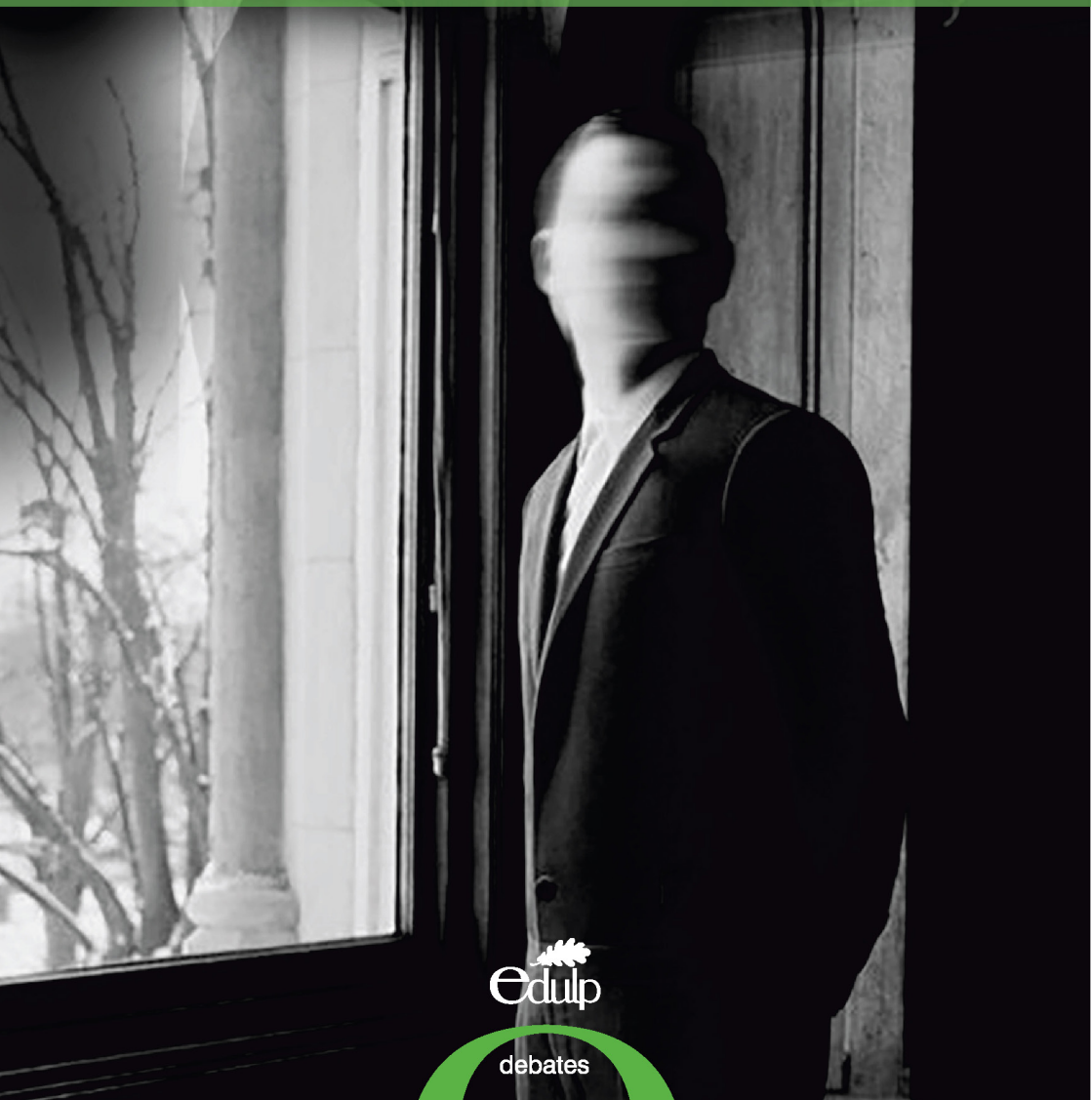


FLAVIO PERESSON

Vivir, enfermar y curar por las palabras

Psicoanálisis y (psico)terapias




EduLP

debates

Vivir, enfermar y curar por las palabras
Psicoanálisis y (psico)terapias

Vivir, enfermar y curar por las palabras
Psicoanálisis y (psico)terapias

FLAVIO PERESSON



Peresson, Flavio

Vivir, enfermar y curar por las palabras : psicoanálisis y (psico)terapias / Flavio Peresson. - 1a ed. - La Plata : EDULP, 2020.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8348-81-0

1. Psicoanálisis. I. Título.
CDD 150.195

Vivir, enfermar y curar por las palabras
Psicoanálisis y (psico)terapias

Flavio Peresson



EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (EDULP)
48 N.º 551-599 4º piso / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina
+54 221 644-7150
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales de las Universidades Nacionales (REUN)

Primera edición, 2020
ISBN 978-987-8348-81-0

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723
© 2020 - Edulp

Introducción

Toda la psicología moderna está hecha para explicar cómo un ser humano puede conducirse en la estructura capitalista [...] Esto es precisamente el estado extremo que el descubrimiento de Freud trastorna"

(J. LACAN)

Este material procede directamente de las clases de Psicoterapia I de la Facultad de Psicología (UNLP) del año 2020, año en el cual el aula presencial tuvo que ser reemplaza por el aula virtual.

El 2020 seguramente podría tener su lugar en la historia como el año en el cual el Covid-19 cambio nuestras vidas.

La enfermedad llamada Covid-19 viene recorriendo el mundo gracias al transporte que le brindamos los seres humanos (transporte gratis para el bichito, no así para los transportadores).

Cuando la enfermedad se convirtió en pandemia, dejó su Wuhan natal para formar parte del mundo, puso en jaque la vida misma de cientos de miles de seres humanos muchos de los cuales encontraron la muerte. Actualmente supera en cifras el millón.

También el 2020 podría tener su lugar en la historia porque fue el año en el cual la palabra más usada fue "protocolo". Morir en soledad no es extraño, lo extraño fue morir en soledad a consecuencia de un protocolo (un mandato) que buscaba prevenir males mayores. La soledad del moribundo fue el último sacrificio que se le pidió al

contagiado. Para cuidar a los vivos. Esto es nuestra tragedia. Nosotros vivimos el presente a costa de negarlo, minimizarlo, disociarlo.

A los que estamos afuera del millón y pico de muertos por el Covid-19, protocolo mediante, nos modificó los ritos habituales de la vida de cada uno como los encuentros, los festejos, las despedidas. Altero las reglas de juego habituales de la vida erótica. Afectó al trabajo, al consumo y mucho más.

Y como nunca antes puso al descubierto lo maquinaria mortífera del Capitalismo y la solidaridad subjetiva que asomo en nuestro país.

El curso 2020 de Psicoterapia I se llevó adelante por otros medios que la palabra que va de manera directa de la boca a la oreja de un sujeto a otro compartiendo un espacio que se llama aula.

Los recursos que ofreció la UNLP, buscando remediar la ausencia de lo "presencial", fueron plataformas, videos, audios y otros instrumentos propios de lo que se conoce como Educación a Distancia. Todos los recursos técnicos hacían presente lo que hoy no era posible, y también permitió avizorar que mas allá de suplir lo anterior se abrían nuevas posibilidades para alumnxs y docentxs.

El tiempo dirá qué resulta de todo esto, cómo jugará con nuestras vidas lo presencial y lo virtual a partir de comprobar que la realidad está tanto en uno como en lo otro.

Las "nuevas tecnologías" no son mi fuerte, por eso recurrí a una vieja tecnología que es la escritura. Realicé pequeños escritos acerca de "las Psicoterapias" que fueron destinadas a ser parte de las clases semanales de Psicoterapia I. Aquí se tradujeron en 10 capítulos.

La temática abordada pretende dar respuesta al siguiente interrogante: ¿Cuál es el tratamiento de la subjetividad que proponen las Psicoterapias?

Lo "terapéutico", en un sentido amplio, tuvo sus inicios en las "prácticas mágicas", en las ceremonias ritualizadas que le dieron forma a un tipo de cura que articulaba preparados, plantas, cantos y palabras. Las "enfermedades hablaban" a través del enfermo, y el chamán era un artista en el uso de la sugestión y de las palabras sabias.

La medicina hipocrática, bautizada como científica, fue un nuevo discurso que invento al enfermo y a la enfermedad. Las dolencias ya no hablan sino que obligan al médico a observar el cuerpo. Las enfermedades no hablan y el enfermo tampoco. El médico sí habla porque sabe, su palabra es una palabra ilustrada que explica y enseña. El acto médico prescinde de la palabra del enfermo porque es una mala palabra, (una palabra vulgar), que interfiere en la relación directa que el médico debía tener con la enfermedad. El enfermo y su palabra son exiliados de la cura médica. Hoy en día para la medicina "la aparatología" habla por el enfermo.

La psiquiatría del SXIX, clasificó y ordenó la locura como "enfermedad mental". Describió con lucidez y brillantes al delirio. Su progreso en el campo del saber cambia los enfoques sobre los tratamientos, pero en vez de interpretar el sentido subjetivo del delirio se subordinó a lo "anatomopatológico". La enfermedad mental va encontrando su esencia en el cerebro. Donde hay cerebro no hay sujeto, donde abunda el fármaco escasea la palabra.

La inesperada aparición de S. Freud vino de la mano de un hallazgo enorme al demostrar que "las enfermedades mentales hablan... y hay verdad en lo que dicen ...". La experiencia que Freud inaugura, cuando deja de lado "el laboratorio y los preparados", comienza con su recepción del "síntoma". Entre Freud y el síntoma no hay intermediación de la Psicología, ni de la Psiquiatría, tampoco de la Neurología.

El Psicoanálisis es un discurso que se funda en el reconocimiento que el sujeto es sintomático, que el sentido inconciente del síntoma muestra la íntima relación entre la sexualidad y la palabra.

El sujeto que encuentra el Psicoanálisis vive en las palabras, se enferma por las palabras y se cura por las palabras.

En la sesión analítica, para escuchar al sujeto el analista habla poco, se palpa que las palabras son siempre ambiguas, que algunas palabras que hirieron al sujeto han dejado cicatrices en su cuerpo, que por querer lo que alguien le demanda no encuentra su deseo, que su lugar en la sexualidad es un invento (forzado).

El Psicoanálisis depende del resguardo del sujeto. Las Psicoterapias que buscan su resguardo en el significante "científicas" dependen de la anulación del sujeto, su lugar en el mundo es operar la desubjetivización.

Estas "terapias" que se han quitado de encima lo "psíquico" tienen su sustento conceptual en alguna de las tradiciones teóricas de la Psicología, como en el "conductismo", el "condicionamiento", las nociones del "aprendizaje".

A mi entender, las (psico) terapias responden a la siguiente matriz epistémica: observar la conducta-evaluar-correr.

Estas (psico) terapias pretenden ser globales, fácilmente aplicables, sujetas a unos (pocos) protocolos, con indicadores que permitan objetivar el sufrimiento, mensurar los resultados e informar. En otras palabras, juntar datos que rápidamente puedan ser volcados mediante las estadísticas al mercado de la salud mental.

Todo indica que las (psico) terapias científicas son una pieza que encaja bien en el modo de vida actual, en el cual las individualidades estandarizadas, por lo tanto predecibles, es lo que demanda el mercado.

El Psicoanálisis, que no tiene otro fin que descifrar la verdad del síntoma, es una pieza que no encaja demasiado bien en este mundo que tiene como amo al mercado.

Indice

Capítulo 1	10
Lo psico en pandemia	
Capítulo 2	24
“Muta ars”	
Capítulo 3	41
La psiquiatría, enfermos mentales y curas morales	
Capítulo 4	62
La operación psicoterapéutica y su tiempo	
Capítulo 5	72
“El psicoanálisis no cayó del cielo ni brotó de una piedra”	
Capítulo 6	81
“El psicoanálisis no es una terapéutica como las demás”	
Capítulo 7	97
Dos dimensiones: interpretar y construir	
Capítulo 8	110
De “yo” a “yo”	
Capítulo 9	148
La irrupción de Lacan	
Capítulo 10	176
Notas sobre las TCC	
Capítulo 11	195
Una aproximación a la terapia familiar sistémica (TFS)	

Lo psico en pandemia

Covid-19 y su más allá

Es un acontecimiento único. Es tan único que todavía no tiene un nombre propio, no tiene un nombre sino varios: pandemia, virus, covid-19, enemigo invisible, enfermedad muy contagiosa, riesgo de muerte. También se lo viene nombrando por su posible semejanza con otra cosa: es una guerra, estamos enfrentando un enemigo, es un enemigo invisible, etc.

Las metáforas bélicas están a la orden del día y en ellas asoma una demanda. La sociedad, nosotros, tenemos que tomar cartas en el asunto, en primer lugar tenemos que defendernos... la defensa puede ser un buen ataque (alguien lo dijo y por algo será)

Este estado de excepción (otro nombre posible) viene de la mano de la demora de la ciencia en encontrar la ley que rige al virus. Porque el virus (en el día de hoy) es una cosa casi con ley casi sin ley por lo cual nuestro simbólico flaquea al no dar en la tecla, es decir no tenemos el significante que al matar la cosa ordena con su sentido nuestra vida. En tanto el covid-19 anda por algunos cuerpos, y aun no en el nuestro, el nuestro va de trastorno en trastorno dominado por el imaginario, que aprovechando el momento de impasse simbólico, nos mete en el goce real (del cuerpo).

No es para menos, ¿por qué si la ciencia no nos salva, quien nos salva? Dios fue exiliado de este mundo, y el padre un nombre entre otros nombres, no está por encima de nadie y en el Capitalismo, sigue cayendo en picada de la altura en la cual (¿nunca?) estuvo (salvo en el mito del urvater freudiano?).

La ciencia tiene dos ámbitos diferentes: a) descubrir la estructura molecular del virus y b) en base a tener una fórmula ir a otro laboratorio y diseñar una vacuna, un medicamento para neutralizar el virus. Luego vendrá otra historia que es fabricar el medicamento y distribuirlo por la maquinaria Capitalista.

Fórmula científica, estructura Capitalista dos órdenes distintos, el primero no termina de descubrir las verdades sobre el virus, el segundo está expectante, ávido de producir una nueva mercancía (remedio). Sabemos de sobra que los remedios para el capitalismo no son los remedios para nosotros.

Los gobiernos mientras espera a a) y b) implementan cuarentenas, aislamientos, distancias, tapabocas, siguiendo los consejos de los Comités de Expertos Científicos. Al mismo tiempo tratan de moverse sin perder autoridad frente a dos demandas que se cruzan: aislar o no aislar, salud o economía. Lo cual demuestra que Lacan tenía razón cuando nos advertía que el Otro no existe o que lo poco que existe del Otro esta castrado.

Mientras tanto la pandemia desnudó las precariedades del presente, vemos que la ciencia no lo sabe todo, sabe lo que el poder Capitalista le requiere, pero falla de manera evidente cuando quien la requiere es la salud de los pueblos, de los más pobres.

Los gobiernos neoliberales que gobiernan prácticamente el mundo, vienen trabajando con éxito en desfinanciar el Estado, reduciéndolo a un pequeño ente administrativo. Los hechos saltan a la vista, en estos días los sistemas de salud públicos de los “grandes” de Europa y EEUU durante días estuvieron al borde del colapso...

La pandemia posiblemente sea nuestro futuro, porque en este caso el virus es más nuestro que de la naturaleza, aunque terminemos cre-

yendo que es un mal ajeno a nosotros, exterior a nosotros. El covid-19 vive por nosotros y para nosotros, es tan nuestro como la contaminación ambiental, las hambrunas de África o el mismísimo “mercado”

Capitalismo voraz, democracias cómplices, pandemia tan nuestra pero ajena, ¿tienen un límite? ¿El límite está en cada uno de nosotros, en hacernos responsables de nuestros actos? ¿Es posible que un pueblo se constituya en una masa que se identifique con el significante “basta” y actúe en consecuencia?. Esto que acontece cambia los tiempos y los espacios habituales, cambia los hábitos y costumbres de tal manera que podríamos decir que estamos atrapados, todos sin excepción (algo bastante raro usar la expresión “todos sin excepción”), porque literalmente nadie escapa al trío mortificante: virus, contagio, aislamiento social. El trío es mortificante porque es la metonimia de la muerte.

Esta cuestión se ha constituido en el paradigma, si en el paradigma de referencia para todas las actividades habituales como (no) moverse por el barrio o por la ciudad, para el tránsito vehicular, para las compras (¿esenciales?), los paseos (ahora no), pero además viene afectando la habitualidad espacial de los encuentros amistosos, amorosos. Ir al médico ahora es lo consulto telefónicamente, las sesiones de cualquier psicoterapia han suspendido los encuentros cuerpo a cuerpo por sesiones online. Nuestras relaciones con los otros y sobre todo nuestra subjetividad están en estado de conmoción. Si bien tenemos algunos datos acerca de cuándo comenzó no sabemos cómo sigue ni cómo puede terminar, el resultado: la angustia.

Por nuestro lado presento lo siguiente: desde que S. Freud retorno de su estancia en la Salpêtrier en donde encontró a un maestro que le dio un giro a su vida, desde su retorno a Viena cuando comienza a aceptar pacientes en su consultorio particular, desde entonces nunca el Psicoanálisis examino una situación como la presente: analista y analizante no se encuentran el mismo día, en el mismo horario, en el mismo lugar. Lo habitual era un encuentro íntimo, de cercanía corporal, en esa proximidad se saludan y dan paso a que se interrogue al padecimiento. Es decir voz, mirada, cuerpos en un mismo tiempo en

un mismo lugar. Como sabemos, allí germinó una relación diferente, tan diferente que aún la ciencia y la religión se siguen preguntando: ¿de qué se trata? A partir de ese encuentro no catalogado se fundó una nueva práctica curativa. Lacan fue más allá y nos propone considerar que se estableció un nuevo discurso.

A los psi. la pandemia los forzó a la toma de una decisión: dejar todo hasta que pase el asunto o continuar. Continuar, sí, pero ¿cómo? Solo hay una posibilidad para poner en juego, en la medida que se acepte la pérdida de lo presencial.

Hay una sola posibilidad con dos modalidades: audiollamada o videollamada. La voz y la mirada son objetos “a” en tanto están separados del cuerpo, enorme hallazgo de Lacan, lo novedoso es ponerlos a prueba sin la presencia de los cuerpos en un análisis o en darle continuidad a un análisis. Interesante momento porque si lo presencial está suspendido y no hay escenografía que encuadre la sesión, ¿de qué depende un análisis? Este interrogante volvió a poner en el centro de la reflexión a uno de los primeros conceptos de Lacan sobre la función del analista en la experiencia de la cura, lo que llamo “el deseo del analista”. En la sesión ordinaria, la que se practicaba hasta ahora, contaba con los cuatro elementos: deseo del analista, presencia del analista, voz y mirada, ahora en este impasse solo se puede echar mano a dos de los cuatro. Estamos en el tiempo de ver, estamos en el tiempo de comprender, falta aún concluir.

Ahora bien, la UNLP ha puesto en marcha un sistema de clases virtuales que nuestra Facultad está implementando, por lo cual Psico-terapia I, docentes y alumnos, vamos a asumir el desafío de la transmisión y el aprendizaje de manera no presencial. Esto último nos coloca a todos afuera de lo habitual, de aquello que estamos acostumbrados y que repetimos año tras año. Ahora estamos a merced de teclados, pantallas, plataformas, y de la dichosa aula virtual.

La materia y sus circunstancias

La materia Psicoterapia 1, como cualquier materia, tiene la necesidad de fundarse teóricamente, pero al mismo tiempo una materia no es una Teoría, en tal caso es un lugar donde se presenta la apropiación que alguien hace de una Teoría, en nuestro caso es el lugar de presentación de la manera que nos apropiamos de algunos conceptos y construimos algunas nociones alrededor del campo problemático de las Psicoterapias. Necesariamente, una materia debe tener una lógica en la construcción de sus contenidos, de sus temas, esto es innegable, pero por otro lado una materia tiene un atravesamiento Institucional, por eso no es un absoluto campo conceptual, el atravesamiento que tiene esta materia, al igual que cualquiera otra es fácilmente verificable. Es decir, esta materia forma parte de una estructura institucional que se llama Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

Entonces, en la materia se encuentran desarrollos teóricos referidos a cómo se fundamentan las Psicoterapias, pero también quiero hacer visible que la materia tiene ese atravesamiento institucional, a consecuencia de lo cual la materia es un producto negociado, un síntoma podríamos decir, ¿síntoma de que? De la historia de esta Facultad, de los prejuicios y creencias que se transmiten de una generación a otra que viven en los intersticios de lo oficial, de la racionalidad discursiva que generó un saber propio que se encuentra en los documentos académicos, en las normativas y reglamentaciones administrativas como académicas en las cuales se sostiene nuestra Facultad.

Por ejemplo, Psicoterapia I forma parte de un plan de estudios, nos ciñen correlatividades, nos encuadra lo que se llama “contenidos mínimos”. Es decir, hay un ordenamiento Académico administrativo que no inventamos nosotros. Pero que aceptamos y asumimos.

Hay determinaciones que no tienen que ver con razones teóricas, porque yo podría explicar teóricamente que es una Psicoterapia Cognitiva o Conductual, o podría responder y justificar si el Psicoanálisis da lugar a una Psicoterapia propia, o que es la Terapia Familiar Sis-

témica, pero no podría explicar desde la misma teoría las razones de por qué la materia está en quinto año y que sea cuatrimestral, debería buscar otro punto de vista para entender estas razones Institucionales. Este punto debe quedar abierto al dialogo...

Hay otro atravesamiento que quiero mencionar, que es el siguiente, una materia no puede estar desligada de las demandas sociales, podríamos preguntarnos si hay algo que esté desligado de las demandas sociales, por eso la materia tiene que trabajar algunas problemáticas atinentes a como las Psicoterapias se articulan con la salud mental, con lo enfermo o lo sano, o con la normalidad (¿cuál es?), para ver como algunos de estos temas que están tan presentes en el discurso actual están problematizados por las Psicoterapias.

Considero que la materia es un producto en tensión que se va construyendo desde una lógica teórica, pero que tiene las marcas de las demandas institucionales y de las demandas sociales.

En el inicio la práctica freudiana

El primer punto significativo que voy a plantear a manera de primera definición es el siguiente: las psicoterapias modernas, (parto de aceptar el malentendido con relación a los dos términos), tiene a mi entender un punto claro de inicio que es Freud y la hipnosis de Charcot. La definición debe completarse con la siguiente aclaración: la frase “la hipnosis de Charcot” debe entenderse como la apropiación de la experiencia charcotiana por parte de Freud. Tener en claro este punto es de fundamental importancia, porque el uso de la hipnosis por parte de Charcot no tuvo ni tiene relevancia en la psiquiatría, pero para Freud la hipnosis de Charcot fue la llave que le posibilitó el primer acceso al tratamiento de una serie de padecimientos subjetivos, padecimientos que no tenían demasiada relevancia para el saber de la psiquiatría de la época.

Mi planteo es que la psicoterapia moderna tiene su origen en la experiencia que tuvo Freud en su paso por la Salpêtrière. Como ya es historia, Freud deja el laboratorio y comienza a asistir a los “cursos” de Charcot, este destacado psiquiatra francés usa la hipnosis (entre otros métodos) para explorar los síntomas histéricos.

La hipnosis no era un método demasiado avalado por la psiquiatría de la época, pero para Freud es un método que hace presente en el relato del hipnotizado el recuerdo de unas escenas que conmueven al sujeto. “Traumático” parece una buena palabra para nombrar a esos recuerdos.

Sujetos acosados por una causa traumática como si se tratara de una herida psíquica que no cierra, que suma cicatrices sintomáticas en el alma y en el cuerpo, estos hombres y mujeres no son los personajes estelares en el escenario de la psiquiatría. La subjetividad sufriente no tiene lugar en la clínica psiquiátrica que buscaba las causas de los síntomas en los órganos, en la herencia, o en la degeneración. La hipnosis es para Freud una revelación trascendente. ¿Cuál es la revelación? Los síntomas histéricos tienen un mecanismo psíquico, la causa de los mismos responde a un hecho vivido que impacta traumáticamente en la psiquis, y por último la experiencia hipnótica, el trance y la rememoración, producen por lo menos un alivio sintomático.

Explicuemos un poco más lo que llamo el inicio: en esa experiencia inaugural en la cual ubico el comienzo no solo del Psicoanálisis sino de lo que el mismo Freud llamo la “psicoterapia moderna”, fue posible en la medida que Freud revisó la práctica de Charcot (quiero subrayar “que Freud revisó...”). Porque Charcot no le obsequió a Freud algo ya hecho, algo prefabricado, todo lo contrario, Freud revisa la experiencia de Charcot y construye otra cosa, otra cosa que al principio no tiene nombre. No tiene nombre quiere decir que no se llama Psiquiatría.

Recordemos que Charcot se ocupa más de explorar y clasificar síntomas y no tanto de la aplicación terapéutica de la hipnosis. En cambio, Freud pone a funcionar una “psicoterapia” y luego investiga, comprue-

ba que la hipnosis, rememoración y palabras, tenía un efecto directo e inmediato sobre el síntoma como consecuencia del acceso a vivencias traumáticas ausentes en la vida conciente de los histéricos. Explicar la relación entre el síntoma y su causa fundamenta su método.

La hipnosis, luego la sugestión, luego la catarsis, posibilitan el acceso a las causas no sabidas del síntoma, el acceso a las causas genera un alivio sintomático en la medida que los pacientes rememoran y le dan “expresión verbal al afecto”. ¿Por qué es una nueva terapia? Porque esta incipiente clínica solo es posible en la medida que comienza a circular la palabra, y la palabra muestra su poder curativo.

La operación psicoterapéutica

Hoy también quiero proponerles una primera versión de lo que llamo “la operación psicoterapéutica”. La psicoterapia es una operación constituida por un tiempo de demanda, un tiempo de elaboración y un tiempo de conclusión. Esta operación debe posibilitar la experiencia curativa. Entonces, el punto de inicio es la demanda de un sujeto por su sufrimiento que se enlaza con el Otro (psico) que le da forma a ese sufrimiento. ¿Forma de qué? En Freud se trataba de situar la implicación subjetiva del sujeto en su queja, en Lacan se habla de formalizar el síntoma, en las terapias comportamentales se busca ubicar al trastorno (no hay concepto de síntoma) y clasificarlo en un manual de diagnóstico (DSM). En las TFS se trata de ubicar la falla en el sistema, se trata de localizar en las interacciones las conductas cristalizadas o estereotipadas.

En uno de estos enfoques se parte de poner el síntoma en las coordenadas psicoanalíticas, es decir que el consultante encuentre su implicación subjetiva, que se despierte la transferencia y merced a la misma se ponga en funcionamiento el Sujeto Supuesto Saber, en los otros dos enfoques no se trata de la perspectiva del síntoma sino de diagnosticar: clasificar el trastorno o encuadrar la falla del sistema familiar.

Entonces, una de las primeras cosas que hace el terapeuta es ubicar el síntoma, el trastorno comportamental o una falla en la interacción, ubicar quiere decir que el terapeuta empieza a construir una posible explicación del padecimiento. Este primer movimiento ya presenta los condimentos básicos que nos permite ver de qué psicoterapia se trata. Volveremos sobre estos tres tiempos de la operación terapéutica cuando abordemos cada una de las psicoterapias.

El auge de lo psi y las psicoterapias

Ahora quiero comentarles algunas ideas que condense en ese título. Voy a partir de algunos aportes de M. Foucault y de las reelaboraciones que hicieron G. Deleuze y Byung-Chul Han (1) que se refieren a las operaciones que el Poder ejecuta con el fin de hacer de las relaciones sociales un conjunto manejable y en última instancia un conjunto dominable.

Estos autores caracterizaron a esta época, que algunos denominan posmoderna o neocapitalista, no ya como un momento del disciplinamiento puro, sino como una época del control mediante lo que denominan las funciones psi. No es que los grandes dispositivos panópticos propios de la modernidad no sigan siendo aún dispositivos que el poder sigue implementándolos, sino que el poder viene haciendo uso de mecanismos más sutiles, y si se quiere técnicas más delicadas y más precisas, de homogenizar a los sujetos mediante algunas técnicas que inciden directamente en los deseos y las demandas. (En el lenguaje de alguna sociología se presenta a los deseos y demandas como la motivación psicológica). Estas técnicas buscan, y lo consiguen, manipular sin que el manipulado lo advierta.

Para mí una de las consecuencias directa de las técnicas de control sobre las funciones psi. es la expansión del discurso psicológico como nunca se había visto. Voy a referirme a un solo hecho que considero un signo notable y demostrativo de lo que afirmo, que es lo siguien-

te: si en los dos últimos siglos el discurso médico sirvió para darle forma a los desajustes sociales caracterizándolos como síntomas de una sociedad enferma, en estos últimos tiempos prevalecen las caracterizaciones psicológicas que muestran a lo social como sociedad depresiva, sociedad narcisista, sociedad paranoica. Lo social pasa de ser metaforizada como un cuerpo enfermo a ser caracterizada como sociedad neurotizada, con inestabilidad emocional, con baja autoestima, etc.

Entonces una consecuencia de este análisis (se pueden hacer muchos otros análisis) es la psicologización de los vínculos sociales, por lo cual los conflictos y las demandas sociales, económicas, identitarias y otras más, que convocaban a la acción política, se presentan ahora transformadas en problemas psicológicos individuales. Entiendo que esta metaforización de la sociedad como un individuo con inestabilidad emocional es probablemente la causa de la enorme cantidad de Psicoterapias que hoy en día se ofertan (sin desconocer el éxito que viene acompañando a las llamadas “terapias alternativas” o la increíble cantidad de programas de autoayuda). Este enfoque queda abierto.

Las (psico) terapias y sus paradigmas

¿Cómo fue diferenciado el padecimiento humano, cómo se lo entendió y qué procedimientos se utilizaron para dar cuenta de este? En función de estos interrogantes se propusieron históricamente distintas formas de abordar y tratar al sufrimiento humano.

Para una clarificación de esos interrogantes nos parece necesario orientarnos en relación a lo que podemos llamar un retorno a las fuentes, así podemos entender nuestra posición de volver a indagar en los fundamentos teóricos de los nuevos objetos que dieron lugar a nuevas prácticas, de algunos de los “marcos teóricos-metodológicos” que más se han implicado en la problemática psico-terapéutica, por-

que constituyeron espacios institucionales que se vienen destacando por la formación regular de sus practicantes como así también por el resguardo y la actualización de sus principios.

Por lo tanto, nuestro interés apuntará a explorar algunos conceptos y saberes que han ido conformando verdaderos paradigmas, tales como el discurso médico, el discurso psicológico y el discurso psicoanalítico. La historia de la medicina está ligada a la enfermedad y en cómo tratar a la misma; la psicología ha indagado en torno a la génesis y mantenimiento de las operaciones mentales, como así también a la adquisición y alteración de la conducta; y finalmente, el psicoanálisis no solo porque es el nombre de la disciplina que revela la constitución psíquica del sujeto sino porque también estableció las coordenadas de un dispositivo curativo original, que entre otras cosas fue la primera psicoterapia no médica.

Estos tres enfoques nos resultan paradigmáticos porque marcan toda la historia de las enfermedades, no solo por sus concepciones transformadas en cuerpos teóricos, sino además porque inventaron sus propios objetos de investigación que justificaron la puesta en marcha de diferentes maneras de practicar la cura.

Ahora bien, tenemos que mencionar a otra perspectiva que su particularidad fue creer en sus creencias, nos referimos a lo mágico-religioso. Que fue, sin lugar a duda, lo primero que inventaron los seres humanos para arreglárselas con el mundo. Los antropólogos han explicado el período histórico en el cual lo mágico-religioso era la herramienta (no sé si es el término más apropiado) mediante la cual los primeros humanos pensaron la vida y la muerte. Pero hay una particularidad que quiero destacar: más allá del tiempo histórico en el cual la magia era predominante, lo destacable es que el llamado “pensamiento mágico” hábito en los intersticios de la historia, y más aún hoy en día se la encuentra con cierta vitalidad en nuestro mundo tan tecnificado. ¿Por qué lo mencionamos? Porque tiene prácticas que están dirigidas a tratar dolencias, sufrimientos, en fin, los males-

tares que aquejaban a los seres humanos. Y por lo que parece no solo trataban, sino que curaban.

Las figuras de estas primeras operaciones curativas son: a- los hechiceros, los chamanes, lo que nosotros llamaríamos hoy en día curanderos, b- tenemos obviamente al enfermo que era alguien que padecía a consecuencia de la posesión de algún espíritu maligno o que padecía de una sanción divina, c- y tenemos los medios de tratamiento, que eran plantas que tenían poderes curativos y la palabra (2). Quiero resaltar que en las ceremonias muy ritualizadas destinadas a “curar” la palabra no faltaba nunca, la palabra estaba en los ensalmos, en las plegarias, y estaba la palabra en tanto “decir placentero” como la llamaron los antiguos griegos, que era la palabra con su poder de encantar, de convencer, y también de trastornar. (3)

Probablemente sea exagerado decir que en ese sistema de creencias en donde la palabra tenía un lugar clave era una psicoterapia tal como nosotros entendemos o imaginamos a la psicoterapia hoy en día, pero sí era una experiencia curativa. La Psicoterapia moderna se comienza a practicar alrededor de 1900, pero los tratamientos a los males del alma (psique para los griegos) siempre estuvieron formando parte de lo humano. Pero quiero destacar el lugar que tuvo la palabra en esas primeras experiencias curativas porque Freud mismo lo hizo cuando propone en su “moderno tratamiento anímico”, lo siguiente: “devolverle a la palabra su antiguo poder ensalmador”. No es exagerado decir que Freud encontró un aval al uso terapéutico de la palabra por el lado de esas historias. Volveremos sobre esto porque lo que se pone en juego es algo central hoy en día que es la controversia entre el sujeto de la palabra o el sujeto de la neurona.

El discurso Médico/Psiquiátrico

La razón de mi vida, dicen los médicos desde siempre, es curar enfermedades. Avalamos esa afirmación porque es cierta: la medicina

inventó a las enfermedades y a los enfermos. La Psiquiatría nace de la medicina, no solo nace de la medicina, sino que no se apartó del cuerpo médico, permaneció siempre muy junto a los órganos y sus funciones. La enfermedad mental, la nueva categoría inventada por los psiquiatras del S.XVIII y XIX debía tener también una explicación biológica, fisiológica como cualquier otra enfermedad. En ese tiempo cuando la “locura” fue declarada como “enfermedad mental” fue relacionada por un tiempo con un tratamiento especial, me refiero al llamado “tratamiento moral” que a mi entender tenía más componente “psicológicos” que médicos. Porque operaba por medio de la sugestión directa y muchas veces brutal, que buscaba la reconversión del enfermo a partir que debía asumir (forzadamente) los ideales del psiquiatra. Identificarse con los ideales del psiquiatra era la condición necesaria para integrarse al mundo de los razonables.

¿Qué ha quedado de esto en la psiquiatría de hoy en día tan ligada al órgano cerebral y a la farmacología?

La Psicología, conciencia, conducta y aprendizaje.

Otra perspectiva es la que se funda en la Psicología, el personaje significativo, para nuestra materia, es uno de los Padres de la Psicología Moderna: John Watson. Este autor propuso un objeto, la conducta humana, y propuso un tratamiento de esta: se pueden fabricar conductas y se pueden modificar conductas mediante el condicionamiento y el aprendizaje. El Conductismo tuvo un doble efecto, por una parte cuestiono a la Psicología de la Introspección calificándola de metafísica o supersticiosa (al decir de Watson), y por otra parte le ofreció a la Psicología lo que ellos suponían que era un objeto epistémico verdaderamente científico, porque para esta corriente la conducta es observable y objetivable. Fueron Watson y sobre todo Skinner quienes establecieron los marcos de la “psicoterapia de la conducta”. De las mismas entrañas de este paradigma surge en los

años 60 la noción de “esquema cognitivo” que dará lugar a las Terapias Cognitivas Conductuales, a partir de amalgamar lo conductual con lo cognitivo. Esto será desarrollado más adelante.

El Psicoanálisis. Efectos terapéuticos y algo más.

Y nuestra tercera perspectiva paradigmática es el Psicoanálisis, del cual podemos comenzar diciendo lo siguiente, Freud en “Tratamiento psíquico, tratamiento del alma” (1895) propone los lineamientos de la primera psicoterapia no médica, centrada en lo siguiente: el síntoma es un fenómeno psíquico, la palabra es el medio adecuado para su tratamiento, el vínculo entre el médico y el paciente tiene incidencia directa en la cura

Anticipo algo más sobre el invento de S. Freud: a- hay una terapéutica propia del psicoanálisis que va del síntoma al inconciente, b- dicha nueva terapéutica no se rige por los ideales sociales, aunque se llamen de adaptación, de bienestar o de normalidad, c- “los efectos terapéuticos” del psicoanálisis son correlativos a los analíticos, d- “la terapéutica” analítica no es medicina ni psicología.

Bibliografía

1. Foucault M. “Vigilar y castigar”, (Disciplina) Ed. SXXI, 1987. / Deleuze G, “Posdata sobre las sociedades de control”, en Christian Ferrer (Comp.) El lenguaje literario, Tº 2, Ed. Nordan, 1991. / Byung-Chul Han, “Psicopolítica”. Ed. Herder, 2010.
2. A. Hoffman y R. Schultes, “Planta de los dioses” Ed. FCE, 2000.
3. P. Laín Entralgo, “La curación por la palabra en la antigüedad clásica”. Revista de Occidente. Madrid, 1958.

CAPÍTULO 2

“Muta ars”

Voy a detenerme en lo que llamé “paradigma médico”, por varias razones:

a) Es la terapéutica más antigua, con más años de historia (si exceptuamos a lo mágico-religioso) lo que la ha convertido en una referencia implícita en el campo de las psicoterapias, b) de un saber más bien práctico paso a formalizar las primeras ideas acerca de la enfermedad, c) La medicina “inventó” a los enfermos y a las enfermedades, d- desde su seno epistémico se origina la psiquiatría que invento a la “enfermedad mental”.

Podría decir muchas cosas más, pero agrego que la medicina que es una disciplina de teorías y conceptos que ha dado lugar a una variedad de prácticas, le ha tocado transformarse en un discurso que ha sido tomado *por* los Estados modernos como un instrumento de regulación y ordenamiento de las poblaciones, y también históricamente se transformó en una ideología moral, que tuvo la función de calificar a una buena cantidad de hechos subjetivos que perturban el orden social. Aun hoy cuando se habla de curar, de enfermedades y anormalidad hay una referencia implícita a aquello que nos “enseñó” la medicina, por eso vale la pena decir algunas cosas.

El lugar de las palabras en las curas mágicas

Cuando el devenir humano se fue haciendo historia contable siempre se han encontrado testimonios en relatos, leyendas como asimismo en documentos, que daban cuenta del siguiente hecho: entender y tratar enfermedades nunca estuvo en manos de cualquiera, sino todo lo contrario siempre estuvo en relación directa a personajes especiales que eran poseedores de un saber sobre “lo enfermo”, y que ejercían su “oficio” siguiendo pautas específicas. Podríamos ampliar nuestra idea inicial con lo siguiente: la enfermedad era definida como tal por el que la curaba, que no solo era un entendido en las artes o las técnicas curativas, sino que era portador de una sabiduría mediante la cual podía distinguir lo enfermo de lo que no lo era. El padecimiento, dolor o sufrimiento que experimentaba un sujeto era convertido en enfermedad por la mirada y el saber de alguien especial que era portador de un saber consagrado, dicho de otra manera, se operaba un cambio de significación: el padecimiento, físico o psíquico, siempre es subjetivo, propio de cada uno, no así la “enfermedad” que siempre es un signo, una significación social estándar y universal.

El acto de curar era eficaz porque respondía a determinadas creencias que hacían posible que con cada enfermo en particular se recreara una escena que respondía a las reglas rituales que formaban parte de un sistema compartido de ideas, valores, dogmas. Es decir que desde siempre la enfermedad y su tratamiento respondían a algunas creencias específicas que tenían una lógica coherente, así fue en la magia.

La misma historia revela, y enseña, que a partir de cierto momento la concepción de “lo enfermo” y su modo de tratarlo sufren una distinción, o más bien se produce una diferenciación entre dos modalidades distintas, en cierta manera contrapuesta, de concebir a la enfermedad y al oficio de curar.

En la remota antigüedad es en las “creencias” mágicas donde se localizan las primigenias concepciones sobre los males de la vida

como así también una serie de procedimientos enfocados en cómo tratar y curar esos males, en un tiempo posterior irrumpen nuevos conocimientos, de carácter más “objetivos”, objetivos porque se puede demostrar lo que se enuncia, la gran diferencia con la magia es la posibilidad de demostración metódica de su saber.

El ocaso de las curas mágicas se da en el punto histórico en el cual otro tipo de conocimiento propio de la filosofía racionalista posibilita una nueva forma de practicar el oficio de curar, lo que más modernamente se llamó Medicina. Las curas mágicas se llevaban a cabo mediante encantamientos, oráculos, plegarias o salmos, estos recursos eran la parte *más* visible de las mismas, pero no se debe perder de vista que se daban dentro de un marco mágico/religioso unificante, la eficacia no era solo de las técnicas curativas sino de una serie de creencias que eran compartidas por toda una comunidad. Las creencias eran los fundamentos de sus procedimientos y de sus maniobras prácticas.

Josep Alsina, un destacado referente en este tema, se refiere a los componentes de este tipo de curas: “dada la concepción religiosa de la enfermedad y de su origen, los medios de tratamiento de que dispone ese estadio cultural residen esencialmente en el rito...plegaria, ensalmo.” (1)

Nadie se curaba a sí mismo, y el que curaba no era cualquier siempre era alguien consagrado por una comunidad.

Esa manera de “curar” o tratar “enfermedades” formaba parte de una cosmovisión no solo de lo enfermo sino del mundo que tuvo un largo tiempo de predominio antes de la irrupción de lo que se conoce como “medicina científica”, que como sabemos es la medicina que se impuso en el mundo occidental. La declinación de las curas mágicas, con sus ritos sus creencias y sus hechiceros, fue una consecuencia de los cambios históricos que sacudieron a occidente en los últimos siglos (procesos sociales, económicos, políticos y culturales). Pero vale la pena tener presente que algunos de los estudiosos del tema como el mencionado J. Alsina o Lain Entralgo resaltan el papel determi-

nante que tuvo para precipitar el ocaso de las mismas *la imposición de* un nuevo tipo de razonamiento centrado en una metódica manera de explicar y de demostrar la verdad de un concepto, o su falsedad.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que la palabra “medicina” es una versión derivada del término latino *mederi* que significa tanto cuidar, como curar y medicar, y que la misma palabra “medicina” también se refiere a lo que administra el que cura, entonces bien se puede decir que hubo una magia que fue medicina en un determinado contexto histórico y cultural, que fue sustituida o reemplazada, en gran parte del mundo que nos es próximo, por la llamada “medicina hipocrática” considerada por muchos como la única merecedora de llevar ese nombre. El propio Hipócrates era de esa opinión, al definir a esta (su) medicina como “racional o científica”, así se encuentra manifestado en uno de sus numerosos escritos, “y si no existiera bajo ningún concepto una ciencia médica y no se hubiera realizado en este campo de investigación ni descubrimiento alguno, no tendría razón de ser, y agrega: “Ahora bien, a esas investigaciones y a esos descubrimientos ¿puede aplicársele un nombre más justo y más adecuado que el de medicina, ya que se descubrió con vistas a la salud...”(2) Entonces hubo una manera de tratar y curar a las enfermedades que fue mágica/religiosa y otra que es técnica/racional, de la creencia se pasó al razonamiento, la fe cedió su lugar a la demostración, en fin dos universos discursivos que marcan periodos históricos diferentes, cortes contextuales que desde una perspectiva epistémica muestran un imposible retorno, aunque en los huecos de la cultura racional y científica anidan, aun hoy, las creencias en los poderes curativos de los hechiceros.

P. Lain Entralgo, un reconocido especialista en este tema, propone tomar en cuenta los poemas Homéricos, la *Ilíada* y la *Odisea*, relato referencial para la cultura de esta parte del mundo, porque en los mismos ya se encuentran algunas ideas que permiten captar una concepción de la enfermedad y también de las terapéuticas, que se emplean en el tratamiento de las mismas. Por otra parte destaca un

hecho sumamente significativo para nuestro enfoque: en su libro “La curación por la palabra en la antigüedad clásica” revela las maneras que se utilizaron las palabras como parte esencial de la “terapéutica”. Es necesario aclarar que en el poema homérico no se encuentra una clasificación de las enfermedades ni una descripción detallada de lo que podríamos llamar “métodos terapéuticos”, sino que Lain Entralgo encuentra en algunos episodios de la obra relatos referidos a lesiones corporales, lastimaduras y heridas, como así también indisposiciones que aquejaban a algunos de los personajes del poema homérico. A partir de esto propone algunas categorías conceptuales que le permiten llevar a cabo un ordenamiento, y una clasificación de lo enfermo (tipos de enfermedades y modos de tratarlas) a partir de los hechos que allí se relatan. De esta manera los poemas homéricos nos permiten saber *que* en la vida de los griegos no solo había hazañas y gloria, héroes y dioses, sino también padecimientos, enfermedades y honorables “curanderos”. Es así como plantea lo siguiente: La enfermedad es una sanción, un castigo, muchas veces un castigo divino que pasa de una generación a otra. (Valga como ejemplo de esto último lo siguiente, la conocidísima tragedia “Edipo Rey” de Sófocles, es la ejemplificación de lo que podríamos llamar una familia maldiciada, porque el castigo divino del cual fue objeto el rey Layo alcanzó a su propio hijo Edipo, los hijos de este no corrieron mejor suerte, Eteocles y Polinices se mataron el uno al otro y Antígona, condenada a ser enterrada viva se suicida) .

Me parece central lo que destaca Lain Entralgo, cuando refiere que en el mundo griego que relata Homero, existía una relación estrecha entre la magia y la palabra, y propone diferenciar tres estatutos de la palabra para el tratamiento de las enfermedades:

- la palabra como “ensalmo o conjuro”, era la que formaba parte de una oración dirigida a los dioses, un texto ya construido, que tenía una significación ya establecida de antemano. El chamán

recitaba o cantaba fragmentos o algunas estrofas, buscando llamar la atención de algún dios.

- la palabra como “plegaria”, en este caso era una invocación con una clara formulación de un pedido, una demanda que requería que alguna divinidad respondiera,
- el uso de la palabra como “decir placentero”, ya no la palabra sagrada que forma parte de una plegara, sino el uso de la palabra teniendo en cuenta su propia hechura, su don natural de convencer a otros, o de engañar, de enderezar o descarriar la vida de cualquiera, en fin en donde se destaca la capacidad que tiene la palabra de influir sobre cualquier otro, enfermo o sano.

