

GRUPO PSICOANALITICO
DAVID MALDAVSKY

G P
D M

Cuadernos del GPDM

Nº 1

Estimados colegas y amigos

Corre el mes de octubre de 2020 y cumplimos un año de nuestras reuniones mensuales cuyo objetivo es profundizar en el estudio de la teoría y clínica freudianas, desde la lectura que David supo ofrecernos a lo largo de su fecunda obra.

El presente *Cuadernos N° 1 del GPDM* es un testimonio del intercambio grupal realizado durante este tiempo. Compartimos con ustedes una parte de esta experiencia.

Los saludamos afectuosamente,

GPDM – Grupo Organizador

Liliana H. Álvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Ruth Kazez, Nilda Neves, Sebastián Plut y Ariel Wainer

ÍNDICE

30/05/20: "Los afectos en el analista"	
<i>Nilda Neves</i>	3
20/06/20: "Contagio afectivo e intervenciones del analista"	
<i>Jorge Goldberg</i>	6
<i>Ariel Wainer</i>	9
1/08/20: "Pandemia: ¿cómo enfrentar el desvalimiento profesional?"	
<i>Silvina Perez Zambón</i>	15
<i>Nélida Di Rienzo</i>	17
<i>Juan González Rojas</i>	18
<i>Ruth Kazez</i>	19
29/08/20: "El desvalimiento en las instituciones"	
<i>Delia Scilletta</i>	26
<i>Sebastián Plut</i>	30

30/05/20

"Los afectos en el analista"

Nilda Neves

Empatía, contagio afectivo y contratransferencia

Empatía, contagio afectivo y contratransferencia son tres términos que aluden a los estados afectivos del terapeuta en la sesión.

La empatía tiene un valor de orientador de la posición clínica del analista. En cambio, los dos últimos constituyen un obstáculo para el mantenimiento de esta posición.

Estos tres términos (empatía, contratransferencia y contagio afectivo) no se diferencian por el afecto puesto en juego (angustia, depresión, asco, furia) sino por su origen, es decir, por el modo en que el afecto es producido en el contexto de la intersubjetividad insoslayable en la relación analítica.

La contratransferencia, tema que ha despertado controversias en el mundo psicoanalítico, fue tomado por David en el sentido estricto que aparece en la obra de Freud; es decir como un obstáculo en el trabajo clínico, como factor resistencial del analista derivado de sus propios conflictos.

Freud señala que la contratransferencia se instala en el analista por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y agrega que es necesario que el psicoanalista esté en condiciones de detectarla como tal y de dominarla.

El contagio afectivo y la empatía (a diferencia de la contratransferencia), informan acerca de procesos ocurridos en el paciente y que tienen su fundamento en una actividad de tipo identificatorio.

Se trata de un tipo de identificación a la que Freud denominó "conmiserativa" y que surge en la tentativa de comprender al otro. Explica este proceso remitiendo al momento en que el niño oye gritar, recuerda su propio grito y le atribuye al otro que gritó el estado afectivo que se desarrolló en él. En consecuencia, se repite en el niño el estado afectivo previo y en función del mismo ejecuta la defensa correspondiente.

La empatía y el contagio afectivo tienen en común que en ambos se pone en juego una identificación, y tienen como diferencia que en el caso del contagio afectivo ocurre una regresión, la que permite que un yo se superponga con el otro.

Podríamos decir que en la situación analítica el contagio afectivo en el terapeuta deriva de un afecto que surge a partir de una identificación (por comunidad), a partir de un deseo sofocado, de ser con el paciente.

En la empatía, en cambio, el afecto deriva de una identificación con el paciente que es susceptible de conciencia. Además, la identificación que se produce es mitigada, por lo cual es posible captar pequeñas muestras de los procesos afectivos y pulsionales ajenos que sirvan de brújula en las intervenciones en acuerdo con la teoría de que dispone el analista.

El contagio afectivo constituye la forma primordial de la relación intersubjetiva, es un modo inicial del vínculo en la infancia, anterior inclusive al surgimiento de los nexos basados en las percepciones.

A diferencia de los deseos surgidos a partir movimientos de investidura libidinal, los afectos corresponden a procesos de descargas en las que está implicado un tipo de motricidad que no pertenece a la esfera voluntaria, por lo tanto el dominio que el yo puede ejercer sobre ellos para mantenerlos como amago es muy parcial.

Cuando predomina el contagio afectivo diversos contenidos pueden presentarse en el sentir del analista como de origen ilegítimo, es decir, como derivados de una instilación, que a su vez testimonia una identificación, con la cual su yo entra en conflicto.

Otras veces el contagio afectivo no implica tanto la transferencia de determinado contenido, cuanto de una cierta intensidad pulsional.

Este contagio tiene tanto más poder cuanto más está en juego el desvalimiento somático, propio de los cuadros tóxicos, es decir, cuanto más quien inocular se encamina hacia su propia auto-destrucción, de manera voluntaria o no.

Entre los estados más habituales están el pánico hipocondríaco, o de aceleración vertiginosa en el pensar y sobre todo estados de aturdimiento violento o de sopor, que pueden culminar en letargo.

En algunas ocasiones el contagio afectivo puede llegar a acompañarse de una transferencia telepática de pensamiento, de modo tal que en el analista un pánico infinito prestado se combine con alguna idea de corte delirante, con una alucinación o con una fascinación aterrada por un proyecto suicida u homicida.

En diversos trabajos David Maldavsky se refirió a la serie de estados afectivos que suelen aparecer en los cuadros en los que las alteraciones no tienen un carácter psíquico, sino que se presentan como alteraciones somáticas: sopor, apatía, a veces interrumpidos por estallidos emocionales del tipo del pánico y la furia o estados de aceleración. En ellos hay una falta de registros interoceptivos y de tono afectivo.

Tales situaciones, que propuso englobar bajo el término desvalimiento, corresponden a patologías tales como las adicciones, las afecciones psicósomáticas, las neurosis traumáticas y otras que incluyen una vertiente vincular y social como pueden ser las catástrofes colectivas, la promiscuidad, el incesto consumado, la violencia y la criminalidad.

En el terapeuta suele darse una secuencia de estados afectivos, secuencia que comienza con el contagio del estado del paciente, gracias a la tendencia a la identificación, la tentativa de comprender al otro.

Esta identificación puede despertar en el contagiado la angustia por terminar con el mismo desfallecimiento energético del personaje en apatía, y ante esta angustia puede responder con una hostilidad que procura rescatar al otro de su estado y protegerse a sí mismo del riesgo de que el contagio sea duradero.

Esta secuencia que va del contagio de la desvitalización a la angustia y de allí a la furia parece canónica, y señala que el terapeuta que se encuentra con un personaje en estado de apatía puede permanecer en un estado similar, o quedar atrapado en una crisis de angustia o responder con furia, o alternar entre estas tres alternativas.

Además, en quien se halla contagiado se pueden desarrollar procesos orgánico-afectivos que le resultan extraños, no tanto porque sean ajenos al sujeto sino más bien porque son ajenos al contexto de su cotidianidad y a sus conflictos actuales, y más bien parecen determinados por el intercambio con el otro.

En algunos de sus trabajos más recientes David se refirió en particular a situaciones en que el contagio altera también los procesos corporales, y no solo la vida afectiva del contagiado. Postuló, entonces, que así como en el contagio afectivo es fundamental un

proceso identificatorio, en el contagio afectivo-orgánico al mecanismo de la identificación se le agrega otro del que depende la modificación corporal. A este mecanismo propuso denominarlo introyección orgánica.

Telepatía

En este mismo terreno David rescata la posición de Freud en relación con la comunicación telepática, un tipo de nexo entre los sujetos afín con el contagio afectivo.

La diferencia consiste en que en la comunicación telepática aquel que la recibe de otro no puede oponer defensa alguna y desarrolla afectos y consume actos como ocurre con las conductas de quien ha recibido una orden en estado de hipnosis que habrá de llevar a cabo con posterioridad. Algo similar ocurre en momentos de regresión en la masa. Se trata de nexos originarios, que a menudo perviven con posterioridad, en especial en aquellas situaciones patológicas, cuando la masa está excitada hasta la pasión y el pre-conciente verbal, reflexivo y crítico cede su dominio a otro, correspondiente a un yo placer purificado, a un yo real primitivo o a una combinación de ambos.

Contratransferencia

Más compleja es la situación clínica cuando en el analista el sentir es efecto de su contratransferencia. En ese aspecto David describe cuatro tipos de afecto prototípicos: el furor curandis, la sorpresa, la furia y la indiferencia.

El furor curandis suele derivar de que el terapeuta comienza creyendo en la palabra de un paciente dispuesto a colaborar en su restablecimiento, sin reparar en que se trata de un encubrimiento de una abulia que solo aspira a permanecer como tal. Es lo que en su trabajo sobre *El hombre de los lobos*, Freud denominó la dócil apatía.

La sorpresa o el desconcierto es el afecto decisivo y suele suceder a las aspiraciones desmedidas por lograr una mejoría en el paciente, mientras éste se acomoda sin cambio en el tratamiento.

Se suceden entonces intervenciones que evidencian un creciente sadismo impotente del clínico.

De allí puede surgir una posición más definitiva que lleva al analista, por último, a apoltronarse en una indiferencia cínica sólo interferida por ocasionales vendavales de angustia ética al estallar un agravamiento clínico.

El problema consiste en cómo extraer de ese producto un rendimiento para la indagación y la transformación clínica.

David, siguiendo a Liberman, postula que es necesario no sólo analizar los procesos anímicos del paciente, sino también abrir un segundo circuito de investigación, que tome en cuenta los actos psíquicos sobrevenidos en el vínculo y que puede consistir en una opinión ajena. Sin embargo, lo esencial consiste en establecer un enlace con un referente intrapsíquico que sustraiga al terapeuta del embotamiento, y éste se suele encontrar en un marco teórico al cual remitir como orientador.

Bibliografía

Maldavsky, D. (1990a) *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

(1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu.

(1995a) *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.

20/06/20

"Contagio afectivo e intervenciones del analista"
Presentaciones de Jorge Goldberg y Ariel Wainer

Jorge Goldberg

Apuntes acerca de la contra transferencia en la obra de David. Los aportes de autores ingleses

En la reunión pasada estudiamos los afectos del analista. Con particular énfasis en tres de ellos: el contagio afectivo la empatía y la contra transferencia. Preparando con Ariel nuestras exposiciones para la reunión de hoy, detectamos que dentro de la obra de David la definición del concepto de contratransferencia tuvo modificaciones. Las plantearemos y a la vez expondremos brevemente otros aportes como el de Donald Winnicott quien contribuye a enriquecer el concepto de contratransferencia.

David nos enseñó durante años que, siguiendo los textos de Freud, podíamos dilucidar las diferencias y semejanzas entre contagio afectivo, empatía y contratransferencia. Recordemos brevemente: En la empatía y en el contagio afectivo, el origen del proceso psíquico es el mundo anímico del paciente. La contratransferencia según la obra de Freud, se distingue de estos fenómenos porque se origina en el mundo psíquico del terapeuta, más precisamente, en los puntos ciegos de su propio análisis, en sus conflictos inconscientes no resueltos. Hasta aquí todo parece claro, no obstante lo cual, el propio David, en los últimos años parece haber cambiado su concepción de la contra-transferencia. En el libro de "Intersubjetividad..." tras estudiar varias sesiones concluye diciendo "...la contratransferencia era una consecuencia ... de una identificación [de los terapeutas] con los pacientes. En ese mismo texto, refiriéndose al análisis de uno de los casos, al que denominó Carmen, agrega que la contratransferencia ocurre porque "la terapeuta fue inducida a ocupar el lugar de los padres autoritarios de Carmen. Es decir, qué en el texto del año 07 la contratransferencia se define por el hecho de que el terapeuta quede atrapado en una identificación con el paciente o con un personaje significativo de la vida de éste. De tal modo que, si en la reacción del terapeuta de Carmen hubiera tenido un peso los presuntos puntos ciegos de su propio análisis, eso tendrá eso su importancia claro, pero ya no resulta crucial para determinar la existencia de contra-transferencia en sesión. Cabe aclarar que este cambio en la concepción de contratransferencia en David, tampoco fue definitivo. Creo recordar que ya hacia el final de su vida, cuando acometió el estudio de la mente del terapeuta, volvió sobre sus pasos y utilizó la definición freudiana clásica de contratransferencia. Intercambiando con Ariel coincidimos en que no recordamos que David haya explicitado estas modificaciones en su punto de vista. Lo cual llama la atención porque David, todos lo sabemos, era un teórico ultra riguroso y solía dar cuenta de sus cambios en el modo de pensar los problemas.

