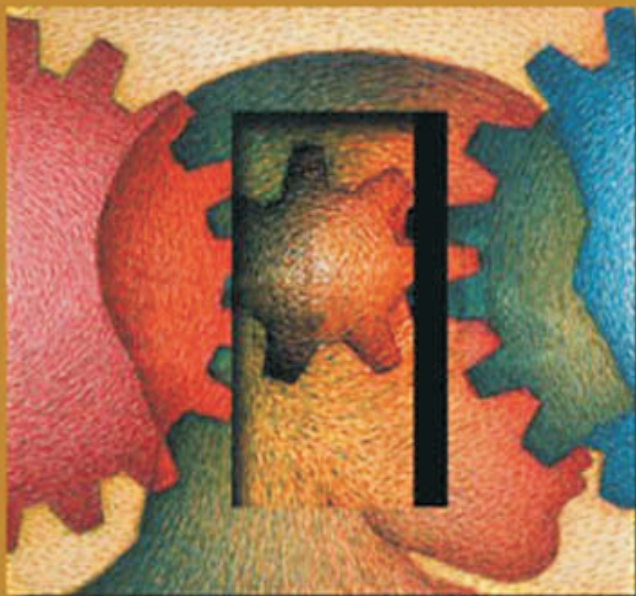


Serie
Comentarios psicoanalíticos 2

Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?



Silvia Bleichmar
Rubén Musicante
Carlos Schenquerman
Alicia Tradatti

Serie

Comentarios psicoanalíticos

2

Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?

Serie

Comentarios psicoanalíticos

2

Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?

3° edición

Silvia Bleichmar

Carlos Schenquerman

Rubén Musicante

Alicia Ruth Tradatti

 Editorial Brujas

Serie Comentarios psicoanalíticos

Director: Rubén Musicante

Autores: Silvia Bleichmar

Rubén Musicante

Carlos Schenquerman

Alicia Ruth Tradatti

Bleichmar, Silvia

Intervención en crisis, encuadre o dispositivo analítico?/Silvia Bleichmar; Rubén Musicante; Carlos Schenquerman - 3a ed. - Córdoba: Brujas, 2005.

188 p. ; 21x14 cm.

ISBN 987-1142-83-8

I. Psicología I. Musicante, Rubén, II. Schenquerman, Carlos,
III. Título

CDD 150

© 2005 S. Bleichmar, R. Musicante, C. Schenquerman, A. Tradatti

© 2005 Editorial Brujas

3° edición

Impreso en Argentina

ISBN: 987-1142-83-8

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de tapa, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o por fotocopia sin autorización previa.



Editorial Brujas

editorialbrujas@arnet.com.ar

Tel./fax: (0351) 4606044 – Pasaje España N° 1485

Córdoba – Argentina

ÍNDICE

	Pág.
Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre Una propuesta respecto al futuro del psicoanálisis <i>Silvia Bleichmar</i>	9
Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico? <i>Rubén Musicante</i>	33
Impacto y perspectivas de la crisis social en el sujeto psíquico <i>Carlos Schenquerman</i>	73
El superyó en la obra freudiana Aperturas hacia el Psicoanálisis en la actualidad <i>Rubén Musicante</i>	95
Desde el síntoma <i>Rubén Musicante</i>	117
Freud y la cuestión del paradigma indiciario <i>Carlos Schenquerman</i>	135
El Psicoanálisis como antihermenéutica Acerca de la interpretación <i>Rubén Musicante</i>	151
Fundamentos metapsicológicos de la práctica psicoa- nalítica en la iniciación del tratamiento <i>Carlos Schenquerman</i>	165
Acerca del olvido <i>Alicia Ruth Tradatti</i>	175

Sostener los paradigmas desprendiéndose del lastre.

Una propuesta respecto al futuro del psicoanálisis

Silvia Bleichmar

El debate acerca del futuro del psicoanálisis no puede reducirse a la exploración de las condiciones de su ejercicio en el siglo que comienza. Porque lo que está en juego no es sólo la supervivencia de un modo de práctica -llamada clínica- con la cual se intentó paliar una parte del sufrimiento ocasionado por los acontecimientos que se fueron produciendo a lo largo del siglo pasado, sino la racionalidad de los enunciados mismos que la sostienen; y el riesgo de que caiga, como una ideología más, junto a la chatarra que se barre periódicamente en la historia del conocimiento.

Y ello no sólo por el avance de la llamada globalización que bajo la égida del capitalismo neoliberal produce hoy un estallido de la subjetividad, ni por los descubrimientos de otros campos científicos y no tan científicos que intentan relevar los paradigmas del psicoanálisis con otros modos de concebir el funcionamiento psíquico. El psicoanálisis corre el riesgo de sucumbir -al igual que ocurrió con el socialismo real- no en razón de la fuerza de sus oponentes, ni de la racionalidad de los argumentos con los cuales intentan su relevamiento, sino implosionado por sus propias contradicciones internas, ante la imposibilidad de abandonar los elementos obsoletos y realizar un ejercicio de recomposición de la dosis de verdad interna que posee.

Es por ello que deviene tarea urgente *separar, por un lado, y como venimos proponiendo desde hace ya tiempo,*

aquellos enunciados de permanencia, que trascienden las mutaciones en la subjetividad que las modificaciones históricas y políticas ponen en marcha, de los elementos permanentes del funcionamiento psíquico que no sólo se sostienen sino que cobran mayor vigencia en razón de que devienen el único horizonte explicativo posible para estos nuevos modos de emergencia de la subjetividad. Para ello es necesario tomar los paradigmas de base del psicoanálisis y, en muchos casos, darlos vuelta, "ponerlos sobre sus pies", sacudirlos en todas direcciones para que puedan quedar en condiciones de ser reposicionados en el campo general de los conocimientos del futuro.

Respecto a los ejes sobre los cuales orientaré los párrafos que siguen, al intentar un cercamiento de los problemas que considero imprescindible revisar, señalemos en primer lugar que *la obra freudiana constituye el punto de partida, con todo el peso que esta afirmación tiene*: de ella no sólo es necesario diferenciar los descubrimientos de carácter universal de la impregnación histórica en la cual inevitablemente se ven inmersos, sino también trabajar sobre sus contradicciones, aporías y acumulación de hipótesis adventicias. Estableciendo niveles de científicidad posible, y separando metodológicamente las teorías -en el sentido estricto de la palabra- de los elementos novelados, mitificados, con los cuales se ha enraizado el corpus a partir de que el objeto sobre el cual se realiza la operación aplicada mayor, es decir la clínica, es también su fuente principal de descubrimiento. Sólo como ejemplo citemos las teorías sexuales infantiles, de las cuales la castración ocupa un lugar mayor, ya que sabemos hasta qué punto han devenido también "teorías" de los psicoanalistas, sin que se haya diferenciado estrictamente el estatuto que corresponde a cada

una de estas formas de teorizar: la del sujeto psíquico que elabora sus posiciones libidinales y el modo con el cual la teoría propiamente dicha debe recogerla.

Defino entonces, para comenzar este ordenamiento, los puntos que propongo al debate, sin que el orden con el cual son expuestos implique en modo alguno una jerarquización:

1. Posicionamiento respecto a la obra de Freud.

2. Sexualidad infantil: su descubrimiento como forma principal con la cual se definen los orígenes de la realidad psíquica y su destino insubordinable a la genitalidad como proceso de maduración biológica.

3. Lugar del inconsciente, su materialidad psíquica caracterizada como a-subjetividad radical, marcada por la ausencia de intencionalidad y toda referencia al mundo exterior (aún cuando su proveniencia sea de carácter exógeno) y sus consecuencias en la aplicación del método.

1. Posicionamiento respecto a la obra freudiana

Los textos de Freud se inscriben como punto de partida, no reductibles a ningún lector "supremo" que se atribuya mesiánicamente ser el único que "ha escuchado la palabra", ni diluibles en una literalidad que los coagule como textos sagrados. El respeto por los mismos presupone tanto acceder al conocimiento que encierran, como someterlos a un trabajo que sostenga sin mistificación las contradicciones que inevitablemente los atraviesan. El rigor de lectura no confundiéndose con obediencia pero tampoco reemplazando lo que en ellos fue dicho para hacerlos coincidir con lo que a cada escuela le gustaría que digan.

Es importante hacer atravesar los escritos de Freud por el método analítico, sin reemplazar lo que dicen por "lo que en realidad Freud quiso decir", ya que "lo que en realidad quiso decir" es lo que dice, siempre y cuando se re-incluya lo que dice en su contexto asociativo de pertenencia, que no es el de la subjetividad del lector, sino el de las líneas de tensión de la obra misma. El método analítico implica, por otra parte, que el contexto discursivo defina la significación-significancia, para usar la vieja expresión de Aristóteles, remozada hace algunos años por Lacan- y esto, respecto a la obra de Freud, se resuelve apelando a los diversos ejes problemáticos en los cuales el concepto se articula en movimiento.

Se trata de una triple perspectiva para abarcar la obra: *problemática, histórica y crítica*. Las contradicciones y dificultades no pueden ser eludidas porque son el efecto del modo que asume en lo real el objeto mismo: objeto (el inconsciente) que se sustrae en la medida en que se lo conoce. La contradicción no siendo un error de juicio del científico -como pensaba el positivismo- sino un efecto de la contradicción de la cosa misma, y de la imposibilidad de cercar a la cosa en su conjunto de un modo "sintético", ya que las aproximaciones sucesivas implican modos de conceptualización que organiza ensamblajes distintos.

Desde el punto de vista histórico, el pensamiento freudiano no podría ser abarcado bajo una simple cronología, como sumatoria de conocimientos que se desplegaran desde la cabeza -galera de la cual salen los conejos-conceptos-, ni como una dialéctica encaminada hacia su máxima perfección coronando las dificultades con una síntesis suprema. Es necesario mostrar no sólo los resultados sino el encaminamiento por el cual se llega a los mismos, lo cual

permite que se puedan rehacer tramos e iniciar nuevas direcciones, sin que se produzcan capturas esterilizantes. Ello permite también que coagulaciones de conocimientos verdaderos aprisionados en el interior de teorizaciones espurias puedan desprenderse y circular nuevamente en direcciones más fecundas.

Ej.: ¿Puede sostenerse la teoría de la compulsión de repetición si se la desgaja de los componentes de una biología mítica que la coloca en el marco de la pulsión de muerte? O aún, ¿sería posible, desde el interior mismo de la obra dar un contenido distinto al concepto de pulsión de muerte, y desprenderla de los modos filogenéticos o incluso de una teleología de la vida y la muerte mediante la cual Freud reinscribe el dualismo pulsional?

Estos movimientos de apertura tal vez puedan generar nuevas alternativas, pero tienen como prerequisite encontrar las determinaciones teóricas que conducen a Freud a una u otra formulación. Si se trata de optar, esta operación no puede ser efectuada sin un conocimiento profundo de los movimientos que llevan a una conclusión. No se trata de descartar algo como erróneo en sí mismo, sino de recuperar el movimiento que lo hace desembocar en una vía errada para, desde allí, rehacerlo.

Del mismo modo, las grandes escuelas postfreudianas, los grandes movimientos que se fueron sucediendo a lo largo del siglo, pueden ser comprendidas como intentos de ofrecer nuevas respuestas a cuestiones no resueltas en el tronco matriz de la obra. En razón de ello, más que enfrentarlas entre sí, o subordinarlas las unas a las otras, o aún contraponerlas a Freud para mostrar de modo invalidante sus "desvíos", es necesario realizar en su interior mismo un trabajo de depuración de paradigmas, y encontrar, en el

interior de la obra matriz, qué cuestiones no resueltas vienen a responder sin haber realizado, en muchos casos, una reformulación de la pregunta originaria.

Cada escuela ha intentado sostenerse a costa de una renegación de los aspectos de la obra freudiana que no le son "sintónicos", en un esfuerzo de síntesis que opera por recortes y exclusiones. Así, el kleinismo -como tendencia general- ha desconocido toda la línea que va de la fundación del inconsciente por inscripciones a la represión originaria y a la función del otro en la constitución de las identificaciones, y el lacanismo, por su parte, ha intentado obviar y escotomizar ora los aspectos histórico-traumáticos -en aras de un estructuralismo a ultranza-, ora aquellos económicos o biológico-evolucionistas no favorables a una propuesta transubjetiva y lenguajera del funcionamiento psíquico. Es por ello que una perspectiva crítica debe conjugar en la transmisión del conocimiento psicoanalítico tanto aquellos que se sostienen por su coherencia racional o por su corroboración práctica, -premisas de las cuales Freud nunca abdicó- como los callejones sin salida en los cuales el sistema tiende a cerrarse.

Se trata, en este sentido, de conjugar en un movimiento mismo contenidos y procesamiento de los mismos, ofreciendo una perspectiva que inevitablemente constituye una toma de partida, otorgando un modelo de lectura que permita al otro ir más allá de la posición que uno mismo haya asumido, permitiendo realizar tanto con el discurso freudiano como con el propio un movimiento de metabolización, apropiación y ruptura en las coagulaciones e *impasses* que arrastre.

2. Sexualidad infantil

La vulgata psicoanalítica ha homologado desde siempre el aporte fundamental del psicoanálisis respecto al descubrimiento de la sexualidad infantil con el complejo de Edipo, como deseo genital del niño hacia el adulto. Ello despoja a la sexualidad infantil de su carácter mayor: anárquica en los comienzos, no subordinable al amor de objeto, opera a lo largo de la vida como un plus irreductible tanto a la autoconservación como a su articulación con el fin biológicamente determinado: la procreación.

Sin embargo, el descubrimiento freudiano hizo estallar, no sin vacilaciones, la relación existente hasta 1905 entre procreación y genitalidad, constituyéndose así en la única teoría que puede dar cuenta de los modos con los cuales la sexualidad encuentra sus formas actuales, una vez que la humanidad ha desanudado biológicamente la relación entre coito y engendramiento. Pero el ingreso del estadismo, con el cual desde cierto endogenismo -que tuvo sus puntos culminantes en la obra de Abraham pero al cual Freud da también un lugar particular en sus *Tres Ensayos*- hacen su ingreso las fases libidinales, establece la base de un borramiento respecto a la función de la sexualidad del adulto como motor de implantación mismo de la sexualidad infantil, y genera ya las condiciones para un Edipo que surge de modo unilateral del niño. Y que cobra dominancia en psicoanálisis más allá de una u otra mención a la función de la sexualidad del adulto como motor mismo de esa sexualidad en la cría (cuyo efecto de desconocimiento aún hoy arrastramos, al dejarse de lado la impronta que la sexualidad adulta imprime en la cría humana, en razón de la disparidad de saber y de poder con la cual se establece la parasitación simbólica y sexual que sobre ella ejerce, y

cuyo retorno del lado del lacanismo no ha pasado de ser "deseo narcisista", subsumiendo esta cuestión central en cierto espiritualismo deseante del lado del discurso y anulando el carácter profundamente "carnal" de las relaciones entre el niño y quienes lo tienen a su cargo.

El aporte fundamental, que consiste en considerar como sexual todo aquello que siendo del orden del placer implica un plus que no se reduce a las actividades auto-conservativas, viene aparejado, desde el comienzo, de una propuesta de sexualidad en dos tiempos; tiempos que Freud consideró, a dominancia, como biológicamente determinados, si bien dejó abierto, aun cuando sólo fuera en los márgenes, la posibilidad de que el primer tiempo, aquel que corresponde a lo "pregenital", fuera efecto de la introducción de la sexualidad del adulto, de la implantación precoz de la sexualidad adulta, pulsional, genital y para-genital, en el niño.