Para Lain Entralgo “todo el epos homérico es, en cierto modo, un homenaje entusiasta a la excelencia de la palabra y a la virtud de esta para cambiar el corazón de los hombres” (3), por eso no debe extrañar que destaque, entre las técnicas curativas la potencia terapéutica del “decir placentero. El “decir placentero” se caracteriza esencialmente, y en esto se diferencia de la plegaria y del ensalmo religioso, por ir dirigido directamente al enfermo en cuanto individuo humano, a su ánimo (thymós), es decir la virtud terapéutica del decir placentero no depende de la intermediación de algunos de los dioses, sino que es una operación que va directamente al enfermo, busca que la palabra actúe sobre la naturaleza del enfermo y produzcan en ella las modificaciones que le suponen que le son naturales, es decir lo curen. La acción terapéutica está dada por la eficacia de lo que se dice, por el sentido que constituyen la combinatoria de las palabras y no por el contenido sagrado de la palabra. Muchos siglos después S. Freud dirá: “devolverle a la palabra su antiguo poder ensalmador”.

Un más que destacado filósofo, Gorgias (483-376 a.c) creía que la palabra (que también se designa como “logos”, que en griego significa “razón” y, en tal caso, “la razón que habita todas las cosas”) tenía tanta potencialidad que podía modificar a la propia naturaleza, la Physis, de las personas. Decía que, por ejemplo, la palabra producía

normas y las normas originaban costumbres que regían la vida de las personas, lógicamente lo que se le debe a las palabras estas también pueden quitarlo, aquello que la palabra instituye también lo destituye. Dice Gorgias “Así como ciertos fármacos eliminan del cuerpo el mal humor, y otros fármacos eliminan otros humores, y otros eliminan la enfermedad, y otros quitan la vida, así también ciertas palabras entristecen, otras alegran, otras aterran, otras se enardecen, y otras que por su dotación maligna envenenan y ensucian el alma”. (4)

Esta relación entre el fármaco y la palabra deja ver a las claras, a mi entender, el valor y la jerarquía que se le daba a la palabra porque si estas tienen el poder tanto de enfermar como de curar, quiere decir que están a la altura de cualquiera otro “remedio”. Con Gorgias, que destaca que no es ni curandero ni médico hipocrático sino alguien que muestra la potencia de las palabras en construir la realidad, se ha convertido en “un método” aquel incipiente “decir placentero” o “sugestivo”, la llamada persuasión que se valida en “la retórica”, es la controversial perspectiva desde la cual se va a demostrar la verdad de las cosas mismas o si se quiere lo relativo de toda verdad. Decimos controversial porque Platón polemiza críticamente con el filósofo en el diálogo “Gorgias”.

La palabra muestra su íntimo poder, como “decir placentero” o persuasión, su eficacia se constata en como modifica o cambia costumbres o afecta al mismo cuerpo, por eso se la considera que tanto puede ser benéfica como corruptora. La figura social que hace uso de esta palabra “curativa”, es el “chaman o hechicero”, alguien en quien se combina “un llamado religioso y una preparación técnica”, el mismo se hace ensalmador, curandero y maestro de vida, es el que expulsa demonios del cuerpo con la música, la dieta catártica, y la palabra. Muchos helenistas siempre mencionan a Pitágoras como el personaje ejemplar que reúne estas cualidades.

Curar en silencio (“muta ars”)

Consideremos ahora lo que los griegos llamaron “tekhné iatriké”, este fue el nombre que recibió la llamada medicina técnica o científica, que para muchos autores fue el primer oficio técnico que se separa de ese conjunto de saberes que en su momento fue la Filosofía. Este nuevo modo de tratar a las enfermedades, la “tekhné iatriké”, tiene un mito fundador, el mito tiene un fragmento de historia en el cual aparece un nombre propio: Hipócrates. El saber hipocrático marca un corte profundo con lo que algunos autores, entre ellos el propio Hipócrates, llamaban medicina primitiva (también llamada medicina credencial), refiriéndose a las curas mágicas y sus creencias, a los chamanes y sus ritos.

Es necesario tener en cuenta que los enunciados de Hipócrates se encuentran presentados en una serie de escritos, que se denominan “corpus hipocrático”, en los cuales se proponen nuevos fundamentos para entender que es la enfermedad, la misma comienza a ser explicada sin recurrir a las concepciones mágico/religiosas. Asimismo en el “corpus...” se exponen un conjunto de procedimientos novedosos para tratarla. Hay un verdadero giro copernicano, una reconsideración extrema por lo cual la enfermedad pasa de ser considerada exclusivamente posesión demoníaca o castigo divino a ser identificada como un desarreglo de la naturaleza propia del cuerpo. J. Alsina y P. Lain Entralgo explican que esta nueva concepción de la enfermedad, es consecuencia de los aportes de algunos filósofos como Alcmeon, Anaximandro, Empedocles, que pensaron y reflexionaron de manera metódica y rigurosa sobre la naturaleza (physis) del mundo. A esa perspectiva racional aplicada a lo enfermo se los conoce como fisiología, de ahí proviene justamente la nueva manera de nombrar a la naturaleza humana como, “anthropeia physis”. El mencionado J. Alsina lo sintetiza de esta manera: “ Al elaborar su doctrina de la physis, el pensamiento griego echa las bases de una revolución que influirá notoriamente en el nacimiento de una medicina racional” (5)

Queremos resaltar un minúsculo detalle que no ha merecido ninguna atención para los historiadores de la medicina, pero para nosotros es poseedor de una enorme significación, que es el siguiente: Hipócrates no solo está ligado a su “corpus...” doctrinal, sino a un principio que tiene características determinantes en Occidente en lo que hace a la problemática de “la cura”, que refiere que esta tekhné (técnica) se funda a partir de este principio: “muta ars”, arte muda, un nuevo oficio que reduce el lugar de la palabra.

Lain Entralgo encuentra en el significante “muta ars” la representación de un hecho que adquiere un valor diferencial, hay una manera de curar con el ensalmo, los cantos y el decir placentero del hechicero, e inclusive mediante la persuasión del sofista, y hay otra forma de curar en la cual se prescinde de cantos, del decir persuasivo y de palabras seductoras. Lain Entralgo se apoya en unos versos de Virgilio (canto XII de la Eneida) donde encuentra una referencia sobre la nueva manera de entender la cura, “prefirió conocer las virtudes de las hierbas, y los usos del curar, y ejercitar sin gloria las artes mudas”, y el mismo Lain Entralgo reafirma lo anterior al decir: “pero acaso esta expresión poética de la Eneida no sea ajena al sentir que cuatro siglos más tarde se hará patente en la Mulomedicina de Vegecio: “los animales y los hombres no han de ser tratados con palabras vanas, sino con el seguro arte de curar.” (9)

El arte de curar se separa, se divorcia de la palabra, por lo cual donde se practica la cura hipocrática la palabra es un estorbo, un verdadero obstáculo que hay que retirar del acto terapéutico. ¿Cuál es la razón de este cambio?, ¿por qué esta primera tekhné se constituye como arte sin palabras?, la respuesta está en los nuevos presupuestos en que se sostiene la práctica hipocrática que son considerados racionales, demostrables y por lo tanto verdaderos: la causa de todas las enfermedades se encuentran en el cuerpo y en el ambiente. Es en este sentido que se debe entender que las constantes referencias a la alimentación, a los climas, a los hábitos regionales, a la manera de vivir, son centrales para sostener un nuevo, y extraordinario fundamento

para la época, en el cual las causas pasan a ser de origen puramente “natural”, entendiéndose que el cuerpo y su entorno inmediato son plenos merecedores de ese calificativo. Hay que resaltar que el cuerpo, el alma misma, y todo aquello que lo rodea tienen un punto de equilibrio, diríamos que hay un equilibrio que cuando se pierde da lugar a la enfermedad. Todas estas razones no son compatibles con la concepción de la enfermedad sagrada o demoniaca, con las prácticas curativas basadas en plegarias y ensalmos, y por ende en la palabra que era el soporte visible de este enfoque.

Hipócrates da cuenta de la doble causalidad, cuerpo y medio ambiente, en toda sus escritos, pero valga como testimonio esta frase que se encuentra en “sobre la enfermedad sagrada”: “la mayor parte de los que se encuentran afectados por esta enfermedad en la tierna edad, mueren si el flujo es abundante y sopla viento del sur, pues las venas pequeñas, al ser finas, no pueden acoger la pituita debido a su espesor y abundancia, sino que la sangre se enfría y coagula” (6). Esta enfermedad, la epilepsia, se la explica como resultado de una deficiente irrigación sanguínea agravada por el clima.

En el mismo escrito encontramos otra mención, en este caso referida también a una enfermedad singular, en donde define su causa recurriendo a la misma bicausalidad, “la locura tiene por causa la humedad, pues cuando el cerebro tiene exceso de humedad, necesita moverse, y al moverse, ni la vista ni el oído permanecen quietos, sino que ven y oyen ora una cosa, ora otra cosa, y la lengua expresa las cosas que viera y oyera en cada ocasión”. (7)

Estos fragmentos, más allá de un suerte de prosa surrealista que enviaría cualquier poeta, dejan en claro que el cuerpo y su medio ambiente se conjugan en una nueva relación que provee lo necesario para una vida normal como así también en la misma relación se encuentran los elementos perturbadores. Que las enfermedades sean consecuencias de esas perturbaciones hizo necesario que se buscaran medios de tratamientos que respondieran a la materialidad natural de las enfermedades, los nuevos remedios van desde las dietas rigurosas

a la ingesta de determinados farmacos, a una diversidad de maniobras manuales sobre el cuerpo, en fin una gama de prácticas y de elementos de una materialidad tan evidente como la misma enfermedad.

Este mismo escrito guarda un lugar especial en la historia de la medicina (de la posterior psiquiatría), porque en él se distingue al órgano cerebral de la siguiente manera: "... por estas razones yo opino que el cerebro es un órgano de capital importancia en el hombre, pues es él quien nos interpreta los fenómenos procedentes del aire, cuando está sano, puesto que el aire le proporciona la capacidad de pensar" (8)

Este cerebro hipocrático vislumbrado como centro de la vida del hombre, inicia su camino de luces para encontrarse en pleno S XXI en el centro de la estima de las llamadas neurociencias que hacen del mismo el principio explicativo de casi todo: ¿está triste? pregúntele a su cerebro, ¿le gusta demasiado el vino? pregúntele a su cerebro, ¿cuándo ama a veces se equivoca? pregúntele a su cerebro.

Entonces, esta nueva práctica cuestiono energicamente a la palabra, para la misma la palabra es inspiradora de todas las sospechas y desconfianzas, y la mayor sanción recayó en la palabra del enfermo, que a partir de ese momento se le enseño a enmudecer, a censurar sus vivencias. Entonces doble obligación para el enfermo: callarse la boca y mostrar su cuerpo.

Por eso las consecuencias provocadas por esta medicina que debe realizarse en tanto "arte muda", fue que todo lo que tenía relevancia hasta antes de Hipócrates en el arte de curar, la eficacia de la palabra, de la catarsis y de la magia, caen del estatuto privilegiado que tenían hasta ese momento, la palabra en la cura mágica era tan sagrada como la cura misma, en este giro copernicano las mismas pasan a ser consideradas sospechosas de provocar engaños, preñadas de irracionalidad, y en cierta medida peligrosas. El punto al que nos referimos lo podríamos condensar en la siguiente frase: se abandona el poder de la palabra para darle lugar a otro poder: la mirada, por eso bien se puede decir que el naciente medico se obliga a no escuchar al enfermo y se impone mirar al enfermo.

En el “corpus” se distingue claramente las causas más significativas que son la razón de las enfermedades: el “cuerpo” afectado por la vida desordenada, el medio ambiente, la alimentación inadecuada, los avatares climáticos, todos estos factores ocupan el primer lugar para el diagnóstico y los tratamientos.

Detengámonos un momento en estos títulos: “Sobre los aires, las aguas y los lugares”, “Sobre la enfermedad sagrada”, “Sobre la naturaleza del niño”, “Sobre la medicina antigua”, en los mismos se puede apreciar la diversidad de cuestiones que a simple vista no parecen referidos a lo que hoy entenderíamos como “medicina”, pero entonces ¿por qué “corpus”? ¿Qué unifica o integra a esta diversidad de cuestiones? Algo deben compartir, algunos denominadores deben ser comunes para que den lugar a que estos ensayos, por más que hayan sido escritos por diferentes personajes e inclusive en diferentes siglos, tengan una cierta homogeneidad. Esta diversidad de temáticas no ha impedido desentrañar un conjunto de criterios concordantes entre sí, por los cuales se ha considerado que el conjunto de escritos del “corpus hipocrático”, tienen una concepción singular, podríamos decir una concepción de fondo que los identifica y les da un sentido propio. Una respuesta la encontramos en Lain Entralgo, para este la “medicina hipocrática” fue posibilitada en parte por las prácticas empíricas que se venían llevando a cabo desde siglos anteriores, pero para el citado autor lo que es fundamental es el rigor teórico que proviene de la filosofía griega, ese rigor teórico da lugar a nuevas maneras de entender el mundo, los hechos del mundo comienzan a tener una interpretación más racional, las relaciones entre los hechos deben ser demostradas, se imponen métodos reglados para razonar, lo cual lleva a cuestionar la mera intuición o la iluminación.

Este instrumento cada vez más poderoso, que es la “razón”, el razonamiento en base a principios llamados lógicos, revierte las concepciones sobre la enfermedad que habían imperado en la “Grecia Arcaica”, y da lugar a otra manera de entender a la enfermedad y la cura.

Si en el horizonte humano se instaló, definitivamente, el imperio de la razón, frente al cual hay que renunciar a las improntas subjetivas, esta nueva diosa la “razón”, exige métodos y objetos nuevos para el saber en general, y en el caso de la naciente medicina dio lugar a lo siguiente:

- La enfermedad deja de ser un añadido a la realidad individual del ser humano, para pasar a ser considerada como un desorden interno de la naturaleza humana.
- la causa de la enfermedad ya no está referida a la posesión, a la contaminación o el castigo, sino que es entendida como un efecto de una acción natural anómala que perturba el equilibrio propio del cuerpo y él de este con el cosmos, solo será castigo cuando alguien haya transgredido un principio fundamental del buen orden de la naturaleza.
- La práctica terapéutica deja de ser “intuición”, deja de ser “operación mágica”, para pasar a ser “arte” o *tekhne*, serán procedimientos reglados y objetivables, posibles de ser transmitidos en un diálogo abierto y transparente, lejos de todo acto iniciático e inefable. Este arte implica dos elementos: saber hacer y saber porque se hace, este “saber” cuestiona y desplaza a la magia.
- Si bien todo lo existente seguía siendo de origen divino, la parte humana (en tanto manifestación en lo humano de la divinidad) fue muy estudiada, hubo avances en el estudio de la anatomía, *de* la fisiología, *de* la embriología.
- Se construye lo que se llama un “logos médico”, un saber hacer y un saber sobre el porqué de las cosas, que se denomina: *physio-logía*. Por lo tanto el médico es aquel que tiene un saber fundado, razonado, sobre la naturaleza de lo humano en estado de salud y de enfermedad.

Varios puntos se ponen de manifiesto, por un lado la idea que la naturaleza es regular en sus ciclos y procesos, que puede ser conocida y razonada, se comienza a privilegiar la mirada más que el discurso: "...ojos, no palabras..." dice el "tratado sobre las luxaciones". Podríamos decir ojos fieles al logos de la physis, no discursos extraviados y vanos. También se destaca el "razonamiento" en contra de la "opinión", así se encuentra este dicho: "dos cosas hay, ciencia (episteme) y opinión (doxa), aquella crea el saber, está el ignorar". Puesto que hay un "logos iatrikos" (el logos que permite conocer que es la salud y la enfermedad) habrá entonces un "razonamiento médico", que es tanto diagnóstico como terapéutico.

Esta nueva medicina, que tiene sus raíces en las prácticas mágicas será válida en tanto destierre de sí cualquier rastro de lo mágico, en la medida que sepa curarse de la magia de la cual provenía.

La medicina hipocrática, no solo explicaba la enfermedad, también adoctrinaba sobre cómo hacer para que la vida no enferme, explicaba las razones del deslizamiento de lo sano a lo enfermo y viceversa, a partir del cual comienza a instalar un cierto criterio moral que hace de lo sano, en tanto ausencia visible de la enfermedad, lo normal, y a la enfermedad casi un sinónimo de lo anormal.

En principio, el estado de normalidad lo puede lograr o mantener cualquiera, siempre que se haga devoto de los ideales médicos sobre una vida sana. A mi entender estos ideales médicos, con el paso de los siglos, se convertirán en las guías morales de los buenos ciudadanos, cuando la razón médica comience a ser adoptada por los futuros Estados como uno de los principios de mayor preponderancia a partir de los cuales modelar la vida social.

Las palabras y la razón

La palabra en el "corpus hipocrático" es esencialmente "palabra comunicativa", que puede ser pregunta, prescripción, medio de ilustra-

ción o agente persuasivo, pero hay que tener en claro que siempre es la palabra prestigiosa del médico (*llamada "episteme"*), el único que en el acto de la cura está autorizado a usar la palabra, en cambio la palabra del enfermo en tanto "doxa", no es más que un saber bajo, o vulgar que bordea la suprema ignorancia.

Así la práctica médica se funda en: lo perceptivo (la mirada), en el razonamiento (razonar conforme a principios lógicos) y en la palabra que "tiene saber" (la palabra debe ser episteme, palabra verdadera por excelencia).

Entonces el saber del lado del médico, pero este saber debía ser puesto "afuera", al alcance y a la consideración del enfermo, dado que curar era también *instruir* al enfermo, enseñarle a conducirse en la vida conforme a los principios del buen vivir, del saber armónico de la naturaleza.

De todos modos se debe tener presente lo siguiente, en el "corpus" no se desconoce la incidencia del "alma" sobre el cuerpo (en un tratado se encuentra esto: " el arrebató del ánimo contrae el corazón y el pulmón sobre sí mismos y llama hacia la cabeza el calor y los líquidos, al paso que el buen temple del ánimo dilata el corazón.."), porque se entendía que la naturaleza del hombre era unitaria, pero lo que se destaca son los progresos en el estudio de lo somático, por lo cual se puede decir que por primera vez despunta la idea que los fundamentos de la enfermedad están en el cuerpo afectado por sus propios órganos y por su entorno natural. *La subjetividad diríamos hoy, comienza a ser desplazada hacia afuera del campo de lo tratable.*

A manera de ilustración, he aquí cómo era presentada y tratada la histeria en el tratado "Sobre la naturaleza femenina": "... si la matriz va hacia el hígado, la mujer pierde inmediatamente la voz, aprieta los dientes y su color se ennegrece, estos accidentes la afectan de modo súbito y en plena salud. Se presentan sobre todo entre las solteras viejas y entre las viudas que siendo todavía jóvenes y habiendo tenido hijos, siguen en viudedad...". En qué consiste el tratamiento en estos casos: "... Opresión manual del vientre por debajo

del hígado, envoltura del hipocondrio, versión de vino perfumado en la boca de la enferma, fumigaciones féticas de la nariz y aromáticas de la matriz, purgantes, leche de asna y pesarios con preparados vegetales diversos...” (9)

Como se puede apreciar no hay restos del tratamiento mágico, es decir no se trata de un cuerpo poseído o castigado, sino algo muy diferente, es un cuerpo sufriente a causa de sus órganos dislocados, no hay palabras implorantes o frases sagradas, sino maniobras que buscan recolocar a los órganos en sus sitios naturales, para lo cual se necesita de conocimientos anatómicos precisos, y “remedios” que sean capaces de afectar a esos mismos órganos que *están* fuera de su lugar natural.

En esta apreciación sintética traigo una consideración, del mismo “corpus...”, acerca del semblante que debía adoptar el médico con el fin de hacer del mismo un personaje con rasgos distinguibles, dice Hipócrates: “...ha de ser norma para el médico tener buen color y no ser flaco... ha de ser muy pulcro en su persona ... indumentaria decorosa y perfume agradable, ...en cuanto a la moral debe llevar una vida muy regular, la justicia presidirá todas las relaciones, porque la justicia debe intervenir a menudo,...las relaciones con los enfermos no son insignificantes, los enfermos se someten al médico, y este está continuamente en contacto con mujeres, con muchachas, con objetos preciosos.. Respecto de todo eso el médico debe conservar las manos limpias...”

Bibliografía

1. Josep Alsina “Estudio y notas”, en Tratados Médicos de Hipócrates. Editorial Átropos. Barcelona. 2001.
2. Hipócrates “Sobre la medicina antigua”, en Tratados Médicos. Ed. Anthropos. Barcelona. 2001.
3. P. Lain Entralgo “El uso de la palabra en la medicina griega”. Revista de Occidente. Madrid. 1954.
4. Gorgias “Encomio a Elena”. Ed. Nova.2001.

5. P. Lain Entralgo “El uso de la palabra en la medicina griega”. Revista de Occidente. Madrid. 1954.
6. Hipócrates “Sobre la medicina antigua”, en Tratados Médicos. Ed. Anthropos. Barcelona. 2001.
7. Hipócrates “Sobre la medicina antigua”, en Tratados Médicos. Ed. Anthropos. Barcelona. 2001.
8. Hipócrates “Sobre la medicina antigua”, en Tratados Médicos. Ed. Anthropos. Barcelona. 2001.
9. Hipócrates “Sobre la medicina antigua”, en Tratados Médicos. Ed. Anthropos. Barcelona. 2001.

La psiquiatría, enfermos mentales y curas morales

La locura es una enfermedad

Tomamos ahora un planteo que se encuentra en un texto de M. Foucault que se llama “Historia de la locura en la época clásica”(1), (tesis doctoral de Foucault de 1964), este texto resulta particularmente interesante porque Foucault enfoca un acontecimiento que tiene dos dimensiones a saber: *la primera es que* la locura es transformada en enfermedad mental y como cualquier otra enfermedad tiene un tratamiento (moral), *y la segunda es la siguiente*, la enfermedad mental tiene un nuevo interlocutor, diríamos tiene su Amo que es el Psiquiatra.

Los “locos” de la antigüedad y de la Edad Media eran considerados una representación de la alteración de la naturaleza humana que subvertía a la razón común, en la “locura” algo se hacía presente que aludía a lo que estaba más allá de lo sabido. Era lo desconocido para la conciencia lúcida, que se revelaba en fragmentos delirantes, en un caleidoscopio de imágenes alucinatorias, en torsiones antinaturales del cuerpo, que mostraba otro sustrato de la vida humana y del propio mundo, La “locura” era próxima tanto como lejana, íntima y ajena al mismo tiempo, inquietud que hacía pensar que en el mundo había más oscuridad que la deseada, que lo que iluminaba la razón

era una pequeña parte del mismo. El “loco” era tal por sus comportamientos estrafalarios, como por sus palabras y frases disonantes al sentido común, no era alguien que se caracterizara por su silencio. Su vos se hacía oír...

En su libro Foucault nos lleva a fines del S. XVIII y nos acerca a un nuevo personaje: Philippe Pinel (1745-1826), este médico, uno de los padres de la psiquiatría moderna que ha pasado a la historia ligado a un acto que fue muy resaltada por el humanismo moderno, porque la pintura lo muestra a Pinel en una escena liberadora, escena en la cual los locos dejan de estar encadenados, los locos son apartados de los vagabundos, de los pobres, de los desahuciados, que eran hasta ese momento sus compañeros de reclusión.

Pinel es él que le concede al loco, ahora enfermo mental, su propia morada: el manicomio. Sin embargo el manicomio es más que una nueva casa de alojamiento o de resguardo para este personaje, esos nuevos muros son un tratamiento en sí mismo, porque es un mecanismo de transformación de las personas. Ese conjunto de muros y personas son la manifestación visible de un nuevo enunciado, son los soportes necesarios para implantar en esos nuevos enfermos un orden moral y disciplinario a partir de una fuerte determinación: para que haya restauración es necesario primero culpabilizar y que el culpabilizado se haga responsable de tal culpa

Este es el momento de la psiquiatría que se caracteriza por haber puesto en funcionamiento una serie de tratamientos que se condensan en lo que se llama desde entonces “tratamiento moral”. El “enfermo mental” hace su ingreso a la racionalidad de la Iluminación de la mano del “tratamiento moral”, este acoplamiento entre locura y moral, será (¿es aun?) de una enorme importancia en el desarrollo no solo de la Psiquiatría sino que se ha arraigado en la mentalidad común, al punto que se ha visto, y aun se ve, en la locura uno de los estigmas de la degradación humana.

Que interpreto Pinel y sus seguidores cuando se plantearon que estos "nuevos enfermos" requieren de un tratamiento moral, es que

¿el tratamiento es en sí un instrumento pleno de moralidad?, o es que ¿el enfermo padece fundamentalmente de desarreglos morales? Si se repasan algunos de los escritos de P. Pinel y de su discípulo E. Esquirol (1782-1840) se comprueba rápidamente que ambas alternativas se complementa, para estos padres de la Psiquiatría la voluntad, la imaginación, las ideas, los afectos de los enfermos son definidos, y por qué no calificados, como impropios de la normalidad, pero a los cuales el loco se apega morbosamente.

Por tal razón, este es un tratamiento que se basa en la siguiente premisa: es necesario reintroducir en la normalidad a la vida desordenada de estos “locos”, asistirlos como lo haría un buen padre, que no se priva de reprimendas y de algún castigo físico, para que retornen a un sistema ordenado, porque la propia enfermedad mental es un claro extravío.

El tratamiento requería que el paciente fuera retirado de su medio familiar, se buscaba que ese “retiro” lo separara de un ambiente (el familiar) ya contaminado por la propia locura. Esto era una propuesta genérica: la separación, la internación y la suspensión de los contactos vinculares con los más próximos, eran las indicaciones que debían cumplirse para poner en marcha el tratamiento.

Foucault muestra al S. XVIII como el tiempo donde se consolida la separación entre la Razón y la Locura, destaca un acto y sus consecuencias: “...el gesto que reparte la locura es constitutivo, no así la ciencia que se establece ya hecho el reparto...”. Esta separación es generada (“el gesto...”) por razones sociales y políticas, por prejuicios y creencias populares, la psiquiatría se ocupa de aquello que queda fuera de “la razón”. Probablemente a partir de entonces la disciplina sellara su destino como una terapéutica que se apega a lo normal que cada época diseña para sí misma.

En esa época comienza a surgir una idea de lo humano diferente, lo humano se distingue por su razón, por su autonomía, y por la libertad de elegir o decidir, digamos que siempre acatando las normas del nuevo orden social. Las nuevas disciplinas del hombre (“la

ciencia...”) empiezan a dar a conocer sus enunciados en los cuales se presenta un nuevo objeto: el individuo. Por definición este es considerado dueño de su libertad, pero se admite que la misma se pondrá en juego en el encuentro con ciertos avatares en donde esa condición puede ser reducida o directamente perdida. El individuo libre encuentra en su conciencia el sentido correcto que ilumina todos los actos de su vida, pero también se encuentra jaqueado por sus pasiones que a la larga lo pueden terminar dominando y degradando. Así se constituyen dos claros prototipos contrapuestos, antagónicos, pero al mismo tiempo complementarios, como el ciudadano responsable y el delincuente, la madre ejemplar y la prostituta, el trabajador aplicado y el holgazán, el que razona y el loco extraviado y hasta cierto punto incorregible.

Foucault rescata una fecha: 1794, un lugar: Bicetre. Allí está Pinel, probablemente como articulador entre los sucesos políticos y la “nueva ciencia”, que va a encontrar al loco en el lugar que le había asignado el reparto histórico social. Foucault muestra a Pinel primeramente en su pose clásica: como portador del “gesto” liberador. Si el corte de las cadenas no resulta extraño en el seno de la revolución francesa, si en cambio resulta significativo que el corte de cadenas tuviera como destinatario a uno de los tantos individuos que poblaban los “hospitales generales” desde hacía décadas. Haber particularizado a ese sujeto es lo que realza a Pinel.

Este sujeto desencadenado, que no era el típico vagabundo, ni un delincuente más, era, en cierta manera, un intratable. Si los vagabundos, los desertores, los delincuentes habían encontraban en *una* institución como los llamados “Hospitales Generales” (no eran instituciones médicas sino instituciones de readaptación social) resguardo y lo que podríamos llamar un reentrenamiento social que buscaba transformarlos y ponerlos otra vez en el sitio donde transcurre la vida ordinaria, había entre todos ellos un sujeto resistentes a todas las maniobras de reinserción.

El “loco” era el internado de larga permanencia, del cual la Revolución no entendía demasiado bien de qué se lo estaba liberando, ni a qué nuevo destino se lo querría llevar. Dícese que los segundones de la Revolución lo dejaron hacer a Pinel.

La psiquiatría vive el momento inaugural de su historia oficial, acá conviene destacar lo que propone en lugar de las cadenas: a) una categoría nueva: el enfermo mental, la misma se define como una nueva forma de alienación; b) la creación de una nueva morada: el manicomio, c) una nueva terapéutica: el tratamiento moral.

Foucault destaca: es tan cierto que Pinel libera de las cadenas al loco, como así también que lo encierra en el mundo de la sinrazón, cortando toda posibilidad de dialogo o comunicación con el mundo de los razonables. De esta manera tenemos al “enfermo mental” sin cadenas, pero también sin discurso, es decir es el habitante del “muta ars”.

El tratamiento de la “exclusión”

Según Foucault para captar toda la significación de la empresa de Pinel, es necesario explicar un momento previo, anterior en el tiempo. A fines de la Edad Media los leprosarios sin leproso son el destino de algunos personajes como los locos y los vagabundos, criminales y huérfanos. Estos sitios se caracterizan por cortar el vínculo entre lo humano conocido y aceptado, y lo otro. La “exclusión” es el principio que explica los tratamientos propios de la época, si bien hay “técnicos” que se ocupan que los establecimientos funcionen, que aplican las reglas y los castigos, los fundamentos de la “exclusión” no se encuentran en las técnicas que se utilizan, ni en los personajes que las aplican, están mucho más allá de todo esto, para Foucault las razones de la “exclusión” hay que buscarlas en el Poder, en cómo cada época administra, regula, distribuye, organiza la vida en una comunidad.

La “exclusión” es el principio moral, pero *también* operativo, del cual se sustentan diversos tratamientos que tienen como objeto lo

“raro”, para lo cual se prestan perfectamente el leproso recuperado, o más adelante el barco, (tal como lo testimonia la “nave de los locos” del Bosco), o la inmensidad del campo, son espacios o territorios exteriores a la ciudad, y que se comunican con la lejanía. Se trata a lo temido mediante la exclusión, separando a algunos hombres de la cercanía de lo humano para colocarlos en un lugar por fuera, donde lo humano se diluye. El autor nos recuerda que lejos de lo humano probablemente habría significado una cercanía cierta con lo divino, “...el abandono le significa Salvación, la exclusión es una forma distinta de comunión...”.

¿Qué tiene de pavoroso la locura para sus contemporáneos? Foucault comenta que probablemente en ella se revelaba el desorden de la naturaleza, la caída en lo pecaminoso, el abismo infinito, en fin una serie de creencias y supersticiones que mostraban una de las caras más sombrías, más angustiante: la incertidumbre en el corazón del mundo, la incertidumbre en la esencia del propio hombre.

De esta manera el loco, a pesar suyo, era el revelador de este oscuro sentido que se encontraba encriptado dentro del mundo mismo, los dichos del loco terminaban poniendo en evidencia lo finito del saber y de las certezas humanas.

La exclusión en tanto separación y también ocultamiento, era la forma de tratar lo que se consideraba extraño en la época, esta noción era un principio ordenador que daba lugar a distintos procedimientos rituales que buscaban exorcizar al conjunto social, el loco era una de las figuras sociales portadora de algunos signos que justificaban la aplicación de una serie de medidas propias de la operatoria de exclusión. Sin embargo no debe dejarse de mencionar que los locos también eran tratados por fuera de todo ritual, así se los podía encontrar deambulando en la ciudad, apedreados y burlados, y también encarcelados, todo esto llevado a cabo con cierta “normalidad”.

La locura renacentista

Un cambio. Foucault señala que en las cercanías del Renacimiento se patentiza una transformación, lo humano tiene otro horizonte que dio lugar a que los hombres se ejerciten en una nueva posición: aquel que goza de sí mismo. Este hombre en las cercanías del Renacimiento se siente complacido por su existencia, por sus realizaciones, se ama tanto como a sus obras, algunos llegan a hablar de un afecto morboso que el hombre tiene por sí mismo. Y otra vez la locura asume la representación o es la que refleja este acontecimiento, dice Foucault: “de esta adhesión imaginaria a sí mismo nace la locura, igual que un espejismo...”.

El hombre se percibe a partir de su presunción, a partir del despliegue de su narcisismo, no solo se percibe sino que se trata a sí mismo desde esa presunción.

Foucault propone entender los cambios que van sufriendo los locos entre la Edad Media y el Renacimiento, como el tránsito que “va de la experiencia de lo trágico del mundo” a la “experiencia de la infatuación de lo humano”, la locura revelaba el oscuro sinsentido de la vida y por otro lado denuncia la soberbia humana. Tanto los poetas como los escritores introducen el personaje del loco, (o también el tránsito hacia la locura de algún personaje), como el sujeto que denuncia la desmesura de los hombres, el excesivo apego que tienen los hombres consigo mismo.

Así vemos que el “Quijote” es - o se cree- un otro heroico; “Hamlet” debe hacerse héroe por mandato de su padre muerto, revivido alucinatoriamente, para vengar la desmesura de su propia madre; “Otelo” en la cima de la gloria y el poder, celos furiosos mediante, aniquila a lo que más ama.

Estas dos formas de la locura, arquetípicas de dos épocas, señalan y muestran, por lo menos para Foucault, que la locura está ahí siempre presente, como algo inevitable de la experiencia humana, dado que la misma es, para mal o para bien, parte del destino posible

de los hombres. Destino temido porque muestra todo aquello que el hombre no gobierna, y en tanto no gobierna se vuelve amenazante, también porque la locura muestra que la vanidad es capaz de engeñecer a la propia razón, y también la locura es oscura, porque no se manifiesta en forma directa ni clara, sino mediante alusiones, alegorías, símbolos o imágenes trastocadas.

Los hombres que habitan en las iniciales ciudades, futuros ciudadanos, comienzan a sentar las bases de la no aceptación de la locura en la relación social, la misma debe ser retirada de los vínculos de los ciudadanos normales, solo será posible ocuparse de ella en tanto se encuentre separada de sus (no) semejantes, y fundamentalmente encerrada. Cuando decimos “los hombres” destacamos el componente subjetivo *del* temor y rechazo hacia cualquiera de las formas de la locura, porque no se debe dejar de tomar en consideración que los prejuicios subjetivos formaron parte de una extraordinaria operatoria del Poder, que buscaba homogenizar la vida humana alrededor de ciertos valores visibles en las normas y reglas. Si el loco es encerrado no es porque exista una supuesta esencia de la locura que determine el asilo o el manicomio como solución, no es que la locura “necesitaba” del encierro, sino que a las instituciones del encierro las necesitaba el Poder. Las nuevas y viejas disciplinas que se ocupan de asistir a los locos encerrados ponen en marcha su saber y sus dispositivos terapéuticos dando por aprobado que locura y encierro (el manicomio) son “naturales” el uno para el otro.

El tratamiento moral: el “loco” es un enfermo mental

Retornemos al tiempo Pinel. Otro momento se pone en marcha cuando esa vieja forma de vida, extraña pero nunca ausente en la historia humana, comienza a ser percibida y tratada como una enfermedad más, en este caso como “enfermedad mental”. Esta modificación llevo a que aquellos singulares sujetos ensimismados en sus voces y sus

delirios, oscuros al entendimiento de los ilustrados, comenzaran a partir de finales del siglo XVIII a ser un objeto más del “pensamiento científico”, que siguiendo a Foucault se puede decir que así como se propone conocer también logra dominar, clasificar, reducir.

Si el “delirio” y la “alucinación” son productos que no encuentra un buen lugar en el mundo de las disciplinas razonantes, porque entre otras razones esos enunciados no se sostienen en ninguna de las lógicas reconocidas, en cambio el loco, el enfermo mental se encuentra con una posible perspectiva siempre y cuando se deje amansar, o no se resista demasiado a lo que se le impone, dice Foucault: “... cuando el S. XIX, al inventar los famosos tratamientos morales haya introducido la locura y su curación dentro del juego de la culpabilidad...” (2), la frase da a entender que el loco puede tener un lugar en el mundo de los sanos siempre y cuando acepte que la locura es su culpa y por lo tanto destierre de sí su locura, renuncie a su delirio a sus alucinaciones. Se podría preguntar lo siguiente: ¿para esa época de que era culpable? ¿De qué falta se lo acusa? Si la culpa es nuestra mancha de origen, de la cual nadie escapa porque, según se cree, así estamos hechos todos, da la impresión que no se trata de la tan conocida y sagrada culpa cristiana sino de otra. La Modernidad ya está ahí, todo hace suponer que la locura es una falta con el prójimo, con el buen vecino, con el ciudadano cumplidor, es un pecado civil que atañe a la moral que requiere el nuevo orden de la ciudad. Si el loco es portador de su locura, y esta es falta (moral) o infracción (jurídica), lo que se le va a demandar en el manicomio es que se haga responsable de la misma, que se vuelva contra su locura, la enfrente y finalmente se deshaga de ella, “...en el momento en que la problemática de la locura se desplaza hacia una interrogación del sujeto responsable...”. Aquello que en el loco hablaba y lo que en él se decía, su discurso propio y más original, debe ser silenciado, censurado o reprimido, y este “debe ser” es la responsabilidad que debe asumir el loco frente al psiquiatra.

Como venimos planteando, no es casualidad que en la época, la psiquiatría, haya acuñado el signifiante “tratamiento moral”, y re-

presentada por el mismo haya ingresado al espectro de las nuevas disciplinas del hombre en la Modernidad. Si el término “tratamiento” tiene una significación bastante aséptica de moralina, no se puede decir lo mismo de “moral”, a nadie se le escapa que es de uso común en el discurso religioso desde siempre, que la filosofía vio en la moral una instancia proveedora de los principios que deben guiar la vida de los hombres, así también en esa época comienza a estar cada vez más presente en el discurso penal de los juristas. Si este término tiene un lugar relevante, si tanto se lo dice como se lo escucha, no es sino porque funciona perfectamente como amonestación y sanciono contra lo “in”. El término “moral” pasa a la nueva psiquiatría con todas las contaminaciones que traía de los otros discursos: hay toda una gama de comportamientos y de hombres que quedan atrapados en los excesos de las pasiones que desnaturalizan a la existencia humana, por lo cual lo “inmoral” debe ser tratado con la mayor severidad con el fin de evitar que se propague y se convierte en un (mal) ejemplo.

Como ya habíamos adelantado sobre los finales del S. XVIII se encuentra la figura de un notable medico llamado Phillipe Pinel, su eminente discípulo E. Esquirol dice: “de todas las obras publicadas sobre esta enfermedad no existe ninguna que haya tenido un éxito más rotundo y claramente merecido que el Tratado de la enajenación mental del profesor Pinel. Ninguna de ellas ha alcanzado en Francia un influjo tan manifiesto sobre los enfermos objeto de sus escritos” (3).

Esquirol no tiene dudas que es con Pinel donde el tratamiento moral encuentra su forma más pura y acabada, este nuevo tratamiento implica: una nueva, y exclusiva institución donde el mismo rinde sus frutos, una reconsideración del loco como sujeto llamado a la responsabilidad, y finalmente que la curación de la locura es posible.

El tratamiento moral es el enfoque que inaugura una nueva matriz terapéutica, que establece que un tratamiento o si se quiere que el psicoterapeuta, debe modificar, cambiar, corregir todo lo que sea necesario en el individuo, con el fin de llevarlo a adaptarse a los requerimientos que fija la normalidad de cada época.

Si antes de esta época la locura fue sancionada con el encierro, porque era un error o una falla que hacía del loco culpable, ahora la locura es una falta de la cual el loco debe hacerse responsable.

El momento del manicomio para Foucault se caracteriza por una operación nueva y diferente: el “apartamiento” a que da lugar el encierro en el manicomio no es una variación de la vieja “exclusión”, tampoco es una “detención” medida punitiva que nunca fue dirigida exclusivamente al “loco”, sino que el internamiento en el manicomio es un “beneficio”, una medida positiva pensada solamente para el tratamiento de los “locos”, y que para que se lleve a cabo debe dar lugar a que la naturaleza de la locura se manifieste en estado puro, que quiere decir esto? Que la enfermedad sea despojada de todos los aditamentos que las familias y la comunidad proyectan en ella, para que la enfermedad en el manicomio recupere su nitidez, su esencia genuina, para que el psiquiatra la pueda tratar debidamente. Por eso la internación en un dispositivo hecho a su medida porque significa darle a la locura, por primera vez, su lugar apropiado para que la misma se manifieste en ese ámbito “neutro” tal cual es, en toda su autenticidad, para que el psiquiatra pueda apreciar la complejidad de todos sus componentes, cuestión esencial para poner en marcha cualquier terapéutica. Que la locura se presente al psiquiatra tal cual es permite que el tratamiento inscriba su propia mecánica “razonable” en el resto de razón que conserva todo alienado.

Algunas almas bondadosas destacan que la “moralización” del enfermo mental dio lugar a un tratamiento más humano, por ejemplo en lo referente a la etiología se dejó en gran medida de lado a la preponderancia que se le solía atribuir a los factores hereditarios, lo cual hizo posible que los locos dejaran de ser ubicados en los lugares de las causas perdidas, y por el lado de la terapéutica se dejaron de usar algunas drogas de la manera arbitraria, y “salvaje”, como se lo venía haciendo, fundamentalmente la administración desmesurada del éter, del cloroformo y el hachís.

Ahora bien, cuál era la posición de Pinel con respecto al manicomio?, el autor creía que este debía ser un sitio donde debe “reinar” la moral pura, el lugar de la “uniformización ética”, que debe asemejarse a una organización que debe realizar “síntesis morales”. El manicomio debe organizarse con las mismas bases morales y jurídicas que sostienen a la sociedad, por eso toda su dinámica terapéutica se sustenta en tres principios: a-el silencio, no hay respuesta al delirio, mejor dicho no hay dialogo posible, ni actitudes críticas o comprensivas sino solo silencio e indiferencia, b-el reconocimiento en el espejo, mediante diversos procedimientos se buscaba que el enfermo mental se viera como en espejos, los mismos le devolverían, digamos de manera certificada, su locura en tanto desatino, su alienación en tanto inadecuación al mundo, c-el juicio perpetuo, en fin todos los procedimientos técnicos aplicables, el rol del propio psiquiatra, la totalidad de normas del manicomio debían ser una gran instancia cuyo objetivo permanente es juzgar, castigar y corregir.

Quiero volver a destacar lo siguiente, la nueva psiquiatría de la época considera que la locura es una falla que debe ser “terapéuticamente” tratada, lo cual requiere de dos condiciones, a) el enfermo mental se debe reconocer como culpable de sus creencias delirantes, de sus visiones alucinatorias, pero fundamentalmente, b) que se asuma como responsable de su locura, y que de esa manera acompañe al psiquiatra en la “pelea” en contra de la locura. Este reacondicionamiento debe llevar al alienado a que modifique su posición, debe dejar su pasiva morbosidad frente a su delirio y pasar a enfrentar a este, siguiendo las indicaciones de su psiquiatra, hasta liquidarlo. Ahora bien una cuestión problemática es la referida al lugar que ocuparon los “castigos físicos” en el tratamiento moral, veamos que dice E. Esquirol: “Los medios de represión se limitan a la camisa de fuerza y a la reclusión. Como algunos pueden dañarse se sujeta la camisa a una silla y se los encierra en su habitación. La ducha también se usa como medio de represión.” (4)

Cada uno podrá tomar dimensión de lo dicho por Esquirol, para algunos los castigos y la coacción física disminuyeron notablemente, para otros la “disminución” no resultó significativa. Menos que antes no hace desaparecer de la escena terapéutica el castigo, ¿es necesario el castigo en cualquiera de sus formas en el tratamiento de la locura? Y si la respuesta es afirmativa, ¿vale preguntarse entonces, necesario para quién?

El propio Foucault, presentó varios casos que encontró en los archivos de los manicomios, elegí este porque me parece ilustrativo de lo que venimos diciendo:

“En un trabajo consagrado al tratamiento moral de la locura, publicado en 1840, el psiquiatra francés, Louren, cuenta el modo por el cual él trataba a uno de sus pacientes, trataba, y por supuesto, como se imaginan curaba. Una mañana llevo al Sr. A al cuarto de baño. Le pidió que le cuente en detalle su delirio.

-Pero todo eso-, dice el médico, no es nada más que locura. Prométame que no va a creer más en eso-.

El paciente duda, y luego promete.

-Eso no es suficiente – responde el médico- ya me ha hecho promesas similares y no las ha cumplido-.

Y deja que la ducha fría caiga sobre la cabeza del paciente.

-sí, sí, estoy loco- grita el paciente. Corta la ducha. La interrogación sigue.

-sí, reconozco que estoy loco-, repite el paciente. Pero agrega:-lo reconozco porque Ud. me está forzando a hacerlo-.

Por supuesto, otra ducha.-le aseguro-, dice el paciente-que he oído voces y he visto enemigos a mí alrededor-.

Por supuesto, otra ducha,

-bueno está bien-, dice el Sr. A. -lo admito. Estoy loco y todo eso era solo locura-.

Y por supuesto, está curado” (5)

Se puede decir que la “ciencia” de las enfermedades mentales comienza en este punto: son necesarias la observación para tener un

diagnóstico preciso a partir del cual aplicar una terapéutica que derrote a la locura, no hace falta entender el sentido del delirio, ni las razones de la alucinación porque son parte del “cuerpo” de la locura que debe ser eliminado. Es cierto que esa psiquiatría tuvo el mérito, es lo que se le reconoce, de avanzar en el ordenamiento de los síntomas, diferenciando síntomas primarios de secundarios y a partir de ese ordenamiento proponer entidades nosográficas más definidas, como así también que por primera vez la locura entra en el horizonte de las enfermedades tratables y curables, pero el discurso del loco, sus palabras, sus dichos metafóricos, sus neologismos fueron puestos por fuera de lo aceptable, siempre cerca de lo disparatado, de aquello que carece de sentido y de valor.

Otro elemento a considerar en el “tratamiento moral” es lo que Foucault llama “la apoteosis del médico”, en este punto se reconoce que la figura del médico casi no tenía importancia en el confinamiento de la locura en los siglos anteriores, pero en el “tratamiento moral” el médico y el manicomio son el soporte de todas las operaciones terapéuticas. El psiquiatra no solo es quién va a decidir (mediante un certificado) quién entra en el manicomio, no solo posee un saber específico, sino que, fundamentalmente, es quien representa la garantía de honorabilidad moral. Así el semblante del médico es fundamental en la medida que es la máscara perfecta del buen padre, del juez ecuánime y justo, en fin del ciudadano ejemplar. Sobre este punto así se refiere uno de los notables de la época, dice Francois Fodere: “ Un hermoso físico, es decir un físico noble y varonil, es acaso, en general, una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión, es indispensable sobre todo frente a los locos, para imponérselos. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva: tales son las formas, que en general, surten un gran efecto sobre individuos que se creen por encima de los demás. El espíritu, sin duda es el regulador

del cuerpo, pero no se lo advierte de inmediato y requiere las formas exteriores para arrastrar a la multitud” (6)

El órgano, la razón de la locura

La medicina como saber y práctica, lleva en si misma las marcas de la historia de los hombres, de sus ideas de sus prejuicios, teniendo esto presente queremos detenernos en un momento en el cual se encuentran, por una parte la luminosidad que aportó el conocimiento científico y por otro lado con un hito que hace a la historia de la medicina moderna.

