

El Discurso del Terapôn: Dispositivo Clínico



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología

Doctorado en Psicología y Educación

Tesis

que como parte de los requisitos para obtener el
Doctorado en Psicología y Educación

Presenta:

Francisco Landa Reyes

Dirigido por:

María Cristina Ortega Martínez

Dra. María Cristina Ortega Martínez

Presidente

Dra. Rosa Imelda de la Mora Espinosa

Secretario

Dr. Hugo Pedroza Falcón

Vocal

Dr. Francisco Javier Rosales Álvarez

Suplente

Dra. María Guadalupe Reyes Olvera

Suplente

Dr. Rolando Javier Salinas García

Dir. de la Facultad de Psicología

Dra. Ma Guadalupe Flavia Loarca Piña

Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario, Querétaro, Querétaro, Enero de 2019.

RESUMEN

En esta tesis se propone el *discurso del therapôn* como una forma de articular teóricamente y orientar intervenciones en la clínica con personas que atraviesan estados traumáticos. Estos estados son concebidos como aquellas situaciones donde se han roto las condiciones para el sostenimiento de un discurso asociativo regido por la fantasía y el deseo, y donde el sujeto traumatizado se encuentra identificado con el lugar de un objeto de desecho, ya que ha sido traicionado por un Otro que le ha expulsado o marginado violentamente del espacio simbólico regulado. Así mismo, ante el trauma resulta determinante la incapacidad de la colectividad para integrar en todas sus consecuencias el testimonio traumático, redoblando con ello el efecto de violencia excluyente. A partir de la revisión de diferentes aproximaciones terapéuticas como la psiconeurológica, las teorías disociativas, aquellas que dan un lugar relevante a la formulación testimonial, la psiquiatría de guerra, así como desarrollos psicoanalíticos sobre *casus belli* y psicosis, es propuesta una formalización que hace uso de las herramientas conceptuales de los *cuatro discursos* de J. Lacan para generar un modelo de lazo terapéutico diferenciado pero complementario al *discurso del psicoanalista*. Con el *discurso del therapôn* se propone entonces: a) una definición precisa del posicionamiento del clínico requerido para que una intervención sea pertinente terapéuticamente, b) su posible articulación con el dispositivo psicoanalítico estándar, una vez atravesado el estado traumático, y c) las ineludibles implicaciones sociopolíticas de la toma de palabra y posición frente a los efectos colectivos del trauma. De manera lateral, es desarrollada una discusión sobre cómo las determinantes histórico-políticas de la transmisión del psicoanálisis de guerra resultan cruciales para la capacidad para enfrentar la clínica del trauma y sus efectos por parte de los practicantes de esta disciplina.

Palabras clave: (*trauma, violencia, psicoanálisis, terapéutica, guerra*)

SUMMARY

This thesis proposes the *discourse of the therapôn* as a way of theoretically articulating and guiding interventions in practice with people who are experiencing traumatic states. These states are conceived as those situations in which the conditions to sustain an associative discourse ruled by fantasy and desire have been broken, and where the traumatized subject identifies with the place of a discarded object, since she has been betrayed by *Other* who has violently expelled or marginalized her from the symbolic regulated space. Likewise, when dealing with trauma, the incapacity of the collective to integrate to its fullest consequences the traumatic testimony is decisive, thus redoubling the effect of the exclusionary violence. Based on a review of different therapeutic approaches, such as psychoneurology, dissociative theories, those that give a relevant place to testimonial formulation, and war psychiatry -as well as psychoanalytical developments on casus belli and psychosis-, a formulation is proposed using the conceptual tools of *the four discourses* of J. Lacan to generate a model of therapeutic bond that will nonetheless complement the *psychoanalyst's discourse*. Through the *discourse of the therapôn*, what is proposed is: a) a precise definition of the clinical stance required so that an intervention will be therapeutically pertinent, b) its possible articulation with the standard psychoanalytic device, once having passed through the traumatic state, and c) the inescapable sociopolitical implications of speaking up and taking a stance before the collective effects of trauma. In tandem, a discussion is developed on how the historical-political determinants of the transmission of war psychoanalysis are crucial to the capacity of this discipline's practitioners to face the clinic of trauma and its effects.

Key words: (trauma, violence, psychoanalysis, therapeutics, war)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
--------------	---

CAPÍTULO 1

Hacia la formalización del *discurso del therapôn* como herramienta para el encuentro clínico con los estados psíquicos producto del trauma

1.1	Lo terapéutico y lo psicoanalítico: ¿Oposición o confluencia?	14
1.2	La posición clínica del <i>therapôn</i>	18
1.3	Los principios de Salmon para una psiquiatría de guerra	24
1.3.1	El principio de proximidad	
1.3.2	El principio de inmediatez	
1.3.2.1	Advertencias frente a la inmediatez	
1.3.3	Principios de actitud expectante y simplicidad	
1.3.3.1	La traición y la caída de los fundamentos del enunciado	

**1.3.3.2 El *therapôn* es el otro que acompaña en la
catástrofe y frente al Otro que a-Cosa. Posición
política del *therapôn***

CAPÍTULO 2

**El *discurso del therapôn* en diálogo con el *discurso del psicoanalista* de J.
Lacan**

2.1	El tenor de la propuesta	50
2.2	Referencias conceptuales lacanianas	53
	para la formulación del <i>discurso del therapôn</i>	
2.2.1	La castración	
2.2.2	La angustia	
2.2.3	Falo y fantasma	
2.2.4	Síntoma y realidad fantasmática	
2.2.5	<i>Acting out</i> y Pasaje al acto	
2.3	Introducción del <i>discurso del therapôn</i>	68
2.3.1	La lógica del <i>discurso del psicoanálisis</i>	
2.3.2	Lógica del <i>Discurso del therapôn</i>	

Capítulo 3

En diálogo con otras aproximaciones

3.1	Mirada desde otras aproximaciones clínicas:	84
------------	--	-----------

	El PTSD o Síndrome de estrés post-traumático	
3.2	La dimensión crucial del testimonio: de la culpa a la responsabilidad	89
3.3	El colapso de las significaciones	96
3.4	Numbing y disociación: dos procesos psíquicos ante el trauma	98
3.5	La cosa neurológica: Colapso en la capacidad integrativa	103
3.6	Primeros anudamientos	106

Capítulo 4

Conclusiones: otra clínica

4.1	Primera intersección: La clínica postraumática tiene una especificidad insoslayable	109
4.2	Segunda intersección: la clínica de lo traumático exige intervenciones específicas	111

Capítulo 5 (A manera de Epílogo)

La formación de analistas y las dificultades de la transmisión,

particularmente del trabajo clínico con lo traumático.

5.1	Sentido y formación del lugar del <i>therapôn</i>	114
5.2	La transmisión académica del psicoanálisis en México	116
5.3	Dificultades específicas y otras posibilidades en la transmisión de la clínica del trauma	122
5.4	El contexto para la inserción de una propuesta	127
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

Introducción

Esta tesis propone un recorrido por diversas propuestas y aproximaciones al campo del trauma y los estados postraumáticos, itinerario que describe un espacio de intersección teórico-clínica y desemboca en la formalización metapsicológica que llamaremos *discurso del therapôn*.

Entenderemos el **trauma** como un estado de desintegración psíquica compleja, que involucra las dimensiones neurológica, intrapsíquica y relacional, resultado de un encuentro o serie de encuentros catastróficos que exponen al sujeto a la dimensión de lo Real de un Otro sin Ley.

Entenderemos el **estado postraumático** como el conjunto de fenómenos y síntomas inmediatos y residuales producto del encuentro traumático: alteraciones neuropsicológicas de funciones vitales, alteración de la percepción y memoria con la presentificación alucinatoria del momento traumático; fenómenos disociativos; caída de los supuestos sobre la vida, los otros y el mundo, etc.

Propondremos al **therapôn** como una posición clínica, articulable pero diferenciada de la posición del analista. El therapôn opera desde el escenario mismo del trauma como catástrofe y del estado postraumático, ahí donde no existen condiciones para el sostenimiento de un discurso asociativo y el sujeto traumatizado se encuentra identificado con el lugar de un objeto de desecho, traicionado por una otredad gozante que le expulsa del espacio simbólico regulado.

Justificación

A partir de nuestra experiencia y la de diversos autores revisados, se ha observado el predominio particularmente dentro del campo psicoanalítico lacaniano de una diferenciación incorrecta entre *lo terapéutico* y *lo analítico*, la cual produce —parti-

cularmente en el trabajo clínico del trauma y sus efectos- bloqueos de escucha y actuación. Los cartabones de una posición estandarizada mal entendida como 'del analista', - silente, fría, evitando habitar la transferencia de manera activa-, o de una postura aséptica, asumida en general como la del 'profesionista de la salud mental', suelen tener como resultado la producción de impasses a partir de los cuales incluso se culpa a los pacientes de los fracasos clínicos. Esto no sólo se relaciona con malentendidos teórico-conceptuales, sino sobre todo, de una manera compleja, con las características de la formación de los analistas: en otras palabras, del acceso durante la formación al estudio de autores con experiencia clínica en el terreno del trauma, a experiencias clínicas colaborativas en encuadres diferentes al consultorio privado (instituciones, hospitales, acompañamiento terapéutico), así como con el trayecto de vida mismo del analista y sus propias experiencias subjetivas en relación con lo traumático.

Planteamiento del problema

A partir de lo anterior, apareció para esta investigación el reto de realizar una articulación entre tres vertientes: 1) El campo teórico freudiano y lacaniano; 2) Otras propuestas que desde el espectro de la tradición psicoanalítica se han adentrado en la clínica del trauma; y 3) Otras propuestas no necesariamente analíticas que a lo largo de la investigación se fueron revelando como pertinentes clínicamente y dialogantes con el psicoanálisis: psiquiatría de guerra, neuropsicología, etc.

Objetivos

A partir de esto, esta tesis se propone:

- 1.- Definir y situar la posición del *therapôn* como pertinente ante los fenómenos clínicos relativos al trauma y sus efectos, fincando su campo clínico-conceptual en los referentes de subjetividad transicional, proximidad, inmediatez, actitud expectante y simplicidad.
- 2.- Formalizar el *discurso del therapôn* en términos afines o al menos articulables a la propuesta de J Lacan sobre el *discurso del psicoanálisis*.

3.- Establecer un terreno referencial interdisciplinario que permita contrastar y en su caso incorporar a la práctica orientada psicoanalíticamente los saberes generados por otras escuelas y aproximaciones, destacándose los estudios neuropsicológicos y los relacionados con la formulación testimonial para la inscripción del trauma en lo social.

4.- Abrir una discusión sobre cómo las determinantes histórico-políticas de la transmisión del psicoanálisis resultan determinantes para la formación de los analistas, particularmente en lo que concierne a su capacidad para enfrentar la clínica del trauma y sus efectos.

El itinerario de la tesis es el siguiente:

Desplegaremos en el primer capítulo una revisión cuidadosa de las enseñanzas sobre los cuatro principios de la psiquiatría de guerra de David Salmon, tradición que llegó a nosotros a través de la enseñanza de Jean-Max Gaudillière y Françoise Davoine, y que resulta sumamente pertinente para abordar las psicosis y otros estados de locura no necesariamente psicóticos, entendidos como respuestas subjetivas muchas veces transgeneracionales ante situaciones donde lo traumático se produce como un agujero, una ruptura del lazo simbólico que no puede ser reparada, en el entrecruzamiento de la historia de un sujeto y su familia con la Historia del grupo humano al que pertenecen (*casus belli* o casos de guerra). A partir de esta revisión, que enriquecemos con aportaciones desde nuestra experiencia, nos aproximaremos a la formulación del lugar y posición del *therapôn* como una forma de operar desde la subjetividad transicional (Gaetano Benedetti), manifestación transferencial que exige un compromiso diferente por parte del clínico con las producciones inconscientes del paciente y con las propias.

En el segundo capítulo, y con el fin de articular aquello que ha sido producido por autores con producciones como los arriba mencionados, así como Sigmund Freud, Piera Aulagnier y Françoise Dolto, con algunos de los planteamientos de Jacques Lacan -particularmente los que conciernen a la particularidad del *discurso del analista*-, proponemos lo que hemos llamado *discurso del therapôn*, formalización lo-

grada utilizando los matemas y la lógica propuestos por el psicoanalista francés, retrabajándolos aquí para generar el marco de un dispositivo específico, particularmente diseñado para la clínica que abordamos (*casus belli*, trauma). En diálogo con las formulaciones de este autor sobre la angustia, y con auxilio de conceptos retomados de Piera Aulagnier como *pictograma*, *enunciados del fundamento* y *contrato narcisista*, argumentamos la pertinencia de una diferenciación del dispositivo para la escucha de los cuadros y demandas neuróticas emitidas como una pregunta sobre el sentido del síntoma, al que correspondería el *discurso del psicoanalista*, con el dispositivo para la recepción de sujetos en estado derelicto, de derrumbe de los referentes identificatorios y caída en la angustia, en el espacio de un Otro aniquilante, para quienes correspondería operar el *discurso del therapôn* tal como lo formalizamos.

En el tercer capítulo emprendemos otra aventura articuladora al realizar junto con Cathy Caruth una revisión de los desarrollos de los principales autores que han formulado y trabajado en el mundo anglosajón el concepto de Estrés Postraumático, pero sobre todo cuentan con una gran experiencia terapéutica, desde el trabajo con combatientes en guerras formales hasta la atención a víctimas de abuso sexual. Encontraremos de qué manera los hallazgos neurológicos y clínicos de esta corriente son consonantes con los de aquellos que desde el territorio psicoanalítico se han dedicado a la atención del sufrimiento humano producido por el trauma. Pero no sólo eso: encontraremos cómo sus propuestas de trabajo contienen aportaciones muy valiosas que retan y complementan a las de los psicoanalistas: la identificación del colapso integrativo cerebral, que sugiere necesarias aproximaciones terapéuticas complementarias a la verbalización asociativa; la exploración de procesos disociativos de la personalidad, que permite comprender la estrategia de sobrevivencia postraumática y el ocultamiento del trauma mismo en la trama histórico-narrativa del sujeto; y por último, la importancia determinante de la elaboración del testimonio postraumático, no sólo en su dimensión íntima, sino en la posibilidad de constituirse en un discurso sostenido en la arena social, que pueda contribuir a la reformulación de la ruptura de los lazos simbólicos que ha dado origen al trauma.

De manera breve y concisa, en el quinto capítulo desplegaremos la puntuación de los principales puntos de entrecruzamiento teórico-clínico entre los diferentes autores revisados, así como la propia propuesta de esta tesis.

Por último, plantearemos en el Epílogo una reflexión sobre cómo la necesidad de desarrollos específicos e interdisciplinarios en la clínica del trauma, se sitúan hoy en el contexto mexicano de la transmisión del psicoanálisis u otras formas de hacer clínica en espacios dominados por discursos y prácticas coloniales y pugnas narcisistas, e irónicamente en un momento histórico de emergencia social ante la proliferación del abuso sexual, la violencia y maltrato intrafamiliar, el asesinato, trata o desaparición de personas, las psicosis generadas a partir de escenarios de perversión o ruptura-traición del pacto simbólico familiar o social, etc.

CAPÍTULO 1

Hacia la formalización del *discurso del therapôn* como herramienta para el encuentro clínico con los estados psíquicos producto del trauma

1.1 Lo terapéutico y lo psicoanalítico: ¿Oposición o confluencia?

Durante un buen trecho de su enseñanza, Lacan criticó severamente las deformaciones que del psicoanálisis freudiano hacían los integrantes de la escuela anglosajona a mitad del siglo pasado:

"La psicoterapia se ha hecho siempre sin saber muy bien lo que se hacía, pero seguramente dando intervención a la función de la palabra. Se trata de saber si, en el análisis, la función de la palabra ejerce su acción por la sustitución del yo del sujeto por la autoridad del analista, o si es subjetiva. El orden instaurado por Freud prueba que la realidad axial del sujeto no está en su Yo. Intervenir sustituyendo a yo del sujeto, como se sigue haciendo en cierta práctica del análisis de las resistencias, es sugestión, no es análisis"¹

La afiliación a esta posición lacaniana se extendió por el mundo psicoanalítico, y se sumó en los años 60 a 80 del siglo XX en algunos círculos a una justificada - pero de pronto excesivamente militante- crítica a la psicología, incluso llegando en una lectura marxista a calificar a esta como *aparato ideológico del Estado*². De esta manera, la noción de **terapéutico** cobró en el *mainstream* del psicoanálisis influido por la enseñanza de Lacan un matiz claramente peyorativo.

¹ Jacques Lacan, El seminario dos: el yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Buenos Aires, Paidós, p.69-70 .

² cf. Néstor Braunstein et. al. Psicología, ideología y ciencia. México, Siglo XXI, 1985.

Pero la relación entre psicoanálisis y lo terapéutico es bastante más compleja que una exclusión mutua. Refiriéndose a la discusión de Lacan con los post-freudianos en los años 50 y 60, Luján y Bachmann señalan:

“[Para el Lacan de esa época] psicoanálisis y psicoterapia se dividen, se oponen, se excluyen. La política del síntoma ordena la cura, mientras lo terapéutico toma un sesgo imaginario, ligado al reforzamiento del yo y al adoctrinamiento; pero es lo terapéutico ligado a la idea del Bien. Insistiremos en que no se trata de un desprecio por los efectos, sino de un esfuerzo por delimitar qué diferencia la praxis analítica de esas otras técnicas de abordaje; y en ese punto qué leemos como efectos”³

Y añaden, en relación a las posición de Lacan en textos como *Variantes de la cura-tipo* y *La dirección de la cura*:

“Lacan afirma que el psicoanálisis es una terapia que no es como las otras, en tanto se sustenta en una dimensión ética, sujeta a ley, cuyas variables se sostienen en ‘una preocupación puntillosa llegado el caso, de pureza de los medios y de los fines’ (...) Para Lacan es preciso ubicar los criterios terapéuticos del psicoanálisis, sin perder de vista la orientación freudiana: para Freud la posición ética que soporta el lugar que el analista toma en la cura, implica la exclusión del deseo de sanar en términos de *furor curandis*, es decir que el analista se extravía si su persona está solamente interesada en producir la desaparición de lo disruptivo. Vuelve a afirmar que el beneficio viene por añadidura. Esto implica necesariamente, no un desinterés por los efectos terapéuticos, sino una localización precisa en la cura. La terapia psicoanalítica no excluye los efectos terapéuticos, sino que los obtiene por una vía diferente: son efectos de la posición del analista, y de cómo éste entienda la dirección de la cura”⁴.

³ I. Luján y R. Bachmann, (2009) Consideraciones sobre los "efectos terapéuticos" en S. Freud y J. Lacan. Anuario de investigaciones de la Ciudad autónoma de Buenos Aires, volumen 16, Diciembre de 2009, p.97.

⁴ *ibid.*, p. 106.