¿Dónde quedan los dos tiempos canónicos, uno que corresponde a la pulsión parcial y otro a lo genital, cuando incluimos la sexualidad del adulto como productora de excitaciones, si el adulto está atravesado simultáneamente por sus deseos inconscientes, "pregenitales", infantiles, y ellos se ensamblan, necesariamente, en su sexualidad genital ya no sólo conocida sino experienciada, excitante y que rige todo su movimiento libidinal? Es en razón de esto que más allá del carácter subversivo y globalmente no superado que posea un texto como *Tres ensayos de teoría sexual*, es en aquellos planteos que quedan impregnados por una visión teleológica de la sexualidad, sometida a un fin sexual reproductivo, donde se manifiesta más claramente la necesidad de revisión. Y ello no sólo por la caducidad histórica de los planteos, sino porque entran en contradic-

ción con enunciados centrales de la teoría y de la práctica psicoanalítica; enunciados que han hecho estallar, precisamente, la relación existente entre sexualidad y procreación, desanudando precozmente, antes de que la historia de la ciencia obtuviera los medios para ello, o que la sociedad civil blanqueara la realidad de sus prácticas sexuales, los fines biológicos, morales en última instancia, de los movimientos de placer que definan los modos de acoplamiento libidinal que rigen el cuerpo y el psiquismo de los seres humanos.

Comencemos entonces por definir una serie de puntos que permiten un reordenamiento de la cuestión sexual, separando cuidadosamente aquellos que consisten en elementos nucleares de la teoría psicoanalítica, de las teorías sexuales con las cuales los seres humanos, desde la infancia, intentan elucidar el misterio no sólo de la diferencia entre los sexos sino también de la función que cumplen sus propias excitaciones como elementos que ponen en marcha su accionar sexual.

Si bien es obvio que la sexualidad humana no se reduce a los dos rubros canónicos que la sexuación impone -entendiendo por sexuación los ordenamientos que definen las prácticas genitales bajo las formas de recomposición que ligan la sexualidad al semejante en masculino/femenino-, parece necesario volver a definir hoy, a casi un siglo de *Tres ensayos*, su aporte fundamental: el hecho de que la sexualidad humana no sólo comienza en la infancia, sino que se caracteriza por ser no reductible a los modos genitales, articulados por la diferencia de los sexos, con los cuales la humanidad ha establecido, desde lo manifiesto, su carácter.

Nos vemos obligados a sostener entonces, y sobre esto

hemos hablado largamente en otros textos, que los dos tiempos de la sexualidad humana no corresponden a dos fases de una misma sexualidad, sino a dos sexualidades diferentes: una desgranada de los cuidados precoces, implantada por el adulto, productora de excitaciones que encuentran vías de ligazón y descarga bajo formas parciales (siempre de carácter "frustro", ya que se olvida con demasiada facilidad que aún la masturbación genital infantil no logra carácter orgásmico, no siendo por ello equivalencia-ble a la sexualidad adulta, salvo en ciertos casos que han sido convocados precozmente a su ejercicio), y otra con primacía genital, establecida en la pubertad y ubicada en el camino madurativo que posibilita el ensamblaje genital, no constituyendo entonces una simple reedición del acmé de la sexualidad infantil, sino un modo de recomposición ordenado y guiado por la existencia de una primacía de carácter genital. Pero la paradoja consiste, diría Laplanche, en que el "instinto sexual", si es que algo queda de ello, la maduración puberal, encuentra todo el campo ya ocupado por la sexualidad para-genital: los primeros tiempos han marcado fantasmática y erógenamente un camino que si no encuentra vías de articulación establece que el recorrido se oriente bajo formas fijadas, las cuales determinan, orientan u obstaculizan, los pasajes de un modo de goce a otro.

¿Qué lugar pueden ocupar, por otra parte, los estudios de género que implican hoy un indudable avance al propiciar un desasimiento de los enunciados que hacen a los modos de representación, tanto femeninos como masculinos, de una presunta dependencia de la biología, como un correlato directo de la anatomía constituida en tanto sustrato de toda producción ideativo-ideológica, y generando nuevas posibilidades de abordaje de la cuestión? Es nece-

sario recuperar sus aportes, definiendo al mismo tiempo sus alcances en el marco de nuestro campo de abordaje.

Entre la biología y el género, el psicoanálisis ha introducido la sexualidad en sus dos formas: pulsional y de objeto, que no se reducen ni a la biología ni a los modos dominantes de representación social, sino que son, precisamente, los que hacen entrar en conflicto los enunciados atributivos con los cuales se pretende una regulación siempre ineficiente, siempre al límite. La sexualidad no se reduce entonces a los modos de ordenamiento masculino-femenino, y mucho menos a las formas con las cuales la función sexual establece los ensamblajes de la genitalidad una vez dadas las condiciones para que el sujeto pueda acceder a ella. Es desde esta perspectiva que se hace necesario señalar, haciendo una afirmación que no por sabida es menos olvidada, que la identidad sexual tiene un estatuto tópicico, como toda identidad, que se posiciona del lado del yo.

Las nociones de "diversidad" y "diferencia", introducidas por Freud, intentan dar cuenta de este procesamiento por el cual se articula el género en la diferencia anatómica: la primera para aludir al conjunto de atributos que ponen en marcha el reconocimiento con el cual se pautan modos diferentes de organización entre hombres y mujeres; la segunda para ofrecer un lugar a la teoría espontánea con la cual el niño ordena bajo el modo de la lógica binaria las categorías masculino-femenino a partir de la percepción de la diferencia sexual anatómica. Una consecuencia teórica y clínica se desprende de esto: si la atribución de género es anterior al reconocimiento de la diferencia anatómica, coexiste con la sexualidad pulsional sin obstaculizarla. *La extensión del concepto de polimorfismo perverso infantil a los trastrocamientos de género constituye, si no uno*

de los mayores pecados, sí uno de los más grandes errores del psicoanálisis de niños: creer que un varoncito de 4, 6 u 8 años que quiere ser niña, realiza esta elección porque está aún atravesado por el polimorfismo perverso y no ha definido su identidad sexual, es de una cortedad intelectual sólo equiparable a la irresponsabilidad que implica.

Pero esto deriva a su vez de otra cuestión: la fácil homologación entre polimorfismo perverso y perversión propiamente dicha, que ha creado una confusión gravísima cuyas consecuencias son de peso en nuestra clínica. Y sólo para no extendernos en consideraciones que pueden ser consultadas, señalemos que de las dos teorías freudianas acerca de la perversión, aquella que pone el centro en las transgresiones anatómicas -entendida la perversión como reverso de la neurosis- y aquella que pone el centro en la renegación (*Verleugnung*) de la castración, lo fundamental queda en nuestra opinión afuera. En el primer caso porque viene adherida a un sustrato ideológico histórico ya insostenible: ¿Quién podría considerar hoy del orden de la perversión las formas mediante las cuales una pareja ensambla en su relación amorosa aspectos pregenitales con modos genitales, y quién podría clasificar como perversos los modos de producción mutua de placer bajo formas no tradicionales, a través de la recurrencia a un erotismo que posibilite el encuentro rehusado por la anatomía en aquellos casos en los cuales está obstaculizado el pleno acceso genital? En el segundo porque reduce todo reconocimiento de la alteridad a la diferencia anatómica de los sexos, planteando como modelo del amor de objeto la relación heterosexual, estando atravesadas tanto la elección homosexual como la heterosexual por los modos más diversos de anulación o reconocimiento de la diferencia con el otro.

Es en este punto donde se hace más clara *la diferencia entre producción de subjetividad, históricamente determinada, y premisas universales de la constitución psíquica*. Tornándose necesario, en nuestra opinión, *redefinir el concepto de perversión si es que queremos descapturarlo de la telaraña ideológica con la cual periódicamente se entrapa a lo largo del tiempo, considerando de este orden todo proceso de goce sexual que tenga como prerrequisito la des-subjetivización del otro, devenido así, en este caso, partenaire*. No se trata ya de la transgresión de la zona, ni del modo de ejercicio de la genitalidad, sino de la imposibilidad de articular, en la escena sexual, el encuentro con otro humano. La perversión, en su fijeza, en la inmutabilidad del goce propuesto, no es sino en el límite mismo el autoerotismo ejercido sobre el cuerpo de otro, despojado este otro de la posibilidad de instalarse como sujeto que fija los límites mismos de la acción, no sólo sexual, sino intersubjetiva. *La perversión, como categoría, debe resituarse en el estatuto que implica el ordenamiento de una psicopatología sometida a la prueba metapsicológica. Entre las dos opciones de ordenamiento propuestas a lo largo de la obra freudiana: el ejercicio de la pulsión parcial (en los textos de la primera época) y la dominancia de la ‘Verleugnung’ (desestimación por el juicio, desmentida, renegación, según las diversas traducciones) a partir de la primacía de la premisa fálica en la última parte de la obra, algo eficaz sigue circulando, si bien en su absolutización al margen de la historia y de los modos con los cuales se constituyen las diversas corrientes de la vida psíquica conlleva el riesgo de un moralismo decadente que empuja al psicoanálisis hacia el siglo XIX en lugar de convocarlo hacia el XXI.*

Y antes de cerrar esta cuestión respecto al concepto de sexualidad en psicoanálisis, no podemos dejar de hacer un último señalamiento: es indudable la necesidad de redefinir el llamado *complejo de Edipo*, y ello desde dos vertientes. En primer lugar, porque nace y se ha conservado impregnado, necesariamente, de los modos con los cuales la forma histórica, que impone la estructura familiar, acuñó el mito como modo universal del psiquismo, siendo evidente, como decíamos, que tanto los nuevos modos de acoplamiento como las nuevas formas de engendramiento y procreación puestas en marcha por la revolución biológica, dan cuenta tanto de sus aspectos obsoletos como de aquellos más vigentes que nunca a partir del conocimiento psicoanalítico. Respecto a lo obsoleto, es insostenible la conservación del Edipo entendido como una novela familiar, vale decir como un argumento que se repite, de modo más o menos idéntico, atravesado por contenidos representacionales hacia "el papá" y "la mamá", a lo largo de la historia y para siempre. Se diluye en esta mitologización vulgarizada que hoy suena pueril el gran aporte del psicoanálisis: el descubrimiento del acceso del sujeto a la cultura a partir de la prohibición del goce sexual intergeneracional. *El Edipo debe ser concebido entonces como la prohibición con la cual cada cultura pauta y restringe, a partir de la preeminencia de la sexualidad del adulto sobre el niño, la apropiación gozosa del cuerpo del niño por parte del adulto. Lo cual resitúa el origen del deseo infantil en su carácter prematurado en razón de la dependencia del niño respecto del adulto sexuado, y el modo metabólico e invertido con el cual se manifiesta y toma carácter fundacional respecto al psiquismo.*

Junto a esto *debemos revisar el modo con el cual hemos*

*definido esta interceptación terciaria del goce, despojándola de la impronta con la cual quedó acuñada en el psicoanálisis, en particular en los últimos años, a partir de su modulación en la sociedad patriarcal, a través de fórmulas tales como "nombre del padre" y "metáfora paterna". Y ello no sólo por ser ideológicamente peligrosas, que de hecho lo son en el deslizamiento que propician entre ley y autoridad, sino porque sellan de modo canónico las formas con las cuales el hijo en tanto producto circula en el interior de las relaciones de alianza que lo constituyen como sujeto histórico y social en un período determinado que parecería haber devenido, en el pensamiento europeo, si no "fin de la historia", sí "culminación de los modos de constitución de la subjetividad"*¹.

3. Estatuto del inconsciente y consecuencias respecto al método.

Respecto al estatuto del inconsciente, a su "realismo", comencemos por señalar que nos ubicamos en una perspectiva conceptual que separa como dos órdenes distintos la existencia del inconsciente de su conocimiento, y se rehúsa a todo agnosticismo al respecto. El inconsciente es un *existente* cuya materialidad debe ser separada de su conocimiento: existió antes de que este conocimiento fuera posible, y el descubrimiento freudiano implica su conceptualización, no su invención. Freud no "crea" al inconsciente,

¹ No puedo terminar este apartado sin dejar de señalar que reconozco la irritación que puede producir en algunos la inclusión del Edipo como sub-apartado de la sexualidad infantil. No hago con ello sino seguir a Freud mismo, cuando planteó entre los *shibolets* del psicoanálisis - junto al inconsciente, la defensa y la transferencia - a esta sexualidad infantil, considerándola entonces como uno de los conceptos centrales que toma el carácter de rango ordenador.

como tampoco Newton inventa la gravedad.

Afirmación, por banal que parezca, que subraya el hecho de que el inconsciente existe en algún lado más allá del proceso de la cura analítica que posibilita su conocimiento y da sustento a la concepción del síntoma como intrasubjetivo, y determina el conflicto como intrapsíquico más allá de sus modos intersubjetivos -aún transferenciales- de realización. El estatuto epistemológico del inconsciente reclama que el mismo sea diferenciado de las nociones previas que aparecen en la literatura anterior y posterior a Freud -así como de su extensión a otros campos de conocimiento-. El átomo de Demócrito no es el átomo de la física actual; el inconsciente freudiano no es el inconsciente de la narrativa del siglo XIX, ni tampoco es el inconsciente cognitivo de Piaget ni el inconsciente en la cultura del estructuralismo, o de la "obra de arte". *Es necesario discutir -dentro del psicoanálisis- cuál sería el estatuto epistemológico de conceptos como "inconsciente de un texto", o incluso "inconsciente grupal" o "inconsciente familiar" - extensiones más metafóricas y alusivas que conceptuales, cuya operatividad en ciertos casos es interesante y en otros directamente generadoras de confusión.*

Hemos dejado la cuestión del origen de la pulsión para este apartado, en razón de que su definición pone en juego los orígenes mismos de las representaciones que constituyen la materialidad de base del inconsciente. Sus orígenes están atravesados por inscripciones provenientes de las primeras vivencias sexuales que acompañan los cuidados con los cuales el adulto toma a cargo a la cría. En este sentido, lo que estamos habituados a conocer como contingencia del objeto debe ser considerado en términos extensos, como *contingencia de la pulsión*, vale decir, carácter

posible de la inscripción de la sexualidad, a partir de un plus que se instala en el marco de los cuidados precoces. Si es el hecho de que un *exceso de la sexualidad del otro determina el surgimiento de la representación psíquica, en virtud del carácter no descargable de esta implantación, debemos decir que el inconsciente no surge de la ausencia del objeto sino de su exceso, vale decir del plus de placer que se genera en el movimiento de resolución de la auto-conservación, a partir de que ésta, está en manos del adulto excedido, él mismo, por sus propios deseos inconscientes. Que sea la ausencia lo que activa la representación, en aquello que Freud llamó deseo -vale decir en el movimiento que tiende a la recarga de la huella mnémica del objeto- no quiere decir que esta ausencia le dé origen. Es más bien en una acción realizada, efectivamente cumplida, la vivencia de satisfacción, aquello que genera el origen de toda representación.*

Estas primeras inscripciones, que anteceden a toda instalación del sujeto en sentido estricto, cuyo emplazamiento yoico-discursivo se verá concretado mucho más tarde, dan cuenta de los *orígenes para-subjetivos del inconsciente, y por ende de toda realidad psíquica.*

Afirmar que las primeras inscripciones son del orden de lo para-subjetivo, puede ser formulado también en los siguientes términos: el descubrimiento fundamental del psicoanálisis, que lo torna inédito respecto a toda teoría precedente e irreductible a toda psicología general, es la afirmación de que la representación antecede al sujeto pensante, vale decir, que en los orígenes existe, por decir así, "un pensamiento sin sujeto".

Que luego, con la recomposición que conlleva a la fundación de las instancias, esta realidad originaria, pre-subjetiva,

devenga para-subjetiva, no es una cuestión menor. El inconsciente permanecerá, para siempre, en el orden de lo para-subjetivo, y como tal, no es reductible a una segunda conciencia, ni a las leyes con las cuales funciona el sujeto.

