

Ilana Katz* y Christian Ingo Lenz Dunker**

Clínica del cuidado: Extranjería, extranjero y extrañamiento

*Tampoco en este caso aportan
todas las lenguas los mismos recursos.*
Jacques Lacan, 1962

La estrategia Clínica del cuidado fue la respuesta que generamos entre 2016 y 2017 para atender a la población ribereña del río Xingu -en la Amazonia brasileña- afectada por la construcción de la Usina Hidroeléctrica de Belo Monte (UHE Belo Monte). Fue llevada a cabo por un colectivo de clínicos, pero también por periodistas, artistas y activistas que se dispusieron a salir de sus consultorios y de sus ciudades para arriesgarse a una experiencia de cuidado en salud, en otro contexto cultural. Esta estrategia involucró la evaluación de la demanda de atención en salud mental del lugar, así como también el contacto y la convivencia preliminar de los líderes socioambientales locales con el Instituto de Psicología de la Universidad de San Pablo (USP).

Conocer el territorio, ir hasta allí, traer a las personas desde ese lugar hasta aquí, contactarse con las instancias de mediación presentes y actuantes en la historia de la conformación de la intervención, todo ello se volvió, retrospectivamente, condición necesaria para la posible replicación de este método inspirado en el psicoanálisis y relacionado con la presencia del mismo en el espacio público. Así, se trata de un procedimiento que puede ser reproducido y replicado en situaciones análogas, siempre que se apunte a la presencia permanen-

* Psicoanalista, posdoctorado del Instituto de Psicología de la Universidade de São Paulo.

** Escola do Fórum do Campo Lacaniano. Profesor titular del Instituto de Psicología de la Universidade de São Paulo.



te, a lo largo del proceso, de esta condición de apertura a la receptividad de lo extranjero. Esta condición involucra la disposición a la escucha a lo largo de la formulación y el diseño del trabajo, y no solo en el momento de llevar adelante la clínica. Una escucha que supone la apertura a la *hospitalidad*, entendida como disposición a hablar la lengua del otro y reconocer las vicisitudes del acontecimiento traumático en los términos que le son propios, crear con los mismos involucrados *nominaciones* diagnósticas, narrativas para el sufrimiento generado, *producir* otras respuestas y destinos para el malestar, y finalmente *transmitir* la experiencia traumática a través de distintas formas discursivas: científicas, literarias, históricas y políticas.

Acuñamos la expresión *clínica del cuidado* a partir de una de las traducciones posibles del concepto de cura (*cure*, en francés), que es justamente “cuidado”, como en la *cura sui* de los latinos, y parece ubicarse en la arqueología de la práctica psicoanalítica entendida como ética (Dunker, 2011). La cura como cuidado tiene como referencia el campo de transformación del malestar en sufrimiento, así como la clínica tiene por referencia el pasaje del sufrimiento al síntoma (Dunker, 2015).

La expulsión de los ribereños

El proceso de instalación de la Usina Hidroeléctrica de Belo Monte –en los márgenes del río Xingu, en la Amazonia brasileña, entre los años 2011 y 2016– fue hasta tal punto violento que la población ribereña que vivía allí sufrió todo tipo de violación de derechos con la anuencia del Estado –a pesar de los esfuerzos de la Defensoría Pública da União y del Ministerio Público Federal (Fearnside, 2017)–, y se generó una condición general de extrema vulnerabilidad psicosocial. Aproximadamente 20.000 personas fueron expulsadas de sus casas, separadas de sus familias, desplazadas de su proximidad con el río, con lo cual se volvió inviable su modo de vida. Tal catástrofe ambiental y social generó una serie de reacciones por parte de la población local y la sociedad civil ampliada.

Cineastas, documentalistas, periodistas, abogados y ambientalistas se hicieron presentes en la región en forma independiente o asociados al trabajo de organizaciones no gubernamentales de protección del ambiente y de lucha por los derechos humanos. La base común de estas intervenciones era que la condición de vulnerabilidad social de una comunidad tradicional y de hábitos extractivistas está íntimamente relacionada con la alteración radical de su modo de vida (Flanagan *et al.*, 2011; Ferraresse, 2016).

No era la primera vez que este grupo enfrentaba los efectos de devastación como consecuencia de la llegada del extranjero. Basta tomar en cuenta hechos tales como: la ocupación nordestina derivada de la industria del caucho (1876-1930), la violencia contra indígenas ocasionada por *grilagem*¹ de tierras (particularmente a partir de 1960), la disputa con los *garimpeiros*² (intensificada en 1970) y la intrusión ocasionada por la construcción de la carretera transamazónica (1970-1974). En esta oportunidad, además, se agregó un nuevo elemento: la separación geográfica de las familias y los parientes –por su reubicación en unidades residenciales que no consideraban estructuralmente su modo de vivir y habitar–, lo cual tuvo como efecto la ruptura del elemento reconstitutivo y resiliente en relación con la amenaza traumática a la forma de vida ribereña.

El antropólogo Eduardo Viveiros de Castro sintetizó, en conversación con amigos, la serie traumática y repetitiva de violencias que condujo a la producción de comunidades empobrecidas y desvinculadas de sus modos de vida, con la afirmación “Altamira es el centro del mundo”, en el sentido de que en aquel territorio se reunían las fuerzas y potencias universales de nuestra experiencia contemporánea del mundo. En Altamira están presentes y en funcionamiento

1. N. del E.: *Grilagem* es uno o más procedimientos irregulares o ilegales que tienen la finalidad de ocupar tierras públicas con el objetivo de su apropiación privada.

2. N. del T.: Buscadores legales o ilegales de piedras y metales preciosos.

diferentes modelos de desarrollo y modos de vida. La tensión entre esos modos –que, a su vez, transcurren en el mismo tiempo y espacio– forma la trama del acontecimiento del territorio.

La inundación de la región que se volvió embalse de la usina hidroeléctrica justificó la expulsión de los ribereños que vivían en los márgenes e islas del Xingu.

En este contexto, la definición jurídica y discursiva de lo que viene a ser una casa, el modo de restituir su valor y la forma de recomponer su lugar con la comunidad conexas que la define fue todo decidido por la empresa Norte Energia, con la anuencia del Estado brasileño y sin consideración por la cultura y las formas de pertenencia de la población local. La política de reasentamiento propuesta incluyó relocalizaciones en pequeñas casas de material de albañilería, construidas en barrios planificados según los modelos ciudadanos –Reasentamiento Urbano Colectivo (RUC)– e indemnizaciones financieras que ni remotamente les permitirían recomponer sus vidas. Todo aquello que hacía habitualmente a la protección de las personas les fue quitado: la casa, los lazos de vecindad, las actividades extractivas de sustento. Allí no existía más el territorio subjetivado.

El filósofo de la comunicación y pensador de la cultura Vilém Flusser (2007) presenta en su obra “Habitar a casa na apatridade” la idea de patria más allá de los límites geográficos. Para él, la patria es una red de conexiones comunes que pueden ser impuestas por el nacimiento en determinado territorio, pero también por lazos de amistad y amor, elegidos en una experiencia de libertad en relación con el acontecimiento biológico (pp. 302-303). Es en ese sentido que la población ribereña afectada por Belo Monte fue expatriada y se constituyó como un grupo de refugiados en su propio país³. Sus hábitos y sus redes relacionales fueron destruidos, por más que siguieran viviendo en el mismo lugar.

La violencia del impacto producido por la instalación de la UHE Belo Monte excedió la capacidad de elaboración simbólica de la experiencia por parte del sujeto. Al escuchar los efectos de tal imposibilidad en aquellos que entrevistaba, la periodista Eliane Brum –que escucha a los afectados por Belo Monte desde el 2011– cuenta que entendió que aquellas personas necesitaban ayuda y cuidado para poner nuevamente en movimiento sus vidas. Pensó que sería necesaria una iniciativa directamente dirigida al cuidado del sufrimiento psíquico y nos buscó.