La “mirada científica” sale del pliegue en el cual venía residiendo y resistiendo a los embates de la religión y del sentido común, y comienza a mostrar y demostrar que el mundo y sus alrededores son explicables y accesibles mediante la cifra, el cálculo, la hipótesis, por lo cual la misma naturaleza pierde su condición de intocable y comienza a ser transformada, trastocada, si se quiere también domesticada. La vida privada de cada ser humano experimenta cambios notables por los aportes técnicos que se incorporan a su cotidianidad, pequeños objetos plenos de artificialidad pero sumamente prácticos y útiles se tornan casi imprescindibles, Ese momento en el siglo XIX en el cual el prejuicio cedió frente a las nuevas ideas científicas, es el marco en el cual la medicina hace de lo anatomopatológico su objeto de estudio, que para los estudiosos del tema significó el tiempo en que la medicina se hace racional, objetiva, definitivamente científica.

Ese tiempo refundacional, si bien muy cercano de ese otro al cual nos referimos anteriormente que caracterizamos como el momento de Pinel, de la enfermedad mental, del manicomio y del tratamiento moral, emerge otro enfoque a partir del arrasador dominio del saber científico que reclama observación rigurosa y sistemática como condición básica que posibilita que el cuerpo no se guarde nada y revele

sus secretos interiores, en fin que se haga transparente el órgano y su lesión, la causa corporizada de la enfermedad.

Bien se puede decir que fue el tiempo de los órganos. La mirada médica finalmente despojada de las fantasmagorías que envolvían al cuerpo, hace emerger la materialidad de los órganos que pasan a ocupar el lugar de causa primera y última, de razón suficiente, porque se constata, mediante una clínica metódica que hace de la observación minuciosa su regla, que la naturaleza de la enfermedad anida en los tejidos, en las membranas o en los intersticios de los órganos.

En ese momento singular se opera una transformación epistemológica (con sus consecuencias prácticas directas) sobre la esencia de lo humano, porque es a partir de diversos enfoques y estudios, inspirados en el positivismo científico, los que imponen la perspectiva que el cuerpo es una sustancia biológica, incompatible con la milenaria creencia que proclamaba que el cuerpo humano es sustancia divina. En esa medicina, la autopsia, los cortes y preparados, el laboratorio y el microscopio, no dan más lugar a las creencias dogmáticas, sino que ponen sobre la mesa examinadora algo más categórico: los órganos en su inmediatez muestran crudamente a los ojos de los médicos la contundencia de la sustancia orgánica. Es en esta propia sustancia donde reside la vida y también la muerte, con un reflejo llamado conciencia.

Los órganos y los tejidos permiten ubicar a la enfermedad en otra dimensión, para esa medicina la dimensión real y verdadera, lo que se denomina “lesión del órgano” es la manifestación visible y legible de la estructura misma de la enfermedad. Es el momento histórico en el cual el saber médico se basa, no en entidades inmateriales, sino en aquello que los médicos suponen que es un lenguaje intrínseco de los órganos, natural de los órganos. “Al abrir algunos cadáveres, como dice Foucault, más bien fue un libro lo que los médicos abrieron, que les posibilitó leer lo que la enfermedad inscribía en los cuerpos. La lesión orgánica cobró el estatuto del escrito, de aquel que indica el destino, aquel que permite interpretar la enfermedad” (7) A partir de

esa episteme no hay destino posible para un sujeto que hable acerca de lo que padece.

Agreguemos lo siguiente, al mismo tiempo que la mirada médica sitúa un lenguaje que es propio del órgano, como si tuviera una gramática propia, una gramática inscrita naturalmente, lo que se termina haciendo es borrar paulatinamente al enfermo. La medicina pasa a ser una disciplina que trata órganos enfermos, y no a sujetos enfermos, más aun todo lo que el enfermo pueda decir sobre su enfermedad, todo lo que pueda relatar y contar sobre su sufrimiento es un obstáculo para el saber médico, dado que el relato del enfermo interfiere la relación que el médico necesita tener con el órgano, “para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo. El paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre, la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para ponerlo entre paréntesis” (8)

Esta “nueva” relación debe ser directa, despejada, sin interferencias de ningún tipo, aunque en este caso el tipo sea el propio enfermo. Si la cura es posible, en primer lugar está dada por el saber que se extrae del órgano, y por lo tanto esta debe seguir siendo “muta ars”.

Foucault sitúa en ese momento a X. Bichat (1771-1803), el médico emblemático que mostro que la enfermedad era localizable en los órganos, que como venimos diciendo fue clave en la renovación de la “clínica médica”, resalta del mismo lo siguiente “ el ojo de Bichat es un ojo de clínico porque concede un privilegio epistemológico absoluto a la mirada de superficie “ (9)

El médico citado por Foucault dice esto, “Me parece que hemos entrado en una época en que la anatomía patológica debe hacer un nuevo esfuerzo... Durante mucho tiempo, la medicina ha estado excluida de las ciencias exactas. Tendrá derecho a pertenecer a ellas, al menos en lo que se refiere a los diagnósticos, cuando la observación rigurosa se una al examen de los cambios [anatómicos]... ¿De qué vale la observación, si uno no sabe cuál es el foco de la enfermedad?...

Ábranse unos cuantos cadáveres, y desaparecerá esta oscuridad que la mera observación nunca habría disipado”.

No caben dudas que la conocida frase de Bichat, síntesis de una nueva doctrina, muestra que la medicina de la época encontró su nuevo destino en el órgano. Órganos que al fin de cuentas serán obligados a responder de aquí en más a toda interrogación sobre el sufrimiento humano.

Como impacta el significante “abrid los cadáveres”, que es la “marca” de esa medicina, en esa otra parte de la misma dedicada a la locura, la psiquiatría alienista que se había reconfigurado a partir de la “enfermedad mental”?

Recordemos que Pinel comienza a ubicar la enfermedad en una serie de cuadros que inauguran lo que se llama “una nueva nosografía psiquiátrica”. Pinel le asignaba a las dificultades en las experiencias socioeducativas y a las pasiones exacerbadas un papel determinante en la aparición de la locura pero no compartía la perspectiva anatomopatológica, como tampoco su discípulo Jean-Étienne Esquirol.

Pero el acento en la anatomía fue remarcado por los más eminentes discípulos de Esquirol, uno de ellos, Jean-Pierre Falret (1794-1870 “locura circular”), escribió más tarde: “Empecé a estudiar la enajenación mental en el hospital de la Salpêtrière, bajo la dirección de los dos ilustres maestros Pinel y Esquirol. En la época en que seguía sus lecciones, una tendencia general prevalecía en la medicina contemporánea, influyendo naturalmente en la patología mental. Los jóvenes doctores que estudiaban entonces los trastornos mentales preferían centrar su atención en las lesiones encontradas en el cerebro y en sus membranas tras la autopsia del demente. Contrariamente a la doctrina de mis maestros (que eran más eclécticos), sucumbí como los demás a esta orientación anatómica...” (10)

Como lo atestigua el párrafo anterior J. P.Falret estaba muy influido por la tendencia que prevalecía en aquel momento hacia los estudios anatómicos. La investigación médica indicaba que había que

seguir al paciente hasta la mesa de disección y descubrir lesiones que pudieran relacionarse con hallazgos clínicos previamente registrados

Otro de los psiquiatras destacados del momento, A.L. Bayle (1799-1858 “demencia paralítica”), a partir de su tesis de 1822 sostenía que estudiar los cadáveres permitía verificar la presencia de lesiones en el cerebro, y planteo que tanto la locura como la parálisis eran manifestaciones de esas lesiones.

La anatomía patológica siguió marcando el rumbo en las investigaciones y en la clínica psiquiátrica francesa por varios años más. Es de destacar que hubo una conjunción de intereses con la llamada doctrina de “la degeneración mental”, que tenía como fundamento que las enfermedades mentales eran de origen hereditario. B. Morel (1809-1873), fue quien propuso que la herencia transmitía los “malos hábitos” de una generación a otra, a partir de lo cual artículo la conocida secuencia: malos hábitos-herencia-degeneración-lesión orgánica.

En una dirección similar se puede ubicar a V. Magnan (1835-1916) que siguió desarrollando las teorías de Morel, pero en su caso el “mal hábito” estudiado fue el alcoholismo y las lesiones anatómicas localizadas del mismo.

Theodor Meynert, profesor de Freud en neuropsiquiatría en la Universidad de Viena y mentor suyo después de su graduación, consideraba que la investigación anatomopatológica era la clave de los trastornos mentales, e insistía en que los estudios anatómicos debían tener preferencia sobre los otros enfoques, es decir sobre la clínica. Afirmaba que su enfoque era aplicable a un grupo de síndromes que caracterizo como neuropsiquiátricos, que eran llamados comúnmente enfermedades “funcionales”, el término había sido introducido para caracterizar los cambios en el sistema nervioso no acompañados de cambios en la estructura orgánica. Se trataba de lo que hoy incluiríamos dentro de las neurosis, en las cuales en principio no se había descubierto ninguna lesión anatómica clara, pero Meynert insistía, por supuesto, que en la evolución de las “funcionales” invariablemente se comprobarían la existencia de modificaciones estructurales. En

este sentido dio a entender que los trastornos vasculares eran los causantes de dichos “síndromes funcionales” (neurosis), porque los mismos terminaban alterando la estructura cerebral.

Tenemos que referirnos a J.M. Charcot, porque fue uno de los responsables del notable giro epistemológico que llevo al joven Freud de la neurología a la psicoterapia de la histeria. A él se le debe una concepción distinta del síntoma (histérico) como resultado de una causa en la cual el sujeto vivió una experiencia “traumática” con un partenaire, que “lo traumático” persistía por fuera de la conciencia, la detección de zonas con una inusual afectación erógena. En otras palabras había una intuición en Charcot, que se la dijo en confianza a Freud, los síntomas neuróticos eran el resultado de “problemas de alcoba”. La utilización de la hipnosis por parte del psiquiatra francés en el abordaje de los síntomas demostraba la eficacia de la misma en la recuperación de lo olvidado con el consiguiente efecto parcial o total sobre el síntoma.

Como sabemos Freud hace un pasaje de Meynert a Charcot, y luego al psicoanálisis, este tránsito fue posible por las sucesivas rupturas con los saberes anteriores, esas rupturas hicieron que los “restos” de lo hipnosugestivo fueran siendo relegadas en la medida que Freud se dejó “enseñar” por los (sus) neuróticos.

Acá comienza otra historia.

Bibliografía

1. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. FCE. 1987.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. FCE. 1987.
3. Esquirol E. Sobre las pasiones, (Pág.76). Ed. A. E. de Neuropsiquiatría. Madrid 2000.
4. Esquirol E. Sobre las pasiones. Ed. A. E. de Neuropsiquiatría. Madrid 2000.
5. Foucault M. Obrar mal, decir la verdad. Pág. 22. S. XXI, 2014.

6. Foucault M. El poder psiquiátrico, pág. 18-19. F. de C. E. 2014.
7. Clavreul J. El Orden Médico, pág. 142. Ed. Argot. España. 1983.
8. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Pág. 29. Siglo XXI. 2008.
9. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Pág. 177. Siglo XXI. 2008.
10. Levin K. Freud y su primera psicología de las neurosis: una perspectiva histórica. F. de C. E. 1985.

La operación psicoterapéutica y su tiempo

La operación psicoterapéutica y su estructura

Como psicoterapeutas abordamos al ser humano en el momento que nos demanda una intervención sobre su malestar (sufrimiento, padecimiento, angustia), a ese ser humano lo escribimos con el significante \$ (sujeto barrado), lo representamos con ese significante lacaniano que nos dice que se trata de un sujeto dividido, en este caso por su síntoma. También lo puedo decir de la siguiente manera: el sujeto dividido no termina de saber porque sufre.

La intervención psicoterapéutica se dirige a hacer algo con ese síntoma, hacer algo para mí remite a dos posibilitadores, a) intentar resolverlo, b) intentar eliminarlo. Estos dos caminos, resolución o eliminación, marcan las dos grandes orientaciones de las psicoterapias actuales.

Decía en la primer clase que podríamos hablar de una “operación psicoterapéutica”, porque considero que la psicoterapia es una estructura formada de elementos diferentes pero que se articulan entre sí:

- 1) Dos posiciones básicas con lugares diferenciados y relacionados,
- 2) Reglas de funcionamiento en base a: la asociación libre, o a responder a objetivos acordados, etc.,

3) Un vínculo nuevo, que es conocido como transferencia o sugestión (empatía o rapport), que vincula a las dos posiciones.

En relación al vínculo hay tres posiciones psicoterapéuticas posibles: a) ignorarlo siguiendo el modelo del científico que busca no interferir en el experimento, b) usarlo como un poder para conseguir algún objetivo terapéutico, y c) o dilucidarlo.

Vale la pena detenernos un poco en este tema del vínculo terapéutico, porque en función de cómo se lo defina va a resultar la intervención terapéutica que se ponga en marcha. Ese vínculo puede ser transferencial o sugestivo, puede ser imprescindible para poder dilucidar los síntomas o puede ponerse al servicio del terapeuta como instrumento de dominio o como arma de seducción.

4) Tenemos otro componente, un relato, quiero resaltar el “un” porque cada paciente se va a convertir en alguien único como resultado de la historia que hace de su vida, autor y destinatario de una novela familiar íntima y singular. Historias que se tejen con palabras que no son cualquier palabra.

5) El quinto componente es el acto terapéutico. Lo que llamo “operación terapéutica” tiene algo de armado ficcional, tiene algo de maquinaria, de ceremonia profana, que tiene como finalidad hacer posible el acto psicoterapéutico, que se lo puede distinguir, se lo puede diferenciar claramente por lo siguiente: el acto psicoterapéutico moderno tiene como fundamento la palabra del terapeuta como único medio para incidir en lo real del síntoma. La palabra si es una interpretación, se dirige a deshacer lo traumático que se manifiesta en el síntoma, dicho de otra manera la interpretación busca provocar al consentimiento que el sujeto le viene otorgando a su goce mortificante.

Es un acto en el que se intercambian palabras y es a partir de lo que se dice y lo que se escucha de lo que se dice que se engendra la experiencia de la cura, que consiste en incidir directamente sobre el núcleo traumático para que algo se modifique. El psicoanalista espera que el sufrimiento del paciente no sea mostrado sino dicho, que lo experimentado como sufrimiento pueda ser hablado para otro. A

diferencia de otras terapéuticas en las cuales el acto terapéutico se funda en que la palabra sea un instrumento al servicio de lo sugestivo. (Esto lo veremos más adelante cuando mostremos a las “terapias” sin “psico”).

Como sabemos los humanos son los únicos seres vivientes que hablan y que por ese hecho padecen por lo que dicen, que se equivocan al hablar cuando dicen lo que no quieren decir, que se traicionan al hablar cuando dicen más de lo que querían decir, que viven en un entorno de signos y significantes que los envuelven al nacer y los perpetúan más allá de la muerte.

La experiencia freudiana le mostro al mundo que la palabra hace al sujeto es decir que el ser viviente se humaniza solo si hay un otro que lo desea y le habla, que no hay vida humana por fuera del orden que instituye la palabra. Estas ideas básicas son las que encontramos en Freud y que fundamentaron lo esencial de la cura analítica, y que llevaron a Lacan a explicitar lo siguiente, “... que en el inconciente había que ver los efectos de la palabra en el sujeto -por cuanto estos efectos son tan radicalmente primarios que propiamente son lo que determina el estatuto del sujeto como sujeto”. (1)

Esta interpretación, que Lacan formula acerca del Inconciente freudiano poniendo a la palabra como la piedra fundante del sujeto, la tomamos como una brújula que nos marca el inicio de un rumbo que consideramos el correcto. Veremos adonde nos conduce. No desconocemos que no es la única orientación, que hay otras. Queda abierto el debate...

Lo psicoterapéutico en su época

Cualquier operación psicoterapéutica está inscrita en un determinado momento histórico, cultural y político, que nos parece necesario tratar de darle cierta visibilidad, o por lo menos nuestra visibilidad.

Podemos partir de una pregunta básica, ¿Hay un orden naturalmente preestablecido que nos diga cómo y qué hacer en la vida? ¿La naturaleza o el cuerpo tienen inscripto un saber que podría revelarnos cómo resolver las contingencias de la vida? Los seres humanos son bichos que cambian constantemente las reglas de su vida, así como se proponen normas que se juramentan acatar con el paso del tiempo, a veces mucho tiempo otras veces no demasiado tiempo, cuestionan esas mismas normas, así como se enamoran de ideales pueden pasar a detestar esos mismos ideales. Si hay un orden de la naturaleza (no lo sabemos porque la naturaleza no habla) los humanos son los que pervierten ese supuesto orden.

Nuestra experiencia clínica, nuestras experiencias sociales nos enseñan que los humanos están moldeados por su deseo inconsciente y por los prototipos subjetivos de cada época. Deseo inconsciente singular, propio de cada uno, y subjetividad de época, un modo estandarizado de desear y gozar para todos (todos queriendo alcanzar lo mismo).

Pero tenemos algo más que agregar, el discurso social que tiene cierta exterioridad con el sujeto, implanta una modalidad subjetividad que queda interferida por lo sintomático de cada uno. Lo sintomático no termina de encajar en los prototipos subjetivos propios de cada contingencia histórica, por lo cual hay una tensión permanente que suele dar lugar a dos fenómenos: hay sujetos con una disposición (sintomática) a la adaptación y hay sujetos con una disposición (sintomática) al aislamiento.

Si la relación entre lo sintomático singular y lo subjetivo estandarizado es siempre problemática, una de las cuestiones a ver es: ¿dónde está lo normal, en el espectro que va de la adaptación al aislamiento donde debería estar lo normal?

Les adelanto una posible respuesta: lo normal es un clise propio de cada época, es el clise que le queda cómodo a los juegos del poder de cada época.

Como les decía el planteo que vengo haciendo tiene como finalidad mostrar algo del mundo actual donde se inscribe la “operación psicoterapéutica”, ahora quiero referirme a lo que entiendo como el diagrama básico de nuestro presente en el cual se anuda lo crucial de la misma.

Neoliberalismo/ neomalestar

En la historia de las civilizaciones se distingue especialmente la Modernidad porque la misma fue delineada por dos estructuras que aún nos determinan: el capitalismo y la democracia. La estructura Económica y el sistema Político requirieron para su funcionamiento que las relaciones humanas se transformaran en relaciones horizontales entre semejantes. En su tiempo fue una concepción no solo novedosa sino inclusive revolucionaria, porque el pasaje, de una sociedad estratificada en base a estamentos cerrados propios de una sociedad que hacía de la jerarquía un mandato divino, a una relación social igualitaria, solo fue posible a partir de algunos acontecimiento que al mismo tiempo que disolvía las relaciones jerárquicas paría, con sangre y con lágrimas, una sociedad de iguales en donde el hombre, individuo o ciudadano, (ese era el género) era su propia medida, esto quiere decir que ya no lo eran ni el príncipe ni dios.

Esta concepción de lo humano dio lugar, claramente, a una nueva ideología, llamémosla la ideología de la igualdad.

Lo social se ordenó en torno de la igualdad entre los semejantes, pero también¹ alrededor de algunos significantes amo (S1) como el respeto al padre y a las figuras que representan la autoridad, al matrimonio heterosexual, al ciudadano educado, al trabajador responsable, a la mujer que se entrega a la maternidad, y algunos otros valores. Este ordenamiento se convirtió en el emblema de la normalidad.

La normalidad fue un valor para todos que se impuso mediante complejos dispositivos de regulación de las relaciones sociales. Deci-

mos dispositivos porque fue un mecanismo compuesto de diversas partes: discursos morales, una doctrina juridico-psiquiátrica, reglamentos administrativos, y por supuesto de leyes generales y de una red de instituciones normativas y correctoras de conductas.

Entonces ciertas conductas son instituidos como signos de “normalidad” que estimulan la configuración de la subjetividad alrededor de algunos comportamientos estandarizados.

Pasemos ahora a nuestros días, el llamado “neoliberalismo” en tanto la doctrina que fundamenta y explica a esta fase del capitalismo se lo suele caracterizar, I. Wallestein, o R. Gómez, entre otros, (2) por lo siguiente: centralidad del “mercado”, preponderancia de lo financiero, reducción del Estado, flexibilización laboral, auge del consumidor (¿fin del ciudadano?), y yo agregaría una generalizada estandarización subjetiva.

Esta somera descripción daría cuenta de una doctrina económica, pero el Neo va mucho más allá, al punto que nos arriesgamos a plantear lo siguiente: lo Neo es una extraordinaria ideología, tan abarcadora como minuciosa, una manera de concebir la propia vida así como las relaciones con los semejantes, por eso podemos entenderlo como un fenomenal intento (avasallante y feroz, pero también seductor) de reconfiguración de lo vivible, que busca que la vida de cada uno se estandarice a partir de amoldarse a algunos imperativos. Imperativos muy nuevos, recientes, que se renuevan continuamente, quiero decir que no usa como estandarte a los S1 que ordenaron la vida en la modernidad que tuvieron vigencia por lo menos durante 200 años. .

El neoliberalismo propone lo que doy en llamar una “individualidad estandarizada”, con esto intento definir todas las microscópicas operaciones que buscan que lo “vivable” cada vez más este limitado a consumir los objetos que el mercado impone (saciar su demanda), a amarse a sí mismo por sobre todas las cosas (toda la libido volcada al narcisismo), a ser el hacedor de su propio éxito (éxito o fracaso), a autoimponerse metas para alcanzar el éxito (el SuperYo siempre demanda), a adoptar una serie de “programas” que le permitan sacarle

el juego a cada instante del día (para lo cual hay que convertirse en un usuario instruido en leer recetas, manuales, folletos, etc. ...). Sujetos en los cuales la instancia yoica predomine sobre el deseo.

En relación a la palabra “neomalestar”. Freud propuso el término “malestar” en 1930 (3) para explicar la articulación entre el sujeto y la cultura, ¿qué implicaba esa articulación? para el sujeto no otra cosa que una renuncia forzada por algunos dispositivos culturales que reprimen, de diferente grado, a la satisfacción pulsional. Hay satisfacción, sí, pero siempre es parcial.

Freud sostenía que ese monto de energía sexual que se le resta o se le sustrae a la satisfacción era destinada a la cultura (lo que se quita de un lado se coloca en otro), dicho de manera freudiana: la cultura está hecha de la libido que se sublima de la pulsión.

Hay que tener presente que en Freud el mecanismo de la represión era activado por el súper yo y que el superyo era una instancia ligada a la función paterna, administrada o regulada por el padre o por alguien que simbólicamente lo represente.

A mi entender el malestar es un concepto sobresaliente de la teoría psicoanalítica porque mediante una versión ampliada del mismo se puede explicar algo esencial como es la falta de adecuación natural del sujeto. El hecho irreversible de la discontinuidad de la especie humana con la naturaleza da lugar a una discordancia fundamental: el sujeto humano no tiene ningún instinto que le indique que comer, con que gozar sexualmente, ni como relacionarse con los demás, esto hace que no encaje naturalmente no solo con la cultura.

Esta falta o carencia (Freud hablaba que el sujeto no tiene un objeto predeterminado, no tiene un saber predeterminado, y Lacan siguiendo esa línea propuso la tesis, más radical, que “no hay relación sexual”), el sujeto la remedia con el “síntoma”, por lo cual el síntoma, artefacto o bricolaje, es la solución o la salida a esa falta. Por eso bien se puede plantear que el síntoma es lo que cada uno inventa para remediar su carencia o falta original, en esta línea hay que inscribir lo que Freud constato en la experiencia analítica: el síntoma es pro-

veedor de lo que llamo “satisfacción sustituta”, es decir que es lo que cada uno puede “inventar” para aportarse algo del goce que no viene con la especie. Por eso el sentido del síntoma no es explicable desde la historia social ni desde los prototipos subjetivos, que proponen que todos gocen con lo mismo, que todos se identifiquen con lo mismo.

Tratemos de aclarar algo del prefijo “neo” que le he adosado a malestar. Como decíamos, en la obra de Freud el Superyo operaba decisivamente como instancia represiva y como instancia propia de la función paterna, lo cual daba lugar, paradójicamente, a que cada sujeto tuviera alguna orientación en su vida, porque cada uno por lo menos sabía lo que no debía hacer, ahora bien el S.XX mostro de diversas maneras una relativización de la función paterna, un desdibujamiento o si se quiere una declinación del poder simbólico del padre. La consecuencia de este fenómeno llega a la clínica psicoanalítica, al punto que podemos decir que el psicoanálisis encuentra su razón de ser porque asiste a los humanos en su drama contemporáneo: cierta errancia del sujeto por la carencia o ausencia o humillación del padre. Para J. Lacan a partir de 1938 (4) esta “caída” del padre explica en gran medida la neurosis contemporánea y justifica la existencia del psicoanálisis.

Por amor al padre ideal se aceptaba lo que este prohibía que era ponerle freno a la pulsión, cuando el padre se desdibuja como ideal regulatorio entonces lo que manda es la demanda pulsional, podríamos decir avalada por el superyo que siempre requiere algo más del sujeto. El superyo tiene, como se va viendo, un componente básico que es la exigencia, o si se quiere lo podemos plantear de esta otra manera, en la estructura psíquica el superyo es la exigencia que siempre interpela al sujeto, le hace presente al sujeto una demanda que este debe acatar; exige reprimir más y más o exige más y más satisfacción.

Tendríamos dos consecuencias clínicas: el padre idealizado que mediante la instancia superyoica prohíbe predominan en las neurosis los rasgos inhibitorios (no puedo hacer lo que quiero), el superyo sin la regulación del padre exige más y más satisfacción pulsional, predomi-

nan en las neurosis (¿todavía son neurosis?) los rasgos desinhibitorios, el pasaje al acto, o la adicción generalizada (hago lo que quiero)

La conocida frase publicitaria “compre ya”, es un ejemplo palpable de lo que vengo planteando, donde se puede apreciar que la (in) satisfacción pulsional debe ser permanente, para lo cual hay que aplastar al sujeto con el consumo, suministrándole un objeto tras otro. No hay otra regulación que no sea esa, es decir no hay una instancia que ponga algún freno, que inserte alguna espera.

Si bien se podría diferenciar momentos civilizatorios en la medida que en uno prevalece la prohibición de gozar (malestar) en el otro predomina la exigencia de gozar (neomalestar), lo que permanece inalterable es la función sintomática en los seres hablantes que en este caso es la resonancia íntima, corporal que se pone en marcha frente a la ansiosa demanda del mercado. Ahora bien, el ropaje de cada época hace que el síntoma se vista a la moda.

En esta deriva el Neoliberalismo pone su cuña perversa ensalzando el consumo, la performance individual, exaltando el goce e imponiéndolo como destino para la vida, es decir que el Programa que ofrece la ideología Neo para nosotros los humanos es una oferta muy estructurada que como decía pretende estandarizar al sujeto, que debe funcionar como un antídoto para contrarrestar o eliminar el síntoma, que recordemos, siempre cuestiona al sujeto.

El Programa de la ideología Neocapitalista que llamo “individualidad estandarizada”, que se fabrica día tras día sin cesar, que se filtra en la vida de todos a través de los más mínimos detalles, que busca una subjetividad sin quejas sin carencias, ¿qué relación tiene con las Psicoterapias que tienen como finalidad terapéutica programar conductas óptimas?, y ¿qué últimamente han adoptado el paradigma de las Ciencias de la Felicidad?

Bibliografía

1. Lacan J. Seminario XI, pág. 134. Barral, 1977.
2. Wallerstein I. Después del liberalismo. S.XXI, 2011/ Gómez R: Neoliberalismo, fin de la historia y después. Punto de Encuentro, 2014.
3. Freud S. El malestar en la Cultura. Amorrortu, 1978.
4. Lacan J. La familia. Argonauta, 1978.

“El psicoanálisis no cayó del cielo ni brotó de una piedra”

Influjo personal

Los tratamientos anímicos tuvieron dos variables, a la variable uno se la llamo: sacerdote (chaman), medico (psiquiatra) o psicoterapeuta (terapeuta), a la variable dos se la conoció como: influjo personal o rapport o sugestión.

Dejamos fuera de esta serie, porque a mi entender rompe la serie, al psicoanalista y su transferencia. Ya veremos por qué.

El fenómeno intersubjetivo llamado influjo personal estuvo desde el “chaman” al psicoterapeuta, todos se sirvieron de él, ¿para qué? en el mejor de los casos para dominar o reducir la enfermedad mental. Dominarla para cambiar la conducta “patológica” por otras conductas supuestamente más normales, “Ud. hace esto, haga esta otro, cambie su conducta” o reducirla, para eliminarla “no lo haga más”. En ambos casos hay un uso o abuso del poder, depende como se lo mire es una cosa u otra.

Muchos especialistas han discutido, y aun lo hacen, acerca de la validez de esas operaciones, dominar para cambiar o dominar para eliminar. Hay dos posiciones, una más cauta, sostiene que son parte de un repertorio de recursos técnicos, la otra, más audaz, apunta que un terapeuta sabe lo que hace.

Nuestra posición es la siguiente: nos parece que nadie tiene derecho a imponerle nada a nadie, menos un psicoterapeuta. Entonces para nosotros no se trata de intervenciones técnicas sino de poner en juego una ética.

No le pedimos eso al paciente, sino que se lo debemos exigir al psi., si Uds. quieren es un mandato a no hacer del paciente un objeto moldeado según los gustos, la moral o los ideales. En todo caso un psicoterapeuta tiene que curarse de su ambición de curar a toda costa y de hacerlo en nombre de sus ideales.

Tengamos presente que el antiguo médico hipocrático heredaba el misterio sagrado que los dioses habían delegado en los chamanes, por eso sus indicaciones eran inapelables, con el correr de los siglos los nuevos médicos de la enfermedad mental, los psiquiatras, ya no fueron ungidos por los dioses sino por el saber científico que hizo de los mismos el referente de la normalidad social. Ahora cabría preguntarse, los nuevos psicoterapeutas ¿en nombre de qué se autorizan frente a sus pacientes?, ¿será a partir que en los últimos años fueron ungidos desde el discurso neoliberal como los ángeles guardianes del bien individual?

Tengamos en cuenta que Freud llega a esta historia advertido del lugar excelso que tienen los médicos (en primer lugar el mismo) entre los normales, “La personalidad misma del médico se rodeaba de un halo de prestigio que provenía directamente del poder divino, pues el arte de curar estuvo en sus comienzos en manos de los sacerdotes. Así como hoy la persona del médico era una de las circunstancias principales que permitían alcanzar en el enfermo el estado anímico más favorable para su curación...” (1)

Ese vínculo entre el enfermo y su tratante para Freud se deriva de lo que podríamos llamar las formas comunes o conocidas de la intersubjetividad que estructuran las relaciones humanas, como las relaciones de los amantes, de padres e hijos, del maestro y su alumno, la del amo con el esclavo, y por supuesto la del médico con su paciente.

Ahora bien no es desde esas intersubjetividades que debe ser conducida y resuelta la cura psicoanalítica, por lo cual la llamada “transferencia”, es a mí entender el problema crucial de la misma. Tengamos en cuenta que la primera captación de ese vínculo, su peso específico, se encuentra testimoniado en “Psicoterapia de la Histeria”, en sus últimos renglones Freud lo define como “falso enlace”, como “síntoma” creado por el propio tratamiento que debe ser resuelto como cualquier otro síntoma. Esto quiere decir que hay una problematización desde el inicio del vínculo intersubjetivo que eclosiona en el comienzo de la nueva psicoterapia, y que la indicación de Freud fue precisa y contundente: el analista tiene la responsabilidad de su esclarecimiento.

Si se trata de mostrar lo nuevo que el psicoanálisis freudiano puso en el campo de la cura, se debe mencionar a la necesaria reflexión acerca de si en cualquier cura, analítica u otra, la cura misma justifica el uso de instrumentos técnicos o si tienen un límite ético. Por lo tanto, ¿la cura es un asunto técnico o un asunto ético?

El tropiezo de Freud con Charcot

Recordemos que su viaje a París tenía como objetivo profundizar sus investigaciones sobre el Sistema Nervioso y sus enfermedades, para lo cual los preparados y el laboratorio serían su destino. El encuentro con Charcot, contingencia que se hizo acontecimiento, lo decide a abandonar el plan de trabajo con el que había arribado a la capital francesa.

Pero hay un hecho anterior a su viaje a París que vale destacar por la importancia que tuvo en lo que llamo la conversión de Freud. Tiempo antes de su viaje, un médico amigo de la familia de Freud llamado Josef Breuer le cuenta los pormenores de un tratamiento realizado a una joven histérica mediante un procedimiento poco habitual, que sin embargo resultó en gran medida exitoso. J. Breuer le refina la cura de Anna O, tal es el nombre clínico de Bertha Pappenheim, el

relato da cuenta de un caso de histeria complicada y grave, con una serie de síntomas complejos, la joven sufría de parálisis parciales en brazos y piernas, alucinaciones, ceguera y sordera temporaria, y un llamativo trastorno del lenguaje que le impedía hablar en su lengua materna (alemán) y si podía hacerlo en otros idiomas, en inglés por ejemplo. La joven se hallaba prácticamente recluida en su casa y pasaba gran parte del día acostada, o más bien postrada en su lecho. Breuer la empieza a atender y sucede algo curioso: la cura es impulsada tanto por Breuer como por la joven paciente.

Este recurre a la hipnosis y ella comienza a recordar, florece una especie de memoria que durante el estado de vigilia ella no poseía, la hipnosis permite una reconstrucción histórica de sus síntomas, (del presente al pasado) los recuerdos que se evocan tienen claridad y responden a un orden. Esto le llama mucho la atención a Breuer, ya que, asombrosamente, en esta mujer postrada, con poca relación con el mundo y una conciencia confusa con poca nitidez, presenta un estrato de su vida psíquica, al cual se accede mediante la hipnosis, que no ha sido perturbado por la enfermedad. La hipnosis posibilita hilar recuerdos que permiten reconstruir la historia de sus síntomas., de esa manera el síntoma deja de ser una anomalía sin causa y sin sentido, en la medida que enseña su razón de ser.

La hipnosis funcionaba como artificio que posibilitaba el recuerdo, los sucesos recordados se iban encadenando unos con otros, y mostraron algo inesperado: recordar y revivir afectaba positivamente al síntoma, es decir que conmovía su consistencia y su perdurabilidad (su repetición).

El trabajo con el síntoma, reconstruir su historia, tenía un efecto terapéutico que era de alivio y de una paulatina mejoría, pero más allá de lo terapéutico despunta un hecho fundamental para el futuro, por lo menos del psicoanálisis: hay una causa psíquica materializada en unas vivencias olvidadas que reciben el nombre de “recuerdos traumáticos” porque son representaciones dolorosas o vergonzantes y por la intensidad de su carga afectiva. Estos recuerdos son el resul-

tado de la inscripción de algunas vivencias que resultaron inasimilables para la joven.

Así, a medida que Anna O. iba recordando lograba que se concatenaran distintos acontecimientos que hasta entonces no figuraban en su conciencia, esto iba posibilitando que “las lagunas mnémicas” fueran dando paso, a partir de lo recordado, a integrar el pasado en la medida que este era historizado.

También hay que destacar que cada suceso recordado tiene un quantum de afecto que mediante el mismo estado hipnótico estos afectos pueden ser dramáticamente “descargados”.

Breuer tiene el asombro de lo nuevo e inesperado producto de esa peculiar intervención, peculiar porque se podría decir que la que más sabía cómo tratar a su enfermedad era la propia Anna O, porque era la que lo llevaba a Breuer más allá de las fronteras del saber médico.

Esta original experiencia pasó a ser un hito en el nacimiento del Psicoanálisis porque Freud encontró que en la misma había una potencial nueva cura del síntoma, solamente con una condición: si el sujeto con sus palabras mostraba los caminos de la formación del síntoma.

Si como decíamos en la clase anterior la psicoterapia moderna se origina en lo que Freud rescata cuando revisa la experiencia de Charcot, ahora debemos agregar que Freud rescata de la experiencia de Breuer con Anna O. una clínica del síntoma, un quehacer con el síntoma, un tratamiento posible del síntoma por fuera de la clínica médica.

Los hallazgos de este procedimiento, (que aún no es método): el síntoma va del sinsentido al sentido, las representaciones no recordadas son un condensados de ideas, imágenes y afectos, (la representación y su afecto concomitante), el síntoma es una consecuencia, un efecto, un resultado, de un suceso “trauma real” inscripto como recuerdo traumático que opera como causa.

Según Anna O. esta terapia podía ser comparada con una limpieza de chimenea, en un lenguaje más técnicos diremos que Freud/Breuer prefieren el termino, mas aséptico, de catarsis, algo más dice

Anna O. en este caso referido a que esta experiencia es solamente de palabras, nombra o bautiza, al procedimiento como cura por la palabra, la talking cure.

Retornemos a Charcot, este utiliza la hipnosis para afinar un diagnóstico, para explorar o si se quiere investigar el síntoma, para modificar síntomas en el momento del trance hipnótico. Por ejemplo provocaba el ataque histérico estimulando las denominadas “zonas histerógenas” mediante su inseparable “batuta”, el maestro de ceremonia mediante ciertas órdenes dadas al enfermo, siempre en estado hipnótico, revertía algunos síntomas del ataque.

Freud no se fascina con el plus de poder que le da la hipnosis al médico, sino muy por el contrario le impacta lo que esa técnica permite, como por ejemplo: 1) la sospecha de que si un síntoma histérico puede ser resuelto mediante la hipnosis, que no es otra cosa que una manifestación del poder de la sugestión, habría que pensar a la histeria como una dolencia psíquica real, es decir una estructura psíquica con causas y síntomas a consecuencia de un mal encuentro del sujeto con el otro sexo y no como una enfermedad orgánica, 2) la misma hipnosis mostraba que la causa del síntoma histérico el “recuerdo traumático” no se justificaba con hechos ambientales, fisiológicos o hereditarios, 3) el síntoma cedía al influjo que sobre el ejercían las palabras del propio enfermo y los dichos esclarecedores del psicoterapeuta. Lo cual podría dar lugar a una psicoterapia sintomática en base al influjo hipnótico, la evocación de recuerdos y los dichos esclarecedores.

Del moderno tratamiento anímico

En 1890 publica un trabajo, “tratamiento psíquico...”, en el cual de manera sistemática expone diversas ideas referidas a lo que llama “tratamiento anímico o psíquico”, veamos que dice: “tratamiento psíquico quiere decir, más bien, tratamiento desde el alma, ya sea de perturbaciones anímicas o corporales, con recursos que de manera

primaria o inmediata influyen sobre lo anímico del hombre ...un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico...”, también agrega: “...por tratamiento anímico entendemos el empeño por provocar en el enfermo los estados y condiciones anímicos más favorables para su curación ...”. (2)

Señala los ejes alrededor de los cuales se sostiene este “moderno tratamiento anímico”: a) la expectativa: “... reclama nuestro mayor interés el estado anímico de la expectativa (angustiada, confiada..), por medio de la cual una serie de las más eficaces fuerzas anímicas pueden ponerse en movimiento hacia la contracción o la curación de afecciones corporales...” ,b) la influencia: “... la personalidad misma del médico se rodeaba de un halo de prestigio que provenía directamente del poder divino, pues el arte de curar estuvo en sus comienzos en manos de los sacerdotes...”, c) la palabra: “Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros ... el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos psicopatológicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos”, d) hipnosis y sugestión: “ ...es la posibilidad de ejercer una influencia profunda sobre la vida de los enfermos ...la hipnosis presta al médico una autoridad mayor quizás de la que ningún sacerdote o taumaturgo poseyó jamás, pues reúne todo el interés anímico del hipnotizado en la persona del médico, ...así ella ofrece (la hipnosis) el paradigma del modo de curación por tratamiento anímico, el médico pone al enfermo en estado hipnótico, le imparte la sugestión ..Se llama sugestión al dicho del hipnotizador...” (3)

En el ensayo empieza a tomar forma el peso que tiene en el “tratamiento anímico” la relación entre el terapeuta y el paciente, la misma no solo no es algo neutro sino que Freud da a entender que es un vínculo compuesto por algunos rasgos de época (el poder, la autoridad, el saber) que regulan ciertas posiciones subjetivas (el otro del amor, el otro del cuidado, ...), esos rasgos que le aporta la época se vislumbran, Freud vislumbra, que encubren demandas y evocaciones

eróticas inconcientes singulares. Ese compuesto facilita que la cura se ponga en marcha aunque no pasara demasiado tiempo en que esos mismos rasgos sean sus principales obstáculos.

Hay una especial mención a algo que parece aportar un cierto sustento impensado a la relación terapéutica cuando Freud la remite a un trasfondo insospechado. Destaca el fondo conocido cuando dice que el hipnotizado está dormido para el mundo y despierto para el hipnotizador en una posición de credulidad absoluta, y aquí viene el trasfondo cuando ilustra este fenómeno diciendo que el mismo solo se ve en los niños amantados por su madre o en la relación amorosa. Freud avisa, y no sutilmente que el amor, la seducción y la satisfacción erótica no van a ser ajenos a esta cura, no van a quedar afuera del consultorio.

Esta "relación" compuesta por la expectativa más la influencia, que Freud aclara que no es original de este "tratamiento", va a convertirse en la estructura misma de la cura cuando, con el correr del tiempo, pase de la noción de falso enlace a ser conceptualizada como transferencia. Por otra parte en este nuevo tratamiento se encuentran tres operaciones terapéuticas: la hipnosis de Charcot, le permite una aproximación a la "realidad síquica"; la llamada sugestión hipnótica de Berheim, le permite la eliminación de los síntomas; y el hipnótico catártico de Breuer, le permite conocer la composición de los síntomas por lo que aportan los recuerdos recuperados.

No está de más destacar que el nombre dado a este abordaje, "moderno tratamiento anímico", resulta altamente significativo, ¿por qué decimos esto? A nuestro entender los principios de este tratamiento van intentando circunscribir lo siguiente: a) una serie de manifestaciones psicopatológicas (síntomas histéricos, obsesiones, fobias,...) cuyas causas son representaciones no concientes, b) son posibles de ser tratadas mediante la palabra en la catarsis, la palabra en la sugestión, c) a partir de las posibilidades de una relación que para que sea terapéutica, obligan al naciente psicoanalista a resolver su identificación alienante con los modelos intersubjetivos imperantes.

Freud en este momento comienza a estar afuera del discurso médico.

Bibliografía

1. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Amorrortu T. 1, 1988.
2. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Amorrortu T. 1, 1988.
3. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). Amorrortu T. 1, 1988.

“El psicoanálisis no es una terapéutica como las demás”

La curación psicoanalítica y sus medios

Quisiera que tengamos presente algunas ideas que les he venido comentando sobre la perspectiva que Freud dejó plasmada en relación a lo que podemos llamar “la cura psicoanalítica”, que son las siguientes, a) el psicoanálisis no es una terapéutica médica, si bien es cierto que nace a partir del discurso de la psiquiatría también es cierto que desde su inicio se hace extranjero del mismo, b) el psicoanálisis no somete la cura en función de los ideales de normalidad de la época, este punto es central para entender cuando decimos que el psicoanálisis se orienta éticamente porque resguarda el deseo del sujeto frente a las demandas de adaptación y por último, c) el psicoanálisis entiende a la cura en dos tiempos que están articulados, un tiempo terapéutico (síntoma) un tiempo analítico en el cual la cura debe tener su resolución (fantasmas originarios, fijaciones libidinales, castración).

Quiero aclararles que me estoy refiriendo a la propuesta freudiana a la letra, es decir a la lógica que se puede encontrar en sus escritos. Digo esto para aclararles que en este desarrollo no voy a tomar en cuenta a los llamados posfreudianos y sus diferentes líneas, ni tampoco a la enseñanza de J. Lacan.

Desde sus inicios el Psicoanálisis asoma al mundo como un inusual método terapéutico dirigido a una variedad de síntomas neuróticos, y no es exagerado decir que su creador se afianzó en su solitario comienzo en esa práctica aún sin nombre, más que en un cuerpo conceptual previo definido y delimitado. Esa práctica se basaba en un especial diálogo, en el cual la aparente sinrazón neurótica encontró un interlocutor que supo “mostrarnos que hay enfermedades que hablan y de hacernos entender la verdad de lo que dicen” (1), interrogar y escuchar a esa sinrazón mostró una inesperada potencialidad curativa. Ese diálogo que amalgamaba las palabras sufrientes que demandan alivio con otras palabras que interrogan al sujeto de esa demanda, fue posible entre otras cosas porque no se respaldó en una relación que guardaba semejanzas con otras donde el Amo (llámese confesor, pedagogo o médico) “curaba” gracias al reconocimiento y poder.

Freud advirtió muy tempranamente que ese poder sugestivo, implícito en toda terapéutica ya se trate de mágica o médica, era inevitable en la práctica que él estaba inventando, pero debemos recordar que la práctica freudiana no fue una más en el usufructo del dominio que toda sugestión brinda al Amo, ya que en uno de sus primeros trabajos “psicoterapia de la histeria” (1895) Freud se ocupa decididamente de la cuestión, que podemos definir como las consecuencias subjetivas que suscita el amor al agente de la cura, caracterizando a la misma como “neosintoma”, “obstáculo”, “falso enlace”, es decir definiendo esa especie de amor indebido o inoportuno que experimenta y afecta al sujeto, como un componente suscitado por la propia cura, y que debían ser resueltos por esta.

Es esa misma práctica, donde el psicoterapeuta renuncia al poder del amo, la que propicia el retorno de la palabra como único medio terapéutico, así lo dice, “... y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico” (2). Los neuróticos dejaron de ser objetos del dominio médico que les imponía el silencio (*muta ars*), para pasar a constituirse como sujetos de la palabra, es por esa decisiva razón que los enigmas de su enfermedad no se buscan ya en

los prejuicios o en las entrañas del cuerpo, sino en los dichos de sus relatos, en los reveses de la palabra (lapsus, equívocos), para lo cual se requiere de una escucha atenta y desprejuiciada.

El inicial tratamiento de lo sintomático le fue abriendo las puertas a Freud al descifrado de la “formación de los síntomas”, es decir a sus mecanismos, a su hechura de satisfacciones de requerimientos incumplidos, de pérdidas, y agreguemos, de un sentido siempre por venir. Lo cual lo llevo a Freud a fabricar y ensamblar nuevos conceptos, necesarios para explicar lo que llamo “el aparato psíquico”, y a redefinir sus métodos terapéuticos iniciales.

Quiero reafirmar lo siguiente, desde el comienzo Freud nunca se ató a la técnica, la técnica era un medio de acceder al sujeto sintomático, por eso fue cambiando a más de una cuando comprobaba que interferían en el funcionamiento del Inconciente y sus formaciones. La técnica nunca prevaleció sobre sus casos, todo lo contrario, la técnica siempre tuvo que estar al servicio del caso, o si se quiere siempre estuvo al servicio de la interpretación, del desciframiento del Inconciente.