Es esta materialidad pre-discursiva que funda un orden de realidad sin embargo específicamente humano, la que definimos como *para-subjetiva*, solidaria con el hecho de concebir al inconsciente como *no intencional, cerrado a toda referencia*. Es esta radicalización del descubrimiento freudiano lo que nos lleva entonces a diferenciar al psicoanálisis de toda hermenéutica, tomando partido por aquello que Freud define, desde una de las vertientes posibles "sentido inconsciente": que se lo puede considerar un contenido psíquico de pleno derecho, que persigue su meta propia, que sirve a un propósito y se ubica dentro de una serie psíquica - cuestión bastante alejada de toda significación inconsciente en el sentido lingüístico²; lo cual transforma la cuestión del "sentido inconsciente" en algo similar a los llamados "sentimientos inconscientes" tal como lo definió la "Metapsicología": sentimientos que llamamos de modo abusivo "inconscientes", una vez que hemos descubierto las representaciones reprimidas a las cuales se anudan, pero que constituye, en tanto formulación, un absurdo, dado que no puede haber "sentimientos no sentidos por alguien".

Las consecuencias de esta afirmación para la teoría y para la clínica son enormes.

A.- Destitución definitiva del modo maniqueo con el

² Freud, S. *Obras Completas*, vol. XV, Amorrortu Ed., Bs. As., 1993.

Lo cual no quiere decir que en las mismas páginas Freud no afirme lo contrario, al referirse también al acto fallido: "exteriorización de contenido y de significado" ... (p. 31) - que deja lugar a la significación inconsciente de signo opuesto a aquella buscada por la conciencia.

cual se ha concebido la defensa: siendo inconsciente y preconscious-consciente dos estructuras con su propia legalidad y su propio emplazamiento en el interior de la tópica psíquica, los enunciados que el sujeto formula no son simplemente el modo engañoso de encubrimiento de lo inconsciente que habría que desecharlo para buscar detrás "la verdad" inconsciente, sino producciones psíquicas de pleno derecho que coexisten o se ensamblan, o se ven determinadas en parte por otras mociones que deben ser sacadas a la luz.

B.- Abandono de la suspicacia paranoide del lado del analista y su relevamiento por un escepticismo relativo respecto a la permanencia de las certezas del yo. Sin que ello implique descreencia ni anulación de las certezas con las cuales el yo recompone, permanentemente, las formas de desligazón a las cuales se ve sometido por el embate inconsciente que dentro de la clínica propicia el método y fuera de ella la vida misma, ni descalificación de las vivencias y afirmaciones sobre los afectos del sujeto en aras de una supuesta "verdad" del inconsciente.

C.- Liquidación de las jerarquías reificantes con las cuales se concibe al "sujeto del inconsciente" como el que enuncia la verdad, frente al yo homologado a una suerte de "falsa conciencia" que se engaña. El inconsciente no es sino res-extensa, lugar de la materialidad representacional des-subjetivizada, "realidad psíquica" en sentido estricto, y en función de ello, no puede enunciar las verdades sino brindar los restos materiales con los cuales esta verdad es articulada por el sujeto del discurso.

Pero aún queda por definir un aspecto nuclear para

nuestra práctica: y ella remite a la no homogeneidad representacional, a la diversidad simbólica del psiquismo. Por una parte la que ya conocemos bajo la forma canónica de representación cosa-representación palabra. Pero por otra, en el interior mismo del inconsciente, el hecho de que coexistan en su interior representaciones secundariamente reprimidas con elementos que nunca tuvieron el estatuto de representación palabra -lo originariamente reprimido-, así como signos de percepción que no logran articularse, sea por su origen arcaico e intrascriptible, sea por haber irrumpido en procesos traumáticos no metabolizables. Estos elementos pueden hacerse manifiestos sin por ello ser conscientes, pueden activarse a partir del movimiento mismo del dispositivo analítico o de vicisitudes de la vida, y dejar al sujeto librado a la repetición compulsiva, a la captura indiciaria, sin que la asociación sea posible ni el develamiento del sentido inconsciente viable, en razón de que su estatuto no es el de la fijación a un sistema psíquico, sino su deambulación por el aparato con pasajes a la motricidad sin que ello implique captura de la conciencia.

Cuestión central tanto en la clínica de niños como de pacientes adultos no neuróticos, o incluso en los momentos no neuróticos de todo ser humano, cuando traumatismos severos o el proceso analítico mismo llegan a bordear y activar elementos no transcritos cuyo cercamiento es necesario, su resimbolización posible, pero la interpretación se revela ineficaz en tanto su estatuto es otro que el de lo reprimido. Estamos acá confrontados al sostenimiento de ciertas premisas del modo del psicoanálisis de concebir la práctica, sin que ello implique, sin embargo, aplicación del método en todos los términos que ello impone: instalación de la situación analítica clásica, abordaje por

medio de la libre asociación. La pregunta que cabe es qué se conserva, sin embargo, que permita la instalación o la reinstalación futura del método; digámoslo de modo breve: el reconocimiento central de la noción de la transferencia -que reitera la asimetría originaria y obliga a una mesura que no debe ser confundida con abstinencia de compromiso- y el valor de la palabra en su función simbolizante, para dar cuenta del desvelamiento de los orígenes libidinales del sufrimiento presente.

No me detendré sobre estos temas sobre los cuales me he explayado en otros momentos, sino para señalar, brevemente, que es en este punto que se torna necesario precisar el estatuto metapsicológico de la materialidad psíquica a abordar, sabiendo que nuestras intervenciones tienen que lograr el máximo de simbolización posible con el mínimo de intromisión necesaria. Ello implica un ejercicio de aquello que podemos denominar oferta de "simbolizaciones de transición", modos de pasaje, suerte de auto-transplante de tejido psíquico con el cual posibilitar una operatoria de tránsito que permita ir estableciendo formas de recomposición de las cuales el sujeto se adueñe sin que ello implique quedar capturado, adherido a estos modos de pasaje que se proponen más bajo el modo de una recomposición de singularidades simbólicas que de una oferta de inclusión antropológica de carácter universal³.

La aplicación del método -libre asociación- y la instauración de la situación analítica que posibilita su implementación son absolutamente solidarias de la existencia del inconsciente como instancia reprimida, en un aparato psí-

³ Es acá donde la semiótica puede darnos herramientas, y la abducción deviene un modo de recomposición de lo indiciario que ofrece un matiz absolutamente novedoso al concepto de construcción freudiano.

quico marcado por el conflicto, cuyas instancias responden a modos de funcionamiento que implican diversas legalidades y diversos contenidos. Esta formulación, que parece de interés teórico general alejado de la práctica, define, sin embargo, la posibilidad de implementación del dispositivo analítico.

Tanto en la posibilidad de implementación del método en el análisis con niños, como en el de patologías no neuróticas -que implican no sólo la psicosis sino también los momentos en los cuales se produce una caída del emplazamiento del yo en el interior de la tópica por efecto de traumatismos graves o por déficit estructural de carácter no permanente (patologías llamadas *borderlines*, trastornos narcisistas en colapso, etc.)- el emplazamiento de la represión que pone en marcha el sufrimiento intra-subjetivo, la existencia de un discurso articulado bajo los modos que conocemos a partir de la lingüística estructural, el funcionamiento del preconsciente en lo que hace a la temporalidad, la lógica del tercero excluido y la negación, determinan el reconocimiento de la posibilidad de poner en marcha el dispositivo clásico de la cura.

En los casos en los cuales esto no es posible, es necesario crear las posibilidades previas para que ello ocurra, mediante lo que hemos llamado "intervenciones analíticas". Se trata de modos de operar que conservan algunos aspectos centrales de la situación analítica: reconocimiento del campo fundacional de la transferencia, abstinencia de intervención valorativa, diferenciación -para el caso del análisis de niños- de pautaciones de cultura respecto a intromisiones educativas⁴, pero que reconocen la imposibili-

⁴ Se trata de diferenciar, como veremos luego al abordar la sexualidad infantil, ciertos universales ligados al sepultamiento del autoerotismo y al estableci-

dad, en ciertos momentos, del develamiento del inconsciente a partir de la recuperación de representaciones reprimidas plausibles de retornar en lenguaje del lado del sujeto.

Esto ocurre en virtud de la no homogeneidad de la simbolización psíquica, en la cual coexisten representaciones de diverso orden, y sobre las cuales nos vemos obligados en muchos casos a ejercer movimientos de re-simbolización, no sólo de des-represión. También incide en esto el hecho de que la organización psíquica opere "a dominancia", coexistiendo en el proceso de la cura el activamiento de corrientes representacionales secundariamente reprimidas (que son las que constituyen el objeto de la libre asociación, como lo marcó Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*), de otras primariamente reprimidas (que nunca fueron transcritas como representación-palabra), e incluso de aquellas que se sostienen al modo de indicios no ligados que circulan por el psiquismo sin estatuto tópico definido.

Ante los fenómenos que emergen como no secundariamente reprimidos, no plausibles de interpretación, y cuyo estatuto puede ser del orden de lo manifiesto sin por ello ser consciente, consideramos necesario la introducción de un modo de intervención que llamaremos "simbolizaciones de transición", cuya característica fundamental es la de servir como puente simbólico en aquellas zonas del psiquismo en las cuales el vacío de ligazones psíquicas deja al sujeto librado a la angustia intensa o a la compulsión. Razones de espacio nos impiden desarrollar totalmente estas ideas que se relacionan directamente con lo que hemos llamado *procesos de neogénesis*, sobre los cuales nos hemos

miento de normas de la pautaación del intercambio sexual entre generaciones, de toda propuesta de contenidos ideológicos que intenten tomar a cargo la educación del niño.

extendido lo suficiente en otros escritos⁵.

Inconsciente de origen exógeno, materialidad representacional heterogénea, realidad para-subjetiva cerrada a toda intencionalidad, son los elementos que permiten tanto un cercamiento de su constitución como de la operancia con la cual determinar el modo de instalación del dispositivo de la cura. Pero sus consecuencias se extienden mucho más allá de ello.

Si de recuperar lo fundamental del psicoanálisis para ponerlo en marcha hacia los tiempos futuros se trata, este trabajo no puede realizarse sin una depuración al máximo de los enunciados de base y un ejercicio de tolerancia al dolor de desprenderse de nociones que nos han acompañado, tal vez, más de lo necesario. El futuro del psicoanálisis depende no sólo de nuestra capacidad de descubrimiento y de la posibilidad de enfrentarnos a las nuevas cuestiones que plantea esta etapa de la humanidad, sino, y esto es lo fundamental, de embarcarnos en un proceso de revisión del modo mismo con el cual quedamos adheridos no sólo a las viejas respuestas, sino a las antiguas preguntas que hoy devienen un lastre que paraliza nuestra marcha. Y en esa lentificación, sí, por supuesto, la tortuga puede ganar la carrera.

⁵ Silvia Bleichmar, *Clinica psicoanalítica y neogénesis*, Amorrortu Ed., Bs. As., 2000.

Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?

Rubén Musicante

Las crisis, el traumatismo psíquico y la atenuación del daño

¿Qué entender por "crisis" y por "intervención"?

La expresión "intervención en crisis" se ha vuelto muy común, siendo utilizada por múltiples y muy variadas corrientes "psi", a veces incluso claramente antagónicas entre sí a nivel teórico/metodológico. Valdría la pena por ello detenernos a pensar un poco esa denominación, desnudando sus múltiples acepciones y sentidos, empezando por el análisis de los niveles etimológicos en juego. Si bien no confundimos etimología con teoría, los matices del término son muy polifacéticos e interesantes para pensar.

Comencemos por la noción de crisis. A nivel más popular comentar que alguien está en crisis, supone, casi como sinónimo, decir que está muy mal, en una situación vital muy difícil, de consecuencias insospechadas, a menudo catastróficas en un futuro inmediato. Sin embargo, *la crisis está indisolublemente unida a la vida* ya que no hay posibilidad de vida sin crisis. Ésta nos acompaña potencialmente durante toda nuestra existencia, teniendo sus picos más álgidos en múltiples momentos del *ciclo vital humano, desde el mismo nacimiento hasta la senectud y la muerte*. Así se suelen describir grandes crisis del ciclo vital humano, por todos conocidas y reconocidas, empezando por el llamado "trauma de nacimiento", siguiendo con la lactancia, la dentición, el destete, la locomoción, la pri-

mera edad de la rebeldía (el primer "No"), la entrada a la vida escolar, la socialización (con la separación del ámbito familiar y de la relación más "simbiótica" con la madre), las diferentes crisis escolares, las de la pubertad/adolescencia, la de la elección profesional, la de elección de pareja, la de la adultez, la crisis de la maternidad (embarazo, parto, puerperio) y paternidad, las diferentes crisis familiares ante la asunción de las funciones parentales, la crisis de la segunda edad, menopausia/andropausia (la situación de la mujer en esa etapa ha sido leída a menudo tan sólo en el registro endocrinológico y no, fundamentalmente, como una profundas crisis psicológica ante la llamada "edad crítica"), la correspondiente a la tercera edad, envejecimiento y confrontación con la muerte, sin dejar de hablar de situaciones no menos frecuentes a lo largo de la vida como las crisis ante momentos de transición, viajes, internamientos, situaciones de cambio y depresiones que, muchas veces, permanecen "congeladas" si no se dan las posibilidades contextuales de expresión, etc.

La lista parece larga y sin embargo no he hecho más que nombrar unas pocas de las tantas crisis vitales que caracterizan psicológicamente la existencia humana. Porque, como bien se sabe, el término "crisis", en su etimología proviene del latín *crisis* y éste del griego *krisis* que significa originalmente, "decisión", derivado de "separar", "decidir", "juzgar"¹. Por ello el sentido de la palabra crisis tiene que ver etimológicamente con *un momento de decisión en un asunto de importancia*. Sólo mucho después fue incorporando otra acepción, más médica, como "mutación grave que sobreviene en una enfermedad para mejoría o

¹ Corominas, Joan. *Diccionario etimológico de la lengua castellana*, Madrid, Gredos, 1973.

empeoramiento". Así, en la lengua castellana, la acepción de crisis como "juicio", "decisión", etcétera, se halla presente en la edición del Diccionario de la Real Academia, llamada de Autoridades, desde 1729. La acepción médica antes referida apenas se incorporó en la edición de 1783 de ese famoso diccionario, habiendo sido utilizada ya en francés y en inglés desde principios del siglo XVII.

No deja de ser interesante pensar entonces que crisis sería cualquier momento de decisión significativa en nuestra vida. Pero ¿acaso la vida humana no está marcada justamente por permanentes decisiones que cambian drásticamente, o pueden cambiar, el curso de nuestra vida? En ese sentido no sería abusivo convertir casi en sinónimo la noción de "crisis" con la de "vida humana".

Si pensamos asimismo en los múltiples derivados etimológicos de la palabra "crisis" veremos nuevos niveles significativos para nuestras reflexiones. Uno de ellos es el de 'crítico' (tomado del latín *criticus*, el que juzga) y sus derivaciones crítica, criticismo, etcétera. Otros no menos importantes son, por ejemplo, los de 'criterio', 'elección' (etimológicamente "separar escogiendo").

En función, pues, de estos derivados etimológicos se podría decir que una de las situaciones ejemplares de la palabra *crisis*, casi paradigmática, podría verse durante el proceso de elección de carrera de un joven. Se trata de un momento habitualmente tan traumático como difícil, en donde se debe aplicar un juicio, una crítica, hacer una "elección", vale decir, "escoger separando", o "separar escogiendo", abandonando para siempre la posibilidad futura de lo "no escogido", y este punto de renuncia narcisística es justamente lo que hace tan ardua toda elección vocacional y de algún modo toda crisis, entendida como momento

de decisión. En un sentido psicoanalítico más específico sería: "no-todo".