Entendemos que Belo Monte asumió el estatuto de trauma para esa población, un acontecimiento al que no se puede poner límite y que adquirió un carácter repetitivo, viviéndose como eternamente presente. No se “volvió recuerdo” e insiste como repetición (Bir-

3. Denominación introducida en esta temática por Eliane Brum (25 de setiembre de 2015).

man, 13 de agosto de 2014; Endo, 2013). La experiencia de Belo Monte, en Altamira es una síntesis paradigmática de una forma de sufrimiento ligada a la producción de extranjeridades, por lo cual necesita de una especificidad en nuestras formas de tratamiento, escucha y cuidado.

Clínica del cuidado

Realizamos tres viajes a Altamira antes de la realización de la intervención propiamente dicha: escuchamos a los ribereños, nos acercamos a los movimientos sociales y de instituciones implicados en el cuidado de estas personas, estudiamos el territorio, testeamos el dispositivo de atención que estábamos creando y, sobre todo, generamos las preguntas que guiaron la construcción de este dispositivo en el encuentro con el lugar y sus agentes.

En este proceso comenzamos a percibirnos también como extranjeros en relación con los propios modos en los que entendíamos los procedimientos psicoanalíticos y sus condiciones de realización. Por ejemplo, ¿cómo escuchar el llamado indirecto de un destinatario tan difuso y extendido como lo es una población entera de personas expulsadas de sus casas? ¿Cómo generar formas de transferencia e individualizar una demanda que no se formula ni se dirige directamente al clínico por parte de aquellos que sufren?

A partir de los comentarios que nos informaban acerca de un aumento significativo de distintas formas de padecimiento del cuerpo -común a las personas desde la llegada de la usina-, de los testimonios locales que daban cuenta de un intenso sufrimiento psíquico, así como de la constatación de que los dispositivos de tratamiento presentes en el lugar no podían hacer frente a la expansión sistemática del sufrimiento, propusimos hacer allí mismo una intervención clínica. Nuestro foco no partió de diagnósticos médicos de enfermedades físicas (las más frecuentes eran diabetes, cardiopatías e hipertensión) o de *trastornos* psiquiátricos (como depresión, patologías del duelo o estrés postraumático, que, por cierto, circulaban en los primeros contactos), sino de un metadiagnóstico (Dunker, 2015) más general, fundamentado en que el sufrimiento tenía efectos múltiples en la salud general y *mental*, en el lazo social y en los funcionamientos familiares e institucionales, reforzando también la opresión de las minorías en situaciones humanas de vulnerabilidad. Una incidencia diseminada del sufrimiento, que llamamos desde Freud (1930 [1929]/1977) malestar [*Unbehagen*] y cuya característica primera es la propia precariedad de su enunciación, su carácter errático en cuanto a las causas y su naturaleza indeterminada en relación con los modos en los que se lo reconoce.

Las formas de malestar -o la tipología de la angustia que despliega y supone- quizás puedan ser discriminadas teniendo en cuenta

el texto de Freud (1919/2019) sobre lo ominoso [*Das Unheimliche*] y los comentarios de Lacan sobre el tema. Las diversas formas de lo ominoso y no familiar estudiadas por Freud llaman la atención por resistirse a una denominación semántica y conceptualmente estable. Son formas de angustia referidas a la irrupción de lo extranjero en lo familiar, pero también de lo animado en lo inanimado, de lo vivo en lo muerto, del animismo en el totemismo, de imágenes narcisistas en una organización que ya las habría superado (Dunker, 2019).

En su seminario sobre la angustia, Lacan (1962-1963/2005), leyendo a Freud, discute la traducción del “magistral *Unheimlich* del alemán” (p. 86). Considera que la palabra alemana refiere justamente a la experiencia de lo *Unheimlich*, destacando su articulación con la angustia. Es “lo horrible, lo sospechoso, lo inquietante”, es aquello que, a nivel del acontecimiento, se hace acompañar de expresiones tales como “súbitamente, de golpe”, pero también es *Heim*, “casa”. La idea de que lo *Unheimlich* se realiza por la disposición entre lo familiar y lo desconocido es lo que permite a Lacan (1962-1963/2005) formular que la experiencia de angustia se “mantiene *Unheimlich*, menos inhabitable que inabitante, menos inhabitual que inhabitado”⁴ (p. 87).

Proponemos, entonces, asociar este campo más vasto de malestar, de fracaso de nominación, con la *extranjeridad*, incluyendo los estados diseminados de devastación, trauma colectivo, silenciamiento, parálisis o errancia. Los estados más o menos *narrativizados* del malestar serán considerados aquí como irrupción de lo *extranjero*, es decir, aquello que perturba y amenaza el narcisismo, incluyendo el narcisismo de las pequeñas diferencias, la paranoia sistémica y las perturbaciones discursivas del lazo social.

Reservaremos el término *extrañamiento* para la dimensión específica de reacción del sujeto al síntoma, con sus variantes egosintónicas y egodistónicas, sobredeterminadas por la insistencia significativa.

Intuimos así que, entre la dimensión vaga y refractaria a la nominación representada por el malestar, y la dimensión específica e individualizada de los síntomas, los cuales se podrían tratar por medios específicos, necesitábamos de una dimensión intermedia, que resultara también *locus* representativo de esta demanda difusa.

Teniendo en cuenta estudios sobre la naturaleza colectiva de lo traumático (Nestrovski y Seligman-Silva, 2000), sobre las transformaciones de la relación entre memoria y lenguaje (Cohen, 2014) y sobre la eficacia de las prácticas tradicionales de escucha en la recuperación de las comunidades (Das, 2015), llegamos al uso de la noción de narrativa como concepto decisivo para registrar el plano

4. N. del T.: Traducción de E. Berenguer. La traducción corresponde a la p. 87 de: Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan, libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1962-1963).

del lenguaje al cual se ajustaba la dimensión de sufrimiento a la que nos enfrentábamos. A esta altura de la investigación, ya habíamos entendido que las comunidades tradicionales y los ribereños del Xingu no eran una excepción a ello y que poseían una gran especificidad en cuanto a su raigambre narrativa y colectiva del sufrimiento, de modo correlativo a la forma de vida compartida que los caracterizaba, y en contraste con el individualismo marcado por la extranjería intrusiva. Al escuchar esta población, por lo tanto, entendemos que esta distancia entre la experiencia y su posibilidad de ser contada, *narrativizada*, dio margen a la emergencia de síntomas y crisis de angustia, contribuyendo también a la propensión a actos impulsivos y pasajes al acto.

Entendimos, ya en la primera incursión territorial, que los servicios públicos de salud mental no eran sensibles a una demanda que apuntara a la experiencia del malestar sentido y, posiblemente por ese motivo, el discurso médico había puesto en marcha allí acciones *medicalizantes*, transformando problemas que no son originalmente médicos en cuestiones estrictamente biomédicas (Zorzaneli *et al.*, 2014; Rose, 2007). Frente a este tipo de aislamiento discursivo, sería preciso recuperar la dimensión sociopolítica del sufrimiento como categoría transformadora (Debieux-Rosa, 2016).

