a dedicar ahora específicamente a lo que significa esa fecha, aunque como modo de hacerlo presente en esta reunión y porque hace a uno de los ejes centrales de mi perspectiva sobre el tema del panel, les voy a contar algo:

Hace 24 años, en una reunión en Montevideo, discutíamos intensamente acerca de si los afectados por el Terrorismo de Estado necesitaban tratamientos especiales o no. De la discusión surgieron, bastante nítidamente, dos polos claramente divergentes en sus extremos, aunque con matrices en el medio. Un polo más médico y cicatrizador que pensaba que sí, que se trataba de un problema médico y psiquiátrico que debía ser tomado como un fenómeno particular que debía encararse con tratamientos diversos, reconociendo siempre como base el síndrome postraumático en general y luego las particularidades situacionales. Siendo conveniente la especialización profesional para tratar esas perturbaciones. En el otro polo estábamos quienes pensábamos que esa posición era iatrogénica e inadecuada, entre ellos estábamos Marcelo Viñar y yo. Para explicar los motivos de esa toma de posición creo que lo más directo y autorizado es leer directamente un párrafo escrito por Marcelo poco tiempo después, donde figuran ideas que retomó en muchos trabajos posteriores.

Para los afectados por el terrorismo de Estado no hay tratamientos especiales; de esto ya tuvieron bastante en los chupaderos, en las cárceles y en los centros de tortura. No hay psicoterapia especial para los torturados o familiares, lo que hay (o no hay) es sensibilidad y disposición del terapeuta para recorrer un itinerario de horror en el que la realidad ha redoblado y confirmado los espantos del fantasma, los espantos de lo siniestro. [...] El sufrimiento y el silencio que nos traen estos pacientes no requieren tratamientos especiales porque no hay respuestas normalizables sino un abanico de reacciones diferentes como posibles dentro de cualquier aproximación terapéutica. (Viñar, 1986)

Es una posición que tiene semejanzas con la que muchos tenemos en relación con el abordaje psicoanalítico de las problemáticas psicóticas. Inicialmente, los psicoanalistas nos hemos acercado a las psicosis sobre los modelos psiquiátricos y con las cualidades diagnósticas y descriptivas de la psiquiatría, donde la psicosis está puesta aún más lejos que la neurosis, como un objeto distante al cual se accede desde afuera sin comprometerse porque angustia mucho. Ahora sabemos que los sufrimientos psicóticos sólo pueden hacerse algo comprensible para el psicoanalista a partir del trabajo clínico en campos dinámicos psicóticos, en los que el psicoanalista trabaja consigo mismo como instrumento de su práctica en el campo de relación con la problemática psicótica. Porque la problemática psicótica no es solamente la “locura” del otro. Lo es porque conmueve los anclajes identificatorios del analista y lo obligan a revisar quién es, desde dónde habla, por qué existe —si existe—, cuando está surgiendo de los momentos de anonadamiento, cuando está surgiendo de los momentos de conexión con ese otro pero también consigo mismo en lo propio inaguantable. Allí no importa mucho diferenciar de quién es oriundo aquello que el psicoanalista está percibiendo y está trabajando en la búsqueda de hacerlo comunicable.

Es desde allí desde donde se pueden entender las discusiones teóricas de los analistas acerca de si lo psicótico es pertinente al psicoanálisis o no; es desde allí desde donde se pueden entender las grandes dificultades que tienen muchas personas para aceptar que en las regresiones de los procesos psicoanalíticos, imprescindible y necesariamente, siempre se bordean cuestiones vinculadas con lo similar a lo psicótico y que, si el analista no tiene posibilidades de abandonarse y hacer su propia regresión para acompañar esos momentos, termina diciendo que esos pacientes no tienen problemas psicóticos.

Con la expresión “problemas psicóticos” no me estoy refiriendo solamente a las psicosis psiquiátricas sino a esos problemas que conmueven los

anclajes mismos de la existencia y la identidad, pero que conmueven en serio, y no como un efecto del relativismo existencial. Este es el primer nudo.

Segundo nudo.

Voy ahora a ángulos de observación desde modelizaciones más abarcativas.

Lanteri-Laura y L. Del Pistoia (1994), dos historiadores franceses de la psiquiatría, realizaron en el año 1994 una interesante periodización del desarrollo de la psicopatología, desde sus comienzos hasta esos años del fin del siglo XX, trabajando con tres paradigmas como organizadores de la comprensión.

Primer paradigma. Desde fines del siglo XVIII hasta 1860 (Pinel, Esquirol, Grisinger, Meynert), ubicados en el paradigma de la alienación mental se consideraba a las locuras una sola locura. Se trataba de una enfermedad única (“la” alienación mental) y el tratamiento era de tipo moral. Ahí tenemos a Pinel con su fama de sacar las cadenas a los locos. Son los comienzos de la medicalización de la locura, tiempos en que en la Salpêtrière y Bicêtre (los dos hospicios más antiguos de París) ya no se ocupan de los pobres y mendigos sino de los locos... los cuales también incluyen muchos pobres, mendigos y caídos del sistema.

Pinel funda la clínica, Esquirol la semiología psiquiátrica. La psiquiatría comienza a constituirse en el poder que regula, en relación con los poderes del Estado, los criterios de locura/no locura, internación/no internación.