Otra de las tantas acepciones de la palabra "crisis", que nos interesa especialmente no descuidar para nuestra temática, es la concerniente a las llamadas "crisis sociales" que, en la literatura sociológica se ha relacionado, muy frecuentemente, con el fenómeno de desintegración del sistema de valores, y por ello con el concepto de anomia de Durkheim. Las crisis, desde muchas perspectivas sociológicas y psicosociológicas, suelen ser entendidas como situaciones graves de la vida social, en donde el curso de los acontecimientos ha llegado a un punto donde el cambio es inminente. En la medida en que ese cambio, leído desde un supuesto "bienestar humano", puede llegar a ser favorable o desfavorable para el individuo, el grupo o la comunidad, no se puede afirmar que las crisis sean siempre disfuncionales, por definición, dependiendo de sus resultantes y efectos. No en vano entonces, como ejemplo, E. Durkheim hablaba de "crisis afortunadas", en su clásico estudio sobre el suicidio.

Si entramos ahora a caracterizar las crisis, para poder arribar a nuestro tema, las "intervenciones en crisis", veremos que son tan múltiples como variadas en su etiología. Porque la crisis podría entenderse entonces, de modo muy general, como la repercusión psicológica de complejas situaciones vitales, la forma en que éstas son vividas por la persona, a partir de múltiples y muy variados factores histórico-coyunturales: su inscripción económico-social, familiar, su propia historicidad, sus vicisitudes como sujeto psíquico (fundamentalmente inconscientes), etcétera.

Separemos entonces *crisis* de situaciones o *ciclos vitales*, intrínsecos a estos e inevitables en su emergencia, de

crisis totalmente contingentes, provenientes del mundo externo, a menudo en forma de catástrofes y que provocan situaciones traumáticas. A su vez éstas pueden subdividirse, de modo significativo, en a) situaciones catastróficas naturales (sismos, inundaciones, erupciones volcánicas, trombas y huracanes, desastres ecológicos, etcétera), y b) en situaciones catastróficas sociales (guerra, guerra civil, represión y terrorismo de Estado, pobreza extrema, judicialización de la pobreza, violencia, delincuencia organizada, migraciones, exilios, etcétera). Tendremos luego que regresar a discutir esta importante subdivisión en sus efectos sobre las personas, los grupos y los modos de intervención.

Si bien la noción de "crisis" no constituye un concepto psicoanalítico, tiene su claro correlato, dentro del cuerpo teórico del Psicoanálisis, en el *concepto paradigmático de conflicto*. Para el psicoanálisis freudiano no podría existir la vida, ni constituirse el psiquismo humano, sin la presencia del conflicto, tal como lo hemos visto anteriormente con relación a la noción de "crisis". Por ello este concepto resulta estructurante de todo el Psicoanálisis, siendo uno de los puntos centrales de la metapsicología freudiana, en términos del llamado "punto de vista dinámico". Éste supone que todos los fenómenos psíquicos son resultantes del conflicto a partir de la presencia y composición de fuerzas pulsionales-fantasmáticas y deseantes, o de las confrontaciones entre instancias (intra o intersistémicas) dentro del aparato psíquico y en sus vinculaciones con el mundo exterior (la realidad es una instancia del aparato psíquico, una construcción), debiéndose siempre articular complejamente al punto de vista dinámico los puntos de vista tópico y económico.

Entonces *todo lo antedicho sobre la crisis puede per-*

fectamente aplicarse al concepto de conflicto, ya que el psiquismo debe siempre resolver situaciones antagónicas. No existe crisis que no presuponga la presencia del conflicto, ni conflicto que no se dé en una crisis. El supuesto equilibrio psíquico, o la tan discutible "*normalidad*", no significarían entonces la ausencia de conflictos (o de crisis) sino *los intentos de encontrarles soluciones más o menos adecuadas, sin pagar los míticos costos de la locura, la ceguera o la muerte.* Tal vez la única diferencia que podríamos marcar entre "crisis" y "conflicto" tendría que ver con el registro de lo "*agudo*" y lo "*crónico*". Cuando pensamos en la noción de "crisis" siempre está en juego la idea de un conflicto agudo, de un *momento álgido de resolución*, de toma de decisión. Existen sin embargo conflictos crónicos, a los que se les podría aplicar la idea de una crisis crónica pero, para nuestro tema, constituiría un forzamiento ya que cuando pensamos en intervenciones en crisis, siempre está en juego la idea de urgencia, de un fenómeno agudo, de un conflicto que ha sufrido un incremento en su intensidad al punto de tornarse urgente su resolución o, por lo menos, el poder abordarlo y encaminarlo de alguna forma, ya que la vida cotidiana del sujeto se ha vuelto insostenible. La "urgencia" es también una "emergencia": algo emerge.

Regresando a nuestras delimitaciones semánticas en torno a la noción de "crisis" y especialmente con relación a la especificidad de nuestro tema, la intervención psicoanalítica en crisis, nos tendremos que preguntar, a lo largo de estas reflexiones, si la misma puede ser generalizable de igual manera a todas las situaciones, o si tendremos que diferenciar con mucho mayor fineza las modalidades específicas requeridas en cada uno de estos niveles.

Las catástrofes naturales y sociales

Basta recordar lo que resulta evidente y que hemos tenido ocasión de confirmar y vivir de modo tan grato y esperanzador en el sismo de 1985: la solidaridad humana y la respuesta espontánea de la sociedad civil ante la tragedia colectiva. Cito a Freud, al maestro vienés en *El Malestar en la Cultura*: "Una de las pocas impresiones gozosas y reconfortantes que se pueden tener de la humanidad es la que ofrece cuando, frente a una catástrofe desatada por los elementos, olvida su rutina cultural, todas sus dificultades y enemistades internas, y se acuerda de la gran tarea común: conservarse contra el poder desigual de la naturaleza". Nos estamos refiriendo al terremoto en México.

Muchas formas de catástrofes sociales, en cambio, no suelen unir a la población, a la sociedad civil, sino contrariamente desunirla, fragmentarla, polarizarla o enemistarla entre sí, en función de fenómenos muy complejos, y a menudo buscados intencionalmente por los centros del poder político y económico. Todos hemos podido apreciar, por ejemplo, el temor del poder gobernante ante la emergencia organizada de la sociedad civil durante el sismo y sus intentos de "recuperar" el proceso a partir de niveles institucionales 'controlables' frente al surgimiento de nuevos liderazgos. Otros ejemplos posibles, entre tantos, pueden ser: la amenaza política, el miedo y/o el terror (típicos en situaciones de dictadura militar, como las vividas en América Latina durante la década de los setenta), los antagonismos político/ideológicos, el narcisismo de las pequeñas diferencias, acentuando las rivalidades y luchas étnicas, etc.

Si entramos ahora a pensar qué significa la noción de *intervención*, veremos que se halla asociada etimológica-

mente a “venir entre” (del latín, *interventio*), siendo muy equívoca en sus diferentes acepciones y connotaciones. Desde las más "positivas" (a nivel ético-valorativo) como sería la idea de ayuda, cooperación, apoyo, de interceder, mediar o interponerse en situaciones conflictivas, etcétera; pasando por la idea de la intervención como forma de control (interventor, auditor, etc.), hasta llegar al extremo de las acepciones más "negativas", de intervencionismo, vinculadas a diversas formas de autoritarismo, intromisión, injerencia, coerción y/o represión gubernamental, estatal o aun internacional (por ejemplo, en las acepciones de "intervenir" los teléfonos o la correspondencia, o intervenir una nación poderosa en la política interna de otra, en el ámbito militar y/o económico, y/o cultural, etcétera).

El Profesor Emilio Viano planteó, en una reciente conferencia, el conflicto entre: derechos humanos por un lado y seguridad por el otro, como una de las problemáticas centrales en Norteamérica, en este momento. El círculo vicioso terrorismo-control es como el de la violencia que produce más violencia.

Tal vez la metáfora más propicia para entender el concepto de "intervención" en el uso que nos interesa en este contexto, para el campo psicológico y sociológico, sea el de intervención como operación quirúrgica. Dicha metáfora médica cobra toda su validez, porque se trata de operar sobre un campo de la realidad previamente explorado, analizado, con la intención de incidir en él, de provocar ciertas modificaciones, no necesariamente previstas en sus efectos o sus alcances. Además, ninguna intervención/operación resulta totalmente indolora o inocua, ni deja de ser vivida como traumatizante, hecho que no debemos olvidar en ninguna de nuestras intervenciones en crisis.

Algunos antecedentes

No es posible fechar con exactitud la utilización de la noción de intervención en la acepción antes mencionada. Dos figuras fundantes del movimiento socioanalítico, G. Lapassade y R. Lourau, en un texto de 1971, la atribuían a la invención de los psicólogos, desde Freud con sus intervenciones psicoanalíticas, hasta Binet, con la invención de los tests de inteligencia, interviniendo en los procesos de formación. Según ellos, habría sido luego tomada por los psicosociólogos y de ahí, podríamos acotar, por los pedagogos institucionales y los socioanalistas. Agregaban que la primera intervención psicosociológica fue realizada por K. Lewin en 1942, consistente en su famosa investigación sobre las costumbres alimenticias en la población de una ciudad de Estados Unidos. Desde luego, ni Freud, ni Binet, ni Lewin, pese a sus diferentes formas de "intervenciones" en la realidad, utilizaron ese término, mucho más actual. Según J. Ardoino, otro famoso socioanalista, el empleo específico del término se debe a J. Favez Boutonier y M. Monod, quienes lo usaron en psicología clínica, desde 1963.

Lo cierto es que la noción de intervención se volvió recurrente en Francia a partir de la década de los setenta, especialmente en filas socioanalíticas (como los autores antes citados, Lapassade, Lourau y Ardoino, entre otros), o sociopsicoanalíticas (como G. Mendel), refiriéndose todos ellos, fundamentalmente, a las formas de intervención institucional. No obstante su utilización psicosociológica o estrictamente psicológica siguió dándose por parte de autores muy diversos. Así M. Pagès, reconocido psicólogo y psicosociólogo, ya en un texto de 1970, analizaba las intervenciones distinguiendo en ellas tres fases: una toma de

conciencia, una fase de diagnóstico y por último una fase de acción.

Ardoino, por su parte, años después, desarrolló con mucho más detenimiento las metodologías y los procedimientos de la intervención socioanalítica, entendida por el autor fundamentalmente como investigación-acción. Recordemos muy sucintamente algunos de los elementos propuestos, porque nos serán de utilidad para entender los alcances de toda intervención psicoanalítica en crisis.

Los aspectos esenciales, para ese autor, serían los siguientes: a) la demanda de un cliente identificado (en nuestro caso, paciente o damnificado), se constituirá en acto fundador de una intervención, debiendo distinguirse claramente los conceptos de demanda y de encargo (es decir, quién demanda y quién encarga). b) Debe estipularse un contrato metodológico, vale decir, un conjunto de reglas prácticas que regirán las relaciones entre los intervinientes y los clientes. c) Debe quedar muy clara la forma de indemnización de los gastos de los intervinientes. Como se sabe los socioanalistas prestan una atención muy especial a la relación con el dinero, uno de los analizadores esenciales que utilizan para su comprensión de la realidad institucional en las intervenciones que realizan (es decir, quién paga la contratación de los intervinientes). d) Ardoino propone también la redacción de un contrato jurídico entre las partes, el que será cuestionado periódicamente, aspecto que nos interesa menos para nuestros propósitos actuales.

"¿Qué entender por "intervención en crisis?"

Es fácil observar que los investigadores franceses suelen estar poco conectados con la literatura anglosajona,

especialmente la estadounidense. Lo mismo ocurre a la inversa. Por ello, en su intento de pensar retrospectivamente la utilización de la noción de intervención, Ardoino no toma en cuenta otro uso de la misma, la frase *intervención en crisis*, que *parece surgir precisamente, en filas psiquiátricas, en EE.UU.*

De este modo, quien se tome el trabajo de revisar la extensísima bibliografía mencionada por K. A. Slaikeu en su libro *Intervención en crisis*, de 1984, comprobará que se escribieron en ese país centenares de libros y artículos sobre el tema durante las décadas de los setenta y ochenta (y seguramente también en la presente década), aunque desde 1965 la ‘Family Service Association of America’ había publicado una de las primeras compilaciones sobre el tema, editada por H. J. Parad, titulada *Crisis Intervention: Selected Readings*. Como es sabido, también, desde principios de la década de los sesenta, un famoso psiquiatra, G. Caplan, se había centrado en las nociones de crisis y de intervención en crisis, efectuando diversas publicaciones sobre el tema hasta editar su libro más significativo en 1964: *Principles of preventive psychiatry*.

Sin embargo, por algún extraño motivo, Slaikeu no cita en sus antecedentes históricos sobre las intervenciones en crisis a uno de los importantes pioneros estadounidenses en este universo temático. Me refiero a L. Bellak quien desde la dirección de la ‘Trouble Shooting Clinic’ (parte del Psychiatric Department del City Hospital, Elmhurst, Queens, Nueva York), trabajó sistemáticamente desde 1958 y hasta 1964 en lo que denominó psicoterapia de emergencia y psicoterapia breve. Ya desde 1946, este distinguido psiquiatra (más conocido aún por ser el coautor de una de las más difundidas técnicas proyectivas, a escala

internacional: el famoso C.A.T. (Children's Apperception Test), creado a partir del T.A.T de H. A. Murray en 1949), tuvo ocasión, por un hecho fortuito, de tener que innovar en ese tipo de terapias, quedando interesado en pensar e instrumentar formas de intervenciones breves para enfrentar situaciones de emergencia.

Bellak decidió en 1965, conjuntamente con L.Small, documentar y transmitir su experiencia en el campo. Publicó una obra, ya clásica, que recibió el nombre de *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. A pesar de las décadas que han transcurrido, y no obstante el hecho de que los términos "intervención" y "crisis" no son mencionados más que descriptivamente todavía, nos será de utilidad recordar esta obra, e incluso citarla. Ésta marca, comparativamente, diferencias radicales, a criterio de los autores, entre el Psicoanálisis y la Psicoterapia de emergencia, que merecen ser reconsideradas en los desarrollos psicoanalíticos actuales.

Igualmente interesantes resultan todavía las consideraciones sobre el mismo tema propuestas por L. R. Wolberg, en otra conocida obra pionera, publicada en el mismo año que la de Bellak y Small. Me refiero a su *Short-Term Psychotherapy (Psicoterapia Breve)*.

Retornemos ahora a la noción misma de *intervención en crisis* para terminar el recorrido etimológico, destinado a una mejor comprensión y delimitación de la temática puesta en discusión.

Uno de los desarrollos más interesantes sobre el tema es el que realiza el autor antes citado, K. A. Slaikeu, proponiendo un "modelo amplio" de la intervención en crisis. Parte claramente del concepto de crisis, tomado ya como modelo para pensar las formas de intervención, sus moda-

lidades, sus agentes, los servicios de rescate y de ayuda en crisis, los modelos técnicos empleados, los diferentes niveles de entrenamiento requeridos para cada uno de ellos, etc.

Slaikeu diferencia lo que denomina 1) *intervenciones de primer orden*, es decir, la primera ayuda psicológica que se puede brindar a la persona en crisis, de 2) las *intervenciones de segundo orden*, vale decir, las terapias en crisis. No estamos muy lejos, por cierto, de los aportes de Caplan quien describía en 1964 tres grandes etapas en el desarrollo de una crisis: la fase de impacto, la de tensión y la de resolución. Las intervenciones de primer orden de Slaikeu supondrían actuar sobre las dos primeras fases de la crisis indicadas por Caplan (impacto y tensión).