Los agentes sociales que mejor percibían las intrincadas relaciones entre economía y política, moralidad y salud, clínica y formas de vida eran los movimientos sociales que acudieron a socorrer a la población victimizada. Más allá de la relación específica y competente, con el objeto de la lucha por derechos, parecían ofrecer a los ribereños recursos de sobrevivencia psíquica. En nuestras primeras visitas al lugar percibimos que la resistencia y la lucha –inicialmente contra la construcción de la represa y después por la mitigación de los daños producidos– ejercía también una función de suplencia identitaria (constituyendo la categoría de “los afectados”) frente a la destrucción que alcanzaba todo el sistema de identificaciones de la comunidad. Sin embargo, el reconocimiento necesario de la condición de víctima contribuía muchas veces al agravamiento del sufrimiento y de los síntomas. En cada derrota, en cada movimiento de fragmentación, se consolidaba un ciclo de repetición que redoblaba el duelo por la pérdida de ideales en la pérdida de los recursos de recomposición y resiliencia. Correrse del lugar de víctimas resistentes a la construcción de la represa parecía implicar, por lo tanto, renunciar a un punto de identificación generador de pertenencia e integración a la comunidad, aunque, por el otro lado, el fortalecimiento de esta identificación suspendía el pasaje de la posición de víctimas a la de sobrevivientes de este acontecimiento.

En este sentido, la clínica del cuidado pretendió operar una *des-identificación* sin destituir la pertenencia, historizar el trauma sin dejar de promover la posibilidad del olvido. Pretendió una relación

distinta con el ideal, una relación que tendiera también a construir otra posición del sujeto frente a lo imposible. Las tres figuras clásicas de la *antropología de lo inhumano* (Safatle, Silva Jr. y Dunker, 2018) se presentaban como denominaciones preliminares de lo acontecido: el *monstruo* (metáfora para designar el carácter intrusivo, extranjero y gigantesco de la hidroeléctrica), el *sin lugar* (que traducía la extranjería como desorientación subjetiva y real de los desalojados) y el *animal-cosa* (que designa el extrañamiento y la condición de invisibilidad con la que se sentían percibidos por el Estado).

Entendemos que la violación de derechos que los ribereños sufrieron incluyó la desarticulación de las comunidades y actuó directa y deliberadamente sobre los vínculos, separándolos. El efecto de la violación de los derechos civiles y de la desarticulación de la experiencia comunitaria configuró, en el campo del sujeto, la más absoluta devastación (*ravage*). En la mayor parte de los casos, fue vivido como una caída de lo simbólico, una suspensión de la ley que preside su unidad y funcionamiento. Los términos que debían estar allí para garantizar al sujeto su lugar en el campo del Otro ya no operaban, por lo que este veía suspendidas las referencias simbólicas que lo sostenían en la experiencia. Una clínica que pretendiera ofrecer cuidado a la población ribereña afectada por Belo Monte sería, necesariamente, una clínica que tendría por lo menos dos fronteras a transponer: la identificación y el duelo.

De esta clínica formaba parte, además, la ponderación de los efectos ansiógenos de una apertura a la transferencia y a la escucha en un marco de relativa brevedad de los encuentros. En el campo, lo que percibimos fue que la continuidad mayor, la que se espera de la repetición de las sesiones, no era una expectativa ni una condición insustituible allí. La idea de un tratamiento largo, al modo de una conversación interminable, se confrontaba siempre con la fuerza y la intensidad de la palabra empeñada en lo que siempre podía ser el último encuentro. Eso tal vez pueda ser pensado como parte de la historia de los contactos de los lugareños con los innumerables extranjeros visitantes, lo cual nos hacía formar parte de una serie que nos antecedía. De todos modos, percibíamos a cada paso que no se trataba tan solo de la extranjería que traumáticamente había vuelto a aquellas personas extrañas en su propia tierra, sino que, en contacto con ellas, el propio psicoanálisis se volvía extranjero para nosotros.

Ya meses antes de la intervención, estando todavía en nuestro segundo estudio piloto de campo, percibimos la inadecuación del encuadre tradicional de la clínica psicoanalítica para los objetivos de la intervención. Apuntábamos a un reposicionamiento del sujeto en el discurso, y eso requirió el diseño de una estrategia bastante específica, sustentada en tácticas poco convencionales en el ámbito de la clínica. Creíamos que nuestros propósitos debían ser tan difusos como

el estado de malestar que enfrentábamos: favorecer o desencadenar el proceso de duelo, repositionar las identificaciones grupales, *narrativizar* el sufrimiento y redirigirlo a nuevas prácticas de resistencia social y a los nuevos modos de tratamiento disponibles, recomponer en términos interpersonales situaciones críticas resultantes del reasentamiento y la fragmentación de las familias y sus modos de vida, y, finalmente, repositionar a los sujetos frente a los síntomas específicos que motivaban sus quejas: insomnio, irritaciones, conversiones y somatizaciones, impulsividad y depresión.

Un hombre sin lugar

Para aceptar hablar con nosotros sobre la experiencia de volverse un refugiado en su propio país, la primera pregunta que aquel ribereño nos hizo -antes de sentarse y no decir nada- fue si teníamos relación con Norte Energía. Explicó que no hablaría con quien mantuviera alguna relación con la empresa que le arrancó lo que reconocía como vida. “Fue cambio solo *para* peor. Vivimos un año de ilusión, y cuando nos cayó la ficha, queríamos justicia. Y tampoco tuvimos. [...] Perdí el derecho de vivir”.

Era el mes de julio de 2016 y nos encontramos con él en oportunidad de una acción preliminar a la intervención planeada de allí a seis meses. La intención era testear el dispositivo que habíamos creado para escuchar a las personas afectadas por la UHE de Belo Monte, y él nos fue señalado por el movimiento social Xingu Vivo para Sempre como alguien que necesitaba cuidado. A aquella altura nos preguntábamos por los “nombres” que las personas le daban al sufrimiento y también por nuestra capacidad de intervención sobre ese sufrimiento. En esos primeros contactos, solo pudimos responder la primera interrogante. La segunda se fue abriendo en ciertas hipótesis y en otra nueva serie de preguntas que nos perturbaron por varios meses y que culminaron en la conformación de la estrategia clínica del cuidado.

Había algunos “nombres de sufrimiento”⁵ en sus palabras; sin embargo, “Fui engañado” parecía ser la formulación que constituyó el punto central de su *devastación*. Sucede que la frase que él repite muchas veces para hablar de su relación con Norte Energía es también la que muchos otros ribereños formulan: “Fui engañado”. En ella, están conectados por lo *peor*. La pregunta por la condición de subjetivación de lo ocurrido se impone porque el discurso sobre la experiencia es repetido sin variación significativa por personas diferentes. A aquella altura, julio de 2016, estábamos todavía dándole vueltas a esa cuestión. ¿Cómo singularizar la experiencia para que el

sujeto pueda movilizarse, sin dejar de reconocer la importancia de lo que el decir común sostiene en términos de lazo y de colectividad en este modo de vida, tan extranjero al nuestro?

Si la perspectiva del engaño surge en muchas conversaciones con personas afectadas por Belo Monte, en la mayoría de los casos los que se sirven de ese modo de decir acerca de su sufrimiento señalan el hecho amargo de que, en algún punto de su relación con la usina, creyeron que la instalación de la hidroeléctrica en el río Xingu traería el “progreso” prometido. Son esas las personas que se dicen engañadas, ajustando cuentas, en cierta medida, con el hecho de que se dejaron engañar o incluso que quizás quisieron dejarse engañar. Movidas por ideas completamente válidas y pertinentes, también se engañaron a sí mismas. “Fui engañado”, con todos estos sentidos posibles, abre una alternativa por la cual se consiente o se deroga la posición de víctima, pudiéndose constituir una demanda latente. Al escuchar a este hombre, nos preguntamos de qué forma esa condición afecta y se hacer afectar por su historia, cuál sería su versión singular del engaño.

La región en la cual vivió, en los márgenes del Xingu, merece el nombre de comunidad. Allí las familias vivieron por décadas juntas, en un sistema de cooperación e intercambio que multiplicaba encuentros y ayuda mutua. Había una asociación de residentes, iglesia, escuela y campeonato de fútbol. “Tenía el grito de la hinchada cuando marcaba un gol, revivo eso todos los días. Solo quedaron las fotos”.