Como se desprende de este breve desarrollo, la posición de Lacan es mucho más compleja que una gruesa denostación de lo terapéutico: se trata más bien de una colocación de este concepto a lo largo de sus seminarios en un justo lugar dentro de un análisis, que depende a final de cuentas de una delicada correlación entre la toma de posición del analista como tal, y la configuración singular del caso. En todo este trayecto, lo terapéutico no será entendido a partir de una llana concepción empírica de la realidad en términos de estabilizaciones homeostáticas ni de metas cumplidas en la vida del paciente: se tratará más bien de que la dirección de la cura, orientada por una política del deseo (noción propuesta por Lacan en el Seminario 9), pueda ser capaz de modificar el entramado de éste -tan difícil de asir- con la pulsión (Lacan, en el Seminario 11) y generar con ello las condiciones de realización -que no cumplimiento - del deseo que podrán ser leídas en un segundo momento como efectos terapéuticos.

Pero el panorama no es completo sin regresar a Freud.

Desde el caso de la señora Emmy Von N, Freud describe como a través de la hipnosis pudo levantar un síntoma: la intolerancia a beber agua. Cuando recibe meses después una carta de esta paciente que le dice "llevo bebidas 40 botellas de agua mineral ¿Cree usted que debo continuar así?", se da cuenta de algo importante: que el descubrimiento o recuerdo de ciertas escenas traumáticas, y el establecimiento de su asociación con el síntoma molesto no bastan sino para establecer un alivio de dimensiones superficiales y poco duraderas. De ahí pasará a coleccionar la necesidad de profundizar en el descubrimiento de los recuerdos traumáticos, y de ahí poco después al planteamiento de la necesidad de generar un proceso asociativo hacia capas cada vez más profundas de pensamientos inconscientes para hacerlos conscientes. Así, en *Análisis terminable e interminable* Freud puede decir que "el efecto terapéutico se liga con el hacer consciente lo reprimido -en el sentido más lato- en el interior del ello"⁵. Es decir que para Freud, al final de su ca-

⁵ Sigmund Freud, *Análisis terminable e interminable*, en *Obras Completas*, Argentina, Amorrortu, 1984 [1938], Vol. XXIII, p. 98

rrera, el efecto terapéutico es consecuencia directa del trabajo de profundización asociativa del análisis, más que de la injerencia sugestiva del terapeuta.

Así que en general y en distintos momentos de su enseñanza, la búsqueda o la consecución activa de efectos curativos debe ser motivo de suspicacia, ya sea porque hay que prevenir como nos dice “que la terapia mate a la ciencia”⁶ -es decir, que el interés por crear efectos benéficos anule el trabajo reflexivo y científico del analista-, o porque un apresuramiento terapéutico conclusivo o direccionado en busca de lo curativo sólo podría

“... atraer a un total descrédito sobre sí mismo [el analista] y sobre su causa y provocará las contradicciones más violentas (...) Por lo general el efecto terapéutico será en principio nulo y definitiva la intimidación ante el análisis (...) Habrá que proceder con cautela para no comunicar una solución de síntoma y traducción de un deseo antes que el paciente este próximo a ello, de suerte que sólo tenga que dar un corto paso para apoderarse él mismo de esa solución”⁷

Como podemos ver, la relación entre el psicoanálisis y lo psicoterapéutico se resuelve más en un *quiasmo* que en una exclusión mutua. En efecto, las psicoterapias son algo completamente diferente al psicoanálisis, pero lo psicoterapéutico, definido como aquello que tiene que ver con la búsqueda de una atenuación o eliminación de los efectos de mayor sufrimiento ligados a un síntoma, es parte inherente del psicoanálisis a condición de ser ubicada en el lugar que le corresponde respecto a la posición y el trabajo del analista.

Pero además, como veremos a continuación, si somos estrictos, lo terapéutico no puede ser reducido a la descripción anterior. El sentido fundamental de lo terapéutico no sólo remite al campo semántico del alivio, sino algo mucho más radical y

⁶ Sigmund Freud, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? En: Obras Completas, Vol. XX. Argentina, Amorrortu, 1984 [1926], p. 238.

⁷ Sigmund Freud. Sobre la iniciación al tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I En: Obras Completas, Vol. XII . Argentina, Amorrortu, 1984 [1913] p. 140-141

un parámetro fundamental: el acompañamiento solidario ante situaciones de peligro extremo, angustia y disolución subjetiva.

1.2 La posición clínica del *therapôn*

Existe, además del *quiasmo* que acabamos de ubicar a grosso modo en la reflexión freudiana, otra lectura posible de la noción de «terapéutico». De acuerdo a la enseñanza sostenida por Davoine y Gaudillière⁸, si recurrimos al origen de la palabra en el griego antiguo, hallaremos en su origen el sustantivo *therapôn*, el cual designaba al compañero de guerra, al amigo cercano que en medio de la batalla cubría las espaldas y era capaz de rescatar en los trances más complicados. Este término se refería igualmente a la función de esta persona en el funeral de su compañero, cuando éste perecía, como doble ritual, es decir, representaba al difunto y recibía los adioses de los deudos. El *therapôn* era aquel semejante capaz de acompañar de una forma leal y protectora en el campo de batalla, así como en el trance de la muerte.

De esta manera el sentido antiguo de la palabra nos remite a una posición clínica particular: la del que atiende un *pathos* extremo, el *pathos* (en un momento desglosaremos el término) del riesgo de la disolución subjetiva.

Profundicemos un poco en un pequeño recorrido histórico-conceptual para lograr extraer algunos elementos muy valiosos que nos permitirán proponer una relocalización de la noción de terapéutico respecto a la clínica psicoanalítica.

El psicoanalista brasileño Manoel Tosta nos recuerda que la misma noción de *clínica* tiene en su origen al ver vocablo griego *kliné* [inclinarse], y su aplicación alude al gesto de aproximación y adecuación postural para poder auxiliar y escuchar a aquel que se encuentra postrado. Nos recuerda también como Platón, en el diálogo sobre las leyes

⁸ Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, Comunicación personal, *Séminaire Folie et lien social*, École d'Hautes Études en sciences sociales, Paris, Francia

“... afirma que existían dos tipos de médicos: los que cuidan a los esclavos y a los extranjeros que, no sabiendo hablar son medicados en silencio después de una detallada observación; y por otro lado aquellos que cuidan de los ciudadanos, que sabiendo hablar, narran en un lenguaje mito-poético epopéyico los orígenes y de-cursos en el cuerpo de aquello que los hace sufrir, de aquello que es *pathos*”⁹

El médico, óptimamente escuchando el despliegue narrativo del paciente que habla su misma lengua sobre el *pathos*, permite que éste -que en un principio es sufrimiento, pasión, pasividad-, se convierta en una ocasión de la cual aquél pueda sacar provecho transformándolo en experiencia, o sea en algo que puede agrandar o enriquecer su pensamiento.

“Pathos no puede enseñar nada, al contrario conduce a la muerte si no llega a ser oído por aquel que está afuera, por aquel que, en la condición de espectador en el teatro griego del tiempo de Pericles, se inclina sobre el paciente y escucha esa voz única disponiéndose a tener así, junto con el paciente, una experiencia que pertenece a los dos”¹⁰

El clínico entonces, opera desde su posición y su postura, es decir, desde el lugar que ocupa en la *polis* como ciudadano, y desde la disposición de su cuerpo hacia el padeciente como un agente que propicia la toma de palabra mito poética epopéyica (lo que quiere decir: una narrativa creadora por parte del sujeto que se encuentra páticamente afectado, gesta de guerra en tanto libra la batalla por su vida).

Con ello, a diferencia del filósofo, que se ocuparía de oponer al *pathos* un discurso racional *-logon didonai-*, el clínico solicitaría un apalabramiento que produjera experiencia y efectos terapéuticos.

Si lo relacionamos con lo que se mencionaba en el apartado anterior, el efecto terapéutico se produce gracias a la posición precisa del clínico, que no estaría sig-

⁹ Manoel Tosta, Psicopatología fundamental. Escuta, Sao Paulo, 2000, p. 20

¹⁰ Íbid., p. 21

nada por el sostenimiento de un saber preconcebido sobre el bien o de lo correcto a donde habría que conducir al padeciente; sino de una sabiduría concerniente a la importancia de la toma de palabra de éste para dejar de ser arrasado por la instancia patógena, y poder convertirse en agente de su propia modificación. En un primer momento, el pasaje del padeciente de lo pasivo a lo activo consiste en dejarse modificar por eso que lo arrasa (potencia pasiva), y en un segundo tiempo consiste en convertirse en agente de su propia modificación (potencia activa).

La posición clínica que estamos describiendo sería imposible de tomar sin asumir que se trata de una posición en un campo amoroso, es decir, en el que el ser y el cuerpo están estrechamente comprometidos en un espacio relacional en el que se encuentra -implícita o explícita- la demanda de algo imposible de dar (pues toda caída en estado de indefensión y toda solicitud de cuidados reactivan transferencialmente en quien padece la demanda de amor hacia sus padres).

“Es en efecto la medicina, dice él [Erixímaco, en El Banquete], para hablar en resumen, la ciencia de los fenómenos del amor, propios al cuerpo”¹¹

Pero esta posición también implica una –llamémosle así- destreza postural que pone en juego a cada momento el dominio de una *techné* (en el sentido antiguo: más un arte que una técnica, como sería por ejemplo la navegación marítima de aquellos tiempos) en la que el clínico tendrá que decidir a cada momento la tonalidad y proxémica de su cuerpo y el grado de penetración de su discurso en el despliegue del encuentro.

Al respecto de esto último, podemos introducir ya el nudo vinculante entre esta posición/postura del médico tal como se entendía en la antigüedad, y de quien hemos nombrado, dando nombre a esta tesis y siguiendo a Davoine y Gaudillière, el *therapôn*.

Ambos, el médico de ciudadanos y extranjeros que en el modelo antiguo que describimos se aproxima al caído con los recursos de su mirada y su palabra en la

¹¹ Pierre Fédida, Amor y muerte en la transferencia. En: clínica psicoanalítica: estudios. Sao Paulo, Escuta, 1988.

postura de kliné, y el *therapôn*, tienen en común que son miembros de una *polis*, quienes en un determinado momento toman a su cargo el auxilio de otro que se encuentra postrado, en estado pático. Sin embargo, señalaremos una primera diferencia respecto a su *posición*, ya que el *therapôn* ha establecido previamente una relación amistosa o fraternal (una *filia*) con su compañero caído en desgracia.¹² El médico, por el contrario ejecuta su acción con una mayor distancia, desde su profesión.

Ambos, médico y *therapôn*, pueden entonces acudir en auxilio del caído. Ambos pueden encontrarse ahí junto a éste, incluso en medio de una situación de guerra, que implique un gran peligro y ponga en riesgo la integridad del que ha sido vulnerado.

Ahora bien, supongamos que debido al daño extremo que ha sufrido la persona que se encuentra caída o postrada, es incapaz de dar cuenta en su discurso del pathos que le aqueja, debido a que la ocurrencia del evento traumático que le ha dañado es muy reciente o está en curso. ¿Con qué elementos contaría el mejor médico de la polis para acudir al auxilio de un herido de guerra? Si el herido no es capaz de hablar por el carácter mismo del daño corporal que ha sufrido, o bien por el estado mental confuso en el que se encontrara, el médico tendría que recurrir al mismo tipo de medicina que ejerce con los extranjeros: una clínica de la mirada, atenta a los signos visibles de daño y abocada al cuidado inmediato de la salud orgánica del caído.

El *therapôn*, en contraste, se encontraría en un compromiso mayor y cualitativamente muy diferente. Saltando de nuevo en el tiempo y aterrizando en el siglo XX, podemos auxiliarnos de las formulaciones de Gaetano Benedetti sobre la clínica

¹² Compañero (cum-panis), el que comparte el pan, término nacido en la antigua Roma para designar a los soldados pertenecientes a un grupo que se reunían para compartir los alimentos en términos amistosos, es una noción que acompaña bien a la de *therapôn* por situarse en un contexto de guerra. Hemos desarrollado algunas ideas a este respecto en lo que concierne a la conceptualización del *Acompañamiento Terapéutico*, Cf. Francisco Landa, *Tres dimensiones definitorias del acompañamiento a pacientes psicóticos*. En: Revista Tramas No. 14 Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2001.

de las psicosis, para comprender algunos aspectos de esta posición que proponemos designar como *therapôn*.

“En el psicoanálisis de las psicosis hay algo más que en el de las neurosis: existe el hecho de que el mismo movimiento del inconsciente puede ser manifestado solamente a través de la respuesta del terapeuta (...) Significativamente, los terapeutas que sueñan con sus pacientes están siempre soñando para sus pacientes; esos son ‘sueños terapéuticos’ ”¹³

Por supuesto, el médico que tome posición desde una clínica de la mirada (clínica para extranjeros) ante el estado caído del otro, acusará en su cuerpo una reacción instantánea al estado pático del otro, pero muy difícilmente logrará convertir las representaciones psíquicas de ese encuentro en algo que pueda poner al servicio del otro traumatizado. Esto lo podemos constatar consuetudinariamente en los fenómenos que se presentan en la medicina actual que, regida por el paradigma basado en evidencias, privilegia una clínica de la mirada, aún con aquellos pacientes que podrían en rigor hacerse cargo de la narrativa de su *pathos* y de la formulación de una experiencia a partir de él. También, desafortunadamente, lo encontramos en posiciones asumidas desde un psicoanálisis aséptico que, argumentando una transferencia de una sola vía, o una asepsia contratransferencial, evita cualquier espacio de intersección psíquica.

El *therapôn*, por el contrario, como la formulación de Benedetti lo muestra, estará advertido por su posición de que ante la catástrofe, su propio cuerpo y sus producciones mentales ante el *pathos* extremo, **toman el relevo de la voz del otro**. De nuevo Benedetti, nos habla de

“la introyección por el paciente de las palabras del terapeuta y la introyección por el terapeuta del sufrimiento del paciente”, llamando a esto ‘sujeto transicional’.

¹³ Gaetano Benedetti. *Allienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Turín, Einaudi, 1980, p. 259.

Davoine y Gaudillière hablarán al respecto como

“...un encuentro en el que se anudan juntos en el filo de lo simbólico, elementos desvinculados procedentes de formas e imágenes en las fronteras de lo real, para el analista y para el paciente (...) Lo que decimos en estas ocasiones es que estamos sintiendo, imaginando, incluso soñando en lugar del paciente, y que le tenemos que hablar de esto; de otra manera nosotros estaríamos continuando experimentalmente la escisión de la otredad que ha sido perpetrada en él”¹⁴

De esta manera, el *therapôn*, a diferencia del médico, que ante la carencia discursiva del caído se vería confinado a la utilización de una clínica de la mirada -una medicina para extranjeros- para ejercer su acción curativa, estaría provisto de las producciones mentales que su posicionamiento en un estado de encuentro pudiera generar con y para su compañero caído.

Es decir que el *therapôn* se coloca en el espacio de una transicionalidad subjetiva que implica una comunicación cualitativamente particular entre su psiquismo y el de su compañero traumatizado, pero también una posición, y con ello un *ethos* diferente al del médico.

Regresando al quiasmo Psicoanálisis/terapéutica al que aludíamos más arriba, pero esta vez con los nuevos elementos sobre la posición del *therapôn*, podríamos abrir algunas preguntas: ¿La posición clínica de éste podría formar parte de un posible dispositivo psicoanalítico ante algunos encuentros clínicos signados por el trauma o por la lógica de guerra¹⁵? ¿Es posible articular conceptualmente una modalidad como esta, que como iremos desplegando es cualitativamente diferente al posicionamiento estándar del psicoanalista ante situaciones de neurosis?

Más adelante se desplegará una propuesta que constituiría una hipótesis de respuesta afirmativa a estas dos preguntas. Pero antes, aprovechando que hemos tomado como punto de partida una serie de referencias externas al psicoanálisis

¹⁴ Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, *History beyond trauma*. Other press, New York, 2004 p. 264

¹⁵ Más adelante anudaremos también con Davoine y Gaudillière la relación entre trauma y situación de guerra.

más conocido, abordaremos algunos puntos importantes extraídos de la experiencia de algunos de los clínicos –no psicoanalistas– que tras la Segunda Guerra Mundial efectuaron intervenciones con numerosos sujetos traumatizados, logrando establecer algunos principios de intervención desde una psiquiatría que por cierto muy poco o nada tendrían que ver con la actual corriente hegemónica, biológica y farmacológica de esa disciplina. Lo transmitido por ellos da cuerpo clínico a la propuesta que en el capítulo siguiente propondrá una formalización y articulación con el campo lacaniano del discurso del *therapôn*.

1.3 Los principios de Salmon para una psiquiatría de guerra

El psiquiatra estadounidense Thomas W. Salmon, retomando la experiencia de los médicos franceses y británicos que tras las dos guerras mundiales constataron entre otras cosas que los soldados tratados cerca del frente de batalla se recobraban más rápidamente que si hubieran sido tratados en la retaguardia, sistematizó los fundamentos de los conocimientos de la psiquiatría de frente de batalla ('forward psychiatry'). Davoine y Gaudillière comentan que las elaboraciones clínicas de Salmon corresponden a los efectos que las circunstancias del trauma producen en cualquier persona que ha estado bajo una situación catastrófica:

“Cualquiera que sea su edad, origen, profesión, sexo o condición; cualquiera que fueran las circunstancias del trauma (ataque, secuestro de un avión, guerra, accidente, desastre natural); cualquiera que fuera el grado de exposición; con o sin heridas; en solitario o perdido en una multitud; a una escala doméstica, nacional o internacional en sus relatos los sobrevivientes esbozan un campo de investigación que sus síntomas sirven para explorar, todo de acuerdo a los siguientes aspectos: Ya sea que los otros se den cuenta o no, en cierto sentido ellos ya no son parte del mundo de los vivos. Hipersensibles o incapaces de sentir, ellos son asaltados por imágenes atemporales que son demasiado vividas o por el contrario, constituyen un pensamiento fantasmal que no siempre causa espanto (...) Sus psicoterapeutas

pías o psicoanálisis, recomendados por sus parientes o médicos, usualmente son abandonadas pronto, no se apegan al tratamiento. ¿Pero apegarse a qué? ¿A quién? A otro, pero no cualquier otro. En lugar de eso, ellos se quejan de que, en el mejor de los casos, han encontrado lindas palabras; en el peor, una terminología de Procusto, ya fuera psiquiátrica, psicoanalítica o incluso antropológica (...) Ellos se encontraban ajustados a abstracciones que podían ver claramente pero que no les “decían” nada. Finalmente, cualquiera que fuera la medicación que probaran, cualquiera que fuera la sucesión de diagnósticos, su terror persistía”¹⁶

De esta manera, ellos retoman a Salmon, quien propone cuatro principios clínicos de aproximación a los pacientes provenientes de un momento y una escena traumáticos.

Proximidad, con el fin de abrir un nuevo espacio de confianza en medio del caos.

Inmediatez, que crea una temporalidad viva en contacto con la urgencia.

Actitud expectante, que construye una bienvenida en el retorno del infierno.

Simplicidad, que enfatiza la obligación de hablar en términos llanos.

Desglosémoslos con el fin de dar una mayor profundidad clínica a esto que hemos comenzado a llamar la posición del *therapôn* y poder arribar al final de este capítulo a una formalización y articulación de este dentro de los referentes de la teoría psicoanalítica.