Resulta de suma importancia *no descalificar lo que está específicamente relacionado con este tipo de intervenciones. Las intervenciones de primer orden cobran una amplitud mayor a la acostumbrada ya que*, en la propuesta que nos ocupa, *no sólo deben estar en manos técnicas* (médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, etcétera) *sino también de todos los* que el autor denomina "*asistentes en la línea de frente*", comprendiendo a padres, policías, clero, abogados, maestros, trabajadores sociales, enfermeras, etcétera. Estos, trabajando en el lugar del siniestro, vale decir en ambientes comunitarios, tendrían como objetivo primario dar apoyo inmediato, reducir la mortalidad, servir de vínculos a los recursos de ayuda, etcétera.

Un enfoque precursor desde el Psicoanálisis en Argentina

Ha sido H. Fiorini quien, ya hace más de dos décadas, sintetizó claramente las diferentes formas de intervenciones verbales del terapeuta en las modalidades de psicote-

rapias focalizadas, de duración limitada, todo lo que es perfectamente aplicable a las intervenciones en crisis. Actualmente preferimos referirnos a ellas como de *objetivos limitados*, sin considerar prioritariamente el tiempo. Recordémoslas sin proponernos desarrollarlas en extensión:

1) Escuchar y preguntar: plantea una actitud participativa, activa; 2) proporcionar información; 3) confirmar o rectificar; 4) clarificar; 5) recapitular; 6) señalar; 7) interpretar; 8) sugerir; 9) indicar; 10) encuadrar; 11) meta-intervenir; 12) otras formas de intervención.

Se plantea así lo que J. Puget denominaba acertadamente los "mundos superpuestos" por los que psicoterapeutas y pacientes se hallan inmersos en el mismo contexto social y están expuestos a los mismos miedos y a las mismas dificultades para percibir y entender los acontecimientos. Se genera así, muy a menudo, la imposibilidad de ejercer la función terapéutica, estando suprimida la capacidad de pensar y analizar los fenómenos, todo lo que ha sido magníficamente estudiado desde el psicoanálisis por R. Kaës.

Lo anterior implica llevar a cabo una articulación entre las primera y segunda tópicas freudianas, puesto que en este momento trabajamos fundamentalmente a nivel preconciente (temporalidad, espacialidad y tercero excluido), buscando una recomposición psíquica que posibilite pasar a otra etapa diferente.

Resultaría imprescindible seguir el Freud de la secuencia de la carta 52, el *Proyecto de una psicología científica para neurólogos*, el Capítulo VII de *La Interpretación de los sueños* y *Más allá del principio de placer*². El no hacer esta articulación implica un notable empobrecimiento del pensamiento freudiano. Se trata, en última instancia, de sus

² Freud, S. *Obras Completas*, Bs. As., Amorrortu, 1993.

concepciones sobre el “traumatismo psíquico”.

Retomando las ideas de J. Puget, son precisamente las llamadas catástrofes sociales provocadas por la violencia de Estado, los paradigmas más claros de estas situaciones de mundos superpuestos. Se pierden en ellas tanto los parámetros que permiten la vida como el necesario contrato narcisístico que proponía P. Aulagnier. Entendía por tal una noción esencial por la que se puede dar cuenta de la transmisión de la cultura en el conjunto social: todo sujeto viene al mundo social y a la sucesión de generaciones siendo portador de la misión de tener que asegurar la continuidad generacional y del conjunto social. Y puede cumplir su misión siempre y cuando tenga un lugar en ese conjunto social, un reconocimiento narcisístico de su entorno, de su propio grupo social, que lo inviste como elemento nuevo, capaz de asegurar dicha continuidad.

En las situaciones de catástrofe social como las que mencionamos, y en forma premeditada y alevosa, ese contrato narcisístico es roto, no pudiendo ya reconocerse las reglas que gobiernan la interdependencia entre lo individual, lo grupal y lo social. Por ello, nos dicen Puget y Kaës, en las situaciones de amenaza social y de miedo, hábilmente fomentados desde el Estado totalitario, dicho contexto social se torna tan incoherente como incomprensible, perdiéndose los referentes organizadores del psiquismo.

Una aproximación desde la teoría de la comunicación hacia la semiótica

G. Bateson y D. Jackson definen en la comunicación humana dos códigos de información: digital y analógico que conviven en todo lenguaje.

Digital: alude a las palabras y a los números como representantes simbólicos de los objetos ausentes mediante una operación de sustitución arbitraria, en tanto el signo no guarda semejanza con lo representado y según una función discreta, de cortadura de la continuidad mediante unidades (las palabras, los dígitos).

Analógica: refiere a los signos que representan por similitud o semejanza con lo representado, de valor autoexplicativo según una función continua (fotografía, gestos, tono, expresión facial, postura). Excluye el “no”, el “y”, el “o”, por lo que no es clasificable en tipos lógicos.

G. Bateson subraya el valor de la comunicación que denomina ostensiva y muy en particular la modalidad de “la parte por el todo” que considera fundamental en los fenómenos de aprendizaje y en los malentendidos.

Watzlavick, Beavin y Jackson equiparan *digital* a *verbal* y *analógico* a *no verbal*.

E. Verón con quien concordamos, *disiente de la igualdad analógico = no verbal*. Este autor se ocupa de los niveles sintácticos, semánticos y pragmáticos de la semiótica y ordena las reglas de decodificación según cuatro ejes: sustitución, continuidad, arbitrariedad y semejanza. Agrega a los códigos antedichos los signos metafórico y metonímico. Define el signo metafórico como el signo que sustituye en todo algo de lo que no fue parte y al metonímico como el signo que es o fue parte experimentalmente del todo al que refiere. La semiótica se presentifica así como lo que traspone lo neuromuscular en *gesto*, en posible significación, en algo posible de poner en palabras. Aún a riesgo de equivocarnos.

Quiero proponer algunos mecanismos que considero con valor de indicación en cuanto al tipo de violencia. Obviamente, no dan cuenta de la extensión ni de la complejidad de las variantes discursivas y sus soportes. Pretendo apoyarlos descriptivamente en lo fenoménico y por tal observable e inabarcable, un ejercicio de semiología para la clínica de los lazos sociales.

Tomo algunos aportes, los antes referidos, de la semiótica y de la teoría de la comunicación, disciplinas que tienen especialmente en la semiología su terreno más fértil.

Agruparé los indicadores según dos ejes:

1. violencia en el decir o violencia del emisor y,
2. violencia en la recepción o violencia del receptor

Ambos modos de violencia se presentan más o menos imbricados, el perfil está en el registro de *predominancia*. El problema esencial de los que trabajamos con víctimas de violencia es el hecho de que no tiende a la homeostasis sino a una desligazón que se incrementa, con las consecuencias de “pasaje al acto” que esto implica (auto y/o heterodestructivo).

El Síndrome post-traumático (nivel fenomenológico-descriptivo)

Se exponen a continuación los trastornos mentales o del comportamiento que están asociados a la vivencia de un acontecimiento traumático grave o catastrófico con la intención de exponer cuáles son las características de tales trastornos y el diagnóstico diferencial respecto a otros que se pueden producir ante situaciones de estrés no traumáticas y traumáticas.

Entre tales trastornos caben incluir los que el CIE-10 considera dentro del “grupo F43: reacciones a estrés gra-

ves y trastornos de adaptación”, en los que se encontrarían los relativos específicamente a respuestas a un acontecimiento estresante de carácter traumático, entre ellos “F43.0: reacción a estrés agudo” y “F43.1: trastorno de estrés post-traumático”.

Me parece importante diferenciar claramente la noción de stress de lo pos-traumático. El estrés, descrito por Selye, es un mecanismo psico-neuro-hormonal con manifestaciones diversas, de cansancio, astenia, dolores de cabeza, etc. El diagnóstico diferencial con el síndrome post-traumático se hace a partir de que las manifestaciones del estrés ceden con unos días de descanso, lo que no ocurre en el otro caso. Por esto considero un abuso la manera en que es utilizado este término.

El trastorno postraumático se considera como un trastorno dentro del grupo de Trastornos por Ansiedad (DSM-IV) y también es considerado como un trastorno dentro del grupo de Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10). Se caracteriza de forma general por la existencia de un antecedente personal de exposición a un acontecimiento vital excepcionalmente traumático, agudo o mantenido, que es capaz de provocar reacciones o un cambio vital significativo que conduce a la reexperimentación del acontecimiento altamente traumático; síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamientos de evitación a los estímulos relacionados con el trauma. Todo ello ha de provocar interferencia en los mecanismos que hacen a la autoconservación y a la autopreservación del psiquismo, con un malestar clínicamente significativo y/o deterioro en las áreas vitales del sujeto.

Según lo anterior, comparativamente con otros trastornos, en relación con la presencia de factores traumáticos y

con la reacción de la persona implicada en ellos, es necesario que exista un factor de intensidad significativa, grave y de una intensidad tal que incluya la existencia de peligro para la integridad física y/o psíquica de la persona, la cual va a reaccionar psicológica y clínicamente con posterioridad a él. Desde este punto de vista lo relevante, para el trastorno del síndrome postraumático, no son las características individuales del sujeto, su idiosincrasia, su vulnerabilidad, sus mecanismos habituales de adaptación, etc., sino el acontecimiento en sí mismo, de forma tal que si dicho traumatismo (utilizo traumatismo y no "estrés" traumático, puesto que herida psíquica es más pertinente que el amplio concepto de estrés) no hubiese estado presente, el trastorno no hubiese aparecido. Sin embargo este planteamiento no excluye que tales características individuales no sean consideradas.

La prevalencia del trastorno postraumático se considera que está entre el 1% y el 14%, dependiendo del tipo de población estudiada y de los criterios de diagnóstico utilizados.

Es factible la presencia de un riesgo de autoagresiones y/o de suicidio en los momentos iniciales del trastorno y ha de ser evaluado adecuadamente. Esto es característico de los pasajes al acto que son auto o heterodestructivos.

El trastorno se puede presentar dentro del primer mes tras el acontecimiento traumático y se consideraría como una reacción aguda o un trastorno postraumático pero, habitualmente, se inician los síntomas dentro de los tres meses siguientes al trauma aunque es factible que se presenten con una latencia de tiempo que puede abarcar meses o años. Los síntomas pueden variar en sus parámetros de latencia, de inicio, tras el acontecimiento traumático; en

su intensidad, duración y frecuencia a lo largo del tiempo e incluso desaparecer en horas, en días, en el primer mes tras el acontecimiento, dentro de los tres primeros meses o permanecer años después del acontecimiento traumático.

Los elementos que determinan la probabilidad de presentar el trastorno son la intensidad, duración y proximidad del acontecimiento traumático y factores como la calidad de apoyo social, acontecimientos familiares, antecedentes familiares, experiencias infantiles, rasgos de personalidad y trastornos mentales previos, aunque es factible la presencia del trastorno sin que existan antecedentes.

Podemos considerar *los tiempos del traumatismo* en la siguiente secuencia aproximativa:

Primer tiempo del traumatismo: momento de "desorganización psíquica". Desde el punto de vista teórico se trata de una ruptura de todos los mecanismos habituales de funcionamiento por el ingreso al aparato psíquico de un cúmulo de energía inelaborable que rompe las membranas paraexcitación yóicas dejando al sujeto sumergido en un desconcierto obnubilado, estuporoso.

Segundo tiempo -inmediatamente posterior- de intensa angustia-señal: es decir, de una intensa angustia que busca permanentemente encontrar índices en la realidad a los cuales fijarse. El temor por la supervivencia, por el futuro, ocupa toda la vida psíquica del sujeto, que carece por otra parte de elementos con los cuales significar lo ocurrido. Aparecen manifiestas formas de apatía y abulia, o su contrapartida, de intensa ansiedad motriz, que si bien en lo manifiesto pueden semejarse a un duelo, no tiene las características intrapsíquicas de tal; pesadillas y recuerdos recurrentes del momento traumático asaltan al sujeto y realimentan la angustia.

Tercer tiempo: aparición de sentimientos depresivos, desidentificatorios y desubjetivantes que, de no ser tratados (y como remanente de los momentos previos), se caracterizan por la posibilidad de pasaje a estados melancólicos (desidia absoluta, apatía, culpabilidad y fractura de los mecanismos operatorios útiles) o su contra-cara, búsqueda de resolución maníaca de la depresión: fugas alcohólicas, adicción a drogas, promiscuidad sexual o actos de agresividad y violencia, auto o hétero.

Criterios clínicos de diagnóstico (D.S.M.IV³)

La utilidad del enfoque fenomenológico-descriptivo consiste en:

- 1.La importancia de intercambio entre distintas partes del mundo que permitan unificar ciertos criterios diagnósticos mínimos, desde un punto de vista estadístico con aplicación en la planificación sanitaria.

- 2.El estudio de la amplia gama de síntomas y trastornos que orientan el diagnóstico, siempre desde una perspectiva cuantitativa y por lo tanto de generalizaciones.

- 3.El enfoque biologicista con el que son elaborados, sin excluir la promoción del uso de psicofármacos (a veces, indispensables).

- 4.La pérdida de la noción de singularidad que se contraponen a la generalización que favorece los estudios de tipo estadísticos.

- 5.Promover el conocimiento de la prevalencia e incidencia de ciertos problemas de importancia en las políticas

³Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Masson, 2003.

sanitarias poblacionales.

Esta concepción supone la existencia de las siguientes *condiciones*:

1. Existencia de un acontecimiento traumático excepcionalmente grave.
2. Participación en dicho acontecimiento:
 - 2.1. Exposición directa de la persona a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático que presenta un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física:
 - Combates en el frente de guerra.
 - Ataques personales violentos:
 - * agresión sexual;
 - * agresión física;
 - * atracos;
 - * robo de propiedades.
 - Secuestro.
 - Ser tomado como rehén.
 - Tortura.
 - Encarcelamiento como prisionero de guerra.
 - Internamiento en campo de concentración.
 - Desastres provocados por el hombre.
 - Accidente automovilístico.
 - Diagnóstico de enfermedad grave.
 - Experiencias sexuales inadecuadas a la edad (niños).
 - 2.2. El sujeto es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas, pero no se trata de una exposición con participación directa.

- Observación de accidentes graves.
- Observación de muerte no natural de otros por causas de:
 - * guerra
 - * accidente
 - * ataque violento
 - * desastres
 - * testigo inesperado de muertes
 - * testigo de amputaciones
 - * testigo de fragmentación del cuerpo.

2.3. El individuo recibe información, o conoce a través de otros acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves.

- Actos terroristas.
- Accidentes graves.
- Heridas de envergadura de un familiar o amigo cercano.
- Constancia de que el propio hijo tiene una enfermedad muy grave.

3. La respuesta del sujeto ante este acontecimiento es de temor, desesperanza y horrores intensos. Esta respuesta puede estar modulada por los mecanismos de adaptación del sujeto, vulnerabilidad específica, factores orgánicos, fatiga, etc.

3.1. En el caso del trastorno por estrés agudo o reacción a estrés agudo las respuestas sintomáticas del sujeto han de ser contingentes en el tiempo y de forma inmediata al trauma. Se acompañan de forma conjunta de depresión, ansiedad, ira, desesperación aislamiento o hiperactividad siendo síntomas

sin predominio en el tiempo. La duración es breve, entre horas y algunos días, dependiendo de la permanencia del sujeto en la situación estresante o de la naturaleza de ésta.

- 3.2. En el caso del trastorno de estrés postraumático el inicio de la respuesta es tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica.
4. Re-experimentación persistente del acontecimiento traumático.
 - 4.1. Recuerdos recurrentes, intensos e intrusivos que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
 - 4.2. Sueños, pesadillas o sueños terroríficos recurrentes sobre la repetición el hecho.
 - 4.3 Estado disociativo en los que se reviven aspectos del acontecimiento y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él, de forma que pueden presentar ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback.
 - 4.4. La exposición a estímulos externos o internos relacionados simbólicamente o como recuerdo con el acontecimiento genera malestar psicológico intenso o respuestas psicofisiológicas.
5. Evitación persistente a estímulos asociados al acontecimiento.
 - 5.1. Esfuerzo por evitar caer en pensamientos, sentimientos, conversaciones que provoquen el recuerdo del suceso.
 - 5.2. Eluden actividades, lugares, situaciones o per-

sonas que provoquen el recuerdo.