Fue líder comunitario. Todos los días, después de pescar y de separar la pesca con la que se quedaría de aquella que sería vendida, salía a dar una vuelta. Era preciso saber qué sucedía en cada familia porque contaban con él para resolver los problemas que surgían. Cuando la usina llegó, pensó que serían removidos de forma que la misma comunidad pudiera instalarse en otro pedazo de tierra y que su experiencia seguiría intacta en otra región de Altamira.

Lo que sucedió, por el contrario, fue que las personas fueron esparcidas a lo largo de la Transamazónica, a cientos de kilómetros de distancia las unas de las otras. De este modo, lo que ya era una ilusión, en el sentido de poder mantener la experiencia, se mostró insostenible.

Altamira no tiene cobertura de transporte público, los servicios particulares disponibles son muy caros y el sistema de ayuda mutua comunitaria se disolvió, lo que complicó aun más la convivencia entre las personas. La pérdida de los lazos comunitarios, otro nombre para su sufrimiento, constituyó para él un factor de inmovilidad y la imposibilidad de reconstruir su vida en una situación diferente. “Pensé que había ganado en la vida. Tenía *para* ayudar, y hoy es todo lo contrario. ¿Cómo voy a recomenzar? No veo hacia dónde voy. ¿Cómo queda mi cabeza? [...] Estoy perdido en el tiempo”.

5. Para seguir el tema de los nombres del sufrimiento producidos en el lugar consultar: Katz y Oliveira (2016).

Está aquí condensado, en su queja, el complejo diseño de la escena en la que estamos inmersos. Fue así que comenzamos con la creación de un dispositivo clínico.

1. “Pensé que había ganado en la vida”: Historia, extrañamiento y retraumatización

Su vida no comienza en las orillas del Xingu. Antes de llegar allí, ya había vivido mucho. Nació en otro estado, en una familia de muchos hermanos. El padre era carpintero y murió en el *garimpo* cuando él tenía diez años. “Si éramos pobres, quedamos más pobres todavía”. Vivieron con la ayuda de los vecinos, siempre pidiendo. Fue aquí que “no tener” y “pedir” hicieron el primer enlace.

Sirvió en el ejército. Fue allí porque no tenía adónde ir y contó que, a partir de su trabajo en el cuartel, encontró un lugar distinto en la familia: “Era el padre de la casa” y “Lo que hacía era *para* mi madre”. Dejó de ser el niño ayudado y se transformó en aquel que da. Cuando salió del ejército, se vino al Pará. Aceptó la invitación de un primo para trabajar en su tierra, con la *promesa* de que esta sería divida entre los dos, aunque, algún tiempo después, estaba sin nada de nuevo. *Engañado*.

Trabajó pesadamente, hizo cosas difíciles de aguantar para el cuerpo. Aguantó.

Cuando logró tener una tierra, construyó su primera morada en la que vendría a ser su futura comunidad. Fueron más de treinta años allí. La experiencia adquirió la forma del funcionamiento comunitario arraigado en el modo de vida que marca esa población. Allí entendió que tenía un lugar. Fue en esa tierra donde se casó por primera vez. Y, nuevamente, otro engaño: “Pensé que la vida iba a mejorar con ella, pero solo empeoró”.

No se entendieron, se separaron. Se volvieron vecinos.

Lo que cuenta, sin darse cuenta, es que hay una serie de reacontecimientos significantes en su historia. El acontecimiento de Belo Monte no inauguró para ese sujeto la condición de *engañado* porque él ya había creído otras veces en las palabras de otros que no cumplieron, palabras que eran solo *promesas*. Ya había necesitado pedir, ya había sido el que no tenía, ya se había quedado “sin nada” por lo menos otras dos veces en la vida, ya había sido quien llegaba a territorios desconocidos. Después de tantos recomienzos, en esta escena actual producida por el acontecimiento de la represa en el río Xingu, nos deja ver su enorme dificultad para recomenzar. Está deprimido, el gesto interrumpido por su vergüenza de pedir ayuda. Está inmobilizado, llora mucho. ¿Cuál sería el impedimento ahora que no fuera tal en otros tiempos de su vida?

La primera vez que conversamos, estaba volviendo de dar una serie de charlas. Había sido escogido para transmitir los efectos del acontecimiento de Belo Monte a la comunidad de otro río de la Amazonia que en aquel momento estaba gravemente amenazada por la

instalación de otra usina hidroeléctrica. Su tarea era hablarle a esa comunidad sobre la experiencia de haber sido engañado y describir los efectos devastadores sobre el territorio cuando se instala una usina hidroeléctrica. Él lo hacía, pero no le daba a esa experiencia el estatuto de “ayuda al prójimo” que sustentaba su lugar en el campo del Otro, no podía gozar del saber que disponía.

Nosotros, entonces, nos extrañamos. *Extrañamos* aquí es parte de la estrategia de escucha, basada en la producción de puntos de *extranjeridad* en un *extranjero* naturalizado y conocido. Es un recurso técnico para hacerlo subvertir la topología de su propia narrativa de sufrimiento. Es acogido, de este modo, en una extranjeridad íntima que se confronta con su extranjeridad como errancia experiencial. Se genera así un lugar problemático de reconocimiento para un hombre organizado en torno a la experiencia de ayuda y, más específicamente, al rechazo de su propia vulnerabilidad. En alguna medida, frente a nuestra intervención, él formula una expresión de reconocimiento de su lugar, que se repite ahora en otros ámbitos. Reconoce que puede *ayudar* en Tapajós, y eso parece producir algún alivio, posiblemente circunstancial.

Hablamos, incluso, de todas las veces que había podido rehacer y recomenzar en nuevos territorios, pero en ese punto se mostraba categórico. Ahora que vive lejos y aislado, no tiene con quién contar y, más aun, lo que dijo de muchas formas, allí él tampoco cuenta para nadie. No reconoce esa experiencia como de vecindad. Se trata, más bien, de soledad. No logra quedarse en la casa y le resulta difícil incluso entender si ese lugar es una casa para él. Siempre que tiene algo de dinero para el transporte, se va a ver a D. Antônia, en Xingu Vivo.

Todos los caminos están cerrados, llora y cuenta acerca de muchas enfermedades del cuerpo. Escuchando, la pregunta insistía: ¿De qué forma este hombre podría hoy engancharse a la vida? ¿Qué sería lo que podría entender como vida? ¿Cómo podría asumir un lugar que no fuera de desecho, extranjero e incómodo en el campo del Otro?

Fundamentalmente, nos interesaba entender por qué, si ya había logrado salir de ese lugar tantas veces, ahora, con Belo Monte, algo le impedía ese movimiento necesario.

Esa pregunta viene al caso y es una pregunta que nos permite entender la dimensión de la violencia que atravesó la población ribereña, puesto que muchos, o casi todos, tenían esa misma dificultad. Frente a Belo Monte el sujeto quedaba paralizado.

2. “Tenía *para* ayudar, y hoy es todo lo contrario”: El lugar en el otro extranjero

En su vida -que no comenzó en Xingu- forjó su lugar en la tensión entre recibir y dar. Se formuló a sí mismo que tenía valor para el otro cuando podía proveerlo.

Proveer es significado por el sujeto como “tener para dar”: tener comida, tener lugar en la casa, tener un buen consejo para dar. Por otra parte, está la situación del no tener. *No-tener*, aquí, es un significativo extendido. Hay una conexión importante entre el no tener la posibilidad de dar al otro aquello que entiende que le falta y no tener lugar en el Otro. Por tanto, la condición de estar desprovisto de recursos es, para este sujeto, la experiencia de pérdida de la garantía de ese lugar. No existe para él la idea de que dar lugar a lo que falta en sí mismo podría también ser un modo de estar con los otros. No piensa, por ejemplo, que haya ofrecido algo importante al otro cuando fue a hablar con las futuras víctimas de lo que sería la próxima usina hidroeléctrica en la Amazonia. Se hizo a sí mismo la idea de que su lugar es el lugar de lo que le falta al otro, y cuando no tiene para dar, la experiencia es la de ser expulsado del Campo del Otro: devastación.