Tomemos en cuenta una observación que Lacan realizo con respecto a Freud, que dice: “la originalidad del método reside en los medios de los que se priva...”(3), este comentario tan preciso nos permite apreciar un verdadero proceso de desconstrucción llevado a cabo por Freud, primeramente en relación a su propia formación médica: no hay saber de los órganos que explique la neurosis, como también de los instrumentos de la psiquiatría, asilos, masajes, remedios morales y químicos van siendo retirados de su modo de atender a los neuróticos, lo mismo va a ocurrir con la hipnosis, la sugestión y la catarsis, que fueron las técnicas a las cuales Freud se aferró en su retirada de lo propiamente médico.

Entonces la “desconstrucción freudiana” está referida a lo que podríamos llamar el discurso médico, que no solo se caracteriza por métodos o técnicas, sino que fundamentalmente implica resolver la posición de Amo que está en el origen del poder curativo médico. El amo del saber y del poder es suplido por lo que se conoce como “la

escucha freudiana”, la misma pasará a ser la condición necesaria que permite la recepción del relato neurótico, siempre y cuando el incipiente sicoterapeuta renuncie a sus prejuicios.

Doble renuncia freudiana, primero del discurso que le garantizaba un estatus cómodo y confiable, luego de aquello que constituye el núcleo de sus creencias más íntimas. En este punto se puede apreciar porque Freud no es Breuer, y no lo es porque se sostuvo en una ética (nueva) necesaria para su propia práctica, que lo llevo a orientar a sus pacientes hacia la causa de los síntomas, es decir a encontrarse con lo “traumático”, con lo reprimido, con la revelación de su deseo inconciente, en lugar de ofrecerle nuevos ideales o ilusorias gratificaciones.

Para que esta “revelación” de lo inconciente reprimido, trauma y deseo, de cada uno de sus pacientes fuera posible fue necesario que la moral del buen burgués que era Freud quedara fuera de cada sesión.

Se ha dicho muchas veces que el psicoanálisis comenzó cuando los neuróticos de Freud se tomaron de su palabra para exponer sus desdichas, ahora bien hacerse sujetos, en este caso de su propio sufrimiento, fue posible por una actitud o disposición llena de originalidad y de riesgo que puso en práctica, en su nueva práctica, el propio Freud.

En su nuevo estatuto de medico sin saber médico, de un incipiente saber del cual solo él sabe, aun sin referencia profesional, en esta soledad solo fue acompañado por los neuróticos, aquellos que encontraron en él un Otro en el cual resguardar su sufrimiento.

Esta posición inicial de Freud, el oyente del saber del relato neurótico que redescubre el poder terapéutico de las palabras que entiende que el “falso enlace”, inevitable, muestra de otra manera lo reprimido, esa experiencia terapéutica a mi entender guarda las claves de la efectividad curativa del psicoanálisis.

Recordemos que en un primer tiempo los tratamientos freudianos se concentraban en la eliminación del síntoma, la sugestión apuntaba a la supresión directa del síntoma, esto era posible en la medida que el síntoma quedaba desligado del paciente, tanto era así que el procedimiento buscaba que el paciente no supiera que la or-

den de interrupción del síntoma había sido impartida por Freud, la hipnosis aportaba lo necesario para el adormecimiento del paciente, o sea que el procedimiento lograba que el paciente quedara afuera de la operación terapéutica.

Luego tenemos otra dirección terapéutica, de la eliminación se pasa al tratamiento causal de los síntomas, en este caso el hipno-catártico es el método apropiado, en la aplicación del mismo tenemos el testimonio de un hecho histórico: se puede empezar a vislumbrar la salida del paciente del exilio silencioso en el cual había sido colocado por las prácticas médicas, este cambio posibilita que el relato del propio paciente se transforme en la vía regia de acceso a su padecimiento.

Si la sugestión requiere del silencio del neurótico, la catarsis da lugar a que el paciente relate los recuerdos retenidos que se supone están ligado a lo traumático. El paciente debe recordar, respondiendo al pedido de Freud, lo que evoca tiene una intensidad afectiva que desborda a las palabras con las cuales se dicen las cosas, (“palabras y su afecto concomitante”, dice Freud) en esos momentos la catarsis permite que la subjetividad doliente y conflictiva del paciente asome al mundo de la cura, pero aun es con Freud como guionista y maestro de esta operación.

Si tomamos este periodo, y lo ubicamos como presicoanalítico, en el mismo se pueden distinguir las versiones que Freud tuvo de la cura: a- influencia directa, órdenes y consejos, b- tratamiento directo, mediante la hipnosis opera la sugestión y la catarsis, es un método sintomático, c- tratamiento anímico, la “expectativa” y “la influencia” son condiciones para el tratamiento, la palabra recupera una valoración que había sido negada, se insinúa un cambio en la relación de la autoridad medica con el saber; d- método de indagación (comunicación preliminar-1893-) acá se ocupa de la causa del síntoma, “..Casi siempre es preciso hipnotizar a los enfermos y, en ese estado, despertarles los recuerdos de aquel tiempo en que el síntoma afloró la primera vez...”; e- “la conversación guiada”, nuevo nombre para el tratamiento, en este caso (Katarina) ya definitivamente sin hipnosis,

sin sugestión y sin catarsis, la asociación libre comienza a abrirse camino, en el caso de la mano de Freud

Que un enfermo hable de lo que le sucede y que su relato sea tomado en cuenta como testimonio único e insustituible de su padecer es un hecho que no se encuentra en ninguno de los abordajes clínicos de la época, es con Freud que toma una dimensión terapéutica novedosa, pero hay otra transformación: el terapeuta deja de ser un iluminado revelador de enigmas, un acopiador de saber que puede ofrecer un poco del mismo para cada enfermo, ese personaje derivado de las curas sagradas que luego lo sustituye el saber médico deja paso a “que el Psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos a quienes estudia, si ello cabe, la solución de sus enigmas”(4). Esta es una de las tantas frases mediante las cuales Freud explico que el saber operativo en la cura es el saber inconciente de cada sujeto.

Se entiende que lo terapéutico es lo que permite dar cuenta del sufrimiento que trae el síntoma, encontrar su sentido produce un alivio. Pero la inteligencia terapéutica de Freud no fue ajena a tomar en consideración que el síntoma es algo más que “una química de las palabras”, el mismo es un acopio de satisfacción (fijación libidinal, repetición, satisfacción pulsional), y que lo libidinal no solo es parte del síntoma (“su satisfacción”), sino que tiene una dimensión más de fondo, si se quiere más constituyente, porque sabemos que Freud se encontró con que todo neurótico esta “fijado” a un “cliché” que es un armamento pulsional inconciente, una cristalización de la libido en partes del cuerpo y en determinados objetos que ocupa un lugar central en la vida de cada uno, sin que el propio sujeto se anoticie de ello, porque su vida transcurre “naturalmente” según el guion del clise.

Quería destacar que a medida que variaba la explicación de la génesis y de la composición del síntoma fue modificándose la terapéutica freudiana.

A continuación les presento tres momentos diferentes:

Primera teoría: el síntoma como efecto de lo traumático. Sus intervenciones: Hipnosis, catarsis y sugestión. Objetivo desbloquear la representación y el afecto condensado en ese “cuerpo extraño” llamado trauma.

Segunda teoría: el síntoma es para Freud una formación de compromiso, una manera de tramitar el conflicto psíquico entre la sexualidad y el yo, entre el deseo y la defensa. Como retorno de lo reprimido es un cifrado, esto quiere decir que su significado está a resguardo de la conciencia y que solo será descifrado mediante el par interpretación/asociación libre. El analista que da la interpretación debe lidiar con una de las dimensiones de la transferencia lo que se conoce como su cara resistencial. Lo podemos decir de la siguiente manera: que el saber del Inconciente prevalezca sobre el amor al analista. Objetivo: revisar el “clise” infantil, esto es las cristalizaciones libidinales resultantes del Complejo de Edipo. Este periodo tendrá una segunda característica, el síntoma sin dejar de ser considerado como retorno de lo reprimido da lugar a una “satisfacción sexual sustitutiva”.

Tercera teoría: el síntoma y las fijaciones pulsionales, (nos referimos al anclaje del síntoma -su satisfacción- “más allá del placer”) Si bien el síntoma es sensible al trabajo del par interpretación/asociación libre, no todo en él es reducible por estas. Freud comprobó que en el análisis de los síntomas hay algo más que representaciones inconcientes, este tiene un anclaje en el “cuerpo” que da lugar a una satisfacción pulsional. Freud tematizó el fenómeno primeramente como “satisfacción sexual sustituta”, es decir una satisfacción problemática pero que no altera el principio del placer, para luego mostrar esta “otra satisfacción” si se quiere “mortificante” como repetición, culpa, masoquismo. Como sabemos alrededor de 1920, Freud plantea que hay un más allá del principio de placer a raíz de observar que sus pacientes que en vez de evitar alguna situación penosa la repetían todo el tiempo. Freud afirma que el síntoma no solo “aporta” un beneficio primario y secundario, sino que encierra una satisfacción paradójica, una satisfacción en el sufrimiento, es decir que hay una

regulación psíquica que impone el régimen pulsional. Si la interpretación tiene su eficacia, por ejemplo, en relación al recuerdo reprimido, la repetición requiere de otra intervención, las construcciones.

La sesión freudiana

La sesión freudiana se basa en los siguientes principios que deben ser tenidos en cuenta si se quiere preservar su originalidad: a- la dinámica de la transferencia, b- la interpretación/construcción dirigida al síntoma y a la fantasmática inconciente, c. la ética del analista y d- la culminación del análisis.

Esos cuatro principios que mencionamos funcionan como posibilitadores de la práctica analítica solamente a partir de su articulación con los conceptos mayores de la teoría: inconciente, sexualidad, represión, pulsión.

El analista freudiano es el responsable de la implementación de los mismos, y por supuesto de mantenerlos con vida en la sesión. El resultado esperable es la posibilidad cierta de arribar a la terminación del análisis, no solo alivio y resolución de lo sintomático sino algo más debe cambiar o modificarse de la subjetividad del analizante. Ese algo más era para Freud la resolución de la neurosis infantil, que comprende las primeras identificaciones, las fijaciones libidinales y una particular elección de objeto. Freud requería algo más a los analistas: en la sesión debía ocuparse de la aplicación de lo que llamo la regla fundamental, la asociación libre del paciente y su complemento la atención flotante.

Quiero detenerme otra vez en algo que me parece esencial, Freud exigía que los analistas cumplieran con un principio de abstinencia, que claramente apunta a algo diferente de los asuntos morales que toman como objeto a lo bueno o malo, me refiero a que la abstinencia es necesaria por la íntima implicación subjetiva que es propia de la cura analítica. Los analistas debían estar advertidos del riesgo que

implicaba para la sesión que el analista se enamorara de sus propios ideales, tanto personales como terapéuticos, y quisiera llevar por allí al paciente, al punto de calificar a esta postura no solo como una resistencia del analista, sino una negación del propio Psicoanálisis.

Desde un principio Freud debió llevar a cabo una doble tarea: enseñar que es lo propio del Psicoanálisis y poner límites a los intentos de asimilar el análisis a otras terapéuticas. Intentos, vale la pena decirlo, que provenían en la mayoría de los casos de sus propio allegados.

En cierta manera si Freud hace eje en el analista es porque hay que responder a un interrogante: en definitiva ¿qué es el analista freudiano?, un nuevo pedagogo, un desprejuiciado médico, un maestro de eros?

En relación a este interrogante, entiendo que Freud se refirió, cuando propuso la figura de “neutralidad” o de “espejo”, a que el analista debía desprenderse en la sesión analítica de aquello que lo hace una persona: sus prejuicios, sus valores, su moral, de sus ideales, de sus simpatías y aversiones, todo lo atinente a lo que se conoció en la historia posfreudiana como “la ecuación personal”.

Por eso podemos decir, sin temor a equivocarnos, que Freud siempre desestimo que el analista sea un maestro de vida o un proveedor de planes de vida para su paciente, más aun siempre advirtió sobre el “furor curandis”, es decir que el analista se empeñe en apresurarse a resolver una cura, a querer curar a toda costa.

A mi entender la indicación de Freud, que impuso como condicion o regla fundamental, que no había analista sin el análisis de cada uno, apuntaba a todas estas identificaciones de las cuales debía curarse.

Siempre teniendo presente los “consejos” de Freud, un Psicoanálisis tiene un comienzo cierto cuando el encuentro da lugar a la transferencia analítica y a la interpretación del síntoma, pero también un análisis tiene que concluir, tiene que tener un fin, solamente que no se sabe de antemano en que hoja del almanaque se arribara a ese final. Freud siempre cuestiono los intentos de fijarle metas temporales a los tratamientos, nunca se dejó convencer por Ferenczi, cuando este en

un momento proponía fijarle un tiempo al análisis, y cuestiono severamente la postura cortoplacista de O. Rank, e inclusive autocalifico de “violento recurso técnico” al hecho de fijarle un plazo al análisis del Hombre de los lobos.

Freud sostenía que la prisa, la rapidez era una exigencia del modo de vida propio de la sociedad consumista, y que los analistas debían de tener sumo cuidado de no empalmar al psicoanálisis con ese requisito, para no hacer del psicoanálisis un instrumento terapéutico destinado a la domesticación o a la adaptación.

Finales freudianos

Ahora les propongo avanzar en el tema con lo siguiente, a medida que el psicoanálisis ganaba en coherencia conceptual y su práctica se afianzaba por sus logros “terapéuticos” fue tomando cada vez más relieve en la comunidad psicoanalítica “la cuestión de la terminación del análisis”, dando lugar a algunos debates sobresalientes, con preguntas que apuntaban al corazón de la cura analítica: en el final analítico del “caso” que hay de distinto o de nuevo?, cuál es el aporte de la cura analítica, existe ese “plus” diferente a lo que ofrece la Psicología, la religión, la psiquiatría?.

El tema fue abordado por Freud en distintas épocas de su trabajo, en diferentes textos y con argumentos diferentes, que dejan en claro que lo que hoy se conoce con el sintagma fin de análisis fue una pieza de la práctica analítica siempre considerada por Freud, que la cuestión de la resolución de un análisis tiene más páginas escritas que lo que se supone. Por eso podemos decir que en Freud toda explicación sobre la estructura de la cura siempre fue tomando en cuenta el final de la misma.

Recordemos algunas de las ideas que Freud enunció:

“se libere y consume su propio ser”. En “Nuevos caminos de la terapia analítica” (5), Freud insiste en remarcar lo que el analista no

debe hacer del analizante: “nos negamos a hacer del paciente un patrimonio personal, a plasmar por el su destino, a imponerle nuestros ideales a complacernos por haberlo formado a nuestra imagen y semejanza...”; si dice no es un patrimonio personal quiere decir que no es una propiedad de ningún Amo, si dice su destino quiere decir que no hay que guiarlo hacia ningún buen lugar, si dice no imponerle nuestros ideales quiere decir que no debe ser modelado, si dice a nuestra imagen y semejanza quiere decir hay una alteridad en juego. Y como si hiciera falta aclarar aún más la cuestión cuando agrega: “no se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser”. No hay un “nosotros” ni al inicio del análisis ni al final del mismo, lo que si tenemos es disimetría o desemejanza en la sesión analítica, lo que implica que el analizante debe quedar afuera de toda dialéctica de reconocimiento. Por el contrario Freud afirma que el psicoanálisis tiene que procurar que el analizante se “... libere y consume su propio ser”, liberarse de la repetición pulsional que se sostiene en su “clise”, de las identificaciones primeras y también muy especialmente de todo aquello que lo puede identificar al analista, para asumir hasta las últimas consecuencias aquello que le es más propio: la singularidad de su deseo, (sabemos que para Freud el núcleo del ser, traducción del Kern unseres Wesens, es el modo en el que ubica al deseo inconsciente en La interpretación de los sueños).

Freud dice que hay varios “no” para el analista: esto no debe hacerse, y hay un sí: debe intentar que el analizante encuentre en el análisis aquello tan propio que lo hace distinto de cualquier otro, lo diferente o lo singular de cada caso debe emerger en el análisis, solo si el analista renuncia a posicionarse como maestro de la vida.

“establecer la capacidad de gozar y de producir” (Lieben und arbeiten) Se encuentran varias referencias en la obra freudiana sobre la “capacidad de rendimiento (arbeiten) también traducido como “trabajar, y la “capacidad de goce” (lieben), también traducido como “amar”. En el texto de 1904 “El método psicoanalítico de Freud”(6),

aparece una de estas definiciones, “...no puede postularse para el tratamiento ninguna otra meta que una curación práctica del enfermo el restablecimiento de su capacidad de rendimiento y de goce” Tomo VII, pág. 241)

Para Freud la cura analítica posibilita que se “restablezca” (este es el termino clave) la capacidad amorosa y de rendimiento, sin especificar a quién se debe amar ni cómo, ningún modelo o meta para el amor, tampoco especifica como sería esa recuperación del rendimiento. Lo que en cambio queda afirmado es lo siguiente: si se trata de restablecer es porque hay un obstáculo que ha interferido o bloqueado el movimiento libidinal, ha habido un atascamiento libidinal, o un ensimismamiento de la libido. Como sabemos el esquema teórico de Freud siempre estableció que la neurosis limitaba (inhibición) o distorsionaba (síntoma) la relación amorosa como así también las actividades productivas de un sujeto, para Freud el amor narcisista, el goce auto erótico y las fijaciones preedípicas, fueron siempre aquello que reducía la vida de un neurótico a la trama identificatoria libidinal infantil, lo que Freud llama el «clisé». Justamente la meta de un análisis es abordar ese “clisé”, desanudarlo y rectificarlo, para posibilitar una recuperación libidinal.

En la Conferencia XXVIII de 1917(7), Freud amplía su idea de las dificultades propias de “lo libidinal” con las que se encuentra el neurótico en análisis: “Completemos ahora nuestra exposición del mecanismo de la curación presentándolo con las fórmulas de la teoría de la libido. El neurótico es incapaz de gozar y de producir [rendir]; de lo primero, porque su libido no está dirigida a ningún objeto real, y de lo segundo, porque tiene que gastar una gran porción de su energía restante en mantener a la libido en el estado de represión [desalajo] y defenderse de su asedio” (pág. 413).

Entonces se puede entender que “restablecer” es que el análisis de lugar a un amor al otro más allá de la autosatisfacción narcisística y la repetición edípica, o por lo menos un poco más allá. Dicho de otra manera que el amor al otro no se agote en la repetición y que por

lo tanto su libido pueda “dirigirse a un objeto real”, a un objeto que tenga algo, si algo, de nuevo y distinto.

Como sabemos todas las dificultades, las idas y vueltas, los encuentros y desencuentros entre los sexos son el menú diario de cualquier sujeto, Freud los abordó muy especialmente en ese tratado de la vida erótica que se conoce como «Contribuciones a la psicología del amor», (Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (1910); Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa (1912), Sobre el tabú de la virginidad (1917) (Amorrortu T XI), en los cuales Freud muestra de manera exhaustiva las “condiciones de amor” que determinan la vida amorosa de cada uno, tanto en el plano de las identificaciones (a quien elijo) como en lo referido a las satisfacciones pulsionales (con que gozo), entonces restablecer implica despegar el amor y el deseo de lo primario, desarmar la demanda que nos llevó a ser algo para alguien, a fin de que sean posibles nuevos vínculos que hagan diferencia con lo repetitivo. En otras palabras, el sujeto debe vaciarse de aquello que lo colma saliendo de la repetición y asumirse en tanto carente al encuentro contingente con otro.

“La operación genuina: la rectificación...” En “Análisis terminable e interminable” (1938) Freud presenta de forma clara y directa la que denomina “la operación genuina” del psicoanálisis, esta es la que da lugar, nos explica, a un nuevo estado psíquico que sería la diferencia entre el analizado y el no analizado, un plus de subjetividad que no existía antes. El trabajo analítico es resolver las represiones infantiles, y entonces “la rectificación, con posterioridad, del proceso represivo originario, la cual pone término al hiperpoder del factor cuantitativo, sería entonces la operación genuina de la terapia analítica” (230). El resultado de la operación interpretación/transferencia debe dar lugar no solo a un cambio en el régimen del síntoma, sino a algo más: la modificación de las fijaciones libidinales originarias (lo real). Rectificar el proceso represivo da lugar a una reducción del poder pulsional, lo cual liberaría al sujeto de las constricciones de la represión infantil, generando un espacio nuevo en su vida para investir otros objetos.

“la roca viva de la castración: reexaminar y variar...” En los renglones finales del mismo texto se encuentra posiblemente la definición más controvertida y polémica sobre este punto que estamos tratando. En el final del texto, luego de haber vuelto a considerar las dificultades que se presentan en la cura analítica, resaltando la complejidad de los obstáculos (fijaciones, trauma, alteración del yo) probablemente como una manera de plantear que sabiendo que obstáculos se pueden presentar en un análisis se va a poder hablar de posibilidades terapéuticas, en el último renglón se encuentra la conocida y contundente frase “la roca viva de la castración”, y un agregado que parece puesto allí como al pasar, “difícil es decir si en una cura analítica hemos logrado dominar ese factor, y cuanto lo hemos logrado. Nos consolamos con la seguridad de haber ofrecido al analizado toda la incitación posible para reexaminar y variar su actitud frente a él.” (254).

No dice cuál es la salida de la castración porque para Freud no hay una posición subjetiva que este más allá de la castración, recordemos que la castración significa renunciar a una satisfacción (goce) extra que para Freud remite a lo incestuoso, y aceptar la diferencia de los sexos que para Freud tiene que ver con la problemática fálica. Creo que en este punto se planta Freud para decir que hay algo que se puede hacer analíticamente, su idea se condensa en la pequeña frase “toda la incitación posible”, para que el sujeto no quede totalmente agobiado por los dos efectos de la castración: la angustia y la envidia.

Creo que esa pequeña frase ha sido ignorada en la historia del psicoanálisis, a mi entender la misma es una indicación que da lugar a pensar que lo último no es la inmovilidad, no permanecer en una posición estática, allí no hay un final que sea una quietud, sino que hay una idea de movimiento, porque variar y reexaminar así lo dan a entender, también hay que decir que Freud no explico los alcances o las posibilidades de esa posición.

Por otra parte entiendo que cuando Freud escribe reexaminar y variar, quiere decir que hay una experiencia hecha, hay un recorrido analítico por lo cual se puede decir: a- hay un buen camino analítico

que va del análisis del síntoma y sus satisfacciones sustitutas al análisis (reexaminar y variar) de la castración, b- aceptar la castración significa que no hay un objeto que colme al sujeto, ni hay sujeto que colme al otro sexo, c- por lo tanto la castración debe dar lugar a algo más allá del circuito autoerótico y de la demanda narcisista, nos referimos a lo que Freud le dio el estatuto esencial en la vida de los seres humanos: el deseo.

Como es notorio la expresión roca viva encierra una contradicción en sí misma, porque lo inerte de la roca es lo opuesto de la vida, sin embargo la frase muestra quizás una especificidad del psicoanálisis que no encaja en las lógicas habituales.

Quizás la roca está allí, siempre viva, para perturbar los anhelos de una satisfacción absoluta, o la creencia en que el amor aporta aquello que siempre falta.

Freud propone que el psicoanálisis no se agote en lo terapéutico, esto no significa desconsiderar el sufrimiento sintomático, pero su trabajo clínico le fue enseñando que la razón del sufrimiento sintomático es el resultado de las andanzas de todo niño por el complejo de Edipo, de las huellas que quedan del mismo, y de la “novela familiar” que lo constituye, a partir de lo cual Freud tuvo otra manera de entender la cura, ya no se tratará solamente del alivio de los padecimientos que traen los síntomas sino que existe la posibilidad cierta de una modificación del sujeto que da lugar a un cambio de posición (“una nueva alteración del yo”) que siempre conlleva una necesaria renuncia. ¿A qué? por ejemplo, a la satisfacción (al goce) sintomático.

Y esto último depende del paciente (el análisis comienza y avanza según el deseo de cada analizante), pero también de una decisión del analista freudiano como parte de la dirección de la cura.

Si bien esa trama inconciente puede palpase a través de los síntomas, para Freud era necesario esa dimensión más allá de lo terapéutico, dimensión, vale la pena volver a decir, propia del análisis freudiano, que da lugar a que podamos hablar de un final analítico.

Porque, siempre hay que tener presente que no hay nada que nos aporte la psicología o la medicina para decir qué es lo que hay que hacer con aquello que está más allá del síntoma, porque ese mas allá es el descubrimiento del psicoanálisis, de esta manera un final de análisis, entonces, es un invento del psicoanálisis y no una copia de algo ya existente en otra práctica o discurso.

Así como decimos que el análisis freudiano tiene un fin, debemos reiterar que no hay ninguna figura típica de ese final, no hay un modelo prototípico, ni extraordinario ni estándar del sujeto pos analítico, por lo tanto se descartan que se pueda evaluar la cura por saber más de uno mismo o tener nuevos planes o mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. Lacan J. Intervención sobre la transferencia. S. XXI.1971.
2. Freud S. Tratamiento psíquico (tratamiento del alma).Amorrortu.1988.
3. Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. (1916/17) Amorrortu.
4. Freud S. Nuevos caminos de la terapia analítica. Amorrortu.1995.
5. Freud S. El método psicoanalítico de Freud. Amorrortu. 1994.
6. Freud S. Conferencia XXVIII de 1917. Amorrortu.

Dos dimensiones: interpretar y construir

Interpretar y construir

Freud diferencia momentos en el análisis en función de ciertos fenómenos clínicos y su modo de ser abordados, muy esquemáticamente serían estos: uno de ellos fue caracterizado por “el retorno de lo reprimido”, los elementos que lo distinguen son los síntomas, los sueños, los lapsus, en esos casos la operación indicada por Freud es la interpretación en transferencia. La interpretación como desciframiento, como traducción, es tal siempre y cuando este engarzada con las asociaciones del sujeto. En este punto está plenamente justificada la conocida fórmula mediante la cual Freud decía que la meta del psicoanálisis era “hacer conciente lo inconciente”. Porque la buena interpretación revela significaciones y sentidos (inconcientes) ignorados por el yo del sujeto. Hay otro momento que está marcado por un fenómeno clínico singular es tan singular que pareciera que conviviera estrechamente con el sujeto (a diferencia del síntoma que convive también con el sujeto pero con molestia, pero con tensión y no sin angustia...) que se manifiesta como la forma de ser del mismo, es tangible en la densidad de la presencia del paciente pero no habla como si lo hace el inconciente del sujeto a través de sus síntomas. Me estoy refiriendo a la presencia del paciente, sus gestos, su postura cor-

poral, sus maneras de comportarse en la sesión, aquello que Freud incluyó en la “repetición”, que en cierta manera sustituye o reemplaza al Inconciente hablador. Que en algunos momentos la presencia del sujeto es más palpable, se hace notar o sentir cuando el inconciente descifrable se cierra, se obtura.

En este caso no hay retorno de lo reprimido mediante el cual el inconciente entra como un destello en la sesión analítica y convoca recuerdos o representaciones (a otros significantes), sino para decirlo de manera gráfica el inconciente no habla sino que se deja ver en “un comportamiento”, en cómo actúa el sujeto en la sesión. Como sabemos esto llevo a Freud a diferenciar, y en cierta manera contraponer, el recuerdo a la repetición. Algo más, el agieren de Freud debe entenderse tomando como guía la frase “repite sin saber que repite”, la frase tiene su complejidad, ¿por qué digo esto? porque cuando Freud utiliza la expresión “sin saber” es cuando quiere poner de manifiesto la escisión del sujeto o si Uds. quieren dicho en términos freudianos: el “sin saber” quiere mostrar el saber del inconciente vigente por fuera del yo-conciente. Entonces el “sin saber” (posición resistencial) puede ser disuelto por la interpretación y dar paso a que el “recuerdo” sea recordado, valga la redundancia, y dicho en la sesión. Ahora en este caso el “sin saber” no tapona un recuerdo sino una vivencia que no ha terminado de constituirse como recuerdo, porque no ha logrado una inscripción en el aparato psíquico, o no cuenta con una representación, no tiene un significante que la represente, y si no tiene un significante que la represente subsiste como una vivencia de la cual el sujeto no ha podido desprenderse y ahí se ha afincado como satisfacción pulsional.

No puedo dejar de mencionar la genial frase de Freud: “la transferencia es una pieza de repetición, y la repetición la transferencia del pasado olvidado” (1). ¿Por qué traigo esta frase? porque la transferencia tiene cuerpo y palabras, tiene algo de semblante y tiene algo de real, todo esto dicho en el sentido freudiano, porque en la transferencia el sujeto se posiciona en su relación con el analista a partir de

sus experiencias primarias (de satisfacción o de insatisfacción) con su Otro del deseo con su Otro de la demanda. Y esa posición es silenciosa.

En estos casos la operación indicada es la construcción en transferencia. La construcción que busca ganarle terreno a la represión primaria intentando despegar al sujeto, siempre según Freud, de la neurosis infantil.

Queda por ver si estos momentos predominan más en algunas estructuras clínicas que en otras, o si son secuencias temporales que se encadenan, por ejemplo el comienzo de un análisis es el tiempo del par retorno de lo reprimido/ interpretación, y que para concluir un análisis (Freud habla de conclusión) es necesario pasar por el tiempo de la “repetición”/construcción?

¿Cómo se fue plasmando en la obra freudiana alguno de estos planteos? se me ocurrió tomar algunas citas, que son buenas referencias para seguir el itinerario freudiano.

Recordemos una frase histórica: “para este proceder (Anna O) había inventado un buen y serio nombre, talking cure...” (2) Lo voy a decir a mi manera: si el sujeto (neurótico) no habla el analista no tiene nada que decir, no hay sobre que interpretar, y si hay una buena interpretación el sujeto sigue hablando porque posibilita enlaces asociativos...

En el texto Sobre psicoterapia de la histeria (1895), dice lo siguiente: “...mientras investigamos sobre la etiología de la histeria obtuvimos un método terapéutico...” Ya se ha dicho muchas veces, todo comenzó de la mano de sus pacientes.

Recuerda, que en la “Comunicación preliminar” planteaba que: “...se conseguía despertar el recuerdo, se convocaba el afecto concomitante, el enfermo describía ese proceso de la manera ms detallada posible y expresaba en palabras...” y agrega: “... procuremos entender el modo en que el método producía sus efectos... cancelaba la eficacia del recuerdo, le daba curso al afecto a través del decir, y lleva a la rectificación asociativa al introducirlo en la conciencia...”.

Refiere que deja la hipnosis por lo que denomina método de concentración, que procedía así: “... Preguntaba a mis pacientes si recor-

daban la ocasión primera de sus síntomas, unos decían no saberla, otras aportaban un recuerdo oscuro ... insistía, les aseguraba a los enfermos que no obstante lo sabían, que ya se acordarían ... yo me volvía mas insistente aún, ordenaba a los enfermos acostarse y cerrar los ojos deliberadamente para “concentrarse” ... de ese modo hice la experiencia de que sin mediar hipnosis alguna afloraban nuevos y más remotos recuerdos, ... como ese esforzar costaba empeños y me sugería la interpretación de tener que superar yo una resistencia, transpuse sin más ese estado de cosas a la teoría, mediante mi trabajo síquico yo tenía que superar en el paciente una fuerza que contrariaba el devenir-conciente (recordar) de las representaciones patógenas”.

Así Freud lograba, dejando de lado la hipnosis, que afloraran recuerdos más profundos o significativos, al mismo tiempo empezaba a visualizar el papel fundamental de las resistencias en la cura y de las defensas del yo en la adquisición del síntoma. En la conocida frase, “... el no saber de la histéricas, era un no querer saber...” destaco Freud no un defecto del sujeto sino una dinámica propia del psiquismo, dinámica contradictoria en el cual el “no querer saber” muestra cuán implicado está el sujeto en la resistencia, cuan comprometido esta en sostener(se) en su síntoma.

Que esperar en una cura: “ ...No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí curarla, pero ya se convencerá usted de que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histérica en un infortunio corriente. Contra este último podrá usted defenderse mejor con una vida anímica restablecida.” (3).

De “la interpretación de los sueños”, (Cap. II: el método de interpretación de los sueños. 1900), tengamos presente esta secuencia de definiciones: “traducción de eso inconciente que hay en la vida anímica, en algo conciente “. Propuesta la interpretación como traducción Freud da un paso sorprendente al decir: “que el Psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos a quienes estudia, si ello cabe, la solución de sus enigmas”. El análisis no consiste en que el analista le comunique a su paciente la solución de sus síntomas,

el analista no le da al paciente el saber que este no sabe, porque la solución al enigma de sus síntomas esta, si cabe la palabra, en su Inconciente, y el Inconciente revela su saber mediante indicios que se encuentran en dichos, palabras, frases sueltas, y en las formaciones del Inconciente. El Inconciente del paciente trabaja incansablemente, trabaja sin tiempos prefijados. El analista procura despejarle el camino para que el paciente se pueda encontrar con lo que su Inconciente produce. En otras palabras, una de las operaciones que debe efectuar el analista en la “dirección de la cura” es que el paciente se ligue a su Inconciente, que crea en su Inconciente. Por eso el análisis requiere que el sujeto cambie de posición, que de paciente pase a analizante. Y esto no es un mero juego de palabras. Porque padecer significa ser el afectado por el Otro, y pasar a analizante requiere empezar a abrir una pregunta sobre su apegamiento a lo que el Otro hizo de él. Es en este sentido que tomo la frase de Freud, el analizante está ahí, no para escuchar soluciones, sino para encontrar las suyas, que están más a mano de lo que él (su yo) cree.

Y finalmente ubica a la interpretación como el vehículo necesario para pasar del sin sentido manifiesto de las formaciones del inconciente al sentido inconciente: “Interpretar un sueño significa indicar su sentido, sustituirlo por algo que se inserte como eslabón de pleno derecho, con igual título que los demás, en el encadenamiento de nuestras representaciones anímicas.”

Diferencia a la interpretación recurriendo a una famosa frase, casi como una formula, de Leonardo da Vinci, “vía de porre, vía de levarre”. Vía de porre: intervención sugestiva que agrega algo para impedir la exteriorización de la idea patógena, y en última instancia procurar su eliminación. Vía de levarre: terapia analítica, no quiere introducir nada nuevo, sino restar, retirar, despojar para que quede lo que se busca, la génesis patológica del síntoma, al descubierto.

En el mismo texto nos pone en conocimiento de lo que yo les anticipaba como “dos momentos del análisis o dos fenómenos clínicos” que son el recuerdo y la repetición (“...traducción de eso inconciente

que hay en la vida anímica, en algo conciente. suprimir la compulsión que afecta la vida anímica”), que como les había anticipado ,a mi entender son dos momentos del análisis que requieren operaciones distintas, una para el recuerdo que es afín a la traducción, y otra en relación a la repetición que para que esta cese, sea eliminada dice Freud, requiere de otra intervención como la construcción (les recuerdo que la compulsión de repetición tiene relación directa con la represión primaria, es decir que no cuenta con una representación que haya inscripto esa vivencia, y que por tal motivo necesita de una representación que le aporta la construcción del analista.

La interpretación como traducción tiene límites, uno de sus límites es la compulsión (de repetición) ¿por qué ese límite? porque lo que se repite no aparece en el registro del habla, como si es el caso del retorno de lo reprimido.

En las llamadas, Conferencias de introducción al psicoanálisis. 1916/17, en la VI conferencia: Premisas y técnicas de interpretación, allí da un paso más diferenciando y aportando precisiones, dice que el sueño muestra dos perspectivas estructurales: una, la de la significación (por las variadas redes asociativas), la otra, el del sentido, referida al cumplimiento del deseo. El deseo del neurótico, ha quedado reprimido o enredado en lo que el otro le demandaba.

Parte de la premisa de considerar al sueño como un fenómeno propio de lo psíquico, por lo tanto es: “una operación y manifestación del soñante... pero de tal índole que no es comprensible”. Siendo así, entonces dice: “porque no inquirir al soñante por el significado de su sueño”. Recuerda que ya se había encontrado con esta misma situación, en la mecánica de ciertas operaciones fallidas (Psicopatología de la vida cotidiana. 1905).

Entonces agrega que fue a partir de entonces, “que el Psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos a quienes estudia, si ello cabe, la solución de sus enigmas, por tanto el propio soñante debe decirnos lo que su sueño significa”.

De esta manera se comprueba que:”.. el soñante nada sabe y nosotros nada sabemos...”. Pero Freud va a presentar la cuestión, que así parece sin solución, a través de otra premisa: “...a pesar de todo quizás sepa, solo que no sabe lo que sabe y por eso cree que no lo sabe....”.

La premisa se formula así: “en el hombre hay cosas anímicas que él no sabe sin saber que lo sabe”.

Vuelve a la idea del sujeto en análisis en donde es confrontado consigo mismo con su posición de “sin saber”, de ajeo a su propio síntoma, para señalar la escisión psíquica, la censura, la represión, la resistencia.

Pero en definitiva vuelve a afirmar una de sus tesis más trascendentes: el soñante tiene un saber sobre su sueño, “y se trata únicamente de posibilitarle que descubra su saber y nos lo comunique”. Ahora bien, ese saber no sabido que tiene el soñante (el sujeto) solo sirve para producir síntomas, salvo si en la cura analítica recibe la interpretación que facilite que ese saber inconciente le esclarezca al sujeto cuan implicado esta en mantener ese desconocimiento...

La cura analítica no tiene futuro, si en primer lugar, el sujeto no asume cuan implicado esta en seguir dándole vida al síntoma.

En la conferencia “La terapia analítica”, rescato el punto referido al lugar de la sugestión en la cura analítica, ya que si bien no trabaja con la misma, admite su influencia, por lo cual el terapeuta está obligado a ocuparse de la naturaleza y el origen “...de su autoridad sugestiva...”. Freud nos dice que la gran diferencia de la cura analítica consiste en:”... haber reconducido la sugestión a la transferencia...” En cualquier tratamiento sugestivo, la transferencia es respetada, se la deja intacta, en el analítico: ”.. ella misma es objeto del tratamiento y es descompuesta en cada una de sus formas de manifestación ... Para la finalización de una cura analítica la transferencia tiene que ser desmontada”.

Señala que el trabajo terapéutico se descompone en dos fases: “toda la libido es esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia, y en la segunda se libra batalla en torno de este nuevo objeto, y otra vez se libera de el a la libido”. Esto se logra mediante el “trabajo de

interpretación, que transpone lo inconciente en conciente, el yo es engrosado a expensas de eso inconciente...”

En Construcciones en el análisis (1937) dice Freud: “Todos sabemos que el analizado debe ser movido a recordar algo vivenciado y reprimido por el...” ¿En qué consiste la tarea del analista? “... Tiene que colegir lo olvidado desde los indicios que esto ha dejado tras de sí; mejor dicho: tiene que construirlo...” y seguidamente agrega: “... al analizado se le presente una pieza de su prehistoria olvidada...” y por lo tanto: “... la ficción creada por el analista suplanta los recuerdos perdidos para siempre”

Detengámonos en estos párrafos para poder apreciar de que se trata la intervención llamada “construcción” y poder de esa manera mostrar sus diferencias con la “interpretación”. Recordemos que la interpretación se correspondía, en términos generales, con las formaciones del inconciente o con el retorno de lo reprimido, de esa manera quedaron incluido los síntomas, el sueño y finalmente la gama de los equívocos o fallidos, como Uds. ven los tres fenómenos se presentan en el habla, o cuando el sujeto le habla a otro: cuenta su síntoma, relata un sueño, el otro le muestra sus frases fallidas, el destinatario del chiste. Estos hechos convocan a ser interpretados, si Uds. quieren podemos decir que invitan al analista a decir algo, desde la presentación más simple: ¿por qué me pasa esto?, no sé qué (me) dice este sueño, no quise decir lo que dije, son pequeños discursos dirigidos al otro. Por eso les decía al comienzo de la clase que podemos ubicar estos fenómenos clínicos como manifestaciones directas del inconciente que habla. Es cierto que habla mediante alguna distorsión, mediante algún disfraz, pero el inconciente o estos “retoños” (al decir de Freud) son los que propician que comience la jugada interpretativa. Por eso decía que convocan o proponen a que el analista diga algo, que para el caso es que proponga o ponga en juego su interpretación. Si Uds. quieren lo puedo decir con más énfasis: las formaciones del inconciente fuerzan, obligan a la interpretación. En el párrafo de Freud que esta transcripto anteriormente la cuestión esta invertida,

al punto que el analizado debe ser movido a recordar, es decir en la interpretación es el analista el que debe ser movido a interpretar a partir de las formaciones del inconciente, las mismas no encuentran demasiadas resistencias en el sujeto (para llegar allí ya han negociado con varias resistencias). La construcción no responde a la manifestación directa del inconciente sino que es una suposición, una hipótesis que el analista fabrica y se la propone al sujeto esperando que esta propicie reconstruir (¿o construir?) un hecho vivenciado pero que no ha dejado una representación inconciente. La construcción es una hipótesis que intenta construir un fragmento de la historia que no ha dejado una marca clara. Y tengamos presente que la construcción es una hipótesis a corroborar mediante las asociaciones que suscita.

La construcción se basa en lo que podemos llamarlos restos (indicios) del trabajo analítico (frases o palabras) que quedaron flotando sin una significación precisa, sin que hubieran conducido a algún sentido. Entonces con esos restos se puede empezar a construir, a elaborar una premisa que, quizás, pueda reconstruir lo olvidado, lo fuertemente olvidado.

Tengamos presente que la construcción no aporta una explicación totalizante, no completa nada porque no es la meta (dice Freud), sino que pretende dar cuenta de una parte, de un segmento de lo olvidado, “toda construcción es incompleta, apresa solo un pequeño fragmento del acaecer olvidado...”. Y como decíamos la validez de la construcción se verifica por lo que Freud nombra como “confirmación indirecta”, es decir que a posteriori se podrá comprobar, se podrá verificar cuan acertada fue la construcción, “a cada construcción la consideramos apenas una conjetura, que aguarda ser examinada, confirmada o desestimada”.

En el trabajo está siempre presente la pregunta: ¿qué garantiza que una construcción sea acertada? Freud insiste con la idea que la construcción no es válida en sí misma, sino solo a partir de las asociaciones que provoca en el paciente, por eso no le concede importancia a la aceptación conciente del paciente, a el “sí” o a el “no”, sino a lo que

decíamos anteriormente, las “corroboraciones indirectas”, aquello que el paciente produce, como recuerdos nuevos que complementan y amplían la construcción.

Quiero también destacar lo siguiente, la experiencia analítica muestra mediante la construcción la complejidad de la verdad en el análisis, ¿por qué la verdad es la de la “novela familiar del neurótico”? ¿Es la verdad tal como se la vivió que quedó sepultada por la represión?, o ¿es la verdad que se construye o que se reconstruye en el trabajo analítico?

A partir de lo que di en llamar “momentos de un sujeto en un análisis”, que diferencie por el predominio de algunos fenómenos clínicos y de ciertas operaciones del analista, cuando el inconciente habla hay interpretación y cuando el inconciente repite hay construcción, voy a poner en relación estas cuestiones con la dimensión curativa del psicoanálisis, porque a mi entender en el pensamiento freudiano es mediante esas dos operaciones que un análisis va a progresar. ¿Qué quiere decir progresar? progresar quiere decir que el psicoanálisis vaya de lo terapéutico a lo propiamente analítico.

Quiero volver a remarcar que lo terapéutico y lo analítico recorren la obra freudiana desde sus inicios hasta su final en términos de efectos (consecuencias directas) y resultados (cambios duraderos), en esta ocasión la referencia es a uno de los primeros textos de Freud, Etiología de la histeria (1896). allí encontré estos párrafos “tras la primera escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo”, y agrega “que se intercalen muchas escenas... hasta que uno, desde el síntoma histérico, alcance por fin la escena de genuina eficacia traumática, la escena satisfactoria en los dos órdenes, el terapéutico y el analítico”

b) los tiempos que corren (¿a quién?)

Retomemos la clase, ahora con una nueva temática que le he puesto como título (un poco pretencioso) “del deseo inconciente a las demandas sociales: las psicoterapias psicoanalíticas y su derivado, las psicoterapias breves”

Hoy voy a hacer una breve presentación del texto de Freud de 1918 “Nuevos caminos de la terapia analítica”, en el cual Freud responde a ciertos problemas que surgen en la comunidad analítica como consecuencia de la aparición de nuevos síntomas, en especial aquellos que se podrían agrupar como “efectos traumáticos” debidos a las consecuencias subjetivas que había dejado la guerra, y por otra parte pone de manifiesto un síntoma de los analistas, cierta inercia o estancamiento en el ejercicio del psicoanálisis que se hacía visible en el uso de las “reglas técnicas”, que se habían convertido en un formalismo propio de un ritual.

¿Sería el momento de replantear la estructura de la sesión analítica, o inclusive la eficacia de la misma?

A partir de los planteos formulados por uno de sus discípulos más apreciados, S. Ferenczi, Freud responde:

a) Sobre la actividad del analista, la respuesta de Freud al cuestionamiento de Sandor Ferenczi, quien venía haciendo algunas proposiciones críticas dentro del campo freudiano mediante el término “actividad“, con el cual mostraba que era necesario volver a discutir la posición (neutra?) A la cual estaban fijados muchos psicoanalistas. En el texto Freud recuerda cuales son los fundamentos de la práctica analítica y señala que entiende por actividad, “pongamos rápidamente de acuerdo sobre lo que debe entenderse por actividad. Acotamos nuestra tarea terapéutica por medio de estos dos contenidos: hacer conciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias. Por cierto que en ellos somos bastantes activos. Pero, ¿debemos luego dejar al enfermo librado a sí mismo, que se arregle solo con las resistencias que le hemos mostrado? ¿No podemos prestarle ningún otro auxilio que el que experimenta por la impulsión de la transferencia? ¿No parecería lo indicado socorrerlo trasladándolo a la situa-

ción síquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto? Además, el logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en modificar esta última interviniendo de la manera apropiada? Opiño que esta clase de actividad en el médico que aplica tratamiento analítico es inobjetable y está enteramente justificada”. Este párrafo merecería un tratamiento minucioso de varios de sus puntos, solo destacaremos del mismo la marca del estilo freudiano, entendemos por esto lo siguiente: construye su respuesta a partir de las dificultades, no rehúye los cuestionamientos al psicoanálisis, y más aún, Freud no elude la responsabilidad, por otra parte indelegable, que tiene el analista en lo referido a lo que con Lacan se conoce como “la dirección de la cura” y lo que se desprende de ese postulado “no dirigir al paciente”. Lo cual da a entender que el “consultorio privado” no responde a ningún principio fundamental de la teoría, por lo cual la sesión puede funcionar en otros espacios sociales, que el propio Freud ya lo había propiciado (caso Katherina), y que algún tipo de implicación con los pacientes podría ser inevitable, ahora bien, dice con énfasis, siempre se debe cuidar la transferencia, la interpretación y la “abstinencia” del analista.

b) El acortamiento del tiempo de la cura, por una parte, explica, que esas demandas provienen del prejuicio médico, que da a entender que las neurosis serían enfermedades menores, casi pseudo enfermedades, no verdaderas. Recordemos que la histeria hasta Freud seguía siendo para una parte de la psiquiatría el paradigma de la enfermedad sin enfermedad, una entidad del engaño, de la simulación, por lo cual no requerirían de mucho tiempo de tratamiento. Por otra parte Freud en 1918 ya anticipaba los nuevos embates que podía sufrir el psicoanálisis proveniente de una situación social particular que hizo de la ideología de la eficiencia el valor supremo: rendimiento y rapidez son sus significantes. Algunos años más tarde volverá a ocuparse nuevamente del tema, en 1937 dirá, refiriéndose a la propuesta de O. Rank de acortar el psicoanálisis, “ ... y estaba destinada a acompañar

el tempo de la terapia analítica a la prisa de la vida norteamericana”. En el texto de 1918 Freud interpela a sus discípulos requiere que le presten suma atención a ese estilo de vida de los americanos, que impulsan una demanda utilitarista que buscaba que el psicoanálisis se “reconvirtiere” en una técnica terapéutica acorde a esos valores. Por lo que veremos un poco más adelante se puede decir que esa demanda tuvo éxito en la mayoría de la comunidad psicoanalítica de EEUU.