5.3. Amnesia total sobre un aspecto concreto puntual del acontecimiento.

5.4. Amnesia completa o parcial del episodio.

6. Embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo también denominada "embotamiento psíquico" y/o "amnesia emocional". Esto supone una reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.

6.1. Aparece poco después del acontecimiento traumático.

6.2. Disminución de la reactividad al mundo exterior.

6.3. Desrealización.

6.4. Despersonalización.

6.5. Acusada disminución del interés o participación en actividades anteriormente gratificantes.

6.6. Sensación de desapego, alejamiento o enajenación frente a los demás.

6.7. Acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (intimidad, ternura, sexualidad, amor).

6.8. Sensación de futuro desolador (trabajo, matrimonio, vida normal).

6.9. Amnesia disociativa.

7. Síntomas de activación (*arousal*) persistente no existentes previos al trauma:

7.1. Dificultades para iniciar el sueño.

- 7.2. Dificultades para mantener el sueño.
 - 7.3. Pesadillas recurrentes sobre el acontecimiento.
 - 7.4. Hipervigilancia.
 - 7.5. Respuesta exagerada de sobresalto.
 - 7.6. Irritabilidad.
 - 7.7. Ataques de ira.
 - 7.8. Dificultades de concentración en tareas.
 - 7.9. Presencia de agitación, hiperactividad.
 - 7.10. Reacciones de huida o lucha.
 - 7.11. Signos vegetativos de crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).
8. El inicio, la duración y curso de los síntomas determina el tipo y subtipo del trastorno; bien trastorno por estrés agudo o postraumático, y los subtipos agudo, crónico o retrasado.
- 8.1. El Trastorno por estrés agudo supone que la duración suele ser de horas o días o menor a un mes, también se ha denominado como crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga de combate, y "shock" psíquico.
 - 8.2. El Trastorno por estrés postraumático supone siempre un inicio demorado y una respuesta tardía, a partir del mes posterior al acontecimiento traumático y raramente se inician pasados seis meses tras el trauma, pero pueden hacerlo.
 - 8.2.1. El trastorno por estrés postraumático agudo supone una duración, de los síntomas, de al menos un mes y menor a tres meses.

- 8.2.2. El trastorno por estrés postraumático crónico supone una duración de los síntomas mayor a tres meses.
- 8.2.3. El trastorno por estrés postraumático retrasado o demorado supone el inicio de los síntomas a partir de los seis meses posteriores a la ocurrencia del acontecimiento traumático.
- 8.3. El curso del trastorno es fluctuante, generalmente existe recuperación pero por otro lado puede permanecer en el tiempo durante años o provocar una modificación persistente de la personalidad en el paciente.
- 9. Presencia de malestar clínicamente significativo.
- 10. Deterioro en áreas vitales, tanto social, laboral, etc. e interferencia en la capacidad para llevar a cabo actividades indispensables.
- 11. El riesgo de presentar el trastorno, la intensidad y/o duración pueden depender de que el agente estresante sea provocado por la naturaleza, el hombre, en grupo o individualmente, de la intensidad del acontecimiento, de la proximidad física sobre el individuo, de factores orgánicos (edad del sujeto, mayor riesgo a mayor edad) o de existencia de agotamiento físico. Del mismo modo, factores de vulnerabilidad, capacidad de adaptación individual.
- 12. No se debe a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica o de sustancias psicoactivas, a la exacerbación de un trastorno mental clínico o de la personalidad anterior o a una psicosis reactiva breve (en el caso del trastorno por estrés agudo).

Diagnóstico diferencial

Como se ha mencionado anteriormente hay que tener en cuenta variados trastornos que son factibles de ocurrir ante un factor de estrés, ante los que habrá de diferenciar. Lo esencial en la diferencia con el *Síndrome de Stress* es que en este último se produce una *recuperación solamente con reposo*, no ocurriendo lo mismo con los trastornos postraumáticos.

Así pues ha de tenerse en cuenta la exclusión de trastornos comportamientos como los siguientes:

1. Trastorno adaptativo, donde el factor de estrés no es extremo.
2. Respuestas de evitación previas.
3. Embotamiento emocional previo.
4. Aumento de la activación previo.
5. Otros trastornos mentales que pueden aparecer consecuentemente a un factor de estrés extremo y que pueden ser diagnosticados conjuntamente con el de estrés postraumático.
6. Trastorno obsesivo-compulsivo en el que las ideas invasivas no están relacionadas con acontecimientos traumáticos.
7. Ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas.
8. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
9. Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
10. Trastornos relacionados con el uso de sustancias.
11. Trastornos psicóticos asociados a enfermedad médica.
12. Simulación.
13. Trastornos disociativos.

14. Desrealización.

15. Despersonalización.

En cuanto al *Trastorno Adaptativo*, es importante tener en cuenta que éste trastorno se diferencia del Trastorno Postraumático en que el factor estresante no es extremo siendo de menor gravedad, no incluye síntomas característicos como pensamientos intrusos, comportamientos de evitación, disociativos e hipervigilancia. En general se ha de considerar que el Trastorno Adaptativo presenta una respuesta desadaptativa y desproporcionada que no se debe a un estresante de naturaleza extrema sino que es variable y sin un patrón específico de respuesta, sin que existan síntomas psicóticos en respuesta a un estresante grave, no ha de haber pérdida de memoria en respuesta al estresante, no cumple con los criterios de diagnóstico para otro trastorno mental y el factor de estrés no ha de ser la muerte de un ser querido.

En cuanto al *Trastorno obsesivo-compulsivo*, las ideas obsesivas no se relacionan con un estresante intenso.

Es de destacar la importancia del diagnóstico diferencial respecto a la Simulación y el Trastorno Facticio. En ambos casos se ha de tener en cuenta el contexto en el que se produce la evaluación de la persona.

Las características generales del *Trastorno Facticio* son el fingimiento y/o la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos, con los que el sujeto busca asumir el papel de enfermo y que al tiempo no existen incentivos externos para el comportamiento, como por ejemplo una ganancia económica, evitar una responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico. En este sentido la ganancia es psicológica y no material. El fingimiento supone una sintomatología inventada, autoinflingida, exage-

rada o exacerbada de un síntoma o trastorno preexistente, puede ser la combinación de lo anterior.

En el caso de la *Simulación* predomina la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, cuya motivación es la obtención de incentivos externos, materiales, no psicológicos. Esta simulación se ha de tener en cuenta en los contextos médico-legales; cuando hay una discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica o psicológica; y cuando existe una falta de colaboración durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento aplicado.

Factores de riesgo

Lo traumático es la resultante de:

$$\text{Significaciones} = \frac{\text{Acontecimiento} + \text{Vulnerabilidades personales (Historia)}}{\text{Recursos de protección} + \text{Instauración Represión-Narcisismo} + \text{Soporte Social}}$$

Es importante separar el acontecimiento de la significación. No son simultáneos, puesto que ésta puede ocurrir en el momento o “*a-posteriori*”, esto último con mayor frecuencia, aunque las crisis suelen ser una excepción.

Por otra parte, la situación de crisis, urgencia, emergencia, no resulta ser exactamente el Motivo de Consulta. En este caso podríamos tener en cuenta tres factores para pensar cada uno de ellos e interrelacionarlos, otorgándoles una categoría de prioridad según un criterio basado en:

- a) Presencia o no de planteo en *crisis*.

- b) Nivel de *vulnerabilidad* de los actores participantes (por ejemplo: si hay niños o ancianos, etc.).
- c) Evaluación aproximativa de la situación de *riesgo*.
¿Quién está más expuesto? ¿Coincide con el pedido de la consulta?

Por este motivo, en la Primera Consulta efectuamos un Familiograma, tanto para considerar lo anterior, como para poder apreciar los *recursos* con los que la persona puede contar para sí.

Tratamiento

Consideraciones Generales

Con frecuencia se trata de casos difíciles de diagnosticar y de tratar eficazmente por varios motivos. Por la propia naturaleza de la enfermedad, el enfermo trata de evitar todos los estímulos asociados al trauma, mientras que la terapia debe ayudarlo a hacerles frente, por lo que moviliza intensas resistencias al tratamiento aunque busque ayuda por algunos síntomas. El terapeuta puede también aliarse con el enfermo en no pensar ni explorar el trauma.

El tratamiento recomendado actualmente para el Síndrome post-traumático incluye tres aspectos fundamentales:

1) Trabajar en el sentido *de instaurar las funciones pre-concientes*: espacialidad, temporalidad y lógica del tercero excluido. Muchas veces con personas en estado de estupor o confusión. Esto forma parte de las intervenciones de primer orden, como mencionamos anteriormente, que pueden ser llevadas a cabo por profesionales o legos colaboradores. Correspondería a la atención primaria durante las dos o tres primeras semanas tras la exposición al trauma.

2) *Tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico*

por los especialistas adecuados, sobre todo cuando tras este tiempo el paciente permanece muy angustiado, incapacitado funcionalmente, o aislado socialmente.

En los casos leves de Síndrome post-traumático se recomienda el uso de psicoterapia, y en los casos moderados o graves se considera mejor la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterápico, con necesidad de realizar seguimiento posterior del caso.

Es esencial el tratamiento de los trastornos médicos y psiquiátricos asociados, sean del Eje I, o del Eje II como el trastorno de personalidad postraumático. En todos estos casos el tratamiento debe ajustarse a las necesidades de cada persona, con inclusión de psicoterapia individual, terapia de familia, y fármacos estabilizadores del ánimo. La psicoterapia dinámica de grupo proporciona una buena oportunidad para reconstruir y dominar el trauma, igual que para el tratamiento del Síndrome post-traumático. Las intervenciones psicodinámicas grupales aplicadas precozmente previenen o mejoran el desarrollo de estados crónicos. Específicamente, la psicoterapia dinámica considera las estrategias de evitación como formas patológicas de defensa, apoya un afrontamiento activo orientado a la identificación y resolución de problemas, y trata de lograr confrontaciones tolerables con sentimientos de recuerdos dolorosos. Las aproximaciones dinámicas, como las intervenciones cognitivo-conductuales, pueden reducir la intensidad de los síntomas característicos del Síndrome post-traumático, aunque en los casos graves es recomendable asociar tratamientos farmacológicos, es decir utilizar tratamientos integrados, como luego veremos.

Técnicamente el terapeuta ha de ser especialmente respetuoso con el paciente para que éste no se sienta invadido

sino cuidado, y a la vez ha de funcionar como un "Yo auxiliar" que de forma activa le ayude a discriminar entre emociones y situaciones, entre actitudes y consecuencias, etc., así como a pensar los afectos, las creencias y las conductas de forma integrada.

Dentro de la función de cuidado o de adecuada contención terapéutica resalta la importancia de:

a) la *legitimización de la queja* como consecuencia del daño traumático y

b) la *legitimización de las emociones destructivas derivadas* de éste (rabia, terror, vergüenza, etc.). Hay que ayudar al paciente a reconocerlas y a utilizarlas de forma de adaptación activa, como señales de alarma ante peligros internos y externos. El trabajo terapéutico con torturados y supervivientes de campos de concentración pasa por el cuestionamiento de los conceptos tradicionales de neutralidad y por no tratar de aplicar una teoría a una práctica de forma rigidificada y despersonalizada. Hay que habilitar un espacio interpersonal humano para que circule la palabra y evitar, por parte del terapeuta, la fascinación o la paralización por el horror, que impediría trabajar en la recuperación de las personas dañadas a través de la reparación de los vínculos rotos y de la quiebra de los ideales personales y colectivos.

El grupo internacional de trabajo sobre Síndrome post-traumático recomendó en el año 2000 los siguientes pasos fundamentales:

1. En los primeros días tras sufrir el trauma, educar a las víctimas sobre la respuesta normal de estrés (como vemos es muy común la confusión entre Stress y Síndrome Postraumático), y animarlas a hablar sobre su experiencia a familiares y amigos.

2. Durante las dos semanas siguientes, proporcionar a las víctimas una o dos sesiones de "counseling" para ayudarlas a hacer frente a su estrés y a crear una sensación de seguridad y evaluar la necesidad de intervenciones especializadas.
3. Se considera que cuatro noches con sueño alterado es el umbral para recomendar un hipnótico no benzodiazepínico.
4. Si a las tres semanas no hay una mejoría clínica apreciable, prescribir tratamiento farmacológico para el Síndrome post - traumático o referir al paciente a un psiquiatra.
5. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son el tratamiento de elección
6. Las benzodiazepinas suelen ser ineficaces e incluso pueden empeorar el estado clínico de los pacientes
7. Mantener el tratamiento farmacológico en la mayoría de los pacientes por doce meses o más si es necesario
8. Referir al psiquiatra a aquellos pacientes que son refractarios a los tres meses del tratamiento farmacológico inicial y a aquellos con trastornos comórbidos que complican el tratamiento.

En todos estos estudios se resaltan algunos aspectos esenciales:

1. *Establecer una sólida alianza terapéutica* y anticipar la reactivación de experiencias traumáticas, cuando sea previsible que ocurra, de forma que el análisis sea un espacio de seguridad en el que "la relación real" con el analista es también muy importante en relación directamente proporcional a las carencias reales de apoyo precoz (Couch, 1980), como marco o continente

terapéutico a partir del cual pueda crecer la alianza terapéutica.

2. *"Dosificar la transferencia"*, según decía con frecuencia Masud Khan, con legitimación e interpretación de las fantasías inconscientes por las experiencias traumáticas previas, como de los intensos sentimientos de suspicacia y desconfianza, o los de rabia y vergüenza cuando el analista tampoco satisface sus necesidades sino que interpreta sus deseos para ayudarlo a hacerse cargo de ellos y a desarrollarse mentalmente.

3. *"Restablecer la conexión entre las funciones psíquicas disociadas"* como formulaba Rycroft en 1962, es decir, ayudar a disminuir la disociación. Construir una narración personal continua, que integre vivencias emocionales y acontecimientos interpersonales históricos, permite reforzar la identidad del paciente aunque este trabajo suele asociarse a la intensificación de la ansiedad. En este momento es muy importante ayudarlo a elaborarla, sin interrumpir el tratamiento ni tener complicaciones somáticas graves o conductas de riesgo, lo que se puede lograr con técnicas auxiliares como la relajación y la medicación, entre otras, administradas por otros profesionales que constituyan un equipo de trabajo con el analista.

4. *Facilitar el desarrollo de la capacidad analítica* a través de realización de "interpretaciones mutativas" como describe Strachey (1969), por el enlace de los sentimientos presentes, los objetos parentales y la figura del analista, para poder efectuar discriminaciones más adecuadas de la realidad, y poder hacer verdaderamente nuevas relaciones de objeto, es decir, lograr una profunda reorganización personal. Estos paráme-

tros procuran adaptar la cura psicoanalítica a las específicas condiciones de estos pacientes. Así, por ejemplo, el silencio del terapeuta es inadecuado casi siempre al intensificar la transferencia negativa.

5. *Apoyar la autonomía y asertividad del paciente*, gravemente limitadas por el impacto del trauma.

6. *El conflicto sobre la agresividad y la culpa* que subyace al terror y a la angustia, sea dirigido hacia sí mismo o hacia los demás, con gran probabilidad de perder el control y mantener diferentes conductas de riesgo (adicciones, promiscuidad sexual, autolesiones, etc.)

7. *La compulsión a la repetición*, que se expresa de variadas maneras, resulta de diferentes procesos que es necesario identificar e interpretar lo antes posible: transformación de la pasividad a la actividad, desplazamiento, externalización, actuación y proyección. La repetición puede tener lugar de dos formas diferentes: el trauma puede repetirse realmente en cualquier momento, o bien de forma simbólica el paciente puede sentir así sus relaciones con los demás.