Sentirse necesario para los otros de su comunidad era su condición para generar pertenencia. Fue así que ganó su lugar, incluso en su familia de origen.

Llegamos, de este modo, a un acontecimiento tan trivial como emblemático. Pocos días antes de nuestro encuentro, tenía hambre, los cinco reales para el pasaje a la casa y para un café con leche. Cuando se acercó al mostrador de un bar para hacer su pedido, un hombre que pasaba, también con hambre, le pidió algo de comer. Él interrumpió su pedido y arregló con la moza del bar para que le diera su café con leche y una tapioca al desconocido. “¿Y no quedó con hambre usted?”; “Quedé, sí, pero no iba a dejarlo a él con hambre”. ¿Cuál es el hambre de este hombre?

Después de ese encuentro y en el segundo tramo de trabajo con él, que tuvo lugar en Xingu Vivo, quedamos en encontrarlo para una segunda sesión en su casa. Era enero de 2017 y la clínica del cuidado ya estaba funcionando. Al llegar a su casa, un impacto: el lugar que él describió como desvitalizado y vacío era, para nuestro equipo, el mejor lugar en el que habíamos estado en Altamira. La casa tenía mucho. Mucho confort, mucha belleza, mucho cuidado y también mucha comida, en la heladera y en la “despensa viva” (Torres, 2011), la que está a cielo abierto.

¿Qué es lo que no tenía en esa casa y faltaba para que se volviera un hogar? ¿Por qué esa no era para él su casa? En el transcurso de la sesión surgió la respuesta: en esa casa estaba solo, *es una casa sin lazos*, estaba en un lugar en el que la llave para su condición de pertenencia no encajaba en ninguna cerradura. Allí él no era necesario, no lideraba, “a nadie le importaba”, lo que quería decir era que nadie lo precisaba. Él tenía, sí, pero lo que tenía no encontraba destinatario.

Insistimos en la pregunta, retomando la posición de extrañeza: “¿Por qué le dio su café con leche a aquella persona?”. Surge una for-

mulación importante en construcción: nos dice que sabe lo que es sentir hambre, que no podía ver a ese hombre así y no hacer nada. Cuando perdió a su padre, la familia se sumergió en una situación de pobreza extrema. En ese tiempo, la carnicera de la ciudad lo llamaba para darle el *libro del buey* (el libro es la parte del buche que por ser muy difícil de limpiar nadie compra). Ella vendía el buche y le daba el libro:

- Para poder darme el libro, vendía el buche.
- Así como usted me contó que todos los días se daba una vuelta por la comunidad para verificar la necesidad de las familias, pero siempre después de hacer su pesca. ¿Qué será lo que sucede hoy que usted da antes de tener?
- Es muy difícil pedir.

Así, de forma especular, identificado con aquel que sentía hambre, pero también con el que mata el hambre del otro, nos fue contando más. Aquel verano había hecho muchos trabajos de los cuales no le quedó nada. El dinero que ganó fue en su mayor parte gastado en otro acontecimiento que se circunscribe con el significativo recurrente: *engaño*. Usó primero el dinero para casarse y, pocos meses después, para separarse.

La intervención introdujo la dimensión del tiempo:

Hay que entender que ese tiempo difícil, de no tener, va a pasar. Así como otros tiempos difíciles pasaron. Se trabajó, se ganó, se gastó. Y otras veces se trabajó y no se ganó. Ese año tuve una deuda de más de 10.000 reales. Este invierno va a ser difícil, se va a precisar ayuda, pero el verano va a llegar y se va a poder trabajar de nuevo y ganar dinero. Este momento malo no va a ser para siempre.

Se queda en silencio. ¿Qué será lo que escuchó?

3. “¿Cómo queda mi cabeza?”: Extrañas dolencias

El lugar en que ubica esa pregunta no es un lugar cualquiera. Está articulada allí su imposibilidad de seguir con su modo de vivir en condición de padecimiento. Su palabra, recordemos, es la siguiente: “Pensé que había ganado en la vida. Tenía *para* ayudar, y hoy es todo lo contrario. ¿Cómo voy a recomenzar? No veo hacia dónde voy. ¿Cómo queda mi cabeza? [...] Estoy perdido en el tiempo”. Si bien antes de Belo Monte ya se había enfermado alguna vez, como cuando se lesionó la columna a causa del trabajo con motosierra, enfermar era, para ese sujeto, un efecto del trabajo de esfuerzo repetido en un cuerpo que se mueve. Después de Belo Monte, se enferma porque está solo y porque no se encuentra en el espacio y en el tiempo de su vida: no sabe para dónde ir, está perdido en el tiempo.

En los encuentros que tuvimos nos contó de infecciones que se le prolongaban, habló de la dificultad para lograr análisis y remedios, y, sobre todo, de cómo era difícil estar enfermo sin cuidado y solo.

Esa es la experiencia marcadamente diferente que vive hoy. Su padecimiento se decide ahora desde esta nueva situación: *estar enfermo y quedarse* solo parecen anudarse como términos que constituyen su sufrimiento.

Dice que se ve detenido y triste. Pareciera, en sus palabras, que nada más tuviera sentido. Habla muchas veces sobre la *angustia* en la que se sumerge cuando llega a la soledad de su casa, cuando escucha los ruidos de la selva y no tiene a nadie con quien conversar. Siente como si no pudiera estar allí, necesita salir. No sale, y los días no pasan. Es también en ese contexto que habla de su infección, de estar enfermo en soledad. La experiencia de dolor conecta esos dos acontecimientos del cuerpo: la infección y la angustia.

También, muy angustiado, cuenta sobre la experiencia del casamiento, que duró menos de seis meses y al que se refiere del mismo modo, como experiencia de *engaño*.

Un encuentro que parecía darle un lugar y que muy rápidamente reveló lo contrario; él no se vio bien acogido por parte de la familia de la mujer, y ella tampoco logró reconocer sus lugares de pertenencia, como su relación con Xingu Vivo para Sempre. En la primera sesión acerca varios relatos acerca del dinero que gastó para casarse y separarse, en lo que llama “mi error”, “mi engaño”. En la segunda sesión logra acercarse a lo que habría podido generar ese acto: “Era para no quedarme solo”. Sufrir de soledad; ese estado de *sufrimiento* –que no se *inscribe* en el marco de un síntoma– es la causa de la mayor parte de sus gestos, de sus actos y también de los *actings*, por la precipitación que el exceso de angustia produce. Pero incluso la soledad tiene una historia, y la narrativa de esta historia se comenzaba a entramar con la narrativa de su propia historia. Como formuló Lacan (1962-1963/2005): “Es el surgimiento de lo Heimlich en el marco lo que constituye el fenómeno de la angustia”⁶ (p. 87).

4. “No veo hacia dónde voy. [...] Estoy perdido en el tiempo”: Sobre la extranjería del futuro

La dificultad para tener una perspectiva acerca del futuro después de Belo Monte es recurrente entre muchos ribereños. En este lugar, *perdido* es una denominación para el sufrimiento, signifiante que surge como desplazamiento de *engañado*.