Freud intenta poner a resguardo al Psicoanálisis de las demandas sociales que pretenden o que necesitan que todos bailen la misma música, ya se trate de la adaptación a la realidad de las tradiciones propio de la Europa Central que quieren que todo se conserve tal como está, o la adaptación a la realidad que demandan del otro lado del océano buscando agilizar la maquinaria del consumo.

Recordemos que hay una aceleración de la oferta de objetos que requiere que la sociedad de masas sea cada vez más demandante. Lo que se va construyendo es una “subjetividad” acoplada a la velocidad del mercado”, lo cual va a requerir terapias rápidas, breves, que puedan “devolver” rápidamente a los “clientes” a los mercados.

No por casualidad la vertiente psicoterapéutica del Psicoanálisis, es decir hacer del mismo una técnica que se ocupe “rápidamente” de la adaptación de los sujetos, que dio lugar a una psicoterapia especializada en la adaptación como fueron las psicoterapias breves son terapéuticas que fueron inventadas por los psicoanalistas y psicólogos Norteamericanos.

Bibliografía

1. Freud S. Recordar, repetir, reelaborar. Amorrortu. 1991.
2. Freud S. Estudios sobre la histeria (casos clínicos). Amorrortu. 1993.
3. Freud S. Psicoterapia de la histeria. Amorrortu. 1995.

(Del yo autónomo a las psicoterapias breves)

Un psicoanálisis adaptable

Algunas propuestas tanto teóricas como prácticas de discípulos de Freud precipitaron en una orientación terapéutica divergente del psicoanálisis freudiano que genéricamente se conoce como psicoterapias psicoanalíticas, que a su vez fueron la matriz conceptual de las psicoterapias breves

S. Ferenczi

S. Ferenczi (1873-1933, psicoanalista húngaro, analizante y discípulo de Freud). Formó parte del grupo de psicoanalistas más cercanos a Freud, para muchos el más querido por este. Considerado por todos un psicoanalista de una extraordinaria agudeza clínica, que además ocupa un lugar singular porque fue el discípulo que cuestionó lo que para él era la dogmatización del psicoanálisis, sus publicaciones muestran su espíritu crítico, propuestas originales y algunas otras francamente problemáticas. Interpeló a Freud sin dejar de ser un freudiano.

A mi entender sus cuestionamientos están referidos a la posición del analista en la dirección de la cura, que se había cristalizado en la muy conocida “neutralidad analítica”, transformada por los seguidores de Freud en una mueca, en un rictus, imperturbable y silencioso, que supuestamente garantizaría la objetividad, la imparcialidad del analista. (Lacan dirá sarcásticamente, “rostro cerrado labios cosidos”).

Ferenczi dirá que no es intrínseco a la función del analista o de la técnica el estar en silencio, sino que es solo un momento que se sostiene para obtener determinado efecto, refiriéndose al mismo tema alertaba y pedía que se le prestara atención a algunos efectos perturbadores que devenían de hacer del silencio un rito, refiriéndose muy especialmente a la neurosis obsesiva en donde el silencio del analista era tomado por el Súper Yo del obsesivo como un castigo, silencio que rememoraría al padre enojado.

La flexibilización que proponía Ferenczi estaba dirigida cuestionar a la “técnica ortodoxa”, que se estaba convirtiendo en el punto de Arquímedes del psicoanálisis, la sesión analítica no era el inconciente y su interpretación, sino que era su encuadre. El llamado “encuadre” valía por sí mismo, horarios y tiempos fijos, diván, seriedad del analista, y el mantenimiento de este garantizaba la práctica analítica. Digámoslo así: si la sesión era como un cuadro, el marco era más importante que la pintura. Se había reducido la “técnica analítica” al encuadre (su mantenimiento, su rigurosidad) y el encuadre se había convertido en el corazón de la terapéutica. Este fenómeno de desplazamiento y sustitución (una cosa por otra) llevo a algunas cosas disparatadas, como por ejemplo que la neurosis de transferencia causada por la transferencia al analista (planteo de Freud) comenzó a ser interpretada a partir de poner al “encuadre” como causa de la neurosis de transferencia. Así se puede leer en numerosos historiales clínicos de la época, donde unos casos se explican a partir de si llegaban a la sesión antes o minutos después del horario fijado. La experiencia freudiana era exactamente al revés: la sesión era el inconciente y la técnica estaba a su servicio.

Ferenczi buscaba que la sesión facilitara que el paciente mediante algunas manifestaciones, hablando o actuando, diera paso a que sus fijaciones inconcientes logren un cambio de estado y puedan ser interpretadas.

Así la flexibilidad del analista es la que da lugar a la “actividad” del analizante.

Ferenczi fue uno de los primeros que diferenció el tratamiento de los síntomas del fin de análisis, como dos momentos que se podían diferenciar. El autor explica que el fin del análisis es el momento de la resolución del carácter, al que definía como la cristalización de lo defensivo, de las defensas más usadas para contrarrestar lo pulsional, esto daba como resultado cierta forma de ser (carácter) en el cual algunos síntomas se había fundido con el propio “yo”. Así el acceso a lo defensivo primario plasmado en el carácter, creía Ferenczi, sería posible por medio de la elasticidad en la técnica, dando lugar como por ejemplo al uso de la neocatarsis.

Ferenczi cree que recurrir a la catarsis es volver al inicio de la práctica freudiana, donde todo era más vivo, más vigoroso, auténtico y sorpresivo al mismo tiempo. Era la reacción crítica de Ferenczi frente al opacamiento de la sesión de sus colegas “ortodoxos”

El húngaro postuló otra indicación, más arriesgada aún, que llamó “mutualidad” entendiéndolo que hay momentos del análisis en los que el analista debe decirle a su propio paciente que le sucede, de alguna manera reubicar la relación en un plano de similitud y por fuera de toda transferencia, y darle cuenta a su paciente de lo que siente a causa de él. Creía que así el paciente podía encontrar ese reconocimiento, ese acompañamiento que necesitaba para no sentirse inferior que su analista. Ferenczi creía que de esta manera el analizado se sentiría reconfortado al ver que su analista padece como él y por él. Esta indicación fue una de las más problemáticas, porque introducía en la relación analítica un vínculo identificatorio, que se sabe cómo empieza pero no a que puede conducir.

Se debe tener presente que los aportes técnicos, los podríamos considerar así, siempre fueron pensados por Ferenczi en relación a: a- cuestionar la sesión como marco rígido que obstaculizaba al propio inconciente, b- corregir, si vale este término, lo que consideraba un desvío de los principios freudianos, c- hacer posible una clínica del fin del análisis, es decir que el tratamiento de lo “sintomático” este articulado con el análisis del “carácter”, d- no hay otro análisis para el analista que el análisis mismo (ni autoanálisis ni análisis didáctico).

Esto quiere decir que buscaba profundizar los alcances del Psicoanálisis mismo y no dar origen a otra terapéutica.

Tomemos algunas definiciones que S. Ferenczi volcó en algunos de sus trabajos orientados sobre este tema. En “El problema del fin de análisis, (1927)”, dice “Podría decirse que el neurótico no puede considerarse curado hasta que no renuncie al placer del fantaseo inconciente, es decir a la mentira inconciente ...”, este planteo se refiere a un tema clásico de esa época que es el siguiente, si el paciente cree en sus fantasmas inconcientes se engaña con respecto a la realidad en la cual vive, este mismo párrafo debe entenderse como una reafirmación de lo siguiente: “un caso de histeria será resuelto una vez que se haya logrado una rigurosa separación de lo real y de lo puramente fantástico..”. Busca dejar en claro que el análisis debe penetrar hasta el “carácter”, este es “un automatismo protector” dirigido a rechazar los impulsos primarios, y por lo tanto plantea lo siguiente “el análisis debe convertirse en una verdadera reeducación de lo humano”, a consecuencia de lo cual: “ningún análisis sintomático puede considerarse terminado si no ha sido, simultáneamente o después, un análisis del carácter”. En la siguiente frase vemos que el final del análisis requiere no solo del empeño del paciente sino que el analista debe aportar cierta sabiduría en relación al tiempo no lineal que requiere la elaboración de los conflictos (no apuro, no “furor curandis”, no urgencia) “el análisis no es un proceso sin final, sino que puede llegar a un término natural si el analista tiene la pericia y la paciencia debida”.

Cuál es su planteo en relación al “factor tiempo”, no se refiere al tiempo cronológico de duración del análisis sino a la “determinación interior de mantener (al análisis) todo el tiempo que fuera necesario.” Freud en 1937, en “Análisis terminable e interminable”, se refiere a las propuestas que Ferenczi presento en el texto que nos ocupa, reconociendo que las mismas son aportes que coinciden con sus ideas, lo cual lo lleva a avalar a su discípulo, por ejemplo así: “Opino que ese trabajo equivale más bien a una advertencia de no poner como meta del análisis su abreviación, sino su profundización”

Ferenczi fue el primer analista que planteo lo siguiente: “no veo ninguna diferencia de principio entre análisis terapéutico y análisis didáctico...”, esta idea quiere decir que un analista en formación es un neurótico en análisis, que por lo tanto un analista es el resultado de un análisis (agreguemos, no solamente), y no una condición previa a su análisis. Esta idea fue ampliamente desarrollada por J. Lacan, al punto que, si se quiere, su enseñanza enseña que todo análisis es didáctico, porque todo análisis es una experiencia del inconciente y que de esa experiencia podría surgir algo llamado el deseo del analista (que por otra parte requiere que alguien quiera asumir ese deseo).

Vale recordar que para la IPA, el llamado análisis didáctico era un análisis especial, mediante el cual el candidato era un paciente que recibía una instrucción o si se quiere era objeto de una experiencia educativa, y no el espacio íntimo en el cual cualquier sujeto, analista o no, vive la realidad de su inconciente, la morbosidad de su goce, la alienación de las demandas.

En continuidad con esta cuestión en uno de los trabajos más destacados en lo que se refiere a reconsiderar algunas cuestiones técnicas, “Elasticidad en la técnica analítica”, (1927-8), podemos destacar lo siguiente: relativiza la denominada “ecuación personal” como condición previa a partir de la cual se da la constitución de un analista, por lo contrario plantea lo necesario del análisis personal, que Ferenczi llama “segunda regla fundamental del psicoanálisis”.

En relación a lo dicho sitúa lo que llama “un residuo” algo no resuelto de la ecuación personal que llama “tacto”, que es “la facultad de sentir con”, y esto se traduce en saber cuándo y cómo se comunica, cuando callarse, cuando el silencio es una tortura inútil para el paciente. Definido el “tacto” como la facultad de “sentir con”, lo liga con la “bondad”, es decir no hacerle a otro lo que uno no quisiera recibir de los demás “no hay tacto sin bondad”. Lo dicho anteriormente es parte de lo que Ferenczi presenta como la “comprensión psicoanalítica”. Así lo escribió Ferenczi; “Estoy convencido de que se trata ante todo de una cuestión de tacto psicológico, de saber cuándo y cómo se comunica algo al analizado, cuándo puede estimarse que el material proporcionado es suficiente para sacar conclusiones, en qué forma 10 debe ser presentada la comunicación, cómo puede responderse a una reacción inesperada o desconcertante del paciente, cuándo debe uno callarse y esperar otras asociaciones, y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente. Como pueden ver, con la palabra «tacto» sólo consigo expresar la indeterminación en una fórmula simple y agradable. ¿Pero qué es el tacto? La respuesta a esta pregunta no es difícil. El tacto es la facultad de “sentir con”

El planteo es el siguiente: antes de realizar una comunicación al paciente el analista debe retirar su libido del paciente y evaluar, sopesar la situación, en ningún caso debe dejarse guiar por sus sentimientos (no a la contratransferencia).

Por lo que vemos no hay programa diseñado para aplicar, un análisis según Ferenczi no debe estar atado a ningún plan terapéutico, entonces: “conviene concebir al análisis como un proceso evolutivo, más bien que como el trabajo de un arquitecto que intenta realizar un plan preconcebido”

Refiriéndose al título de su trabajo, “Elasticidad en...”, dice: “acepto como mía la expresión elasticidad de la técnica analítica”, y la explica de esta manera: “hay que ceder a las tendencias del paciente, como si se tratara de un hilo extensible.” No obstante reconocer la regla clásica la asociación libre, cree que es necesario algo más, por

eso propone una posición más elástica del analista, que él cree que favorecería más el acceso a lo reprimido. Pero la iniciativa es del paciente y la decide el paciente. A mi entender esta “elasticidad” de la posición del analista no está tanto referida ni a la transferencia ni a la interpretación, sino al semblante que adopta el analista, es decir que reafirma la “abstinencia” de este pero propone entender a la “neutralidad” como un semblante que puede cambiarse por otro. En una carta (4 de enero de 1928) de Freud a Ferenczi encontramos la opinión de Freud sobre este trabajo: “El título es excelente y merece ser aplicado a más. Ya que las recomendaciones sobre técnica que di entonces eran esencialmente negativas. Consideré como lo más importante a enfatizar lo que uno no debe hacer, para demostrar las tentaciones [resistencias] que operan contra el análisis. Casi todo lo positivo que uno debe hacer lo dejé librado al ‘tacto’, que ha sido introducido por usted. Pero lo que conseguí con eso fue que los obedientes no se dieron cuenta de la elasticidad de estas disuasiones y se sujetaron a ellas como si se tratara de tabúes. Esto tenía que ser revisado algún día, sin, por supuesto, dejar de lado las obligaciones.”

Otro planteo de Ferenczi apunta a tener cuidado con el “fanatismo de la interpretación” que para el autor es una de las enfermedades de los analistas, asimismo reconoce, nuevamente en coincidencia con Freud, hay un cierto punto del análisis en que el paciente formula el mismo sus interpretaciones.

Critica que el analista sea un nuevo ideal, en reemplazo del ideal paterno, ocupar el lugar del padre infantil es consecuencia de la transferencia y esto tiene que ser resuelto.

En otro escrito “Principio de relajación y neocatarsis”, (1929), que es la transcripción de una ponencia que Ferenczi llamo “el progreso en la técnica”, que había presentado en el XI Congreso de Psicoanálisis en Oxford. En los primeros párrafos advierte que seguramente sonara como un contrasentido hablar de progreso cuando se propone rescatar dos técnicas pertenecientes a los inicios del psicoanálisis. Pero para él no se trataría de una contradicción sino que ponderar lo

antiguo puede “también favorecer la verdad”, es decir que la búsqueda de la verdad reprimida no tiene por qué quedar atada a un solo medio técnico. Repasa la historia de la técnica freudiana: el tratamiento catártico, la teoría del traumatismo, el paso de lo hipnosugestivo a la asociación libre, la relación analista analizado no entendida a partir de los fenómenos hipnosugestivos sino como la experiencia de la transferencia y de la resistencia. Recuerda su propia propuesta, la técnica activa, que buscaba la repetición de sucesos traumáticos a fin de procurar una solución de los mismos a través del análisis. La llamada “técnica activa” tuvo excesos como la idea de O. Rank de fijar un término al análisis, que el mismo Ferenczi adopto en la época y luego desecho.

Según Ferenczi la relación analítica se estaba asemejando a la relación maestro-alumno, por lo tanto empezó a proponer cambios, como por ejemplo incentivar al paciente a manifestar su agresividad hacia el analista y que el analista reconozca sus errores frente al paciente, esto debería permitir una liberación de los impulsos reprimidos por la transferencia idealizada al analista, y que por el otro lado el analista rompa con la idealización que el paciente hace de él (y que el analista permite).

Reconoce que muchas veces infringió las “reglas técnicas” freudianas, tales como: el uso del diván, atender a pacientes fuera del consultorio, brindar más de una sesión diaria, dejar de lado el pago de honorarios.

Un párrafo aparte merece el tema de la “frustración” para Ferenczi la misma provoca un aumento de tensión que considera innecesario porque sería contraproducente para algunos pacientes (lo podrían tomar como un sadismo del analista), por lo tanto propone una contrapartida, lo que llama “el principio de dejar hacer”, o de “relajación”, de esta manera el análisis tendría un deslizamiento de la tensión a la relajación y viceversa. Ferenczi dice algo más acerca de la combinación entre frustración (tensión) y relajación, dice que no es nueva en

el psicoanálisis dado que la “asociación libre” combina las dos, decir lo que se quiera y decir lo desagradable.

Mediante esta técnica, relajación-neocatarsis vuelve a darle importancia a lo traumático como causa, “no debe considerarse acabado un análisis, al menos teóricamente, si no ha conseguido alcanzar el material amnésico traumático”

Posfreudianos

Hubo un periodo de la historia del psicoanálisis que ha merecido el título de “posfreudiano”, se suele mencionar, entre otros, a Karen Horney y Abram Kardiner con su culturalismo, a Anna Freud y sus seguidores en lo referente a “el yo” y su manera de entender el psicoanálisis de niños, F. Alexander y su idea del psicoanálisis como “experiencia emocional correctiva” y R. Loewenstein, H. Hartmann y E. Kris, las tres figuras sobresalientes de lo que se llamó la “ego psychology”, y lo que se conoce como la “teoría de la relación de objeto” de M. Balin.

Es necesario tener presente que el significante “posfreudianos” no solo debe entenderse en sentido cronológico, una generación que vino después de Freud, sino que fundamentalmente se define por las dos siguientes características:

a-- propuso una reelaboración del psicoanálisis poniendo en primer plano estas cuestiones: 1- el “yo” adquiere una relevancia teórica de tal magnitud al punto de relativizar los grandes conceptos freudianos como Inconciente, Sexualidad, Repetición, Transferencia, Pulsión, entre otros, 2- esto lleva a que la práctica se oriente a partir de los límites y posibilidades del “yo”, 3- lo cual da lugar a que el analista no tiene que lidiar con la dialéctica Inconciente/síntoma, sino que se centra en el Yo y sus resistencias, 4- el analista tiene una nueva y decisiva herramienta que es la contratransferencia, la misma tiene como soporte al sano o maduro o integrado “yo” del analista, lo cual le permite proponer a su paciente cual es la salida (de las fantasías) a

la realidad, 5- y por último otra perspectiva, que es la llamada teoría de las relaciones objetales, que propone que el objeto es hallable, y que una vez encontrado completa y satisface las “necesidades” del individuo.

b- lo segundo a destacar hace referencia a lo político, los “pos-freudianos” agrupados en la teoría de las relaciones objetales imponen sus tesis de manera preponderante en el psicoanálisis inglés, y los que se reconocen en la doctrina de la psicología del yo tienen la primacía en el psicoanálisis norteamericano. Estas dos posturas se vuelven dominantes en la IPA.

Entonces había un psicoanálisis, el pos, que si bien remitía a la obra freudiana y al nombre del propio Freud, en los hechos mostraba que la obra era letra semimuerta y que Freud era un padre venerado, pero viejo y anticuado.

Para nuestro tema nos interesa destacar algunas nociones de estas dos grandes orientaciones que se inscriben en el contexto que acabamos de presentar:

a) La relación de objeto.

Los más destacados exponentes de esta orientación fueron R. Fairbain, D. Winnicott, y M. Balint, todos ellos miembros sobresalientes de la Asociación Inglesa.

Este punto de vista, que tuvo en su época un vuelo propio, consistía en leer e interpretar al psicoanálisis freudiano a partir de la dupla sujeto-objeto, este enfoque le daba tanta autonomía a dicha relación, que dejaba por fuera al propio Complejo de Edipo, este perdía todo su valor estructurante, como sabemos las vicisitudes del objeto en Freud no pueden ser captadas en su complejidad por fuera del Edipo.

¿Qué explica la relación de objeto?, por una parte supone que la neurosis es causada por la fijación libidinal a algunos objetos parciales (objetos primarios), esto trae como consecuencia un síntoma que se lo llama: detenciones en el desarrollo de la “personalidad” (como les gusta decir a estos psicoanalistas), lo cual da lugar a una relación (neurótica) fragmentada y distorsionada con la realidad. Podríamos

decirlo apelando a una ecuación muy simple: cuanto más fijaciones libidinales a aspectos parciales de los objetos primarios, menos vinculación con la realidad en donde habitaría el objeto total, un objeto al que nada le faltaría (ni le sobraría), sin carencias y sin excesos. Acá se parte de considerar que hay un desarrollo normal que posibilita pasar del objeto parte al objeto todo, y poder tener con este una relación de amor autónomo.

Nadie desconoce que “el objeto” es un concepto freudiano de primer orden, recordemos tres rasgos básicos que le dio Freud: a) objeto perdido (irremediablemente perdido, siempre anhelado), b) objeto parcial (propio de la pulsión), c) el objeto hallado que nunca es el buscado, (no predeterminado, variable) Una consecuencia lógica del enfoque freudiano es que el objeto en tanto faltante, esencialmente faltante, es el agujero en la especie humana que da lugar al deseo.

Cual fue o es la impronta de la noción de objeto freudiano?, sin temor a equivocarnos se trata de una noción extraordinariamente novedosa porque Freud es el primero que habla de un “objeto” que no es el tradicional “objeto de conocimiento” tal como se desprende de la matriz propia de la gnoseología que venía impregnando al conocimiento científico, que sostenía que el objeto estaba “afuera”, era “anterior”, ya constituido, también resalta algo más inquietante: la especie humana no tiene un objeto propio, ni natural ni cultural. Freud da las coordenadas del punto de inicio con su teoría de la “primer experiencia de satisfacción”, que es un fenómeno casi alucinatorio que recrea el momento en que la pulsión va a encontrar en algún fragmento o pedazo de algo, llamémoslo objeto, un punto en el cual logra su satisfacción, ese fragmento o pedazo puede ser de cualquier cosa que este en la cercanía íntima del infans, tela, piel o voz o mirada. Cualquier cosa que no va a ser cualquier cosa para alguien, sino que va a ser “su cualquier cosa”, su fijación predilecta, su goce recurrente.

Se puede afirmar que en la doctrina de Freud el “objeto” siempre tuvo la dimensión de lo problemático, de aquello que impide que el sujeto logre una armonía consigo mismo y con sus otros, por lo cual

conviene tener presente: a- la primera experiencia de satisfacción es alucinatoria, no es una experiencia con un objeto real, b- la llamada “primer experiencia de satisfacción” deja al descubierto un agujero que siempre estuvo, que va a ser imposible de “cerrar”, c- ese “agujero”, en fin de cuentas “la falta freudiana” va a correlacionarse con el deseo humano, de ahí su estatuto de motor o causa que mueve al sujeto, e- si lo que hay son experiencias de satisfacción de las pulsiones parciales, primarias, puntos de fijación con partes, fragmentos o pedazos de algunas cosas, de partes del cuerpo del sujeto, de partes del cuerpo del otro que lo asiste, (hay una deriva del objeto parcial freudiano al objeto “a” lacaniano), d- una consecuencia de esto la encontramos en la vida amorosa-sexual, en donde el otro del amor es un compuesto tanto de Ideales como de restos de experiencias de satisfacción, por lo cual la idealización y la satisfacción dividen al amado.

Ahora bien a mi entender una parte de la “escuela inglesa” formulo una teoría sobre el objeto, que bien puede llamarse la operación solución: la llamada “relación de objeto” promueve un “objeto” que pasa de lo parcial a lo integral, en donde el objeto parcial tiene un carácter de primario pero su devenir lo va a llevar a fundirse en un objeto total, este proceso está garantizado, así lo dicen, por la maduración psicológica como por la evolución orgánica. Esta correlación entre lo psicológico (la referencia es a la Psicología Evolutiva) y lo orgánico (la referencia es a lo Anatomofisiológico) son las bases que van a hacer posible que el proceso de elección de objeto llegue a buen término. Todas esas parcialidades se integraran en un objeto total, que es más que las sumatorias de las parcialidades. Este objeto, único e integrado, que no es otro que el objeto de amor genital adulto, finalmente es accesible para cualquier mortal, solo hay que desprenderse de lo infantil y saber encontrarlo en la realidad.

Si bien esta teoría se “inspira”, en parte, en algunas de las definiciones sobre el objeto de Freud (perdido y parcial), de K. Abraham (objetos parciales y fases pregenitales) y M. Klein (preedipico, Super-yó temprano, objeto bueno/malo), pero se diferencia radicalmente de

los mismos al asignarle al “objeto” en el llamado “estadio genital” la condición de ser “unificado” o “totalizador”.

Los referentes más destacados y conocidos son los Balint, tanto Alice como Michel, sin embargo es a este último al que se le debe la teoría del “amor genital” (genital love) que explica, y porque no, también postula, que la etapa genital era la culminación exitosa del pasaje de lo oral a lo anal y de lo anal a lo genital, el resultado era una integración y reorganización de las etapas previas y una supremacía del genital love sobre las anteriores. Esto quiere decir que los objetos parciales y las pulsiones parciales eran subsumidos en el objeto y la pulsión genital, las partes (pecho, heces, etc.) terminaban integrándose a un todo (genital).

Este pasaje de lo parcial fragmentado a lo total integrado, daría lugar correlativamente a que la relación entre los sexos pueda ser libre de las huellas sintomáticas que dejan las fijaciones infantiles.

Esta postura en el psicoanálisis surge de una lectura que bien podríamos llamar a- de una interpretación de las tesis freudianas a partir de un enfoque del tipo “evolucionismo biológico”, porque parte de considerar que las “necesidades” primarias responden enteramente a lo biológico y que existen objetos en la realidad que corresponden a esas necesidades. Anulando la diferenciación básica de Freud entre alimentación (registro de la necesidad) y satisfacción (registro erótico), dos tendencias diferentes que apuntan a dos objetos distintos, b- por otra parte tenemos un “dualismo psicológico”, en esta postura siempre se trata de dos sujetos, el niño y su madre, en este dualismo la madre completa y colma todas las necesidades del niño. Es a esa madre que en la especie animal-humana provee de todo lo necesario que M. Balint enaltece dándole el papel central en la “fase” que caracteriza como “primary love”. Luego si todo marcha bien tenemos al genital love, en donde se repite el mismo esquema: necesidad=objeto=satisfacción, el adulto, “maduro”, encuentra a alguien con todo lo necesario para sus necesidades de amor y sexuales.

Si tomamos como referencia a Lacan podemos decir que en la concepción de Balint no se diferencia necesidad de demanda, ni ambas del deseo y que esa dupla madre-niño es la “célula narcisística” que Lacan encontraba en la base de la teoría de la contratransferencia, que para decirlo claramente en estos análisis se traslada de la madre que lo tiene todo (fálica) al analista que lo es todo (ideal)

Para M. Balint la “necesidad” de amor encuentra en otro sujeto (se refiere siempre a lo normal como lo hétero) el que puede colmar y satisfacer todos sus anhelos, sus demandas, sus deseos, podríamos decir hay correspondencia amorosa entre los sexos, hay relación sexual positiva entre los sexos.

Ahora bien volvemos a remarcar que este planteo se aleja totalmente de las tesis freudianas en las que siempre se sostuvo que la “pulsión” y el “objeto” no tienen una correspondencia natural en el campo de lo biológico (digamos una vez más que la pulsión no es un mecanismo biológico), ni tampoco en la cultura (la cultura ofrece modelos identificatorios que son construcciones epocales lo cual muestra claramente que no hay nada natural). Todo lo contrario ocurre con esta teoría de las relaciones objetales que de alguna manera es una visión de la armonía y la complementación entre los sexos, que como decíamos parece haber tomado como referencia los procesos de maduración que serían propios de la fisiología orgánica, por lo cual lo natural fisiológico termina como patrón de lo normal para hombres y mujeres.

Esta idea de la primacía del amor armonioso (cariño, respeto y sensualidad al cien por cien), resultó una concepción que encaja perfectamente con las ideas más moralizantes y conservadoras del mundo anglosajón.

Freud no creía que hubiera una etapa genital adulta en la cual la relación con el otro sexo estuviera desprovista de repeticiones y síntomas, todo lo contrario, es en los ensayos que componen “Psicología de la vida erótica” donde se ocupa de mostrar cómo la relación entre hombres y entre mujeres es siempre sintomática. Como se sabe para

Freud la vida amorosa entre los sexos esta siempre perturbada por los restos inextinguibles de lo “polimorfo perverso”

Esta teoría de la relación de objeto también fue muy apreciada en Estados Unidos, porque esa manera de concebir un amor armónico entre hombres y mujeres que hacía de la felicidad un sueño alcanzable en este mundo, esa idea del amor encajaba con la ideología imperante en esa época que pregonaba, por ejemplo mediante los voceros de la doctrina de la salud mental, que la armonía heterosexual era la base de una buena salud mental social.

Esta concepción que propone un desarrollo armónico de la personalidad, de las buenas relaciones entre los sexos, de la integración con el semejante, serán los ideales en donde deben mirarse los ciudadanos que aspiran al buen vivir, al mismo tiempo que explica que las crisis que ocurren en el devenir humano son fallas subsanables, por ejemplo, por una psicoterapia que acepte esa moralina. Este será un presupuesto que se encontrara, de manera explícita o implícita, en todas las psicoterapias psicoanalíticas o breves, planificadas o de larga duración, sistémicas o conductuales. Estas *nuevas terapias* se ocuparan de las conductas que la ideología de la época califica de irregulares, de desviadas, que son los signos de las fallas en las interacciones familiares como así también de la inadecuación de los esquemas cognitivos. Supuestas terapias nuevas que se rigen por modelos tradicionales y conservadores.

Presupuesto o imperativo, ideal o creencia: hay un patrón de comportamiento, de vida, que involucra a todos, que cuando hace crisis se puede subsanar para volver a ese patrón normativo que debe ser entendido como normalidad.

La “Psicología del Yo”

Esta corriente que se conoce como la “psicología del Yo”, es la que se inspira en Anna Freud y que tuvo en H. Hartmann su figura más sobresaliente

Hartmann y sus seguidores parten de una idea central: consideran que el Yo puede quedar desligado de las presiones que sufre de parte del Supeyo y del Ello, y que por lo consiguiente es la referencia básica en el análisis.

Los autores identificados con esta línea han explotado algunas frases muy puntuales donde Freud consideraba al Yo como una instancia de síntesis, no obstante que en la primer parte de su obra el “Yo” siempre es una instancia que tiene como función poner en marcha “la resistencia”, y que en “Análisis terminable e interminable” (1937), para tomar una de sus últimas consideraciones sobre el “yo”, cuestiona la suposición de un Yo “normal” con el cual se podría establecer un “contrato”, lo dice así: “... el yo, para que podamos concertar con él un pacto así tiene que ser un yo normal (...) Pero ese yo normal, como la normalidad en general, es una ficción ideal”.

Sobre el concepto del “yo” bien se pueden encontrar en Freud algunas versiones disimiles o inclusive contradictorias, pero si hay algo que predomina en su pensamiento es la idea del Yo como obstáculo, como resistencia, como instancia embargada por el narcisismo, esto desde sus primeros trabajos, y como instancia dañada, fragmentada, escindida, tal como lo presenta en sus últimos escritos. Dirá en “La escisión del yo en el proceso defensivo” que el Yo queda comprometido en el “trabajo” que requiere la “contracatexia” para sostener la defensa frente a la representación reprimida, así también el Yo es la instancia directamente afectada por “la inhibición, el síntoma y la angustia”. En Más allá del principio de placer (1920), encontramos expresado otro estatuto del Yo, en una frase que en la primera edición de esa obra rezaba: «Es posible que en el yo sea mucho lo incon-

ciente...”, esto mismo queda reafirmado a partir del ensayo *El yo y el ello* (1923) en donde la instancia pasa a tener una parte inconciente.

Estas versiones del Yo muestran que esta instancia se caracteriza por su primaria y constituyente alienación al narcisismo (en el texto sobre el narcisismo, Freud hace entrar al Yo en escena, cuando dice que el narcisismo da lugar a un “nuevo acto psíquico”), como motor de la resistencia, escindido por su compromiso defensivo, ahora bien fue reconvertida no atendiendo a la lógica freudiana sino a los criterios de la psicología, a mi criterio de manera forzosa, en una instancia propia de la Psicología General.

Como sosteníamos anteriormente la pionera en esta reconversión fue Anna Freud que, a partir del “*El Yo y sus mecanismos de defensa*” (1936), da a entender que el análisis debe ser el análisis de las “resistencias”, y muestra cómo el Yo puede recuperar en el análisis esa autonomía en la medida en que necesite menos dedicar su energía en defenderse de su inconsciente o de sus pulsiones.

Ahora bien la psicología del Yo se constituye como enfoque, orientación, doctrina e inclusive como escuela, en los Estados Unidos de la mano de H. Hartmann, y sus colaboradores E. Kris y R. Lowenstein, y podemos decir que este enfoque es el punto de referencia de capital importancia para las psicoterapias psicoanalíticas y las psicoterapias breves.

H. Hartmann (1874-1970) es el referente teórico de esta orientación y para captar su importancia es necesario tener en cuenta sus tres nociones claves: adaptación, autonomía del Yo, áreas libres de conflicto del Yo.

Adaptación

El libro de Hartmann, “*La Psicología del “yo” y el problema de la adaptación*” (1939), comienza de esta manera: “el psicoanálisis encara la cuestión de la adaptación en tres formas: como problema de

su psicología del yo, como meta terapéutica y como consideración educacional”.

Hartmann supone que la adaptación es una función esencial porque hace posible “la relación recíproca entre el organismo y su medio”, es el nexo necesario para que se produzca ese encuentro.

La adaptación entre el organismo y el medio pasa a convertirse en el hecho problemático y acuciante que el psicoanálisis tiene que reivindicar y poner en su horizonte epistémico y práctico, dicho de otra manera, esta terapéutica analítica tiene como objetivo encarar y resolver el problema de la adaptación, a partir de qué?, de la psicología del yo, por lo cual este psicoanálisis entra en la dimensión que la psicología le viene otorgando al yo como centro de la vida mental articulado con un viejo tema que la Psicología remozca para que no parezca tal: la adaptación es el desvelo de la Psicología organicista, de la Psicología de la forma, de la Psicología policial y del psicoanálisis del yo, que asume que el “organismo y su medio” le cabe al sujeto humano.

Señalemos solamente que los tres términos son tan abarcativos que bien se podría explicar cualquier hecho animal o humano, o el funcionamiento del universo mismo, basta solamente con tener un poco del sentido común para captar que no hay piezas sueltas en el mundo porque el elemento y su medio se corresponden desde siempre.

Tenemos todo el derecho de interrogar las tesis adaptativas de Hartmann, preguntando: ¿los humanos con que se adaptan? ¿Cuál es el medio específico de los humanos, la naturaleza, la cultura, la familia, el lenguaje, el deseo del otro?

Autonomía del yo

Uno de los concepto básico de Hartmann es el que denomina factores autónomos en la formación del Yo, que el autor lo explica de la siguiente manera: se trata de “dos aparatos” y sus respectivas funcio-

nes: a- aparatos de autonomía primaria, (percepción, la motilidad y la memoria), el término “aparato” busca explicar el carácter primitivo de estas futuras funciones yoicas, que operan al estilo del aparato reflejo, dado que todavía no existe un yo desarrollado, la palabra “autonomía” es usada para destacar el hecho de que no son funciones surgidas de un conflicto entre los impulsos y la realidad, por último el término “primaria” refiere a que son mecanismos ubicados en el polo de lo innato, presente desde el primer momento de vida junto con el bagaje pulsional, y b- la llamada autonomía secundaria, que está referido a las áreas del Yo que si bien surgen del conflicto con el Ello, han podido sustraerse de la conflictividad y han pasado a cumplir una función adaptativa para el yo.

Entonces como Uds. ven la noción de autonomía con su impronta de “innatismo” es un requisito necesario para Hartmann porque de ella depende la posibilidad misma de la “adaptación” del organismo o del mismísimo “sujeto humano”, (que parece que fueran equivalentes para el autor), al mundo. Hartmann considera que el Ello cumple una función desadaptativa que es contraria a la supervivencia, entonces profundiza sobre este punto planteando lo siguiente: si el yo fuese únicamente una diferenciación del Ello por contacto con la realidad todo el proceso de adaptación (a la realidad), estaría seriamente comprometido, dado que los impulsos en el hombre parecen descuidar la supervivencia y la relación con el entorno.

Esfera libre de conflictos del yo

La noción de autonomía yoica se relaciona directamente con lo que Hartmann denomina “esfera libre de conflictos del yo”, estas son partes que no resultaron dañadas por los conflictos, que no están involucradas en el conflicto, y que por eso pueden funcionar en forma estable y relativamente independiente de las otras instancias psíquicas y del mundo exterior, en esto basa Hartmann la posibilidad de pensar

en una relación relativamente realista de las “áreas” del Yo con sus dos mundos, el interno y el externo.

Sobre la época

Para abordar el próximo punto es necesario poner de manifiesto algunas circunstancias de la coyuntura de la posguerra. EEUU es el país que se llevó toda la gloria por su desempeño en la segunda guerra mundial, su intervención fue decisiva para lograr la derrota del eje Berlín/Roma. La nación norteamericana fue el gran artífice de la victoria en el campo militar que se tradujo a lo político como la primera potencia mundial. EEUU se convirtió rápidamente en el sueño de un mundo feliz para todos aquellos que transitaban por el dolor, la carencia o la frustración.

En ese país se montó un escenario novedoso: el consumo adquiere una dimensión central en la vida social de los americanos, de tal manera que consumir, trabajar, tener una familia, e ir a la iglesia forman parte del ideal del americano medio. Todo esto se correlaciona con una forma nueva de subjetividad que encuentra su representación a partir de la unión de dos términos, que provienen de discursos diferentes, nos referimos a la fórmula “ciudadano consumidor”, en la misma se articula lo político con lo económico. Ahora bien ¿qué pretende explicar la misma?, en principio que la articulación apunta a configurar una política de lo subjetivo.

Lo social se empieza a dinamizar a partir de la demanda de las mercancías que ofrece el mercado, y donde hay demanda hay un sujeto que debe encarnar la misma. Dicho de otra manera, todos los sujetos encarnan una formación de masas que demandan el mismo objeto.

Esto no quiere decir que el consumo se originó en la década del 50 en Norteamérica, lo novedoso es que consumir se transformó en la praxis predilecta de las personas, (praxis regulada con momentos diferentes: anhelar, comprar, poseer, exhibir), con la misma impor-

tancia que respetar al prójimo o amar a la patria. Fue montada una gran escena que se propuso mostrar que los bienes materiales pueden ser para todos, que los objetos pueden facilitar casi todo en la vida, que en definitiva los objetos son la sustancia misma del nuevo semblante: ser un sujeto actual es ser un consumidor.

La adquisición y posesión de bienes materiales pasó a ser cada vez más estimada y más valorada, por lo cual el acceso a los mismos debe ser inmediato, porque la valorización se desliza siempre hacia lo nuevo. El círculo virtuoso enlaza la velocidad de la producción con la premura por consumir propia de una sociedad siempre apetente.

Una consecuencia directa del valor que adquiere el consumo de objetos es lo que algunos sociólogos de la época llamaron el “aumento de la autoestima”, para nosotros es una proposición tan alienante como perversa, por lo siguiente: sujetos que aman a los objetos y a los otros como objetos, sujetos replegados sobre su yo imaginario, mirándose en los espejos de las vidrieras para confirmar su identidad, captados por el espejismo de las propagandas porque allí está lo que anhelan.

En esos años empieza a tener una gran preponderancia lo que podemos llamar la ideología de la Salud Mental, ¿qué propone este enfoque tan ponderado?, a través de sus operadores estatales y las asociaciones de la salud no otra cosa que los nuevos ideales del “buen vivir” para los norteamericanos medios. La relación de los sujetos y lo social, problemática de singular trascendencia para la modernidad, anteriormente explicada por la teoría social, y que básicamente debía resolverlo la política, ahora aparece la Salud Mental como termómetro ideológico que regula los límites de lo normal, a partir de cambiar la lógica del opresor/oprimido a la del adaptado/desadaptado.

Bajo la inspiración, y el amparo también, de esta ideología comienza el auge de las psicoterapias en EEUU, las mismas se empiezan a distinguir de anteriores perspectivas terapéuticas porque son una suma de instrumentos, de técnicas, de dispositivos que deben responder con la mayor rapidez posible a darle solución al malestar de los desadaptados.

La relación entre lo subjetivo y lo social comienza a ser visualizado a través de la doctrina de la Salud Mental, como un interjuego entre adaptación-desadaptación, lo que en realidad se plantea es que la adaptación supone ser “libre” de conflictos, y en lo desadaptado se condensa la suma de todos los problemas.

Recordemos que el sujeto no puede escapar de su síntoma, nadie queda exceptuado, porque el mismo es el costo que paga el sujeto hablante para poder vivir “civilizadamente” con los otros. Tengamos solamente presente que para Freud la cultura no es sin malestar y la vida cotidiana no es sin psicopatología.

La doctrina de la S. M. termino en una moralina dicotómica entre lo normal y lo anormal, lo sano y lo enfermo, que va a ser asumida por legiones de psicoanalistas, psicólogos y terapeutas, que van a dirigir a sus consultantes hacia los ideales que la nación requiere.

Es en ese contexto donde aflora la Psicoterapia Psicoanalítica Breve, con un apoyo en algunas ideas freudianas, las cuales poco a poco dejan de ser freudianas para pasar a tener un contenido claramente psicológico, como se puede apreciar en las nociones de “personalidad, del yo, de equilibrio emocional”, que son los términos que se encuentran en las terapias de la normalidad. Alexander, Small, French y finalmente Fiorini y Kesselman, utilizaran esos mismos términos para explicar la patología y la terapéutica.

F. Alexander, “experiencia emocional correctiva”

Uno de los principales promotores de este enfoque Leonard Small dice, “el enfoque de Alexander, fundado en la rigurosa aplicación de la teoría con un trasfondo de sensibilidad ante la persona sufriente”. Allí se plantea “la viabilidad de una terapia breve derivada de la comprensión sicoanalítica de la personalidad”. El reconocimiento es a Franz Alexander, (1891-1964) medico de origen húngaro, analizando a Hans Sachs, quien emigra a EEUU donde desarrolla una

carrera muy destacada, que es quien propone en 1946 en su libro “Psicoterapia Psicoanalítica” las bases de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve, muy influido por aquellos tres grandes de la Psicología del Yo. ¿Qué encontramos en Alexander?, principalmente la noción del “yo autónomo” la instancia psíquica que tiene las capacidades de discernimiento necesarias para poder hacerle frente al desafío de adaptarse al medio, y establecer relaciones de objeto maduras, adultas, despojadas de toda fantasmagoría infantil. Pero fundamentalmente aporta una idea, la llamada “experiencia emocional correctiva” que pretende articular el horizonte de la cura (corregir), la función del terapeuta (corrector) y la buena disposición del paciente (a ser corregido). El tema se encuentra desarrollada con amplitud en el capítulo IV del libro mencionado, allí dice: “ a fin de poder recibir ayuda (el paciente), aquél debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de experiencias anteriores”, a partir de lo cual configurara la función del terapeuta como agente corrector, cuya respuesta a los síntomas del paciente ha de ser diferente a la de sus padres infantiles, que son aquellas figuras fantasmáticas que dieron lugar al síntoma, debiendo contrastar y neutralizar la misma a los fines de lograr un reacondicionamiento emocional de aquellas pautas desfavorables infantiles, de esta manera se busca generar un cambio en la estructura de la personalidad, una restauración del yo que propicie conductas adaptativas. Lo eficaz será revivir, vivenciar en el aquí y ahora con el analista otro tipo de relación emocional. Para lo cual éste ha de tener una posición activa en la transferencia, o dicho con más justeza la reeducación emocional se tramita mediante la contratransferencia del analista alexandriano.

Conviene hacer unas pocas referencias a una idea que es muy tenida en cuenta por esta orientación, la misma fue planteada por Elizabeth Zetzel (1907/1970) psicoanalista norteamericana, que realiza su formación en la Asociación Inglesa, analizante de E. Jones, propone la noción de “alianza terapéutica” (AT), e indica que la AT es parte de la transferencia. Se debe entender por la misma: una relación

racional y relativamente no neurótica que debe tener el paciente con su analista que permita que las intervenciones sean efectivas.

La alianza terapéutica es propuesta como un instrumento útil para cualquier tipo de psicoterapia, no sólo en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica. También se la encuentra definida como una relación compuesta por la: “relación real” y por la “alianza de trabajo”, haciendo la primera referencia al vínculo entre el paciente y el terapeuta, y la segunda a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente los objetivos acordados.

Este concepto, actualmente considerado en cualquier modelo psicoterapéutico, alude al contrato que paciente y terapeuta realizan respecto de la utilidad del tratamiento y el sentido del mismo. Zetzel afirma que la posibilidad de establecer una alianza terapéutica se torna un factor fundamental del tratamiento, ya que le facilita al paciente poder diferenciar la relación real que establece con su analista de todas sus otras relaciones que se sustentan en su fantasmática inconsciente. Dado que la posibilidad de establecer una alianza terapéutica está directamente relacionada con el grado de distorsión que presenta el yo del paciente, (hay partes del yo con las cuales no es posible la AT) para lo cual es necesario la existencia de porciones del yo relativamente conservadas, relativamente por fuera del conflicto neurótico. Así la noción de autonomía yoica cimenta la posibilidad de la AT, una especie de asociación mutua en el tratamiento con lo sano del Yo del paciente para trabajar sobre lo enfermo.

Volviendo al núcleo básico de este enfoque se debe mencionar a Leopold Bellak y el mismo L. Small, que en su libro “Psicoterapia breve y de emergencia” (1965), plantean que su propuesta se basa en lo siguiente: una concepción psicoanalítica de la personalidad, en el empleo de diversas intervenciones terapéuticas, para aquellos sectores de la población que si no contaran con la Psicoterapia Breve no podrían acceder a la prolongada, es decir a un psicoanálisis ortodoxo. Quizás sea necesario decir que son los analistas ortodoxos, miembros

de la IPA, los que impiden el acceso a esas mayorías sufrientes por sus prejuicios elitistas y clasistas.

En otro libro, “Psicoterapias Breves” (1971) de L. Small, en la “Introducción” Leopold Bellak destaca lo que a su criterio son los “problemas” que validan esta psicoterapia: “...los problemas emocionales han adquirido características de epidemia...”, y agrega: “en el cuidado de la salud mental, deberá dedicarse atención cada vez mayor a la prevención primaria y secundaria muy temprana. Las sicoterapias breves se adaptan en forma ideal a la satisfacción de estas necesidades”.