1.3.1 El principio de proximidad

¹⁶ Davoine y Gaudillière, op. cit., p. 115

Para poder describir en qué consistiría la indicación clínica de proximidad, es necesario partir de la comprensión de lo que implica un territorio de guerra, un campo de batalla. El funcionamiento normal de nuestra psique hace de inicio difícil esta aproximación, pues la manera en que reaccionamos a la desgracia y la catástrofe vivida por otros, si bien puede iniciarse con una respuesta empática y de indignación, suele sucederse de un alejamiento aséptico que busca preservar a toda costa la impresión de permanecer indemnes ante ese dolor ajeno. La proximidad del desastre está marcada por un efecto de repulsión. Pero el hecho de que hagamos lo posible por incluso no mirar la desgracia ajena que se presenta a un costado de nuestro camino, no deberíamos equivocarnos: estamos en guerra y el campo de batalla suele estar más cerca de lo que creemos, pues las catástrofes en las que nos referimos en este momento no tienen que ver necesariamente con la existencia de guerras formales, ni con la ocurrencia de catástrofes naturales o accidentes. De lo que hablamos es de la caída total de la realidad psíquica en un sector del tejido social, caída de la cual un sujeto acusa los efectos más graves debido al punto de la encrucijada en que se encontraba en el tiempo del trauma, y a los puntos de quiebre de su estructura psíquica en encuentro con el mismo. Como señala Barrois:

“Lo que estamos tratando de nombrar aquí no es una reacción post accidental mecánica y puramente fisiológica, sino la existencia de una respuesta a una trágica desventura, a la falta absoluta de sentido que ha hecho caer al mundo, a una amenaza existencial que reifica al sujeto. Es como si cada víctima encarnara un agujero en el tejido social. Si no hay otro a quien hablar, el trauma reduce al individuo a una interioridad invadida por la angustia de aniquilación y el terror. Un objeto en medio de otros objetos, está condenado a la soledad, al abandono absoluto, a una ruptura con todos los vínculos comunitarios y culturales. Nada en la cultura contemporánea está disponible para ayudar a reintegrar a la víctima en el mundo de los vivos. El psicoanálisis tiene el mérito de ser la única disciplina que realmente puede hacer algo: hallar la traza del punto de ruptura y también de un tiempo

anterior en el cual la fantasía y los sueños tenían su lugar. Porque la muerte, la muerte propia que uno ha mirado a la cara, no tiene representación”¹⁷

Aquí abrimos una pregunta: ¿realmente el psicoanálisis puede hacer frente a situaciones de guerra? Con lo que nos hemos encontrado, y lo abordaremos en el último capítulo, es que la tradición teórica psicoanalítica más bien ha eludido mayoritariamente el enfrentar estos fenómenos. Amén de que esto tiene que ver con el deseo de cada analista, y con su momento histórico, es también un asunto concerniente a la formación de analistas en y fuera de las instituciones y escuelas, y un tema relativo a los desarrollos técnicos sobre dispositivos específicos de atención para un ‘psicoanálisis de guerra’.

Debemos tener presente incluso que hay colegas que aún sostienen posiciones como la de que hay personas inanalizables¹⁸, u otros que simplemente evitan extender el campo de su acción a espacios donde ocurre la atención a la urgencia psicológica como en hospitales, instituciones de asistencia, etc., prefiriendo restringir su práctica a recibir en el espacio de su consultorio la demanda de sujetos que habitan espacios y relaciones privilegiadamente neuróticos. Sin embargo,

“Nos guste o no, el discurso analítico puede ser establecido cuando el habla emana de un lugar sin un sujeto, o de alguien quien se experimenta a sí mismo como un desecho. En la proximidad del combate y del riesgo, ese discurso puede estar dirigido sólo a un terapeuta quien está familiarizado con ese campo ... Cuando esta transferencia, común a las psicosis y al trauma no es teorizada, todos están tentados a esconderse cautelosamente detrás del diván del análisis clásico de las neurosis y ofrecer finas palabras y lindas interpretaciones. La neutralidad benevolente condescendiente reinstala la regla del desapego y la distancia psíquica. El

¹⁷ Claude Barrois, *Psychanalyse du guerrier*. En Briole, G. Et al. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise, 1994. Paris, Mason, p. 129

¹⁸ Como lo hizo Freud para los padecientes de *dementia praecox* o esquizofrenia (Cf. Sigmund Freud, *Introducción del narcisismo*, En *Obras Completas Vol XIV*, 1914).

miedo a la crisis puede llevar al asesinato del discurso, posponiéndolo siempre o reduciéndolo a la insignificancia. El rigor de la búsqueda propuesta por los pacientes es retado, y el sello hermético entre paciente y analista reforzado. La experiencia sufrida al costo de tantas ordalías es vaciada de su validez, de sus contenidos mismos. Un psicoanálisis simplificado desacredita la proximidad ya que tiende a plantear que esta podría conducir a la fusión o a la confusión¹⁹

Si hablamos entonces del pasaje de un sujeto por un campo de batalla en el que, precisamente, ha dejado de serlo, entonces podremos entender que para ese sujeto y para el analista que pueda estar en condiciones de acompañarlo, es necesaria la constitución de

“...un espacio seguro donde sea posible recuperarse física y psíquicamente, mientras que se experimenta la posibilidad del discurso en la proximidad de lo Real. Esta proximidad entonces se convierte en la condición de la transferencia en el caso de la locura y el trauma. Toma la forma del “espacio potencial” que Winnicott establece con los niños de la Segunda Guerra Mundial. Para Gaetano Benedetti, en su trabajo con la esquizofrenia, este es el lugar no sólo para el objeto transicional sino también del sujeto transicional que se origina de una proximidad inconsciente compartida por el paciente y el analista, lo que él llama el inconsciente terapéutico”²⁰

La lógica de la proximidad implica la asunción radical de la existencia de un campo de batalla, y de una situación de guerra que no puede presumirse que ha terminado, sino que por el contrario, no deja de efectuarse en la realidad del sujeto traumatizado. Por ello, al acercarnos a él, automáticamente nos convertimos en parte de ese escenario de guerra. No es gratuito que aquellos que se encuentran ahí sufren, como describiremos en un capítulo posterior, el estado fisiológico de alerta total que implica casi siempre la pérdida del sueño y la invasión de pesadillas y presentificaciones angustiantes.

¹⁹ Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, *ibid*, p. 136

²⁰ *Ibid.*, p.138

Debido a esto, tanto la actitud psiquiátrica clásica como la actitud psicoanalítica indicada para las neurosis son contraindicadas. Del lado de la mirada médica, la invocación de desórdenes mentales o cuadros como entre el trastorno límite de la personalidad, la bipolaridad, la esquizofrenia -incluso el síndrome de estrés post traumático en cierta medida; lo discutiremos más adelante-, no constituye sino una palabrería que tiende a obliterar el lugar del síntoma o conjunto de síntomas como reacciones normales a situaciones anormales.

Como señalan Freud y Breuer:

"tendría que ser un cerebro realmente patológico del cual fuera posible borrar por mera sugestión productos tan bien fundados a partir de eventos psíquicos intensos"²¹

Del lado del psicoanálisis, la receptividad cordial pero distante, o el silencio a rajatabla pretendidamente lacaniano, no hacen sino confirmarle al paciente que nosotros nos encontramos fuera de la trinchera y le miramos remotamente desde un espacio de seguridad²².

La proximidad, tal como es explicada por Salmon, retomada por Davoine y Gaudillière, y tal como la experimentado en mi propio trabajo clínico, requiere ante todo partir del establecimiento de un encuadre de máximo respeto a las respuestas sintomáticas del paciente, tomando en cuenta que estos síntomas han servido para establecer una frontera y han sido producidos en contacto con el peligro, en la proximidad de situaciones terroríficas. Por otra parte, casi ninguna palabra que pueda ser dicha tendrá sentido en un espacio de encuentro en el que para quien acude a nosotros (o para quien se ha encontrado con nosotros en una institución), toda presencia humana es potencialmente amenazante, y el instrumento de la palabra pierde sentido en su efecto vinculante. Pero un silencio que no sea acompa-

²¹ Sigmund Freud y Joseph Breuer. Estudios sobre la histeria, En Obras Completas, Vol. II, 1895, p. 99

²² "El silencio del analista no equivale a su mudez. Sileo, del latín silere, implica ese tejido, esencial, de lo que no puede decirse. Así también en música (en ello insiste por buenas razones el maestro Braunstein) los silencios son esenciales para que la música cobre vida. Ese silencio es el sostén de la palabra" (Silvia Amigo, Un silencio pesado. Página 12, jueves 4 de junio de 2015).

ñado de una sintonía corporal y de pensamiento con la vivencia actual del paciente (de una situación de campo de batalla), no será sino una constatación de la desvinculación y una invitación a la caída en el vacío.

Si un analista decide intervenir desde la proximidad, debe estar advertido de que su propio pasaje por lo traumático se compromete en ese momento. Si como menciona Cyrulnik²³, el clínico pertenece a ese trecho de la población que no ha vivido a lo largo de su vida ninguna catástrofe subjetiva, es probable que su reacción ante el dolor profundo y la desconfiguración del otro sea, de manera natural, de evitación y defensa. Si por el contrario en su trayecto vital ha vivenciado lo traumático, el terror de la des-subjetivación, sus *herramientas resilientes inconscientes*²⁴ se activarán y formarán parte de la subjetividad transicional en ese encuentro y del inconsciente terapéutico.

Como podrá darse cuenta el lector, estamos ya esbozando los primeros trazos de la posición del *therapôn*, fundada en una *philia*²⁵ como la que sólo se puede dar entre soldados compañeros. El psiquiatra norteamericano Jonathan Shay ha defi-

²³ "En Occidente, uno de cada cuatro niños habrá conocido, antes de cumplir los 10 años, la terrible experiencia del desgarramiento traumático. Al final de su existencia uno de cada dos adultos habrá padecido esta ruptura y terminará su vida quebrado por el acontecimiento traumático... o habiéndolo transformado. Podemos plantear la hipótesis de que en los países en los que la sociabilidad es menos estable, el número de heridos es aún más elevado" (Boris Cyrulnik, *El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma* Gedisa, España, 2003, p.65).

²⁴ La noción de *resiliencia* desarrollada por Cyrulnik y otros, si bien no cuenta con la profundidad y entreveramiento teórico de la mayoría de los conceptos psicoanalíticos, me parece pertinente en cuanto se despliega en un terreno que ha permitido el diálogo interdisciplinario entre psicólogos, neurólogos, médicos y algunos psicoanalistas. Aquí sólo apunto, como una noción intuitiva a desarrollar, la idea de *herramientas resilientes inconscientes*, que aludiría a que las cogniciones y respuestas fruto de una respuesta resiliente a la catástrofe tendrían que ser pensadas como elaboraciones profundas ancladas no solamente en el proceso primario sino incluso en el originario, como lo desarrollaremos más adelante revisando las ideas de Piera Aulagnier .

²⁵ "Bajo el término *philia* se determina el concepto griego de amistad... *philia* viene a recoger el conjunto de relaciones que están concebidas según la estructura del querer. En principio, podemos decir que allí donde hay una relación que está basada en el afecto, en el cariño o, simplemente, en el amor, allí hay una relación según la *philia*. Pero no es fácil encontrar para este término una traducción exacta en nuestras lenguas. La *philia* aristotélica puede caracterizarse como aquella virtud que, perfeccionando la virtud de la justicia, hace posible la constitución de la comunidad política desde las múltiples formas éticas de relación de los ciudadanos entre sí" A. Palomar, *La philía como investigación fenomenológica particular del saber práctico en Aristóteles: significado y fundamentación*. En: Franciscanum, 2014, p 51).

nido el lugar transferencia al para lo que nosotros llamamos el *therapôn* de la siguiente manera: “*the keeper of the mind*”, el que *guarda la mente* del otro soldado. En su libro, en el que equipara los relatos homéricos de guerra con la situación de los combatientes de la guerra de vietnam, este autor explica que no podríamos comprender esta noción si no conocemos el apego humano que la batalla puede producir y después amputar:

“El combate llama a una pasión de cuidado entre los hombres que pelean uno al lado de otro que es comparable a las relaciones familiares más profundamente sentidas. Frecuentemente escuchamos que la muerte de un amigo especial en las armas rompe la vida del sobreviviente en partes imposibles de reunir, y todo lo de antes de su muerte queda radicalmente separado de lo de después” (Shay, 1995, p. 63).

La relación entre los *philoí*, implica no solamente un vínculo muy estrecho que en medio de la batalla remite a una finísima comunicación y cuidado, sino en ocasiones a la conformación de *un cuerpo de varios* (*un corps à plusieurs*), verdadera comunidad simbiótica que se distribuye las funciones de pensamiento y acción con el fin de asegurar la sobrevivencia. Esto lo podemos observar en comunidades de niños de la calle, y está retratado magistralmente en la obra *Más que humano*, de Theodore Sturgeon²⁶.

Una vez terminada esta relación especial y profunda entre los *philoí* en el campo de batalla, se continúa en tiempos de paz y constituye el espacio que hace posible que el *epos* (relato de hazañas guerreras) aparezca: son solamente los amigos que han estado comprometidos en la escena del terror quienes saben de qué trata y se han cuidado unos a otros ahí. Son ellos los que pueden, en un espacio de confianza, nombrar lo ocurrido. La épica de la batalla, una épica que ponga en juego lo ocurrido en su justa dimensión sólo puede ser contada de esa manera, entre ellos. El deseo de dar cuenta, incluso de hacer un canto conmemorativo (como los corridos de la Revolución Mexicana), puede provenir solamente de ese

²⁶ Theodore Sturgeon, *Más que humano*, Ediciones Minotauro, Buenos Ares, 1968.

espacio relacional, un espacio tan especial que sin él, nada puede ser dicho acerca del trauma y la locura de la guerra.

En términos de la transferencia y el encuentro clínico tenemos que el analista, si es que cuenta con los elementos de vivencia y elaboración traumática para convertirse en algo parecido a un *therapôn*, estará de todas maneras aislado de la mayoría de los referentes de la escena de guerra de la cual proviene el paciente traumatizado. En todo caso podría fungir como un soldado proveniente **de otro campo de batalla**. Pero ningún campo de batalla es igual, pues en cada uno de ellos la realidad se ha rasgado en un lugar y de una manera diferente y su sangre negra ha tocado el cuerpo y el alma de los sobrevivientes en lugares distintos.

Ni siquiera es pensable que, haciendo uso de esa estafa, esa impostura calculada a la que aludía Lacan²⁷, se coloque la careta del *sujeto supuesto saber*. Una interpretación aguda, que en otro contexto sería pertinente e incluso 'produciría transferencia', puede incluso ser violentamente rechazada por un padeciente situado en medio del dolor traumático, al ser entendida como una violenta intrusión pretenciosa de saber, ahí donde lo único que se constata a cada momento es que no hay palabras capaces de nombrar el terrible dolor que está sintiendo. En la vigencia de los efectos de la guerra, el analista, durante mucho tiempo, estará a prueba como alguien que desde el campo del Otro podría ser tan amenazante como aquellos que han puesto en peligro al paciente: tendrá que mostrar que puede estar ahí sin salir corriendo o sin decir cosas impertinentes, para ser colocado como *therapôn*. En los encuentros de que hablamos tampoco es pensable que el analista, siguiendo de un modo ciego recetas de su formación, intervenga desde el ingenioso *scrabble* mental presto a generar juegos de palabras a la menor provocación.

²⁷ La escroquerie psychanalytique, cf...[...] Notre pratique est une escroquerie, bluffer, faire ciller les gens, les éblouir avec des mots qui sont du chiqué, c'est quand même ce qu'on appelle d'habitude du chiqué." [Nuestra práctica es una tomadura de pelo, chapucear a la gente, apantallarlos con palabras que son de impostor, eso que habitualmente se llama un impostor"] *Le Nouvel Observateur*, sept. 1981, n° 880, p. 88.Extraits d'une conférence non publiée, prononcée à Bruxelles le 26 février 1977.

En el espacio de la clínica del trauma, si el analista no recurre a los recursos que acostumbra utilizar en los encuentros comunes con las neurosis, pasarán cosas diferentes a la desconfianza [*distrust*]²⁸ y retirada de los pacientes. Sí, es muy posible que se encontrará desolado la mayor parte del tiempo, sintiendo y haciendo cosas que la habitualmente no haría desde su lugar, como: comunicando sus ensoñaciones²⁹ al paciente, teniendo contacto físico con él, habilitando sesiones en muchos escenarios diferentes al consultorio, etcétera. Al igual que en la clínica de niños muy pequeños y bebés, se verá impulsado a impersonar voces y discursos producidos desde su pensamiento inconsciente, y dirigirlos a ese espacio en el que sabe que no hay propiamente un sujeto que le escuche sino, como lo conceptualiza Bion, sólo se puede saber que viaja un pensamiento en busca de un pensador.

“El punto primordial es que la mente necesita del *rêverie* materno para dejar de pensar en forma concreta. Antes que la personalidad pueda disponer de una parte no psicótica, es imperativo que haya logrado instalar en ella esta capacidad de continencia y de transformación... En los hechos es bastante más complicado ya que hay que producir pensamientos elementales antes de disponer de un aparato para pensarlos. El protopensamiento se habría formado en el momento de una transformación primordial: la que permite a un bebé retomar el contenido que proyectó después que el continente materno lo hubiera metabolizado”³⁰

Cuando un pequeñito es traído al consultorio con padecimientos que son gritos de su cuerpo que muestran lo que él es incapaz de articular en palabras, la proximidad del analista es crucial. Él es quien puede, a partir de una escucha cuidadosa de la situación que rodea al bebé, aportarle a este, a través de la activación de un inconsciente terapéutico y de un espacio transicional, imágenes y pensamientos que no puede generar, ni mucho menos convertir en palabras. Hay un momento

²⁸ Vocablo de la lengua inglesa que remite no sólo a la falta de confianza, sino a la suspicacia y el recelo.

²⁹ La *rêverie* a la que se refería Bion como fundamental para el vínculo originario entre el bebé y la madre

³⁰ Gérard Bleandonu, Las transformaciones según Bion. En: Psicoanálisis ApdeBa- Vol XXII, No. 2, p. 315-332

delicado, de gran riesgo en esas intervenciones que se aproximan al paciente en la formulación y comunicación de ideas que en mucho provienen del inconsciente del analista – o mejor dicho, del *sujeto transicional* que se genera entre el inconsciente del analista y el del paciente (ver supra)-. Pero no hay otra manera de incidir en un terreno en el que, por lo general ese pequeño sujeto en ciernes está rodeado de un espacio donde las palabras y el tejido simbólico se han roto. Los adultos, ocupados en alguna crisis, han sido incapaces de nombrar para sí mismos lo que ocurre, y por lo tanto son incapaces también de brindarle a su hijo las palabras-herramienta que le permitan encontrar su lugar en lo que está ocurriendo. Un psicoanalista de bebés, o que atiende a niños que han crecido en espacios de traumatización, está obligado a practicar la proximidad y a plantear su intervención desde un lugar de *therapôn*: está acompañando en la catástrofe, y su implicación no puede ser escamoteada.