El modo de vida ribereño, así como el de muchas otras poblaciones tradicionales, supone otra forma de organización del tiempo. La posibilidad de poner el tiempo de la propia vida en perspectiva –eso que llamamos pensar el futuro o *futurar*, como nos dijo un ribereño– no es

6. N. del T.: Traducción de E. Berenguer. La traducción corresponde a la p. 87 de: Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan, libro 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1962-1963).

un recurso inmediato y permanente en esta población. Sabemos poco del porqué de ello; podríamos arriesgar a decir que la vida en ciclos organizados en relación con la naturaleza contribuye a esa situación, pero es importante reconocer que ese es un rasgo importante de este modo de vida y que no fue tomado en cuenta en la evaluación de los condicionantes para la instalación de la usina.

Ese tiempo sin corte entre el ahora y el tiempo por venir, pero que también está marcado por la sucesión de ciclos que marcan diferencias, impone un constante presente que compromete, y mucho, la vida de quien necesita funcionar en relación con la cultura ciudadana.

Él habla de ello con ese “No veo hacia dónde voy”, como si no supiera cómo pensar el futuro de su vida en una tierra paralizada y circunscripta por esta nueva condición.

Se volvía absolutamente necesaria la investigación acerca de lo que sería la vida para el sujeto en esta nueva configuración del territorio. Era preciso *futurar*. Lo reconocimos desde el primer día en el que pensamos esta clínica. Sin embargo, es necesario admitir que no fue instantánea la comprensión de que sería un psicoanalista el que tendría que hacerlo y que no siempre estuvo claro que esa sería la tarea de los psicoanalistas que nos embarcáramos en esta acción de cuidado. Pensamos que quizás otros agentes ya presentes en el territorio se ocuparían de esa tarea.

Para construir la estrategia clínica del cuidado, como ya fue referido, nos apoyamos en la formulación de Lacan (1958/1998) acerca de la política de la clínica, que nos remite a la posibilidad de cierta libertad en relación con las tácticas y estrategias clínicas, de modo de garantizar su política. Se es menos libre en la política que en la estrategia y se es más libre en la táctica que en la estrategia. Podemos extraer de esta formulación de Lacan una cierta relación con el tiempo en la experiencia del tratamiento psicoanalítico, el tiempo medio por el cual la transferencia se transforma, el tiempo largo de la política como horizonte futuro, el tiempo corto de la burbuja temporal de cada encuentro.

La variación introducida por la clínica del cuidado es una variación estratégica, puesto que opera una única transformación en el montaje de la transferencia, en torno a un único cambio de posición subjetiva, por más que este pueda, potencialmente, generar otras tantas transformaciones imprevistas, tal como sucedió. Esta estrategia corresponde a una especificación o a un giro del discurso.

El plano de sustentación de la identidad, de dador, por ejemplo, se mantiene en lo que se podría llamar discurso del amo. Su dominante es un signifiante amo, como devino, por ejemplo, el de *engañado*. Ese montaje hace a un determinado saber trabajar, puesto que instaura, bajo esta relación, la economía libidinal de la fantasía reprimida. Al retomar la pregunta como si esta no hubiera sido respondida, al devolver la extrañeza y mostrar el extrañamiento narrativo de esta

pérdida con la escena del casamiento *-perdido y engañado-*, se obtiene una inestabilización del discurso, un giro por el cual se genera una apertura a la transferencia en tanto indagación de saber.

De todos modos, para ello fue necesario entender que esta *paralización*, esta detención del futuro, no es una falta práctica de alternativas en relación con qué hacer, sino un reposicionamiento de la experiencia de extranjería, antes ubicada en otro, agente y portador de lo traumático, y ahora reintroducida en el sujeto bajo la forma de la división subjetiva y la indeterminación del saber.

Por esa vía, la noción de *deseo del analista* puede iluminar el *impasse* y mostrar una salida. La condición de que un analista estuviera allí, en este trabajo de investigación creativa e intentando *futurar* acerca de y con el sujeto que habla, se sostenía en la especificidad de que su escucha se ofreciera como transformadora y en la medida exacta en que no entrara en ella subjetivado en ninguna plataforma de identificación, con sus propios modelos de extranjería.

Esa condición sostenida por el deseo del analista da cuenta del compromiso del psicoanalista en esta clínica.

5. “Esto no se va a quedar así *para siempre*”: La producción de extranjería interna

Ya inmersos en el funcionamiento de la clínica que pensamos, testeamos y ahora llevábamos adelante, algunos de nuestros interrogantes se comenzaron a responder. Como cualquier clínico con algo de experiencia podía prever, las preguntas empezaron a develar sus caminos de respuesta en la actividad misma de la clínica.

En enero de 2017, allí en la casa que nos había mostrado -que para él no era una casa porque no hacía lazo-, estábamos frente a una forma de angustia que Freud (1919/2019) describió como *Unheimlich* y que nosotros agrupamos como experiencias de extranjería, es decir: lo que debiendo quedar oculto, se revela, el cuerpo muerto que adquiere vida, el cuerpo vivo que es experimentado como cosa, la casa íntima y acogedora de la que surge la ajenidad más radical, lo quieto e inmóvil que aun así se muestra animado.

Mientras almorzamos y él habla de su vida, entre algunas historias, dice, categórico:

Ilana, esta cuestión de que yo esté sin dinero va a pasar. Esto no se va a quedar así *para siempre* y yo no voy a quedarme toda la vida así, esto se arregla con el tiempo. Ahora me tengo que preocupar por otras cosas.

Y se pone a hablar sobre esas otras cosas. Está futurándose.

De este modo, nos ayudó a responder la pregunta sobre la extensión clínica del trabajo. Él estaba allí, hablando sobre su idea del tiempo, que ahora era otra. Podía poner su vida en una perspectiva que no se había hecho presente en encuentros anteriores. La inter-

vención, pensamos después, hizo vacilar una determinada ligazón significativa que mantenía un discurso en el cual su vínculo con el otro, al modo del amo y esclavo, organizaba su sufrimiento. Su experiencia del tiempo lo mantenía en un eterno presente, sin percibir que el día siguiente podía ser diferente. La escucha -propia de la actividad clínica del psicoanálisis- ofrece la posibilidad de que el sujeto sea sostenido en su división, que no es tan solo la de la castración, sino también la condición de apertura a la transferencia como apuesta transformadora al futuro. Eso parece haber generado las condiciones para que pudiera ser enunciada por él, lo cual concuerda con lo que Freud llamaba luna de miel de la transferencia, es decir, el sentimiento de inicio y de puesta en perspectiva de una narrativa de futuro. Al proferirla, su tono era de quien explica algo importante. Respondemos: “¡Eso!”.

La intervención en este caso se fue entramando en una doble escucha, y algunos de nosotros participamos de la atención ofrecida al sujeto. Como todos los otros ribereños escuchados, él también fue atendido por una dupla de cuidadores⁷. La intención era la de que, frente a la corta e intensa duración de la intervención, fuera posible administrar y disolver los efectos de transferencia que el relato inevitablemente sería capaz de desencadenar, así como dar lugar por lo menos a dos perspectivas sobre la experiencia, confrontando la pretensión de unidad y coherencia que se produce frente a cada interlocutor instituido. Él en particular, además, tuvo algunos encuentros con los dos periodistas que integraban el equipo interventor con el objetivo de iniciar el proceso de documentación de sus textos. *Futurando*, encontró la salida, aunque fue por el restablecimiento de la función de ayuda. Pidió que el equipo se contactara con una de sus hijas, la que para él estaba sufriendo, para que ella pudiera “encontrar un camino”. Con esa demanda nos contó lo que entendió que sucedió en aquellos encuentros. La escucha clínica sostenida en aquellas condiciones por el psicoanalista pudo, en este caso, operar una transformación de la relación del sujeto con el tiempo. Al poner en perspectiva su vida, las salidas encontradas se generaron no exactamente como suplencia identitaria -no se trataba de una ortopedia, sino de la proposición de una salida diferente, como *suplemento discursivo-*, no para esconder la falta de lo que no está, sino para, al dejar lugar a lo que falta donde falta, ofrecer otro camino de tratamiento para lo que no hay.