Segundo paradigma. Desde fines del siglo XIX hasta, más o menos, la posguerra del '18, comienza a organizarse lo que se puede reconocer como el paradigma de “las” enfermedades mentales, en plural. Enfermedad, fundamentalmente desde Kraepelin; aunque es sumamente importante la presencia de Jaspers en cuanto a que para él los síndromes, constituidos por síntomas, remitían a etiologías que había que investigar, mientras que para Kraepelin los síntomas eran la enfermedad misma (¡resalto la diferencia!).

Veán qué interesante. Esta es la época de Freud, la época de “las” enfermedades, y justamente los primeros modelos psicopatológicos de Freud están impregnados de esa concepción, la concepción de que las locuras responden a causas visibles y externas. (Esto ya estaba en Jaspers, incluso lo encontramos en Darwin. Cito de memoria: “Si se demuestra que la locura no es natural, ¡qué problema vamos a tener!”). Piensen que cuando Freud arma su primera teoría traumática, su primera concepción de la angustia, que va desde el trau-

ma exterior a su retención como algo no ligado, el síntoma expresa la enfermedad. Luego vendrá su elaboración del *après-coup*, es decir, su reconstrucción como traumatismo *a posteriori*, como lo que genera la enfermedad. Ahí estamos en la segunda teoría traumática, la primera es muy causal, exterior, mientras que en la segunda aparecen elaboraciones temporalizadas, aparecen las fantasías y las distorsiones fantasmáticas; la segunda es ya claramente psicoanalítica.

En esa época, la patología estaba dada por los signos clínicos (según Kraepelin, no según Jaspers, quien tuvo menos prensa) y las enfermedades dieron lugar a una gran pluralidad terapéutica, y algunas personas pasaron a la fama inventando distintos tipos de tratamientos para esas enfermedades que eran los signos clínicos que aparecían como evidentes (subrayo esto porque luego lo voy a retomar). Es la época de Babinski, digamos que los que más hicieron a favor del reconocimiento de la histeria como histeria fueron Freud y Babinski, con su famoso signo homónimo² —que no existe en la histeria—. Este signo no se puede simular: en las parálisis histéricas, al producirse la estimulación, no hay signo de Babinski, mientras que en las parálisis orgánicas da positivo, como da positivo en otras afecciones neurológicas. Esto hoy parece algo elemental, aunque fueron rupturas epistémicas importantísimas, junto con el concepto freudiano de la anatomía imaginaria, ya que las conversiones histéricas siguen la anatomía imaginaria y no la anatomía real.

Tercer paradigma. Después viene el tercer paradigma, que va desde la Segunda Guerra Mundial hasta finales de 1970; más específicamente, los autores ponen como fecha de homenaje y de duelo la muerte de Henry Ey en 1977 —que algunos dicen que se murió porque apareció el DSM III* ese año—. Es el paradigma de las grandes estructuras.

Veán qué época, los años 1950-1970. Es la época de todas las discusiones sobre las grandes estructuras —estructura neurótica, estructura psicótica—, época en que se diferencian de la alienación y se sistematizan las sintomatologías por remitirse a estructuras y se habla de permeabilidades posibles de estructuras.

En la época actual es fuerte la discusión teórica y clasificatoria entre las escuelas más americanas y las más europeas de la psiquiatría. El DSM III

² Para los que no conocen el signo de Babinski, “se trata de la extensión dorsal del dedo gordo del pie, generalmente acompañado de la apertura en abanico de los demás dedos, en respuesta a la estimulación plantar del pie”. {Nota agregada por el desgrabador. A quien le agradezco. V.G.}.

N.de E. El DSM III introduce innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto de las teorías etiológicas. Se hace en paralelo con el CIE 9 (véase nota 4) pero con el objetivo adicional de proporcionar

(1977), que desde hace años es el DSM IV (1998)³ –que ya no incluye las neurosis (después vamos a hablar de eso)–. El DSM IV es de EEUU, mientras que la clasificación de la Organización Mundial de la Salud⁴ es más europea. No coincide con el DSM IV en una cantidad de temas, fundamentalmente por el gradiente de estructuras que se van interrelacionando entre sí, cosa que la clasificación de la OMS mantiene, con lo que, además, mantiene la categoría neurosis.

El DSM IV vuelve al segundo paradigma, el que llegaba hasta la posguerra de 1918, paradigma para el cual los signos clínicos constituían la patología, lo que resulta una brutal regresión. Esto es así porque aunque el DSM IV los llame “trastornos”, al mismo tiempo aclara que la palabra trastorno es ambigua y no tiene definición conceptual. Paradojalmente, intenta definir con la mayor nitidez posible la descripción sintomática y “síndromática” a partir de las estadísticas hechas con las opiniones de los psiquiatras sobre lo que observan, sobre un enunciado como el de “trastorno” que es ambiguo en su definición, por la supuesta búsqueda de neutralidad entre escuelas. Eso ambiguo, así nominado, en este momento de las prácticas predominantes, pasó a ser sinónimo de enfermedad. Es la descripción de síntomas y signos, con la organización de esos síntomas en síndromes, en los que si existen “x manifestaciones sobre tantas x posibles”, entonces existe el “trastorno”. Nuevo nombre de la enfermedad, aunque suene más aséptico. Esta es la impregnación que tiene el DSM IV, que vuelve al segundo paradigma y pierde la articulación entre ejes estructurales y sus gradientes.