8. *Transferencia y contratransferencia*. Al predominar la transferencia negativa el terapeuta suele ser vivido como incapaz de proteger al paciente, frustrante y agresivo o abandonador. La contratransferencia puede experimentarse como agente de daño (violador, torturador, etc.), o bien como víctima por identificación con el paciente. En este sentido el terapeuta puede experimentar muchos aspectos de la experiencia de la víctima: incapacidad, vergüenza, odio, etc.

9. *Relación con las instituciones sociales* de justicia, sanidad, asistencia social, etc.

Desde la *Teoría de la Crisis* (Caplan, 1961) se hacen recomendaciones asumidas en la mayoría de las demás técnicas:

1. Iniciar el tratamiento de forma precoz ya que las formas agudas tienen mejor pronóstico que las crónicas o aplazadas.
2. El tratamiento debería ser un tratamiento lo más breve posible y mantenerse orientado a la situación traumática y a las reacciones de los enfermos a la misma, a fin de ayudarles a recuperar el nivel de funcionamiento previo al trauma.
3. El tratamiento debe individualizarse teniendo en cuenta las necesidades de cada enfermo.
4. Diseñar un tratamiento integrado, utilizando diferentes tipos de tratamiento.
5. La primera tarea del tratamiento es crear una relación de trabajo de confianza y seguridad, habitualmente denominada alianza terapéutica, basada en la confianza personal y en el respeto mutuo.
6. Reducir los síntomas aversivos por las técnicas más eficientes: medicación y aprendizaje de recursos como relación, identificación y resolución de problemas, etc.
7. Reducir los síntomas de evitación.
8. Reducir los síntomas somáticos y mejorar la calidad de vida del enfermo.
9. Potenciar los recursos sanos del enfermo.

Apoyándose en las teorías psicoanalíticas clásicas, Horowitz (1974, 1976) propone una aproximación dinámica al tratamiento de estos enfermos que denomina "terapia psicodinámica orientada a la crisis" o "tratamiento orientado a la fase" de la enfermedad, según el modelo conceptual que ha desarrollado. Este autor destaca que en

la experiencia traumática hay un exceso de información emocional que desborda las capacidades individuales de elaboración, por lo que el organismo sufre "ataques de emoción" como reexperiencias intensas del trauma, o bien se desorganiza y se bloquea; con frecuencia oscila entre estos estados de forma alternativa. Para Horowitz lo esencial es ayudar a facilitar y completar el procesamiento de la información de estos pacientes, que fluctúan entre estados de relativo descontrol y de control excesivo. Lo prioritario es proteger a los pacientes del suceso traumático y ayudarles a estabilizarse con reducción de la amplitud de las oscilaciones postraumáticas a nivel tolerable. Por esto es fundamental adecuar "la dosis" de experiencia emocional a la capacidad de elaboración mental que tiene cada paciente en cada momento, hasta que éste logre tener control sobre la experiencia interna del trauma. Para lograrlo, Horowitz pregunta a sus pacientes detalles sobre sus vivencias traumáticas (estimulando la función percepción) y les propone hablar de sus asociaciones para reforzar su capacidad de representación, a la vez que les ayuda a buscar otras soluciones a sus intolerables problemas. Si predomina el control excesivo y el bloqueo emocional, Horowitz propone preguntar a los pacientes sobre sus emociones y sensaciones para ayudarles a reconocerlas y aprender a contar con ellas.

Conceptualización actual de traumatismo psíquico

Silvia Bleichmar, en sus investigaciones⁴, formula una cuestión que quiero tomar de inicio: se trata de marcar una

⁴ Cursos de postgrado *Traumatismo y Simbolización*; *La psicopatología psicoanalítica en la actualidad*; *Sexualidad Infantil*, Facultad de Psicología,

diferencia entre *producción de subjetividad y condiciones de constitución psíquica*. Estas últimas pueden definirse en los siguientes términos: la constitución del psiquismo está dada por variables cuya permanencia trasciende ciertos modelos sociales e históricos, y que pueden ser cercadas en el campo específico conceptual de pertenencia, esto es el psicoanálisis. La producción de subjetividad, por su parte, incluye todos aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales que lo inscriben en un tiempo histórico y espacio particulares desde el punto de vista de la historia política.

En este sentido, ya desde la Primera Guerra Mundial, se cuestionan los encuadres estereotipados y rígidos en el psicoanálisis. Incluso Ferenczi habla ya de una “actitud activa” a partir del surgimiento de un nuevo desafío: las neurosis de guerra. Vemos que en esto hay mucho menos de nuevo de lo que podemos creer.

En lo que hace al conflicto predominante, en su configuración actual, la autora plantea, por una parte, la *autoconservación* y, por otra, la *autopreservación del yo que entran en conflicto*, en contradicción. Normalmente la masa ideativa del yo se ordena alrededor de dos ejes: aquel que tiene que ver con la conservación de la vida y realiza las tareas necesarias para ello (libido), y el que se determina como preservación de la identidad, como conjunto de enunciados que articulan el ser del sujeto, no sólo en su existencia material, sino en sus representaciones simbólicas, en su ideología, en sus valores. En tiempos de estabilidad ambos coinciden, y se puede preservar la existencia sin por ello dejar de ser aquel que uno aspira a ser. Pero en

épocas históricas de crisis particularmente devastadoras como la que se vive hoy en nuestro país, ambos ejes entran en contradicción, y la supervivencia biológica se contrapone a la vida psíquica representacional, obligando a optar entre sobrevivir a costa de dejar de ser o seguir siendo quien se es a costa de la vida biológica. Para poder mantener el estado de autoconservación el yo pone en riesgo su economía narcisística tanto con respecto a su relación con el Superyó como con respecto a la percepción que tiene de sí mismo en su capacidad de resolución práctica.

Traumatismo, entonces, que ataca y pone en riesgo al yo, simultáneamente desde el exterior y desde el interior, y que nos lleva a definir nuestra concepción de trabajo en los siguientes términos: *el efecto traumático no es el producto directo del estímulo externo sino la relación existente entre el impacto recibido, el aflujo de excitación desencadenado a partir de representaciones previamente inscriptas y la capacidad ligadora del aparato psíquico (energía + representaciones). Si el Yo se ve desbordado* (recordemos que es una instancia esencialmente inconciente) *por los signos de percepción que provienen del polo inconsciente o por las percepciones organizadas que provienen del polo de los fenómenos con cualidad de conciencia, se producen las manifestaciones que mencionamos detalladamente. Considerando siempre, como dice el Dr. Carlos Schenquerman: el epicentro del terremoto está en la cabeza de cada uno*⁵.

⁵ Schenquerman, C. “Fundamentos metapsicológicos de la práctica psicoanalítica en la iniciación del tratamiento”, *Intervención en crisis, ¿enquadre o dispositivo analítico?*, Serie Comentarios psicoanalíticos, vol. 2, Editorial Brujas, Córdoba, 2005.

Impacto y perspectivas de la crisis social en el sujeto psíquico

Carlos Schenquerman

Los conflictos privados que nos traen los analizandos que vienen a la consulta, con su angustia, su sufrimiento, su desesperación o su desesperanza, tienen siempre, y más hoy, un contenido que no puede desvincularse de lo que, desde Freud en adelante, llamamos la realidad exterior: la cultura, la historia, la sociedad.

Nuestra práctica -como cualquier otra práctica profesional- se ejerce necesariamente en un medio particular. Resulta imposible dejar de considerar este factor entre aquellos que determinan la marcha de un proceso. No digo que sea el único ni siquiera el más importante, pero hay que tenerlo en cuenta. No es lo mismo enfermarse de tuberculosis o de SIDA en Suecia que enfermarse de tuberculosis o de SIDA en Uganda. En Suecia el paciente tendrá seguramente más posibilidades de sobrevivir, en Uganda muy pocas. Asimismo, tratar a un joven esquizofrénico o a una muchacha con una psicosis puerperal en un consultorio externo de Hospital Público a una o dos sesiones semanales de 30 minutos resultará muy diferente a tratarlo en un sanatorio privado con una buena contención institucional, medicación de última generación y 5 ó 6 sesiones semanales del tiempo que se requiera. Esto es el *cómo* se ejerce la práctica dependiendo de las condiciones socioeconómicas y culturales del lugar donde se lleva a cabo. Y en nuestro país, ese *cómo*, deja hoy mucho que desear.

En la llamada “Tragedia de la Puerta 12” ocurrida el 12

de junio de 1968 en el estadio de fútbol del Club River Plate, 71 personas murieron aplastadas tratando de huir de una situación de violencia suscitada en la tribuna próxima a esa puerta¹. Hoy, la “Puerta 12” parece haberse trasladado a Ezeiza. Cientos de personas que desempolvaban primero viejas partidas de nacimiento, pasaportes amarillentos de abuelos, bisabuelos o tatarabuelos, para recorrer luego embajadas haciendo colas eternas, tratan de escapar, buscando una salida salvadora, de un país que se ha tornado violento, inhóspito y pesadillesco. Recesión, desocupación, devaluación, inflación, impunidad, violencia y represión, tornaron a la Argentina en una situación de crisis catastrófica. Los acontecimientos que se produjeron a mediados de diciembre del 2001 en las cercanías de Plaza de Mayo y que provocaron nuevas muertes después de 20 años sin víctimas en ese lugar, dieron lugar tanto a la conciencia de la crisis como a la vía de recuperación de la esperanza. Para algunos significó la posibilidad de resubjetivación, el poder reencontrarse con ellos mismos, con lo que alguna vez fueron o quisieron ser. Para otros la desesperación y la impotencia, el último golpe asestado a su precaria y devastada integridad psíquica.

Desde este contexto articularé algunas ideas respecto a la relación entre el psicoanálisis, el campo social y la realidad argentina actual, tema que hoy, acuciantemente, ocupa nuestro foco de interés y nos preocupa, al menos a quienes pensamos que es importante no sólo que el sujeto se transforme con relación a su tópica psíquica y se vuelva más apto para afrontar la realidad exterior, sino que también se plantee transformar, hasta donde le sea posible, esa

¹ Aquel acontecimiento fue tomado por Pichon Rivière para desarrollar sus precursores puntos de vista respecto a las Situaciones de Catástrofe.

realidad.

Es obvio que proponernos abordar, como tema, *Impacto y perspectivas de la crisis social en el sujeto psíquico* resulta difícil por lo vasto y de tantas aristas que sería imposible de agotar en esta instancia. Por eso vamos a delimitar, de inicio, el campo de estudio. A esta altura de los acontecimientos es por todos conocida la caracterización del modelo económico-social neoliberal y de sus múltiples efectos político-económicos (tales como la reducción de la política y la sociedad a la lógica del mercado y la competencia, la recesión, el aumento de la franja de pobreza y de pobres pauperizados, el incremento de la brecha entre ricos y pobres, el éxito parcial del modelo en términos macroeconómicos pero acompañado de fracaso en la justicia social, etc.). Un modelo a partir del cual los trabajadores se ven enfrentados al flagelo de la desocupación o subocupación constante y a una regresión histórica en sus condiciones de trabajo. Los datos estadísticos permiten hoy en el plano de la técnica económica desnudar las debilidades del modelo vigente en Argentina² desde 1991 y, sin ninguna duda, caracterizarlo como Situación Catastrófica.

² Modelo que implicó la concentración y globalización del poder económico corporativo y del capital financiero con una permanente transferencia de recursos hacia el exterior. Un modelo donde la inversión productiva se vio reemplazada por la financiera, determinando a su vez un profundo proceso de desindustrialización que generó desempleo y disminución de los niveles de ingreso de la clase trabajadora. El incremento de la brecha de desigualdad social -como tendencia iniciada a mediados de los años '70 y que se precipitó en la última década- es producto de este proceso. Hoy el 10 % de la población definida como clase alta, se apropia del 48% de los ingresos totales; la desocupación es de alrededor del 20 % y el número de pobres se ha expandido a cifras que oscilan entre 14 y 16 millones de personas sobre una población total de 32 millones. Aproximadamente 6 de cada 10 de estos pobres proceden de las viejas capas medias. La concentración del poder corporativo redefine los rasgos de la economía

Entonces, a partir de este contexto, intentaré desarrollar algunas ideas enfocando la mirada específicamente en los efectos que devienen de este modelo, en el sujeto psíquico.

Silvia Bleichmar ha establecido, en un artículo cuya lectura sugiero³, una cuestión que quiero tomar de inicio: se trata de marcar una diferencia entre condiciones de producción de subjetividad y condiciones de constitución psíquica. Esto puede definirse en los siguientes términos: la *constitución del psiquismo* está dada por variables cuya permanencia trascienden ciertos modelos sociales e históricos, y que pueden ser cercadas en el campo específico conceptual de pertenencia, esto es el psicoanálisis. La *producción de subjetividad*, por su parte, incluye todos aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales que lo inscriben en un tiempo histórico y espacio particulares desde el punto de vista de la historia política

Es a partir de esa diferenciación que yo describiría dos *modus operandi* de la crisis sobre el sujeto psíquico: una forma larvada y sostenida a lo largo del tiempo y, por otro lado, una forma traumática, forma de aparición brusca y con efectos más evidentes -o estridentes-. Estas últimas son las que se producen por ejemplo en casos de pérdida del trabajo, despidos -singulares o masivos- porque la “reingeniería” de las grandes y medianas empresas impone reducción de personal, o como en los tantos casos de cierre de fuentes de trabajo y, en los últimos tiempos, la pér-

los gobiernos y desarrollando nuevos mecanismos de control monopólico, sobre los recursos y la tecnología.

³ Bleichmar, Silvia: "Entre producción de subjetividad y constitución del psiquismo", en Revista *del Ateneo Psicoanalítico*, N° 2, Bs. As., 1999.

dida de sus ahorros al negársele el acceso a ellos. También en aquellas situaciones en que se es víctima de otras víctimas, efecto de la violencia social: robos, hurtos, secuestros, pérdida violenta de un ser querido.

Formas larvadas de reacción de la subjetividad

Las formas larvadas no determinan producción de síntomas en estricto sentido psicoanalítico porque no implican un reequilibramiento libidinal sino que producen transformaciones en el modo general de funcionamiento del sujeto. Dan por resultado modalidades depresivas con característica de astenia, desaliento, falta de sentido de la vida, aparición de manifestaciones psicosomáticas. En cosas dramáticas que le pasan al otro, el sujeto se ve reflejado y en zozobra permanente; eso le podría ocurrir también a él. A su vez, se ve confrontado a la puesta en juego de dos tipos de fidelidades: por un lado la empresa voraz que le requiere más y más de su tiempo, y, por otro a su deseo de estar más tiempo con su familia. También hay modificación en cuanto a la autoestima: ve que algunos otros parecen no estar afectados por la crisis por lo tanto el sujeto se pregunta constantemente si él es poco apto para sobrevivir en las nuevas condiciones que impone la realidad actual. Los que tienen trabajo o no han sido demasiado afectados por la situación económica, constantemente tienen la sensación de estar cediendo aspectos importantes de sí mismos en lo que se refiere a ideología, a valores morales, a convicciones arraigadas de mucho tiempo atrás respecto a derechos y obligaciones, a lo que está bien y a lo que está mal, a tener en cuenta al semejante, eso que llamamos solidaridad. Esto contribuye a que se dé lugar a la crítica del superyo y a los sentimientos desvalorizantes que aten-

tan contra la autoestima y a que aparezcan sensaciones de micro-despersonalización.