En la bibliografía psicoanalítica desde ya hace muchas décadas que bajo la denominación genérica de "contra transferencia" han quedado subsumidos muy diversos elementos. Como prueba de lo que digo, ni siquiera ha quedado en pie entre los diversos autores un acuerdo respecto a si el concepto de contratransferencia alude a un fenómeno específicamente inconsciente. Winnicott, acaso el analista que hizo aportes más originales al tema de la contratransferencia, en "Escritos de pediatría y psicoanálisis", la define como un concepto complejo, el cual incluye tres aspectos diversos:

1) El patológico: está determinado por identificaciones reprimidas en el analista;

2) El estilo personal: se refiere a las identificaciones y tendencias determinadas por las experiencias y el desarrollo vital del analista, las que aportan un marco positivo para su labor, y que hacen que su modo de trabajo sea distinto al de cualquier otro analista;

3) La contra transferencia verdaderamente objetiva: es el aporte más original de Winnicott. Alude al amor y el odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente. Consiste en una contratransferencia basada en la observación objetiva.

Una anécdota que recuerdo es que hace muchos años, cuando yo empezaba mi práctica profesional, David en una supervisión me sugirió que tenga en cuenta algo parecido a esto de la contra transferencia objetiva que plantea Winnicott. Yo atendía (o padecía) a un paciente adolescente muy violento y David me decía: "Jorge, hay pacientes que despiertan afectos objetivos. Este pibe es jodido, ojo". Y David me interrogaba ¿Cómo podemos hacer para que vos seas más malo con él? Sin nombrarlo a Winnicott, me convocaba a que yo conecte con el odio que me provocaba este muchacho y que lo pudiera usar funcionalmente, clínicamente. Con la anécdota apunto a considerar que probablemente este concepto original de Winnicott, le resultó a David un estímulo no solo a al momento de pensar un caso, sino también a la hora de investigar sistemáticamente los entrampamientos en el diálogo entre paciente y terapeuta. En rigor, la teoría de contra-transferencia objetiva es parte de un conjunto de propuestas que el autor inglés dejó dispersas a lo largo de sus escritos. Entre sus elementos más interesantes (y menos considerados) se cuenta la siguiente contribución: en el abordaje de pacientes graves, *la falla del analista puede contribuir a desplegar una parte del trabajo terapéutico*. Winnicott sostiene que los pacientes que padecieron desamparo temprano, para evocarlo y elaborarlo, no pueden recurrir a sus recuerdos. Tampoco es suficiente la capacidad del terapeuta y su disposición a producir construcciones. Para este autor, el camino clínico ineludible es reeditar esas escenas nodales *en los hechos de la sesión*, forzando, *induciendo la falla del analista*, quién al fallar inadvertidamente, queda ubicado en el lugar de personaje deprivador del ambiente infantil del paciente. En ese trance, dice Winnicott, se le abre al paciente la posibilidad de desplegar un acting out, una reacción de odio al analista.

El paciente, sea que utilice las fallas del analista o incluso produzca elementos transferenceles delirantes para producir la experiencia de fracaso del analista, de un modo u otro recrea el escenario de fracaso ambiental temprano con el objetivo de ubicarlo en una zona de control omnipotente. Si el terapeuta, mediante el recupero de su empatía logra: a) acceder a una comprensión acerca de lo que sucedió durante el acting out b) dilucidar lo que necesitaba el paciente del analista, conectándolo con lo que salió mal en la situación de fracaso ambiental original. Si puede transmitirle al paciente lo nuclear de esas intelecciones mediante una intervención clínica precisa, contribuye a que el paciente acceda genuinamente a un sentimiento de que hay, en el mundo, quien pueda alojar su necesidad de dependencia, y es probable que se haya puesto en marcha un verdadero proceso del crecimiento. Esto, dice Winnicott, constituye una recompensa para el analista, por la tensión que supone el sostenimiento de su posición. Cuento con dos ejemplos, uno relatado por el propio Winnicott, en que se advierte como una paciente de modo muy tirado de los pelos, produce la experiencia de falla del analista. En el otro, descrito por W. Bion, se advierte más claramente como el propio analista queda atrapado en la identificación con un personaje deprivador del paciente.

Winnicott relata que una paciente mujer quién tuvo experiencia de deprivación temprana, durante un período de vacaciones analíticas, estando en un hotel con su esposo, tuvo la siguiente experiencia: tras desayunar en la cama, quiso levantarse para llevar la

bandeja a la cocina e involuntariamente tiró todo al piso rompiendo unas valiosas piezas de porcelana. Este episodio la trastornó y la exasperó en modo extremo. Ella en sesión reconstruyó la escena y se dio cuenta en presencia del analista, de que sus quejas apelaban a una serie de ideas delirantes. Las enumero: 1) Que la culpa era del empleado que le dio la bandeja que estaba resbaladiza; 2) Ella gritó, pero su pareja no la escuchó porque había salido a pasear. Si hubiera estado cerca, cuidándola, el accidente no hubiera sucedido; 3) Si el analista hubiese acudido al momento del accidente, la hubiese consolado. De ese modo el episodio se hubiese convertido en una experiencia de análisis, no habría sido una mera experiencia desperdiciada; 4) Que un buen analista se habría ocupado de estar con ella, cuidándola. De ese modo no hubiese habido ningún accidente. Dice Winnicott que, como esta mujer no estaba loca y podía pensar, en un determinado momento rebatió sus propios argumentos, diciendo que sería absurdo que un analista cuidase a una paciente durante sus vacaciones. Sin embargo, un rato después, insistió con qué si el analista hubiese aparecido, habría podido aclarar el lío y consolar a la paciente, ya que un analista bueno habría estado presente para brindar cuidados especiales y, en tal caso, el accidente desafortunado, no hubiera pasado. Winnicott plantea que el éxito de un análisis debe incluir la idea delirante de la falla, la reacción del paciente ante el análisis como una falla. Es preciso dar cabida a esta paradoja. *El analista debe aceptar el rol del analista que falla como acepta todos los restantes roles que surgen de la neurosis o psicosis de transferencia del paciente.* Muchos análisis fracasaron al final porque el analista no pudo dar cabida a una falla delirante, debido a su propia necesidad de probar la validez de la teoría psicoanalítica mediante la cura de un paciente.

Bion, en su libro "Volviendo a pensar" se refiere por su parte, a un analizando que intentaba deshacerse de su temor a la muerte sentido como demasiado poderoso para contenerlo dentro de sí "... en la ocasión a que me refiero, el paciente había sentido que yo lo evacuaba tan rápidamente que los sentimientos no se modificaban y (...) le volvían más dolorosos... luchaba por metérmelos con violencia y desesperación crecientes...su violencia era una reacción a lo que sentía como mi defensa hostil..." Dice Bion haberse sentido testigo en la sesión de una escena arcaica que el paciente había vivenciado en la infancia una madre que respondía obedientemente a las manifestaciones emocionales del niño. Esta respuesta obediente tenía un elemento de impaciencia, de "no se que tiene esta criatura" (...) Desde el punto de vista del niño ella tendría que haber incorporado y experimentado el temor que él tenía de que estaba muriendo" El análisis - sostiene Bion - "le daba una oportunidad para utilizar un mecanismo del que había sido privado" (Volviendo a pensar, pág. 141).

Sin desconocer que la existencia de una contratransferencia "personal del terapeuta" en que sus conflictos no analizados constituyen un obstáculo, cabe realzar algo valioso de estas propuestas (contratransferencia objetiva y falla en el analista). Me refiero a que pueden contribuir a que un terapeuta tienda adoptar una actitud más espontánea, más interrogativa (en lugar de una postura superyoica o banalizante) en relación al fluir de su hacer y su sentir en sesión (sobremana cuando brotan sentimientos o estados como el de odio o sopor ante determinado paciente). Estos aportes de Winnicott rompen con el enfoque ortodoxo clásico de tipo binario que atribuye a toda falla del analista la función de obstáculo terapéutico. En esta propuesta la falla analítica, cuando esta forzada desde las escenas cruciales del paciente, constituye *una oportunidad terapéutica*, en la medida en que el analista sea capaz de imaginar y sostener en los hechos, que su trabajo puede ser algo más que administrar, con una infalible y benévola neutralidad, el "manejo de la transferencia" del paciente que actúa *ante* nosotros de modo tal que, pertrechados en

el sólido trípode (formación, supervisión, análisis personal) podamos desde "fuera" de la neurosis del paciente, desarrollar cómodamente nuestro saber hacer terapéutico.

Ariel Wainer

Contagio afectivo e intervenciones del analista

Introducción

En la reunión de hoy nos proponemos retomar la cuestión del contagio afectivo del analista que tratamos en la reunión anterior.

En primer lugar, vamos a volver a **describir el fenómeno del contagio afectivo**. Luego retomaremos la exposición que Nilda hizo sobre **el modo en que se produce** el contagio. Esto nos permitirá introducirnos en **el manejo clínico** de este tipo de situaciones. Finalmente, volveremos **sobre las similitudes y las diferencias con el fenómeno de la contratransferencia**.

Aunque hoy vamos a hablar de los afectos del analista, las propuestas de David sobre el contagio afectivo son muy útiles pensar situaciones que atraviesan los pacientes, cuando son ellos los que han quedado contagiados en el contexto de la relación y el intercambio con otro.

Descripción del contagio orgánico afectivo

Cuando David se refiere a este fenómeno lo denomina "contagio orgánico afectivo". Esto se debe a que se contagian afectos (sentimientos) y también estados que, en algunos casos, tienen un carácter menos psíquico y más orgánico.

Hablamos de contagio cuando alguien tiene un estado afectivo y/o corporal que resulta **extraño** porque es ajeno al contexto de sus conflictos y de sus circunstancias actuales. Por ejemplo, a un analista le sobreviene una intensa somnolencia durante una sesión. La misma le resulta extraña ya que descansó bien la noche anterior y en las horas de trabajo previas estuvo despabilado y vital. En estas circunstancias es probable que la somnolencia sea el producto de un contagio afectivo orgánico, derivado del intercambio con ese paciente.

La condición de extraño/a que planteamos es necesaria pero no suficiente para definir al fenómeno ya que podemos tener afectos o estados que nos ocurren por razones propias, pero en el momento no podemos advertir los motivos que los determinan.

Entonces, además del carácter de extraño, tenemos que preguntarnos si los afectos y/o estados están determinados por el intercambio con otro. Y más específicamente **si ese afecto o ese estado está presente también en ese otro**.

Por ejemplo, en el caso de la somnolencia del analista que mencionamos recién, conviene preguntarnos si el paciente tiene también un estado de somnolencia, de sopor o de desvitalización.

En el caso que el fenómeno reúna las dos condiciones, que resulte extraño y que esté presente también en el paciente, podemos conjeturar que estamos ante un contagio orgánico afectivo.

¿Cómo se produce?

El contagio presupone un doble movimiento: un proceso **expulsivo** por parte de uno de los sujetos y uno **incorporativo** por parte del otro.

En el primero se combinan la proyección y la expulsión. La proyección corresponde a la expresión de las emociones. Si solo hubiera proyección probablemente no habría

contagio. La expulsión, en cambio, apunta a desembarazarse de algo, inoculándose a otro. En el discurso verbal encontramos palabras que aluden al movimiento expulsivo, como "le vomité" o "me descargué".

En el contagiado se combinan también dos mecanismos: la identificación y la introyección orgánica. La identificación, que es el mecanismo correlativo a la proyección, a diferencia de lo que ocurre en la empatía, aquí no es conciente. David señala que, cuando se produce el contagio, la identificación está sofocada. Se trata de una identificación por comunidad (Freud también la llama conmisericordiosa), donde se juega un deseo de ser con el otro. Y el segundo mecanismo, complementario de la expulsión, es la introyección orgánica. Se trata de una noción que propone David y que permite explicar las alteraciones somáticas que se producen en el contagiado. Lo incorporado tiene, en general, una desmesura de difícil procesamiento, que crea un desorden en la propia economía pulsional y que constituye una situación tóxica.

En este punto podemos preguntarnos por qué alguien padece una situación de contagio orgánico afectivo ya que si alguien proyecta y expulsa un afecto o estado orgánico no necesariamente tendría que producir un efecto de contagio en otro. David dice que, en quien sufre el contagio, se ponen en juego disposiciones pre-existentes que generan una mayor o menor disposición al contagio. Se trata de aspectos inconscientes del contagiado. Quizás el hecho que la identificación no sea conciente, hace que quien se identifica quede con las "defensas más bajas" y sea más vulnerable al contagio.

¿Cuál es el valor clínico de estas situaciones?