Henry Ey es considerado el último psiquiatra clínico, en cuanto a escuela y efecto académico.

una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. El DSM III tiene muy poca aceptación y rápidamente la Asociación Psiquiátrica Americana se ocupa de su revisión. En 1987 sale el DSM-III-R. Léase revisado. Ambos, DSM III y el revisado presentan grandes diferencias respecto del DSM I (1952) y del DSM II, cuya única diferencia con el anterior es que se suprime la noción de la enfermedad mental como reacción a un ambiente patológico o a estructuras donde se mezclaban factores organogénicos y psicogénicos. Esta idea de “reacción” la toman de Adolfo Meyer (1866-1950), psiquiatra estadounidense de origen suizo, fundador de la escuela norteamericana de psiquiatría dinámica. Meyer conoce a Freud y a Jung, de éste introduce en EEUU su test de asociación de palabras. Muchos de sus alumnos adoptan la teoría psicoanalítica, inclusive se asocia a la Asociación Psicoanalítica Americana, pero nunca aceptó la idea freudiana del inconciente.

³ American Psychiatric Association (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Barcelona. Masson [Están trabajando equipos de revisión y elaboración de lo que será el DSM V].

⁴ Organización Mundial de la Salud (1992) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud*. (CIE-10) OPS. Buenos Aires. El capítulo V se refiere a Trastornos Mentales. [Trabajan actualmente equipos de revisión y elaboración de lo que será el CIE-11] Hay muchos intercambios entre ambos equipos: DSM y CIE.

Rafael Paz: Eso está en consonancia con Mauricio.

Vicente Galli: Claro. Para nosotros era la época de Mauricio Goldenberg, Mauricio no escribió, no hizo tratados, generó la experiencia práctica de organizar servicios en relación con este tipo de concepciones.

Volvamos. Henry Ey hablaba del organodinamismo. Muchos confunden lo organodinámico con los órganos. Ey se refiere a organizaciones, organizaciones dinámicas. El psiquismo, según la concepción de Henry Ey, está constituido por organizaciones dinámicas con distintos grados de complejidades y permeabilidades. La revisión que hace Henry Ey de la psiquiatría se basa en esto.

En esa época, la del tercer paradigma, la de las grandes estructuras, cae el furor clasificatorio y categorizador y se produce una multiplicación de concepciones sobre los procesos del enfermar y de la cura. También se discute muy a fondo los orígenes de los criterios de enfermedad, de locura —es la época de Michel Foucault, de Georges Canguilhem—, sobre lo sano y enfermo, sobre los distintos poderes que están en juego en todo este tipo de cuestiones.

Hasta ahí llegan Lanteri-Laura y Del Pistoia.

Sigo yo: ¿Qué es lo que está pasando ahora desde lo macro? Al caer el concepto de neurosis como modelo que implica valor subjetivo y simbólico, que jerarquiza los síntomas como algo a develar, interrogar e incluir de otras maneras en las permeabilidades psíquicas, se vuelve a convertirlos en algo que hay que abolir y achatar. De la misma manera, al convertir a los elementos de las producciones psicóticas en síntomas que rápidamente hay que aplacar, se ha organizado un ángulo de mirada que está hecha para el uso de los psicofármacos, que han pasado a ser el instrumento maravilloso. Es cierto que son muy útiles, aunque también es cierto que su abuso se ha convertido en instrumento aplanador, banalizador y de dominio.

En la época de las discusiones clínicas del segundo período, desde fines del siglo XIX hasta la posguerra, estaban quienes participaban de la escuela kraepeliniana y quienes participaban en la otra línea, la de las búsquedas de etiologías, siguiendo las formulaciones de Jaspers. En la orientación kraepeliniana se discutía sobre las psicosis típicas y las psicosis atípicas. Las psicosis típicas eran la esquizofrenia en un polo y la melancolía en el otro, incluyendo la ciclotimia, digamos, la enfermedad maníaco-depresiva. Todo lo que no entraba dentro de eso constituía las psicosis atípicas.

Desde la otra línea, la más comprensiva, no se preocupaban tanto en

clasificar cada tipo de psicosis en típicas o atípicas sino en tratar de entender los sentidos de esas gradientes de neurosis, psicosis y todas sus posibilidades intermedias.

Yo tengo la suerte de tener que leer muchas tesis; en una tesis muy sólida que presentó Humberto Persano (1998) (a quienes ustedes conocen desde hace muchos años), trabajó sobre psicosis atípicas y borderlines, investigando a partir de pacientes reinternados con distintos diagnósticos y en distintas oportunidades, ya sea en su servicio o en otros servicios del Hospital Borda. Investigó con qué diagnósticos se internaba a la gente y cómo se podía entender lo que pasaba allí en relación a su estudio sobre borderlines.

En algún momento las psicosis atípicas llegaron a ser clasificadas y reconocidas. Hay clasificaciones de hasta de cincuenta y cinco formas, una de las cuales es la amencia alucinatoria de Meynert, de la famosa ejemplificación clínica de Freud (Meynert era el profesor de Psiquiatría en la Viena de las épocas de Freud estudiante). Ahora, lo interesante de las psicosis atípicas está en que algunas de ellas son de evolución corta. El DSM IV las ha incluido como psicosis breves.

Las psicosis breves eran, en tiempos en que no había psicofármacos, aquellas que evolucionaban espontáneamente en pocas semanas y luego desaparecían. En la práctica clínica actual, las psicosis breves prácticamente han desaparecido porque en la medida en que se las comienza a medicar de entrada con psicofármacos antipsicóticos, el cuadro cambia completamente, desaparece o se transforma la sintomatología sin dar lugar a la elaboración que se hubiese desarrollado de no administrarse el psicofármaco, mucho menos a la elaboración posible de esa crisis psicótica procesada en un ámbito terapéutico, aunque no fuera analítico, ya que hay muchos ámbitos terapéuticos que ayudan a la elaboración espontánea de una crisis psicótica.