En ocasiones, en el límite de las cosas, el estado traumático de los propios padres los lleva a asignarle a su bebé el lugar de *therapôn* de la familia. Tenemos entonces a un pequeño obligado a convertirse en un anciano, que lo sabe todo y tiene el encargo de proteger a la familia y mantener la cordura. El pago por ocupar esa posición es muy alto, a veces la locura, pues queda transgredida su colocación en el orden de la transmisión en su linaje, así como su ocupación del tiempo y el devenir. Ese pequeño puede encontrar en su analista, si éste está colocado en posición de *therapôn* –es quien tendría que estarlo-, a alguien que al menos pueda

explicarle -y a través de él a sus padres- porqué le han asignado esa posición, y cómo no es necesario que la asuma.³¹

1.3.2 El principio de inmediatez

Es la psiquiatría de guerra, pero también toda experiencia clínica de atención psiquiátrica, incluida aquella que se realiza con niños, la que permite como parte de la formación terapéutica un apercebimiento de la **urgencia en un contexto caótico** de la atención ante la incidencia traumática.

“Frente el inminente peligro la primera reacción terapéutica debe tomar lugar tan rápidamente como sea posible: esta es la inmediatez postulada en el segundo de los principios de Salmon. En su aplicación por la psiquiatría de guerra, la inmediatez apela a una intervención entre las 24 y 72 horas siguientes al evento traumático (...) Fue en estas situaciones de emergencia que los psiquiatras aprendieron su profesión en la zona de combate. Aprendieron sobre todo a observar en ellos mismos los efectos de esos momentos y aprendieron cómo analizar sus efectos. Se dice que aquellos que anteriormente habían sido psiquiatras infantiles encontraron más fácil alejarse de los recursos de su entrenamiento tradicional (...) Estos psiquiatras no encontraron ninguna correlación entre un colapso brutal y alguna estructura de personalidad. Aprendieron la dura lección del aquí y ahora de la

³¹ Esta lógica puede aplicarse directamente a los bebés, pero también a personas que acuden con los otros años después habiendo ocupado ese lugar a lo largo de su vida. Una chica adolescente, por ejemplo, acude a mí planteándome que a lo largo de su vida ha sido la encargada de recibir las querellas de la pareja parental, uno contra el otro. Además de hacer la receptora del odio, el resentimiento, las expectativas, las demandas, desde pequeña se le ha solicitado erigirse en la consejera de sus padres, severamente perturbados. Actualmente, después de que ellos por fin se separaron, vive con la madre, quien le sigue exigiendo escuchar todas sus desventuras y ser su apoyo en los momentos de crisis que incluso han derivado a intentos suicidas. El *loop* (rizo o bucle) en que ha quedado colocada, en efecto la ha "sacado del tiempo", dejándola en un lugar en el que se siente ajena a los demás: mira a sus coetáneos con distancia y a la vez se siente juzgada por ellos, no tiene amigos ni una pareja y teme todo el tiempo cumplir un destino pre-escrito en algún lugar: convertirse en su madre. Ella es una *bebé de cabellos blancos* (referencia a una figura mítica japonesa) que busca rebelarse a su destino y abordar el tren del tiempo donde viajan los chicos de su edad.

transferencia, sin el recurso sistemático a las cautelosas reconstrucciones de la anamnesis”³².

La presentación de un momento crítico implica que para el paciente el peligro está ahí, inminente, aunque no podamos observarlo. Por lo tanto el estado de alerta y confusión invade sus sensaciones y percepciones. El principio de inmediatez implica que como clínicos, particularmente en la posición de *therapôn*, podemos mantener nuestra presencia ahí, en medio del tiroteo, de la presencia invisible de la amenaza de destrucción. Esto necesariamente se traduce en la necesidad de soportar un alto nivel de incertidumbre. No existe dispositivo, técnica o indicación procedimental seguros que pudieran salvarnos ante el radical no-saber en el que esas situaciones nos colocan. Desde una zona catastrófica, sin embargo, en esos momentos se está haciendo presente “una pieza de conocimiento sin sujeto”, que si lo permitimos, podrá entrar en contacto con nosotros, más allá de nuestra máscara profesional.

La inmediatez implica también que el tiempo se ha colapsado, en el sentido de que la sucesión lineal que suponemos a los eventos, cuya ordenación atribuimos a una causalidad lógica, se ha roto. Es decir que el cuerpo del paciente, las palabras a las que puede acceder y la imposibilidad de hacer una inscripción de eso que retorna y no deja de retornar sin poder inscribirse en el cuerpo del otro y en lo Simbólico, hacen un *loop* y generan un hundimiento de la realidad (en el sentido de la realidad intersubjetiva convencional de aquellos que rodean al traumatizado y no ocupan el lugar de *therapôn*).

Este hundimiento del sentido hace que la labor del analista deba renunciar -gran parte del tiempo- al establecimiento de una escucha asociativa que conduzca a la construcción de vínculos significantes causales. Las asociaciones más pertinentes se presentarán de modos más bien disruptivos, a partir de la escucha de lo que se presenta en el silencio mismo, y no de lo que puede ser invitado a ser dicho como ‘asociación libre’. Las crisis de los pacientes, que en casos ‘psiquiátricos’ suelen

³² Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, op. Cit., p. 164-166

repetirse frecuentemente (eso a lo que los psiquiatras llaman *cronificación*), suelen ser vividas como fracasos terapéuticos. Sin embargo, de acuerdo a la enseñanza de Davoine y Gaudillière, deben ser entendidas como “actos o cosas que hablan en el lugar de alguien”.

Un analista en posición de *therapôn*,

“... es puesto en movimiento por la energía ilimitada encontrada en el acantilado de lo real. En esta inmediatez, que corresponde a momentos muy precisos del trabajo analítico, ocurre un cambio de lugares –rápido, instantáneo, involuntario- que contrasta agudamente con el trabajo interpretativo usual. En supervisión los analistas se quejan de esto, se disculpan, incluso parecen confesarse sobre momentos que, de acuerdo a la *doxa* oficial, no son psicoanalíticos. Este tipo de alarma marca el precipitado encuentro con un evento fuera del tiempo. En ese caso la supervisión sirve menos para vigilar al analista -quien no necesita ese control-, que para prestar crédito a un descubrimiento: el descubrimiento de una inscripción que ha sido validada de esa forma, tanto con el paciente como en el diálogo con un colega. Y esa doble ocasión es de hecho una sola cosa: transmisión”³³.

La inmediatez, el hecho clínico de acompañar en el momento mismo de la crisis, de la presentificación insistente del trauma, coloca al analista en un territorio donde fragilidades y tentaciones están presentes todo el tiempo.

“Él no está seguro que no saldrá corriendo, que no se rendirá o que no venderá su alma. En el mismo barco que su paciente, es urgentemente necesario que se sostenga firme en su promesa, no importa qué pase, en situaciones que fuerzan a que la rompa o a que mienta. La senda es riesgosa pues los demonios exigen su cuota de sacrificios y suicidios”³⁴

³³ *Ibid.*, p. 195

³⁴ *Ibid.*, p. 202

1.3.2.1 Advertencias frente a la inmediatez

En nuestra práctica encontramos frecuentemente a otros, incluso a nosotros mismos, huyendo de diversas maneras y con distintos artilugios de pacientes que se encuentran en situaciones límite, producto de haber vivido situaciones traumáticas o heredado de sus padres y abuelos realidades rotas, sin contar con la herencia de palabras-herramienta para poder operar con aquello que, innombrable, desco- loca, agujera y pone en riesgo la existencia como sujetos. Es muy importante que a lo largo de nuestra formación podamos realizarnos la pregunta siguiente: ¿estamos preparados para actuar ahí donde la clínica ocurre siempre en las inmedia- ciones de un campo de batalla? Si es así, debemos tomar en cuenta al menos tres elementos:

- El primero de ellos es que el espacio clínico que tendremos que sostener no se limita como en la clínica de las neurosis al espacio que da cabida a otro sujeto en una vinculación transferencial; se tratará necesariamente de un espacio abierto a la otredad radical, donde pululan cosas sin nombre que imaginariamente pueden presentarse como voces, muertos, demonios, personajes descarnados, pero que en términos estrictos corresponden a presentificaciones de aquello que proveniente de una o una serie de esce- nas traumáticas, se encuentra en busca de una representación que lo inte- gre a la historia y al vínculo entre las personas, representación que a su vez servirá como palabra-herramienta para el regreso del paciente a la tempo- ralidad compartida en el lazo social.
- El segundo elemento concierne a la necesidad de asumir que en esa aper- tura a la otredad, se impone una relación con las orillas del lenguaje en la que junto con el desasosiego ante el silencio puede llegar a convivir tam- bién el espacio de la invención (*in-venire*: lo que nos viene, en este caso desde algún lugar difícil de reconocer, en nuestras propias fronteras con lo Real). Se trata de una apertura al advenimiento tanto de formulaciones poé- tico-metafóricas como de dispositivos “*ready-made*”, tanto en el sentido de *a la mano* como en el de *hechos a propósito*. Estos dispositivos, de una

singularidad radical, se corresponden con la manera en que cada analista ha podido responder en su propia historia al acoso de lo real, y como ha podido hacer aduana entre ello y el espacio de la simbolización. Como ejemplo puedo mencionar una experiencia de nuestra práctica clínica con pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Desde nuestro lugar en aquel entonces como *Acompañantes Terapéuticos*, un grupo de *therapônes* establecimos con un paciente uno de estos dispositivos: se trató de un equipo de escritura, interpretación y grabación de piezas musicales. Aquella aventura clínica acompañó a lo largo de algunos años, intermitentemente con una sucesión de momentos críticos, y al mismo tiempo de que se desarrollaba su análisis, a nuestro joven paciente en el regreso al tiempo –desde una zona de exclusión radical-, en el que su palabra y su cuerpo pudieron insertarse en el vínculo de amor y trabajo con los otros.

- El tercer elemento que propongo para ser considerado ante la decisión de entrar en la clínica del trauma es el de la colocación del clínico mismo en el vínculo social. Se debe estar al tanto de que tal trabajo se encuentra a contracorriente de la respuesta normal de la sociedad ante la víctima traumatizada, pues

“[ésta última] no está inclinada a hacer pacíficas solicitudes a la comprensión de los otros, sino que más bien se siente impelida a una rabia autocentrada y aullante que se corresponde en ferocidad con el dolor y el terror del trauma mismo (...) Su jugada extrema es la vergüenza... La persona avergonzada se siente expuesta y condenada, descubierta y transparente, en cierto sentido desollada por el disgusto y el escarnio de la comunidad. El sobreviviente del trauma ya desea en algún lugar desaparecer, retirarse, morir. [La sociedad, por su parte] requiere que los sobrevivientes sacrifiquen su conocimiento [sobre el trauma] como el precio por pertenecer (...) [Esto la convierte en] moral y espiritualmente minada.”³⁵

³⁵ Jeffrey Jay. “Terrible knowledge.” *Family Therapy Networker* 15 (1991) p.18-29.

De esta manera, el clínico debe saber que su posicionamiento como *therapôn*, su acompañamiento en proximidad e inmediatez al otro traumatizado, lo colocará de alguna manera también en los márgenes de lo social, y por ello resulta muy importante, crucial a veces, que busque articularse de una manera firme a una *comunidad de práctica*³⁶ dedicada como él a enfrentar los límites de lo indecible.

1.3.3 Principios de actitud expectante y simplicidad

La actitud expectante, en el contexto de la clínica del trauma, no se refiere a la atenta espera que normalmente debe regir en un proceso analítico, que se constituye a partir de una atención flotante que mantiene una “línea de pesca”³⁷ a la espera de la aparición de los elementos asociativos que conduzcan a pensamientos inconscientes; de su posible articulación en el discurso del sujeto. De este lado, cerca del campo de batalla, si hablamos de una expectativa, ésta refiere a la esperanza por la vida ahí donde la vida ha sido borrada del horizonte.

“[La actitud expectante] esboza los márgenes de una otredad que espera contra todo pronóstico, toda lógica, todo sentido común. En tiempo de guerra, inviste a todos aquellos que desean que el compañero herido se reúna con ellos, y parte del inestimable valor de su relación. En el momento presente esa nueva lealtad es la única cosa que tiene algún valor: el *therapôn* es, primero y ante todos, entre ellos”³⁸

³⁶ cf trabajo en prensa sobre psicoanálisis como comunidad de práctica, lo abordaremos al final de la tesis

³⁷ cf. Manoel Tosta, *Psicopatología fundamental*. Escuta, Sao Paulo 2000. Ahí Tosta comenta cómo, cuando un colega le preguntó cuál era su ‘línea’ (teórica), él respondió que la ‘línea de pesca’, la de tender caña y anzuelo y esperar la aparición de lo inconsciente en el discurso del paciente.

³⁸ Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière, *op. Cit.*, p. 209

1.3.3.1 La traición y la caída de los fundamentos del enunciado

Aquí es importante hacer un pequeño alto para colocar algunas ideas respecto a la relación entre el momento catastrófico y la posición del Otro. Que un trauma ocurra, tiene que ver por supuesto con un evento o serie de eventos cuya magnitud y contenido provocan una sobreexcitación, desorganización y devastación tales que el aparato psíquico es incapaz de arreglárselas con ello. Es importante no perder de vista la dimensión factual, y además la dimensión concreta a nivel neurológico de lo que un trauma puede significar; esto lo abordaremos en capítulos posteriores. Pero lo que concierne al psicoanálisis y a la posición del *therapôn* frente al herido de guerra, al traumatizado, no es sólo eso. Lo más importante que en estas posiciones debemos tener en la mira es cómo lo traumático termina por colocar al sujeto, que quizá anteriormente se sostenía en el terreno del sentido gracias a una serie de coordenadas significantes (y particularmente gracias a una relación particular con el Otro), en una descarnada exposición al contacto con lo Real.

Dice Lacan: “Lo verdadero Real implica la ausencia de la Ley. Lo Real no tiene orden. Es lo que quiero decir cuando digo que la única cosa que quizá llegaré articular para ustedes un día es algo sobre lo cual yo he llamado un pedazo de Real” (1976, p.11)

Lo traumático de una escena, en el campo de batalla, consiste precisamente en la ruptura de las líneas de tensión que sostienen el pacto del sujeto con la Ley (Lacan) o con los enunciados fundamentales de su cultura (Aulagnier). Pero ¿en qué consiste este pacto?

Acudiré para desarrollar este punto no a Lacan, sino a Piera Aulagnier (la cita tendrá que ser necesariamente en extenso):

“El grupo social (...) Puede pronunciar un número indeterminado de enunciados: entre ellos, tendrá un lugar particular la serie que define la realidad del mundo, la

razón de ser del grupo, el origen de sus modelos. Esta serie comprende así al conjunto de los enunciados cuyo objeto es el propio grupo, conjunto más o menos complejo y flexible, que posee siempre como infraestructura inmutable para una cultura dada una serie mínima a la que llamamos los enunciados del fundamento. Esta fórmula puede escribirse también como el fundamento de los enunciados. Según la cultura, esta serie estará constituida por enunciados míticos, sagrados o científicos. Cualesquiera que sean sus diferencias, estos enunciados comparten una misma exigencia: su función de fundamento es una condición absoluta para que se preserve una concordancia entre campo social y campo lingüístico, que permita una interacción indispensable al funcionamiento de ambos (...)

Se deduce que la relación del sujeto con el conjunto depende de su categorización de los enunciados del fundamento. Al adherir al campo social, el sujeto se apropia de una serie de enunciados que su voz repite; esta repetición le aporta la certeza de la existencia de un discurso en el que la verdad acerca del pasado está garantizada, con el corolario de la creencia en la posible verdad acerca de las previsiones sobre el futuro.

El grupo espera que la voz del sujeto retome por cuenta propia lo que enunciaba una voz que se ha apagado, que reemplace un elemento muerto y asegure la inmutabilidad del conjunto. Se instaura así un pacto de intercambio: el grupo garantiza la transferencia sobre el nuevo miembro del reconocimiento que tenía el desaparecido; el nuevo miembro se compromete -a través de la voz de los otros, que cumplen el papel de padrinos sociales - a repetir el mismo fragmento de discurso ... Lo que el conjunto ofrece así al sujeto singular inducirá al sujeto a transferir una parte de la apuesta narcisista, catectizada en su juego identificatorio, sobre este conjunto que le promete una prima futura³⁹.

Hasta aquí tenemos cómo, en el corazón de la entrada del sujeto al vínculo social (asunto que comienza desde antes de su nacimiento, y según Aulagnier encuentra un punto crucial en la adolescencia donde se pone en juego la consonancia de los

³⁹ Piera Aulagnier. *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*. Presses universitaires de France, 1981, p. 158

enunciados fundamentales de la colectividad y los de la familia de origen), se hallan los enunciados fundamentales, no como una instancia monolítica, sino como un sistema vivo que asegura la cohesión del sistema social. Estos fundamentos del enunciado son sostenidos por una colectividad que busca la preservación del sentido y solicita a los nuevos sujetos ocupar lugares predeterminados para su reproducción.

¿Cuál sería entonces la forma en que ese sujeto encontraría su nicho en esa estructura simbólica organizado por su relación con la ley?

“Lo que caracteriza a la función simbólica, al signo lingüístico y al lenguaje pues, si se aceptan estas definiciones, es el hecho de crear una configuración relacional simbólica que engendra una formalización de lo real que permite pasar de lo individual a valores universales. A la singularidad de los elementos se le contrapone la universalidad de las relaciones que los unen: al designarlos, el lenguaje crea el sentido que estas relaciones engendran, y este poder se manifiesta a través de aquello que, a partir de ese momento, será enunciado como la ley de la relación presente entre los elementos... Esta aprehensión, que designa al individuo como soporte de una función simbólica, es la que efectúa el término de parentesco que dicta y engendra la ley relación al presente entre la totalidad de los términos del sistema...

En el campo psicoanalítico, la función simbólica debería designar tres funciones características del signo lingüístico pertenecientes al sistema de parentesco: 1) ligar cada término a una ley y un sistema relacional, universal para una cultura dada; 2) enunciar una designación que se opone, en cuanto significación universal, a la singularidad necesaria de las referencias identificatorias e imaginarias del yo, singularidad sin la cual el individuo no podría diferenciarse de un conjunto, especie, clase de parentesco, clase sexual, en la que se vería sólo como un elemento intercambiable con cualquier otro; 3) permitir al yo encontrar lugar entre un antes y un después en los que pueda reconocerse: los que lo han precedido, tanto si lo sabe como si no lo sabe, ocupaban una posición similar en el sistema, y los que lo seguirán retomarán un mismo lugar ejercerán una misma función. Entre estos

dos límites se despliega el campo imaginario, en cuya escena se desarrollara la identificación en sentido estricto.”⁴⁰

Las relaciones de parentesco en particular, pero todos los otros enunciados del fundamento combinándose, proveerán al sujeto de los referentes de toda enunciación, y le darán también un espacio para desplegar la colocación de su cuerpo (dimensión imaginaria) en el espacio identificadorio y en el despliegue del sentido de su ser en una historicidad, en una temporalidad que su yo pueda reconocer para reconocerse en ella. **Es precisamente el trastrocamiento de ese sistema simbólico, de esos enunciados fundamentales (que se sostienen desde puntos nodales de anclaje en instituciones, costumbres y personajes de la familia, de la ciencia, del mito), lo que constituye el trauma en su dimensión colectiva.**

Es entonces la dimensión de la **traición** la que se coloca en primer plano, ya que ese trastrocamiento del orden simbólico sólo puede ocurrir por la intervención de un semejante o semejantes que rompen el pacto de sentido, dan la espalda al sujeto y lo dejan en un territorio en el que no existe un sostén narcisista posible. Desde las tradiciones más antiguas de occidente, como la contenida en los textos homéricos, se pone de manifiesto cómo lo que resulta demoledor para un sujeto no es la crueldad de la confrontación con el enemigo, sino la traición de un compañero o la acción de un superior jerárquico conducida por la *hamartia*⁴¹. En el espacio estricto de la familia resulta esto aún más claro, pues el trastrocamiento de las leyes del parentesco al efectuarse por ejemplo una transgresión incestuosa, la denegación por parte de la familia de referentes fundamentales sobre la crianza y la cesión y preparación de los hijos para su acceso al vínculo social, cuyos devastadores efectos conocemos, serían estos cismas de traición capaces de dejar al sujeto en situación de psicosis o de devastación traumática –según cada caso-, al

⁴⁰ *Íbid.*, p. 185

⁴¹ La palabra griega *hamartia* remite a una falta ligada a un exceso de carácter o de autoridad que constituye una falla en una línea familiar o plan, y que resulta trágica pues deriva en acciones que alteran el orden del cosmos. Por ello se constituye en una maldición que afecta a los miembros de un linaje sin distinción. El caso de Antígona es paradigmático en tanto muestra las consecuencias del exceso de autoridad (Creón) ejercido sobre su propia hija. Cf. Bernard Sichère, *Histoires du mal*, Grasset, Paris, 1995

encontrar una desconexión entre lo imaginario de su cuerpo y de su yo, y el sistema simbólico que organiza lo relacional de la colectividad.