Vale la pena reparar en esta consideración: el objeto de atención son los “problemas emocionales” convertidos en “epidemia”, los mismos forman parte de la “salud mental”, la psicoterapia breve es el instrumento más afín a estos planteos, y por último se aclara que el fin buscado es “ayudar” a la “adaptación de la gente”.

La ideología clasista se cuele por todos lados, porque parece que los problemas emocionales como una epidemia es patrimonio de los pobres, o de los inmigrantes...

Este enfoque se basa en tres ejes: a- Temporal, tomando en cuenta el sentido más común, entienden que cuanto menos tiempo lleve resolver el síntoma menos va a sufrir el paciente, b- Finalidad, definir con anterioridad los alcances del proceso terapéutico, o si se quiere comenzar una terapia planteando objetivos o metas permitiría saber con anticipación que se quiere resolver, deducimos que para lo cual es necesario tener el control del proceso terapéutico, quitar del medio los posibles imprevisto, también se considera que el tratamiento puede dar lugar a reformulaciones o cambios de objetivos, c-Instrumentos, en términos de flexibilidad como diversidad técnica, como multiplicidad técnica. Planteado el objetivo terapéutico todo instrumento técnico puede ser válido.

Con el nuevo horizonte de la Salud Mental Leonard Small postulará, en relación a los tres niveles de la misma (primaria, enfocada en prevenir los síntomas; secundaria, en tratar los ya instalados; terciaria, en controlar los daños ya producidos) una psicoterapia breve

primaria, secundaria y terciaria. Dentro de ese mismo enfoque L. Small teorizará sobre los tiempos normales de elaboración de una crisis, estableciendo parámetros en base a indicadores estadísticos. Entendamos correctamente: una “crisis” debe durar x tiempo porque las estadísticas nos han proporcionados la medida temporal.

¿Qué es esta crisis o desadaptación a la cual aluden permanentemente estos terapeutas? ¿Es acaso un nuevo objeto patológico o pre patológico? ¿Puede pensarse que el momento de intervención de la psicoterapia es aquel en que el sujeto no encuentra amparo en el Otro, en algunas de las figuras que lo representan como el padre, la familia o el mismo estado? A mi entender estos sujetos que están en crisis ponen en evidencia la poca tolerancia de las Instituciones americanas que imponen que todo el mundo circule dentro de lo normado. Como decía anteriormente aquellos que son asistidos por las P.B. en su mayoría son migrantes, (tal como queda reflejado en la mayoría de los “casos” que se presentan) gente pobre que muestran rasgos étnicos, culturales, familiares muy diferentes al americano medio que la Salud Mental toma como ejemplo de lo normal.

¿Las crisis de desadaptación no fueron una forma de sancionar o castigar otro modo de vida? ¿No se buscó que estas comunidades renuncien a su propio Otro simbólico?

Como corolario de esta articulación podemos decir lo siguiente: no hay psicoterapia psicoanalítica breve sin que la teoría del yo ocupe un lugar central, la postulación de un yo autónomo, implica que el analista pueda realizar una alianza terapéutica con los llamados aspectos sanos del mismo, separados de aquellos dañados, comprometidos en la defensa. Esta alianza permite llevar a cabo un contrato, un acuerdo entre el terapeuta y el yo sano del paciente, a partir del cual se organiza un programa terapéutico con fines u objetivos.

Escuela Argentina: Fiorini - Kesselman

En los '60 el psicoanálisis en Argentina era inaccesible para amplios sectores de la sociedad, tanto por razones económicas como por razones de prejuicios de clase. La Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) muy ligado a las normas de la IPA, pautada desde una óptica organizacional implicada en el orden médico, enseñaba un Psicoanálisis de impronta predominantemente kleiniana. Es conocido que al finalizar esa década estalla una crisis de proporciones inauditas en la APA, con cuestionamientos planteados desde las entrañas de la misma, es decir desde los “candidatos”, los analistas ya “graduados” e inclusive algunos “didactas”. Las consecuencias fueron un desmembramiento, una ruptura que hizo que la APA jamás volviera a ser lo que fue. Esta herida producida desde aquellos mismos que la habitaban dio lugar a una fragmentación donde claramente se distinguían tres grupos, unos identificados como “documento” otro como “plataforma”, críticos de la institución, y finalmente aquellos que seguían fieles a la sigla APA.

En ese tiempo de crisis es posible distinguir dos fenómenos que acontecen en las vecindades de la APA, uno de ellos fue la aparición del “otro posfreudiano”, J. Lacan y sus “escritos”, que fueron receptionados desde los bordes de la psiquiatría, de la psicología y del propio psicoanálisis, desde pequeños agrupamientos conformado por heterodoxos que tuvieron el atrevimiento y la audacia de criticar, con fundamentos discursivos potentes, la pretendida legitimidad de la APA como portadora del saber psicoanalítico, al demostrar que había un Freud freudiano que era tanto ignorado como censurado y que la formación en psicoanálisis no era un “posgrado” para médicos. Por eso vale la pena decir que allí comenzó otra historia del psicoanálisis en argentina alrededor del nombre de Lacan, al comienzo solo convocado por algunos fragmentos de su trabajo en Paris, plasmado en algunos “escritos” y en algunos pocos “seminarios”, y por la trasmisión oral de los pocos que tenían algún contacto con Lacan. Leer a

Lacan llevaba directamente a re-leer a Freud de una manera diferente a todo lo que se conocía por acá, y para leer a Freud desde Lacan era necesario “estudiar” otras disciplinas, fundamentalmente lo que podríamos llamar las “disciplinas del lenguaje”. Pero en el “encuentro” con Lacan había algo más revulsivo que apuntaba al corazón mismo de la Internacional del Psicoanálisis, que queda sintetizada en este nuevo e inextinguible sintagma: en qué consiste “la formación del psicoanalista”. Rápidamente la cercanía a la “enseñanza” de Lacan se convirtió en un hecho que mostraba una peculiar “subversión intelectual”, una disconformidad con lo imperante, un rechazo a cierto saber instituido, una crítica al poder institucional, que generaron un polo de encuentro para los ex APA, para los aspirantes a psicoanalistas no médicos, que sin el amparo de ninguna Institución profesional ni de ninguna Facultad, estos pequeños grupos se sostenían y se expandían en una formidable “transferencia de trabajo” que es parte de una historia todavía poco explorada.

Una de las derivaciones que podemos señalar es la siguiente: si lo sicoterapéutico del psicoanálisis no es patrimonio de los psicoanalistas médicos, entonces ¿quiénes pueden apropiarse y usufructuar de la eficacia del mismo? La respuesta se la encuentra en cómo se responde al sintagma “la formación del analista”.

El otro hecho acontece en la periferia de la perfumada “villa Freud”, no solo es un hecho periférico sino más aun es conurbanesco. El asunto al que nos referimos también tuvo su referencia en un nombre, se trata de Mauricio Goldenberg ([1916/ 2006](#)), medico con formación en psiquiatría y psicoanálisis, que es el que mejor representa las rupturas en el orden técnico-teórico e institucional que regía el campo de las practicas psicoterapéuticas. Su creación, el llamado “El Lanús” (el área de salud mental del Hospital Araoz Alfaro de Lanús), fue un modelo terapéutico hospitalario que se sostuvo en una psiquiátrica más “dinámica” que nosográfica, en algunas de las ideas de M. Jones en relación al tratamiento comunitario de las enfermedades mentales, en la “explotación” de las posibilidades terapéuticas del psi-

coanálisis. Todo esto enmarcado en la novedosa idea, por entonces, de los llamados “equipos interdisciplinarios” (terapeutas de grupo, psicólogos, asistentes sociales, laborterapeutas, terapeutas familiares), que fue una herramienta que aunaba dos cuestiones muy valoradas entonces, lo interdisciplinario igualaba disciplinas en tanto se creía que todas aportaban una parte del saber por lo tanto no había ninguna que pudiera predominar, y segundo era un “dispositivo” acorde a los “nuevos objetos” a abordar que requerían de articulaciones complejas, que implicaban dimensiones o áreas diversas como lo individual, lo familiar, lo institucional. M. Goldemberg y su Lanús, diferente y único en ese tiempo, no solo fue una escuela para muchos jóvenes terapeutas sino una demostración que otra psicoterapia era posible, para ser más precisos: había una psicoterapia con orientación psicoanalítica que podía convivir en los dispositivos hospitalarios.

Estos dos acontecimientos, la recepción de Lacan que dio lugar a los nuevos psicoanalistas “lacanianos”, y el dispositivo terapéutico hospitalario llamado “el Lanús”, siendo tan disímiles, tan diferentes porque uno se juega en el interior de lo freudiano, el otro busca poner una cuña psicoterapéutica en el hospital público, sin embargo esas diferencias hicieron, cada una a su manera, que cierta “norma”, que cierto “enunciado” hayan perdido el lugar hegemónico que tenían, me refiero a la APA y su discurso.

En los comienzos de los años 70 dos libros publicados hicieron de sus autores, H. Kesselman y H. Fiorini, los representantes de las psicoterapias psicoanalíticas breves en el país, participantes de las experiencias “del Lanús” de M. Goldemberg, y avalados por J. Bleger, E. Pichon Riviere que eran algunos de los analistas más reconocidos no solo en la APA sino en los alrededores de la misma. Además está decir que estas cercanías de Fiorini y Kesselman eran equivalentes a la lejanía que mantenían con los seguidores de Lacan y “sus escritos”

Seguramente el libro, “Psicoterapia Breve”, que Hernán Kesselman publica en 1970, (Ediciones Kargieman), marca la importancia que van teniendo estos abordajes terapéuticos en el medio local. Del texto

nos resulta ya significativo el Prólogo de José Bleger, del cual podemos destacar éstos planteos afirmativos: a- la necesidad de legitimar a las psicoterapias breve, “es necesario sacar a las mismas de cierto clima de heterodoxia y herejía”, b- en las mismas no se “aplica” el psicoanálisis, sino que se utilizan conocimientos derivados del mismo, c- la psicoterapia está construyendo sus propias categorías, su teoría de la personalidad, de la enfermedad, de la curación, su categoría de diagnóstico y de evaluación, d- la psicoterapia breve es parte de los llamados “procesos correctores”, la particularidad de los mismos es que no están dirigidos a lo enfermo sino a los “aspectos sanos “ del yo, e- se basan en los conceptos de “la interpretación de la conducta y de las relaciones de objeto”. Una de sus referencias es la noción de ECRO de E. Pichón Riviere.

El propio Kesselman se ocupa de mostrar los alcances de esta psicoterapia a partir de una perspectiva ideológica “progresista” que emergía en el campo social: lograr una masificación de la atención psi. frente a lo limitado que eran los tratamientos individuales prolongados, la referencia es al psicoanálisis de la APA y a sus “cinco exigencias” que según Kesselman son: a) extensión temporal, b) tolerancia al sufrimiento, c) vínculo cerrado analista-paciente, d) el costo del tratamiento y e) investigación libre o no directiva.

Hay que entender que Kesselman se vuelve en contra de su propia “formación”, el mismo fue el objeto durante bastante tiempo de esas exigencias, cuestionar su formación no está mal, si parece más serio que en sus críticas no diferencie que el psicoanálisis como practica o discurso no es la institución que lo regula y lo administra (APA).

Entonces Kesselman, para acentuar su diferencia con el psicoanálisis pone en primer lugar a la planificación o programación y a la utilización de diversos encuadres y técnicas de movilización. En este sentido más que breves son planificadas, y pasan a formar parte de una perspectiva terapéutica, los llamados “procesos correctores de objetivos y tiempo imitado”, junto con la psicohigiene y las psicoprofilaxis. Una versión rioplatense de la “experiencia emocional correc-

tiva” que como habíamos planteado remite a F. Alexander, pero la expresión “procesos correctores” las llevara al polo terapéutico del cual no querían formar parte, nos referimos a los dispositivos correctores de las terapias conductuales que tenían como punto de apoyo la bipartición entre buenas conductas adecuadas o acertadas o normales y las malas conductas inadecuadas o desviadas o anormales.

Estas P.B. tiene dos requisitos básicos: a) la planificación y b) la utilización de múltiples recursos.

a) La planificación para Kesselman es un camino entre el agente corrector y el sujeto de la desviación, que se propone desandar la desviación. Corrección es cambio, y el mismo consiste en que los corregidos, aprendan nuevas formas de enfrentar los conflictos síquicos que limitan sus capacidades.

Kesselman aclara el alcance terapéutico de la “corrección”: a- Disminución de los miedos básicos, b-Plasticidad en el juego de proyección e introyección, c- Volver explícito lo implícito, d- Favorecer la movilidad de roles, e- Favorecer la recreación de ideologías.

Un asunto no menor está referido a lo siguiente, para Kesselman el agente corrector es un agente de cambio, esto implica que el mismo tenga en claro su ideología frente al mundo, porque en sus manos esta encajar a los posibles resultados terapéuticos individuales en un espacio social.

Cuatro principios básicos para el planeamiento y ejecución de la tarea correctora: logística (estudio y conocimiento del caso y sus posibilidades), estrategia (diseño de un plan de acción), táctica (momentos y lugar adecuado de las acciones) y técnica (utilización de instrumentos).

b) múltiples recursos, llamadas por Kesselman técnicas de movilización, “Veremos las posibilidades que se brindan a la psicoterapia planificada, cuando introducimos artificios de técnicas tendientes a movilizar al paciente y, por consiguiente, a acelerar el proceso de curación“. Se refiere a otras técnicas, además de la interpretación verbal, resalta las llamadas “técnicas de modalidad operativa”, las mismas son

dos: a- el método de laboratorio social, impulsado por Kurt Lewin, se trata de un entrenamiento grupal para que cada uno descubra la potencialidad de sus recursos, "... lograr un equilibrio útil entre sentir, pensar y actuar", b- por otro lado el método de los grupos operativos, se basa en las ideas de Enrique Pichón Riviere, referidas en un principio a la relación familiar, en lo que se conoce como "tres D", el depositante, el depositario y lo depositado, juego posible de intercambios en la interacción personal. El grupo operativo se proponen identificar el obstáculo y resolverlo (no se trata de curar), el líder del grupo es la tarea.

Kesselman además propone lo siguiente:

- Entrevistas exploratorias, con momentos libres y dirigidos, acá se usan cuestionarios, test proyectivos, técnicas de acción y expresión (técnicas de dramatización, de juego y de ejercitación),
- Entrevistas de contrato, su objetivo es la devolución de datos y formalizar un programa de trabajo. Comunicar al paciente (en forma clara) diagnóstico, pronóstico.
- Entrevistas de desarrollo, se refiere a las actividades necesarias para llevar adelante la psicoterapia, se trata de los siguientes instrumentos: -el uso de la palabra, se refiere a señalamiento e interpretaciones, que deben ser: asistemáticos, bidireccionales, simbólicas, focalizadas, transferenciales y extratransferenciales, dosificar la intensidad de la regresión transferencial. El diván y el uso del rol playng, son instrumentos posibles como también la inclusión de personas significativas o el uso de la caja de trabajo o el uso de la variación temporal de las sesiones.
- Entrevistas de finalización, evaluación del proceso.

No se debe dejar de lado los tres ordenadores fundamentales del proceso terapéutico, que son: a- el contrato que es un conjunto de

normas, un reglamento, que establece responsabilidades mutuas, b-objetivos de la cura, responde a tres puntos: a que se quiere llegar, a que se puede llegar, a que sería útil llegar, se trata de metas compar-tidas, c- y finalmente el encuadre: conjuntos de consignas artificiales, pero no arbitrarias que limitan temporal y espacialmente la situación “experimental”.

Y finalmente una idea, un valor, un ideal de Kesselman, que se la puede llamar “de la pedagogía terapéutica”, la experiencia tera-péutica será “un proceso de aprendizaje, donde uno enseña a curar-se y el otro aprende a curarse”.

De los que se ocuparon de esta psicoterapia seguramente uno de los más reconocidos es Héctor Fiorini, (Teoría y técnica de la psicote-rapia) al igual que H. Kesselman tiene formación analítica ortodoxa, coinciden históricamente con la “crisis setentista” de la institución oficial, y en la crítica al psicoanálisis de APA al que caracterizan de elitista, clasista, caro, para poca gente

H. Fiorini, reconoce que las PB son un campo en estado experi-mental, por lo cual reviste suma importancia la urgencia de cons-truir teorías, inventar conceptos, inscribir toda teoría psicológica y psicopatológica en una teoría antropológica totalizadora del hom-bre. Señala la importancia de que el terapeuta conozca más de una psicoterapia, si bien las técnicas individuales son las más desarro-lladas se debe estudiar las grupales por su mayor capacidad de ab-sorción de las demandas.

Para el autor estas psicoterapias no deben estar instaladas en el juego de la oferta y demanda del mercado psicoanalítico (sic), ni se deben sostener en “la neutralidad”, sino que como parte del sistema sanitario tienen contaminaciones ideológicas que se deben revisar. Digamos que anda por lo cierto porque el sistema sanitario es pro-fundamente jerárquico, disciplinado y autoritario, lo que hace, entre otras cosas, que ciertas figuras profesionales “gocen” más que otras de esos atributos institucionales.

Nos da toda la impresión que allí se componen por lo menos dos transferencias, la que podemos llamar directa del paciente al terapeuta, y otra a la institución, (que no solo puede ser múltiple sino con demandas muy variadas porque tenemos a los jefes de sala, los enfermeros, la dirección, cada terapeuta, los administrativos).

Propone lo que denomina “Elementos para un esquema referencial propio de las psicoterapias breves”, estos serían:

Modelo etiológico: la psicoterapia breve “se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis, o descompensación...”. Puede tener presente lo histórico del paciente, pero lo actual, las condiciones de vida, el afuera (el afuera es lo contrario a lo transferencial), “pero esencialmente debe aprehender la estructura de la situación transversal en la que se actualizan los determinantes patogénicos...”. Si bien tenemos algo que detona de la “estructura de la personalidad” la razón del síntoma está en el afuera, en todo el campo interaccional en particular la familia, instituciones, grupos, problemáticas sociales, a partir de lo cual se justifica rotundamente, “en esta perspectiva adquieren legitimidad los intentos de abordaje múltiples, a diferentes niveles simultáneos, de la estructura compleja heterogénea, de la existencia enferma (enfoque multidimensional)...”

Relaciones entre psicopatología y comportamientos potencialmente adaptativos. Las conductas patológicas no dan cuenta de todos los comportamientos del paciente, para Fiorini habría psicopatología y funcionamiento normal de la personalidad, por esto la psicoterapia breve “se orienta hacia el fortalecimiento de las “áreas del yo libres de conflicto”, Esto lleva a caracterizar a las psicoterapias breves como psicoterapias del yo...”. Como veníamos planteando el Yo es la posibilidad y el límite de estas psicoterapias.

Modelos motivacionales y cognitivos de la personalidad.

Se entiende que en todo individuo se combinan motivaciones infantiles y adultas, que las mismas son interdependientes. (Se trata tanto de impulsos como también de pensamientos realistas). Se le

debe prestar atención a la proyección futura del sujeto, a la organización de proyectos. Por eso la potencialidad de la psicoterapia breve tiene mucho que ver con una amplia gama de recursos (principio de flexibilidad), para poder tratar los diferentes niveles motivacionales. Fiorini dice: “porque existen tales alternancias funcionales se hace necesaria la flexibilidad en la elección de técnica, en función de cada situación concreta. Esta flexibilidad es rasgo distintivo de la psicoterapia breve.....Estos criterios respaldan una de las características básicas de la terapéutica breve: la de operar con una estrategia multidimensional”

Del terapeuta

El terapeuta tiene un papel activo (orienta, introduce iniciativas en la sesión, elabora un plan de abordaje individualizado, establece metas a alcanzar en ciertos plazos) La orientación estratégica de las sesiones significa focalizar (foco, “puede traducirse como aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento”). El terapeuta debe tener “tacto” que sería la capacidad de seleccionar cuando intervenir. La flexibilidad técnica permite entender que cada momento del tratamiento puede requerir intervenciones diferentes.

De las intervenciones del terapeuta

a- Pedidos de información, brindar información, se puede acercarse al diálogo b- operaciones de encuadre, tiempo del tratamiento, condiciones del mismo, derechos y obligaciones c- intervenciones de esclarecimiento, señalamientos y confrontaciones d- interpretaciones de profundidad diferente, desde las microscópicas a las más totalizadoras, las interpretaciones transferenciales no son indicadas en esta psicoterapia, se las usa solo cuando permiten comprender y clarificar una situación del presente y no apuntando a lo regresivo, no se busca

la regresión por lo tanto se distingue entre conductas transferenciales de las conductas adecuadas a la realidad, e- elaboración con el paciente de una salida o proyecto de vida, dado que toda mejoría del paciente va acompañada de cambios en su vida.

Fiorini también define a esta psicoterapia como una *experiencia emocional correctiva* basada en la *introyección del analista como objeto bueno, comprensivo, reparador*. Como se puede apreciar el autor muestra su afiliación a la clásica noción de Alexander, como así también a los rudimentos de la relación de objeto.

Del libro que hicimos mención, en el Cap. 6, “el concepto de foco”, encontramos uno de los mayores desarrollos sobre esta noción capital para Fiorini, en el cual formula los “criterios” más sobresalientes del foco:

Criterios sintomáticos: los síntomas salientes que motivan la consulta, o los puntos de urgencia; criterios interaccionales: el conflicto interpersonal que desencadena la crisis; criterios caracterológicos: una zona delimitada de la personalidad del paciente; criterios atinentes a la díada paciente terapeuta: los puntos de interés aceptables para ambos; criterios técnicos: la interpretación central en la que se basa el tratamiento. Nos aclara que en las psicoterapias estos criterios se yuxtaponen.

Fiorini señala el origen empírico de la noción de foco, dado que el trabajo psicoterapéutico se orienta siempre a un punto problemático, el paciente organiza su relato en relación a algunos conflictos en el que concentra sus fuerzas yoicas. Por otra parte nos dice que desde el punto de vista Dinámico la focalización está guiada a resolver determinados problemas, allí se encuentran los motivos de consulta, la motivación de paciente (que quiere hacer) y la posibilidad de la alianza terapéutica.

Presenta otro punto de vista que lo llama Operacional el foco conduce a trabajar más sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres.

Estructura del foco

Fiorini explica que el foco tiene un eje central en el que ubica: motivo de consulta (síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación, fracasos adaptativos), íntimamente ligado al motivo de consulta se encuentra un conflicto nuclear exacerbado, este se inserta en una específica situación de origen familiar.

Motivo de consulta, conflicto nuclear, situación grupal conforman una situación, que es necesario verla en sus componentes y en su totalidad.

Fiorini resalta la idea de situación, como la estructura en la cual hay que dimensionar lo que le sucede al paciente, de esta manera define al foco: “delimitación de una totalidad concreta sintética”

Componentes del foco

Aspectos caracterológicos, - Aspectos históricos genéticos individuales y grupales reactivados, - Momento evolutivo individual y grupal, -determinantes del contexto social,

Reguladores del foco

- Desde el paciente y su grupo familiar, condicionamientos, posibilidades, expectativas, recursos;
- Desde el terapeuta y la institución, recursos terapéuticos, instrumentos, especialistas, tiempos, objetivos y técnicas

Siguiendo a Fiorini, nos encontramos con una nueva idea que la llama “contratos”, al respecto dice que todo sujeto tiene un contrato implícito con diferentes áreas, (referidas a sí mismo, a sus interacciones, a su cuerpo), cuando hay alguna falla, problema, o perturbación se rompe ese contrato implícito, esa ruptura hace caer la estabilidad,

entonces tenemos la crisis, la misma trae una desintegración del presente, sin posibilidad de planificar el futuro, entonces en esta crisis hay que construir otro contrato. Hay necesidad de psicoterapia cuando hay ruptura de algunas de estas series, el terapeuta se ofrece como algo estable, ofrece un vínculo estable. La estabilidad está dada en tanto el terapeuta es más receptor de mensajes que emisor de mensajes. En el encuadre, dice el autor, tiene que aparecer el “nosotros”, (no “Ud. y yo” como en el psicoanálisis), el terapeuta busca ampliar la percepción del paciente sobre lo que le está pasando, debe mostrarle las vinculaciones grupales que tiene su sufrimiento y que la crisis lleva al aislamiento, debe ayudarlo a pensar, esto implica manejarse con las categorías de consciente-preconsciente, es importante que el terapeuta haga proposiciones.

Otra consideración de Fiorini está referida a lo que denomina la transferencia-diferencia, dice que la transferencia es interpretable en cambio la diferencia no se interpreta se hace, la diferencia hay que entenderla como la ruptura de la repetición transferencial depositada en el terapeuta, romperla con una acción, donde el terapeuta actúa, toma una acción a su cargo

La posición del terapeuta es entendida como un recurso técnico en sí mismo, la función del mismo supone: la pantalla de todas las proyecciones regresivas del paciente, como la potencia del saber de todo lo que el paciente necesita, como la disposición a la comprensión, como el que ofrece la certeza de un “programa” justo y adecuado para el futuro. En este sentido el terapeuta es un dispositivo en sí mismo, es el que establece las reglas quien las ejecuta, quien las cambia, por lo cual está habilitado a enseñar cómo se debe pasar del mundo neurótico fantaseado a la realidad, este pasaje a la realidad es posible por medio de la identificación del paciente a los rasgos de normalidad que pone en juego el terapeuta, el terapeuta cuenta siempre con la posibilidad de leer la vida del paciente mediante la infalible contratransferencia que le permite un registro en sí mismo de lo que le ocurre al paciente.

La irrupción de Lacan

El covid-19, dejó al descubierto algunas cosas que hace tiempo están a nuestro lado, más aun dejó al descubierto lo que forma parte de nuestra existencia. Dejar al descubierto quiere decir que nos obliga a mirar lo que no queríamos ver. ¿Quizás veamos un poco más que “el rey está desnudo”?

Quiero destacar lo siguiente, el capitalismo es una maquinaria económica que se reactualiza permanentemente, por lo menos hasta ahora, que ha forzado el armado de una relación social mediante la cual viene logrando que coexistan las divisiones de clases con sus antagonismos punzantes con la creencia de que todos y cada uno de los sujetos son iguales porque gozan de (con) los mismos derechos. Y si todos tenemos los mismos derechos, repito lo que se repite hasta el cansancio: si todos tenemos los mismos derechos no queda otra cosa que concluir que Todos Somos Iguales.

Se reconoce que el Capitalismo arrasa con la estructura social de la cual surgió que se basaba en un orden jerárquico y estratificado, se reconoce que provoco un cambio histórico que afecto a toda la existencia de los seres humanos, se reconoce que el Capitalismo se sigue expandiendo y que nadie avizora si tiene algún limite. Que como bien lo planteo uno que sabía del asunto, “todo lo solido se desvanece en el aire...”, sigue siendo una certera definición del accionar de esta insaciable maquinaria.

A mi entender existe una obstinación defensiva, lo llamo así por ahora, que nos impide reconocer y aceptar que el Capitalismo da lugar, desde el SXVIII hasta nuestros días, a tres clases sociales estructuralmente diferentes. Es decir mientras que la realidad nos muestra y diría que nos hace sentir, que los que consumen (por su salario) no son iguales a los que producen (con el capital) y que hay sujetos desocupados (sin salario sin capital) que son diferentes a los dos anteriores, radicalmente diferentes.

Esas diferencias, que en algunos casos son brutales y lacerantes, tienen un tratamiento para licuarlas. Mi explicación en este momento es que esas diferencia se borran de la conciencia media de los sujetos ciudadanos porque se goza demasiado con el significante todos iguales. Con ese significante se vive, se goza de la mañana a la noche, esto no quiere decir que sea el único factor que alimente el des- conocimiento.

Si estoy cerca de lo cierto puedo decir que el Capitalismo es una maquinaria económica sin alma, sin espíritu, sin malas o buenas intenciones y que la democracia, que es nuestra forma de habitar el capitalismo, es la que le aporta un alma, un espíritu y unas intenciones que construyeron en este caso una creencia básica y esencial: los derechos de la democracia nos hacen sujetos iguales. Esta creencia opera como defensa en relación a lo traumático que viene de las fracturas sociales. Renegar lo real traumático social con una creencia (que tiene un sustento simbólico) es una operación que pone en juego un mecanismo perverso.

Resumiendo: hay una maquinaria económica que segrega desigualdad al mismo tiempo que su sistema político afirma la igualdad renegando de la desigualdad.

Pero a pesar de todo, lo renegado siempre retorna como revueltas, paros, piquetes, protestas, desobediencias, sublevaciones. Estos son algunos de los nombres que recibe el retorno de lo real del capitalismo que la democracia cura mediante la reafirmación de la creencia, todos somos iguales, apelando a uno de sus remedios favoritos: re-

primir en nombre de la igualdad. Entonces el retorno de lo renegado para millones no es otra cosa que malestares coyunturales que requieren de algún reajuste, y más adelante de otro reajuste, y pasado mañana de otro más, y así vamos...

(Casi) todos estamos viviendo dentro de esa creencia, hay algunos más creyentes que otros, hay escépticos y algunos incrédulos.

La adaptación

Los dispositivos adaptativos son parte de la estructura misma de la relación social que requiere el Capitalismo, sus discursos e instituciones “democráticas” dan lugar a la trama de prácticas y enunciados que sujetan a cada ser hablante a sus otros a sus objetos, a su modo de vida.

Cuando decimos su modo de vida en realidad vemos que no es tan suyo. No es exagerado decir que el sujeto y su vecino son parte de un modo de vida que es cada vez más uniforme, que cada vez más los modos de vida se parece por más que cada uno esté en su casa o cada uno viva en su ciudad, (casi) todos comparten un modo de vida sostenido en una ritualización diaria que cada vez pierde un poco más el color “típico” que alguna vez supo tener.

En nuestros días los sujetos de la clase media europea, los sujetos de clase media norteamericana, los sujetos de las clases medias latinoamericanas tienen un modo de vida con muchas, pero muchas, más similitudes que diferencias.

Por eso todos, o casi todos, estamos adaptados a un modo de vida que es tan suyo como del otro. Entonces los ideales y los modos de gozar de mi vecino terminan siendo el espejo en donde me miro y a partir de lo que veo voy a reafirmar mis elecciones, mis demandas, mis predilecciones, mis gustos. Con la satisfacción de que mi modo es el espejo para otros.

A mi entender el Capitalismo no funcionaría si no hubiera contado con el aporte de la Democracia. Me explico, la Democracia es

el recurso estratégico para generar un amor a la misma por el cual terminamos queriendo la adaptación que nos propone.

A lo largo de su historia se puede ver lo siguiente, en sus inicios en la relación capitalista coexistía lo diverso, pueblos, razas, religiones (coexistencia que nunca fue pacífica), ahora bien, el SXXI nos muestra otra cosa que es la aceleración en el armado de lo uniforme. La expansión del capitalismo, que hoy en día parece no tener fronteras ni límites, va acompañada por el discurso democrático, que pregona por todos los medios, que trae en sus manos el modelo de igualdad que han elegido los pueblos más desarrollados y más inteligentes de occidente. Si las creencias religiosas tienen menos creyentes (según se dice...) entonces aprovechando ese vacío hay que creer en una nueva religión llamada democracia, que por las malas o por las buenas cada vez tiene más creyentes (según se dice...) La democracia necesita sujetos fieles y sobre todo creyentes, que crean en su ideal: que hay pueblos muy civilizados e inteligentes donde reina la igualdad. Ideal tan ilusorio como el que prometía el paraíso y la vida eterna. Pero parafraseando el dicho popular que dice: de ilusiones también se vive podríamos decir al respecto que de ilusiones se vive...

¿No es un logro “democrático” haber domesticado a millones y millones, haber logrado que millones de seres parlantes se mantengan fieles a una creencia?

Personalmente creo que este tremendo logro del capitalismo gracias a su relación indisoluble con la democracia dejó la mesa servida para que el neoliberalismo nos devorara a todos, porque hoy más que ayer vivimos renegando de las diferencias irreconciliables que tiene la realidad social que habitamos, una fractura social que cuanto más muestra sus fallas, más aumenta la creencia renegatoria. Lo cual lleva a que se invierta un plus libidinal, cada día más, en sostener, y sostenernos en esa ilusoria creencia en lo igualitario.

Me atrevo a plantear que el discurso democrático es nuestro Amo, nuestro S1 que nos comanda desde nosotros mismos como desde el

afuera de nosotros, que requiere que nuestra libido se concentre en los semblantes que encarnan el ideal de la creencia.

Responsabilidad y síntoma

¿Cómo interviene en este punto la indelegable responsabilidad del sujeto?

A mi entender hay una responsabilidad de cada uno porque lo que nos pasa no es a causa solamente del Otro, sea cual sea ese Otro. Que la indolencia sea el refugio frente a la angustia no es responsabilidad del Otro, quiero decir que no les podemos echar la culpa a los Amos del mundo para eludir nuestra responsabilidad.

Podríamos preguntarnos si hay algo que resiste a la unificación, si hay algo que no es asimilable en las creencias, ¿cuál es esa parte de nuestra vida que no entra en lo uniforme? ¿Eso que en cada sujeto tendría un índice de real diferencia?

Si hay algo que se aloja en cada uno y vive fuera de lo común corre por cuenta del síntoma de cada uno. Ese síntoma no se exhibe no se comparte con el vecino queda reservado al pensamiento y al cuerpo de cada uno. Y el síntoma como diferencia subjetiva, como rasgo inasimilable, fue esclarecido por el Psicoanálisis.

Si el asalariado, el capitalista y el desocupado, signos patentes de las diferencias sociales, son renegados por la operación democrática mediante el evangelio de la igualdad que satura el alma colectiva, el síntoma del sujeto goza de buena salud, porque subsiste aportándole el goce íntimo mediante el cual alimenta cotidianamente su existencia. El psicoanálisis muestra permanentemente que del síntoma se puede esperar algo más que un goce solitario, porque el sujeto puede encontrar en él la potencialidad de su deseo que le permita ir un poco más allá de las identificaciones alienantes del alma colectiva.

La originalidad del psicoanálisis freudiano fue tratar el síntoma como retorno de lo reprimido, como camino de señales que si las

sabemos interpretar nos llevan al deseo inconciente, la cura debía buscar remover las posiciones subjetivas cristalizadas en las primeras identificaciones y elecciones de objeto, remover las fijaciones libidinales amarradas en el cuerpo, para que el sujeto tenga una disponibilidad libidinal para investir nuevos objetos.

Quiero decir que el síntoma en análisis debe reducir su potencialidad de sufrimiento (goce), y transformarse de la fuente de sufrimiento que era en la fuente de un nuevo saber hacer que le permita al sujeto hacer un nuevo uso del mismo.

Creo que podríamos pensar al síntoma como el estilo propio de cada uno, el análisis lo que permite es desenredarse, salir del enredo sintomático, ahora bien desenredarse es siempre a partir de lo que nos enredó que se hizo carne en cada uno, y desde allí, desde esas marcas se reconstruye, se reelabora, se rectifica.

Hay una disyuntiva que debe asumir y resolver el terapeuta que se ocupa de llevar adelante una psicoterapia, entre la adaptación a los mandatos de la época, en este caso el síntoma es un signo de desadaptación, o la perspectiva psicoanalítica para la cual la adaptación ya está garantizada por la neurosis de cada uno y el síntoma debe ser resguardado porque su interpretación revela que lo singular de cada sujeto no es solamente su manera de gozar, sino que escarbando en el síntoma existe la posibilidad cierta de encontrar y asumir un deseo que no está determinado.

Lacan con Freud

Ahora bien ¿los discípulos de Freud supieron mantener este legado?, ¿pudieron resistir a las demandas adaptativas planteadas desde los discursos dominantes?

En este sentido nada mejor que recurrir al psicoanalista que se abocó a lo largo de toda su vida a poner en estado crítico el destino que sus colegas de la IPA le iban dando al psicoanálisis freudiano.

no. Tomar en cuenta a J. Lacan, queremos decir a su enseñanza, es porque se ocupó incansablemente de redescubrir los fundamentos planteados por Freud que hicieron del Psicoanálisis algo tan particular que parecía inasimilable dentro de los discursos de la época. El termino redescubrir mediante el cual distingo a Lacan no es casual por lo siguiente, Lacan descubre a Freud del velo con el cual se lo había tapado. Freud en 1938 muere, por lo tanto concluye su obra y su trasmisión personal del psicoanálisis, como se sabe a partir de entonces la trasmisión quedo en manos de la IPA, para ser más claro de los posfreudianos que dominaban en la IPA, es decir había un “Freud oficializado” que era el que debía leerse, lo paradójico es que luego de finalizada la segunda guerra, el psicoanálisis de la IPA tenía algo de freudiano y mucho de “Psicología del yo” y bastante de “Psicología de las relaciones objetales”. Quiero decir que la obra de Freud comenzaba a ser llevada hacia los dominios del discurso psicológico, y por otro lado, contrariando el deseo de Freud, ya era una norma que para ingresar a la IPA había que tener el título de médico. Un psicoanálisis que se psicologizaba y que queda resguardado por el orden médico.

Entonces en esos años Lacan al ir al encuentro de los textos freudianos (sabemos que no solo lee a Freud según la traducción de J. Strachery, sino que directamente lo lee en alemán) pone de relieve que lo que “dice Freud” no es lo que “dice la IPA”, por eso podemos decir que Lacan redescubre a Freud.

Jaques Lacan (1901-1981) parisino. Médico que se doctoro en Psiquiatría con su tesis “ La Psicosis Paranoica” (1932), luego de la misma comienza su acercamiento al Psicoanálisis, primero como lector de la obra freudiana y luego como practicante del mismo a partir de su incorporación a la Sociedad Psicoanalítica de Paris. En la cual se lo encuentra al filo de los años 50 como didacta (la jerarquía máxima en la “carrera” de un psicoanalista según los criterios de la IPA), y vicepresidente de la misma.

El analista Lacan es una consecuencia de su redescubrimiento de Freud. El redescubrimiento se hace público mediante los cursos que

dicta Lacan sobre, entre otros textos, los “casos clínicos de Freud”. Y volver a poner en primer lugar otra vez a la letra de Freud, sus conceptos y su práctica, asunto que no debería llamar la atención a nadie de la comunidad de psicoanalistas, sin embargo tiene sus consecuencias en una institución que quería mantener su especificidad doctrinal mediante la rigidez de sus normas.

Son conocidas las diferencias que mantenía Lacan con una parte de sus colegas de la Sociedad, y particularmente con S. Nacht quien ejercía la presidencia de la misma, sobre cuestiones centrales como la formación de los analistas, las funciones de los analistas didactas, sobre el tiempo de la sesión.

En el año 1953 Lacan junto a algunos otros miembros relevantes (F. Dolto, D. Lagache, entre otros) y un número importante de analistas en formación se separan de la SPP y fundan una nueva entidad llamada Sociedad Francesa de Psicoanálisis.

Lo que se conoce como “la escisión del 53” es el resultado del profundo desacuerdo que se puso de manifiesto entre los analistas, de un lado J. Lacan y del otro S. Nacht, en relación a diversas cuestiones tales como: la pertinencia del título de médico, el programa más apropiado para la puesta en marcha del Instituto de Psicoanálisis, espacio de alta significación en la formación de los analistas, y hasta incluso el lugar que debería ocupar la princesa María Bonaparte, que entre otras cosas era analizante y muy amiga de Freud, gestora del salvoconducto que permitió el exilio de Freud en Londres, sobrina bisnieta nada menos que de Napoleón, que la unía a Lacan un desprecio mutuo que era manifiesto.

Lacan, (presidente de la SPP desde diciembre de 1952 hasta la escisión de 1953) había preparado un Programa de Formación para los candidatos a analistas que incluía requisitos del candidato y una versión sobre cómo se “aprende” a ser psicoanalista. A las diferencias existentes entre Lacan y S. Nacht se le suma que este no aceptaba otra cosa que el título de médico fuera la condición habilitante para

que un aspirante pudiera ingresar a la SPP. Obviamente ese no era el criterio de Lacan.

Al comienzo de la década del 50 Lacan, ya una figura muy respetada, comienza a tener un creciente grupo de psicoanalistas que asisten a sus primeros Seminarios, en los cuales relee a Freud, y allí nace un vínculo que se alimenta del amor al saber, que no necesariamente necesita de una institución, es decir el lector de Freud y su auditorio se anudan en una transferencia de trabajo, sabiendo que para que lo común marche es necesario el trabajo de cada uno.

Este interés de Lacan por la obra de Freud comienza a verse reflejada en diversos trabajos, como en “intervención sobre la transferencia”, presentación efectuada en el año 1951 en el Congreso de Psicoanalistas de lengua romance. En el mismo, “el caso dora” es examinado desde los enredos transferenciales de Freud con su paciente. La originalidad del enfoque de Lacan reside en mostrar las equivocaciones de Freud a partir de los propios conceptos freudianos. Los aciertos así como los errores de Freud, según Lacan, solo se explican con los propios conceptos freudianos.

El propio Lacan siempre destacó que el año 1953 fue un año clave en su relación con el Psicoanálisis porque se inició su verdadera enseñanza del psicoanálisis. Es a partir de esa fecha que toman estado público algunos textos, hoy considerados históricos, como la conferencia pronunciada el junio llamada “simbólico, imaginario y real”, el llamado “discurso de Roma”, que es la presentación de lo que fue su alocución conocida como “función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis”.

Ambos trabajos testimonian el pensamiento de Lacan ya sin los condicionamientos de su pertenencia a la SPP

La relectura de los textos de Freud causa asombro entre sus pares, no solo por la minuciosa revisión a que somete a la letra freudiana, sino por los instrumentos conceptuales con los cuales disecciona toda la obra freudiana. Allí comienza un derrotero singular porque alumbró algo que podemos llamar “el estilo de Lacan”, que se distingue por

su singular y única elaboración conceptual, por su singular y única manera de practicar el psicoanálisis. Digamos que esto es palpable en lo que podemos llamar “la sesión lacaniana”, que a mi entender es un objeto nuevo se mire por donde se lo mire, desde la duración de la misma determinada por el corte que interrumpe la sesión, la operatividad del deseo del analista y la responsabilidad en la dirección de la cura, sus intervenciones al pie del significante, al pie de la letra, al pie del goce. El comienzo (si lo hay) y el final (si se llega) del análisis, más allá del deseo de cada analizante, son tiempos diferentes que dependen de algunas operaciones que el analista tiene que poner en marcha. Todo esto que nombro no entra en el molde de la sesión IPA.

La enseñanza de Lacan, mientras este vivía, circulaba por dos registros distintos, uno de ellos es propio de lo escrito es decir que iba dirigido a los lectores que son un Otro siempre indeterminado, el otro registro fue el oral en este caso el Otro es el que escucha en presencia.

En 1966 publica un volumen de treinta y pico de trabajos llamado “Escritos”, que abarcan sus producidos justamente escrita desde comienzo de los años cuarenta. Y también tenemos otro volumen de textos variados (conferencias, prólogos, ensayos, intervenciones diversas) publicados con el título de “Otros Escritos” (2012) supervisados y publicados por J-A Miller.

Lacan desde 1953 a 1980 dicto todos los años un Seminario (24 o 25?), de los cuales hay 16 traducidos y publicados según la versión establecida por J-A Miller. Debo decirles que hay versiones de sus seminarios que no son los establecidos por J-A Miller que están en diversos sitios de Internet.

Lacan y su “retorno a Freud”

En la comunidad psicoanalítica Jacques Lacan es seguramente el psicoanalista más original luego de Freud, también el más desafiante y controversial, su enseñanza muestra un movimiento constante en

donde encontramos un Lacan freudiano que se continuo en un Lacan lacaniano y porque no un último Lacan que fue en cierta manera un otro de los anteriores. Así como tuvo un “retorno a Freud”, también tuvo un retorno a Lacan. Ese movimiento dio lugar a conceptos nuevos, a una práctica novedosa, que así como impactaron en la “formación del analista”, también dieron lugar a un dispositivo nuevo de transmisión y formación llamado Escuela.

Por fuera del mundo psicoanalítico referencias a su obra se encuentran en los discursos más agudos de la época, como en los llamados estudios de género que desarrollan J. Butler o L. Bersani, o en las propuestas de Teresa de Lauretis, teórica del feminismo y precursora de los estudios queer. Su influencia se la puede encontrar en la teoría política que propone E. Laclau, o en los planteos sobre “la izquierda lacaniana” que trabaja J. Aleman, como así también en la diversidad de análisis que lleva a cabo S. Zizek. Solamente cito a aquellos que son más conocidos en nuestro país.

Digamos algo más, en el campo específico del psicoanálisis su originalidad reside no solo en su “estilo” discursivo, (tan preciosista y barroco como tan conceptualmente luminoso) sino en la posición epistemológica que asume frente a la obra de Freud, en este sentido hay que decir que la posición de Lacan se distingue claramente de sus colegas de la época por lo siguiente:

a) Rescata nociones, conceptos o problemas de la obra freudiana desatendidos por los “posfreudianos” como la compleja noción de objeto (perdido, parcial, contingente), la idea del superyó como agente insaciable que está al servicio de la represión como asimismo de la satisfacción, la castración como la operación constituyente del ser humano, las formaciones del inconciente, el deseo inconciente, la pulsión de muerte, entre otras,

b) Incorpora nuevos instrumentos conceptuales para reafirmar los fundamentos principales de Freud, como el de estructura, teoría del significante, conceptos de la dialéctica, nociones de topología,

c) Desarrolla conceptos novedosos no presentes en la obra de Freud, registros simbólico, imaginario y real, sujeto, teoría del Otro, falta en ser, objeto “a”, teorías de fin de análisis, y en un último periodo (“el último”) la lengua, parletre, sinthome, etc.

Esta originalidad discursiva, su estilo y sus conceptos, tiene un primer punto de referencia en el Lacan de los años cincuenta, periodo que el mismo caracterizó como el de su “retorno a Freud”. Allí ya se pueden descubrir una posición propia, diferente y original en su modo de reformular algunos de los núcleos conceptuales freudianos, a partir de las nociones que Lacan toma de otras disciplinas e “inyecta” en el Psicoanálisis, dando lugar a que algunas ideas freudianas adquieran una fortaleza epistémica acorde a los desarrollos teóricos más avanzados, que venían marcando un camino de renovación disciplinar en la Lingüística y la Antropología Estructural.

Quiero que tengan en cuenta que en su hora inicial en el psicoanálisis Lacan se distingue por resaltar lo siguiente, si la experiencia psicoanalítica perdura en su eficacia es porque el invento de Freud conmueve algo esencial de la constitución del ser hablante. Este hallazgo freudiano que el hombre enferma por palabras y que puede curarse por palabras, marca una diferencia absoluta con otras intervenciones como la de los posfreudianos y de otras psicoterapias. Podemos decir que Lacan reafirma una orientación ya establecida por Freud: el psicoanálisis no es una nueva terapia psicológica, ni tampoco es una versión humanizada de la psiquiatría, sino que se distingue por poner en el centro de la cura a uno que sepa que para entender de qué se trata “la cosa freudiana...” debe impregnarse de “función y campo de la palabra y del lenguaje...”, como de la “la instancia de la letra ...”.