El contagio, en principio, es un obstáculo para el analista ya que interfiere la posibilidad de escuchar y de pensar. Incluso lo puede llevar a actuar, a intervenir desde la situación de contagio. Sin embargo, si el analista puede reconocer e identificar el fenómeno, el obstáculo puede resultar valioso para el trabajo con el paciente. Para ello, el primer paso consiste en que el analista se rescate y localice la fuente de su sentir. En un segundo momento nos podemos plantear cómo leer las situaciones de contagio. Si recorremos los trabajos de David sobre el tema vamos a encontrar dos modos de entenderlas:

1. Cuando el paciente despliega una escena en la que expulsa un afecto o estado nos está mostrando algo que le ocurrió, algo que es del orden del trauma. En general se trata de la relación con uno de sus padres o quienes hayan ocupado esa función. Lo hace identificado con alguien que expulsaba estados afectivos u orgánicos y el analista, en la sesión, ocupa el lugar que tuvo el paciente en esas situaciones. Se trata de una transformación pasivo – activa de un trauma: le hace al analista lo que él padeció o padece.

En muchos casos se trata de vivencias que no se limitan al intercambio entre padres e hijos, sino que atraviesan a varias generaciones y que resultaron intolerables, improcesables psíquicamente.

2. Un segundo modo de entender este tipo de fenómenos, complementario del anterior, consiste en pensar al contagio como un medio que conduce a que no haya corte, que no haya separación, ya que si el terapeuta no logra rescatarse del mismo se llevará consigo afectos y/o estados corporales del paciente. Se trata de una lógica en la cual no hay separación entre los cuerpos.

¿Cómo intervenir?

Si tomamos la perspectiva anterior podemos trazar dos grandes líneas de trabajo:

a) Investigar si en la historia del paciente hubo situaciones como las que se dieron en la sesión, en las que alguien tiende a inocular a otro. Si ocurrieron, podemos establecer nexos entre las escenas de la historia y la que ocurrió en la sesión.

b) Hacer un trabajo de elaboración de los pensamientos y los afectos que el paciente no logra dar cabida en sus propios procesos psíquicos. Trataremos que lo desmesurado pueda volver al paciente de un modo que le resulte digerible psíquicamente.

Tipos de contagio afectivo-orgánico

David diferencia cuatro tipos de contagio

- contagio de erotización
- contagio de apatía
- contagio de angustia
- contagio de cólera

Y a veces agrega un quinto:

- contagio de excitación eufórica

Contagio de apatía

Vamos a detenernos solo en este tipo de contagio porque David plantea que se puede dar una secuencia que considera canónica: el contagiado que comienza con un estado de apatía puede angustiarse y luego pasar a la furia.

Cuando alguien corre el riesgo de terminar en el mismo estado de desfallecimiento que el otro, se puede angustiar y ante esa angustia puede responder con una hostilidad que parece tener dos funciones:

- rescatar al otro de su estado (algo así como sacudirlo para que se "despierte")
- protegerse del riesgo de un contagio duradero

Entonces, para quien se contagia de alguien que tiene un estado de apatía pueden presentarse tres opciones o alternar entre esas tres variantes:

1. Permanecer apático
2. Quedar atrapado en una crisis de angustia
3. Responder con furia

Un ejemplo de esto, en el contexto de un análisis, podría ser lo que le pasó a Freud con el Hombre de los Lobos. ¿Recuerdan la cuestión de la dócil apatía de este paciente? ¿Y de la decisión de Freud, en determinado momento, de ponerle un plazo al tratamiento? David entiende la decisión de interrumpir el tratamiento como expresión de la hostilidad de Freud, una hostilidad que no perdió los estribos, que apuntaba a:

- que el paciente saliera del estancamiento (algo de eso ocurrió, el paciente produjo material en las sesiones y el análisis salió de la parálisis)
- que Freud mismo no quedara contagiado por la inercia del paciente

Contagio afectivo y contratransferencia

David distingue al contagio afectivo de la contratransferencia. Sin embargo, en algunos trabajos, usa estos términos de manera indistinta. Por otro lado, clasifica los distintos tipos de contagio y de contratransferencia y resulta que esas clases son las mismas: erotización, furia, angustia y apatía. Todo esto nos lleva a plantearnos si efectivamente se trata de fenómenos que está justificado diferenciar.

Comencemos por el concepto de contratransferencia. En la historia del psicoanálisis es uno de los más controvertidos. De acuerdo a las escuelas y a los autores, las definiciones son diferentes y, en algunos casos, contrapuestas.

En el origen tenemos una propuesta bastante restrictiva, en la que Freud pone el acento en la eficacia de los factores inconcientes, no elaborados, del analista. Los llamados "puntos ciegos".

En sus últimos años de producción, David tiene un enfoque diferente al de Freud ya que toma una perspectiva intersubjetiva, desde la cual considera tanto los factores que implican al analista como al paciente y privilegia la escena que se arma entre ambos.

Descripción del fenómeno contratransferencial

En el contagio orgánico afectivo, el analista registra un estado y/o un afecto, pero no detecta, inicialmente, la fuente del mismo. En el caso de la contratransferencia, el analista no siempre tiene un registro de la misma, puede ser un proceso que se desarrolla sin conciencia. Esta posibilidad, la de la falta de un registro conciente, David la considera cuando habla, en el contexto de investigaciones empíricas, de una contratransferencia "declarada" o "no declarada" por parte del analista. En esta última, el terapeuta no advierte la presencia en sí mismo del fenómeno contratransferencial.

En la medida que el analista puede no tener noticias de su contratransferencia, no resulta fácil describirla y por lo tanto se dificulta la operacionalización de este concepto. Ante este problema, David recurrió a la noción de enactment y planteó que la contratransferencia se manifiesta como enactment.

Una traducción del término "enactment", algo imprecisa, pero que provisionalmente puede servir, sería la de poner en acto. Se trataría de la puesta en acto de una escena que surge desde el inconciente del paciente y se despliega en la sesión implicando al analista, quien es impelido a desempeñar un rol. Esta definición se parece mucho a la de transferencia, salvo en un punto: que el analista desempeña un papel en la escena sin advertirlo.

Desde el punto de vista fenoménico, David define al enactment por el hecho de que el terapeuta formula intervenciones clínicamente no pertinentes y/o desarrolla estrategias clínicas no adecuadas

Definir la parte observable de la contratransferencia de esta manera, como enactment, tiene sus problemas ya que un analista puede hacer intervenciones no pertinentes por razones muy diversas (por ejemplo, por su insuficiente formación) y no solo por efecto de una contratransferencia. David menciona este problema y entendemos que ha quedado irresuelto.

Investigaciones sobre contratransferencia con el ADL

David hizo investigaciones con el ADL sobre contratransferencia y llegó a la conclusión que el fenómeno contratransferencial se presenta de tres maneras:

- 1) cuando el terapeuta queda situado en el mismo lugar del paciente
- 2) cuando el terapeuta ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente
- 3) cuando el terapeuta se defiende de la contratransferencia y formula intervenciones reactivas frente a alguna de las dos alternativas previas

La **primera alternativa**, cuando el analista queda situado en el mismo lugar del paciente, se superpone o podría incluir al fenómeno del contagio orgánico afectivo. En este último, el analista queda inoculado por un estado y/o afecto del paciente y por lo tanto

queda ubicado en su misma situación. Estaríamos aquí en esa zona donde los dos fenómenos tienden a confundirse.

Por otro lado, en un trabajo sobre contratransferencia, David habla de situaciones enigmáticas que se dan en la sesión. Y plantea tres de esas situaciones:

- La contratransferencia anticipa un estado del paciente:

El terapeuta registra un estado afectivo sistemático, como la somnolencia, la furia, la angustia, la excitación sexual o la euforia, que no parece tener asideros objetivos en los estímulos aportados por el paciente. Entonces plantea que, en ocasiones, es conveniente considerar que dicho registro del terapeuta tiene un valor anticipatorio de un estado del paciente, que puede llegar a advenir a su conciencia gracias al trabajo clínico.

- La contratransferencia muestra procesos psíquicos que el paciente tiene sofocados:

Por ejemplo, puede ocurrir que un terapeuta desarrolle una contratransferencia erótica con un paciente que parece no tener una actitud afín con ello en las sesiones, y que ese paciente afirme que una terapeuta previa y una jefa de su trabajo han desarrollado una postura erótica hacia él, sin que él la hubiera motivado en lo evidente. En ese caso es posible inferir en el paciente una sofocación de procesos psíquicos que conducen a que varios personajes de su entorno respondan del mismo modo.

- La contratransferencia corresponde a estados por los que el paciente atravesó y que se manifiestan en el terapeuta

Por ejemplo, un terapeuta tiene momentos de intensa angustia en las sesiones sin que el paciente haya aportado relatos que los justifiquen. Ese paciente ha relatado la importancia que tuvo la relación con una abuela que, durante la guerra, padeció situaciones de intensa angustia.

Como vemos, estas tres situaciones que propone David complejizan el problema ya que el analista puede ocupar el mismo lugar que el paciente, pero, en dos de los casos, ese lugar no es el que tiene el paciente en la sesión y en el tercero se trata de procesos de los que el paciente no tiene noticias ya que están sofocados.

Sigamos entonces con la **segunda alternativa**, en la que el analista ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica del paciente. En algunas ocasiones se trata del lugar de un personaje traumatizante y en otras no. En general, la escena que se despliega en la sesión es similar a otras que el/la paciente relata y que ocurren fuera de ella.

Veamos un ejemplo que presenta David en *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica* (2007). Se trata de una paciente que se la pasa quejándose de su novio y contando cómo la maltrata. Su familia y sus amigos tienen una mala opinión sobre el novio y se enojan con él. Ella tiene una actitud comprensiva hacia él argumentando que fue maltratado por su familia.

En un pasaje de una sesión se produce esta secuencia entre paciente y analista:

- la terapeuta le dice que ella se preocupa demasiado por el novio.

- la paciente le responde que el novio es una persona maravillosa y un muy buen amigo de sus amigos.

- la terapeuta le replica que a ella el novio le hace mal.

- la paciente argumenta que la suegra tiene la misma actitud con el suegro y que ella comenta que las mujeres están para eso.

- la terapeuta le dice que ella se parecía a su suegra y le recuerda que el suegro maltrataba a la esposa.

David analiza este pasaje de la sesión indicando que el enactment parece corresponder a una situación en que la terapeuta pasó a ocupar el lugar de quienes expresan enojo

ante la escena en que el novio la maltrataba, enojo ante el cual la paciente respondía aludiendo al amor.

La paciente parecía inducir una actitud hostil hacia el novio, apelando a sus expresiones de quejas y lamentos. O sea que se daba una secuencia de inducción en otros de una actitud justiciera y, luego de que el otro expresara su hostilidad hacia el novio, la paciente apelaba al argumento del amor.

Con esta viñeta clínica quisimos ilustrar el segundo tipo de contratransferencia que plantea David, en la cual la terapeuta ocupa el lugar de un personaje de la vida psíquica de la paciente.

Interrogantes y problemas pendientes

Como podemos apreciar, no resulta fácil definir el concepto de contratransferencia. Además, su operacionalización también plantea un desafío complejo.

A partir de la exposición que presentamos podemos concluir que la noción de contratransferencia abarca un conjunto de situaciones clínicas más amplias que las correspondientes al contagio orgánico afectivo. Entendemos, entonces, que esto justifica la distinción de ambas.

Queda todavía por realizar un trabajo sobre el concepto de contratransferencia que incluya un enfoque complejo y refinado como el que propone David en sus escritos e investigaciones.

Bibliografía

Freud, S. (1910). *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*, en AE, vol. 11.

(1914). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, en AE, vol. 12.

Maldavsky, D. (2007) *La Intersubjetividad en la Clínica Psicoanalítica*, Lugar Editorial, Buenos Aires.

(2008) Problemas metodológico-conceptuales en la investigación de los vínculos de pareja. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, p. 123-148.

(2015) Investigación empírica con el algoritmo David Liberman de la contratransferencia no declarada: método y aplicaciones, *Investigaciones en psicología*, UBA, 20, 3.

(2015) Crisis de angustia e ideaciones suicidas, *Actualidad Psicológica*, XL, 445, 1-7.

(2016) *Intersubjetividad y contratransferencia*. www.researchgate.net/publication/308929348_Intersubjetividad_y_Contagio_afectivo

(2018) Investigación empírica del enactment: operacionalización, instrumentos, ejemplos. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 11.

1/08/20

"Pandemia: ¿cómo enfrentar el desvalimiento profesional?"

Presentaciones de Silvina Perez Zambón, Nélide Di Rienzo, Juan Gozález Rojas y Ruth Kazez

Silvina Perez Zambón
Clínica en tiempos de COVID19

Trabajo hace años en el servicio de psicopatología y salud mental de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. A partir del surgimiento de la situación de Pandemia COVID19 y el posterior decreto de aislamiento preventivo obligatorio a fines de marzo del 2020, nuestro Servicio se vio obligado a redefinir su posicionamiento y sus funciones para continuar con el cumplimiento de sus tareas y colaborar con la difícil realidad atravesada tanto por el Hospital como por toda la Sociedad.