Digo esto también para nosotros, porque en los procesos psicoanalíticos se crean sintomatologías. Por efecto de las transformaciones aparecen complicaciones sintomáticas y regresiones que llevan a un “incremento” en las “patologías” o a la aparición de procesos nuevos, que no son la reiteración de lo que ya pasó, sino procesamientos por eclosión de lo que había de potencialidad de que aparezca en un ámbito adecuado. Muchas de esas regresiones son generadoras de momentos psicóticos o épocas psicóticas en el proceso. Si el terapeuta se asusta, y para no asustarse tanto piensa que lo puede atenuar con algún psicofármaco –estoy totalmente de acuerdo si es para aliviar sufrimientos y ayudar a elaborar–; ¡pero cuidado, no nos confundamos intentado hacer abortar lo mismo que ayudamos a generar como momento posible de transformación!

Tercer nudo.

Tengo la posición de que las “problemáticas clínicas actuales” deben ser definidas desde adentro hacia fuera. Desde adentro de nuestro campo clínico psicoanalítico –en el sentido de los Baranger–, hacia lo que nos llega desde afuera y lo que tenemos como experiencia de vivir afuera de los campos analíticos como ciudadanos del mundo.

Entonces, el problema es: ¿hay que pensar los problemas específicos de la vida actual a partir de su descripción fenoménica? ¿Es necesario mantener, como se mantenía, la homologación de los síntomas con la patología? ¿Existe la patología en el síntoma o el síntoma es una configuración compleja donde están en juego las funciones básicas, los elementos que dan contexto, las historias de los sujetos y de las personas, las cargas históricas y las múltiples demandas de cada momento? ¿Hay retornos de lo que no se pudo elaborar, de lo que no se pudo vivir o no se pudo vivenciar? ¿Se lo vivió sin percepción, sin memoria? ¿Qué hace al mundo de lo que ya no entra en el posible retorno de lo reprimido sino en la reaparición de lo que nunca fue reprimido, que está fuera del metabolismo psíquico mantenido con gran esfuerzo por algunas otras razones?

Toda esta línea de preguntas, esquemáticamente, vienen de Freud a través de su segunda tópica, después de *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), cuando escribe *Neurosis y psicosis* (1924) y *La escisión del yo en el proceso defensivo* (1940). Lo que trae Freud, ya no es el eje neurosis/perversión sino que es el eje neurosis/psicosis. Esto alcanza no solamente a las psicosis sino también para los efectos de fenómenos vitales que generan transformaciones vivenciales en las formas habituales de percibir la realidad. Estas transformaciones traen desconciertos y despersonalizaciones importantes.

Aunque lo más importante de todo esto es lo que esboqué al entrar en este nudo, la problemática central de la clínica psicoanalítica es que deja de ser la mirada y la escucha sobre lo que pasa en el paciente, para ser la mirada y la escucha sobre lo que se da en el campo, sobre lo que se va dando en cada unidad micro o macro de la situación entre dos. Por eso los diagnósticos desde las grandes estructuras –el tercer paradigma en la periodización de Lanteri y Laura– nos es útil para aproximaciones iniciales y a veces, instrumentalmente, para las segundas miradas hechas afuera de sesión o en discusiones clínico-psicopatológicas. Si lo que acaece en la práctica clínica es oriundo del campo, nuestro lugar de observación clínica es desde allí. Es otro paradigma. Ese es el adentro al que me refería.

Como ejemplo: Una persona puede traer experiencias vitales de haber tenido que sobreadaptarse por vivir con adultos que no lo podían contener

suficientemente y hasta se invertía la corriente y él tenía que hacer de acumulador o cable a tierra para ansiedades desmesuradas de los otros. Puede aparecer en la consulta con cualquier producción sintomática, adaptado a las épocas y circunstancias; pero de su génesis de base sólo puede aparecer en el despliegue de un campo en el que haya un analista que entienda y viva los efectos de esas causas y las múltiples maneras de escisiones, postergaciones, congelamientos y restituciones.

Entonces, ¿tenemos que hacer la clínica de las “anorexias y bulimias”, la clínica de las “adicciones”, la clínica de los “trastornos en la subjetividad por las alteraciones en los ritmos con que se vive en el mundo moderno”? No creo que sea lo más conveniente, yo creo que de esa manera creamos guetos. Sería como si en épocas de Freud hubiesen armado centros de atención para las astasia-abasias. O que en nuestro país y en esta época, para los familiares de desaparecidos, o para los que retornaron de los campos de concentración – que tienen el problema de no ser desaparecidos y que mucha gente duda de ellos (los compañeros porque piensan que traicionaron y los otros porque piensan que vuelven desde donde debieron seguir y terminar sus vidas)– habría que armar tratamientos especiales para ellos. Yo creo que la especialización en las problemáticas descriptas desde la fenomenología clínica observable es una manera de crear guetos, también es una manera de crear mercados de trabajo. Fundamentalmente es una manera resistencial y anacrónica de confundir las producciones sintomáticas con las psicopatologías de base y formatear psicoterapias como en los protocolos para utilización de psicofármacos.