7. Las consideraciones sobre esta elección táctica se pueden leer en: Katz (2019).

Conclusión

Cuando pensamos en la clínica del cuidado orientados por la escucha del sufrimiento en el territorio referido, nos preguntamos sobre la posibilidad del psicoanálisis para hacerse presente como dispositivo de cuidado en esa cultura. Sostuvimos en la teoría, en la investigación y en la experiencia clínica una apuesta a que dispondríamos de los elementos que ampararían nuestra práctica. Lo que no sabíamos era cuánto y cómo ese quehacer se volcaría sobre el saber, transformándose en acción formativa para cada uno de los analistas que integraron ese equipo clínico. Es un hecho que la experiencia ofrecida por la condición metódica de lo extranjero es mucho menos frecuente que bienvenida en la clínica, y quizás esa condición haya alcanzado los efectos más potentes sobre los propios psicoanalistas en cuestión.

La clínica del cuidado, al salir de la Universidad de San Pablo para alcanzar los márgenes del río Xingu, en la Amazonia, se constituyó en experiencia de lo extranjero para los psicoanalistas y los psicoterapeutas que cruzaron esa frontera. Para un psicoanalista, llegar al Xingu demandaba una operación de descentralización para la cual necesitamos responder de manera muy específica. El riesgo que corríamos, y contra el cual trabajamos intensamente⁸, era el de reinventar desde el lugar de psicoanalistas una experiencia de colonización sobre una cultura y un modo de vida que no era el nuestro.

Este gesto, lo sabíamos, sería el de la confrontación del psicoanálisis con su propia extrañeza e *infamiliaridad*. Para ello era necesario entender que no todo lo extraño representa una perturbación de nuestro narcisismo y emerge de sus estados infantiles no resueltos.

Sabíamos que la condición de llamarnos psicoanalistas no nos protegería de esa confrontación. Sostuvimos la decisión metodológica de suspender las deliberaciones prejuiciosas acerca de si estábamos o no hablando de psicoanálisis, de si había psicoanalistas “verdaderos” o intervenciones “auténticamente” psicoanalíticas en esta experiencia. Lo que no sabíamos muy bien era cómo allí, en la escena clínica, desarrollaríamos esa acción. ¿Cómo escuchar a quien dice de sí con términos que no conocemos? Se trataba, para nosotros, de atender sujetos en una especie de otra lengua; aunque los sentidos no nos resultaran complementemente extraños, su empleo, su tónica y su peculiaridad de uso desafiaban nuestra propia familiaridad con el quehacer clínico. Asumimos el compromiso de que el efecto extranjero

8. La preparación del equipo clínico fue intensa. Además del contacto frecuente con el lugar, con el estudio de su historia y la construcción de Belo Monte, todos los *cuidadores* participaron de un curso semestral en el Instituto de Psicología de la Universidad de San Pablo y tuvieron entre sus profesores actores clave del lugar. Después de ser seleccionados, integraron un grupo de trabajo también de frecuencia semanal que discutió las bases de construcción de la Clínica del cuidado en relación con el lugar.

sobre nosotros no se disolviera en gestos de colonización, sino que fuera preciso escuchar desde lo extranjero. Escuchar.

Freud advirtió muchas veces a los psicoanalistas sobre la escucha como condición de realización de un análisis. En 1909, lo hizo nuevamente: “provisionalmente dejaremos nuestro juicio en suspenso y prestaremos atención pareja a todo lo que hay para observar” (p. 21).

Lacan, interesado en trabajar con los elementos que pudieran sostener la escucha como prerrogativa ética de la clínica, formuló el operador *deseo del analista* para situar la posición desde la cual debemos lanzarnos a la escucha. Respondía así a los postfreudianos y discutía con esos términos el manejo de la contratransferencia: la subjetividad del psicoanalista, su modo de vivir y de pensar la vida, no debe comparecer como parámetro o como referente en ninguna situación clínica.

Por tanto, no estábamos inadvertidos. La escucha, lugar vacío, sería el elemento clave de sustentación de la clínica, también en Xingu. La cuestión central en relación con la escucha sería, entonces, la radicalidad de la experiencia del no saber y, más específicamente, de lo que era preciso conocer para sostener el no saber.

A nivel del significante, además de una serie de palabras nuevas como: *tracajá* o *banzeiro*, fuimos sorprendidos por la relación entre las palabras, puesto que si bien algunos términos eran los mismos, el sentido que adquirirían en aquel léxico era absolutamente otro. ¿Cómo podríamos intuir que *vecino* no era solamente aquel que vive al lado? Allí *vecino* es un significante que condensa los sentidos que les damos a *vecino* y a *amigo*, amigo de la infancia, ese que estuvo siempre, con el que se puede contar. Cuando *vecino* quiere decir todo eso y cuando se dice “en este nuevo barrio me quedé solo, sin mi *vecino*”, se está diciendo más de la experiencia de soledad y de la deconstrucción de la red comunitaria que de una mera distribución geográfica.

Escuchar a los ribereños en su forma de decir, escuchar ese modo diferente al nuestro, esa articulación entre los términos de la vida, esa conexión entre los significantes y su ausencia fue lo que permitió a la escucha dar lugar a ese modo de vida que se presentaba también como diferente en la experiencia de tramitación del sufrimiento.

Una ribereña nos sorprendió sintetizando en su pregunta la dimensión de la diferencia: “Pero, donde viven ustedes, ¿se precisa dinero todos los días? ¿Cómo hacen?”. La pregunta interrumpe al interlocutor. Si esa mujer vive sin considerar que se podría precisar dinero todos los días es porque su modo de vida se dispone en formas de goce poco accesibles a la forma citadina de administrar

9. N. del T.: Traducción de J. L. Etcheverry. La traducción corresponde a la p. 21 de: Freud, S. (1992). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 10). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1909).

la experiencia. Modos de vida son también modos de gozar la vida, y parece que para las poblaciones tradicionales y extractivistas, las dimensiones del trueque y del uso se intercalan con las de donación e intercambio en la relación con los objetos, con los otros y con el tiempo. Hay diferentes formas de experimentarse extranjero cuando consideramos así la situación. El modo de vida ribereño imprime en la experiencia extractivista con la selva, en la relación con los otros y en la no propensión a la acumulación, una relación con la satisfacción en la que la posibilidad del usufructo común incide sobre las relaciones de posesión, generando la experiencia comunitaria característica de aquel lugar, en el que la posesión está más articulada con la relación con el colectivo que con la determinación del lugar social de alguien.

Frente a esa experiencia, la idea de la escucha como lugar vacío se radicaliza para dar soporte a la propia condición de la escucha, y la condición de extranjero del analista hace retornar al elemento mínimo que sostiene la condición de un psicoanálisis.

Hay extranjeridades determinadas por la negación de lo familiar, pero también hay negaciones de lo familiar que no generan extranjeros, sino identidades conocidas y fijas, dobles sombríos de nosotros mismos, quizás falsos extranjeros creados por nuestra fantasía.

En la relación con los ribereños atendidos por la clínica del cuidado, no se impusieron ninguna de las reglas que componen lo que aprendimos a denominar *setting*, es decir, el escenario clásico que da lugar a un psicoanálisis: no había pago (ni caridad), no había dirección fija, no había tiempo definido previamente ni regularidad de los encuentros. En esta experiencia no había psicoanalistas contratados por los ribereños y, a pesar de todo ello, importa decir que no hubo psicoanalistas contra el acto analítico. El operador *deseo del analista* hacía valer para cada uno de los cuidadores y en cada encuentro la condición de posibilidad de sustentación de la operación de un psicoanálisis.