Una consecuencia directa de lo que podemos llamar la “operación Lacan” es que da lugar a una renovación de la práctica de la cura, basta como ejemplo mencionar dos iniciativas, la promoción del llamado “deseo del analista” en contraposición a la contratransferencia y al lugar de ideal que en ella ocupaba el analista posfreudiano, y por otra parte las controvertidas “sesiones cortas”, (vale recordar que justa-

mente tales sesiones fueron uno de los cuestionamientos a la práctica clínica de Lacan planteada por la IPA).

En esos tiempos lo que podría llamarse “la sesión lacaniana” se establece a partir del siguiente principio: “el inconciente está estructurado como un lenguaje”, el cual da lugar a otra manera de entender la interpretación. La interpretación lacaniana va determinando los tiempos del inconciente y los tiempos de la sesión son una consecuencia de esa operación. Así lo encontramos dicho por el propio Lacan: “Así, es una puntuación afortunada la que da su sentido al discurso del sujeto. Por eso la suspensión de la sesión de la que la técnica actual hace un alto puramente cronométrico, y como tal indiferente a la trama del discurso, desempeña en él un papel de escansión que tiene todo el valor de una intervención para precipitar los momentos concluyentes” (“Función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis...” (1)Pág. 73).

Como es sabido la llamada “tradición posfreudiana”, había encerrado, si cabe el termino, al Inconciente en los canónicos cincuenta minutos, haciendo prevalecer un ordenamiento administrativo por sobre la “temporalidad del inconciente”

Lacan da a entender que la efectividad del procedimiento freudiano depende del resguardo o mantenimiento de la originalidad de su práctica, por lo cual el porvenir del psicoanálisis depende que se conserve la pureza de sus principios.

También es necesario destacar que la intervención de Lacan en ese periodo no podría terminar de entenderse si no se toma en cuenta un doble movimiento, uno preponderantemente conceptual y el otro es institucional.

Lo conceptual, está referido a que retorna a los textos en los cuales Freud encuentra que en la “palabra” se encarna el Inconciente sus operaciones y sus efectos, y que el analista solo cuenta con palabras que deben “transmutarse” en interpretaciones, que el Inconciente es un saber que puede ser descifrado si el analista sabe escuchar, que el desciframiento no elimina al Inconciente. Afirmándose en estos

principios denuncia los desvíos de los posfreudianos, que como habíamos dicho anteriormente eran seguidores de la llamada “teoría del yo” cuyo representante más destacado era H. Hartmann, como así también de los cultores de la llamada “teoría de objeto” que en ese tiempo su representante era M. Balint.

Lacan señala críticamente que los cultores de esa orientación están llevando a la práctica analítica a una “reeducación emocional” a una “terapia correctiva y adaptativa”, que para Lacan es un aniquilamiento sistemático de lo esencial de la práctica freudiana. Por eso advierte y plantea: “si el psicoanálisis puede llegar a ser una ciencia –pues no lo es todavía-, y si no debe degenerar en su técnica –cosa que tal vez ya esté hecha-, debemos recuperar el sentido de su experiencia. Nada mejor podríamos hacer con este fin que volver a la obra de Freud” (2) (Lacan, “Función y campo”).

En otras palabras, la crítica de Lacan se justifica porque la cura tal como se la encuentra en los posfreudianos se regía por algo así como “el yo del paciente se cura mediante el ideal del analista”.

Por eso vamos a encontrar en esos años (1953 a 1958) la insistencia de Lacan en torno a los principios esenciales que están en la obra freudiana, tales como: a) el inconsciente irreductible a la conciencia; b) la función resistencial del yo por su anclaje en el narcisismo; c) la sexualidad regida por el circuito pulsional y no por una normativa biológica, y e) el descentramiento del analista del lugar de ideal en la cura.

Es necesario remarcar que el “retorno a Freud” no es una simple relectura de algunas nociones que habían sido sintomáticamente “olvidadas” por el Psicoanálisis institucionalizado de la IPA, para Lacan no se trató de ir al mausoleo del padre a encontrarse con restos inertes, sino que fue un monumental esfuerzo epistémico, que reconociendo que el padre estaba muerto, resaltaba que su legado, el psicoanálisis, estaba aún vivo si se sabía leer en el mismo su potencialidad subversiva.

Mencionaba que la revisión conceptual que emprendió Lacan, que ponía en tela de juicio la concepción del psicoanálisis que desarrollaba la IPA, tuvo consecuencias institucionales de rupturas y

finalmente de una expulsión. Lacan quedo en el ojo de la tormenta porque su dedicación constante a leer y revisar los conceptos freudianos lo llevo a que no solo cuestionara la teoría y la práctica oficial del psicoanálisis, sino que también quedaba cuestionada la “formación del analista” que es razón misma de la IPA. La conclusión de la historia es conocida, como sabemos culmina en 1964 con la expulsión (sin retorno) de Lacan. Pueden leer en el S XI, sobre todo en las primeras clases, el relato o más bien la interpretación de Lacan, como se dice al calor de los hechos, de la insólita sanción de por vida de la cual fue objeto.

Quiero aclarar muy brevemente este punto. Para la IPA la condición para ingresar a la misma era el título de médico, sin ese título no había formación posible, en cuanto a la formación en si misma consistía en cursar una serie de seminarios correlativos y escalonados, el análisis didáctico se emprendía con un didacta de la lista que ofrecía la IPA. Para Lacan un analista es el resultado de su análisis personal, (todo análisis es didáctico) del mismo debe emerger el deseo de ser analista que puede llevar, o no, a elegir el oficio de analista. Es decir que en el primer caso es decisiva una condición previa y un recorrido de estudio estándar, en el segundo caso cada candidato elige su recorrido conceptual y no hay condición previa sino que la condición, el deseo del analista, es el resultado del análisis de cada uno. (No vamos a desarrollar la lógica de la Escuela con sus dos dispositivos: el cartel y el pase).

La dirección de la cura y los principios de su poder (1958)

El conocido texto de Lacan “La dirección de la cura”, bien puede ser leído, parafraseando un título de Freud, como “los nuevos consejos al analista”. Si el texto de Freud se dirigía a los médicos que querían comenzar su práctica en el psicoanálisis, ahora Lacan se dirige a los analistas para mostrar cuales son los “desvíos” que califica de “anti-

freudianos” que encuentra en la práctica de sus colegas, estos desvíos se hacen patentes solo si se retorna a la letra freudiana.

En el trabajo hay una cuestión central con un complemento, la intensión de Lacan es que la “cura”, cuestión central para el Psicoanálisis, tome su debido lugar a partir que se despeje a fondo “los principios de su poder”. Lo podemos plantear de esta manera: si la cura hace causa con el Inconciente es una cosa, si la cura adopta el modelo de la “relación dual” sustentada en la “contratransferencia es otra.

En el texto se puede apreciar claramente no solo el progreso de las formalizaciones conceptuales hechas por Lacan, sino también las transformaciones que el mismo ha realizado de sus primeros enunciados. Podemos ver algunas referencias acerca de lo que fue la primera concepción de la cura de Lacan, la que ubicaba a la experiencia analítica dentro de las “leyes de la palabra” y su teoría del reconocimiento, y la reubicación de la cura analítica dentro de lo que denomina las “leyes del significante”. En el texto también vamos a encontrar una redefinición de los operadores centrales de la cura analítica, algunos de los cuales son: *la posición del analista* en relación a la interpretación, a la transferencia y a su propio ser, el deseo del analista, la interpretación significativa, la dialéctica del deseo y la demanda, la carencia en ser.

Acá van algunos comentarios:

¿Quién analiza hoy?

Lacan denuncia o cuestiona la pertinencia del concepto de “contratransferencia”, se pregunta cuan freudiano es. Sabemos que Freud menciona el término en dos o tres oportunidades y que lo que incumbe a la contratransferencia lo situó del lado de los problemas que un analista tiene que resolver en su análisis personal, es decir no con su paciente. Recordemos brevemente que es lo que Freud había planteado en relación a la contratransferencia. En “Las perspectivas futuras

de la terapia psicoanalítica” (1910) dice: “Nos hemos vistos llevados a prestar atención a la ‘contratransferencia’ que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos”. En 1914, “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, plantea: “Para el médico significa un esclarecimiento valioso y una buena prevención de una contratransferencia aprontada en él”, en el mismo texto un poco más adelante: “Opino, pues, que no es lícito desmentir la indiferencia que, mediante el sofrenamiento de la contratransferencia, uno ha adquirido”.

Las indicaciones de Freud: “discernirla”, “dominarla”, “análisis del analista”, “esclarecerla” y “prevenirla”, “sofrenarla”, parece que van en la dirección de no darle lugar a las reacciones subjetivas del analista, es decir que solo son reacciones que sirven a las resistencias del propio analista.

Lacan adjudica al “psicoanálisis del Yo” y a lo que este propone “la reeducación emocional del paciente” haber querido situar al analista en una relación intersubjetiva, suponiendo que se puede identificar con su paciente (contratransferencia) y al mismo tiempo resultar indemne y operar como ideal para el mismo paciente. La sospecha de Lacan es si esa postura no tiene afinidad con el “ejercicio de un poder”... “Pretendemos mostrar en que la impotencia para sostener auténticamente una praxis, se reduce, como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder”

La dirección de la cura implica que el analista debe hacerse cargo de las reglas o condiciones necesarias para que se arme y se mantenga

la sesión, debe hacerse cargo de la interpretación, del lugar que ocupa en la transferencia, del papel decisivo del deseo del analista (que no está referido a sus deseos personales), en fin dirigir la cura no es dirigir al paciente, siguiendo lo que indicaba Freud cuando afirmaba que no se trata de reeducar, ni de modelar, ni de guiar.

Los “pagos del analista”, enunciado que tuvo una trascendencia propia, los tres pagos son tres cuestiones que cada una de ellas implica una renuncia que debe resolver un analista, 1- que las palabras del analista se conviertan en interpretaciones, 2- que tiene que hacer con su persona para posibilitar la buena transferencia, 3- tiene que resolver su “falta en ser”, para dar lugar a la necesaria posición ética que debe asumir el analista, es decir que debe renunciar de sus creencias más íntimas, más personales para dar lugar a su deseo de analista (no a sus demandas o ideales personales). Agreguemos una frase que formula una cuestión que vuelve a poner en evidencia la necesidad de esclarecer la función del analista en la cura: “que el analista cura menos por lo que dice y hace que por lo que es”, una posible respuesta está en invertir la misma frase.

En continuidad con lo anterior: “volveré pues a poner al analista en el banquillo, en la medida en que lo estoy yo mismo, para observar que esta tanto menos seguro de su acción cuanto que en ella está más interesado” Lacan usa una frase fuerte “banquillo de los acusados” no solo dirigida a sus colegas sino a el mismo, y hay una explicación del porqué de la frase acusatoria que se la puede encontrar en esta otra frase “para observar que está tanto menos seguro de su acción cuanto que en ella está más interesado en su ser”. La intersubjetividad ofrece tres posibilidades: ser el objeto de goce para el sujeto, ser el otro de la identificación o ser el otro del Ideal, estas posiciones son reversibles y las tres señalan, sin lugar a dudas, un síntoma del analista. Lacan presenta otra posición para el analista, que en este trabajo define como asumir su “falta en ser” que no es otra cosa que la falta en donde tiene que emerger el “deseo del analista” (luego Lacan dirá que la posición del analista será asumirse como objeto causa del deseo “a”)

Trae a colación otra vez la transferencia en este caso desde dos perspectivas “el desdoblamiento que sufre allí mi persona”, si con anterioridad planteaba que el analista tiene que renunciar a sus juicios, creencias y demás, ahora le suma que el analista “carga” con las proyecciones imaginarias del paciente, lo que le supone el paciente, y agrega que en esos enredos “... allí donde hay que buscar el secreto del análisis”. Al igual que Freud plantea que es necesario dilucidar lo que la transferencia tiene de demanda, de repetición, de satisfacción sustituta.

A continuación aparece formulado uno de los problemas que para Lacan sintetiza el camino errado que ha tomado el Psicoanálisis: “¿el psicoanálisis es una situación de dos?”

Lacan señala dos posiciones del analista, una la de ser “un espejo” referencia a una idea ya planteada por Freud en uno de sus escritos sobre técnica (una alusión de Freud a dejar afuera a la contratransferencia en tanto afectos), y la otra la del juego del bridge, mediante el cual quiere darle visibilidad a otra posición posible para el analista, entonces dice: “lo que es seguro es que los sentimientos del analista solo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto, y que si se lo reanima, el juego prosigue sin que se sepa quién lo conduce”, lo cual haría posible, “el analista se adjudica la ayuda de lo que en ese juego se denomina el muerto, pero es para hacer surgir al cuarto que va a ser aquí la pareja del analizado ...” Aquí es Lacan quien señala que los sentimientos del analista deben ir al lugar del muerto para no entorpecer(se) y dar lugar al “otro” del paciente.

La falta en ser es donde tiene que advenir el “deseo del analista”, que por una parte es lo contrario a posicionarse como ideal o como rasgo identificatorio, y por la otra Lacan muestra que el análisis no es una relación dual, porque a la presencia de los dos, hay que sumarle el deseo del analista, los otros de la historia de los síntomas del paciente. “..El analista es aún menos libre en aquello que domina estrategia y táctica, su política, en la cual debería ubicarse por su falta en ser..”

Lacan lanza el siguiente planteo: ¿qué es lo que hace posible la acción del analista sobre el paciente? la respuesta va más allá de la cura

pero incumbe a esta, se trata de la estructura significante, propia del Orden Simbólico.

El “ego autónomo”, “la relación dual”, “la contratransferencia”, no dejan de ser consideradas como los problemas para el Psicoanálisis de la época.

Plantea los lineamientos de uno de los temas más complejos, que es la relación entre la transferencia (todos los fenómenos Imaginarios y la Simbólica que crea el análisis) y la interpretación ... Y encontramos en esta frase planteado el problema, pero no resuelto porque esta formulado como una pregunta “¿Quién es el analista? ¿El que interpreta aprovechando la transferencia? ¿El que la analiza cómo resistencia? ¿O el que impone su idea de la realidad?”

¿Cuál es el lugar de la interpretación?

Comienza el apartado brindando un sintético diagnóstico: la interpretación ocupa un lugar mínimo en el campo del psicoanálisis, abundan las intervenciones verbales que no son interpretación pero que se las toma como tales: explicaciones, gratificaciones, respuestas a preguntas e inclusive la confrontación del sujeto con su conducta (insight). Pero no se considera interpretación la confrontación del sujeto con su decir, y Lacan agrega con ironía: se la desconoce cómo interpretación por ser solo “un decir esclarecedor”.

Lacan introduce al “significante” de manera decisiva en la determinación del sujeto y como sustento para la interpretación. Dice que en la interpretación se pone en juego “una transmutación en el sujeto” (transmutación, es un término relacionado con la alquimia, que explica la conversión de un elemento en otro). Se trata de la función del significante, “que capte donde el sujeto se subordina al hasta el punto de ser sobornado por él”, y aquí viene la definición: “la interpretación, para descifrar la diacronía de las repeticiones inconscientes, debe introducir en la sincronía de los significantes que allí se componen algo

que bruscamente haga posible su traducción- precisamente lo que permite la función del Otro en la ocultación del código. Ya que es a propósito del como aparece su elemento faltante”

Se destaca la importancia del significante en la localización de la verdad analítica, porque la interpretación como un significante, puede hacer emerger el significado reprimido (como verdad del inconciente)

Se refiere a “nuestra doctrina del significante” que permite entender “los modos de efecto del significante en el advenimiento del significado... única vía para concebir que inscribiéndose en ella la interpretación pueda producir algo nuevo”

Tenemos la novedad de la operación analítica: la interpretación es un significante, el significado es lo reprimido

Recuerda que no hay reglas para la interpretación, advierte que si una interpretación se confirma con el asentimiento del sujeto muestra una posición psicologizante (la interpretación se dirige al Inconciente no a la comprensión conciente). Recuerda que para Freud no era así, la interpretación se validaba a posteriori con el material asociativo que desencadenaba, o inclusive con la negación (verneinung)

Formula este diagnóstico, en la época en el psicoanálisis los efectos analíticos son tomados al revés: la interpretación pierde su lugar, queda minimizada y postergada, dado que la secuencia es: transferencia-contratransferencia-comprensión. En esa secuencia la transferencia es el terreno dominado por el analista, por ella se acede a lo real/realidad, en la operatoria rige el (yo) del analista.

Toma como ejemplo al Hombre de las ratas y a Dora, para señalar que ambos están adaptados a la realidad de la cual se quejan “puesto que concurren a su fabricación”. Luego de este momento (rectificación subjetiva) Freud propicia un cambio, ya no se dirige al Yo en su relación al mundo, termina con las entrevistas cara a cara, y hace entrar al otro del sujeto.

Para Lacan la dirección de la cura se debe ordenar de la siguiente manera: rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, desarrollo de la transferencia y luego la interpretación

Trabaja el caso de E. Kriss, “el hombre de los sesos frescos”, para señalar los equívocos de un analista que desconoce la idea freudiana de rectificación subjetiva.

¿Cuál es la situación actual de la transferencia?

Se refiere a Daniel Lagache para ubicar la transferencia en la dialéctica: repetición de la necesidad o con la necesidad de repetición, para no seguir sosteniendo que la transferencia es la suma de sentimientos que el analizante tiene con su analista.

En la comunidad analítica no se logra esclarecer si la transferencia es el efecto con el analista del “enamoramamiento primario” ¿si es a causa de la satisfacción que se obtiene por lo cual no se puede salir del tratamiento?

Se sigue preguntando si ¿la relación con el analista y su frustración es lo que da lugar, en un segundo tiempo, a los momentos más fecundos, que sostienen la escansión: frustración, agresión, regresión?

Lacan acota que las oscuridades de la noción persisten.

Siendo una noción central para la acción analítica, el manejo de la misma depende de su noción, se constatan tres direcciones u orientaciones, que toma la misma:

a) análisis de las defensas (genetismo), corriente que parte de A. Freud, (genetismo-maduración-defensas), se trata de la relevancia dada a los patrones de conducta, el analista es el representante –patrón- de la realidad

b) relación de objeto, el punto de partida es la noción de objeto parcial de Abraham, en la transferencia esto se traduce en: la capacidad de amar. Según Abraham, en un análisis se trabaja el pasaje de los objetos pregenitales, parciales, incompletos, en donde las pulsiones son ingobernables, reino del narcisismo, al Objeto –con mayúscula- genital, completo integro, capaz de cuidar al otro y donde “el yo es estable, no queda comprometido por la pérdida de un Objeto. Per-

manece independiente de sus objetos...”. Al respecto dice Lacan: “¿y que tiene que ver con lo real ese himno de absurdo a la armonía de lo genital? ¿Habrà que tachar de nuestra experiencia el drama del edipismo, cuando debió ser forjada por Freud justamente para explicar las barreras y los rebajamientos, que son los más banales en la vida amorosas, aunque fuese la más plena?”

c) introyección del analista, “si la transferencia recibe su virtud del hecho de ser devuelta a la realidad de la que el analista es el representante, y si se trata de hacer madurar el Objeto en el invernadero de una situación confinada, no le queda ya al analizante un objeto, si se me permite la expresión, para llevarse a la boca, y es el analista”. El objeto analista se introyecta, (introyección en Ferenczi, identificación con el superego del analista en Strachey, trance narcisista terminal en Balint). Teniendo en cuenta que la introyección se juega en la relación dual, “así es como la importancia concebida en la cura al fantasma de la devoración fálica a expensas de la imagen del analista, nos parece digna de ser señalada, en su coherencia con una dimensión de la cura que la hace caber entera en la disposición de la distancia entre el paciente y el analista como objeto de la relación dual”.

Puntos que destaca Lacan:

- se desconoce el papel del significante fálico en el modo de presencia del sujeto en el deseo

- en el análisis se trata de incorporación simbólica (no de la condición imaginaria)

- menciona lo que llama “perversión transitoria”, como efecto del sistema dual, en la neurosis obsesiva

Siempre en el rubro de lo que Lacan denomina “perversiones transitorias”, reacciones de pacientes obsesivos llevados por la transferencia a un acercamiento al objeto analista (Lacan toma casos de colegas suyos franceses) se refiere a un caso como el que pudo “poder oler al analista”, caso en el que se pretende mostrar el éxito de la transferencia, menciona otro caso, un giro de oler a la orina, a mirar a una

orinadora. En relación a estos casos invita a distinguir a la “madre fálica” de la “fobia en transferencia”.

Propone una definición, que como muchas de Lacan, son un modelo de síntesis y claridad: “les he enseñado a distinguir el objeto fóbico en cuanto significante para todo uso para suplir la falta en el Otro, y el fetiche fundamental de toda perversión en cuanto objeto percibido en el recorte del significante”

Cierra este apartado con lo siguiente, los problemas se deben al deslizamiento que sufre la técnica si se desconoce el verdadero lugar donde se producen sus efectos que no son otros que en el ser mediante la palabra.

Cómo actuar con el propio ser.

Lacan recuerda que fue Ferenczi en un artículo de 1909, “introyección y transferencia”, en el cual plantea que la transferencia es la introyección de la persona del analista (no como soporte de repeticiones), el mismo autor plantea que en el fin de análisis el analista debe confesar su sentimiento de pérdida, él también debe mostrar su falla en ser.

Lacan responde al planteo de Ferenczi diciendo que justamente la falla en ser del sujeto (del analista ferencziano) es lo que despliega la pasión del neurótico. Lacan diferencia a Ferenczi y los húngaros en relación a los ingleses que siempre distinguieron a su manera al sujeto del Otro

Lacan plantea que hay toda una corriente en la escuela inglesa donde el fin de análisis se entiende como identificación al analista (al yo o al superyo), dice que las confusiones se suscitan si no se lee a Freud con los tres registros (S, I y R).

Advierte que la teoría de los objetos de M. Klein finalmente muestra la identificación del sujeto con los mismos, con todos esos objetos significantes, el seno, el excremento, el falo, y aprovecha para adelan-

tar su fórmula del fantasma: “el sujeto es esos objetos según el lugar donde funcionan en su fantasma fundamental” (\$<>a)

Se pregunta qué es el analista, alguien que esté exento de patologías, o un hombre feliz. Lo que propone Lacan. “esta por formularse una ética que integre las conquistas freudianas sobre el deseo: para poner en su cúspide la cuestión del deseo del analista”

Cuestiona la posición de comprender en un análisis, la idea de oblatividad, todo para el otro mi semejante, de paso recuerda que en verdad lo que angustia al sujeto es que el Otro no es un semejante.

Pone en relación directa el análisis con la verdad, el sujeto de la asociación libre también esta constreñido porque teme decir una palabra plena que le sería penosa, nada es más terrible que decir algo que podría ser verdad porque el procedimiento del análisis es el progreso de la verdad.

Ubica con precisión a la demanda cuando dice, “por intermedio de la demanda, todo el pasado se entreabre hasta el fondo del fondo de la primera infancia. Pedir: el sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso, y nosotros tomamos el relev”. Y propone una nueva y original manera de entender a la regresión, “pues la regresión no muestra otra cosa que el retorno al presente de significantes usuales en peticiones para las cuales hay prescripción”

Algunos términos comienzan a delinear la experiencia de la cura para Lacan: “presencia”, “acción de escuchar”, “condición de la palabra”. Tomo esta frase: “Se observara que el analista da su presencia, pero creo que esta no es en primer lugar sino la implicación de su acción de escuchar, y que esta no es sino la condición de la palabra”, “... así el analista es aquel que apoya la demanda, no como suele decirse para frustrar al sujeto, sino para que reaparezcan los significantes en que su frustración esta retenida”

Si el Orden Simbólico precede al sujeto, entonces, es en la más antigua demanda donde se produce la identificación primaria, la que se opera por el poder absoluto materno, y allí Lacan va a decir que la satisfacción de las necesidades pasa por el aparato signifiante.

Significante: en su doble registro, diacrónico de sustitución y combinación, y sincrónico de oposición entre elementos irreductibles

Por eso la identificación será siempre una identificación a los significantes, el análisis hace ver todas las articulaciones de la demanda del sujeto.

Hay que tomar el deseo a la letra

Lacan inicia este apartado indicando que hay que leer la traumdeutung para saber lo que en Freud quiere decir con deseo...

En esta frase se muestra la articulación que va a desarrollar en el apartado: "... la relación del deseo, con esa marca del lenguaje que especifica el inconciente freudiano y descentra nuestra concepción del sujeto".

Recuerda las leyes que articulan la cadena significante: a) sustitución: de un término a otro para producir el efecto de metáfora, b) de combinación de un término a otro para producir el efecto de metonimia.

Se trata del deseo, el de los sueños, el de la histérica. Toma el llamado "sueño de la bella carnicera" para ejemplificar como el deseo escribe el guion de los personajes femeninos. El deseo como deseo de deseo, y como deseo de tener un deseo insatisfecho queda simbolizado por los significantes, caviar y salmón...

Aparecen dos definiciones que se volvieron clásicas: a-el deseo es la metonimia de la carencia en ser, b-el deseo no se capta sino en la interpretación.

Me interesa esta frase porque la misma muestra a que apunta "el reconocimiento", ya no al sujeto sino al deseo (acá esta uno de los cambios de perspectiva de Lacan), por otra parte nos encontramos con el deseo y su interpretación, "Una y otra demuestran que el sueño está hecho para el reconocimiento... pero nuestra voz desfallece antes de concluir: del deseo. Porque el deseo, si Freud dice la verdad

del inconsciente y si el análisis es necesario, no se capta sino en la interpretación.”

Lacan intenta por todos los medios a su alcance llamar la atención sobre lo siguiente: los analistas hacen un tiempo que reducen el deseo a la demanda.

Otra forma de presentar lo escurridizo del deseo, “el deseo es lo que se manifiesta en el intervalo que cava la demanda más acá de ella misma, en la medida en que el sujeto, al articular la cadena significativa, trae a la luz la carencia en ser con el llamado a recibir el complemento del Otro, si el Otro, lugar de la palabra, es también el lugar de esa carencia”

Con que guiarse: “la función de este significante (el falo) como tal en la búsqueda del deseo es ciertamente, como Freud lo observo, la clave de lo que hay que saber para terminar un análisis”

Para Lacan es crucial diferenciar deseo de demanda: “la importancia de preservar el lugar del deseo en la dirección de la cura necesita que se oriente ese lugar con relación a los efectos de la demanda, únicos que se conciben actualmente en el principio del poder de curar”.

Dejando de lado “la dirección ...” les comento que suelen diferenciarse períodos en la obra de Lacan tomando en cuenta el predominio que tuvieron sus registros, lo cual daría un primer periodo regido por lo Imaginario (reconocimiento por la palabra plena del Otro, dialogo, intersubjetividad), seguido por la preeminencia de lo Simbólico (la lógica del Significante, el Inconsciente estructurado, metáfora-metonomía, la interpretación significativa que va del sentido al sin sentido, el objeto “a”, la fórmula del fantasma $S-a$) y finalmente un último periodo regido por lo Real, en donde el goce (lo que en Freud es *displacer*, satisfacción pulsional, satisfacción masoquista, castigo del superyo, inercia libidinal, autoerotismo) localizado en el cuerpo es lo que orienta la cura (adquiere relevancia la cara de goce del síntoma por sobre su envoltura formal, la interpretación por el equívoco, la resonancia, el *sinthome* y el fin del análisis.

Sobre períodos en Lacan se puede profundizar en: J-A- Miller: “El lugar y el lazo”. Cap. XVI. Paidós, 2013. J-A- Miller: “El ultimo lacan”. Cap. XIII. Paidós, 2013. J-A- Miller: “Sutilezas analíticas”, pág. 291. Paidós.2011)

Sobre cuestiones biográficas de J. Lacan pueden consultar: E. Roudinesco “Lacan. Historia de una vida,...” Editorial F.C.E. 1994. J-A- Miller: “Vida de Lacan”. Ed. Grama.

Bibliografía

1. Lacan J. Función y campo de la palabra y del lenguaje en el Psicoanálisis. S. XXI. 1971.
2. Función y campo de la palabra y del lenguaje en el Psicoanálisis. S. XXI. 1971.
3. Lacan J. “La dirección de la cura y los principios de su poder”. En Lectura estructuralista de Freud. Siglo XXI. 1971.

Notas sobre las TCC El aprendizaje: el condicionamiento de la Psicología

Un modelo inoxidable: estímulo-organismo-respuesta

Estoy de acuerdo que la teoría “del reflejo de Pavlov” no es lo mismo que las teorías sobre el “condicionamiento” en sus diferentes propuestas, y que las teorías Conductistas, de Watson a Skinner son diferentes a los dos enfoques anteriores, y que por último las teorías de las TCC se diferencian de las teorías del Reflejo, del Condicionamiento, y del Conductismo. Cada uno de estos enfoques tiene un tema propio, digamos que su objeto de estudio tiene algún componente específico que lo distingue y lo diferencia. Sin embargo siempre tuve la sospecha que había algo que los ligaba entre sí, que alguna relación los situaba en un espacio similar. Siempre encontré que cada una de estas orientaciones en su momento de auge resaltaron en sus escritos una rotunda afirmación: que por su enfoque entraba lo Científico (con mayúscula) a la Psicología.

Esa afirmación, que la seguimos encontrando hoy, más allá de cuestionar a alguna corriente de pensamiento del campo de la Psicología, tiene el propósito de dejar bien en claro una diferencia rotunda con la teoría Psicoanalítica. Hasta acá nada para decir, criticar con-

ceptos es casi normal entre las disciplinas que coinciden en el tratamiento de algún tema.

Lo que sin embargo comienza a ser cuestionable es la paupérrima lectura del Psicoanálisis que se puede encontrar explicitado en sus libros, porque allí se transparenta que no se trata de una crítica sino de descalificar al Psicoanálisis, planteando una supuesta superioridad de las Psicologías Científicas y sus Terapias, porque son modernas, racionales y eficientes, por sobre el Psicoanálisis que califican de anticuado, irracional y viciado de subjetividad.

Esto último es fácil de identificar porque está muy explicitado en cada uno de estos enfoques mediante una argumentación recurrente, diría que ni siquiera es un argumento, es una opinión que suele carecer de argumentos, que dice más o menos lo siguiente: el psicoanálisis esta fuera del tiempo porque pertenece a otra época, por lo cual está impregnado de la atmosfera represivo propia de la era victoriana y que la vida ultramoderna está apegada a la libertad y no a la represión, que, agregan, ha sido superada por “la revolución sexual”, y finalmente viene el toque de gracia: ha fracasado porque su límite sigue siendo lo subjetivo que es la antítesis de lo científico.

Ahora bien yo tengo la idea que la postura crítica basada en sus antipatías y prejuicios que manifiestan abiertamente en contra del Psicoanálisis (del cual dan una versión muy vulgar) es una consecuencia de la pertenencia que tienen a una misma matriz epistémica que siempre ha sido muy apreciada en el campo de la Psicología, que tiene estos tres componentes básicos:

1) Su concepción sobre lo psicológico se basa en este esquema: Estimulo-Organismo-Respuesta

2) Todos estos enfoques son portadores de un saber logrado a partir de una experiencia princeps llevada a cabo con algún animal y que trasladan a los seres humanos

3) Su adhesión al llamado “método experimental” que posibilito a la Psicología pasar al Laboratorio (cuando se creía que “el laboratorio

experimentalista” era un dispositivo científico), sigue rigiendo como modelo básico en las llamadas terapias “científicas”

La conducta y su reflejo

Ahora voy a referirme, de manera muy sintética, al perfil de algunas de esas Psicologías.

Tengo presente esta definición de Pavlov (1849-1936): “ ... treinta años de trabajo experimental me autorizan a afirmar con pleno fundamento que la actividad total, interna y externa, de un animal superior puede estudiarse con éxito desde el punto de vista fisiológico y en función de la fisiología del sistema nervioso”. (1).

Ese enunciado correlaciona tres factores: “estudio experimental”, “actividad total, interna y externa, de un animal superior” y “fisiología del sistema nervioso central”, que subyacen en las investigaciones de la Psicología de la Conducta, si bien a simple vista el objeto “reflejo” no es el objeto “conducta”, y también subyacen en las TCC, que si bien el objeto “cognición” se desmarca del Conductismo, sin embargo la conducta es parte de lo que tratan las TCC mediante “técnicas conductistas”, (y por si quedaran dudas “comportamiento” es un término que las identifica)

Quiero volver a insistir sobre lo siguiente, más allá de las diferencias explícitas de cada uno de los enfoques, encontramos la reafirmación de dos ejes ordenadores básicos: 1) la estructura formal Estimulo-Organismo-Respuesta es el sustento explícito de la Psicología Reflexológica, que los teóricos del Conductismo y de las TCC siguen avalando y 2) el traslado de los resultados obtenidos en las investigaciones comportamentales con animales a la especie humana por ser este, parece, un animal superior (pero animal al fin). Hace falta recordar que los “grandes hallazgos” científicos se generalizan a partir del “perro” de Pavlov, de la “rata” de Skinner y últimamente del “caracol marino Aplysia” de Kandel?

Recordemos que la psicología reflexológica abrió el campo de una psicología que planteo una interconexión entre las emociones y la fisiología, y que afirmaron que lo interno no es un objeto científico, porque no se puede observar directamente, por lo cual, por ejemplo el miedo o la fobia solo se registra por su manifestación conductual y fisiológica. (Lo interno es un eufemismo mediante el cual aluden a los fenómenos que exploraba la introspección, que hacia foco en la conciencia).

El reflejo condicionado

Como sabemos Pavlov fue quien “inventó” el reflejo condicionado, cuando comprobó que asociando un estímulo neutro con el innato se producía la misma conducta, y entonces el estímulo neutro, que es un estímulo artificial que no forma parte del orden natural a partir del cual funciona la respuesta innata, pasaba a ser la condición de posibilidad de una nueva **conducta**.

Digo “nueva conducta” porque en el conocido experimento de Pavlov la reacción fisiológica por efecto del condicionamiento, la secreción del animal, era calificada como “secreción psicológica”.

Entonces si era “psicológica” no era la respuesta “natural”, es una nueva conducta que no forma parte del sistema instintivo propio de ese animal. ¿Por qué es nueva? porque es el efecto de la intromisión del científico, es el resultado de la manipulación del Otro Simbólico que interfiere en el mecanismo instintivo, que burla al mecanismo instintivo, que frustra al pobre animal, pero Eureka!!! Tenemos un hallazgo científico (Extrañamente este hecho el orden Simbólico subvirtiendo lo instintivo no fue observado o si lo fue no fue tenido en cuenta por el científico ruso y sus seguidores).

Lo que quiero destacar es que fue a partir de estos experimentos y de cómo se conceptualizaron, que comenzó a correlacionarse lo animal con lo humano dado que si el perro tiene algo de psicología

(puede aprender) el hombre psicológico tiene algo de animal (porque es básicamente un sistema neurofisiológico), es decir que ambos son verdaderos organismos. Dando por sentado que si se trata de organismos las conductas fisiológicas son respuestas universales, es decir regulares y ajustadas a patrones innatos. Sin caer en ninguna observación sofisticada, llama la atención que se desconozca, tratándose de científicos, que desde Hipócrates en adelante se sabe que los deseos de los humanos sintomatizan la fisiología (recordemos lo que el médico griego describió como “el afeminamiento de los escitas” un pequeño tratado clínico referido a los hombres de un pueblo que adoptaron para si los hábitos y quehaceres femeninos, y a consecuencia de esa extraordinaria identificación sufrían de impotencia, no los excitaban los atributos femeninos porque ellos se sentían femeninos, mostrando como una identificación trastorna la fisiología. (2).

El descubrimiento del reflejo condicionado, su eficacia conductual, sirvió como un estímulo en el campo de la Psicología porque posibilitó: 1) asumir el “método experimental” como modelo incuestionable para la investigación que pretendiera ser considerada científica, y 2) el condicionamiento trasladado a los seres humanos sentó las bases de la Psicología del Aprendizaje que rebalsó el área pedagógica para convertirse (digamos casi) en el Paradigma de la Psicología, porque se supuso que todo se aprende, a comer, a relacionarse con el sexo, a vincularse en lo social.

Así empezó a forjarse la idea de que este era el camino que debía seguir la psicología para consolidarse como científica: experimentación, laboratorio, medición, producción y rectificación de conductas.

Reforzando se aprende

El condicionamiento como núcleo del aprendizaje y el aprendizaje como núcleo de la Psicología se puede apreciar en el llamado condicionamiento operante. Esta proposición de B.F. Skinner (1904-1990)

desarrollada alrededor de 1940 se basa en el refuerzo de la respuesta, el condicionamiento operante no trabaja con el estímulo que desencadena la respuesta, sino en las maniobras que refuerza dicha respuesta –ya sea positivamente o negativamente, es decir, en la manera como las consecuencias de lo que hacemos regula la realización de nuestra conducta futura.

Detengamos un momento en esto último, se le adjudica a Skinner haberle dado forma y nombre a la “terapia de la conducta”, bajo ese rotulo agrupo a todas aquellas técnicas que inspiradas directamente en los principios del aprendizaje por reforzamiento permitirían modificar la conducta. La llamada Ley de Refuerzo tuvo su aplicación práctica, es decir se convirtió en una “terapia”, no para encarar “dificultades” en las aulas, sino para incidir radicalmente en la conducta humana en todos los ámbitos en los cuales se manifiesta. Así se explica la aplicación de las conocidas “baby box” en la crianza de los niños. (Recordemos a la serie de “Skinner box” cajas para inducir conductas en los animales que traslado a la crianza de los niños).

Skinner manifestaba que lo bueno y lo malo del ser humano podría ser fabricado mediante sus técnicas de reforzamiento, lo cual lo llevo a sostener que el ser humano así fabricado no necesitaría de la libertad ni de la responsabilidad porque estaría equipado con las conductas adecuadas para cada momento de la vida. Este último punto se puede encontrar muy desarrollado en la novela-ensayo “Waden two”, en la cual queda reflejado como una sociedad puede marchar hacia un “mundo feliz” al son de los acordes del Reforzamiento. (3)

Skinner mostro siempre una fe absoluta en sus principios, creía que era posible reconvertir a los humanos en seres regidos por las conductas adecuadas, autogobernados por la razón. Cabe preguntarse a qué razón se refiere el autor. Para Skinner su Psicología era Científica de esa manera creía que la reconfiguración de los humanos mediante su Terapia siguiendo los principios de su Psicología garantizaba recentrar a los humanos en la racionalidad. Hay que decir que la idea suprema de SKinner era lograr una correspondencia plena en-

tre la conducta y su estímulo, entre el ser humano y su ambiente. Y para eso trabajó toda su vida.

Watson, su conductismo

Una referencia insoslayable es sin lugar a dudas el psicólogo John Watson (1878-1958) quien hizo del Conductismo una teoría y una práctica que le aportó a la Psicología, no solo a la norteamericana, una nueva perspectiva a raíz de poner al concepto Conducta como el objeto de estudio de la disciplina.

Para Watson el objeto de la psicología debía ser algo observable, evaluable, comparable, y a su criterio la conducta cumplía con todos esos requisitos. De esa manera planteaba una diferencia radical con los estudios de la Psicología de la Introspección, estas son sus palabras: “el conductismo sostiene, por el contrario, que es la conducta del ser humano el objeto de la psicología. Afirma que el concepto de conciencia no es preciso ni siquiera utilizable. Habiendo recibido una formación experimentalista el conductista entiende, además, de que la creencia que existe la conciencia remite a los antiguos días de la superstición y de la magia” (4)

Watson se centró a explorar la naturaleza del proceso del aprendizaje como un problema de la modificación de la conducta.

En el libro “El conductismo” plantea dos puntos claves de su enfoque: a- el condicionamiento es la llave de todo el aprendizaje, y b- un nuevo enfoque de la psicopatología, lo que hasta entonces se había llamado “enfermedad mental” no era sino el resultado de un proceso de entrenamiento. Watson sostiene que nuestra forma de ser, nuestra personalidad, es el resultado de las conductas aprendidas que se cristalizan en hábitos.

Fue uno de los promotores de los aportes prácticos que el Conductismo podía hacerle a la sociedad, porque mostró que más allá de sus investigaciones en el área académica, su teoría podía aplicarse a

resolver las conductas que por alguna razón resultaran “problemáticas”. Si las conductas son efectos del aprendizaje (condicionamiento) se puede incidir en las mismas, modificándolas o suprimiéndolas, con procedimientos de descondicionamiento.

Una muestra de la operatividad de este procedimiento la podemos encontrar en el conocido “experimento conductista” que llevo adelante con un niño de pocos años (el “caso Albert”) que logro, es una forma de decir, que un peluche con el cual el niño jugaba placenteramente, se transformara mediante el condicionamiento con un estímulo desagradable, en un objeto angustiante. La intervención de Watson modifico la conducta del pequeño, donde antes había una conducta placentera después hubo una conducta fóbica.

La brutalidad del caso rompió el idilio que la mentalidad ilustrada norteamericana mantenía con Watson, al punto que cuestiono la carrera Académica del conductista. Pero el cuestionamiento apunto a Watson no así a la utilización de técnicas de condicionamiento para fabricar conductas. Para decirlo de otra manera, si se quiere de manera afirmativa, la terapia conductista sobrevivió a Watson, no solo lo sobrevivió sino que se consolido con los aportes de Skinner, y la terapia integro los principios de condicionamiento de los dos autores. Por ejemplo, la desensibilización sistemática, en el cual se conduce a los pacientes hacia escenas progresivamente más ansiógenas en estado de relajación, se basa en el condicionamiento clásico. Por otra parte el refuerzo positivo se utilizó en una gran variedad de situaciones para favorecer conductas correctas, mientras que la extinción (ausencia de refuerzo) fue utilizada para eliminar conductas no deseables. Una característica de la terapia de conducta fue su carácter relativamente ahistórico, puesto que todas las conductas eran aprendidas, también se podrán extinguir y adquirir un nuevo aprendizaje, por lo tanto no era necesario preguntar sobre el pasado, poner en análisis la historia subjetiva de la conducta sintomática a tratar.

Bandura, teoría cognitiva del aprendizaje social

Quiero mencionar a Albert Bandura (Psicólogo canadiense contemporáneo), porque se lo destaca como el que dio un paso desde el Conductismo al Cognitivismo. Sus teorías marcaron una diferencia con una de las referencias más relevantes de su época que era la “escuela de B. Skinner”, mientras que este último, como ya dijimos, ponía en primer plano el reforzamiento de la respuesta, Bandura creía que en el aprendizaje, además de los estímulos, había que tener en cuenta las determinaciones internas (ahí comienza a situarse “lo cognitivo”) y a algunos factores sociales.

El enfoque de Bandura conocido como “teoría cognitiva del aprendizaje social” plantea que el aprendizaje humano se realiza en el seno de la relación social. Ahora bien cuál es el fenómeno específico al cual se atiende Bandura? El autor plantea que hay una experiencia básica y estructurante que es la observación de lo que hacen (conducta) los otros. Mirando, observando, imitando, los seres humanos aprenden comportamientos, formas de relación, reglas de comportamiento, creencias y maneras de enfrentar y resolver problemas. Aprender es un proceso que se deriva de la relación que se establece con un modelo. En el aprendizaje de los niños (una de las aéreas de estudio de Bandura) se ocupó precisamente de investigar como las conductas de los adultos afectan al niño, ya sea porque este las imite o las rechace.

En el desplazamiento de Bandura de la “teoría del reforzamiento” a la “teoría de lo cognitivo social” hay que ubicar entonces estos dos factores: el modelo a imitar y el proceso de la imitación, este último punto es el que da origen al aprendizaje y depende de los “procesos cognitivos”. Replicar comportamientos moviliza factores emocionales, empáticos, volitivos (digamos que todos son signos de la identificación freudiana). Replicar comportamientos es reproducir lo aprendido y lo aprendido está incorporado en cada individuo por el proceso cognitivo. Aclaro un poco más: ya no se trata del impacto de un estímulo o de la gratificación concedida por una buena respuesta,

sino que el comportamiento es resultado de un proceso cognitivo que produce una elaboración del estímulo, que deja un “modo de actuar” incorporado en el “Interior del individuo”, una representación que es la que pone en marcha la conducta, por consiguiente la conducta no es una respuesta directa al estímulo.

Anotemos que se encuentran dos novedades: lo interno (cognitivo) y lo social (el lugar de los modelos), estas novedades explican al aprendizaje, que retorna como estructura fundamental del quehacer humano, retorna es una forma de decir, porque en realidad siempre ha estado presente.

Por otra parte Bandura sistematizo una intervención terapéutica:

a) las Terapias de autocontrol. Estas “terapias” consiste en auto observar una conducta o habito, registrar lo observado, modificar alguno de los factores que son parte del ambiente donde se genera la conducta problemática, y por ultimo lo que se llama “auto contratos” es un acuerdo con uno mismo que debe ser escrito (y firmado frente a un testigo) de recompensar o castigar las buenas o malas conductas.

b) las “terapias por modelado”. Estas terapias tienen como objetivo modificar conductas temerosas o podríamos decir conductas fóbicas (a la fobia la entienden como la reacción de miedo frente a un objeto concreto). Como esta dicho en su título se basa en la observación de alguien que funciona como modelo, que le muestra al sujeto que es posible tener otras conductas frente al objeto fobigeno (esta modalidad de tratar un síntoma va a pasar tal cual a las técnicas más usadas por las TCC)

Quiero mencionarles que A. Bandura también invento su artefacto para armar el campo de prueba o de ensayo para observar, especialmente, como los niños reaccionan cuando observan las conductas agresivas o violentas de sus padres, “el experimento del muñeco Bobo”. El muñeco era receptor de la agresividad del niño que era una consecuencia de la conducta que observaba en su padre.

Las Terapias Cognitivas Comportamentales (TCC)

Las terapias cognitivo-comportamentales tienen como uno de sus antecedentes a la Psicología de la conducta y a lo que está detrás de esta, que es la Psicología reflexológica. Las TCC tienen una relación ambivalente con la Conducta, porque insisten en que la Cognición no es la conducta o que no tiene nada que ver con la misma, pero, vaya uno a saber porque, incorporaron en sus siglas el Comportamiento, sus autores explicitan en sus manuales técnicos las intervenciones conductuales, en sus casos clínicos más preferidos muestran como tratan a las fobias con las viejas técnicas de descondicionamiento, y podría seguir mostrando como en los hechos no solo no se alejan del Conductismo sino que siempre están en su órbita.

Según el criterio que vengo planteando “lo conductual” en cualquiera de sus versiones es una derivación del programa de investigación que propicio el fisiólogo I. Pavlov, y así lo encuentro en el enfoque de las TCC, en la manera en cómo conciben algunos fenómenos y en como los terapeutizan. Porque, entre otras cosas, sigue vigente la suposición de la unidad fisiología-conducta más la incorporación del elemento cognitivo, y en lo referido a su práctica terapéutica las entrevistas terapéuticas son un espacio estandarizado sometido a reglas fijas que permitan la observación y el registro, lo cual lo asemeja a los laboratorios de la Psicología experimental.

Lo primero que me llama la atención en esta orientación terapéutica, son sus propias siglas, el significante TCC. Todos sabemos que son las iniciales de “terapia cognitiva comportamental”.