Estoy convencido de que nosotros debemos plantearnos las problemáticas de fondo con espesor epistémico y perspectiva histórica. Muchos se confunden en este tipo de cuestiones cuando plantean que para la atención de esos “problemas actuales” hay que tirar todo lo construido: las riquísimas experiencias y desarrollos que se han hecho en las ciencias humanas, en las prácticas terapéuticas y en las variadas prácticas psicoanalíticas en las situaciones de buscar más allá de lo conocido, con analistas implicados en el espesor transferencial-contratransferencial, que generaron teorizaciones múltiples, que se siguen produciendo, redescubriendo y creando.

Son preguntas y cuestionamientos que dejo expuestas para discutir.

Tercera perspectiva

Rafael Paz

ABSTRACT

The issue of the present clinical set of problems leads to the reformulation of identity by virtue of the epistemic hesitation and the deliberate uncertainty which characterize both psychoanalytic practice and the vulnerability typical of the richness and sensibility of the psychoanalytical method. In addition, we should bear in mind that psychoanalysis is by definition an institution that 'makes up for something', as it were: that is, individuals resort to psychoanalysis when the rest of the existing institutions have failed.

What do we receive from the present context? Magma of the world's sufferings and ills, widely reported in the mass-media, which is impossible to work-through and which, incidentally, questions us all in a radical fashion. The ways of being in the world have proven unsatisfactory and the individuals consult due to intense suffering, they are afflicted by subjectivation problems, which the author summarizes in the concept of "narcissistic-identity disorders".

What could be done about all this? We should constantly work towards the defeat of resistances in order to avoid the possible immediate effects of this overload: the flattening

RESUMEN

El tema de las problemáticas clínicas actuales convoca a una reformulación identitaria en virtud de la vacilación epistémica y la incertidumbre cultivada que caracterizan a la clínica psicoanalítica y a la vulnerabilidad propia de la riqueza y sensibilidad del método con que trabaja. A esto se suma que el psicoanálisis por definición es una institución supletoria. Se llega a ella cuando fallan las instituciones "naturales" de la sociedad.

¿Qué recibimos del contexto actual? Un magma procesado mediáticamente de padecimientos y males del mundo, imposible de elaborar, que nos interroga de manera radical. No satisfacen los modos de ser en el mundo y llegan a consulta totalidades en padecimiento, problemas de subjetivación que el autor sintetiza en el concepto de "trastornos narcisistas-identitarios".

¿Qué hacer con ello? Trabajar permanentemente con el vencimiento de las resistencias para evitar los posibles efectos inmediatos de esa sobrecarga: aplanamiento de la potencialidad operativa, trivialización del instrumental por ponernos a la par de las solicitudes, dilución de nuestro dispositivo de convicciones.

of the operative potential, the trivialization of our available resources when we wish to meet certain demands, the dilution of our convictions.

In addition, the author emphasizes the value of scientific inquiry within psychoanalysis and the identity plasticity of psychoanalysts. He proposes a paradigm shift he terms 'post-classic', which is characterized by models organized as a net, plurality of traumas, an introduction to narcissism, personality aspects...

Destaca el valor de la indagatoria científica en el psicoanálisis y la elasticidad imprescindible de sus profesionales. Plantea un cambio de paradigma que llama posclásico que caracteriza por modelos en red, pluralidad de traumas, introducción del narcisismo, cuestiones de carácter, modos de ser.

Tercera perspectiva

Preferí hablar en último término para poder así retomar cuestiones expresadas por mis compañeros de mesa. Y en la perspectiva de la participación de todos ustedes, tal como fue el tono que Eduardo Issaharoff y Vicente Galli emplearon, no voy a hablar *urbi et orbi* sino para nosotros, partiendo del hecho que, en la mayor parte de los casos, los aquí presentes son psicoanalistas con experiencia. Digo esto teniendo en cuenta que uno de los rasgos implícitos en la temática que nos convoca es la reformulación identitaria a la cual nos vemos sometidos en virtud de que nuestra clínica supone una vacilación epistémica, una incertidumbre cultivada que constituye el fundamento de la atención flotante.

Lo cual genera marcada sensibilidad a los cambios y solicitudes, múltiples y a menudo perentorios, venidos desde fuera del contexto analítico.

Pues así se favorecen respuestas de consolidación, protodogmáticas, o por lo menos cerradas en las propias convicciones de método y teoría.

Y la disponibilidad analítica lo padece.

Una aclaración, simbólicamente dirigida a Ricardo Avenburg con quien siempre discutimos sobre lo mismo (eso es lo que sucede con los amigos, uno siempre discute de lo mismo). Refiere al riesgo de que poner el acento en lo identitario de los psicoanalistas puede favorecer un deslizamiento hacia el mal narcisismo y ocuparnos umbilicalmente fascinados acerca de lo que nos pasa o nos deja de pasar.

La cuestión no reside allí, sino en la lógica preservación de nuestra clíni-

ca en virtud de su vulnerabilidad, nacida de la riqueza y sobre todo de la sensibilidad del método.

Lo cual se vincula también a que configuramos una institución esencial para los analizadas –pretende ir a sus fundamentos– pero es por definición supletoria.

En efecto: lo natural es que el psicoanálisis aparezca cuando las instituciones espontáneas que la sociedad ha construido, empezando por la familia, fallan.