Tenemos entonces que eso que Davoine y Gaudillière llaman la exposición con lo Real ocurre al desfondarse la relación del sujeto con el sistema simbólico por la ruptura de los puntos de sostén de los fundamentos del enunciado (Aulagnier) debido a acciones específicas de personas cercanas o de figuras a las que se les supuso autoridad y se les colocó como agentes de la coherencia simbólica del conjunto (representante de eso que Lacan llamó el Otro)⁴². Volveremos a este punto de anudamiento en el último capítulo.

Si esto es así, resulta haber una asociación muy cercana entre los fenómenos del trauma, los de la psicosis y los de las psicopatologías somáticas, lo que nos permite llamar con todo derecho a esos fenómenos de desanudamiento y caída de significantes de sostén simbólico, por sus efectos en el cuerpo y la subjetividad, como propone Nasio, *forclusiones locales*⁴³. La correlación sintomática de los estados postraumáticos y los estados psicóticos (angustia pánica, desórdenes del dormir, flashbacks alucinatorios, etc.) y la producción de agujeros u holofrases que coagulan la producción fantásica y discursiva como en los pacientes somatizantes son pistas que confirman esta apreciación pero que requieren un estudio detallado - que por el momento no tomaremos a nuestro cargo.

Por ahora sólo diremos que en el terreno de las psicosis y algunos fenómenos de psicopatología somática nos encontramos con un Otro que es

“...un cuerpo anónimo, un poder despersonalizado que dicta lo que debe ser y destituye al cuerpo de sus coordenadas espacio temporales... marco de referencia

⁴² En otro escrito aludíamos a la cuestión de los Derechos Humanos y su papel como nuevos enunciados garantes de un pacto social, así como del impasse al que las víctimas de violencia se encuentran cuando enfrentan la re-victimización de autoridades, incluso de esa instancia, después de haber sufrido los efectos de un crimen (Landa y García, 2010). Mismo caso en la ocurrencia del ASI, donde más que el hecho mismo del acto incestuoso, resulta profundamente dañina la complicidad de los adultos supuestamente protectores con el agresor para guardar silencio, justificar o encubrir las agresiones.

⁴³ Nasio, Juan David. Los gritos del cuerpo: Psicósomática. Paidós, 1996.

fuera del cual el sujeto no puede existir, ni en tanto cuerpo, ni en tanto ser que pertenece a un grupo social”⁴⁴

De esta manera, en los fenómenos traumáticos y *casus belli* (casos de guerra) e innumerables psicosis nos encontramos con un Otro que traiciona, con actos puntuales de transgresión a los enunciados fundamentales que sostienen al sujeto y su vínculo social, efectuados sea desde la perversión o la perversidad, y describibles como hace Aulagnier como ataques sistemáticos a las funciones autónomas del Yo, desde edades tempranas en las que a penas se encuentra en formación ⁴⁵.

Cabe acotar brevemente que en la práctica clínica, estas consideraciones no conducen a la culpabilización de los agentes ejecutores de la traición (como pueden ser los padres en muchos casos), sino a la necesidad de revisar las modalidades transgeneracionales de deterioro y degradación de los vínculos y su sostén en los enunciados fundamentales (casi siempre ligadas a la configuración contingente del devenir histórico de las colectividad a la que los sujetos pertenecen). La traición en el sentido que aquí abordamos no se circunscribe a la ocurrencia de actos de seres humanos ‘malignos’, sino a complejos fenómenos en que sujetos quedan atrapados en espacios de gran fragilidad simbólica donde el entrecruzamiento de la Historia y sus historias produce eventualmente actos de traición.

1.3.3.2 El *therapôn* es el otro que acompaña en la catástrofe y frente al Otro que a-Cosa. Posición política del *therapôn*.

⁴⁴ Cecilia Ríos, *Relación entre psicósomática y psicosis: Una investigación clínica desde el psicoanálisis*, Tesis de Maestría en Psicología Clínica, UNAM, 2004, p. 73

⁴⁵ Resulta interesante apuntar que en el sistema penal mexicano existen cinco agravantes para los delitos: Premeditación, alevosía, ventaja, **traición** y sesgo de género. Respecto a la diferencia perversión/perversidad, nos referimos a que puede hallarse en tales actos una estructura perversa de por medio, o una manifestación pervertida desde la inconsistencia neurótica (por ello referíamos a la *hamartía* griega, que podría conceptualizarse actualmente como un exceso de carácter).

Por otro lado, para regresar a la exposición sobre el tercer principio de Salmon, la actitud expectante, podemos ahora decir con más claridad que ésta se refiere al sostenimiento de la posibilidad de reconstruir lo simbólico y la posición del sujeto en la realidad social. Esa expectación no puede ser sostenida mas que muy tenuemente por quien se encuentra en posición de caído, sumido en la confusión, en la reviviscencia psicótica de los momentos de dolor extremo⁴⁶, en la desorientación de los referentes de identidad y temporalidad de su yo ante la traición del Otro. Tal expectación [*expectancy*] debe ser sostenida por el *therapôn*, *the keeper of the mind*, recordemos. Pero al mismo tiempo, este último debe estar advertido de que su posicionamiento no puede ser ingenuo: no se trata de un agente de fe y bondad cuya buena voluntad será curativa de una manera simple. Por el contrario, se ha posicionado en un campo en que todo está definido, precisamente, por la caída de la coherencia de los enunciados de ese Otro, enunciados que sostenían toda la realidad del que ahora está psíquicamente postrado. Pues en lugar de una otredad confiable, ha aparecido para éste un Otro Real, una instancia oscura cuya acción podría apenas aludirse con la palabra *perversión*, refiriéndose a que sus acciones instrumentalizan y desubjetivan, escatimando cualquier dimensión de persona a los otros. Ese Otro Real es “un Otro sin otredad, para el cual nadie es alguien sino que es reificado en su Cosa” (Davoine y Gaudillière, op. cit., p. 180)

La actitud expectante del clínico en posición de *therapôn* es en este sentido, de manera necesaria e inevitable, una posición política. Si bien la mayoría de los discursos psicoterapéuticos, incluso psicoanalíticos, pueden encontrar la manera de hacer oídos sordos y taparse los ojos ante la imbricación del hecho clínico del trauma con la aparición de la perversión (en el sentido recién aludido) en el espacio social, para el *therapôn* sería imposible -o en su caso suicida- hacerlo. Nuestra realidad latinoamericana, y la mexicana en particular en los últimos decenios, nos muestra que como clínicos, una recepción de los efectos del trauma que escotomice la traición y la ruptura perversa de los vínculos como causales de éste, o para decirlo directamente: nuestra reticencia a mirar la génesis social del dolor

⁴⁶ Cyrulnik menciona, a propósito de lo dicho unas líneas arriba, cómo el dolor de una amputación puede equipararse al dolor de una traición, hablando neurológicamente (Boris Cyrulnik, 2003, op. cit.)

psíquico, sólo puede conducirnos a una posición cómplice de esa perversión. Hacer esto nos convierte fácilmente en reparadores de máquinas subjetivas (dando más allá del límite de nuestra escucha acogimiento al dolor laborando en el sistema DIF, Procuradurías de Justicia, Centros de Derechos Humanos en modelos de terapia breve que ‘parchan’ subjetividades para regresarlas al sistema de producción sin cuestionar que la lógica de éste ha producido el evento traumático); psicologizantes condenadores a la tramitación individual del dolor (entendiendo los eventos traumatizantes como un problema de ‘coping’ o afrontamiento que requiere ‘desarrollo de habilidades y competencias’); incompetentes burócratas de la ‘salud mental’ (“ese sujeto no es analizable, el goce mortífero y la pulsión de muerte son demasiado fuertes”, “que regrese en dos meses”, “que se haga cargo de él el psiquiatra”).

En contraste, la actitud expectante desde la posición de *therapôn* pone en juego, para decirlo en resumen, en un contexto de ruptura de la confianza fundamental entre los sujetos, una posible reparación de ésta, que no puede ser lograda sino desde una posición que muy difícilmente podría llamarse de saber o de poder. El *therapôn* opera estrictamente en un perfil muy bajo respecto a eso que suele llamarse “ser un experto”. Como terapeuta, realiza intervenciones que **en ocasiones** son más parecidas a las que haría un chamán, un payaso ritual, un contador de historias o propiamente un compañero de guerra, que a las que haría un profesional ‘psi’ común.

Por último, como miembro de una comunidad, en tanto su labor es entre tierras, su posición le obliga, tanto en el trabajo directo con los pacientes como en la comunicación con los otros miembros de la colectividad, a emplear un lenguaje sencillo que sea comprensible y no contribuya a dificultar *traducciones* acentuando los efectos segregatorios y dolorosos del trauma (por ejemplo, si se trabaja en instituciones, entre los diferentes profesionistas involucrados en la atención a lo que ellos llaman ‘usuarios’ o más desafortunadamente ‘víctimas’; en lo privado o simplemente entre el paciente y su familia).

Una manera lisa y llana de comunicarse propicia la confianza [*trust*] de la que hemos hablado antes, la comunicación interdisciplinar en los casos en que se trabaja en equipos de atención, así como la creación de espacios comunitarios de acogimiento para los sujetos que atraviesan un momento traumático. En esto último consiste el último principio de Salmon: la simplicidad. En el espacio de acompañamiento, ésta no solamente consiste en evitar el uso de terminología técnica, diagnósticos, o frases hechas desde los saberes ‘psi’, ni tampoco restringirse a un lenguaje coloquial ligero. Más bien **se trata de encontrar, en el espacio de la subjetividad transicional, formas sencillas y directas de aludir a los estados, lógicas y respuestas asociadas a lo traumático**, comprendiendo en todo momento que justamente es una tarea complicada pues constantemente se encuentra laborando en los márgenes de lo decible.

Como lo hemos visto, ocupar la posición de *therapôn* apareja una serie de complejas implicaciones. Su labor podría ser resumida en la expresión *sostener en acto la transicionalidad subjetiva*, como una táctica en medio de una escena de guerra que prosigue aunque no sea visible, para la espera del regreso a la dimensión de los vivos de aquél que ha sido echado fuera del campo del sentido por un Otro que le ha traicionado. El *therapôn* sabe que la labor historizadora, como la que atañe a un trabajo propiamente analítico, vendrá después del colapso temporo-espacial. Por lo pronto, está ahí para sostener el caos con el trabajo de sus producciones mentales más básicas, como la *rêverie* [ensueño] y los pictogramas ⁴⁷.

⁴⁷ Toda una tesis tendría que desarrollarse sobre el concepto de pictograma en Piera Aulagnier y la manera en que podríamos articularlo con la producción inter-inconciente de la subjetividad transicional. Anotamos aquí solamente algunos trazos que definen al pictograma: “Se debe señalar con claridad la indicación sincrónica de tres diferentes momentos que se unen para formar una experiencia global e indisociable: a) percepción sensible de un ruido, de un gusto, de un tacto, de un olor, de algo visto, fuente de placer, que coincide temporalmente con la experiencia de satisfacción de la necesidad alimenticia y la excitación efectiva de la zona oral; pero que coincide también con la satisfacción de una experiencia de la organización sensible (...); b) descubrimiento de un poder <ver, oír, oler, tocar, gustar> que será metabolizado por la psique en la representación de su poder de auto-engendrar el objeto y el estado de placer; c) representación de esta dualidad <zona sensorial-objeto causante de la excitación> mediante una imagen que los pone en escena; a esta entidad la llamamos < la imagen del objeto-zona complementario>.”

Piera Aulagnier, *La violencia de la interpretación, del pictograma al enunciado*, Argentina, Amorrortu, 2001, pp. 53-57.

En el apartado 2.3.2 ampliaremos las consideraciones a este respecto.

Más arriba nos preguntábamos: ¿La posición clínica del *therapôn* podría considerarse parte del dispositivo psicoanalítico? ¿Es posible articular conceptualmente una modalidad como ésta, que como iremos desplegando es cualitativamente diferente al posicionamiento estándar del psicoanalista ante situaciones de neurosis? En el siguiente capítulo nos abocamos a una posible respuesta a estas cuestiones.

CAPÍTULO 2

El *discurso del therapôn* en diálogo con el *discurso del psicoanalista de Lacan*

2.1 El tenor de la propuesta

La posición clínica del *therapôn*, como lo hemos desarrollado en el capítulo anterior, requiere ser diferenciada de la posición estándar del psicoanalista, en tanto la clínica de lo traumático impone necesidades particulares respecto a lo que ocurre en las proximidades del campo de batalla, de la zona de guerra: ahí donde el pacto simbólico se ha roto y el dolor de las heridas reales y el dolor de la traición y el abandono se confunden. Ahora bien, ¿cómo articular la noción de *therapôn* a otras

formulaciones psicoanalíticas, particularmente a aquellas que definen la posición del analista y fundamentan los principios de su actuar?

Tratemos de sortear primero algunas dificultades. En el espacio de la teorización psicoanalítica, autores como los que he retomado en el desarrollo del capítulo anterior son relativamente marginales. En el mundo freudiano ortodoxo, la mayor parte de la reflexión sobre el trauma parece circunscribirse al tema del abandono de la teoría traumática por parte de Freud en lo que concierne al posible abuso sexual infantil en “sus histéricas”. Alguna referencia también al Proyecto de Psicología para neurólogos. Por otra parte, en el mundo ortodoxo Lacaniano, pareciera que todo aquello que no está referido a la palabra del Maestro (Maître, Master = Amo), y además atendido a una lógica hermética del pie de la letra respecto a los textos canónicos, o de las elaboraciones de los líderes de escuela, no tendría razón de ser discutido e incluido en el trabajo elaborativo de la teoría en los grupos e instituciones.

Esto por supuesto es una caracterización general que planteo a título de provocación. Es claro que al paso del tiempo y de manera diferenciada en las diversas agrupaciones los posicionamientos y lecturas varían, y la riqueza de la diferencia en el psicoanálisis mexicano es cada vez mayor. Pero valga mencionar como ejemplo que el libro *La locura Wittgenstein*, ópera prima de Françoise Davoine, autora que he multicitado más arriba, publicado inicialmente por la editorial psicoanalítica de la letra, fue inmediatamente abjurado por la ELP (“ se trata de literatura”, dijeron), y el diálogo con su autora, y su pareja, Jean-Max Gaudillière, suspendido tras la publicación.

Las características academizantes y coloniales del movimiento Lacaniano en específico han tenido como resultado un pasmo generalizado en la forma en que la propuesta del autor que propuso el retorno a Freud ha sido decodificada y asumida. Aún en instituciones que propusieron durante muchos años una lectura libre,

abierta y plural del psicoanálisis -como el Centro Psicoanalítico Mexicano A. C., donde fui docente por diez años, - muchos formandos se sentían apabullados por la complejidad y extensión de la obra de Lacan. Al momento de intentar responderse la pregunta por el comienzo de su labor como psicoanalistas, se sentían angustiados, percibiéndose a sí mismos en una posición de ignorancia paralizante. Por supuesto esto tiene una relación directa con sus propios procesos analíticos y de construcción del conocimiento; sin embargo, en lo que a la transmisión de la teoría respecta, pude percibir que esa sensación estaba asociada a una gran dificultad para entender los conceptos como algo de lo que ellos podían disponer para pensar por sí mismos. Dice Rodolfo:

“...encontramos una diferencia sustancial entre quien puede *jugar* con las identidades teóricas que circulan a lo largo de la enseñanza, y así hacer “como si” fuese Lacaniano, kleiniano o cualquier otra cosa, mientras que en otras ocasiones vemos lamentablemente un prematuro cierre de la cuestión, donde tales nominaciones no se sostienen en lo lúdico y se constituyen el significantes del superyó, situación en que el sujeto es abrochado y conminado a localizar su posición ‘en serio’ muy prematuramente, sin la oportunidad de realizar un itinerario que no significa otra cosa que la apertura de un espacio donde la *deseancia* pueda respirar. [He sostenido la tesis de que] la posibilidad potencial de una cierta formación psicoanalítica (...) era justamente no coagular identidades teóricas, estimular la dimensión lúdica del trabajo intelectual y descubrir el psicoanálisis jugando para lo cual remarcaba también la necesidad de defender una enseñanza pluralista y sobre todo, una transmisión apuntalada en él. Es decir, todo aquello que las instituciones psicoanalíticas en general desalientan y que tantas y tantas veces nos aflige cuando analizamos supervisamos a colegas: síntomas o rasgos ya egosintónicos de esclerosamiento precoz del pensamiento, que inmediatamente nos avisan de un proceso de juego detenido, disociado, cuando no en franca involución (...) Ahora bien, psicoanalíticamente hablando hay sólo una manera, y sólo una de tomar el toro por las astas: ligar la categoría mítico-histórica del trabajo al deseo, o al desear mejor aún, como eje de la producción subjetiva...”

Ante esto, Rodolfo propone al jugar como el fiel de la balanza que permite una posición óptima del sujeto como deseante en el contexto del aprendizaje y de la institución. Después de diferenciar una concepción estereotipada del juego como algo relativo a la infancia, como un “entrenamiento para la vida”, o como un despliegue que podría identificarse solamente por la presencia de juegos o juguetes conocidos, remata:

“...el único criterio válido para decir que algo pertenece al registro lúdico es descubrir ahí circulación libidinal, despliegue, y no sólo deseo familiar [o institucional] que toma al sujeto de blanco.”⁴⁸

En el tenor de estas reflexiones sobre la formación y la transmisión se inserta este capítulo. En las líneas siguientes, me tomaré la libertad de presentar una propuesta que articula los desarrollos del capítulo anterior a una conceptualización en términos de los matemas Lacanianos que dan pie a la propuesta de los cuatro discursos desplegada en el Seminario 17⁴⁹, y en sintonía con algunos desarrollos del Seminario 10⁵⁰. La propuesta privilegia el despliegue de la lógica clínica por encima de la fundamentación epistemológica.