La autoconservación y la autopreservación del yo entran en conflicto, en contradicción. Normalmente la masa ideativa del yo se ordena alrededor de dos ejes: aquella que tiene que ver con la conservación de la vida y realiza las tareas necesarias para ello, y la que se determina como preservación de la identidad, como conjunto de enunciados que articulan el ser del sujeto, no sólo en su existencia material, sino en sus representaciones simbólicas, en su ideología, en sus valores. En tiempos de estabilidad ambas coinciden, y se puede preservar la existencia sin por ello dejar de ser aquel que uno es o, al menos, intentar ser el que uno aspira a ser. Pero en épocas históricas de crisis particularmente devastadoras como la que se vive hoy en nuestro país, ambos ejes entran en contradicción, y la supervivencia biológica se contrapone a la vida psíquica representacional, obligando a optar entre sobrevivir a costa de dejar de ser o seguir siendo quien se es a costa de la vida biológica. Para poder mantener el estado de autoconservación el yo pone en riesgo su economía narcisística tanto con respecto a su relación con el superyo como a la percepción que tiene de sí mismo en su capacidad de resolución práctica. Esto lo vemos hoy en nuestra clínica con características dramáticas. Podría recordar muchas viñetas de mi propia práctica cotidiana, pero hay una que me parece absolutamente descriptiva. Se trata de un joven que es dueño de una empresa de las denominadas PYME⁴. En su lucha por hacer sobrevivir su emprendimiento, en medio de la crisis, tiene que proceder al despido de algunos de los empleados que allí trabajan. Sufre por tener que hacer-

⁴ PYME: Pequeñas y Medianas Empresas.

lo. Sufre por el dolor que implica para él tener que tomar esa medida cruenta y sufre por no poder dejar de identificarse con aquellos que, sabe, quedarán desocupados tal vez por mucho tiempo. Súbitamente, en sesión, hablando de ese tema, le aparecen imágenes de la película *La lista de Schindler*. Al pedirle que asocie sobre ese recuerdo evoca con tristeza el malestar que sintió al ver la injusticia y el abuso de poder del ejército nazi. Le pregunto si, por tener que tomar esas medidas drásticas de despido de personal, teme que alguien lo identifique con los nazis. Y me responde: *“No, me identifico con Schindler cuando se pregunta si, de haber vendido su anillo de oro, no hubiera podido salvar a dos o tres judíos más. Yo me pregunto si no hubiera sido mejor vender mi auto, y salvar a uno o dos más de mis empleados.”*

Como vemos los efectos de la crisis los padecen todos los sectores. No sólo afectan a los grupos de población más marginados o más carenciados, sino también los sufren aquellos sectores más pudientes o menos materialmente perjudicados. Y es que la estructura social incide en la subjetividad de sus integrantes canalizando o distorsionando deseos y necesidades, señalando o coartando caminos para su satisfacción.

Como podemos apreciar no son síntomas en sentido estricto sino modos del padecer psíquico. Aquí es posible ver cómo lo que alguien como Kristeva ha llamado "las nuevas enfermedades del alma"⁵ no puede ser globalizado sino que adopta distintas formas de acuerdo al lugar del mundo en el que se está insertado. Se pretende sostener que la "era del vacío" es efecto de la saturación de objetos materiales del hombre del Primer Mundo y no se toma en

⁵ Kristeva, J. *Las nuevas enfermedades del alma*,

cuenta el desaliento y la frustración que impone la falta de futuro en países del Tercer Mundo como el nuestro donde los sujetos están sometidos a condiciones socioeconómicas brutales y devastadoras para la subjetividad.

En la actualidad los sociólogos caracterizan, acertadamente, a aquellas franjas de la sociedad como “pobres históricos estructurales” y “grupos pauperizados por la desocupación o por la caída del ingreso”. Si los primeros son los que están “habituados” (remarquemos las comillas) a enfrentar la pobreza como parte de su realidad cotidiana, los segundos, los nuevos pauperizados ubicados en esta nueva situación con la conciencia de pertenecer a otro sector social, se encuentran no sólo pobres sino también desorientados; se sienten aplastados por una realidad que no pueden manejar, frente a la cual no encuentran salida⁶. Van ganando terreno condiciones sociales que generan exclusión, diferencias más que igualdad. Se genera un “los de un lado”, un “nosotros” y un “los del otro lado”, “ellos”; si quieren, parafraseando a Primo Levi, “los salvados” y “los hundidos”. Y esto es grave, porque aunque pudiera superarse a corto o mediano plazo, el flagelo de la desocupación o de la pobreza, queda impresa una ideología de exclusión, un estigma que deja profundas cicatrices ya que va minando el principio de fraternidad e igualdad.

Formas traumáticas

Freud, en las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* define el traumatismo como *una experiencia vivida*

⁶ Cf. Feijoó, María del

[no se trata del acontecimiento exterior sino de la experiencia vivida] *que aporta en poco tiempo un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales o habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético* [en la economía libidinal]⁷. Es decir: lo que ingresa no es una simple cantidad, sino una cantidad pulsante, excitatoria, no se trata simplemente de un estímulo físico.

El traumatismo es concebido, entonces, como aquello que viene a perturbar la economía psíquica, algo que trastorna los modos habituales de funcionamiento del aparato. El hecho de que "produzca un aumento de excitación" puede ser leído desde el ángulo mismo que Freud propusiera en la *Metapsicología* de 1915, al establecer la diferencia entre *Reiz* (estímulo) y *Erregung* (excitación). Siendo el estímulo aquello que, proveniente del exterior, deja abierta la posibilidad de huida; la excitación, por el contrario, concebida como algo proveniente del interior, un interior del cual no hay fuga posible y ante el cual la única defensa es la tramitación psíquica.

Traumatismo, entonces, que ataca y pone en riesgo al yo, simultáneamente desde el exterior y desde el interior, y que nos lleva a definir nuestra concepción de trabajo en los siguientes términos: *El efecto traumático no es el producto directo del estímulo externo sino la relación existente entre el impacto recibido, el aflujo de excitación desencadenado a partir de representaciones previamente inscriptas y la capacidad ligadora del aparato psíquico por*

relación a esto. En México, septiembre de 1985, tuvimos ocasión de trabajar elaborativamente con damnificados del terremoto que asoló al Distrito Federal, con un saldo de cerca de 9000 víctimas fatales y más de 5000 edificios destruidos. Allí, a partir de la teoría freudiana del traumatismo, nos planteábamos que, a los fines de nuestra posibilidad de trabajo con la población afectada, *el epicentro del terremoto estaba en la cabeza de los sujetos que lo padecieron.* En aquel entonces con los damnificados, como aún hoy con los pacientes en nuestra práctica privada, aferrarnos fuertemente a esta teoría nos sirvió -nos sirve- para no dejarnos llevar por el sujeto a ver sólo lo que acontece en la realidad exterior, cosa en la cual uno puede -más en estos días- fácilmente caer.

Si lo definimos, entonces, como un acontecimiento en la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad de dicho sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos a mediano y largo plazo que provoca en su psiquismo, no podemos dejar de considerar que todo traumatismo, como herida psíquica, tratará de encontrar, en organizaciones psíquicas que van desde las más sanas a las más patológicas, sus propias vías de resolución. Esto quiere decir que, a partir del momento traumático (momento que por otra parte no hace sino revivir episodios previos de la vida que en su momento formaron parte de esta estructuración y definieron su modo de funcionamiento psíquico, es decir, se engarza a una cadena significativa), la organización anímica del individuo, que siempre tenderá a su propia regulación con la apelación a aquellos mecanismos que en otros tiempos operaron con eficacia, intentará un modo de restitución que opere evitando el incremento de dolor psíquico a través de las vías

</

que faciliten el exutorio de dicho dolor.

Describiremos ahora los momentos que se suceden a partir de la situación traumática:

Primer tiempo del traumatismo: momento de “desorganización psíquica”. Desde el punto de vista teórico se trata de una ruptura de todos los mecanismos habituales de funcionamiento por el ingreso al aparato psíquico de un cúmulo de energía inelaborable que rompe las membranas paraexcitación y/o dejando al sujeto sumergido en un desconcierto obnubilado, estuporoso y, en el caso de individuos con patologías previas severas, determinando destrucciones masivas. Desde la perspectiva vivencial son muchos los acontecimientos que se fueron engarzando en series significantes, uno detrás de otro: la dictadura militar, Malvinas, el golpe financiero del 89, la pauperización paulatina, la zozobra por el temor a perder las fuentes de trabajo y otros hechos que fueron dejando secuela, un sentimiento de desaliento compartido, que a veces conduce a la creencia en un destino trágico y que culminaron con el hecho traumático propiamente dicho.

Segundo tiempo -inmediatamente posterior- de intensa angustia-señal: es decir, de una intensa angustia que busca permanentemente encontrar índices en la realidad a los cuales fijarse. El temor por la supervivencia, por el futuro, ocupa toda la vida psíquica del sujeto, que carece por otra parte de elementos con los cuales significar lo ocurrido. Aparecen manifiestas formas de apatía y ab

producir desprotección, orfandad. Los niveles, a veces intolerables, de ansiedad, están vinculados a la sensación que tiene cada sujeto de que su vida, su supervivencia y la de sus seres queridos dependen sólo de dos factores: su capacidad de respuesta y una buena dosis de azar. Es la imagen con que Primo Levi y Bruno Bettelheim describían lo que sucedía en los campos de concentración nazis. La pregunta era ¿quién sobrevivirá y quién no? El azar, inmanejable, ocupa un lugar central en esta ecuación. A partir de ello, la sensación de que es imposible definir cuáles son las variables de la supervivencia constituye el modelo mismo del terror.

Tercer tiempo: aparición de sentimientos depresivos, desidentificatorios y desubjetivantes que de no ser tratados (y como remanente de los momentos previos), se caracterizan por la posibilidad de pasaje a estados melancólicos (desidia absoluta, apatía, culpabilidad y fractura de los mecanismos operatorios útiles) o su contra-cara, búsqueda de resolución maníaca de la depresión: fugas alcohólicas, adicción a drogas, promiscuidad sexual o actos de agresividad y violencia, auto o hétero.

Recapitulemos: subjetividad, tópica psíquica y procesos sociales se encuentran en íntima relación. En los límites, en los bordes de un campo de conocimiento, todas las disciplinas proponen sus propios interrogantes y sus propias respuestas. Por eso es necesario conocer los límites de nuestro saber y no avanzar sobre lo que no corresponde. La relación del psicoanálisis con la producción de ideas en otros campos científicos, al romper

choque de paradigmas y, a la vez, ver de qué manera articular y elaborar la heterogeneidad. Lo fecundo del encuentro es que haría posible el conocimiento teórico y la metodología práctica necesarias en cada situación a investigar y a transformar.

Los riesgos en la subjetividad

Las inundaciones -tan comunes en Argentina- fueron, en su momento, también acontecimientos privilegiados para describir el modo con que Pichon Rivière caracterizaba las situaciones catastróficas. De hecho, si observamos lo sucedido en los últimos tiempos en torno a ellas, vemos que se constituyen en acontecimientos paradigmáticos. Recordemos las últimas situaciones creadas por las inundaciones que alcanzaron dimensiones de catástrofe. Las escenas dramáticas acontecidas tuvieron la paradójica virtud de hacer perceptible un mapa social sólo conocido por algunos iniciados. No es novedad, como decíamos antes, el creciente aumento de la pobreza que llegó, aún antes de esta última crisis social por la que atraviesa Argentina, a ser considerada situación de emergencia nacional por los efectos de las inundaciones (sin contar aquellos del efecto tequila, el caipirinha, el vodka y los de la crisis de los países del este asiático). Lo que sí fue algo nuevo, o al menos no tan conocido por todos, era el hecho de que esas mismas desoladoras imágenes descorrían el telón de lo que implica la capacidad de respuesta popular. Allí se pusieron en práctica una multiplicidad de salidas basadas en la solidaridad social y se dio lugar al inicio de formas de acción colectivas como comedores improvisados, ollas populares, organización para el salvataje de las víctimas, construcción de improvisados diques de contención; se probaron

soluciones comunitarias para una variada gama de problemas.

También, por supuesto, hemos visto imágenes de violencia, desde la protesta espontánea y desorganizada hasta los saqueos en lugares donde a la población le era negada la ayuda, los alimentos y ropa para su precaria subsistencia. Pero es importante subrayar que esta violencia se suscitó *después* de que hubieran fallado los otros recursos y, *particularmente*, al hacerse pública la denuncia de que algunos funcionarios corruptos -en su beneficio o por obtener rédito político al entregarlo en las próximas elecciones- les negaban el producto que, para ellos, el resto de la sociedad, cedía solidariamente. Y si hablamos de situaciones de riesgo debemos enfocar nuestra mirada también a este tipo de acontecimientos.

Siempre se ha verificado que la violencia no es consecuencia directa del hambre o de las necesidades, sino de la suma de esto y de la desesperación, de la falta de proyectos por no encontrar salidas. ¿Cuántos de los hechos de violencia que suceden no tienen que ver con el fenómeno de la impunidad? La aplicación de justicia da la posibilidad, desde el punto de vista psíquico, de admitir que hay una cantidad de normas sociales a las que *todos* debemos sujetarnos. Al quedar el delito impune, al no ser condenada la arbitrariedad, el abuso de autoridad, donde no se vislumbra la justicia, se genera la anomia; los valores y las normas sociales se pierden.

La ayuda solidaria que no se entrega a las víctimas, la muerte de un niño, la falta de atención en un servicio médico, la arbitrariedad policial cuando la hay, la insensibilidad

Estado, la sensación de no existir para quienes gobiernan, pueden ser el detonante, como lo hemos visto, para un temido estallido.

Es decir, que el impacto de las crisis se transforma en *riesgo* por la suma de por lo menos dos factores: los que se refieren directamente a la subsistencia, a los niveles materiales de la vida y los otros, los que se refieren a un nivel más *simbólico*, las formas en que las crisis *se representan* en la cabeza de los hombres que las sufren. Esto es el *cómo* es vivida la crisis.

Veamos esto. Cuando se aborda un fenómeno, se tiende a verlo como efecto de una causa sin tener en cuenta que se encuentra sobredeterminado. Hay una causalidad múltiple que proviene de órdenes de realidad diferente.

Todos sabemos muy bien que en el modelo de la alimentación, por ejemplo, se hace evidente que, cuando el cachorro humano despierta a la vida, no es sólo la leche lo que lo mantiene vivo y lo humaniza, sino un conjunto de elementos que participan de la lactancia y que tienen en su constitución tanto peso como la leche misma. Más aún, se podría decir que un bebé alimentado mecánicamente por una computadora logrará un crecimiento más o menos armónico durante los primeros tiempos de su vida sin que eso implique que algún día pueda llegar a sumar o restar, construir frases, amar o reproducirse normalmente. Éste es el caso de los niños autistas, en los cuales, una falla en el vínculo mat

no ser atendida rápidamente, en la muerte.

En este último caso, el del marasmo infantil por hospitalismo, a estos niños no se los ha privado del alimento ni de la higiene necesaria para su subsistencia, sino que al ser separados del agente materno y trasladados a condiciones mecánicas de cuidado, parecería que pierden todo interés en vivir siendo afectados por una forma de duelo precoz y patológico que termina por afectar el desarrollo biológico mismo.

¿Qué nos enseñan estas experiencias? Que hay algo específicamente humano que tiene que ver con los primeros contactos amorosos del hombre con sus objetos de satisfacción, y que no puede explicarse desde el campo de la biología, por ser de otro orden.

Así, un médico preocupado por la aparición de un marasmo infantil en una sala de hospital, pero que no poseyera los conocimientos adecuados (es decir no sólo biológicos) para comprenderlo, se enfrentaría impotente a la muerte de sus pacientitos intentando recursos que no podrían detenerla porque desconocería ese *otro orden de realidad*, aquél que está produciendo el fenómeno.

En este caso, el del estudio de los efectos de las crisis sociales en el psiquismo, el economicismo, la Sociología, pueden estar en las mismas condiciones que el médico de nuestro ejemplo anterior. Nos enfrentamos allí a una muerte que, sin ser bi