Por esa índole, nos encontramos no sólo con la sintomatología primaria, por así llamarla, sino con el fracaso implícito de quienes han intentado arreglárselas solos o con diversos recursos culturales hasta que los acogimientos, trucos y variadas tentativas no dan más y llegan a nosotros.

Este no es un pequeño detalle sino algo a tener muy en cuenta.

El otro aspecto, que se trasunta en la excelente revisión histórica que realizó Vicente Galli sobre los modos clasificatorios, es que la actitud nosotáxica es inherente a la condición humana, es universal, y se basa en su raíz primordial en una situación de tipo paranoide.

Todos recordamos el chiste del fortín, cuando el capitán le dice al soldado que suba al mangrullo porque se acercan indios y luego le pregunta:

–¿Son amigos o enemigos?

–Son amigos.

–¿Y cómo sabe que son amigos? (Risas)

–Y, porque vienen todos juntos.

Justamente esta pregunta, “¿son amigos o enemigos?”, es la que está en la raíz de toda actitud clasificatoria. Para nosotros, como analistas, es amigo si es neurótico y es potencialmente enemigo si tiene algo psicótico o psicopático o cosas raras por el estilo.

“Cosas raras”; ¿qué quiero decir? Que no solamente interrogan de manera radical a cada uno de nosotros en tanto miembros de la sociedad sino que, como representantes de la institución supletoria y de resguardo que es el psicoanálisis, también van a poner en jaque nuestro universo de certezas.

De ahí “la enemistad”, en el plano de la espontaneidad primaria, claro está, que nos suscita, en tanto intuimos la inexorable puesta en juego de nuestros límites.

Que por otra parte, dialécticamente, se va a dar en todo análisis cabal.

Desde ese punto de vista, el reflejo veloz de aplanar o de borrar lo anómalo, tan frecuente en la búsqueda farmacológica –más allá del natural y legítimo anhelo de aliviar y curar–, es totalmente comprensible.

Estas consideraciones, en verdad, no hacen sino retomar el movimiento epistémico iniciado con Freud, que implica trabajar permanentemente sobre el vencimiento de las resistencias.

Siendo la más elemental la que surge al interrogarnos por el otro en su alteridad radical, sobre todo cuando nos interpela en cuestiones fundamentales referidas a nuestros modos de vivir, a nuestras convenciones, etcétera.

Pero es conveniente, reitero, recordar la raíz paranoide y lo universal de la actitud clasificatoria porque esto es lo que nos puede tornar inermes, como decían recién, frente a la masa informacional que tenemos.

Y que constituye un magma procesado mediáticamente, de modo tal que lo que tiende a generar no es información digerible y metabolizable sino estados de crispación. En primer lugar porque conlleva una apertura tendencialmente ilimitada a las cosas del mundo acompañada de la imposibilidad absoluta, por desproporción, de incidir en esa descomunal masa informativa de dolor, padecimientos y tragedias. Y que puede conducir, vía desánimo, a un aplanamiento de la praxis, de iniciativas transformadoras: efecto para nada ingenuo, pero éste es otro tema acerca del cual no nos ocuparemos ahora.

De modo tal que tenemos que ser cuidadosos con una suerte de respuesta en espejo de naturaleza masoquista, consistente en liquidar la masa de saberes psicoanalíticos declarándolos inútiles frente a lo descomunal –David frente a Goliat– de los males del mundo y nuestras limitaciones curativas.

Lo cual sería la antítesis simétrica a la omnipotencia residual infantil reparatoria que cada uno tenemos.

Desde ella queremos curar todo, empezando por nuestros papás y nuestras mamás, como todos sabemos; también a los hermanitos (para quien los tiene, yo no porque como hijo único tengo que curar a los que impedí que nacieran, lo cual es una situación espantosa)...

Vicente Galli: ¡No tiene solución!

–Vicente dice que no tiene solución... ¡lo hubieras dicho antes! (Risas). De ahí que la eventualidad de un aplastamiento de nuestra potencialidad operativa es muy grande. O si no, una trivialización, para intentar por elementalización instrumental ponernos a la par de las solicitudes que resuenan en nosotros como apelaciones imposibles de cubrir con nuestro herramienta.

Suscribo plenamente lo que recién nos decía Vicente Galli respecto de esa suerte de división ultra especializada en ramas distintas y sus efectos, pero

creo que también obedece a un azoramiento que lleva a asirse a alguna consistencia clasificatoria para poder seguir operando y definir identidades, de los otros en situación de padecimiento y también la propia.

Pensando entonces hacia adentro cuáles podrían ser las soluciones – voy a esquematizar bastante porque el contexto me lo permite: una podría ser la dilución de nuestro dispositivo de convicciones, de conocimientos, y la otra, negativa y simétrica, el cierre dogmático.

¿Qué es lo que ha ocurrido y qué debemos asumir? Que, en medida variable, sin duda, pero concreta, estamos trabajando psicoanalíticamente con paradigmas posclásicos. Y esto es algo que en las instituciones psicoanalíticas tiende a no ser reconocido.

Una cuestión muy característica en tal sentido, que la experiencia de dirección del Instituto de Formación nos ha mostrado a quienes hemos tenido esa responsabilidad, es el lugar que en pendulación curricular se le asigna a Freud. Periódicamente aparece, por parte de los candidatos, de los docentes o quien fuere, eso de “hay poco Freud” y los consiguientes requerimientos de modificaciones curriculares.