2.2 Referencias conceptuales lacanianas para la formulación del *discurso del terapón*

⁴⁸ Ricardo Rodolfo, El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana. Buenos Aires, Paidós, 1996, pp. 193-195

⁴⁹ Jacques Lacan, Seminario 17 El reverso del Psicoanálisis Buenos Aires, Paidós, 1994

⁵⁰ Lacan, J. Seminario 10 La Angustia Buenos Aires, Paidós, 1994

Desarrollemos ahora algunos elementos para comprender con mayor detalle cómo podrían ser enunciadas en el entramado conceptual freudiano y lacaniano y puestas en relación en un contexto clínico tanto la posición del sujeto traumatizado, como la del *therapôn*, tal como las hemos descrito en el capítulo anterior.

De inicio resulta sumamente importante establecer la relación existente entre algunos conceptos prínceps de la teoría Lacaniana: la angustia, el objeto *a* y la dupla falo/castración, con el fin de establecer los referentes posicionales de la formalización que proponemos sobre la posición del sujeto y el *therapôn* en la clínica del trauma.

2.2.1 La castración

La castración es para el sujeto una función que ordena su relación con el mundo en una legalidad organizada por el Otro. Es a partir de ella que el sujeto despliega su deseo: la deriva de sus pulsiones y la vivencia de placeres y displaceres en relación con la palabra, tanto en su función nominativa como en la legislativa. Es desde sus primeros años que cada sujeto se encontrará colocado en un espacio de transmisión en la que los otros encargados de su crianza le proveerán de un mito familiar⁵¹, que tomando cuerpo desde el cuerpo mismo de la madre representará para él un gran conjunto vivo de elementos significantes que a lo largo del tiempo podrán ir fungiendo como comandos superyoicos que desde el Otro ejercerán un control sobre él, pero también serán herramientas útiles para la exploración del mundo, la negociación con los otros y la búsqueda de realización de sus pulsiones. Es en ese primer trayecto de vida que los agentes de crianza transmiti-

⁵¹ “ ...diría un poco más acerca de lo que entendemos por mito familiar, que se puede caracterizar por lo que un niño respira allí donde está colocado; mito familiar entonces homologable en su función al aire, al oxígeno, homología que apunta más a lo isomórfico que a lo meramente análogo. Lo que se respira en un lugar a través de una serie de prácticas cotidianas que incluyen actos, dichos, ideologemas, normas educativas, regulaciones del cuerpo, que forman un conjunto donde está presente el mito familiar. Para tomar un ejemplo, cuando uno le dice a una niña: ‘es feo que una nena haga eso’, no hace mas que poner en acción el mito familiar, un trozo de ese mito que en este caso concierne a la diferencia sexual.” Ricardo Rodulfo, Op. Cit., p. 36.

rán al pequeño sujeto, para que éste pueda ocupar un lugar reconocido por los miembros de su colectividad, que el ejercicio de sus pulsiones debe encaminarse dentro de ciertos márgenes y en una cierta lógica, que variará de cultura a cultura, pero que cumplirá con un elemento común universal antropológico que es la prohibición del incesto mayor y el parricidio, lo que ordenará las relaciones de parentesco y la colocación idéntica haría del sujeto en el lazo social. Esto último constituirá el orden de la Ley, y es a su abrigo que se desplegará el detalle de los procesos de castración, que implicarán la sujeción paulatina del cachorro humano al lenguaje como espacio vital, lo que convertirá su organismo biológico en un cuerpo, y a suceder animal en un sujeto del lenguaje.

Dolto⁵² despliega magistralmente la sucesión de momentos castratorios en una secuencia que podríamos resumir así:

- a) castración umbilical: el bebé debe ser asumido por sus padres, incluso desde antes de su nacimiento, como un ser humano separado, con identidad propia, diferenciada de ellos. Al ser nombrado, y al serle asignados los apellidos, se convertirá al mismo tiempo en miembro de una colectividad y en un proyecto de sujeto que poco a poco y de acuerdo a ciertos ritos de pasaje se irá convirtiendo en un ser autónomo e independiente de su familia, a la vez que sujeto a las regulaciones de su grupo social.
- b) castración oral: el contacto alimenticio y el embeleso madre-bebé de los primeros meses cederá poco a poco ante la separación física, y ante la modificación de la relación alimenticia cuerpo a cuerpo (a partir del destete) por un intercambio regulado por palabras y en el que la negativa y la negociación se vuelvan parte del vínculo de la diada.
- c) castración anal: las funciones corporales del niño pequeño encontrarán gracias a la regulación de quienes lo crían un margen de acción que permita a la vez un despliegue autónomo y exploratorio de las funciones de

⁵² cf. Françoise Dolto, *La imagen inconsciente del cuerpo*, México, Paidós, 1979

su cuerpo en el mundo, y una limitación protectora de los riesgos de hacerse daño o ser atacado.

d) castración edípica: el niño encontrará, al mismo tiempo que una limitación en el contacto físico placentero y el fantaseo con los miembros de su familia, la promesa de encuentro legítimo con un miembro de otra familia, para el ejercicio de su sexualidad y la realización de la paternidad.

La castración implica a partir de este trayecto un balizamiento, un registro de fronteras que organiza el espacio y el tiempo del sujeto en tanto territorializa lo accesible y lo prohibido mediante la palabra y la acción, así como los referentes de lo no conocido, lo secretamente fantaseable, lo imposible. La castración, además, en su origen, establece las posibilidades del pacto al que aludíamos al final del capítulo anterior, pacto con los enunciados del fundamento de una colectividad: el ejemplo más claro de esto sería una familia incestuosa, para la que la no realización de la castración edípica implicaría una ruptura básica con el acuerdo de su cultura sobre los intercambios sexuales y las estructuras del parentesco.

En tanto que el sujeto tiene que vérselas con la castración (como producto de un tránsito estructurante de crianza), sabe que su salida de la familia y su entrada al mundo estarán signados por las negociaciones y movimientos que puedan ser operados en el orden signifiante. Ahí es donde encontrará en efecto la extraña constatación de la dimensión ficcional de su relación con el mundo social, la incertidumbre de la mentira y el engaño, pero al mismo tiempo hallará el espacio de juego que le permitirá tener la experiencia de una cierta -aunque a veces sea mínima- libertad deseante.

2.2.2 La angustia

La angustia se produce, dice Lacan -a partir de lo que había desarrollado en el Seminario 4 sobre el caso del pequeño Hans de Freud⁵³- ante la falta de la falta, o dicho en otras palabras, ante la descomposición del arreglo que permite al sujeto encontrar esa sujeción, y esa movilidad identificatoria y deseante que la castración le provee, ya que la función castradora es la que garantiza hasta cierto punto la colocación del sujeto en el orden de la falta y el deseo, y provee los referentes de su relación con el campo del Otro. En el seminario 10, Lacan llegará a decir que

“el objeto aparece donde - φ falta”.

Aquí retomará lo que había planteado años antes en el Seminario 4⁵⁴, insistiendo en que lo que angustia radicalmente al sujeto es la ausencia o la pérdida de referentes de su yo en el campo del Otro. Para Juanito, en esos años infantiles, el hecho de que su padre se colocara frente a él en una posición infantil, aparentemente ignorante de la diferencia anatómica de los sexos, incapaz de situarse como una autoridad que podría guiarle en el balizamiento de su espacio vital para entender lo permitido y lo prohibido, y ante una madre seductora que le presentaba formulaciones y escenas confusas respecto a la significación de su cuerpecito de varón para el placer de ella, desembocó en una imposibilidad identificatoria y en un estado que sólo encontraba límite a la angustia a partir de la colocación de ésta en la montura de un objeto pretextual –el caballo- que se convirtió en el motivo de su fobia.

Lacan nos muestra cómo la estabilización provista por la castración y el orden significativo para que el sujeto sepa cómo relacionarse con lo que el otro le presenta

⁵³ Jacques Lacan, El Seminario 4 La relación de objeto Buenos Aires, Paidós, 1994

⁵⁴ Jacques Lacan, Seminario 4 La relación de objeto, Buenos Aires, Paidós, 1994.

como vías para desear (con una cierta promesa de plus de goce implícita pero siempre velada), se ve vulnerada cuando la falta falta (como cuando Juanito quedaba atrapado ante las bragas de su madre sin poder desear otra cosa que lo que no se puede desear, y sin poder identificarse con su padre). El sujeto queda sin protección en un no-lugar para sí mismo ante el Otro. Es entonces que, dando sentido a la expresión recién citada, el objeto *a* se presentifica ahí, en ese escenario: el del fracaso de la castración.

2.2.3 Falo y fantasma

En el seminario 10, Lacan nos propone un el cuadro matricial de doble entrada en el que re-elabora la tríada freudiana inhibición-síntoma-angustia. Ahí sitúa las dos resoluciones extremas con las que los sujetos enfrentados a la angustia podemos responder al riesgo que ésta nos implica en tanto descolocación del yo en el campo del Otro como producto de la *falta de la falta*. Se trata del *acting out* y el *pasaje al acto*. Lacan menciona que ante la certeza de la angustia (certeza de la pérdida del piso del sujeto en el campo del significante que regula su posición y su relación con el Otro), son las reacciones de mayor respuesta motriz a las que acude como un intento de restituir su lugar subjetivo y deseante ahí donde lo ha perdido⁵⁵.

⁵⁵ Será interesante contrastar esto con lo que trabajaremos en próximos apartados sobre las respuestas programadas a nivel fisiológico ante los peligros (“fight, flight or freeze”)

M O V I M I E N T O	D I F I C U L T A D		
	<i>Inhibición</i>	Impedimento	Embarazo
	Emoción	<i>Síntoma</i>	Pasaje al Acto
	Turbación (conmoción)	<i>Acting-out</i>	<i>Angustia</i>

Tabla 1.- Cuadro de doble entrada presentado por Lacan en el Seminario 10, La Angustia, a partir de la clase 1.

Es importante acotar aquí haciendo referencia a las otras posiciones en el cuadro matricial, que correlativamente con la caída en el estado de angustia se da un colapso de los referentes fálicos tanto simbólicos como imaginarios: es decir que el sujeto, al perderse de la castración, pierde también el *falo* en términos proporcionales.

Dicho en otras palabras, la colocación de aquello que Lacan llamó el *falo*, tanto en su dimensión simbólica como imaginaria, depende de la manera en que el sujeto haya transitado su paso por el Edipo y la castración. En cuanto a la dimensión simbólica del *falo*, que Lacan escribe con la letra griega Fi mayúscula



éste se instituirá para el sujeto castrado, nos dice Lacan, en el significante de la falta en el otro: el *Falo* representaría la significación absoluta, aquel elemento fuera de orden, diferente a todos, que al ser enunciado diría todo lo que hay por decir y ocluiría toda demanda. Y precisamente al no poder ser enunciado, el Falo permanece como el referente imposible y faltante que motiva el desplazamiento constante de las significaciones y la reorientación permanente de las cadenas discursivas de los sujetos en búsqueda de la Verdad, el Bien, el Sentido, etc. Por lo que toca a la dimensión imaginaria del *falo*, que Lacan escribe con una f minúscula, esta referiría a un conjunto de significaciones ancladas a la anatomía del cuerpo y ligadas a la turgencia, a lo que se yergue, lo enhiesto, lo que puede penetrar⁵⁶. Por extensión, lo fálico en su sentido imaginario refiere también a las herramientas e instrumentos que amplifican o habilitan estas características en el cuerpo, ya sea masculino o femenino. En general, lo fálico refiere al uso de las palabras, ya que éste remite tanto a la dimensión simbólica en la que el Falo orienta la producción discursiva, como a la dimensión imaginaria en la que el sentido que crean puede tomar una forma inflada y penetrante.

Regresando al cuadro matricial del Seminario 10, encontramos que en la línea horizontal inhibición-impedimento-embarazo, que Lacan caracteriza por un grado de dificultad en aumento, si se me permite hacer una lectura equiparando el falo con un arma, lo que además retoma la resonancia de los espacios de guerra a los que nos hemos referido al desarrollar la idea y posición del *therapôn*, implica desde la incapacidad del sujeto para empuñar ésta (inhibición, no poder sostener alguna forma de potencia), pasando por el estorbo que le permite hacer uso de ella (impedimento) y hasta la imbricación estorbosa de su cuerpo mismo con el arma (embarazo), lo cual le impide utilizarla. En la línea vertical de movimiento creciente del cuadro matricial, la colocación de la emoción y la turbación implican grados de

⁵⁶ Pascal Quignard nos remite a la etimología de falo, recordándonos su derivación de la palabra latina *fascinus*, lo que atrae la mirada. Cf. Pascal Quignard, *Le sexe et léffroi*, paris, Gallimard, 1994.

descontrol y desorganización de la motilidad que harían torpe e incluso autodestructivo el uso del arma. Un sujeto inhibido es incapaz de usar los atributos básicos que de derecho le han sido concedidos. El sujeto del síntoma tiene el arma en sus manos pero la inhibición, el embarazo y la turbación no le permiten hacer gran cosa con ella.

Es importante notar a partir de esto que la aproximación del sujeto a la angustia, es correlativa de un colapso de su relación con la dimensión fálica en ambos de los sentidos trabajados por Freud: el ser y el tener.

2.2.4 Síntoma y realidad fantasmática

Si observamos la estructura vectorial del cuadro matricial de Lacan podemos constatar cómo el síntoma constituye una especie de nudo, en el que casi siempre logramos una estabilización en nuestro decurso pulsional antes de desembocar en un estado angustiado. Como sujetos contamos, mientras la castración opere como estructurante en nuestra relación con el Otro, con el nudo del síntoma. Esto implica dos cosas:

La primera, que respecto al territorio de la castración y el falo estamos en condiciones de dirigir al Otro un discurso en el que podremos estructurar una demanda, una queja o incluso una ofensa. Y que ese mensaje, al ser sancionado por aquel, determinará un lugar para ambos. Ese lugar sintomático, si bien podrá llegar a ser muy incómodo, permanece en posibilidad de ser sancionado por la Ley, y en ese sentido estará regulado por una instancia tercera que estará en posición de des-trabarlo relanzando las posibilidades de significación.

La segunda, que desarrolla Lacan en el Seminario 10, es que gracias al síntoma podemos urdir una colocación del objeto a causa del deseo fuera de la escena de

nuestra realidad. En la relación sintomática, el objeto **a** permanecerá como una referencia, como un supuesto lógico indispensable para complementar la lógica de nuestra relación con el otro, pero no se hará presente: el objeto **a** no es el partenaire; tampoco soy yo, porque en tanto lo fuéramos, la angustia se haría presente disolviendo nuestra subjetividad, ya que esta se estructura precisamente a partir de la distancia relacional y la posición que tomamos frente a ese objeto causa del deseo.

La falta, esa a la que Lacan refiere como la que es preferible que no falte, es a la vez la garantía de que ese objeto **a** no se encuentra crudamente presente en la escena de mi relación con el Otro (sobre todo que yo mismo, mi cuerpo no es ese objeto), y de que los intercambios entre los cuerpos -con el placer y displacer que implican- se insertan en una dinámica regulada por un orden simbólico al que los participantes están sometidos y en el que ninguno de ellos podrá tomar un lugar absoluto, al estar supeditados ambos al orden de la castración.

\$	◊	a	/A	(A)
Un sujeto en falta	se pone en relación	con los objetos y placeres del mundo,	como organizados por una Otredad cuyos agentes están sujetos a la Ley.	En un horizonte de respaldo al ejercicio de la Ley por /A, se encontraría una instancia abstracta, absoluta, no impersonable, garante de la consistencia y validez de esa Ley.

Tabla 2.- El fantasma, organizado desde un Otro en falta.

La angustia se corresponde con el colapso de la estructura fantasmática de la realidad, tal como la describe la fórmula del fantasma desglosada y ampliada arriba. Aparece de manera correlativa con el borramiento o disolución de esos referentes simbólicos que permiten al sujeto referirse a un lugar identificatorio y participar activamente en la configuración de una relación a través del despliegue de algún recurso fálico. El puro movimiento emotivo y turbado; la pasividad carente de recursos, son los estados que denuncian ese colapso de lo simbólico y acercan al sujeto a los últimos recursos para no perder precisamente su lugar como entidad deseante.

2.2.5 *Acting out* y Pasaje al acto

El sujeto presa de la angustia tendrá sólo salidas extremas ya que sus manos y su lengua están vacías (carencia de potencia fálica) y su cuerpo está dejando de serlo (atrapamiento como cosa en el campo del Otro, en un espacio no regulado por la Ley). Como lo menciona Piera Aulagnier, el sujeto atrapado en un campo de violencia sobre su yo está dejando de ser un castrado para convertirse en *el lugar*

*mismo de la castración*⁵⁷. Veamos con un poco más de detalle cuáles son las dos salidas extremas con que cuenta para escapar a esto.

El *acting out* constituye la respuesta al alcance de un sujeto que momentáneamente ha quedado sin recursos de palabra suficientes para inscribir en el registro simbólico algo de lo que ha producido su encuentro con el Otro. Sin embargo, el vector del movimiento, en el grado incrementado de la turbación le permite, a través de una mostración teatralizada, hacer que aquello que no puede decir se convierta en lo que el lenguaje teatral se llama *dramaturgia del actor*⁵⁸: lo actuado fuera de guión se propone como un material a ser integrado a posteriori a la estructura textual de la obra. En el *acting out* el sujeto no está en condiciones de producir un discurso que interpele al otro, pero al mostrar lo que no puede decir introduce en el campo de la significación los jeroglíficos de su mímica corporal. De esa manera, y al colocar su agitada presencia en el escenario relacional, discurre con su actuación y permanece en el campo posible de la demanda de amor e interpretación... y también del equívoco.

El *pasaje al acto* es realmente el último recurso: ocurre en condiciones más extremas, en las que el sujeto, atravesado por una barra (a eso remite la etimología de 'embarazo') se encuentra en la peor condición de dificultad, dada por un *impasse* identificatorio y una anulación de sus poderes fálicos. Al no tener un lugar desde el cual articular un discurso, sin contar con el reconocimiento mínimo del Otro o siendo anulado por éste, los recursos de palabra y acción quedan extrema-

⁵⁷ Si bien Aulagnier desarrolla estas ideas en el contexto de la teoría y clínica de la psicosis, y se refiere específicamente a los casos en los que pequeños sujetos son sometidos a una violencia continuada en contra de las manifestaciones autónomas de su yo, lo cual produciría como respuesta a esa *violencia secundaria* una interpretación de la violencia en términos particularmente delirantes, retomo en este otro contexto la expresión "el lugar mismo de la castración" en tanto que describe de manera transversal de una manera muy precisa aquello con lo que se encuentra un sujeto preso en una trampa determinada por los mismos factores, en la lógica del trauma tal como la venimos desarrollando en los apartados anteriores. Cf. Piera Aulagnier, op cit., 1984.