Entre los pocos que continuamos concurriendo de manera presencial, elaboramos una serie de protocolos para la atención telefónica y continuidad de tratamientos, basados en lo establecido por el Ministerio de Salud. Además se armó un equipo destinado a dar contención y apoyo psicosocial al personal de la institución.

Al principio experimentamos una sensación de euforia, de estar haciendo lo correcto, de ser útiles en el actual contexto de emergencia.

Con el correr de los días comenzaron a incrementarse las consultas y derivaciones por cuestiones asociadas a trastornos adaptativos y emocionales, aumentando de manera preocupante la incidencia de intentos de suicidio.

Hemos notado que la mayor cantidad de consultas provenía no tanto del personal de salud, sino de los trabajadores encargados de mantener el funcionamiento y la salubridad de la institución.

En ellos (y hoy pienso que en todos) el estrés asociado a la pandemia comenzó a incidir en sus condiciones de vulnerabilidad preexistentes. Esto se observó mayormente en los motivos de consulta: crisis de angustia debidas a problemas personales y familiares. Es alarmante la cantidad de sujetos que, a raíz de la angustia que les provoca el aislamiento, han recordado o vuelto a pensar en situaciones de abuso padecidas en la infancia.

Todos ellos comienzan hablando de la incertidumbre que la escena actual les genera, el miedo a que algún familiar se enferme y el miedo a la ruina económica.

Pareciera que la situación de vulnerabilidad actual recarga y revive escenas traumáticas tempranas, potenciando el propio desamparo preexistente de los sujetos.

Nuestra intervención consiste en una o dos entrevistas, junto con la psiquiatra. Antes de hacer entrar al sujeto, se verifica que sean correctas las medidas de bioseguridad.

Los consultorios permanecen abiertos para que circule el aire. El paciente se sienta a 2 metros y posee tapabocas. Las terapistas atendemos con barbijo y máscara, lo cual resulta incómodo pues se empaña, falta el aire y cuesta entender lo que el otro dice, porque no le vemos la boca, ni ellos a nosotras.

Las lágrimas brotan y se nota la incomodidad del paciente, que no sabe si limpiárselas o no. Se acrecienta la distancia y se hace imperiosa la necesidad de contar con las palabras justas para manifestar empatía y ayudar a aliviar el sufrimiento. Los silencios son más duros, como si en ellos se produjera un vacío.

Algunas frases de las terapeutas resultan difíciles de comprender e incluso pueden llegar a despertar cierta paranoia en el paciente ("¿por qué me pregunta eso?"), sobre todo porque los recursos fundamentales son lo dicho (que hoy más que nunca se atiene al protocolo) y quizás el tono (aunque el barbijo también es en parte un obstáculo para éste). La expresión facial es casi imperceptible y los gestos están limitados, debido a que intentamos no acercarnos ni tocar demasiadas cosas.

La crisis actual revienta con crisis que antes no habían sido habladas en psicoterapia, pero el protocolo exige focalizar en lo actual y ayudar al trabajador a volver a sus tareas lo más pronto posible. El enfoque de todos modos debe ser complejo, para dar cabida a la mayor cantidad de aristas asociadas a su angustia actual.

La angustia es mucha y las intervenciones parecen insuficientes.

Se instaura en los profesionales una sensación de riesgo difícil de contener, incluso porque si hubiera que internar, costaría conseguir cama en alguna institución. Pasa por nuestra mente la idea de que quizás sea conveniente medir lo que decimos, evitar tocar fibras sensibles, evitar que se descompense (más aún). Uno puede llegar a sentirse como encerrado, sin demasiadas opciones, sin recursos suficientes.

Los profesionales además atravesamos la pandemia fuera del consultorio, tenemos nuestros miedos, muy parecidos a los que cuentan los pacientes: miedo a contagiarnos o a caer en cuarentena por sospecha, a enfermar a nuestros familiares, a perder algún ser querido, a perder el trabajo.

Muchos hemos notado desde el inicio de la pandemia episodios de insomnio, de ansiedad, pensamientos rumiantes, estados de hiperalerta, conflictos internos en el servicio, discusiones.

Nos auto intoxicamos con el aire que exhalamos en los barbijos, que permanecen puestos durante horas. Nos limpiamos las manos incontables veces.

Recuerdo estar muy concentrada en el relato de un paciente, rascarme la cara y automáticamente sentir ansiedad por haberlo hecho, buscar apresurada el spray de alcohol en el guardapolvo, perdiendo por unos instantes el hilo de lo que el paciente estaba comentando. Aparece de manera inevitable un autorreproche por no estar haciendo las cosas como corresponde, por el descuido de tu propia salud al tocarte la cara, y por el descuido del paciente al dejar de escucharlo.

Volvemos a casa y el protocolo es exhaustivo y agotador: sacarse la ropa y el calzado prácticamente en el palier, rociar todo con alcohol, poner a lavar, bañarse.

Las reuniones espontáneas de equipo con los pocos que compartimos turno nos han ayudado a bajar la angustia, pero debemos ser muy cuidadosos de mantener las medidas de bioseguridad entre nosotras, sino es preferible que cada una permanezca encerrada en su consultorio.

Es como si en primer plano debiéramos tener nuestras pulsiones de autoconservación, operando todo lo demás en segundo plano y de manera simultánea.

Con respecto al servicio, durante lo que va de la pandemia hemos atravesado una fuerte crisis, con momentos de mucha tensión interpersonal. La conferencia de Sebastián y Jorge sobre agotamiento profesional me ayudó a reflexionar sobre lo acontecido y voy a intentar volcarlo en pocas palabras.

David decía que en toda escena de estallido había una situación predisponente, consistente en un estado duradero, y una escena precipitante, representada por un hecho puntual. Pienso que en nuestro equipo existía una fractura que en el contexto de la

pandemia se profundizó. Los dos factores predisponentes se vinculaban a cuestiones de la psicopatología de cada trabajador y a una falencia en la comunicación, debido a que hacía tiempo estaban suspendidas las reuniones de equipo. Los pocos que continuamos de manera presencial rápidamente pasamos de la euforia inicial a la sensación de agotamiento, ya que el trabajo fue más exigente de lo que esperábamos. Los que cumplían su labor de forma remota no se enteraron de esta situación y sintieron que no fueron participados en la toma de decisiones, y que se le impusieron formas de trabajar a las que no estaban habituados. "Ellos" sentían que "nosotros" hacíamos lo que queríamos y "nosotros" sentíamos que "ellos" nos agredían desde la comodidad de sus casas. Ante un episodio que escaló casi hasta agresiones verbales, el jefe intervino y el chat se silenció. Reducir el intercambio al mínimo fue la única solución posible.

Posteriormente decidimos desdoblar el equipo que estaba concurrendo y rotar dos grupos cada 15 días, para reducir el riesgo de contagio del virus. Comenzaron a aparecer discrepancias y diferencias de criterio entre ambas partes, potenciados por la dificultad para establecer reuniones virtuales.

Aumentó la irritabilidad, la sensación de disconformidad, de no querer ir más y un pensamiento acerca de cómo sería cuando nos volviéramos a ver, con un tinte sumamente negativo. Algunas incluso consideramos la posibilidad de cambiar de servicio o de unidad.

Pienso que dos cuestiones tienen una incidencia fundamental en el agotamiento. Por un lado, el no sentirnos sentidos (por nuestros compañeros, los jefes, la institución) y por otro, la imposibilidad de fugarnos de una situación que parece no tener salida.

Nélida Di Rienzo

Algunas cuestiones de la clínica actual

Me surge un interrogante, frente a la imposibilidad de fuga ¿cuáles son las modalidades defensivas de cada quién?

Sabemos que los analistas pensamos el caso por caso, alejados de caer en lo que hace la ciencia. La ciencia no piensa, calcula y universaliza.

Ser sujeto nos liga con la creatividad, la misma nada tiene que ver con generalidades. Cuando hablamos de época nos referimos a las prácticas y los discursos. Hace tiempo que asistimos a una clínica donde lo simbólico no alcanza para regular los discursos que reclaman satisfacción perentoria. Los neuróticos de Freud entraban en una dialéctica que daba tiempo a poner en juego la palabra y hace tiempo que nos encontramos con identificaciones sólidas donde el sujeto queda vaciado.

¿Qué pasa en esta pandemia? Aparecen vivencias sobre una situación inédita donde para algunos no salir "los tranquiliza", incluso algunas cuestiones "locas" quedaron acalladas en esta cuarentena. Para otros, no salir es insoportable y para otros es la agonía a la espera de la muerte y desde ya tantas variantes como sujetos hay.

Ahora tenemos un fenómeno donde lo perentorio no se expresa a través del consumo de objetos, que ayude a la ilusión de una sutura de la falta.

Un corto relato de situaciones diferentes, una en el Hospital y otra de una paciente privada médica que atiende en la primera línea, nos pueden abrir interrogantes sobre este escenario que aparece como mundos superpuestos entre analistas y pacientes.

En el Hospital se atienden situaciones de emergencia, quienes están hace tiempo en tratamiento se pide que no asistan, a partir de la cuarentena tomé la decisión de atenderlos por teléfono.

Primer interrogante ¿cuál es el lugar del cuerpo, de los cuerpos, en una atención que como describió muy bien la colega en el encuentro anterior, aparece cubierto y a distancia?

El primer acercamiento donde se establece lo que daría lugar a una empatía expresada por una sonrisa y una voz clara y cálida queda anulado por el barbijo y la "distancia necesaria".

Una mujer joven de unos treinta y cinco años pide hablar con alguna psicóloga, en un espacio de pasillo, los consultorios son muy pequeños, se larga a llorar. Su barbijo de tanto que se empapa toma la forma de su rostro, le pido que cuando hable lo haga más alto porque no se le entiende, cuenta: "nos peleamos con mi pareja, se va a ir, se va a ir, se va a ir, si se va me va a dejar sola y yo me muero", le digo que puede llorar todo lo que quiera para que después pueda hablar, miro a mi alrededor vislumbrando la falta de intimidad, M. no lo registra y me doy cuenta que la incomodidad es mía, siento la extrañeza de lo que hay a nuestro alrededor, de ese llanto incontenible que sólo tiene la intimidad de mi mirada, nos quedamos las dos un rato largo allí paradas, en ningún momento dejé de mirarla. Se fue calmando y le digo: "por ahí esto hace mucho que te pasa, pero por lo que decís, ahora apareció la posibilidad de perder a L." Me mira y se da cuenta que la miro, estoy conmovida, me dice: "yo quiero volver otro día", (no estamos tomando tratamientos nuevos pero no se lo digo), le doy una fecha para otro encuentro y le digo que la voy a ver una vez más...

Esta otra paciente G. hace dos años que se analiza, es médica, atiende en terapia intensiva de un Hospital, dice: "no quiero ser indestructible, pero no quería estar tan destruida como estoy, me duele el cuerpo como si hubiera trabajado un mes seguido sin parar y encima me dijeron que me van a descontar del sueldo si uso barbijos 95 sin autorización....me quiero morir" "No puedo pensar bien, siento que estoy perdiendo mi juicio clínico y moral..." "no debería actuar así por cansancio, no quiero ver más pacientes..." Le digo: "el deber antes que tu cuidado? "tener un tope es perder el juicio?".

Aquí la situación es otra, si bien su relato está en relación a su historia y posición subjetiva de la que algo conozco, hay un real que se impone, no se puede soslayar.

Vengo observando en pacientes médicos apasionados por sus prácticas médicas la expresión: "no quiero ver más pacientes" invadidos por la angustia por sentir eso que les pasa.

Los invito a pensar juntos ambas situaciones.

Juan González Rojas

Caso Esteban

Inicia una psicoterapia de apoyo semanal en enero de 2020, con una historia de lucha por salir de ambientes e historias marginales, por parte de su familia, padres, abuelos y hermanas. Familia emigrante andaluza, donde hay historias de alcoholismo, maltrato, drogadicción, con sobrinos en acogimiento y adopción. La sintomatología familiar se muestra en una común hipertensión en muchos de sus miembros, expresión de sus muchas dificultades en el manejo de sus ansiedades, avatares vitales y emigración a la capital para buscar nuevos horizontes menos conflictivos. Esteban nace ya en Madrid en

un hospital en el que después encontrará su primer trabajo, estudia auxiliar de clínica, tiene 19 años, y tras dos trabajos temporales es contratado como auxiliar en momentos agudos de la crisis por el coronavirus.