Por alguna razón ha perdido su lugar, ha sido suprimido, el significante “psico”, que en los últimos cien años fue el termino clave que definió un nuevo objeto conceptual, el aparato psíquico. Conceptualización que se le debe a Freud, que demostró que el psiquismo humano esta hechos por la palabra del otro, y que el síntoma es abordable y tratable por un auténtico instrumento psíquico como es la palabra.

Esa nueva psicoterapéutica, que primero fue “el moderno tratamiento anímico” que se modificó para dar lugar al Psicoanálisis, al no ser asimilable a los paradigmas predominantes quedó al margen de las prácticas como la médica, la psiquiátrica, la psicológica, la pedagógica y de la religiosa.

Lo “psíquico” para el Psicoanálisis no es el órgano médico, ni el funcionamiento cerebral de la psiquiatría, ni la mente de la Psicología, ni el aprendizaje de la pedagogía y tampoco el alma “con pecado concebida” de la religión. Como sabemos lo psíquico para Freud es una “localidad psíquica”, un sistema compuesto por tres instancias (Inc., Prec., Cc.) cada una de estas instancias tiene sus propios componentes y sus propias leyes de funcionamiento. Al mismo tiempo que Freud demostraba la articulación de esas instancias fue mostrando, cada vez con más precisión, que todo acto psíquico tiene su causa en el Inconciente. Se le debe a Lacan haber “localizado” el “aparato psíquico” en el Sujeto, y haber demostrado con sólidos argumentos la propiedad conceptual del “Sujeto del Inconciente”.

En las TCC parece que no hay lugar para lo psíquico, nuestra interpretación acerca de la eliminación del prefijo “Psico” es que las TCC provienen de tres modelos disciplinarios que siempre han “resistido” al psicoanálisis, que son: la Psicología de la Conducta (derivada de la Reflexología y su método experimental), de la Psicología Cognitiva y últimamente de la Neuropsicología.

Adelanto lo siguiente: 1) estas son terapias que cuando borran lo psíquico escriben “conducta-mente”. Este nuevo binomio pone en relación a la “conducta” por ser lo esencialmente objetivable de los humanos, con las “funciones mentales” reconfiguradas en “esquemas cognitivos”, y con las conexiones neuronales (para ellos su materialidad), y 2) son terapias que ponen en primer lugar lo operacional, es decir las técnicas de intervención o los procedimientos técnicos (que si bien hay cognitivos, nunca deja de haber conductuales), la aplicación de lo instrumental está encuadrado dentro de un dispositivo propio del “método experimental”, como son las entrevistas estandarizadas.

Como decía en el párrafo anterior lo relevante de las TCC son los procedimientos que incluyen desde cuestionarios, guías de autoevaluación, tareas diagramadas, intervenciones directivas, educativas e instructivas. Todas estas intervenciones están regladas, es decir ajustadas a normas, convertidas en protocolos, que se aplican por igual a cada caso (paciente/cliente). Lo “científico” no es otra cosa que aplicar lo mismo a sujetos diferentes, porque la creencia es que un modelo científico debe tener ciertas constantes, procedimientos o técnicas que no varían, y que maneja el terapeuta (en ese esquema el terapeuta es una variable interviniente o una variable no interviniente?) Entonces una serie de intervenciones regladas y normatizadas que aplicadas a personas diferentes permitirían comparar y generalizar.

Este resabio del “método experimental” hace que cada entrevista sea un “laboratorio de prueba” que permite tener un registro “objetivo” de los comportamientos porque quedan registrados en un factor constante (cuestionarios, guías) que aportan datos que permite evaluar cada caso por comparación con otros resultados.

Siempre tengo la impresión que la estandarización para lograr la máxima objetividad termina por anular a la singularidad del sujeto, impresión que termina siendo un convencimiento, porque cuanto más estudio a las TCC más compruebo que lo que resaltan es el “cuadro diagnóstico” y que el sujeto es uno más en la serie ...

El culto por lo estándar, por lo objetivo, explica el cambio de perspectiva que va de lo psicoterapéutico a lo terapéutico. Es una toma de posición en relación a la dimensión subjetiva, más precisamente al Sujeto del Inconciente, porque afirman que todo lo que tiene que ver con la historia subjetiva del síntoma como también su lugar en la economía libidinal, es imposible de registrar. Podemos decir que es muy cierto, no hay cuestionario que permite inscribir el deseo humano, no hay máquina que muestre las dimensiones del goce.

Lo que comprobamos es un retorno al viejo paradigma naturalista que recaló en la Psicología de 1900 que dio lugar a una reducción de

los fenómenos psicológicos a lo objetivable y medible, lo psicológico concebido como una magnitud cuantificable.

Así como los terapeutas sistémicos van a poner el énfasis en el sistema de interacción familiar en la medida en que es un observable, las TCC por su lado, van a destacar los cambios emocionales y del pensamiento que se traducen en comportamientos que son posibles de registrar en escalas que permiten medir las variaciones, y que suponen que dejan sus rastros en los circuitos neuronales, estos últimos procesos son objetivables en la medida que son posibles de observar mediante la Resonancia Magnética de Imágenes (siempre que aceptemos que la imagen de una reacción neuronal explica los celos de Caín ...).

Las terapias

El punto de vista “cognitivo” marca su diferencia con los enfoques del condicionamiento propios del conductismo porque apunta a revelar que el origen de las “distorsiones cognitivas” (trastornos) ya se trate de pensamientos, emociones o conductas, son un efecto de los “esquemas cognitivos”. Los esquemas cognitivos son el resultado de cómo cada individuo procesa los datos que emergen de la relación consigo mismo, con los otros y con el mundo, así lo define uno de sus especialistas: “ así pues, los esquemas son modalidades activas de organización de los datos que dotan de significado a los acontecimientos, así como el componente afectivo y motivacional” (5)

Los esquemas cognitivos son estructuras de significados elaboradas o construidas a partir del procesamiento de vivencias infantiles, ideas, emociones, recuerdos traumáticos, que se cristalizan en un modo típico (un prototipo) que rige la vida de cada individuo, que se manifiestan en lo que se llama “productos cognitivos”, nombrados en una de las jergas psicopatológicas como “trastornos”. Con esa denominación los vamos a encontrar en los manuales Diagnósticos conocidos como DSM.

Voy a tomar al autor citado, A. Semerari como referencia para realizar una presentación de las TCC. Lo primero que destaca que Terapia Cognitiva es el nombre genérico que se da a un conjunto de terapias inspiradas en paradigmas surgidos en la década de 1960. Estos paradigmas comenzaron a desarrollarse en varias disciplinas, tales como la psicología básica, la neuropsicología, la inteligencia artificial.

A. Semerari plantea en su libro que este enfoque se caracteriza por dos supuestos básicos: 1-diversas actividades mentales tales como la percepción, el pensamiento, la memoria, la imaginación, son procesos de construcción, que usan en mayor o menor medida la información sensorial, 2-estos procesos de construcción dependen del modo en que el conocimiento acumulado se ha organizado en estructuras cognitivas

Podemos esquematizar los diferentes niveles de sistematización de los datos, como se transforman en significados y finalmente como se manifiestan en el comportamiento:

Esquemas cognitivos.

Son el resultado de las experiencias primarias, son organizaciones de significados personales referidos a las personas, están organizados en la memoria a largo plazo, como proposiciones semánticas, como en escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos, contienen tanto a las creencias como a los supuestos personales...

Operaciones cognitivas

Es la actividad propia del procesamiento de los esquemas, procesa la información de los datos sensoriales, guiada por los significados personales, y cuando es patológica da lugar a “trastornos del juicio y razonamiento”, en la línea de lo desarrollado por Beck en relación a las distorsiones cognitivas (pensamiento polarizado, sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria). Conformada la llamada “visión túnel”, en las personas ansiosas se centra en la anticipa-

ción de peligros, las personas irritadas en la evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las pérdidas.

Productos cognitivos

Son los resultados concientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconcientes. Conforman los pensamientos, imágenes, conductas, emociones, respuestas corporales. En la clínica son los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos sintomáticos.

La terapia y sus etapas

La primera terapia cognitiva remite a Beck y Ellis porque son considerados los “fundadores del cognitivismo clínico”, además Beck fue quien “acuñó el término psicoterapia cognitiva”.

En términos generales, todo tratamiento cognitivo se compone de una fase diagnóstica seguida de un trabajo psicoeducativo que continúa durante todo el tratamiento, una fase de problematización de la utilidad de algunos comportamientos que incluye un periodo en el cual se ensayan conductas alternativas.

1-El paciente, a partir de ahora pasa a ser considerado “cliente”, según estos terapeutas “cliente” no es una figura despectiva como la denominación “paciente”, (por otro lado, esto corre por mi cuenta, el cliente compra un servicio con un manual de instrucciones,) recibe información sobre el trastorno que padece y sobre el tratamiento que se le ofrece.

2-Durante esas entrevistas se administran instrumentos de evaluación de uso habitual en psicología clínica más algunos específicos, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, y otros. La finalidad es posibilitar que el terapeuta

cuenta con los datos indispensables para lograr una adecuada conceptualización del caso.

3-Una vez obtenido el consentimiento del cliente, se inicia el tratamiento propiamente dicho ayudando al paciente a identificar y a monitorear sus pensamientos automáticos.

4-Una vez logrado esto, se le pide al paciente que registre los cambios anímicos que acompañan la aparición de esos pensamientos automáticos.

5-El siguiente paso consiste en debatir la razonabilidad y utilidad de los pensamientos automáticos. Aquí prevalece el uso de la mayéutica, pudiendo considerarse como el aspecto central del tratamiento.

7-Este paso debe ser seguido por la generación de un pensamiento alternativo y de comportamientos que no generen tanto malestar al sujeto.

8-El último paso se consagra a modificar las creencias centrales del paciente que, a diferencia de los pensamientos automáticos, suelen ser implícitas. En virtud de esto, terapeuta y paciente deben inferir el contenido de tales creencias. La modificación de las creencias nucleares e intermedias del paciente es condición para la durabilidad de los resultados.

Algunas de las técnicas más usadas son las siguientes:

A) Técnicas cognitivas

1) Entrenamiento en detección de pensamientos automáticos.

2) Entrenamiento en clasificar las distorsiones cognitivas.

3) Ejercitación en ver la función que cumplen los pensamientos automáticos.

4) Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales.

5) Mediante la imaginación se le propone al paciente que pruebe comportamientos alternativos.

6) Entrenamiento en cuestionar racionalmente de creencias disfuncionales.

7) Aprendizaje en la resolución de problemas.

B) Técnicas conductuales

- 1) Entrenamiento en generar nuevas habilidades sociales.
- 2) Exposición gradual a estímulos problemáticos.
- 3) Reafirmación de actividades que generen bienestar.

Como puede verse el tratamiento cognitivo es un abordaje reglado, con secuencias previamente organizadas, que son verdaderos protocolos que el terapeuta aplica rigurosamente. Los tratamientos tienen una duración que oscila entre 12 y 25 sesiones, según el trastorno y el protocolo que se emplee. Las sesiones son normalmente de 50 minutos, pero algunos protocolos incluyen sesiones más prolongadas.

Que todo lo que le acontece a un sujeto pueda ser observado mediante distintos instrumentos como los viejos test de la Psicología, la serie de cuestionarios que vinieron luego del tan publicitado cuestionario para medir la depresión de Beck, que vinieron luego de los muy conocidos cuestionarios de la “psicología” empresarial, otros instrumentos muy usados son las escalas métricas para medir los cambios comportamentales, o la Resonancia Magnética para verificar que muestran las neuronas, nos lleva a preguntarnos si no hay en las TCC una nueva utopía, en este caso la utopía de la transparencia del sujeto, que se puede llegar a ella entrenando al “Yo” de manera continua y sistemática. Creer que la transparencia del sujeto es posible requiere de otra utopía más paranoica que la anterior, creer que es posible un “Yo” para el cual “todo lo esencial (y algo más) es visible a sus ojos”.

Para satisfacción de los foucoulthianos hay una práctica terapéutica que finalmente haría posible que la lógica del panóptico, todo visible y todo es útil, no dependa solamente de los diagramas institucionales, sino que sea asumida por un enfoque terapéutico que su propósito terapéutico no sea otro que generar un sujeto de la autovigilancia y la autocorrección.

Bibliografía

1. Pavlov I. Un breve bosquejo de la actividad nerviosa superior, en Psicología Reflexológica. Paidós. 1963)
2. Hipócrates: Escritos Médicos. (Pág. 101). Ed. Amthropos (2001).
3. Gorostiza L. “the baby in the box” en Mutaciones del sujeto contemporáneo. Grama 2016.
4. Watson J. “El conductismo”. (Pag.20). Paidos,1972.
5. Semerari A. “Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva” (Pág. 50). Paidós. 2002.

Una aproximación a la terapia familiar sistémica (TFS)

Terapias para un sistema (la postsubjetividad)

Las TFS, estas terapias muy particulares por su enfoque y sus técnicas se originan en EEUU a fines de los años 50. Se difundieron muy rápidamente por algunos países europeos y especialmente en nuestro país, probablemente porque entre las figuras más destacadas se encontraban algunos terapeutas argentinos como S. Munuchin, Cloe Madanes, Carlos Sluzqui. Las TFS irrumpieron en el mundo psi. como una gran novedad por su enfoque diferente a las (psico) terapias más conocidas. La novedad se hacía patente en el uso de términos o palabras o nociones sin raigambre en la Psicología, el Psicoanálisis o la Psiquiatría. El término "sistémica" no sobresalía en ninguno de los enfoques terapéuticos conocidos. Por otra parte estas terapias estaban dirigidas a las "familias" lo cual daba a suponer que podrían ser "más amplias" o más "integrales" que muchas de las psicoterapias individuales.

Por su novedosa técnica, muy tecnologizada, dedicada a resolver los problemas en el lugar de la integralidad de los humanos, la familia como el todo que explica a cada integrante, hizo que rápidamente fueran demandadas en el campo de las (psico) terapias. Las TFS parten de la hipótesis que el todo es más que las partes, esa hipótesis inicial en vez de ser verificada, con el paso del tiempo se convirtió en una creencia. (La noción que sostiene que el todo es más que las

partes no son nuevas en la Psicología, porque en la historia de la Psicología la llamada orientación molar sostenía ese mismo principio)

Quiero poner a consideración de Uds. algunas fallas o lo incon-sistencias que encuentro en las TFS. Al definirse como "terapias", justificando la primera letra de su sigla, la T terapias, mostraron en las audiencias que supieron conquistar su variedad de técnicas, casi a la manera de los descubridores que enseñan lo que antes no se sabía y que ninguno había enseñado. A los terapeutas de las TFS siempre les gusto ser considerados como únicos y originales, tan actuales como los equipos tecnológicos (de última generación) que forman parte desde su origen de su ADN. Pero, empiezan los pero, cuando tienen que decir algo al respecto de la segunda letra, la F de familia, digamos que esa F no es cualquier cosa, no es una noción más entre otras, sino que es (o debería ser) el corazón de esta orientación, porque entre otras cosas se supone que las técnicas terapeutas son especiales y específicas porque permitirían abordar y tratar las dificultades, (sus síntomas), en el funcionamiento de esa F. Se supone que van a presentar una nueva concepción de la familia. Y acá comienzan la inconsistencies, porque el auditorio ilustrado que podría haber quedado con la boca abierta asombrado por conocer técnicas terapéuticas tan ingeniosas, ese auditorio si se mueve un poco de la fascinación y pasa a la reflexión, no podría ocultar una mueca de decepción, porque todo lo que se dice de F es una versión superficial de la última letra, de la S de sistémica. O sea los terapeutas de las TFS se refieren a la F de familia como un sistema equivalente a cualquier otro sistema, como una S más. De la familia, que es su unidad de abordaje terapéutico, uno esperaría un desarrollo conceptual que revele la densidad vincular, la complejidad propia de las posiciones subjetivas, los afectos que en ella germinan (de amor hasta el odio) los juegos identificatorios, el lugar del amor, de lo sexual y de lo erótico, los juegos de los seductores y los postergados, las rupturas que se generan forzadas por las nuevas demandas culturales. Un análisis que podría mostrar-nos y enseñarnos algo más o bastante más de lo que ya se sabe. Debe-

rían ilustrarnos sobre lo que no sabemos porque los terapeutas de las TFS, se supone, se especializan en eso. Una terapia que se ocupa de la familia debería tener una novedosa y fina conceptualización sobre su objeto de estudio.

Como sabemos el tema "la familia" no ha sido evitado por los estudios de la Psicología, ni desde los enfoques Psicoanalíticos, también sabemos que la Sociología ha dedicado paginas notables a la familia desde que E. Durkheim elaboro su tesis sobre la "conyugalización de la familia" en la modernidad, o que la Antropología ha iluminado con descripciones preciosas y un original enfoque sobre la "relación familiar", tomando en cuenta la historia y sus contextos, sus vinculaciones con las tradiciones y los mitos, hasta los cambios de la familia cuando se implanta en la ciudad.

Para las TFS la familia es un sistema abierto, en interacción, con subsistemas, esa definición es rudimentaria e inespecífica, porque se puede aplicar a la familia de las orquídeas, de las hormigas o de una manada de elefantes, porque todos ellos cumplen con los requisitos formales de un "sistema". Pero quizás su fundamento último, ¿y científico?, podría encontrarse en la tercer letra, la S de sistémica. Esa letra S nos lleva a una conjunción entre la cibernética, la teoría de los sistemas y las teorías de la comunicación de información o de signos. La S de sistémica remite a una diversidad de estudios en los cuales la matemática se encuentra con la ecología, y estas con la química y la biología o la informática, muy lejos de lo que se puede considerar una familia humana.

Siguiendo con lo que algunos definen como "las bases teóricas" de las TFS, en las cercanías de las mismas podemos encontrar a G. Bateson, me refiero a una parte de sus investigaciones, como la postulación de su teoría de la comunicación como la matriz de lo viviente, y porque entre sus discípulos tuvo algunos de los futuros terapeutas de las TFS (Haley y Jackson, entre otros).

G. Bateson es quien articulo esos distintos enfoques, cibernética, sistemas y comunicación, con el fin de proponer una nueva episte-

mología, si se quiere una epistemología holística que pudiera ser un modelo general para todas las ciencias sociales, pero nunca Bateson planteo que su epistemología sentaría las bases para un método terapéutico dirigido a resolver síntomas familiares.

Hay una distancia inconciliable entre una epistemología, sea cual sea, y un conjunto de técnicas terapéuticas si no se explica la articulación lógica y conceptual entre ambas.

Lo que vamos a encontrar en las TFS, en sus desarrollos teóricos, es la presentación de la familia "como si fuera un sistema". Y el "como si fuera" es muy importante.

Ahora bien, en los casos clínicos que presentan no faltan términos de índole psicopatológica, toda una gama de referencias a "fobias", "dependencia", "esquizofrenia", "anorexia", solamente cito algunas categorías que se utilizan para explicar algunos comportamientos problemáticos, lo llamativo es que no se explique cuál es el rasgo específico de cada una de esas categorías. Quiero decir cuando hablan de "esquizofrenia" ¿se refieren a algunos de los conceptos que elaboró la psiquiatría clásica?, cuando hablan de "fobia" ¿se refieren a la categoría elaborada por la Psiquiatría o al concepto Psicoanalítico? Interrogantes que no tienen respuestas. Salvo que los terapeutas de las TFS supongan que existe una especie de "psicopatología universal" ya establecida y estandarizada.

Es de destacar que también nos encontramos con un cambio muy significativo y llamativo al mismo tiempo, llamativo porque en su nombre vemos que de la "psicoterapia" se pasó a "terapia", no parece tratarse de algo menor porque al estar presente en su nombre indudablemente es una señal fuerte que quiere dejar establecido algo. Tendremos que ver que puede significar para toda esta escuela salirse, si cabe el término, de lo "psico". En principio les doy una hipótesis, todas las orientaciones terapéuticas que se originaron en EEUU tienen una posición resistencial con el Psicoanálisis, son terapias que asocian lo "psíquico" inclusive lo "subjetivo" (a veces se refieren eufemísticamente a "mundo interno") con aquello de lo cual se quieren

desenmarcar, tomando posiciones claramente reivindicativas que terminan haciendo evidente que con el Psicoanálisis tienen algo personal. Me refiero que padecen al Psicoanálisis porque este, de alguna manera, les ha infringido una nueva "herida narcisista".

Siguiendo con el nombre de estas terapias, lo novedoso no es el término "familia" sino que lo nuevo es el término "sistémica". Hipótesis provisoria: al anular lo psíquico toma relieve lo sistémico, la familia deja de ser considerada como una trama de relaciones subjetivas para pasar a ser un sistema desubjetivizado.

La procedencia de la TFS

Los modelos teóricos en los cuales se basan las TFS no pertenecen al campo de la Psicología, tampoco de la Psiquiatría, menos aún al Psicoanálisis, sino que se inspiran en un programa de investigación en el cual se entrecruzan las nociones de cibernética, sistema y comunicación.

La Teoría General de los Sistemas, desarrollada por el biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy, propone: a- no hay nada en el mundo que no funcione con las leyes de los sistemas, b- por lo cual hay correspondencias o isomorfismos entre sistemas de diferente tipo, c- las causas de cualquier fenómeno se encuentran dentro de las relaciones de cada sistema.

Ludwig von Bertalanffy propone un Modelo de Sistema General como intento de unificar el conocimiento científico con el fin de lograr una mayor integración y unidad en la ciencia. Su Teoría General de los Sistemas (TGS) busca principios y leyes aplicables a todos los sistemas o a sus subsistemas, sin importar la naturaleza de sus componentes. De esa concepción surge el principio de isomorfismo, que sostiene la igualdad o semejanza o similitud entre diferentes sistemas o estructuras. Bertalanffy define los "sistemas", como "complejos de elementos en interacción" y establece una distinción entre sistemas cerrados y abiertos, considerando que todos los sistemas vivientes

son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno. Observo que en el mundo animal (y en el propio mundo físico y humano) no aparecen elementos aislados. Es decir, que no se puede explicar ningún proceso si no se tiene en cuenta el contexto inmediato en el que están instalados.

Entonces, Bertalanffy dirá que en estos sistemas abiertos hay fluctuaciones, es decir que estos sistemas oscilan entre momentos de equilibrio (homeostasis) y de desequilibrio (perturbación). De esta manera, si nos posicionamos como terapeutas, aquí estaría la clave: captar los momentos de fluctuación del sistema (como se pasa de un estado de homeostasis a un estado de perturbación), y asimismo evaluar la no fluctuación, cuando la fluctuación, que parece que fuera lo normal, se detiene, la estabilidad estaría indicando un problema, o si Uds., quieren cuando solamente hay estabilidad indica el predominio del no cambio. El sistema tiene dos operaciones o dos formas de intervención ante la perturbación 1) eliminar la perturbación, o sea intervenir sobre la perturbación para resolverla y que el sistema retome su estado anterior 2) ampliar la perturbación con el fin de modificar las reglas del sistema y que este encuentre nuevas reglas de funcionamiento.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es la siguiente, para los teóricos de los sistemas, en la medida en que piensan que lo que cuenta es la interdependencia y no la conducta individual, proponen una idea nueva de la causalidad: la causalidad es circular y no lineal. Esta idea de causalidad circular, que es el interjuego cambiante y constante de los elementos, produce un determinado efecto que no se puede anticipar, la equifinalidad (que significa, el resultado final) solo puede captarse en el momento en que se produce, no hay posibilidad de anticiparse. Es necesario señalar que las investigaciones de Von Bertalanffy y sus discípulos nunca apuntaron a la psicopatología familiar, quiero decir que no elaboraron este concepto pensando en una posible aplicación terapéutica.

La Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. El investigador Heinz von Foerster explica que en la historia de la cibernética se puede observar un desarrollo en tres niveles de complejidad, Cibernética "0 orden": un sistema puede tener un mecanismo de autorregulación automático que corrige la desviación que se presenta. La Cibernética de "1er. Orden", esta explicitada en la obra de Norbert Wiener, (quien reconoce como antecedente a Walter Cannon y su concepto de homeostasis, y a la noción de Claude Bernard de la constancia del medio). Norbert Wiener estudiando la "conducta" del tiro de los cañones antiaéreos para poder optimizar su objetivo, utiliza el principio de retroalimentación o feedback como una de las bases de su teoría. Dicho principio hace referencia a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño, de esta manera la información retroactúa sobre las causas convirtiendo el proceso de lineal en circular. Wiener consideró que el principio de corrección del error es el mismo en las máquinas y en los seres humanos. Wiener dio un paso bastante temerario, a mi criterio, al plantear lo que dio en llamar "las implicaciones sociales de la cibernética", porque estableció la existencia de analogías entre los sistemas automáticos como una máquina y las instituciones humanas en su obra Cibernética y sociedad. Como se puede apreciar para Wiener la conducta de la bala del cañón es equiparable a la conducta de los seres humanos y ambas se explican igual que las conductas sociales. Si la "conducta de la bala del cañón" es el modelo a seguir deberíamos reconsiderar la existencia de las carreras de Psicología y Sociología, dado que las explicaciones "científicas" están en otro lugar.

En esa etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (feedback negativo) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación (feedback positivo) llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. Ahora bien, en 1963 fue Magoroh Maruyama quien definió otra orientación para la cibernética, que se conoce como "segunda cibernética". El nuevo enfoque considera que todo sistema viviente de-

pende para su supervivencia de dos procesos: "morfofostasis" y "morfogénesis". El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa, el segundo, por el contrario, apunta a la variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva. Según Maruyama, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente. A partir de los trabajos del físico Ilya Prigogine sobre "orden a partir de la fluctuación" se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación positiva, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

Los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, del biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela son los pilares sobre los que se ha configurado la última teoría cibernética, llamada cibernética de segundo orden. En consonancia con esto, se reconoce que en 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, pronuncia un discurso titulado "Cibernética de la cibernética". Es el Profesor Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "Cibernética de Segundo Orden" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados. El argumento ponía de manifiesto que la epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa y que el pensamiento científico se basaba en esta premisa, al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto la singularidad del observador no debe estar incluida en la descripción de sus observaciones. El nuevo enfoque: las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador y por otra parte

que el acto de observar influye sobre el objeto observado, al punto de anular toda expectativa de neutralidad de parte del observador. Para von Foerster, "la reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes", sugiere por lo tanto modificar la frase de Korszyski: "El mapa no es el territorio" por "El mapa ES el territorio", definiendo una epistemología que da cuenta del observador. Maturana también dirá "Todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador, o a sí mismo". En la cibernética de segundo orden el objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación

La mayor parte de los teóricos de la comunicación de EEUU consideraron que sus investigaciones debían responder a la premisa del especialista en ciencias políticas Harold D. Lasswell, que se conoce como el paradigma de Laswel: "¿Quién dice qué, a quién, por qué canal y con qué efecto?". En 1949 uno de los modelos de la comunicación, propuesto como respuesta a la pregunta de Lasswell, surgió de los desarrollos de Claude Shannon, ingeniero electrónico, y Warren Weaver, matemático. Este modelo de la Comunicación tenía como objeto de estudio el análisis de la eficacia en la información y quería encontrar de qué manera se podría reducir la incertidumbre en un mensaje. Originalmente esta teoría consideraba que para que se produzca una comunicación debían tenerse en cuenta cinco elementos organizados linealmente: fuente de información, transmisor, canal de transmisión, receptor y destino. Más tarde se cambió el nombre de estos cinco elementos para poder especificar los componentes de otros modos de comunicación. La fuente de información fue dividida en fuente y mensaje para acceder a un mayor campo de aplicabilidad. Se consideraron entonces seis elementos: fuente, codificador, mensaje, canal, decodificador y receptor. Se incorporó a este modelo otro concepto, definido por Shannon en un primer momento, como "fuente de ruido" en relación a la interferencia o perturbación en la claridad de la transmisión de la información. Uno de los objetivos

de esta teoría era encontrar la relación entre información y ruido. El concepto de ruido fue asociado a la noción de entropía propuesta por la segunda ley de la termodinámica, considerándose al "ruido" como una interferencia externa que disminuye la integridad de la comunicación y distorsionan el mensaje para el receptor. El modelo desarrollado por Shannon y Weaver ofrece una lectura lineal y diádica de la comunicación dado que está centrado en los mensajes enviados de un punto a otro y en los resultados, pero el enfoque cambio significativamente al incorporar el concepto de retroalimentación de la Cibernética porque se obtiene una mayor comprensión de las complejas comunicaciones interpersonales y se pasa de la concepción lineal a la circular. Aquí podríamos captar el pasaje de la máquina (teléfono) a la comunicación humana. G. Bateson escribe junto con Jurgen Ruesch en 1951, el libro "Comunicación, la matriz social de la psiquiatría", en el que proponen que "la comunicación es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas". Bateson y Ruesch establecen distintos niveles en la transmisión de la comunicación: verbales lingüísticos y extralingüísticos, no verbales, y contextuales, y un segundo nivel de abstracción, la metacomunicación, comunicación acerca de la comunicación.

El (no) lugar de G. Bateson en las TFS

Hubo un investigador de enorme trascendencia, un pensador creativo, original, que incidió significativamente en los inicios, o en los pre inicios, de las TFS, que fue el antropólogo inglés Gregory Bateson (1904-1980). Este investigador tiene una primera etapa en la que se ocupa de llevar a cabo un trabajo de campo observando el comportamiento de tribus "primitivas" (Nueva Guinea, Bali) Uno de los conceptos fundamentales de ese periodo es "la pauta que conecta", dicho con nuestras palabras, sostiene que existe una articulación mediante la cual se conectan las diferentes relaciones que tenemos

en el sistema viviente, es decir hay diferentes configuraciones de lo viviente que mediante algunas conexiones se vinculan entre sí. G. Bateson en la introducción de su texto póstumo "Espíritu y naturaleza" dice: "¿Cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes? ¿Qué pauta conecta al cangrejo con la langosta y a la orquídea con el narciso, y a los cuatro conmigo? ¿Y a mí contigo? ¿Y a nosotros seis con la ameba?". Propuso la noción de "contexto", referido al medio que rodea o circunscribe a todo fenómeno, otorgándole unas significaciones que inciden en las relaciones y comportamientos de un sistema humano. Se apunta a que no se debe aislar el fenómeno de su contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto en que se produce.

Pero a partir de 1945, instalado en EEUU, se convierte en el protagonista destacado de una serie de investigaciones que van a dar lugar a algunas formulaciones que exceden a los marcos epistemológicos más conocidos.

En esos años es uno de los promotores de las llamadas "Conferencias Macy" sobre retroalimentación que reúne a un grupo de neurofisiólogos, físicos y matemáticos, pioneros del movimiento cibernético norteamericano. Hay una frase célebre de Bateson "... la explicación cibernética constituye el avance intelectual más importante y fundamental de los últimos dos mil años", la cual muestra el entusiasmo que tenía con aquellos conceptos que se elaboraban en su cercanía.

El grupo inicial que acompaña a Bateson se centra en una diversidad de temas referidos a las relaciones sistémicas, las interacciones, el intercambio de energía e información entre sistemas, los procesos de retroalimentación. Si se quiere eran investigaciones teóricas interdisciplinarias que a partir de Bateson, o por iniciativa de este, las hipótesis de esas investigaciones podrían ser "puestas a prueba" en algunas disciplinas sociales. Recalco, puestas a prueba.

Debemos mencionar que para G. Bateson el tema de la "comunicación" en algunos animales y en humanos, no apuntaba a descifrar el comportamiento "normal o patológico" ni de unos ni de otros,

sino que eran unidades de aplicación de lo que a él le interesaba que era elaborar una teoría general de la comunicación. En esa línea investigativa se encontraba un grupo integrado por John Weakland, Jay Haley, Virginia Satir, Jules Riskin, William Fry y Paul Watzlawick, al que luego se integra el psiquiatra Donald Jackson. Como consecuencia de la incorporación de Don Jackson este enfoque deriva de la comunicación en los sistemas a la comunicación familiar, a la familia como una matriz sistémica que genera "fenómenos" comunicacionales contradictorios. Señalemos que en esos fenómenos Bateson ve las complejidades y paradojas de la comunicación, y D. Jackson ve fenómenos psicopatológicos.

En el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (de G. Bateson, Don Jackson, J. Haley y J. Weakland), se encuentra el conocido tema llamado "Teoría del doble vínculo", del cual surge la hipótesis del particular vínculo entre una madre y su hijo en una relación contradictoria en la cual tienen el mismo valor dos afirmaciones opuestas que conciernen de tal forma al sujeto que no tiene salida, porque elija la que elija siempre rechaza a la otra. A partir de esta hipótesis que buscaba la relación entre familia y esquizofrenia, es D. Jackson quien propone una terapéutica familiar, mientras que Bateson se va con su epistemología, literalmente, hacia otros ámbitos.

Luego de esta introducción sobre los tres conceptos que son fundamentales para las TFS, de haber mencionado a G. Bateson que articuló esos tres conceptos y que realizó una propuesta para explicar la comunicación en los animales y en los humanos, se debe destacar el nombre de Donald Jackson, que según todos los datos que se tienen es a partir de este psiquiatra que se da el paso hacia la primera escuela terapéutica conocida como "interaccional" o "escuela de Palo Alto" o con las siglas MIR.

Es a partir de las nuevas perspectiva que comienza a desarrollar D. Jackson, una terapia para el sistema familiar, que Bateson se retira de ese nuevo programa porque no tiene una finalidad teórica acorde a sus deseos investigativos, porque para Bateson la familia humana,

la familia de los delfines o la familia de una tribu primitiva eran unidades de análisis para comprobar la validez de su modelo conceptual. Nada más y nada menos.

Los tres modelos teóricos precursores de las TFS, agrupados en la TGS, respondían a una pregunta epistemológica, y no a una pregunta sobre el síntoma. Es decir, buscaban un nuevo enfoque para entender el funcionamiento del mundo viviente con el objetivo de fundar una nueva perspectiva en relación al conocimiento. No fue la intención de ninguno de los teóricos de estos campos (Bateson, Bertalanffy, Maturana, etc.) responder a una demanda psicopatológica o terapéutica.

El sistema terapéutico

Si las TFS buscaron tener una pertenencia en la epistemología de Bateson, un amparo en lo que consideraron una iniciativa teórica sobresaliente, un resguardo apelando a un movimiento académico prestigioso, si esa fue la intensión pasado ya algunos años, pasado cierto tiempo algunas cosas se ven más claras, como por ejemplo: a- los integrantes más lúcidos y destacados de la epistemología cibernética no acompañaron a las TFS, salvo el mencionado Donald Jakson y Jay Haley, el resto siguió su camino en la investigación, ninguno se reconvirtió en terapeuta de las TFS, y b- los terapeutas siguieron con la idea de la familia como un sistema y ninguno elaboro una teoría original sobre la familia. Quiero reiterar lo que mencione anteriormente, plantear que la familia es un sistema integrado por subsistemas organizados mediante un ordenamiento jerárquico, es definir algo tan general que bien cabe para definir al ejército a una maquina o la vida de las abejas. (Maurice Maeterlimk escribió una hermosa novela en 1901 llamada "la vida de las abejas" donde nos muestra "el sistema familiar de las abejas" y sus relaciones con los entornos)

Con esto quiero decir que las TFS no han logrado formular un concepto nuevo acerca de la familia, no sé si porque les causaba cierto

escozor reconocer que teorías acerca de la "dinámica subjetiva de la familia" se encontraban en la Psicología y el Psicoanálisis, o porque descubrieron de entrada que el éxito de su terapéutica pasa por otro lado, que a mi entender es el lado tecnológico, en las TFS terapéutica y tecnología van (demasiado de la mano). Dicho de otra manera, terapeutas técnicos en el sistema familiar sonaba novedoso y afín con la pasión modernosa por lo tecnológico que comenzó a subyugar a gran parte de las clases medias con aspiraciones.

Algunos de los referentes de las TFS presentan otro ámbito desde el cual surgen estas terapias, se refieren al ámbito de la clínica, así entonces presentan a las TFS como "la posible solución de un problema que hasta entonces no tenía solución". Darle valor a una perspectiva a partir de descalificar al resto.

Consideraré algunos de los hechos clínicos que presuntamente justificaron a esta terapéutica

Los inicios de las TFS se los vinculan con algunos intentos psicoterapéuticos definidos o presentados como "rupturistas", o si se quiere innovadores, que trajeron una solución al callejón sin salida en el cual se encontraban las terapéuticas de las esquizofrenias y del niño síntoma. En otras palabras había dos síntomas que las "psicoterapias dinámicas" no le daban una buena solución. El relato de los terapeutas de las TFS siempre pone de manifiesto que las prácticas psicoterapéuticas agrupadas bajo el rotulo de "dinámicas" no lograban avances significativos con el tratamiento de esos dos síntomas, no curaban lo que pretendían curar. No solo se deben mencionar lo que leían como impases clínicos frente a los dos síntomas mencionados, sino la valoración (¿justa o exagerada?) de algunas propuestas terapéuticas que no respondían a los parámetros del conductismo ni del psicoanálisis.

Entonces sus precursores son los que propusieron terapéuticas alternativas, como es el caso de Nathan Ackerman (1908-1971), con formación psicoanalítica pero con una clínica que no responde a los parámetros establecidos por la Asociación de Psicoanálisis de N.Y., porque su trabajo terapéutico con niños y jóvenes incluye a las fa-

milias de los mismos. Ackerman comenzó trabajando con familias a manera de “complemento de terapia infantil” desde el mismo enfoque psicoanalítico. Este fundó el primer servicio de atención familiar, el primer instituto familiar, y la principal revista de terapia familiar del momento: *Family Process*. La terapia familiar de N. Ackerman es un enfoque que considera a la familia como unidad social significativa. Esto tiene como consecuencia que el tratamiento e intervención no están centradas en el individuo sino en el sistema familiar como un conjunto.

Hubo otro polo de innovaciones terapéuticas que entusiasmo a los primeros terapeutas sistémicos, uno de ellos es Milton Erickson (1901-1980) médico, psicólogo, hipnoterapeuta, terapeuta directivo, todas estas palabras pintan a este terapeuta, que encaja en todas o que no termina de encajar en ninguna. Siempre se lo destaca por su originalidad, vigor, creatividad, y por no responder a ninguna escuela de la época. Tengamos en cuenta que Jay Haley consideraba a Milton Erickson el “primer terapeuta estratégico y quizás el primer terapeuta propiamente dicho”. Erickson no era un terapeuta familiar, tampoco un terapeuta sistémico, sino un promotor de diversas técnicas. Su idea es que el terapeuta debe hacer planes, buscar soluciones originales e inesperadas, evitar la introspección, desafiar las resistencias, manipular o prescribir comportamientos, no reniega de asumir un poder en la sesión. Otro referente es Charles Fulweiler, destacado particularmente por el uso que hacía del “espejo unidireccional”, el propósito era ubicarse por fuera de la escena terapéutica para observar que es lo que hacían los pacientes cuando el terapeuta no estaba presente. Para las futuras TFS este elemento es un aporte decisivo, da la modalidad a la terapia, conforma de otra manera al equipo terapéutico, hay terapia y supervisión casi simultáneamente

Para esta orientación, los problemas clínicos y las posibles soluciones de los mismos dieron lugar al siguiente interrogante: ¿No habría que dejar de lado paulatinamente el “mundo interno” de los pacientes, para comenzar a otorgarle un mayor valor causal a la re-

lación familiar?, dicho de manera más directa: la causa del paciente esquizofrénico ¿no estará en la interacción familiar, en el lugar que tiene en las relaciones familiares? ¿Cuánto tiene que ver el niño síntoma con la relación con su madre, con su padre? ¿No será necesario incorporar a estos en la terapia? O más aun, ¿no habrá que inventar una terapia que se centre directamente en las relaciones familiares?

Esta terapia nace en oposición a lo que ellos llaman "el mundo interno individual", y proponen un nuevo objeto terapéutico: la interacción familiar. El foco terapéutico va a estar puesto entorno del comportamiento estereotipado que atasca la fluidez de la interacción. La Terapia Familiar Sistémica se postulara como terapia de las interacciones, es decir, centradas en la relación familiar por sobre la subjetividad individual, y dejando de lado la subjetividad familiar.

Es por eso, que no vamos a encontrar una conceptualización sobre el "psiquismo", o la "subjetividad" o el "síntoma".

¿Cómo es esa interacción? Se parte de un principio básico que supone lo siguiente: no hay ningún individuo aislado por fuera de las significaciones de la familia, cuando un individuo "comunica" da a conocer una información sobre su sistema familiar, o si se quiere sobre su ubicación o lugar que tiene en el sistema, o sobre la significación que le adjudico el sistema familiar.

Los sistemas familiares presentan momentos de equilibrio y otros de desequilibrio, periodos de estabilidad y de inestabilidad, estos movimientos u oscilaciones son parte de una cierta normalidad. La anormalidad o lo patológico en el caso de las TFS, es cuando el sistema está siempre en el mismo estado, es decir que el equilibrio constante es una señal de comportamientos muy estereotipados en donde prevalecen las mismas normas o reglas en el tiempo, en donde el orden establecido impide cualquier cambio, y si el sistema adopta la forma del desequilibrio permanente es también una clara señal de patología, porque la prevalencia de comportamientos desregulados es un indicador de estados de confusión y de incertidumbre. Es decir que el sistema familiar tiene una dinámica dada por el desarrollo de sus elementos internos y

por la interacción constante con otros sistemas que repercuten en él. Un sistema cambia por requerimientos internos y debe cambiar por las relaciones con diferentes sistemas externos.

De esta manera la manifestación esquizofrénica, o el niño síntoma, estarían indicando una falla en el sistema o en un punto de la interacción, que serían consecuencias de una disfunción de la familia. Por lo tanto los pacientes son los “portadores” de un desequilibrio del sistema familiar, entonces la atención del terapeuta no va a estar puesta en los sujetos individuales sino en el sistema o en la parte del mismo que produjo la falla y la depositó en determinado sujeto.

Por eso la familia no es una relación donde la subjetividad de cada uno hace síntoma, sino es un sistema reglado, jerárquico, con roles para el padre para la madre y los hijos, es decir una estructura jerarquice con lugares diferenciados llamados subsistema de padres, de hijos, de hermanos, que interactúan con otros sistemas, barrio, amistades, escuelas, familiares, clubes, insertos en un determinado contexto. En esta concepción vamos a encontrar que las patologías (los síntomas) tienen que ver con las jerarquías, los subsistemas, los roles, los límites entre unos y otros, con las fronteras entre un sistema y otro, con las alianzas o coaliciones entre los subsistemas.

Modelos terapéuticos

Finalmente, a partir de algunas nociones rescatadas de los principios presentados en ese novedoso paradigma, la Teoría General de los Sistemas (TGS), con los aportes que tomaron de varias experiencias terapéuticas alternativas, se organizan los primeros sistemas terapéuticos con el propósito ya definido de tratar patologías familiares, que se conocen como TFS interaccional, TFS estructural, TFS estratégica.

En marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute (MIR). Se suele confundir al MIR con el proyecto Bateson, cuando en realidad no tienen rela-

ción alguna (ya dijimos que epistemología y terapia se divorciaron). Si es cierto que Jackson trabajó como consultor para el equipo de Bateson y también es cierto que Haley y Weakland venían del proyecto de Bateson.

El llamado Modelo Interaccional, establece el uso del espejo unidireccional que posibilita un equipo terapéutico propiamente dicho (delante del espejo) y un equipo de supervisión (detrás del espejo). El trabajo terapéutico se centra sobre segmentos de conducta y los patrones que dirigen esos segmentos. La terapia privilegia el “feedback negativo”, es decir busca disolver la disfunción y que el sistema recupere su funcionamiento anterior. La propuesta es reducir el desvío.

El Modelo Estructural (S. Minuchin) no se enfoca en la desviación, o el patrón de conducta que provoca la desviación, sino que trabaja buscando cambiar el funcionamiento del sistema. La propuesta es amplificar el desvío, en la medida en que es una consecuencia de una falla de todo el sistema. Por lo tanto no apunta a los patrones que regulan un segmento de las interacciones sino a las reglas que estructuran las relaciones recíprocas de la familia. En esta línea, van a poner el énfasis en los espacios de diferenciación entre los subsistemas (padres e hijos), en cómo se relaciona y como se separa el sistema familiar de los sistemas de la comunidad. Minuchin fue un terapeuta que intervenía activamente imponiendo ideas, explicando lo inconveniente que resultaban algunos comportamientos e induciendo otros. Sostenía que el terapeuta es un nuevo sistema que interactúa con el sistema familiar. En este sentido, el sistema-terapeuta y el sistema-familia constituyen un nuevo sistema, un suprasistema.

Minuchin propone construir un diagnóstico de la interacción familiar, que llamo "mapa", en el cual se registra el estado presente de la jerarquía y el orden familiar, de las alianzas y coaliciones entre los integrantes, la flexibilidad o rigidez de los límites y fronteras, las relaciones entre los sistemas y subsistemas, las relaciones con el exterior familiar. Las defunciones en la interacción son manifestaciones que

surgen cuando se rompen los espacios de diferenciación, cuando se diluyen las jerarquías, cuando el orden impide los cambios.

J. Haley luego de su inicio en las ideas sistémicas con Bateson, se transforma en terapeuta con D. Jackson formando parte del grupo inicial del modelo Interaccional, más adelante se encuentra con S. Minuchin, con el cual trabaja con el modelo Estructural, finalmente emprendió un camino por su cuenta que dio lugar a un nueva escuela, el llamado Modelo Estratégico. Este modelo de abordaje familiar, más allá que Haley aceptaba que en las entrevistas no estuviera toda la familia, propone que el terapeuta debe tener un plan de acción para cada sesión que consistía en: atenerse al aquí y ahora (no al pasado), identificar los problemas que tienen solución, establecer metas, diseñar intervenciones para lograr esos objetivos, evaluar los resultados.

El terapeuta tiene que tener una perspectiva de antemano, un plan o una idea, que le permita controlar y conducir la dinámica de las entrevistas hacia las metas ya planificadas. Así lo manifiesta el propio Haley: "La terapia estratégica no es un enfoque o teoría en particular, sino un nombre para el tipo de terapia donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas".



Este libro concentra el discurso médico, el psicológico y el psicoanalítico en función de las psicoterapias y sus encrucijadas. La historia de la medicina está ligada a la enfermedad y en cómo tratar a la misma, en la cual el médico o psiquiatra dispone de un saber que correlaciona el órgano con el fármaco. En tanto, la psicología ha indagado en torno a las funciones de las operaciones mentales como así también acerca de la génesis y alteración de la conducta. Finalmente, es el psicoanálisis el discurso que revela la constitución del sujeto del inconciente, palabra-sexualidad-deseo, y que estableció las coordenadas de un dispositivo curativo original, que fue la primera "psicoterapia", no médica, en atender al síntoma y su satisfacción con el fin de posibilitar una rectificación subjetiva.

Flavio Peresson es psicólogo egresado de la UNLP. Profesor Titular de la Facultad de Psicología (UNLP) y de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP). Investigador. Director de la Unidad de Investigación: Comunicación y Psicoanálisis de la Facultad de P. y C.S. (UNLP). Psicoanalista.