⁵⁸ Marcela Sosa, *Las fronteras de la ficción: el teatro de José Sanchis Sinisterra*. Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004.

damente reducidos. Así, el acto representa una ruptura radical de la superficie de sentido que se encuentra a disposición del sujeto, y se convierte en

“...ese modo destacado de la acción en el cual el sujeto cae, identificado con el *a*, como modo último de evitación de la angustia.”⁵⁹

‘Identificado con *a*’ querría decir que el sujeto se encuentra en un callejón sin salida pues aquello que el Otro le demanda se encuentra más allá de toda referencia a la Ley y de todo intercambio regulado. Esto quiere decir que la trampa a la que aludimos implica que el Otro no le solicita al sujeto el sacrificio parcial de una de las modalidades de la castración mencionadas arriba (oral, anal, etcétera); la dimensión de la Otredad se le presenta al sujeto de un modo más radical, con la vestimenta de la Cosa (aquello más allá de toda referencia simbólica que, una dimensión estrechamente relacionada con las primeras figuras de crianza, en su potencialidad de anular al hijo como posible sujeto).

“Lacan enfatizada pregunta: ¿qué está al comienzo? Pues *el deseo de la madre; y este consiste en reintegrar su producto*. Es allí mismo cuando la madre aparece ante el *infans* como *Das Ding* (...) La relación de la madre con su hijo ubicado en lugar fálico es de absorción o, como dijimos el movimiento se dirige conforme con un intento de reabsorción de su propio producto. En esta situación, el nombre del padre debe hacer de separador, y sintiendo, instalando un corte entre la cosa y el niño (...) Las distingue es totalmente indefinible; tan desdibujada como acechante, terrorífica y tentadora. Es por este hecho que en lo fenomenológico, la angustia se presenta como sin objeto definido. El sujeto dice angustiarse, sin saber ante qué o quién, o porque padece (...) *El objeto que provoca la angustia en el neurótico es la*

⁵⁹ Roberto Harari, El seminario ‘La Angustia’ de Lacan: una introducción. Buenos Aires, Amorrortu, 1993, p. 47

*a-Cosa, vale decir, el deseo del otro en tanto exige que el sujeto borre sus límites, entregándose le en forma incondicional. Lacan señala que en ese lugar se encuentra, supuestamente, una suerte de goce que se alcanzaría mediante dicha entrega. Tal goce no existe, pero no porque ese goce del Otro no exista, deja de creerse en el. El sujeto, desde su goce parcial, limitado, restringido, en tanto fálico, presume la existencia de un goce total al que no le asigna otra localización que la situó hable en el campo del Otro (...) El lugar donde se presume la existencia del goce del Otro es el de la Cosa.”*⁶⁰

Este Otro presentificado así, no solicita algo del sujeto mediante la demanda, es decir, no se coloca en una posición a la que el sujeto pueda responder desde el síntoma; solicita en cambio al sujeto mismo, en el extremo de las cosas, convertirse ya sea en un objeto de desecho, o en un apéndice que funja como un órgano de su propio cuerpo. Ante ese mandato ineludible, y como una última defensa ante la angustia (que representaría la desaparición total de su Yo), el sujeto abandona la escena de la significación sintomática para convertirse él mismo en ese objeto a faltante que representaría la reinstauración del orden deseante y la saciación de la voracidad del Otro. Aunque en este acto al sujeto le vaya su propia vida –como en el suicidio-, su efectuación no podrá no ser un último trazo activo e inevitablemente un mensaje para ese Otro. Es decir, su último acto como sujeto es dejar de serlo.

El colapso de la realidad estructurada fantasmáticamente implicado en el pasaje al acto representa una inversión de los términos de la fórmula del fantasma y una re-colocación en la siguiente lógica:

⁶⁰ Roberto Harari, op. cit., pp. 70-73

a	<	A	[]
el sujeto queda reducido al lugar del objeto o instrumento que obtura la voracidad del Otro	se encuentra bajo una dominancia y no puede desplegar potencias fálicas	el Otro que a-Cosa somete al sujeto a dos posiciones extremas: lo traga (lo incorpora como parte suya sin darle autonomía) o lo excreta (lo expulsa de su espacio sin otorgarle reconocimiento)	ausencia de toda regulación tercera

Tabla 3.- Colapso del fantasma, colocación del sujeto en el lugar del objeto de desecho

2.3 Introducción del *discurso del therapôn*

Hemos abordado desde algunos conceptos lacanianos cómo aproximarse a la caída del sujeto en la angustia. Hemos visto a muy grandes rasgos cómo el lugar de la angustia corresponde al borramiento de los referentes que ordenan la relación del sujeto con ese Otro se representa la coherencia del mundo simbólico, y que es representado por diversos agentes entre los cuales los adultos que criaron a ese sujeto son fundamentales. Al perder la posibilidad de ubicarse identificatoriamente y de hacer uso de la voz legítimos instrumentos fálicos son con que puede contar, el sujeto queda expuesto a esa faceta del Otro como un Otro Real (Davoine y Gaudilliere) o como un Otro que a-Cosa (Harari, Lacan). Esto quiere decir que su relación tanto con los otros-semejantes como con los Otros fundamentales de su vida se ve, correlativamente con la angustia desprovista de mediación, de regulación por la Ley, de sentido provisto por la posibilidad de encadenar un discurso que dé lugar al deseo.

Pero estas afirmaciones teóricas y estas articulaciones conceptuales sólo tienen sentido si las referimos a realidades clínicas.

La angustia describe, para empezar, una relación particular del sujeto con su *pat-hos*. Como lo he desarrollado en otro lugar ⁶¹, si bien la *señal de angustia* podría equipararse un afecto en tanto que el Yo puede tener cierta noticia de ese Estado, reconocerlo, nombrarlo y eventualmente defenderse de él, la angustia en sí misma

⁶¹ Francisco Landa (2003) La sagrada familia del psicoanálisis. Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos, México.

no puede entenderse como un estado del Yo. Como lo hemos dicho, el Estado de angustia corresponde más precisamente con el colapso del Yo a partir de la pérdida de sus referentes fundamentales. Es decir que no se trata de un afecto del yo, sino invasor y anulador del yo. En este sentido, el *pathos* de la angustia es el más radical y se diferencia de otros estados que se pueden encontrar en la clínica.

En el siguiente capítulo hablaremos de cómo el estado angustioso debe ser referido también a las condiciones neurológicas producidas por la caída en una trampa traumática: es decir que las funciones del Yo no solamente se encuentran colapsadas en el sentido en que los psicoanalistas podríamos entenderlo, sino que dependiendo de la situación vivida por el paciente, es muy probable que también se encuentren dañadas funciones neuro-yoicas de pensamiento, procesamiento de información y ejecución: aquellas a las que nuestros colegas neurólogos, médicos y psicólogos suelen poner más atención, debido a las reacciones cerebrales se dan al confrontar situaciones que implican un peligro extremo o incluso el riesgo de desaparecer.

Dado todo esto, el paciente identificado no suele ser el portavoz de un discurso que pueda ser considerado claramente como una solicitud de asistencia terapéutica o incluso una queja. La palabra que se dirige a nosotros suele provenir de terceras personas, que se sienten responsables de proveer ayuda al sujeto que se encuentran angustia, y a la vez se perciben incapaces de solventar el vínculo con él: sus familiares, la escuela, los médicos, etcétera. Igualmente, nos referimos a aquellas situaciones en las que, por encontrarnos laborando en instituciones como hospitales, escuelas u otras, es nuestra tarea de acuerdo a nuestra posición institucional enfrentar los efectos de ciertas crisis en los sujetos que son usuarios de los servicios institucionales. De este modo, en el encuentro clínico con la angustia no solemos hallarnos sino indirectamente frente a personas que porten una palabra, una posición de voz y rostro detrás de un discurso de queja o solicitud de escucha clínica. En contraste, lo que solemos enfrentar -en quienes se encuentran en estado de sufrimiento extremo- son situaciones de pérdida de lugar subjetivo: sujetos sin habla, sin discurso, sin cuerpo, sin lugar.

2.3.1 La lógica del *discurso del psicoanálisis*

En su Seminario 17, Lacan, a partir de una matriz de cuatro elementos propone una formalización de lo que, de acuerdo a su análisis, solas cuatro formas en que se estructura el vínculo social. Remitiendo a la lectura del seminario para una comprensión contextual e integral del sentido de esta propuesta de Lacan, nos limitaremos en este momento a realizar una breve revisión de los elementos básicos del discurso del psicoanálisis, que junto con el de la histeria, el universitario y el del Amo constituyen el cuarteto propuesto por Lacan.

Recordaremos brevemente antes que nada la composición lógica de la matriz de los discursos, que a su vez constan de cuatro elementos básicos colocados en la parte superior e inferior de dos líneas horizontales. A cada lugar corresponden las siguientes posiciones:

<u>agente</u>	→	<u>otro</u>
verdad	//	producción

agente.- Se trata del sujeto en posición de proponer un lazo social a partir de una producción discursiva

otro.- Es aquel que es interpelado por el agente mientras ocupa una posición dada; esta posición se co-determina con la del agente en una relación específica, que es una modalidad del lazo social

verdad.- Se refiere a un contenido de verdad inconsciente que determina el sostenimiento del sujeto en ese lugar específico de agente, es decir, este sujeto no sabe todo lo que causa su decir desde ese lugar, y sin embargo puede operarlo.

producción.- El otro del discurso, impelido por la interlocución del agente, generará una respuesta que le representará a la vez una pérdida y un movimiento signado por la generación de una nueva significación.

→ **interpretación.**- La flecha indica el carácter interpretativo que el discurso del agente ejerce sobre el otro de la interlocución. En realidad esta flecha lleva implícita una dirección inversa del otro hacia el agente, que se denominaría transferencia, es decir, el efecto de saber que el discurso del agente genera en el otro y que lo lleva a producir.

 , // .- Las barras separadoras horizontales implican el efecto de represión: las posiciones y discursos del agente del otro están escindidas de sus condiciones de producción inconsciente. La doble / representa el irresoluble divorcio entre la verdad inconsciente que se encuentra en el origen de ambas posiciones.

Cuando Lacan formaliza en particular el discurso del psicoanalista, propone la siguiente lógica:

a → §
S2 // S1

a El analista, desde un lugar de semblante del objeto causa del deseo (a), se dirige a un sujeto

\$ que, preocupado y aquejado por su síntoma, confrontado por su falta de ser y saber (representada por la barra que lo atraviesa), es llevado a producir

S1 aquellos significantes destinales inconscientes a los cuales respondía sin saberlo. Como resto de esta operación, el analista queda escindido de un saber

S2 que en la interpretación tomó el carácter de enunciación verdadera singular, sin referir a una Verdad que se pueda universalizar y sostener como referente para otros sujetos.

El sentido del dispositivo analítico se encierra en esta formulación, en la que la colocación del analista es clave: su formación, su paso por su análisis le permite colocarse ahí donde no hace eco ni refuerzo de las certezas del yo; donde su silencio y su retiro del campo de la mirada –al usar el diván- le permiten atraer como un imán la producción discursiva llena de falsas certezas donde el ser se busca en el pensar, y educir el saber reprimido que bajo los efectos de la represión solo alcanzaba a asomarse furtivamente en las formaciones del inconsciente.

Si el analista aguarda pacientemente el despliegue discursivo de quien acude a él, actuando desde la cautelosa contención a responder a las demandas de curación orientadas por ideales, a acudir al fortalecimiento de la persona desde su Yo, será capaz de encaminar el pedido inicial de ayuda hacia el despliegue de un análisis. A lo largo de éste, y a través de la puesta en efecto de la regla fundamental de la asociación libre, el mundo fantasmático del paciente se desplegará, develando la

trama destinal oculta de sus desventuras, precipitando la destitución del sentido en el que colocó sus estandartes identitarios, sus vínculos, sus proyectos y la interpretación de su pasado. Y si todo marcha, se precipitará al tiempo la construcción de nuevos dispositivos pulsionales que, de acuerdo a la propuesta freudiana, le permitirán, dentro de los márgenes del malestar en la cultura, amar y trabajar.

Lo que interesa subrayar aquí es que todo esto es posible bajo la condición de que de inicio aparezca ante el analista un sujeto aquejado, un sujeto en discordia consigo, “histerizado”, suele decirse: ese es el sujeto representado en el lugar de **otro** en el discurso del psicoanálisis.

2.3.2 Lógica del *Discurso del therapôn*

Quienes contamos con una formación psicoanalítica y desarrollamos un trabajo clínico en contextos diferentes al consultorio tradicional, laborando por ejemplo en instituciones de asistencia, hospitales, o bien recibiendo personas en situación de psicosis, depresión profunda, anorexia, o bien a bebés, sobrevivientes de una catástrofe, de violencia sexual o social, etcétera, sabemos que la lógica del dispositivo arriba descrito no puede ser pensada como un referente que describa las características de encuentros clínicos como los que suelen darse cuando se atiende a sujetos traumatizados, al menos durante un -a veces muy largo- período inicial en el que se encuentran presos de la angustia. Nos enfrentamos por el contrario a realidades clínicas que interrogan profundamente nuestra concepción de la técnica, sobre todo si nuestra formación y nuestro propio análisis siguieron de un modo aproximado los cánones de la ortodoxia. Nos vemos pues frente al reto de volver a interrogar a la teoría, y de un modo general a nuestra formación, para sintonizar el sentido que hemos aprendido a darle al lugar y la intervención del analista, con la realidad cruda de la práctica clínica.

Para formalizar la forma en que ocurre el encuentro que como ya hemos venido delineando en apartados y capítulos anteriores, se correspondería con una clínica cercana a la angustia y el pasaje al acto, relativa al trauma en todas sus dimensiones - incluida la de la ruptura de la confianza fundamental con el Otro-, resulta necesario realizar algunos ajustes al dispositivo descrito por el *discurso del psicoanalista*. Comencemos por representar la posición de llegada del sujeto al encuentro clínico en una matriz similar a la propuesta por Lacan, aunque modificando el orden y lugar de los matemas:

$$\begin{array}{ccc} _ & \rightarrow & \mathbf{a} \\ & & // \end{array}$$

En el espacio superior derecho tendríamos pues a la persona en posición de caído, situación *pática* extrema (**a**). Aquí la asignación del matema *a* no es en su acepción de causa del deseo, sino de resto: el sujeto identificado con el objeto en cuanto desecho, resto del goce del Otro. Es complicado definir esta posición sin referirla a realidades clínicas. Pensemos por ejemplo en la labor que realizan algunos colegas en servicios de emergencias. Cuando se acude a atender una situación de potencial suicidio, en la que alguna persona amenaza con lanzarse al vacío o dispararse, el dispositivo al que nos estamos refiriendo como discurso del *therapôn* partiría de la suposición de que tal sujeto está colocado frente a una frágil frontera con relación al *pasaje al acto*, dado que en su relación con el Otro ha perdido sus referentes subjetivos: identidad, discurso deseante, potencias fálicas, y se encuentra frente a la tentación de hacer valer una última inscripción subjetiva

en la forma de el mensaje de su muerte, convirtiéndose él mismo en el objeto que tapone lo que se le aparece como una voraz e infinita demanda sacrificial.

Si diésemos por hecho que, como en el discurso del psicoanálisis, el otro al que nos dirigimos como clínicos está posicionado como un sujeto de la falta, podríamos suponer que esa persona que intenta suicidarse podría por ejemplo articular un discurso si le invitamos a hacerlo diciéndole que lo escuchamos. También podríamos esperar que lanzando algún gancho a su deseo desde el discurso-por ejemplo recordándole algunos placeres e ideales de la vida de los que se perdería matándose-lograríamos apelar a esa escisión subjetiva inserta en la lógica de la castración representable como \$. Es posible en efecto que atinásemos, y que esa persona que amenaza suicidarse pudiera estar efectuando algo más cercano al acting out, a una mutación, una escenificación teatral, y que al ser interpelada de esa manera sintiera que su mensaje puede ser reincorporado a *eso que tiene con el Otro...* un diálogo pendiente con una querella implícita, por seguro. Pero es importante considerar que quizá, también, pudiésemos equivocarnos, y que eso que presenciamos tuviera que ver como decíamos antes, con la lógica de la angustia desbordada y el pasaje al acto.

En tal caso, más valdría considerar como hipótesis de entrada al terreno, en ese tipo de encuentro en el que las decisiones deben tomarse en instantes, que no nos dirigimos quizás a un sujeto capaz de articular o articularse a una discursividad que no fuera la del aturdidor mandato de dos caras: "el Otro desea mi destrucción: le responderé con mi efectiva destrucción".

\$

a

//

a, agente semblante del objeto causa) se escribe S2 como el lugar de un saber interpretativo que el analista produce pero no se puede apropiarse, en el discurso del *therapôn* situamos una noción diferente: S1, un saber no discursivo, que proponemos relacionar directamente con las nociones de trauma y sobreviviente.

Y es que el *therapôn*, a diferencia del analista, no produce su acción terapéutica desde la lectura interpretativa-escansiva que obtiene su lógica de su propio trabajo de análisis, levantando la represión secundaria para reactivar la libre asociación y la articulación deseante. La intervención del *therapôn*, particularmente ese primer movimiento del que hablamos, en el que decide aproximarse al sujeto derelicto, que se encuentra en el lugar de instrumento u objeto gozado-desechado por un Otro real, se genera desde una posición de *sobreviviente*, al haber pasado por un trauma-zona de guerra y haber producido en ese pasaje imágenes clave de sobrevivencia que puede compartir. En eso consistiría S1 en este esquema. Estas 'imágenes' serían más propiamente designadas como *pictogramas* en la propuesta conceptual de Piera Aulagnier. El pictograma es, de acuerdo a esta autora, la forma más originaria de representación a la que la psique accede cuando el *infans* aún no es capaz de diferenciarse del Otro, y su lógica se rige tanto por esa indiferenciación inicial como por la polarización entre sensaciones placenteras y displacenteras, que se viven como auto-engendradas. En palabras de Aulagnier, el pictograma es

“...la representación de esa dualidad <<zona sensorial-objeto causante de la excitación>> mediante una imagen que los pone en escena como una entidad única e indisociable (...) Lo que la actividad psíquica contempla y catectiza en el pictograma es el reflejo de sí misma que le asegura que, entre el espacio psíquico y el espacio de lo exterior a la psique, existe una relación de identidad y de espejamiento recíprocos (...) En este estadio, el <<objeto malo>> es indisociable de una <<zona mala>>, el <<pecho malo>> de la <<boca mala>>.”⁶²

⁶² Piera Aulagnier, op cit, p. 52

Si bien el pictograma es una forma de representación arcaica que con el desarrollo del aparato psíquico se ve sucedida por la fantasía y el pensamiento causal (productos de los procesos primario y secundario), permanece activada y constituye un fondo representacional [donde afecto, representación y acción son coalescentes].

Citemos en extenso a Aulagnier para comprender mejor cómo se juega la multidimensionalidad del pictograma en la escena de las representaciones psíquicas:

“Es esto lo que definimos como fondo representativo precluido al poder del conocimiento del yo. Pero, fuera del campo de la psicopatología, los efectos se manifestarán sobre el yo mediante esos sentimientos indefinibles que el lenguaje traduce como metáforas que han perdido su sentido profundo a causa del hábito: ‘no querer estar en su pellejo’, ‘estar en forma’, ‘estar a disgusto’, ‘cargar al mundo sobre las espaldas’, ‘sentir el cuerpo hecho pedazos’, y muchas otras.