La situación de confinamiento hace que comencemos a vernos por Skype, en horarios compatibles con los turnos de trabajo que le están siendo asignados, por la avalancha de pacientes con Covid 19 que llegan al hospital. Muchos de ellos de edad avanzada a los que tiene que dar sus cuidados y limpieza, apoyo emocional y relacional, cotidianamente, encontrándose con que muchos de ellos habían fallecido al día siguiente. El primer día de trabajo, tuvo que ayudar a poner en bolsas y fumigar con lejía a 17 personas fallecidas. Compagina turnos de día y de noche, desarrollando en esta época una ciática que le tratan en el trabajo con inyectables y contando con el apoyo de todo su equipo de compañeros. Aproximadamente a las dos semanas, le trasladan a tomar la temperatura en la puerta de ingreso de pacientes, un trabajo de menor exigencia aparente, dado la gran afluencia de pacientes con Covid 19, que aunque va disminuyendo, va aumentando la afluencia de otras patologías que se estaban conteniendo y gran cantidad de casos de violencia domestica que acuden, y que consueñan con toda una historia familiar de violencia, maltrato, violaciones.

En ese momento sufre ataques de ansiedad en el puesto de trabajo, con disnea, tratándole allí mismo por los compañeros, generándose un ambiente de apoyo entre ellos. Toda esta situación se produce simultáneamente a que él desarrolla una alergia estacional que le dificulta llevar la mascarilla cuando sale a la calle, con lo cual se pone y pone en peligro de contagio.

La situación de pandemia va estabilizándose y conteniéndose por lo cual decide no renovar su contrato, cuando se lo ofrecen, y darse un respiro. Se ha realizado análisis que han dado negativo al Covid 19. Durante todo este turbulento periodo, un día me manda un whatsapp diez minutos antes de la conexión prevista, diciéndome que está con dolores de cabeza y que si podíamos posponer la sesión para el día siguiente. Yo, aunque estaba conectado a Skype, no tenía presente la sesión con Esteban. Pienso que él se adelantó a un posible olvido mío, que yo conecto con la situación de los comienzos de la patología de su madre con una depresión que va derivando a un Alzheimer con menos de 60 años. Me planteo evidente la transferencia y contratransferencia de contagios emocionales, que igual se produciría fuera de la situación de confinamiento, pero que aquí se producen con mayor intensidad. Retomamos las sesiones con más tranquilidad, y le ha aparecido un herpes debajo del labio, y creo conveniente y necesario revivir todas las historias familiares, sus emociones ante ellas, su indefensión y su búsqueda de integración y esfuerzos por sobrevivir. El tratamiento lo continuamos en estos momentos por Skype.

En Madrid a 26 de junio de 2020

Ruth Kazez

El desvalimiento en el terapeuta

En la reunión de hoy retomaremos un tema que surgió en el encuentro anterior: el desvalimiento en el terapeuta. Quisiera comentarles que las reflexiones que siguen son producto de intercambios en covisión con Nilda, Liliana, Beatriz, Sebastián, Jorge y Ariel.

Me refiero a esto intencionalmente, ya que hablaremos de los modos de salida de situaciones de desvalimiento profesional, en cuyo fundamento se encuentra la posibilidad de construir junto con otros, en la complejidad que implica lo vincular.

Para analizar el material presentado, elegimos cuatro ejes: los estados de vulnerabilidad en el terapeuta, el desamparo laboral, los tipos de contradicciones que llevan a situaciones de entrapamiento de distinto orden, y las posibilidades de salida de estas situaciones.

Definiremos en primer lugar el desvalimiento según Freud. Para Freud (1926d) el desvalimiento es un estado de parálisis psíquica y motriz. En Inhibición, síntoma y angustia dice: *"En el nexa con la situación traumática, frente a la cual uno está desvalido, coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional. Sea que el yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción, la situación económica es, en ambos, la misma, y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico"* (pág. 157)

Destaco que no estamos hablando solamente de patologías tóxicas y traumáticas sino también de situaciones vitales en las que el yo realidad definitivo se ve puesto a prueba en cuanto a su patrimonio de recursos y debe apelar a la resolución de situaciones con los medios que pueden aportar las estructuras yoicas previas, de menor complejidad, sobre todo el yo realidad inicial. El desvalimiento se da cuando fracasa la implementación de recursos de mayor complejidad tanto del yo realidad definitivo como del yo placer, que llevan al yo realidad inicial, como último bastión, a desplegar los suyos -precarios, elementales- a los fines de proteger la vitalidad, sacrificando la complejidad lograda.

Estados de vulnerabilidad en el terapeuta

Maldavsky (1997) señala que la subjetividad puede considerarse desde tres puntos de vista: la oposición pasividad-actividad, las identificaciones y la conciencia inicial.

En relación con la oposición pasividad-actividad podemos decir que el yo sale de la pasividad al conquistar una posición activa frente a un objeto. El ejemplo clásico es el del juego del carretel donde el yo logra ocupar la posición-sujeto activo respecto de un objeto (el carretel, que resulta arrojado), en nombre de la pulsión de arrojar.

En cuanto a la identificación primaria, se da con otro en posición de modelo respecto de quien el yo se identifica.

Luego tenemos la conciencia inicial, que remite al nacimiento de lo anímico cualitativo como una novedad frente a lo previo, que son los aumentos y disminuciones de tensión pulsional del yo realidad inicial. El surgimiento de la subjetividad está dada por la aparición de la conciencia como lugar de cualificación de la pulsión a través de sus representantes, primero como afectos y luego como representaciones.

Desde allí podemos pensar el modo en que estos tres aspectos se ven vulnerados en los tres casos presentados.

La *conciencia inicial* es la base de la subjetividad, la plataforma sobre la cual se funda todo lo psíquico que luego seguirá construyéndose. Los terapeutas hablan de casos en donde los pacientes o consultantes reeditan en estos tiempos de pandemia sus historias de desprotección, de indefensión.

Observamos en los materiales de Silvina y de Juan hasta qué punto los consultantes se encuentran expuestos a situaciones traumáticas sin posibilidad de encontrar ni interlocutores empáticos, ni modos de protegerse -como sería por ejemplo la coraza de protección antiestímulo-, ni posibilidad de fugar, ya que lo que los atormenta es la avalancha de recuerdos de situaciones de violencia y maltrato. Los terapeutas pueden en este punto quedar contagiados. En el encuentro anterior Ariel se refirió al contagio afectivo y describió tanto la posición del que contagia como la del contagiado. El que contagia proyecta y expulsa, estados afectivos desmesurados o estados corporales. El contagiado se identifica -por comunidad- con el estado del paciente. La posibilidad de contagio estaría dada por lo improcesable de lo transmitido por los consultantes, la identificación con su estado de vulnerabilidad -que en un punto es de todos en este momento que transitamos-, y cierta disposición particular que puede darse en el terapeuta.

En el caso de Nérida, nos brinda un elemento particular a través del cual pone en juego la función de sostén. En el hospital, con elementos que ponen de manifiesto la distancia interpersonal, la voz y la mirada son elementos centrales en este particular vínculo asimétrico. La terapeuta sostiene a su paciente en la asimetría del vínculo, con su mirada a través de la máscara y a pesar del barbijo.

En este mismo punto, podemos considerar la deconstitución de la temporalidad: En el caso expuesto por Juan dice: "Muchos [pacientes] de edad avanzada a los que [el paciente] tiene que dar sus cuidados y limpieza, apoyo emocional y relacional cotidianamente, encontrándose con que muchos de ellos habían fallecido al día siguiente".

Al comentar el material con el grupo, surgió la observación acerca del tiempo verbal utilizado por Juan en el relato. "Habían fallecido", que remite al pretérito pluscuamperfecto, combinado con la referencia al tiempo futuro "al día siguiente". Esto pareciera corresponder a un modo de la deconstitución de la temporalidad sucesiva a una temporalidad circular, ligada a una lógica anterior que es la simultaneidad.

Freud sostiene que en la base de la temporalidad se encuentra el ritmo pulsional que se enlaza a los períodos que ofrece la realidad objetiva. La motricidad es un elemento que Eros conquista para ligar la pulsión de muerte, como ocurre en el juego del carretel antes mencionado. En las situaciones traumáticas predomina un tiempo ligado a la monotonía, falta de cualificación.

Maldavsky (1997) hace referencia a la producción anímica del tiempo, apoyándose en Freud (1925a), quien dice *"la temporalidad deriva de la discontinuidad de la conciencia, como consecuencia del flujo y reflujo de las inversiones libidinales sobre las percepciones"*. En la producción del tiempo están presentes dos elementos: las tensiones pulsionales y el sistema neuronal, responsable de la percepción. Maldavsky da importancia al surgimiento de los afectos como representantes de la cualidad en el aparato psíquico, luego la apertura de zonas erógenas y la posterior investidura de la percepción, que permite que la sensorialidad se constituya como contenido de conciencia. Cuando predomina la proyección -defensiva patológica- que aspira a desembarazarse de la tensión pulsional, el yo realidad inicial queda sumido en una marea de impresiones sensoriales que configuran una forma de temporalidad repetitiva y monótona. En estas situaciones se pierde o no se logra la diferencia, el ritmo, y prevalecen el aturdimiento, la angustia automática y el sopor.

En cuanto a la *transformación pasivo-activo*, se dan situaciones en las que el terapeuta no puede ser activo y permanece en un estado de contagio afectivo, en donde predominan dos mecanismos, la identificación por comunidad y la introyección orgánica.

Por el lado de la identificación, el terapeuta se identifica con el estado del paciente de manera inconciente, sin registrarlo, y en la identificación por comunidad se juega un deseo de ser con el otro.

En el caso al que se refiere Juan, el fenómeno parece estar ligado al *enactment*-al que Jorge se refirió en el encuentro anterior- en el cual el terapeuta pareciera actuar a la madre del paciente con Alzheimer, sin advertirlo. Del lado del paciente, ubica al terapeuta en el lugar de su madre, demostrando en acto la escena traumática de una madre que se olvida de él.

Finalmente nos referiremos a las *identificaciones*. En el caso de Silvina, la fractura del equipo pone de manifiesto la pérdida de una identificación recíproca que venía tambaleando en el grupo. Maldavsky sostiene que la generación de la afinidad desde la diferencia resulta una condición necesaria para el desarrollo de los procesos complejizantes. Esta tendencia a la unión es el modo de neutralizar otra tendencia disolvente, que sabemos, es originaria.

Cuando los grupos deben procesar situaciones que implican algo nuevo, desmesurado como es este caso, no podemos perder de vista de qué modo ese grupo venía funcionando, con qué recursos contaba y qué lugar le daba a lo diferente en el plano interindividual.

En "Más allá del principio de placer" Freud (1920g) señala que solo el encuentro con lo diferente preserva de la degradación y la muerte por procesos tóxicos. El encuentro con una sustancia viva diferente pero químicamente afín permite el surgimiento de una tensión vital que se enfrenta a la inercia. David señala que en los procesos vinculares es necesario privilegiar la función psíquica y comunitaria de producción de lo diferente en relación con lo cual se crea una tensión vital y una nueva complejización acorde a fines. Desde esta perspectiva, los procesos vinculares poseen distintas funciones: neutralizar los excesos sensoriales, proteger a la comunidad a modo de barrera antiestímulos, apuntalar la subsistencia de los individuos miembros de la misma sociedad y vigilar contra factores intrusivos que puedan provenir del interior.

Cuando esto no se da, refiriéndose tanto a los procesos interindividuales cuanto a la institución y el líder Maldavsky (1990) decía: "*Cuando una institución se degrada (y ello como consecuencia de que un ideólogo no halla las mejores transacciones lógicas entre múltiples exigencias -1) de la tradición, 2) de las aspiraciones comunitarias, 3) de las realidades intra y extrainstitucionales-, o bien de que el conductor político no acuerde con la nueva postura, o bien de que el grupo no esté dispuesto a seguir tales caminos), muchas de las funciones del grupo conductor se vuelven elementales, se desdiferencian, hasta que prevalece un modo de funcionamiento catártico*". Cuando predomina este tipo de proceso en el líder, ocurre una degradación de las identificaciones y de los ideales entre los integrantes del grupo, y se impone la abolición de los vínculos solidarios.

Esto es lo que ocurre en el equipo al que se refiere Silvina, que nos habla del funcionamiento crecientemente catártico del grupo, donde el punto final lo pone el jefe cuando silencia el chat cercenando toda posibilidad de intercambio.

Desamparo laboral

En las situaciones de desamparo laboral en general queda perturbada la economía pulsional. En los casos planteados, existe una primera diferencia desde el lugar del terapeuta en relación con el riesgo objetivo de contagio: por un lado, con Juan tenemos la atención telefónica, mientras que por el lado de Nélica y Silvina, las consultas se dan en presencia, en el hospital.

En su libro *Trabajo y Subjetividad* (Plut, 2016), Sebastián al referirse al desamparo laboral señala cuatro elementos a tener en cuenta, que solamente voy a mencionar y que quizás podamos retomar luego en la discusión general. Estos son: la significación que cada quien le da a la situación concreta de desamparo, y por ende qué tipo de amenaza recibe; el tipo de posición que asume y a su vez adjudica a otros; la gama de afectos e ideales en juego y por último, el carácter exitoso o fracasado de sus estrategias.

Contradicciones y entrapamientos

Maldavsky desarrolla cuatro tipos de contradicciones, inspirándose en propuestas de Bateson (1956) y de Anzieu (1975), estas son las contradicciones pragmáticas, semánticas, lógicas y orgánicas, y cada una de ellas presenta a un yo determinado un tipo de desafío. La ausencia de cuestionamiento de la contradicción lleva al entrapamiento, mientras que el cuestionamiento lleva al rescate del yo. A lo largo de su obra enlazó estas propuestas con otros conceptos por ejemplo, deseos y defensas, que permiten analizar de un modo minucioso los conflictos vinculares.

En relación con los entrapamientos, Maldavsky y Scilletta (2016) sostienen que puede ocurrir que uno de los integrantes del vínculo atrape a otro en las contradicciones, que cada uno atrape al otro en una contradicción, que puede ser la misma o diferente, o bien que dos individuos (integrantes de una familia, por ejemplo) atrapen a un tercero, o sean atrapados por un tercero.

Veamos cómo se daría en los casos planteados:

Contradicción pragmática: Se da entre dos órdenes contrapuestas.

Ej: "El consultante necesita más de dos entrevistas" VS. "No se puede citar a los consultantes más de dos veces".

La consecuencia para el terapeuta sería: si desoye la orden, se expone a una sanción por incumplimiento.

Contradicción semántica: Se da entre expresiones afectivas.

Ej: "Debo ayudar a resolver el problema del consultante en dos encuentros" VS. "El problema del consultante no puede resolverse en dos encuentros".

La consecuencia para el terapeuta sería: si no resuelve el problema en dos encuentros es porque no es lo suficientemente buen terapeuta, o no se esfuerza lo suficiente. Es decir, si no se cuestiona la orden, queda expuesto al autorreproche.

Contradicción lógica: Se da entre las palabras y los hechos.

Ej: El virus del Covid-19 "vuela" VS. Los virus voladores no existen.

La consecuencia si no se cuestiona la afirmación irracional, se desplegarán una serie de comportamientos en los que se impone el pensamiento mágico.

Contradicción orgánica: Se dan entre acciones que generan efectos contrarios en el propio cuerpo o el ajeno.

Ej: "Estoy muy cansada" VS. "Me doy poco tiempo para descansar".

La consecuencia es, si la tensión de necesidad no se satisface mediante una acción específica, no cesa de aumentar y termina afectando la autoconservación.

Posibles salidas de la situación de desvalimiento

Podríamos decir en términos generales que en estas situaciones no hay una salida individual. La salida es colectiva, por más que cada quien esté solo en esa circunstancia. El otro, el modelo, el ayudante, el prójimo, el objeto son primero un producto psíquico. Lo mismo ocurre con el grupo. Puede no haber un grupo presente con el cual trabajar, pero sí una investidura interna de lo grupal, aunque se trate de un grupo alejado del yo, pero que implica y sostiene una legalidad. En las distintas instituciones a las que nos referimos se corre el riesgo de que la institución ocupe el lugar de un déspota cuyos mandatos sean imposibles de cumplir, o bien que los ideales del terapeuta vayan en contra de su propia autoconservación.

Así es como en situaciones críticas, la legalidad constituye un bastión externo para el yo. Nos referimos tanto a la función protectora del superyó, que implica la introyección de las funciones parentales, como a una legalidad social que regula los intercambios intersubjetivos. Cuando esto no se da, ocurre lo que Freud (1923b) señala que el sentido de la vida está dado en el niño por sentirse amado por la realidad, sobre todo lo que él llama las "entidades superiores". Desde esta conceptualización, afirma que cuando debe enfrentar fuerzas mucho mayores que las propias, y ante la imposibilidad de fugar, el yo se deja morir. Este dejarse morir no es pasivo, sino que representa la identificación con una realidad devastadora. Entonces, puede darse en el sujeto un estado económico representado en un rasgo de carácter cínico, que tiende a la esterilización de toda esperanza. La complejidad está sostenida entonces por la potencia de Eros, en su enfrentamiento con la tendencia disolvente de la pulsión de muerte.

En resumen, desde esta propuesta, la salida de las situaciones de desvalimiento podrían apuntalarse en los tres ejes antedichos:

- 1) Sostén del sentimiento de sí: empatía, rescate de la subjetividad del paciente en donde al rescatar al paciente, el terapeuta se rescata a sí mismo.
- 2) Transformación pasivo-activa: esto implica sustraerse del contagio afectivo, de los efectos de los excesos voluptuosos, apelando a la teoría, a la covisión, a la supervisión.
- 3) Sostén de las identificaciones: formar equipo, pensar con otros, soporte en la legalidad.

Finalizo la exposición para dar lugar al intercambio, con una cita de Procesos y estructuras vinculares en donde Maldivsky (1991) se refiere a la posición del maestro "*Esta es tal vez la posición del genio, o del maestro, es decir, de aquel que logra recuperar de los tiempos primordiales una lógica, y lo hace por una conquista de una nueva posición, más refinada, que hace posible este avance hacia los fundamentos. [...] (pág. 224)* En este sentido, la posición del genio, o del maestro ese en quien saber y hacer coinciden, ese que trasmuda el goce en lógica, obedece a una estrategia respecto de su propia

erogeneidad, la cual consiste en una renuncia a la fascinación, a la promesa de obtener otro tipo de voluptuosidad en la institución". (pág. 225)

Referencias

Anzieu, D. (1975) *Le groupe et l'inconscient*, Paris: Dunod, 1981.

Bateson, G. et al. (1956). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. En C. Sluzki (Ed.). *Interacción familiar*, Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1971.

Freud, S. (1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, AE, vol. 20, 1979.

(1920g) *Más allá del principio de placer*, AE, vol. 18, 1979.

Maldavsky, D. (1990) *Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

(1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

Maldavsky, D., Scilletta, D. (2016) Estudio de las discrepancias respecto de los hechos en terapia de pareja y familia: conceptos, instrumentos, procedimientos, *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20, 1.

Plut, S. (2016) *Trabajo y subjetividad. Estudios psicoanalíticos*, Buenos Aires: Psicolibro.

29/08/20

"El desvalimiento en las instituciones"

Presentaciones de Delia Scilletta y Sebastián Plut

Delia Scilletta

Antes de comenzar quiero expresar mi agradecimiento al hospital al que haré referencia a continuación, que me permitió trabajar en lo que fue al inicio de mi carrera, un deseo a cumplir. También a algunos colegas que me acompañaron en esos años, por su solidaridad y generosidad.

Asimismo, creo conveniente aclarar que solo tomaré algunos momentos de la institución, un período que fue particularmente complejo ya que, como veremos, el hospital ha transitado diversos contextos socio históricos y políticos y, en consecuencia, modificaciones en las formas de trabajo. Solo me referiré a ese momento específico, no al hospital en general. Quizás el recorte no es azaroso sino que contempla, en particular, interrogantes que han ido buscando respuestas a lo largo de mi desarrollo profesional, muchos de ellos aún están presentes, de allí surge esta presentación.

Lorena

En primer lugar, describiré a Lorena, una paciente que fue internada a los 29 años en un hospital público debido a que se autolesionaba realizándose cortes en la piel. Estuvo internada durante casi un mes, período en el cual tuvo diez sesiones terapéuticas individuales. El equipo de profesionales tratante estaba integrado por un psiquiatra de planta y dos residentes, una terapeuta familiar y otra individual. La paciente tenía tres sesiones de terapia individual y una familiar por semana. Además de los cortes que se auto-infligió antes de ser tratada en sala, tuvo un nuevo episodio de corte durante la internación.

En el momento de la internación, la familia de la paciente estaba constituida por su madre, un hermano menor, Iván, y un hermano mayor, Daniel, que vivía con su pareja en otra ciudad. Su padre, alcohólico, había muerto dos años atrás debido a complicaciones derivadas de dicho padecimiento. Pocos días antes de su muerte él dijo que había que hacer algo con Lorena porque ella estaba siempre alcoholizada. Lorena bebía cada tanto, pero no vivía alcoholizada. Cuando escuchó esta opinión del padre Lorena se largó a llorar con rabia y no lo rectificó. Luego de su muerte Lorena se peleó con su hermano menor, quien también la acusaba de alcohólica, debido a lo cual abandonó la casa paterna y se fue a vivir a la casa de su hermano mayor, Daniel. Al poco tiempo Lorena, sin estar convencida, se fue a vivir sola por primera vez. Fue una época difícil para ella, le decía a Daniel que estaba bien, le mentía para no preocuparlo. Se peleaba con su hermano, a la noche iba a su casa furiosa por no poder decirle nada, tomaba cerveza y se cortaba. Estos primeros cortes motivaron la internación al mes de haber comenzado a vivir sola.

Durante la internación entabló buena relación con sus compañeras, en particular con una de ellas, Nati. En un momento de angustia ésta le confesó que quería ahorcarse, luego le dijo que no lo iba a hacer, le mintió. Luego de que Nati intentó suicidarse, Lorena no le creyó más.

El viernes de esa semana su terapeuta familiar le permitió tomar un vaso de cerveza sin alcohol durante su permiso de salida de fin de semana. El lunes comentó en su terapia individual que había pasado un buen fin de semana, había hecho todo bien, no había tenido ganas ni pensamientos de cortarse. En esa misma sesión entre la terapeuta y

Lorena intercambiaron sobre un posible permiso para el siguiente fin de semana. Luego, Lorena le dijo al médico residente tratante que se había equivocado porque había tomado cerveza sin alcohol y él le dijo que no debía haber tomado. Le contó a su familia lo que le dijo el doctor y Daniel y su madre también la reconviniere. Se empezó a sentir mal, se quería cortar. Pensaba que seguía siendo una borracha como le decían su padre y su hermano Iván. En ese momento se acordó de su padre y tuvo la misma sensación que días antes de su muerte. Lorena dijo en sesión que era duro hablar de alguien que estaba muerto, que no tenía ideas suicidas, pero sí de cortarse para aplacar la rabia y el dolor que sentía. No podía dejar de pensar en eso y pidió ayuda a enfermería. Tras reiteradas evaluaciones de guardia fue contenida (cabe aclarar que el término "contenida" en lenguaje hospitalario es ser atada de miembros superiores e inferiores a la cama). Entonces, dijo a su terapeuta, arruinó todo, nunca había llegado al extremo de ser contenida. Lo mejor, dijo, fue que pidió ayuda y no se cortó.

Respecto del permiso que había sido tema de su sesión del lunes, el jueves siguiente, luego del episodio en el cual había sido contenida, el otro psiquiatra residente que la trataba le denegó la salida de fin de semana debido a que el jefe de la sala, que debía firmar el permiso, se encontraba ausente. Ella no entendió este argumento porque por más que pudo buscar ayuda y habló con residencia cuando se sintió mal, igualmente la dejaron sin salir. Entonces se preguntó para qué hablar. No quería llegar al extremo de cortarse, pero no podía frenar el impulso. Buscó, encontró un vidrio tirado en el parque del hospital y lo escondió en su armario. El personal de enfermería le decía que tenía mala cara, que hablara con alguno de ellos o pidiera un residente de guardia para hablar, pero ella no solicitó ayuda ni siquiera a sus compañeras. Pensó que se iba a aliviar la rabia y el dolor de toda esa semana. Se quedó callada y se cortó.

Un poco de historia

Pasaré ahora a describir brevemente, el hospital donde fue internada Lorena. Fue fundado a principios del siglo pasado, creado en su origen para ser un hospital de clínica médica. Trabajaron allí, entre otros, el doctor Bernardo Houssay y el doctor Finocchietto. Atravesó diversas transformaciones, como consecuencia de los diferentes contextos históricos y sociopolíticos, hasta llegar a ser el actual hospital neuropsiquiátrico.

Una anécdota intentará reflejar el trabajo que se desarrollaba en aquel momento y que lo diferenciaba de sus orígenes. Armando Bauleo, exiliado en España en 1976, miembro de la segunda generación de discípulos directos de E. Pichon-Rivière, realizó una visita al hospital, después de su reapertura y ya en democracia. En dicha visita comentó el dolor y la tristeza que le produjo ver los "boxes" de los consultorios externos, en los cuales se realizan las terapias única y exclusivamente individuales. Modalidad alejada del trabajo social, comunitario y de dinámica de grupos que desarrollaron junto con Bleger, Liberman, Rolla y Ulloa, hasta la dictadura del '76. Enseñanza y experiencia que luego transmitió durante su exilio, en España.