Desprovista de *setting* y haciendo decantar la parafernalia técnica, la estrategia clínica del cuidado produjo efectos sobre los analistas que estábamos allí que no logramos anticipar en un inicio. Efectos sobre la propia extranjería del psicoanálisis y su proceso de conformación. Esa clínica promovió, precisamente, lo que Dominique Fingermann (2016) refirió como (de)formación que forma al analista. Aprendimos junto con la experiencia ofrecida, por la propia condición de extranjeros con la que nos propusimos y en la cual fuimos inicialmente tratados. Pero una vez recibidos en este lugar, pudimos traer a la luz efectos de extrañamiento que mostraron asociarse con la emergencia de la transferencia y con el reposicionamiento subjetivo frente a los síntomas. En otras palabras, fue preciso ubicarnos como extranjeros, y no como turistas o visitantes exóticos, para producir -a partir de la extranjería vivida- un nuevo tipo de extrañamiento.

Entre la negación del imposible retorno a lo perdido, expresado en la demanda del discurso de lucha por la restitución del pasado, y la impotencia expresada en el padecimiento del cuerpo, bajo el nombre de la depresión que inmoviliza al sujeto, apostamos a que el psicoanálisis podría ofrecer una tercera vía de lectura y contención. Clínica y cuidado.

La experiencia demostró que las intervenciones de extrañamiento, intervenciones que introdujeron un corte discursivo, funcionaron como condición para el cambio de posición por parte del sujeto. Sin embargo, la misma también mostró un efecto gradual de decantación de la vivencia de extranjería para aquellos que la vivían sin representarla y sin compartirla, como defensa y reacción identitaria. Surgió así una formación extranjera para sí misma en estos psicoanalistas, una puesta en perspectiva para ese que era extranjero en su propia tierra, sin saberlo.

Entendemos que tal operación se volvió posible porque, aun con todos los elementos de establecimiento del *setting* clásico en suspenso -como expusimos antes-, la ética del psicoanálisis, reguladora de la clínica, encontró lugar en la función *deseo del analista* para sostener -como único elemento indispensable e ineludible en el quehacer del analista- la realización del horizonte de subjetividad de nuestra época, incluyéndose allí el *centro del mundo*.

Resumen

El artículo presenta la estrategia Clínica del cuidado, respuesta que creamos entre los años 2016 y 2017 para atender a la población ribereña del río Xingu, en la Amazonia brasileña, que fue afectada por la construcción de la Usina Hidroeléctrica de Belo Monte. Propusimos la intervención a partir de relatos que nos informaban de un aumento significativo de formas de padecimiento del cuerpo -común en las personas desde la llegada de la usina-, de los testimonios locales de intenso sufrimiento psíquico y de la constatación de que los dispositivos de tratamiento presentes en el territorio no podían hacer frente a la extensión sistémica del mismo. Para dar cuenta de la experiencia realizada, el artículo trabaja con las nociones de extranjería, extranjero y extrañamiento, y aborda sus efectos formativos sobre los clínicos (psicólogos y psicoanalistas) que la llevaron adelante.

Descriptor: *Psicoanálisis*. **Candidatos a descriptores:** *Clínica del cuidado, Extranjero, Formación psicoanalítica*.

Abstract

The article presents the Care Clinic strategy, a response we came up with in 2016 and 2017, aimed towards Xingu riverside population, in the Brazilian Amazon, which had been hardly hit by the construction

of the Belo Monte Hydroelectric Plant. Based on reports that informed us of a significant increase in forms of body illnesses, current in people since the construction of the Hydroelectric Plant, on testimonies of the locals about intense psychological suffering, and on the assessment that local resources available for treatment were not able to face the systemic extension of suffering, the intervention was, thus, proposed. To encompass the experience, the article works with the notions of foreignness, foreign and estrangement and addresses its formative effects on the clinicians (psychologists and psychoanalysts) who carried it out.

Keyword: *Psychoanalysis*. **Candidates to keywords:** *Care clinic, Foreigner, Formative effects (on the psychoanalyst)*.

Referencias

- Birman, J. [Café Filosófico CPFL] (13 de agosto de 2014). *Caos e trauma no mundo contemporâneo* [archivo de video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WsSO-9L2vqE>
- Brum, E. (25 de septiembre de 2015). Víctimas de una guerra amazónica. *El País*. Disponible en: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/09/22/politica/1442930391_549192.html
- Cohen, S. K. (2014). *Testimony and time: Holocaust survivors remember*. Jerusalem: Yad Vashem.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, disease, poverty*. Nueva York: Fordham University Press.
- Debieux-Rosa, M. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. San Pablo: Escuta/FAPESP.
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. San Pablo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: Uma psicopatologia do Brasil entre muros*. San Pablo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2019). Indeterminação e animismo. En E. Chaves y Tavares P. H. (trad.), *O infamiliar: Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Endo, P. (2013). Pensamento como margem, lacuna e falta: Memória, trauma, luto e esquecimento. *Revista USP*, 98, 41-50. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/69224/71688>
- Fearnside, P. M. (2017). Belo Monte: Actors and arguments in the struggle over Brazil's most controversial Amazonian dam. *Die Erde*, 148(1), 14-26. Disponible en: <https://www.die-erde.org/index.php/die-erde/article/view/264>
- Ferrarese, E. (2016). Vulnerability: A concept with which to undo the word as it is? *Critical Horizons*, 17(2), 149-159. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14409917.2016.1153885>
- Fingermann, D. (2016). *A (de)formação do psicanalista: As condições do ato psicanalítico*. San Pablo: Escuta.
- Flanagan, B. E. et al. (2011). A social vulnerability index for disaster management. *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 8(1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/274439003_A_Social_Vulnerability_Index_for_Disaster_Management
- Flusser, V. (2007). *Bodenlos: Uma autobiografia filosófica*. San Pablo: Annablume.
- Freud, S. (1977). El malestar en la cultura. En J. Etcheverry (trad.), *Obras completas* (vol. 21). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930 [1929]).
- Freud, S. (1996). Duas histórias clínicas (o "Pequeno Hans" e o "Homem dos ratos"). En J. Strachey (ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 10). Río de Janeiro: Imago. (Trabajo original publicado en 1909).
- Freud, S. (2019). O infamiliar. En E. Chaves y Tavares P. H. (trad.), *O infamiliar: Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabajo original publicado en 1919).
- Katz, I. (2019). A clínica do cuidado: Intervenção com a população ribeirinha do Xingu atingida por Belo Monte. En I. Katz y E. Broide (org.), *Psicanálise nos espaços públicos*. San Pablo: IP/USP.
- Katz, I. y Oliveira, L. (2016). Considerações sobre os impactos em saúde no contexto do deslocamento forçado dos ribeirinhos em Belo Monte. En S. Barbosa Magalhães y M. Carneiro da Cunha (org.), *A expulsão de ribeirinhos em Belo Monte: Relatório da SBPC* [libro electrónico]. San Pablo: SBPC. Disponible en: <http://portal.sbpnet.org.br/livro/belomonte.pdf>

- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. En J. Lacan, *Escritos* (pp. 591-652). Río de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lacan, J. (2005). *O seminário de Jacques Lacan, livro 10: A angústia*. Río de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabajo original publicado en 1962-1963).
- Nestrovski, A. y Seligmann-Silva, M. (org.) (2000). *Catástrofe e representação*. San Pablo: Escuta.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369, 701-702.
- Safatle, V., Silva Junior da, N. e Dunker, C. I. L. (org.) (2018). *Patologias do social: Arqueologia do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Torres, M. (2011). A despensa viva: Um banco de germoplasma nos roçados da floresta. *Geografia em questão*, 4(2), 113-138. Disponible en: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/geoemquestao/article/view/4820/4218>
- Zorzaneli, R. T., Ortega, F. y Bezerra Júnior, B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso