

# El espacio no-lógico de la psicosis

## Non-logic space of psychosis

A. BAULEO

En relación al tema «Institución y Psicosis» creí que sería útil una reseña sobre el *espacio* en el cual la psicosis se desenvuelve, se historiza, se ubica y además se intenta tratarla.

Estos últimos años han dado una copiosa literatura apuntando a la institución, sea en un plano socio-organizativo (psiquiatría administrativa), en un plano jurídico (argumentos sobre la función de las leyes, normas y procedimientos judiciales), o de un plano de albañilería (los establecimientos, el manicomio visto sólo como local), que han provocado en más de una ocasión obscurecimientos en la relación entre institución y espacio.

Por lo tanto creí oportuno entrar por este último término para observar si nos podría iluminar mejor el primero.

Además, sólo recordamos, que la institución también fue utilizada como «fin» (lugar último de una evolución, la «carrera» de paciente) o como «medio», instrumento en las versiones que comenzaron a partir de Tosquelles y la Psicoterapia Institucional. Es por todo lo anterior que considero que la noción de espacio puede ser una manera diversa no sólo de re-veer la problemática institucional sino también la de la psicosis, como la relación entre ambos.

Es decir, la noción de espacio atravesará todo el desarrollo de mi exposición y envolverá los interrogantes que el análisis de la psicosis comporta.

Además presentaré fragmentos de casos clínicos en los cuales el espacio aparece como espacio familiar, espacio territorial (como los italianos denominan la labor psiquiátrica comunitaria), espacio grupal. Como es posible observar estos espacios tiene connotaciones institucionales y es posible una visión institucional de la problemática en ellos desarrollada. Efectuemos un recorrido de los puntos de anclaje por los cuales transitó la vinculación entre psicosis y espacio, hagamos una historiografía resumida de la cuestión.

La dificultad de ubicarla espacialmente, el cuestionarse si su lugar sería en la tierra firme o en el mar, más allá de los confines del mundo, como con maestría nos enseña Foucault (1), fue un constante histórico-poético-trágico que simboliza la situación.

---

Psiquiatra. Psicoanalista, profesor de psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires. Supervisor y consultor de los Servicios Psiquiátricos en la región del Veneto y de Emilia Romagna en Italia. Director científico del Instituto de Psicología Social Analítica en Venezia. Secretario del Centro Internacional de Investigaciones de Psicología Social y Grupal.

Artículo solicitado al autor por el Comité de Ediciones.

---

¿Dónde ubicar qué?

Locura y psicosis se confunden en la extra-territorialidad.

Lo social no tiene un lugar para ambas ya que ellas se mezclan con la marginalidad, más allá o más acá de las normas sociales, del consenso de la opinión pública.

Después vinieron el encierro y las cadenas. Era necesario controlarla en un espacio cerrado y con movimiento limitado.

Pinel rompe las cadenas. El espacio comienza a delinear-se. Un lugar para ubicar los locos.

Poco a poco el manicomio aparece como la figura espacial en la cual están colocadas la psicosis y la locura, que comienzan a diferenciarse, pero no totalmente. Los mecanismos individuales de la primera con los mecanismos sociales de la segunda están todavía indiferenciados como para observar con alguna nitidez sus intrincaciones.

La psiquiatría, como ya enuncié en otra oportunidad (2), no había acogido en su seno lo *social* ni tampoco se hacia cargo de lo *dinámico*; se basaba en que todo era posible encontrarlo en las clasificaciones nosográficas, a su vez fundamentadas en evoluciones individuales y lineales. A mediados de este siglo se efectúa la ruptura de la organización kraepeliniana y la psiquiatría comienza a preveer sus programas.

El psicoanálisis, también después de la segunda guerra mundial profundiza problemáticas esbozadas, introducidas o parcialmente tratadas sea por Freud, Abraham y Ferenczi, entre los pioneros del análisis.

Es decir es durante este siglo, y sobre todo en el segundo post-guerra, que comienza a ser reconsideradas las cuestiones especiales de la psicosis.

A su vez la especialidad no se hace problemática solamente desde un punto de vista socio-geográfico o de arquitectura (puntos igualmente importantes y que son tomados en consideración) sino también desde perspectivas terapéuticas. Esto hace que la espacialidad no sea sólo un problema manifiesto y sociológico, sino que emerge la dimensión del espacio interno, de la subjetividad.

Desde ahí hablar de espacio es siempre en un doble sentido, en una doble ubicuidad, una doble consideración, no hay posibilidad de pensar el espacio sin tomar en cuenta las dos caras de la moneda, la exterioridad y la interioridad de la situación.

El mundo externo/mundo interno, constituye una unidad sobre la cual es necesario trabajar cuando deseamos comen-

zar a vislumbrar los alcances de la noción de espacio en el campo de la psicosis. Se hace defectuoso o parcializado cualquier estudio de lo espacial sin tener en cuenta la resonancia significativa de la disposición de los lugares.

La dimensión plana de un lugar se pluraliza, las nuevas facetas reflejan la cuestión de la psicosis desde otros ángulos lo que obliga a reorganizar las intervenciones y las interpretaciones sobre las circunstancias que se nos presentan. Detrás de cada escena hay otras escenas, detrás de cada cuadro hay otros cuadros, tríptico no de iconos, sino de espacios vividos.

Digo detrás, pero podría también decir al costado, arriba o abajo. Los espacios en donde se desarrolló la acción son variados y multiformes y aparecen «colocados» de diversa manera.

Emerge con la polidimensionalidad del espacio otra perspectiva, también ya esbozada de la denominación de «transferencia recíproca».

Nuestra observación está implicada, nosotros observamos en tanto somos observados, por lo tanto nuestra observación debe incluir la otra observación.

Juegos de transferencia-contratransferencia que aumentan la necesidad de espacio, ciertos espacios ya nos resultan «estrechos».

En un grupo de psicóticos, uno de ellos trajo un espejo, era para nosotros (los terapeutas), para que nos mirásemos. El se sentía mal, necesitaba cuatro terapeutas, no le eran suficientes dos, o quería al menos dos para él y los otros dos serían para el resto del grupo, a nosotros (los terapeutas) nos disturbaba el vernos reflejados, nuestras palabras estaban rodeadas de gestos o muecas que jamás habíamos visto, además sentíamos que un «surplus» de narcisismo nos había caído encima, el resto del grupo veía la «escena» de un grupo de cuatro terapeutas, ellos eran cuatro en esta sesión, la dimensión de un espacio especular en el espacio imaginario grupal era demasiado denso. Un terapeuta ensaya un señalamiento: «¿El espejo es un regalo?».

El paciente responde que «el marco no, porque es antiguo y cuesta mucho».

El «marco» de lo grotesco, nuestras muecas antiguas, repetidas, para dar énfasis a nuestras palabras; lo costoso remitía a los esfuerzos necesarios para «salir» del espejo. La imagen seguía aprisionando los personajes, los fantasmas surgían por detrás de nosotros para reflejarse, el grupo se había multiplicado, bruscamente los ausentes estaban presentes.

El grupo continua, al espejo lo reacomodan para que «no se caiga y no se rompa». Otras imágenes, algunas más grandes otras más pequeñas, más cerca o más lejos. El grupo transcurre, termina, nos resta una extraña sensación, ha sucedido «algo» que escapa a la mera interpretación.

Recuerdo una imagen que acompañaba un artículo de H. Deutsch sobre «Les personnalités comme si», en la cual un caballero ofrecía su amor a una dama cubierta con una máscara, detrás de la cual había un cráneo representando la muerte; abajo del grabado decía: «La personalidad como si, una máscara que esconde una enfermedad más grave». ¿Pero la enfermedad más grave era de ella o del caballero que justamente de esa dama se había enamorado?

Las dificultades que el espejo comportaba atravesaron la

sesión grupal provocando escozores tanto en la transferencia como en la contratransferencia.

Espacio real, espacio especular, espacio imaginario, engloban de una forma o de un otra quienes participan en la escena. Escenas que reactualizan otras escenas. «Los sentimientos hacia los padres es transferido al terapeuta, por lo tanto también los conflictos que de ellos derivan» Racker nos enseñaba así que era la neurosis de contratransferencia

Así se estructura el campo de nuestra labor, ahí están los fantasmas que nos esperan. Es esa estructuración del campo de trabajo la que fue modelando una nueva idea del espacio, comprendida en una distinta concepción de la clínica.

Una fórmula sencilla puede servir para señalar lo que se entiende como nueva clínica. Es decir, reconocer que el enfermo, nuestro paciente, es emergente de una estructura que lo involucra pero cuyos límites se deben buscar más allá de lo individual.

La confusión entre una idea psicológica, la individualización y una idea ideológica-política, el individualismo, fue una de las causas de la mezcla entre el paciente como «soporte» o «encargado» o «delegado» y que sea «todo el conflicto». La negación en el entendimiento de que cada movimiento vivido es resultado de entrecruzamientos verticales, horizontales y transversales que hablan de historias individuales, grupales e institucionales, hace que se quiera resolver cada situación conflictiva tomando el emergente de esa situación como el conflicto en sí. Se forja así la ilusión de que con mayor o menor dificultad podríamos asir la «totalidad» de la cuestión.

Las prácticas grupales, institucionales como el mismo psicoanálisis, nos señalan actualmente los equívocos de ese comportamiento, resultado de una psiquiatría y una psicología individualistas y personalistas, y nos posibilitan hoy entrar en más amplios niveles de comprensión de la noción de conflicto o de crisis o del proceso del enfermarse, así como observar los mecanismos de la psicosis.

Pero una nueva clínica no es solamente reconocer una pluralidad de dimensiones o una multicausalidad en la configuración de la enfermedad, la problemática no se ciñe sólo a un polo de la cuestión sino engloba al terapeuta o al equipo curante de diversas maneras.

Searles (1) dice que el paciente (él trata psicóticos y bordelaines) se transforma en paciente a medida que hace de terapeuta en y de su grupo familiar.

Es decir, se enferma al tratar de curar a su familia de origen. Tanto es así que Searles propone que en un primer período del tratamiento el analista se deje curar por su paciente, entonces este último continuaría con sus hábitos corrientes durante un cierto tiempo para recién ir transformando la situación y el tipo de vínculo. «Crece viéndose a sí mismo sólo como parte de la supuesta totalidad de la familia unitaria no diferenciado de ella. Crece en el supuesto de que sería una deslealtad imperdonable y una total falta de amor por la «familia» diferenciarse de ella». En algunas ocasiones «el yo del paciente se ve no sólo como *tironeado* por diversas relaciones mutuamente incompatibles, sino que funciona como islas separadas, y *debe* funcionar así para que esa forma de vida pueda persistir», y las «relaciones a que me refiero

no son tanto verdaderas relaciones interpersonales como identificaciones con las demás personas, esto es, investiduras de identidad y/o en estas situaciones interpersonales diversas y mutuamente incompatibles, con la consiguiente falta de integridad interior, de continuidad de la identidad y del sentido de ser una persona total». Searles nos cuenta un cuadro familiar al cual es necesario ser leal, fiel y cueste lo que cueste mantenerse dentro de él. Para responder a esa lealtad no se diferenciará a los diversos miembros. Además se convirtió en el puente de unión de islas distintas, que según nuestro paciente, configuran la geografía del ambiente familiar.

Una geografía del mundo interno para responder a una del mundo exterior.

«La fragmentación de la personalidad del niño puede reforzarse además, como defensa contra las necesidades desusadamente intensas de incorporación de la persona que le prodiga cuidados maternos, tratarse de la madre, el padre, la niñera, etc.

«Pero a medida que la relación terapéutica se desarrolla y se amplía, ese material disociado se concentra cada vez más en el terapeuta y éste, al responder a él, experimenta sentimientos que se vuelven también muy intensos».

Entre las dos geografías se trata de ubicar el espacio de la relación terapéutica. Dificultades en el acomodarse al interior de dicha relación, por su extrañeza y diferencia con lo cotidiano, con el cual a pesar de todo mantienen una condición porosa que preocupa.

Searles nos comenta las dificultades de «identificar la transferencia» ya que es necesario un tiempo prolongado para que se vuelva lo bastante diferenciada, coherente e integrada.

Problemática de la relación terapéutica, por momentos difícil de recortar, definir y conceptualizar. Dificultades en observar: *quién hace qué*, en ese lugar.

Freud estaba al corriente de los trabajos sobre el «Análisis mutuo» que Groddeck y Ferenczi efectuaban sea en la Clínica del primero o en el consultorio del segundo.

Por períodos uno era paciente del otro y, en otros períodos, su terapeuta. Estas prácticas abren todo el capítulo de la relación entre espacio y función analítica. Es decir la conformación espacial es parte de la función analítica y además permitiría su ejercicio.

Derivan de estas consideraciones las nociones de setting, holding y continente.

Comenzaré con el encuadre (setting) psicoanalítico. Bleger es el punto contrastante de referencia. Contrastante porque se convierte en el invitado especial para estar de acuerdo o en desacuerdo con él. Tanto en un caso como en el otro, el espacio es tema de polémica.

Sea como fuese el encuadre fija con una doble significación el «momento espacial»!

Antes de entrar en cuestión nos vemos ya envueltos en una cierta historia psicoanalítica. En un artículo interesante Jean Guillaumin (1) expresa que «cuando Freud se percibía en situación de transgresión o de fracaso o podía angustiarse tendía a tecnificar», e introducía de buena gana la palabra (rara en él) de técnica.

«Puede ser, continúa Guillaumin, que "técnica" sea ella misma una palabra límite, y doble, reputada en este caso de

ser mágicamente reasegurante». Antes de continuar debo aclarar que este autor denomina palabra límite, o símbolos dobles, o símbolos límites, aquellos conceptos, que según él permiten mantener la perturbante oscilación freudiana entre causalidad material y causalidad psíquica.

Traumatismo, *après coup*, terminación o fin del análisis, como el concepto de pulsión, asignan en el orden del real alguna cosa que, analíticamente, no puede empero ser sentida y apresada que en el orden y el movimiento del pensamiento asociativo, es decir con un coeficiente de relatividad y de plasticidad metafórica que caracterizan el vivido y el entendido en la cura.

Volviendo a la técnica sería claro que ella hace referencia, a la vez, a una labor activa y positiva (casi en el sentido de prescribir) y al contrario, y esos dispositivos negativos de protección y de abstinencia llamados «reglas», verdaderas pantallas blancas, alucinación negativa de la presentación del analista y de la socialidad que éste representa.

Estas reglas serían todas de abstinencia, en resumen la característica del encuadre es que él no puede no ser transgredido.

El análisis consistiría en tratar en términos de realidad psíquica esas rupturas o transgresiones, no para mantenerlo fijo, sino más bien crear una circulación entre aquello que está ya en análisis y aquello que le es todavía exterior, objeto de creencias realistas.

Pero Bleger había señalado la cuestión del encuadre no sólo para señalar lo que sucedía en la frontera entre las dos realidades, sino también como emblema de una situación institucional. «Una relación que se prolonga por años conservando un conjunto de normas y de actitudes no es otra cosa que la definición misma de institución.

El encuadre psicoanalítico es una institución en el interior o en el seno de la cual tienen lugar fenómenos que llamamos comportamientos».

Con la denominación de institución indica una línea zigzagueante que va desde el cuerpo hasta las normas. Doble inscripción del concepto de institución que a su vez muestra los vericuetos de su análisis que no se circunscribe a la lectura del organigrama.

Deseo no discutir las razones de Bleger, sino abrir una reflexión sobre la noción de encuadre ya que creo que su discusión en términos realistas materiales obscureció el «espacio mental» al cual también se refiere.

Wallon, citado por Bleger, decía que pensar era abrir espacios mentales, para nosotros espacio mental es el lugar en el cual nos ubicamos en una relación imaginaria con otro. A partir del llamado telefónico y cuando se decide acudir al domicilio familiar, donde se desarrolla el conflicto, comienza a funcionar el setting. Esto permitió que Pichon Rivière interpretara, en el caso que gustaba comentar, sobre el perro que le saltó encima al llegar a la casa desde la cual habían solicitado su intervención. «De la agresión familiar se hizo cargo el perro, al cual no ataron a pesar de saber que iba» decía. Interpretación del lugar, y no fuera de lugar, ya que de ese lugar lo habían llamado y por lo tanto se había transformado en un espacio de interpretación.

Parecería que el encuadre se entrecruza siempre con la interpretación. La significación del lugar nos empuja a reme-

morar o a reevocar o a resentir otros lugares. El tintero del consultorio asemeja al florero de la tía materna y su alfombra tiene un dibujo parecido al tapizado de un sillón de nuestra casa.

«Winnicott nos propone, dice Green, a considerar el setting analítico como un simbolización, una metáfora de la relación parental con el niño. Conjuntamente él nos invita a considerarlo como un dispositivo privilegiado de observación.

Aquí la paradoja: se trata de recrear un modelo que suponga el contacto más íntimo entre el niño y su madre y excluye todo contacto directo por otras vías que no sean psíquicas».

El autor de «Juego y realidad» nos propone un «squiggle» mental para pensar el lugar. La paradoja es de Winnicott o son las circunstancias las que le obligan a colocar «conjuntamente» dos series de problemáticas».

En Winnicott encontramos líneas para leer el espacio. La relación que el yo mantiene con él mismo, cuando se aprende «la capacidad de estar sólo» en presencia de la madre, el niño juega en una habitación en la cual se halla también su mamá pero haciendo cualquier otra cosa, es decir, cada uno está en lo suyo. Gozar aquí es paragonable a jugar.

Llegamos al espacio transicional. Un área intermedia de experiencias. Pasaje de la ilusión a la desilusión. Durante ese trayecto la zona en la cual «la madre coloca el pecho real justo allí donde el pequeño se halla dispuesto a crear y lo hace en el momento apropiado».

Zona intermedia de experiencia, a la cual contribuyen la realidad exterior y la interna. Es la primera posesión no-yo y la zona intermedia se establecería entre los subjetivo y lo que es percibido objetivamente. «No es el objeto, bien entendido, que es transicional sino la utilización que se le hace». Así es que se distingue «relación de objeto» de «utilización de objeto».

Los espacios se alargan. La relación transferencial contra-transferencial se hace más espesa y encontramos espacios en ella y también fuera de ella, rodeándola y superficies ondulantes terrestres y marinas sucediéndose, ¿desde dónde comenzar?

Entrecruzando estas apreciaciones aparecen las consideraciones de Masud R. Khan sobre la instrumentalización y extensión del encuadre. La inclusión de familiares y amigos en la constitución de una matriz de sostenimiento del tratamiento de un paciente lleva nuevamente a otras comprensiones de lo que puede ser el marco para un proceso de cura.

«Holding», sostener, no sólo tener físicamente en brazos, sino también el conjunto de las medidas ambientales que van conformando el «vivir con». «En otras palabras, tal término se refiere a un rapport tridimensional o espacial al cual se adjunta gradualmente el elemento tiempo» nos acota winnicott.

Es de notar que este autor subraya que este tipo de relación, habiendo comenzado antes que la relación misma, es paralelo a «la experiencia instintual que con el tiempo determinan las relaciones objetales». «La fisiología y la psicología no se han diferenciado aún, o están en camino de hacerlo, y deben ser atendidas no mecánicamente, sino en un modo que implica la empatía de la madre».

¡Prepararse para luego «vivir con»!

Entonces, partimos de un espacio virtual, lo acondicionamos, lo ambientamos, vamos intuyendo lo que será necesario, y en tanto lo estamos construyendo, comienza a tomar forma una relación, un vínculo, en el cual tiene una prioridad absoluta la empatía. Extraña convergencia para iluminar un puesto entre clima e intuición. La empatía alimenta la calidez necesaria para el crecimiento.

Llama nuestra atención, que este artículo Winnicott (1) lo escribe para establecer una confrontación entre el estudio de la primera infancia y el estudio de la transferencia. El análisis debería conocer la «técnica» de la madre, pero la madre no debe ser demasiado «técnica» con el hijo. El tratamiento de bordelaines y de psicóticos nos obligó a ser heterodoxos en lo que entendemos como encuadre para poder trabajar.

Quisiera resumir la tercera noción en juego, la de continente. Bion construye un modelo de «continente-contenido» partiendo de un aspecto particular del funcionamiento de la Identificación proyectiva, en el cual el lactante proyecta una parte de su psiquismo, sobre todo las propias emociones incontrolables (que serán el contenido) en el seno bueno (que funciona de continente) para obtenerlas luego desintoxicadas y soportables.

Este modelo luego es aplicable a varias situaciones, desde la relación bebé-madre, paciente-analista, idea nueva-establishman, genio-grupo, etc.

La relación de continente-contenido puede ser de crecimiento o de disminución.

Nos encontramos ahora con la idea de «encaje». Algo entra en otra cosa y lo que interesa es el funcionamiento entre ambas. Deslizamiento de nociones y de significaciones, apartir de lo cual los lugares o los espacios se sucedían, se nivelaban, se intercalaban, con lo que ahora emerge como no cabalgarse sino «encajarse» de uno en otro, y es el «encaje» en su funcionamiento lo que interesa. Aparece una intimidad en el rapport espacial.

«Nuestra existencia está dividida entre, de una parte el dominio de las relaciones de intimidad donde buscamos constantemente un contacto y una interacción emocional creando, a través de la formación de símbolos, una significación a esta interacción; y, de otra parte dominios en los cuales no hacemos otra cosa que buscar alianzas, con un mínimo de conflicto, en relaciones contractuales o banales de nuestra existencia».

Meltzer nos relata que Bion a partir de los «grupos de supuesto de base» llega a estudiar «las dificultades que siente un individuo a entrar en una relación de intimidad».

Es necesario destacar que el artículo de Meltzer nos hace imaginar un mapa en el cual los elementos transitan buscando lugares en los cuales alimentarse, tornar a articularse, en base a una «hipótesis unitaria» de la integración del mundo y de la personalidad.

Retomando, M. Klein nos recuerda que la Identificación Introyectiva, nace de las relaciones del yo con el superyo o el yo ideal, tiene fundamentalmente un «valor de aspiración en dirección al porvenir», la Identificación Proyectiva llega a involucrar ciertas problemáticas a partir de pensar un «multiplicidad de mundos» ya que existe no solamente uno, al interior de sí mismo, sino también, al interior de los objetos a los cuales se vincula.

Diciéndolo en pocas palabras, el aspecto proyectivo convierte a la experiencia que el Self vive al interior del objeto, con las correlativas angustias y fantasmas y posibilidades de vivir en ese «claustrom» (como lo llama Meltzer).

El aspecto identificatorio interesa un sentido prácticamente inmediato de apropiación de las cualidades y de las capacidades del objeto, que en fantasía ha sido penetrado (como psicopatología emerger aquí los fenómenos de psicosis maníaco-depresiva, los estados hipocondríacos, las conversiones histéricas, las perturbaciones del carácter, la pseudo-madurez. En tanto con el aspecto proyectivo, los estados claustrofóbicos y agarofóbicos, estados confusionales psicóticos y distorsiones de la percepción que Meltzer denomina «delirio de claridad de insight y de la comprensión»).

Pero Bion había conceptualizado, un paso más, la identificación proyectiva. La noción de contención estaba dirigida a describir ese espacio del pensar y de comunicación entre madre y bebé, analizado y analista, o entre dos personas cualesquiera, en los momentos en los cuales ellas están en una relación íntima. En ese sentido sería un término descriptivo concerniente la matrix de las relaciones humanas. Una parte de lo que sucede en la situación de «continente-contenido» es una operación de identificación proyectiva puesta al servicio de la comunicación. Es así que la descripción del espacio del pensar y de la comunicación se imbrica con la Identificación Proyectiva.

Difícil establecer lo que se considera como intimidad en el proceso grupal. Una vez que el grupo organiza su piel (en el sentido de E. Bick) las interrelaciones en su interior se van creando en el entrecruce de la mirada y la palabra.

Doble sistema, los signos estimulan la interfantasmaticación. Los objetos de transferencia se han multiplicado. Por lo tanto la búsqueda de un emergente que nos señale el sentido de una situación, se hace imprescindible para cada interpretación. Lo íntimo se complica en el «nosotros» grupal.

Ahora comentaré lo que sucedió con un grupo.

Con otro terapeuta organizamos un grupo de post-crisis. Todos los pacientes habían atravesado una «crisis psicótica» y habían estado internados. Nuestra idea era colocar un espacio de elaboración de lo sucedido, o mejor dicho, de organizar puentes entre el antes y el después de lo sucedido.

Nuestra experiencia con este tipo de grupo la comenzamos en Buenos Aires, hace 25 años y la continuamos sobre todo en Italia, y concuerda con los estudios realizados en Ginebra, Zurich, en ciertos barrios de París y algunas experiencias brasileñas.

En realidad estos grupos post-crisis son parte de esa nueva concepción de la Clínica que deriva del impacto, que el trabajo y estudio sobre la psicosis, con una reflexión surgida de las necesidades de la práctica, provocó en el mismo psicoanálisis así como obligó a la psiquiatría a transformarse de «manicomial» a «territorial» (o comunitaria).

Señalemos, los elementos a los cuales casi todos los autores hacen hincapié como imprescindibles a tener en cuenta para trabajar en estas circunstancias: la noción de «cuidados» la hipótesis de crisis, nuestra vieja noción de Resistencia al Cambio.

(Scott observa que la crisis puede ser considerada no ya en sentido positivo del surgir de la problemática, sino como

«barrera al tratamiento», ya que ella (la crisis) no sólo atemoriza el medio circundante al paciente sino también descoloca al equipo curante). A pesar que nosotros pensamos la crisis como la erupción emergente de una conflictiva, siempre entra el interrogante:

«¿Por qué se esperó hasta este momento para iniciar un tratamiento?»

Pero tenemos que tener claro que, sean los grupos de post-crisis, sea la internación dimociliaria, sea la internación breve hospitalaria, sea el Centro Diurno, no son estrategias y/o lugares de reemplazo del manicomio. Si fuese así no habría una Nueva Clínica.

Lo que se busca es pensar e intervenir de otra forma y con otras modalidades ya que el objeto de nuestra preocupación ha adquirido otras dimensiones y otros significados. Volvemos a repetir: enfermo no es igual a enfermedad.

Penar con un psicoanálisis que trabaja sobre los bordes, sean los de la patología o los propios, hace funcionar e intervenir de otra manera la psiquiatría.

Se denomina «cuidados» a este doble nivel de intervención necesario en un momento altamente conflictivo: el trabajo psicológico entrelazado con la atención corporal. La palabra puede ser escuchada por el paciente cuando la terapia y cuidado corporal facilitan las vías de acceso. El sentimiento de abandono, que enfurece al paciente, debe ser solamente una fantasía a interpretar.

Se habla ahora de «hipótesis de crisis» y no de «teoría» como manera de agrupar la serie de elementos que están en juego en esa situación como hipótesis clínicas, interacciones, fenómenos de reactualización, de alianzas, de identificaciones y de reencuentros todo lo cual rodea los acontecimientos de esas circunstancias. Toda esa «hipótesis de crisis» tiene como función dar una ordenación también a los pacientes sobre los cuales se desenvuelve nuestra labor.

Nuestro consultorio, el lugar de internación, la casa familiar, otro servicio hospitalario, el consultorio del médico familiar, la historia clínica rueda de lugar en lugar. De cada uno de ellos una marca más o menos profunda, en cada uno de ellos se tejió una microhistoria que es resignificada en la actualidad. Lugares testigos de la «carrera de paciente» como decía Goffman.

No hay una lógica formal de lo que aconteció, ni como o por qué llegaron a nosotros. No es directa la relación entre la geometría del lugar y la forma de la fantasía.

Cómo detectives indagamos, esperamos, escuchamos y luego preguntamos. Pregunta que puede ser una interpretación y por eso la dificultad del *cuando* formularla. En realidad utilizamos la abducción. Aquel método que Pierce explicitó a finales del siglo pasado. Ni inducción, ni deducción, abducción cómo Sherlock Holmes.

Mucho se estudiaron las similitudes de este método con el procedimiento freudiano de indagar.

Según Pierce la situación para interpretar es triangular, un objeto, un signo y un interpretante. A partir de ahí su interpretación será el segundo signo que con el objeto y la nueva interpretación, otro triángulo, y así sucesivamente, se ha instalado el «flujo interpretativo».

En la abducción tenemos una hipótesis cuando encontramos una circunstancia curiosa explicada por una suposición,

lo que me lleva a una hipótesis es por qué se rompió una expectativa.

Se abre el campo de la probabilidad.

Puede ser... dadas esas condiciones... que aquella circunstancia fuese traumática para el sujeto. Puede ser... (que más podemos agregar), esperamos que la continuación la aporte el paciente o sus familiares.

Creo que cualquiera que ha efectuado entrevistas familiares, individuales o grupales tendrá una representación nítida de lo que aquí expreso. lo que aumenta la dramaticidad en las situaciones de crisis es que desean «apurar» una respuesta de parte nuestra.

Continuemos con la revisión de nuestro viejo concepto, hoy reactualizado por los analistas que trabajan en este campo de la crisis y post-crisis, el de Resistencia al Cambio.

Este concepto tiene como importancia el señalar la estructura que en forma compartida forjan el paciente, el grupo familiar y hasta el contexto que los rodea. La resistencia al cambio sería el aspecto clínico de la noción de complicidad.

Lo valioso de la noción de resistencia al cambio es que ella remite a una estructura plural, no organizó la resistencia ni uno ni los otros, sino sus vínculos, el cambio es fantaseado como la transformación mefistofélica de sus vidas.

Cuando organizamos nuestro grupo de post-crisis como siempre explicitamos las condiciones de las reuniones (tiempo, espacio, honorarios) y especifiqué, que «íbamos a trabajar sobre las cuestiones que surgirían en el grupo».

Debo aclarar lo de «trabajar». La noción de «trabajo» en la Clínica ya aparece con Freud al inicio de este siglo.

El «trabajo del sueño» señala las transformaciones acacidas durante el dormir entre las ideas latentes y sus apariciones en el contenido manifiesto. Pero, a su vez, la noción de trabajo implicaba la labor analítica que se efectúa en la relación transferencial-contratransferencial.

A nivel grupal, Pichón Rivière y Bion utilizan la noción de trabajo, el primero para señalar la elaboración de la finalidad y el segundo para ubicar la parte del grupo que puede cooperar para llevar adelante sus propósitos.

Actualmente dicha noción adquiere otro significado. Muchos autores, Diatkine entre ellos, insisten que es necesario establecer una diferencia en el contrato realizado en la crisis

y en la internación por una parte, con el que se efectúa en la situación de post-crisis o de rehabilitación, por otra.

En tanto en el primero se establece una «Alianza Terapéutica» en el segundo sería una «Alianza de Trabajo». Parecería que con «Alianza Terapéutica» se apunta a establecer una situación que implica una mayor dependencia, sobre todo al inicio, y en la cual el grado de intensidad del conflicto puede hacer necesario la utilización de otros medios, sea la familia o la internación. En tanto con «Alianza de Trabajo» especificada en el contrato, se intenta subrayar una mayor responsabilidad compartida entre terapeuta y pacientes sobre la labor grupal y se pone un acento sobre las posibilidades de autonomía de los miembros del grupo.

Ellos respondieron a nuestro contrato así:

— Raimundo: «En el trabajo me tengo aparte.»

— Gianluigi: «Me escribí a un curso de enfermería.»

— Marco: «Cuando voy al trabajo me canso.»

— Mirian: (Sueño) «Estoy en guerra, huyo con una mujer. Siento que me gira la cabeza. Voy a una casa, el piso esta cubierto de colchones, los toco, son blandos.»

— Lucio: «Cuando voy a trabajar me vienen las voces.»

En las respuestas nos dicen: «que desilusión». Esperaban una alianza que fuese terapéutica, de nuevo ellos pequeñitos alimentados por un terapeuta-mamá. Trabajar, elaborar, ni como idea querían pensarla. Entonces mientras uno amenaza con ponerse aparte y otro con las voces que le podrán venir, Gianluigi dice que ya está comprometido, otro dice que el cansancio le impedirá participar y la mujer señala, con un sueño, que no quiere «guerra», que le gira la cabeza, que se siente confundida que ahí se halla hablando de trabajo y no se realice lo que ella esperaba, que era una materialidad ambiental que invitase al erotismo.

De nuevo me acuden las palabras de Leguer señalando que siempre el terapeuta indica un encuadre y el paciente otro encuadre.

Sobre el mundo, otro mundo; sobre una figura otra figura; sobre un cuadro, otro cuadro; sobre una dimensión, otra dimensión; la duplicidad o mejor la multiplicidad de los espacios organiza y desorganiza nuestro psiquismo, es por ello que muchos prefieren ser turistas y no viajeros, como dice Bowles.

## BIBLIOGRAFIA

1. Foucault M. «Historia de la locura en la Epoca Ilástica» F.C.E. México.
2. Bauleo A. «Psiquiatría y Teoría Grupal» en «La Concepción Operativa de Grupo» Ponencia Congreso de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1980.
3. Searles H. «Escritos sobre la Esquizofrenia» Ed. Gedisa Barcelona 1980.
4. Giullaunin J. «Psyché, études psychanalytiques sur la tealité psychique» París 1982
5. Green A. «La Realeza pertenece al niño» L'Arc n° 69 París 1990.
6. Masud RK. «Sobre Winnicott» Ecos Editores, Buenos Aires 1980.
7. Meltzer D. «L'identificación» Revue Francarse de Psychanalyse 2 Tomo XLVIII Mars-Avril 1984.
8. Bauleo A. Rugi G. Comunicación al Servicio de Psiquiatría Ospedale Civile de Marostica 1991, 16-5.
9. Rostchilid, B. «La Micropsiquiatría» Seminario en el III Congreso de la Habana. Psicoanálisis y Psicología Marxista. 1990.
10. Scott R. Ashworth Pl. Closure at first schizophrenic bread-sown a family Sutdy Brit y Med Psycholog. 1967, 40: 109-145.
11. Scott R. The Tratment barrier. Brit. y Med Psycholog. 1973; 46: 45-67
12. Pierce Ch. Le leggi dell'Ipotesi Antologia dai Collected Papers a cura di M. Bonifantini, R. Grazua e G. Proni, Bompiani, Mllani 19
13. Pierce Ch. La Lógica degli eventi a cura R. Fabbrihchasi, Spirali, Mila no 198.