Descripción de la institución y, en particular, de la sala de internación de mujeres.

Primeras conjeturas

Previo al planteo de los interrogantes y a las reflexiones que surgen de ellos considero conveniente tomar en cuenta algunos aspectos institucionales que nos permitirán poner en contexto las escenas de Lorena ya descritas. Para ello describiré algunas características de la institución, otras del funcionamiento de la sala y un suceso ocurrido con un enfermero que, pienso, tienen algunos puntos en común (Lorena y la institución), nos

permiten observar el desvalimiento en pacientes y profesionales, y pensar escenas que parecen demandar personajes para la repetición de sucesos traumáticos.

1) El hospital contaba con personal de "seguridad" armado. Frente a las dificultades que a diario se presentan en los hospitales (fugas, intentos de suicidio, pacientes que agreden físicamente a profesionales), se escuchan distintas alternativas como, por ejemplo, "reforzar el control" por parte de los agentes de seguridad. Frente a la pregunta sobre el riesgo de llevar armas en un hospital neuropsiquiátrico a uno de los uniformados éste respondió que era para "proteger el edificio".

2) Eran frecuentes las dificultades en las salidas, tanto de pacientes (decisión y firmas de los permisos) como de profesionales (por ejemplo, las visitas domiciliarias de las trabajadoras sociales, asistencia a jornadas, congresos, cursos, etc. -salvo los congresos avalados y auspiciados por laboratorios-, las salidas del hospital en auto que debían atravesar el "filtro" de la puerta de salida en cuyo lugar personal de "seguridad" revisaba el baúl, o sea, la parte de atrás del auto).

3) Los horarios de entrada y salida debían ser estrictamente cumplidos y Personal "controlaba" las firmas a la entrada y a la salida. Sin embargo, en los hechos muchos profesionales se ausentaban sin licencias y no cumplían horarios; para los que sí lo hacían, no había un claro proyecto institucional, una tarea conjunta, salvo el "rápido giro cama" de pacientes. Cabe aclarar que se denomina así a la rápida externación de una paciente que da lugar al ingreso de otra. La mayor "eficacia" del trabajo parecía radicar, justamente, en decidir y actuar rápidamente en los diversos tratamientos respondiendo a una mejora permanente de una estadística que mide el veloz movimiento de ingresos y egresos (sea en tratamientos ambulatorios o de internación). Eficacia que parecía llevar a reinternaciones o "puerta giratoria".

4) En cuanto a la sala de internación, las reuniones de equipo que realizábamos una vez por semana comenzaban con la lectura, por parte del jefe de la sala, de la "lista negra" actualizada a la fecha. Cabe aclarar que con dicho término nos referimos a una lista con los N° de camas "demoradas" que no cumplían con el requisito de una internación menor a tres meses. Con frecuencia esta lista incluía también a los profesionales tratantes de dichas pacientes. En efecto, el buen profesional, productivo, era aquél que conseguía una rápida externación. Los profesionales que atendían a las pacientes "demoradas" debían explicar en las reuniones los motivos de dicha demora. Asimismo, es de destacar que la lectura de las "demoradas" era la indicación dada por el jefe de sala al profesional que lo reemplazaba en su ausencia.

5) La sala de mujeres contaba con asambleas semanales en las que participaban pacientes y profesionales. Su objetivo era plantear problemas de convivencia, con enfermería, mantenimiento, etc. Dichas reuniones culminaban, de manera sistemática, con el planteo de la invasión de cucarachas en las salas y el problema de los baños tapados. Otro dato a destacar es que tanto las reuniones de equipo como las asambleas se realizaban en el "aula", que era el espacio donde funcionaba antes la morgue, cuando era un hospital general.

6) Si bien se hablaba de un proyecto interdisciplinario, en los hechos, la atención era individual. Por ejemplo, las primeras entrevistas de las pacientes que ingresaban a la sala eran realizadas por las distintas profesiones por separado (trabajadora social, psiquiatra, psicólogo/a).

7) También es de destacar la modalidad terapéutica implementada por un grupo de profesionales: las entrevistas familiares eran divididas, por un lado, la paciente y, por el otro, la familia.

8) Dada la dificultad que presentaban muchas pacientes para ser externadas fue presentado un proyecto, junto con otra institución, para el trabajo conjunto y para permitir una mayor fluidez interinstitucional. El jefe de sala no se presentó a la reunión planificada con el director de la otra institución y paulatinamente el proyecto se fue diluyendo y no llegó a implementarse. Algo similar sucedió con un trabajo que iba a presentarse en un Congreso para lo cual se realizaron algunas reuniones que no llegaron a la producción escrita.

9) Abusos por parte de un enfermero a pacientes internadas cuya denuncia fue cajoneada por el jefe de la sala, quien prometió hablar con él. Durante un período de licencia del jefe fue presentada una carta al Comité de Ética del hospital a partir de la cual dicho enfermero fue sumariado y, posteriormente, trasladado a otra institución. Los profesionales denunciados, que realizaban en ese momento tratamientos grupales en la sala de internación, comenzaron a ser citados por el director para cuestionar sus trabajos. Asimismo, el director del hospital se negó a firmar un proyecto conjunto con otra institución (presentado por dichos profesionales), como venganza a su accionar, podríamos conjeturar, ya que, parafraseando a una enfermera, "le arruinaron la carrera a su compañero". En suma, podríamos preguntarnos a partir de lo expuesto, por un núcleo compuesto por tres factores que permanecerían en amago, de manera duradera, de los cuales, uno de ellos, (una mentira, falsedad, contradicción) parece ser el central, conduce a "no entender" y puede pasar a ser el detonante de episodios de violencia:

1) Un aspecto numérico, especulativo, orgánico que se pone en evidencia: a) en la institución, en la reducción de la subjetividad a un pensamiento numérico que descualifica y nombra a las pacientes por sus números de camas, historias clínicas, en estadísticas y en los abusos perpetrados por un enfermero, b) en Lorena, en la manifestación de un lenguaje orgánico con su respectivo costo corporal, en la violencia autoinfligida;

2) Un aspecto falso, "no entendible" evidenciado: a) en la institución, a través de las contradicciones entre los profesionales, la falta de firma que hubiese permitido la salida de Lorena, la denuncia cajoneada de abusos de un enfermero y su posterior "castigo" a los profesionales, en la portación de armas para "el cuidado del edificio", en la atención "familiar" a través de sesiones "individuales" y b) las mentiras activas y padecidas de Lorena;

3) Un afán vengativo a) en la institución bajo la forma de amenazas y castigos por la denuncia de abusos, violencia entre pacientes y/o entre pacientes y profesionales (un paciente que le arrancó la oreja con una mordida a su terapeuta, por ejemplo) y, b) en Lorena, en la escena de violencia autoinfligida.

Algunas reflexiones finales

Una vez presentadas Lorena y la institución donde estuvo internada, comparto con ustedes algunas reflexiones que parten de las escenas relatadas por la paciente y del contexto institucional.

Se desprende de lo expuesto, como ya dijimos, que lo central parece ser el "no entender". Por ejemplo, Lorena se ubicaba a sí misma creyendo la opinión de un residente quien, como su padre antes de morir, tenía una idea errónea acerca de ella, idea que Lorena no podía rectificar.

Este atrapamiento le despertaba un afán vengativo que se evidencia en la sobreinversión de la idea de cortarse, al comienzo (cuando pidió ayuda) y en la posterior consumación del acto. La pérdida de la confianza aparece como el camino mediador para el corte. En efecto, la sobreinversión de la idea de corte surgió ante una primera contradicción entre las palabras de su terapeuta familiar, quien la autorizó a tomar un vaso de

cerveza sin alcohol y las del psiquiatra residente, quien le dijo que no debía haber tomado. Es notable el hecho de que la paciente indujo en el psiquiatra residente una actitud de reconvención hacia ella, lo cual conduce a inferir que la paciente promovió un personaje que no la entendía y del cual pasaba a depender. El "no entender" al que hizo referencia la paciente se basa en esta contradicción y culminó con el episodio de la suspensión del permiso cuyo argumento fue la ausencia de alguien que firmara la autorización. Esta ausencia de firma parece orientar hacia la situación en que el padre, poco antes de morir, la cuestionó por alcohólica, y la paciente no atinó a rectificarlo. Lo nuclear, no era tanto el sentimiento de injusticia y el encierro sino el no entender a los profesionales y sus contradicciones.

Para finalizar, quizás sea posible conjeturar la repetición de una escena traumática durante la internación para la cual los profesionales fueron útiles para la distribución de los personajes (o posiciones). La escena con el padre, previa a su muerte, en la cual no rectificó su opinión ni la contradicción en la cual quedó atrapada, sino que calló y lloró es repetida con los profesionales de la institución. En efecto, la institución parece haber favorecido el desenlace que lleva a la identificación con un personaje traumatizante. Institución cuyo liderazgo parecía evidenciar un ideal especulativo, numérico, carente de un proyecto consistente y coherente que se puso de manifiesto en la falta de firma y en las contradicciones entre el decir y los hechos; en las dificultades, para el ejercicio de la justicia y la ética (al cajonear la denuncia de abusos por parte de un enfermero) y para trascender la institución a través de la escritura (en Jornadas, Congresos, etc.) y de proyectos interinstitucionales. Carencia que parecía conducir al estancamiento y a un estado toxicidad institucional.

Sebastián Plut

Buenos días a todos y todas. El tema que propusimos para hoy, el desvalimiento en las instituciones, por un lado, mantiene el propósito original de este grupo, de dedicar estas reuniones a trabajar a partir de la obra de David Maldavsky. Por otro lado, el tema tiene cierta continuidad con lo que trabajamos en la reunión anterior, en relación con el desvalimiento de los profesionales y la pandemia, ya que en aquel encuentro fueron apareciendo problemas relativos a los contextos institucionales. Por último, y más allá de esta continuidad, también introduce un tema diferente.

Todo esto que planteo, que de alguna manera hace a la justificación, al por qué hablar sobre el desvalimiento institucional, también es una forma de introducirnos en el tema, ya que en las instituciones siempre hay una diversidad de incitaciones, una trama compleja de exigencias a las que deben responder, sobre todo, quienes están en posiciones de liderazgo o conducción.

Más específicamente, David trasladó la hipótesis del triple vasallaje del yo al ámbito organizacional y sostuvo que en cada institución hay una triple fuente de exigencias: las que provienen de los deseos y aspiraciones de sus miembros, las que provienen de las tradiciones e historias de la institución y las que derivan de la realidad, tanto interna como externa. Agreguemos que cada una de estas exigencias, que tienen sus propios representantes o voceros en la institución, no constituyen un conjunto homogéneo ya que, efectivamente, puede haber pugnas entre integrantes con diferentes proyectos, o bien puede haber diversos modos de significar la realidad, así como también pueden coexistir tradiciones disímiles.

Un sencillo ejemplo que ilustra esto, puede ser el de una reunión en que un grupo presenta algo que desean hacer, otro responde que nunca se hicieron así las cosas y un tercero señala "no tenemos presupuesto para eso". El trabajo consiste, entonces, en conciliar esas diversas posiciones.

Un primer corolario de esto es que podemos pensar que el grado de conflictividad en una institución es inversamente proporcional al grado de conciliación de la triple fuente de exigencias.

Por otro lado, quería evocar algo que planteó David sobre las teorías sexuales infantiles, es decir, en qué consisten las premisas derivadas de aquellas teorías. Por un lado, sostuvo que la llamada premisa universal del pene remite a los modos singulares con los que cada quien clasifica lo propio y lo ajeno; por otro lado, señaló que la teoría referida al presunto parto por deposición constituye un interrogante sobre el origen, si el sujeto admite o rechaza ciertas identificaciones. Por último, la concepción sádica del coito conduce a los códigos de intercambio que cada quien crea o asume.

En suma, podemos pensar las vicisitudes institucionales, y en particular el desvalimiento, desde esta doble perspectiva: por un lado, desde los conflictos de todo tipo con los deseos de sus miembros, con los ideales y tradiciones que se fueron desarrollando y sedimentando y con la realidad a la que se puede pretender desconocer. Por otro lado, desde la diferenciación o indiferenciación entre lo propio y lo ajeno, desde la alternativa identificación vs marginalidad, y desde las diversas modalidades de intercambio que se posibilitan o, más bien, quedan interferidas.

Para cerrar esta introducción, quería leer textual una frase de David: *"Escribir un trabajo psicoanalítico implica que se forma parte de un conjunto social. Por lo tanto, es necesario partir del reconocimiento de que hay una historia, que es posible cuestionar parcial o totalmente, pero no ignorar. De lo contrario, se está dañando un tejido social"*.