Creo, y es sin duda una toma de partido, que eso en realidad trasunta el hecho de que ya se ha producido el quiebre del paradigma clásico, lo cual es sin duda arduo de asumir. Y no obedece a necesidad psicoanalítica sino a que en la medida que estamos acostumbrados a trabajar en la perspectiva de estructuras profundas es lógico que nos recostemos en marcos de referencia que hacen juego con esa larga vigencia de las cosas y con la parsimonia para transformarlos.

Pero hay que hacerlo.

Cuando digo que se ha producido una ruptura de paradigmas no estoy diciendo que lo anterior no sirva: sirve pero de distinta manera. El hito donde podemos situar el punto de quiebre primero, es la introducción del narcisismo, que como lo muestra la historia teórica del psicoanálisis, cambió todo. Y correlativamente los modos de recepción de las novedades del mundo que nos atañen.

De ahí en más se inicia una narrativa freudiana que tiene un carácter distinto: personajes en el teatro, diversos tipos de carácter descubiertos en la labor analítica, etcétera. Es decir, la que estaba estructurada dentro de una modelística de historias clínicas, correspondiente a los historiales, se transforma en una narrativa literaria que merece, con toda razón, el premio Goethe. Esto no significa que Freud se vuelve literato sino que el modo de transmisión implica una transformación en el modo de captación de los padecimientos.

Una vez que los trastornos del carácter son asumidos en plenitud y no

como un estrato último de endurecimiento de la neurosis, digámoslo así, sino como forma primera de aparición del padecer, se trastoca el universo de aprehensión y aún hoy, muchas décadas después, nos hallamos enfrentados a eso.

Las personas que llegan a nuestro consultorio lo hacen, más que por cuestiones sintomáticas, porque ya no caben dentro de sí o porque no toleran a aquel o aquellos con quienes viven. Son totalidades en padecimiento.

Esa suerte de desmesura en cuanto al requerimiento, si lo forzamos, podemos introducirlo dentro de los trastornos clásicos del carácter; si lo narramos nos vamos a encontrar con que aparecen extendidas en la superficie de la cotidianidad problemas que pueden denominarse de subjetivación y cuya denominación preferencial sería la de “trastornos narcisista-identitarios”.

Me voy a centrar algo más en esto porque tenemos escaso tiempo. Quiero decir que los modos –y aquí de gusto voy a parafrasear cuestiones de la analítica existencial–, los modos de ser en el mundo, propios y de los otros, son los que no satisfacen, los que son insuficientes.

Doy un salto: si tomamos el punto de vista de la incidencia y prevalencia en un sentido empírico, genérico, es decir, las proporciones de enfermedad vigentes en un corte sincrónico, en un momento dado y las variaciones históricas, nos encontramos con la siguiente interrogación: ¿cuáles son las patologías que rozan los límites de nuestra posibilidad transformadora como analistas?: las adicciones, las cuestiones de género en su sentido más amplio, las atinentes a la violencia familiar (ya con esto tenemos para entretenernos bastante).

Las cuales tienen la siguiente característica: nos plantean límites, límites a lo que podemos hacer en el contexto del campo transferencial y límites en cuanto a la intelección misma ya que, retomando lo dicho al principio, ponen en extraordinaria tensión la vigencia de nuestros dispositivos paradigmáticos. Y aquí nos encontramos con otra cuestión: las adicciones realmente consolidadas, no aquellas temporales en adolescentes o en quienes de vez en cuando “se fuman un porro” sino las estabilizadas, son casi inaccesibles para nuestros instrumentos. Pero lo que el psicoanálisis siempre puede hacer es nanotecnología. Es decir, cuando tiene la oportunidad de indagar en una estructuración adictiva profunda puede hacer una serie de inferencias que quizá no alcancen efectividad terapéutica en ese caso singular pero sí detectar formas del padecer, formas defensivas, formas de imposibilidad de acceso que se pueden potenciar de modo útil en otros contextos terapéuticos.

Es en esas cuestiones de nanotecnología psicoanalítica donde las postulaciones de José Bleger respecto al valor de la indagatoria científica en psicoanálisis tienen importancia.

Es decir, ineficacia, como diría Freud, en la medida que uno “no sabe dónde aplicar las palancas” o éstas no pueden sustraer hacia el vínculo transfe-rencial la potencia regresiva y anonadante; pero sí eficacia de conocimiento. Y hay que ser muy cuidadosos al respecto porque esto no se puede extrapolar al todo de la práctica analítica. Seguimos teniendo posibilidades de entender y de ser eficaces en determinada gama, seguimos teniendo la posibilidad de entender y no ser eficaces en otra gama, no serlo de manera directa pero sí a través de la extrapolación y el uso en contextos terapéuticos con otro pauta-do en los que, si intervenimos, vamos a hacerlo como uno más.

Este es el problema de elasticidad identitaria que se nos presenta y don-de el transporte arrogante de la misteriosidad psicoanalítica inmutable a va-riados contextos terapéuticos queda como una extravagancia. Este es un pun-to clave.

La mención que hace un rato realicé a la narrativa freudiana, recordan-do también lo que nos contaba Vicente Galli, fue para expresar una cuestión muy profunda en cuanto a crisis de la causalidad clásica. Desde este punto de vista la narrativa puede entenderse como un desliz literario ante la impoten-cia, es decir, al no saber qué hacer frente a la masa de padeceres y frente a los límites de nuestro método. Y entonces “contaríamos”, como si dijéramos que contamos cuentos elaborando lo relatado por los pacientes de lo que han vivi-do en vigilia. O puede entenderse, por el contrario, como una narrativa ope-racional, una narrativa potente, cruzada por intervenciones que generan pro-cesos transferenciales mutativos y no desdeñan aspiraciones causales en con-textos recortados.

Todo lo cual constituye la materialización no destructiva de un cambio de paradigma.

Si uno tuviera, además, que puntualizar en términos absolutamente clásicos cómo se han reformulado yo diría lo siguiente: el cambio de la teoría traumática a la concepción de pluralidad de traumas y a un psiquismo en red sufre una primera transformación cualitativa con la introducción del narcisismo. A su vez, la introducción del narcisismo da lugar, mucho tiempo después, a una diferenciación que de manera sumamente esquemática podemos men-cionar como buen y mal narcisismo: Kohut y estando Miguel Ángel Paz aquí presente.

El reconocimiento de un buen narcisismo parece el descubrimiento de lo obvio pero tal develamiento tardío se explica porque pertenecemos a la “escuela de la sospecha”, Ricoeur *dixit*. Ha sido bueno que generaciones y generaciones de psicoanalistas sospechen del narcisismo para que luego pueda revalorizarse la necesidad, que parece elemental, de sentido común, de tener

en cuenta las necesidades de realimentación por parte de los objetos *Self* que nos nutren frente a las contingencias actuales de la vida.

Digo esto, hago esta mini narración, para que seamos más bondadosos con nosotros mismos en la medida que el sostén identitario tiene que ver con la bondad de nosotros con nosotros así como con la bondad recíproca en las instituciones psicoanalíticas evitando la tendencia a la crueldad que es una característica del trato actual en términos generales.

Y que se trasunta en el requerimiento reparatorio incolmable y aplastante que brota, como antes decía, del tratamiento mediático de la información ligada a padecimientos y males del mundo.

“¿Pero cómo no sos capaz de...?”, reproche primario que siempre da en el blanco porque por definición de nuestra limitación humana e instrumental no somos capaces de satisfacer la masa de demanda que de algún modo nos convoca.

Recapitulando, entonces: modelos en red, situación traumática, introducción del narcisismo, cuestiones del carácter, modos de ser (modos de ser como requerimientos en profundidad y modos de ser que se plantean cada vez más en superficie). Revalorización luego de otra “obviedad”: la del apego, aparición reconocida del paradigma del apego. Decía bien Eduardo Issaharoff cuando hizo, en determinado momento, una revisión del *Proyecto*. Por supuesto que la mención a la mamá y ese tipo de cosas están en el *Proyecto*, pero el paradigma del apego no está en el *Proyecto*. Se halla en todo caso en *status nascendi*, de manera germinal, pero no aún en plenitud de referencia epistémica y legitimante.

Porque un paradigma es un acto de fuerza en el campo de la teoría, eso lo reconocía el mismo Kuhn, es un forzamiento en un estado de cosas existente en el campo teórico.

La instalación de un paradigma es una operación teórico-ideológica que tropieza, por ser tal, con resistencias, escisiones, tomas de partido, etcétera.

Cuando se introduce el del apego, que una vez enunciado parece obvio, pues, ¿cómo no van a ser importantes los modos primordiales de trato?

Pero cuesta, cuesta por lo que antes señalaba, y si asumido el vórtice transferencial debimos cuidarnos durante muchísimo tiempo de la sexualización de los vínculos con los pacientes, porque era riesgoso ser cariñosos, tampoco ahora se trata de ser cariñosos *a destra e sinistra*, sino que cabe conservar la tradicional prudencia así como el benévolo escepticismo frente a las respuestas veloces, por la imposibilidad de instrumentalizar psicoanalíticamente todas las buenas intenciones.

Cuestión delicada de la espontaneidad, también revalorizada –Winnicott mediante– pero que tiene que jugar en un dispositivo consistente y –a su modo– objetivable.

Y, finalmente, para enfrentar las problemáticas actuales se hace necesario recuperar la teoría traumática.

Que superficialmente también suena a recuperación de lo obvio: “es malo que a los chicos les sucedan cosas violentas en el plano de la sexualidad o de la agresión”.

Parece abrumadoramente trivial, pero la cuestión es que el trauma, concebido como un hecho empírico (le han pegado, lo han seducido de manera inapropiada, incestuosa, etc.) tiene que atravesar toda la construcción teórica existente para llegar a inteligirse en la red factual y fantasmática de implicaciones y responsabilidades.

Bueno, voy a dejar aquí para que comencemos a dialogar entre todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bion, W. (1975). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ey, H. (1965 [1987]). *Tratado de psiquiatría*. México: Masson.
- Freud, S. (1924 [1979]). *Neurosis y psicosis*. O.C. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1926 [1979]). *Inhibición, síntoma y angustia*. O.C. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1940 [1980]). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. O.C. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lanteri-Laura, G., Del Pistoia, L. (1994). Regards historiques sur la psychopathologie. En Widlöcher D. (ed.). *Traité de psychopathologie*. Paris: PUF. (pp. 17-64).
- Liberman, D. (1970) *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Galerna.
- Matte Blanco, I. (1988). *Thinking, feeling and being*. London. Routledge.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford. Oxford University Press.
- Persano, H. (1998). *Estudio y caracterización de cuadros psicóticos atípicos y su correlación con los Trastornos Graves de la Personalidad*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, UBA.
- Viñar, M. (1986). La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de afectados. *Revista Territorios*, 2.