Pensamos el caso de la institución presentada por Delia como un caso de desvalimiento en las instituciones. Con ello intento señalar no tanto el desvalimiento de las pacientes que llegan allí, sino el de los profesionales que las asisten. Una institución en la que, precisamente, lo expuesto por Delia muestra la imposibilidad de la conducción para darle cabida a los deseos de sus integrantes, así como también exhibe un desconocimiento de la propia historia institucional y, a su vez, una particular modalidad de vínculo con la exterioridad. Asimismo, quedan de ese modo vulnerados los criterios de intercambio entre los profesionales, no se crean nexos identificatorios entre ellos y con la institución y se borran las diferencias entre lo propio y lo ajeno, por ejemplo, entre profesionales y pacientes.

Estos comentarios intentan subrayar que nos interesa poner el foco en la institución y no en la paciente y su estructura psicopatológica. En todo caso, Lorena nos da algunas pistas para pensar sobre dónde estuvo internada y cuáles son las condiciones de desvalimiento institucional.

Por ejemplo, cuando Lorena *"le dijo al médico residente que ella se había equivocado porque había tomado cerveza"*, tenemos varias pistas para pesquisar el desvalimiento de los profesionales en el hospital.

Por un lado, si bien como planteó Delia la paciente no solo no pudo rectificar al residente, sino que quizás lo indujo, tiendo a pensar que a quien no pudo rectificar la paciente fue a la terapeuta familiar que le aprobó que tome un vaso de cerveza sin alcohol. Estimo que fue en ese momento en que no solo comenzó un problema para la paciente, sino

que también allí se pusieron de manifiesto parte de los problemas institucionales. Señalaré tres cuestiones en principio: 1) ¿Bajo qué criterio la terapeuta familiar aprobó un vaso de cerveza? Intuyo que ya en ese momento la paciente pensó que la terapeuta no estaba pensando con lucidez en ella; 2) Asimismo, ¿qué intensidad tenían los cortocircuitos institucionales como para que aquella decisión no solo no haya podido ser consensuada en equipo sino ni siquiera comunicada?; 3) Por último, ¿por qué el médico residente pensó en una trasgresión cuando la paciente habló de "haberse equivocado porque tomó cerveza"?

David solía decir que parte de la inermidad de un terapeuta podía derivar de la falta de recursos teóricos, esto es, no contar con recursos para pensar la realidad clínica. Pensamos en una falta de recursos posiblemente determinada por la ausencia de intercambios entre los profesionales. En la expresión de la paciente, hay dos elementos que el residente parece no haber tenido en cuenta: por un lado, la sintaxis muestra que el equívoco es consecuencia y no causa de la cerveza ("se había equivocado porque había tomado cerveza"). Por otro lado, al pensar solo desde una perspectiva burocrática o normativa, no advirtió que la paciente estaba planteando un problema de su mente y no de sus actos: equivocarse, equivocarse como quizá temió que se había equivocado la terapeuta familiar. Así, el profesional consideró un acto indebido solamente y no un pensamiento confuso. Podemos preguntarnos, entonces, cuáles son las dinámicas internas que conducen a que en un hospital neuropsiquiátrico, se haya desestimado, precisamente, el momento en que una paciente hace referencia a su propio caos mental.

Asimismo, respecto de las instituciones asistenciales, David planteó que si los profesionales les hablan a los pacientes en un lenguaje que no entienden, se promueve en estos últimos una vivencia incomprensible y se refuerza el supuesto de que dependen de personajes poderosos y arbitrarios. Tal vez así se entienda, entonces, qué decía Lorena cuando expresó que se equivocó y, en otras ocasiones, sufría por no ser entendida. Algo similar sucede si los profesionales carecen de empatía y se sobreinvierte el número, como dice Delia, la estadística.

Hasta aquí, entonces, tenemos dos terapeutas que evidencian algún grado de desorientación, complementario de la falta de comunicación, coordinación y coherencia entre los profesionales. Nos interesa, entonces, pensar esta falta de recursos y de disolución de los vínculos de un equipo como expresión del ya mencionado desvalimiento institucional. Resalto la cuestión del "porque", en tanto alude a los nexos causales, esto es, a cómo se piensan y explican los fenómenos, en este caso clínicos. Por ejemplo, a la semana siguiente, el otro residente le deniega la salida "porque no había quien firmara el permiso". Nuevamente, el argumento burocrático resulta la explicación que justifica una decisión clínica. Esta burocracia, como sostuvo David, no consiste meramente en una exacerbación de los protocolos o procedimientos, en un énfasis en el orden y la corrección, sino que más bien es expresión de estados de somnolencia y parálisis anímica. Otro signo palmario de esto último es la referencia al personal de seguridad, cuya misión ni siquiera es proteger a las personas sino "proteger el edificio". Quizá, esta reificación o cosificación es expresión de la desubjetivación que imperaba al menos en parte del hospital.

Posiblemente, la referencia a un "edificio protegido" sea expresión de una función institucional que se ha invertido y, por lo tanto, ya no se trata de un "edificio protector". En efecto, el vidrio encontrado por la paciente, sin duda, no ponía en riesgo al edificio. Función invertida que también conduce a que las prácticas no se realicen en función de

las pacientes y sus conflictos, sino que se exige que ellas se amolden al imperativo expulsivo de externación.

Un dato que no carece de valor es la inconsistencia o ficción de ciertos términos, en tanto se llama "interdisciplina" a la fragmentación del trabajo entre profesionales diversos, y se designa "entrevista familiar" a sesiones en que la paciente está por un lado y la familia por otro. Quizá sea una extrapolación excesiva pero me recuerda al problema planteado por Bion sobre la reversión de la perspectiva, en que no resulta posible la binocularidad, esto es, la convergencia de dos puntos de vista, la combinación de perspectivas desde distintos vértices. Cuando esto no se logra, no resulta accesible la tridimensionalidad y la profundidad.

En un sentido similar, creo, David hablaba de la "escisión intracanal", una defensa secundaria ligada a esa temprana fase del desarrollo que Freud denominó autoerotismo. Decía que el trabajo yoico correspondiente consiste en alcanzar la convergencia de diferentes receptores de un mismo canal sensorial (por ejemplo, los dos ojos). Aquella defensa, entonces, consiste en mantener la divergencia ocular o en retornar a ella, con lo cual un sector del yo (por ejemplo, el ojo desviado) desconoce la realidad.

La anécdota sobre Bauleo muestra dos aspectos, además de su tristeza. Por un lado, cómo se fueron suprimiendo las prácticas grupales, el trabajo vincular; lo que se advierte no solo respecto de las pacientes sino que también parece haber afectado al intercambio entre los colegas. Por otro lado, también es expresión de cómo ha quedado desestimado un sector de la historia de la institución, un sector que no ha sido recuperado sino olvidado.

Delia hace varias referencias al problema de las "salidas" (de los pacientes los fines de semana, de los profesionales por congresos o en función de sus horarios laborales, etc.). Esta característica parece indicar una falla en la función institucional de intercambio con el exterior, de circulación entre el adentro y el afuera. El único criterio con el que parece poder pensarse la relación con la exterioridad es el criterio numérico: la externación de las pacientes (que se busca para cumplir con la estadística) o bien las salidas a congresos que están auspiciadas por laboratorios. Posiblemente, las escenas de invasión de cucarachas o de cañerías tapadas expresen un problema similar: la imposibilidad de un intercambio con la realidad externa que no resulte traumático o tóxico.

Resulta notable que pese a la persistente exigencia por externar, el jefe de sala no se presentó a una reunión para trabajar sobre un proyecto que facilitaría las mismas. Esto nos lleva a pensar que la externación solo en apariencia es un "proyecto", si por tal entendemos una elaboración colectiva, basada en criterios definidos, objetivos claros desde el punto de vista teórico clínico y, a su vez, a partir de un nexo con otra institución. Por el contrario, en la descripción que nos ofrece Delia la externación no se funda en todo ello sino, más bien, en el criterio de expulsión, cuyas características son la aceleración, la desconexión respecto de otras instituciones y, en consecuencia, el retorno de lo expulsado en las sucesivas reinternaciones.

Bleger decía que la forma en que se hagan los cambios será la forma que prevalecerá cuando se logre ese cambio. Acá podríamos decir que la forma en que se genera la externación es la forma en que retorna como reinternación. Quiero decir, que el criterio puramente numérico, en que domina la urgencia por la externación es la vía para el retorno del trauma, no solo en los pacientes. De este modo, el "rápido giro de cama" devenía en la "puerta giratoria", todo lo cual conduce a pensar en estados de vértigo,

velocidad y desconexión afectiva. Como dijo Delia, no se trata de la mejora de las pacientes, sino de una "mejora permanente de la estadística".

El componente persecutorio parece tener algún peso (como en la confección de una lista negra, o bien lo que sucedió luego de la denuncia a un enfermero por abuso) aunque parece cumplir también con una función encubridora. Quiero decir que las venganzas del director o la lista negra disfrazan, finalmente, la parálisis institucional, la falta de proyecto, la imposibilidad de pensar los problemas de manera más compleja. Quizá la venganza es la respuesta rabiosa de un grupo cuando desde el algún sector se empuja en una dirección contraria de la mera actuación burocrática. De hecho, David señala que las frases genuinas tienen el valor de un quiebre de un pacto de silencio, y que las mentiras, que pueden aparentar constituir un intento de venganza, no son más que el esfuerzo por burocratizarse en la monotonía, situación en que la única actividad anímica a la que se aspira es la relación con los números. Es decir, las mentiras no disfrazan tanto una segunda intención sino, sobre todo, la ausencia de cualificación, de subjetividad.

Ante la ocurrencia de este tipo de procesos, cuya lógica anímica y vincular corresponde a las modalidades primordiales, David proponía no preguntarse tanto porqué ocurren sino más bien preguntarse como o porqué puede ocurrir algo diverso. Por eso mismo, cuando prevalecen lógicas ligadas a las mentiras, al poder despótico, a los números o a la manipulación emocional, David decía que cobra importancia, para pensar la salida de los procesos respectivos, la presencia de un personaje ingenuo, imaginativo y crédulo. Es decir, tiene importancia la función de un sujeto creíble, exento de una fachada, aunque este sujeto también resultará el destinatario del poder disolvente. Como sea, este personaje (que puede corresponder, lógicamente, a varios miembros) es a partir del cual se pueden desarrollar proyectos genuinos.

David retomaba las hipótesis de Freud sobre el estancamiento libidinal y, por consiguiente, la imposibilidad de enlazar el empuje erógeno con un proyecto determinado. A la inversa, cuando sí se pueden desarrollar proyectos (que tomen en cuenta la triple fuente de exigencias) quedan convocados los procesos identificatorios que neutralizan el riesgo de la producción de diversas marginalidades.

En la exposición de Delia se destaca no solo el ataque o la indiferencia manifiesta hacia ciertos proyectos, sino que algo similar se deduce de otras escenas. Entre ellas, por ejemplo, que el diálogo y la reflexión sobre los problemas vinculares quedaban reemplazados por el planteo sobre cucarachas y baños tapados. O bien, en que los profesionales debían explicar porqué se demora una externación (como si estuvieran en falta) pero no explicaban ni se les exigían los argumentos para decidirla.

Pensemos en la espacialidad: terapias fragmentadas y en boxes, agentes de seguridad con armas para proteger el edificio, una denuncia en un cajón, asambleas y reuniones de equipo realizadas en un aula-morgue y baños tapados, son escenas que parecen tener una continuidad entre ellas y que seguramente nos invitan a pensar en la institución y su desvalimiento, en la prevalencia de lo mortífero por sobre lo vital. Control del edificio, boxes, morgue, cañerías tapadas y cajón, son la espacialidad complementaria de la práctica a la que llaman "contención". Término que se utiliza no en su dimensión emocional, subjetiva, sino solamente para referirse a la paralización de los cuerpos.

Y para terminar. Todos ustedes deben recordar la propuesta pionera de Bleger cuando sostuvo que los miembros de un equipo clínico institucional tienden a reproducir en su funcionamiento algunos de los rasgos de la psicopatología de los pacientes que atienden en la institución. David precisó esa hipótesis y sostuvo que *"los procesos tóxicos y traumáticos pueden desplegar-se de un modo isomórfico en el personal dedicado a la práctica clínica"*.

Sin embargo, el caso que acabamos de escuchar parece conducirnos en otra dirección, esto es, cómo un paciente puede responder, desde sus propias disposiciones, en sintonía con los mecanismos institucionales. En todo caso, podemos plantearnos una pregunta: ¿se trata de que el equipo clínico se mimetiza con la lógica de los pacientes que atienden (al modo de la contratransferencia, el contagio afectivo o el *enactment*)? O más bien, se trata de que en determinadas instituciones las posiciones atribuidas a profesionales y pacientes no se distinguen demasiado, en tanto ambos grupos son colocados en la posición de ayudantes para un modelo desubjetivante.