En el campo de la psicosis este fondo representativo puede durante algunos momentos ocupar el principal lugar de la escena: no porque el pictograma como tal invada la escena de lo consciente, sino porque en cierto modo, la tarea del proceso secundario que a su manera prosigue su lucha e intenta defenderse contra esta fractura se invertirá. Ya no se trata de una puesta en sentido del mundo y de los sentimientos que se pretende conforme a los encuentros en los que estos surgen, sino de *la tentativa desesperada por convertir en decibles y provistas de sentido a vivencias cuyo origen reside en una representación en la que el mundo sólo es reflejo de un cuerpo que se autodevora, se automutila, se autorechaza.*

Fuera del registro de la psicosis, Existen momentos de *fading* del yo a los que, según la filosofía que se profese, se calificará como lúcidos o de encegucimiento, en los que vacila la construcción, obra del yo, que da sentido al mundo y lo conforma según un principio de inteligibilidad. El Yo descubre que es imposible decidir acerca de la conformidad o no entre el mundo y la idea que lo hace conocible. En todos los casos en los que la idea del mundo corre el riesgo de vacilar en forma

imprevista e incontrolable, el funcionamiento psíquico corre el riesgo de disponer solamente de una imagen del mundo cercana a lo originario. Si la mirada descatectizase la escena exterior para volcarse en forma exclusiva hacia la escena originaria, solamente podría contemplar allí, estupefacta, las imágenes de la cosa corporal, la fuerza que engendra una imagen del mundo convertida en reflejo de un espacio corporal desgarrado por afectos que en todo momento y totalmente son amor u odio, acción fusional o acción destructiva [destacamos la clara alusión a los estados traumáticos en el último párrafo]”⁶³

El therapôn, como sobreviviente de escenarios de guerra (es por ello que en el epílogo pondremos el acento en la formación y transmisión de la clínica del trauma), se encuentra en una posición particular que le permite, en primer lugar, establecer un contacto inconsciente entre la característica pictográfica de la escena traumática, con todo lo que ella implica de rechazo absoluto a la Otredad y de deseo de auto-mutilación, ya que cuando tal nivel de representación mental está asociado con un intenso displacer:

“El pictograma representará una misma unidad >>objeto-zona>> como lugar de un doble deseo de destrucción, lugar en el que se desarrolla un conflicto mortal e interminable. El resultado será que el rechazo del objeto, su descatectización, implicará un mismo rechazo y descatectización de la zona complementaria”⁶⁴

El therapôn entonces, puede establecer un vínculo de inconsciente a inconsciente como un compañero de batalla. En un ejemplo extremo como el que referimos arriba, cabe la posibilidad de que el contacto del therapôn con el sujeto traumatizado, en ese aceleramiento de la transferencia que ocurre en los momentos críti-

⁶³ Piera Aulagnier, op. Cit., p. 68-69

⁶⁴ Ibid, p. 55

cos, pueda ocurrir desde su propia producción de un pictograma de automutilación debido a una experiencia en la que su lazo con el Otro se haya roto completamente o bien haya sido abusado por un acto perverso o una traición. Esto hará que su intervención se calibre en la posibilidad de mantener simplemente un tono emocional estable, no evasivo, no tendiente a eludir mediante verbalizaciones nerviosas o forzamiento de sentido. Es complicado referir esto a ejemplos donde lo concreto de la anécdota muestre el sentido abstracto que estamos desarrollando, y que además puedan ser potencialmente generalizables. Puedo simplemente de forma alusiva decir que en mi práctica relaciono este campo de ideas con momentos de apalabramiento duro (usando lenguaje 'de calle'), en los que aquello que se logra decir en esos momentos tiene que ver con hacer saber que la indecibilidad del dolor está presente, y que simplemente uno puede estar ahí, sin mucho que ofrecer... acaso no salir corriendo ni decir alguna estupidez.

Pero la conexión más importante que el therapôn puede establecer frente al sujeto en posición de a, no es esa especie de empatía pictográfica cuya utilidad es instantánea y no puede llegar lejos.

La verdadera aportación clínica del therapôn viene desde la sutura que él ha podido realizar entre la vivencia autodestructiva del pictograma de displacer, y la recuperación del decurso pulsional hacia representaciones pictográficas de placer y deseo en las que se refuerza el eros que busca la repetición de éstas.

Al exponer esto, no puedo evitar referirme a la cultura de los sobrevivientes que tan de moda han puesto los estadounidenses a partir de la post-segunda guerra mundial. Hay en esos relatos resilientes por supuesto algo verdadero que vale la pena recuperar, del orden del testimonio del sobreviviente, que esconde una clave terapéutica importantísima. Sin embargo lo que de ello puede llegar a ser útil por supuesto no sería un discurso del orden del manual o del consejo motivacional mercadotécnicamente preparado. Lo que de esos ejemplos podemos escuchar

como resonancia del therapôn es la posibilidad de reanclarse no solamente a la posibilidad de desear, sino la constancia que sus testimonios dan de que su pacto con el Otro se ha restaurado. Abordaremos más sobre esto en el último capítulo, pero por lo pronto es importante decir que el therapôn y su colocación frente al sujeto caído en posición de objeto-resto por supuesto no tiene que ver con estructurar algún discurso edificante a partir de su experiencia, sino con utilizar su experiencia para poder estar de regreso en el campo de batalla, esta vez junto a otro en desgracia.

Y esto no podría ser si desde algún lugar-cero de su propia vida no hubiera existido un punto de reanudamiento, de historicidad recuperada, de salida posible de las zonas devastadas de su cuerpo, ahí donde las palabras, el tiempo y el sentido se habían congelado y dejado de ser herramientas para vivir, ahí donde toda representación y todo afecto conducían a un deseo de morir (o como Aulagnier lo propone: a una pulsión de muerte entendida como un deseo de no desear). La notación **S1** representa ese punto de reanudamiento, necesariamente mítico, inefable, pero existente lógicamente que constituiría la verdad elidida de la consciencia del therapôn en su actuar, pero actuante como condición necesaria para brindar una escucha con efectos clínicos –pre-analíticos- al caído, al traumatizado de *guerra*.

La posibilidad de que, si un tratamiento toma forma y continuidad, el actuar del therapôn pueda irse desplazando hacia su fin clínico (que describimos líneas abajo) dependerá por supuesto de otro factor importantísimo: la capacidad de traducción y articulación entre los procesos originario-primario (del pictograma al sentido fantasioso) y del primario al secundario (de la fantasía a la racionalidad yoica) del clínico, dados por su propio análisis.

En el psiquismo del therapôn, la existencia de referentes pictográficos no forcluidos, relativamente accesibles a la conciencia (muy relativamente accesibles, ya que su composición es heterónoma a la del Yo y sus modos de representación) es

básica. Para hacer posible un puenteo hacia tales representaciones pictográficas, resulta crucial el lugar que en el encuentro terapéutico pueda llegar a tomar la intermediación de producciones del inconsciente –sueños, imágenes fantaseadas. De esta forma, el Yo del *therapôn* en transicionalidad con el del padeciente, puede llegar a estar en posibilidad de establecer vínculos entre las formas arcaicas de representación, que conectan con la vivencia recortada del paciente representada solo pictográficamente, y formas de representación en las que la fantasía y la racionalización permitan restablecer lo que estaba fuera del sentido, y por lo tanto de toda relación con la Otredad.

Así, S1 se propone más que como una interpretación, como un puente que haga que lo no representado del trauma, lo *unmerkant* freudiano, encuentre primeras vías de inclusión en el sentido. Un puente para una instancia yoica que, en un momento anterior a ser entendida como el Yo del paciente, debería poder ser pensada como un yo de transición compuesto también por el Yo del *therapôn* y sostenido en el lazo transferencial de inconsciente a inconsciente entre él y el paciente (sujeto transicional).

\$ a
S1 // S2

Por último, ¿hacia dónde marcha el esquema que proponemos? Como puede apreciarse en la parte inferior derecha, el matema que ocupa el sitio de la producción, es decir aquello que sería producido como trabajo por el sujeto antes atrapado por un pathos sin palabras que puedan transformarlo en experiencia es justa-

mente eso: un discurso, una narrativa (S2). El puente transferencial y las aportaciones del *therapôn* tienen como finalidad, precisamente, hacer posible que la situación *pática* derive hacia una *psicopatología fundamental*⁶⁵, es decir, hacia la apertura de la posibilidad de que el ser humano en tanto sujeto pueda hacer uso del fundamento del lenguaje para escribir activamente su experiencia (siendo este fundamento justamente que, ante la carencia de fundamento del *logos*, la actividad humana de representación es un fluir y resurgir constante de un significante a otro, lo que Lacan escribe como cadena S2- S3- Sn).

En todo caso estamos refiriéndonos a la relación existente entre lo que no ha podido ser integrado a la cadena discursiva y la posibilidad del sujeto de establecerse como agente activo del *logos*.

Hablamos aquí de un no-integrado a la cadena que no lo es por efecto de la represión – y por ello no se manifiesta en la forma de producción del inconsciente-; su aislamiento tiene que ver más con lo no inscrito, que Lacan propuso nombrar forcluído, y cuyo retorno o presentificación puede tomar muchas formas: la vivencia traumática del abuso que regresa como estado de pánico, lo escondido como vergüenza o secreto en una trama generacional que vuelve como lesión somática, la traición y la ruptura del honor en el vínculo y el mito que cohesionaba a un grupo social que vuelve como estado psicótico, la guerra misma como aparición del horror extremo que retorna en la forma de vínculo perverso. En todos estos casos hablamos, a pesar de las diferencias, de efectos diferentes a los de lo inconsciente reprimido, frente a los cuales se forjó el dispositivo freudiano.

En todos estos casos hablamos de consecuencias similares: formaciones que difícilmente podemos nombrar sintomáticas en tanto no constituyen llamados a la interpretación sino mostraciones de lo imposible de articular. Esto incluye formas modales de nuestra época: modificaciones anoréxicas o quirúrgicas de la fisonomía, actos violentos contra sí o contra otros, estados de pánico recurrente que no ceden, a veces incluso formaciones dispersas de conducta y atención en niños –

⁶⁵ Cf. Manoel Tosta, op. Cit.

nombradas TDA- y formas inestables en adultos nombradas a veces como trastornos fronterizos o bipolaridad, etc, etc. Es decir, la manifestación de un pathos que parece no solicitar un saber que lo descifre, o en todo caso, que se gesta como un grito que no viene de un lugar de sujeto.⁶⁶

Capítulo 3

En diálogo con otras aproximaciones

3.1 Mirada desde otras aproximaciones clínicas: El PTSD o Desorden por estrés post-traumático⁶⁷

En los territorios del psicoanálisis, debido a razones históricas comprensibles pero no siempre vigentes, existe una tendencia a descalificar los saberes producidos desde los países angloparlantes o escandinavos. Por supuesto deben ser consideradas las barreras epistémicas, incluso éticas que hacen casi inconmensurables o intraducibles culturalmente diferentes modelos de aproximación a los fenómenos del sufrimiento humano. Sin embargo, en aras de enfrentar la gran complejidad de los retos clínicos actuales, así como de enfrentar la dificultad natural de la comuni-

⁶⁶ Referimos a nuestro trabajo 'Hacia la formalización del lazo terapéutico como herramienta para el encuentro clínico con la presubjetividad', ganador del Premio Pierre Férida 2010 de la Associação Universitaria de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

⁶⁷ Asumo la traducción literal en rechazo a la designación a todas luces oscura de 'trastorno' asumida por el DSM en sus últimas versiones.

cación científica interdisciplinaria, consideramos deseable abrir la escucha a lo que colegas de otras latitudes han formulado. Esto nos resulta especialmente importante en este momento, debido a los recientes desarrollos en las latitudes mencionadas sobre la clínica del trauma.

Si bien estamos advertidos de que los desarrollos anglosajones en general cuentan con una profundidad y complejidad menor a los del psicoanálisis, hemos decidido incluir su estudio en este trabajo sobre lo traumático considerando:

- i) La claridad de algunos de sus postulados, derivada del énfasis pragmático de los autores
- ii) La gran riqueza que presentan los desarrollos clínicos en su diálogo con los momentos sociales de sus países de origen (por ejemplo los períodos de guerra y posguerra), y la amplitud interdisciplinaria que logran (cosa que el psicoanálisis suele perder ante la -desafortunadamente usual- dogmática defensa de su especificidad).

Adentrémonos entonces. El concepto de 'Trastorno por estrés post traumático', PTSD por sus siglas en inglés), añadido en 1980 al DSM en su tercera versión, si bien se integra al tan criticado Manual Diagnóstico para formar parte de un *mainstream* a-teórico que generalmente se utiliza para sustentar prácticas de borramiento de la subjetividad -en tanto se limita a un diagnóstico que suele conducir a un tratamiento farmacológico y no a una escucha clínica respetuosa de la voz de las personas-, tiene una historia y contenido clínico que vale la pena revisar.

El psiquiatra estadounidense Arthur S. Blank, uno de sus impulsores, relata cómo en su práctica durante la guerra de Corea (1950-1953), él y sus colegas tenían la indicación de proceder ante los efectos del campo de batalla en la mente de los combatientes como si se tratara solamente de afectaciones normales transitorias. Imbuido en el sistema militar y sin tener interlocutores que durante la guerra y los siguientes años retroalimentaran su experiencia, participó acríticamente dando una atención mínima a los soldados. Su labor incluyó la aceptación del uso de la marihuana en el frente como apoyo neuroquímico para soportar el dolor psíquico,

y la medicación posterior como única forma de tratamiento, buscando solamente el control de los síntomas. Ninguna escucha propiamente clínica, mucho menos psicoanalítica fue provista a los soldados ni en el frente ni como veteranos. Fue a través de los años que encontrándose con otros colegas que cuestionaron la política psiquiátrica frente a los veteranos de guerra, y enfrentando su propia experiencia traumática, Blank pudo establecer ante sí mismo y ante su comunidad de práctica y su país una posición diferente a la obediencia y la evasión denegatoria al servicio del poder médico, militar y político.

Son de subrayar varios aspectos que, si bien pueden parecer anecdóticos, reflejan la forma en que a través de este psiquiatra norteamericano, los conceptos sobre lo traumático fueron encontrando lugar en el tejido simbólico.

En la guerra, Blank había sido testigo de escenas ante las cuales le había sido muy difícil reaccionar. Por ejemplo, un día un soldado apareció en su cubículo, y tras una pequeña plática le mostró que tenía consigo una granada, diciéndole que había ido dispuesto a estallarla y morir junto con él, pero que le había agradado su persona, así que desistió. Un rato después, el soldado se hizo estallar solo. Cuando en los años siguientes Blank buscó psicoanalizarse, en ocasiones, admite, él mismo minimizó eventos como ese en su trabajo como paciente. Pero en otras ocasiones, definitivamente no fue escuchado por sus terapeutas y analistas. Llama la atención que cuando Blank acudió con una colega de gran reputación para seguir su propio psicoanálisis, contándole el suceso referido, recibió como respuesta, mostrándole su analista un tatuaje del campo de concentración nazi en su antebrazo: “Usted no sabe en realidad lo que es el sufrimiento”.

De esta anécdota podemos desprender con claridad uno de los términos más claros y oportunos que aparecen en la génesis del concepto de PTSD: El *Shutdown of the empathic other*, o *Acallamiento del otro empático*, es decir, un mecanismo de carácter social, pero con claras implicaciones y consecuencias psicopatológicas, consistente en la ausencia o el bloqueo de espacios de encuentro humano en los que:

- a) puedan ser reconocidas como efectivamente ocurridas las vivencias traumáticas, y
- b) reconocida también la respuesta sintomática del sujeto como una serie de alteraciones lógicas ante lo traumático, y asimilables hasta cierto punto dentro de un aparato simbólico que busque darles sentido.

Con el tiempo, Blank generó junto con otros psiquiatras y científicos sociales en USA un movimiento que culminó con la formulación del concepto de PTSD y su inclusión no sólo en los manuales diagnósticos, sino -a través de una lucha política- en las prácticas de atención a los veteranos de guerra. Así, se admitió de una buena vez que las secuelas de la guerra constituían verdaderos cuadros patológicos merecedores de un tratamiento cuidadoso. Desde los años 80 y hasta la actualidad, cada vez más programas gubernamentales en ese país son dedicados a la atención de estos padecimientos.

Si bien desde un punto de vista político la instauración reciente de una atención psiquiátrica a los veteranos de guerra podría ser mirada como parte de un refuerzo acrítico a los programas bélicos imperiales de los USA, desde un punto de vista humanitario representa sin duda el reconocimiento del derecho de los ex combatientes a una atención de salud digna. Y desde el punto de vista clínico, representa un avance invaluable en tanto a partir de los estudios en torno al PTSD se cuenta con una experiencia masiva en el trabajo con personas que han sufrido eventos traumáticos.

Vayamos adelante con otras aportaciones clínicas generadas desde el movimiento que colocó el PTSD en la arena de discusión. Continuando con las aportaciones específicas de Blank, él llama la atención sobre la noción de *sobrevivencia*. Define a esta así:

“Sobrevivir es arreglárselas con la brecha entre el evento traumático y la no-comprensión de lo ocurrido. Se convierte en una lucha por aprehenderlo.”⁶⁸

De esta manera, el sobreviviente es aquel que debe asumir no solamente el trabajo intra-psíquico de dar integración simbólica al evento o eventos traumáticos, sino además también el trabajo intersubjetivo de hacer pasar hacia los lazos sociales en que habita la aprehensión de ese evento, y de sus consecuencias psíquicas no solamente individuales, sino colectivas. Por ello, desde la aproximación de este autor, los síntomas visibles del PTSD son siempre una forma de interlocución entre quien los presenta y su grupo social. De hecho, él llega a decir que siempre se trata de una forma de protesta:

“Me parece que el PTSD es siempre una protesta, ya sea que se trate de hoy o de cuando Freud lo estudiaba bajo otros nombres; es siempre una protesta contra algo inaceptable, y por ello no es sólo una patología. Es una protesta (...) “contra el orden de las cosas”, y contra la denegación”⁶⁹

Sin embargo, a partir de su propia experiencia de atravesamiento de la resistencia social a asumir la existencia de lo traumático en la guerra, Blank también hace énfasis en que, con el fin de que esta protesta pueda ser articulada y escuchada, es necesario no patologizar el tema del PTSD, es decir, no permitir que todo lo que respecta a su comprensión quede en el terreno del análisis de lo que le ocurre ‘interiormente’ al sujeto tras su confrontación con lo traumático. Se requiere también,

⁶⁸ Esta cita y la recuperación de la experiencia del psiquiatra estadounidense pueden leerse en Cathy Caruth, *Listening to Trauma. Conversations with leaders in theory and treatment of catastrophic experience*. Baltimore, USA, John Hopkins University Press (Libro electrónico) 2014, P. 5581

⁶⁹ Cathy Caruth, *Op. Cit.*, p. 5880

desde su punto de vista, poner en palabras y estudiar las características mismas de los hechos tal como ocurrieron:

“Actualmente, existe un gran florecimiento de investigación en el tratamiento de los desórdenes traumáticos (...) sin embargo (...) este asunto es vulnerable y sujeto a una represión a causa de la falta de estudio sobre los eventos traumáticos en sí mismos, y que una psicología de las experiencias externas es necesaria para proveer permanencia a la actual revolución en la comprensión psiquiátrica del trauma. La crítica ofrecida aquí es que así como los eventos traumáticos van directamente del ambiente hacia una esfera interna disociada del individuo, evadiendo sistemas cognitivos de procesamiento, así en el récord científico escrito del campo del trauma psicológico, los eventos en sí mismos y sus características objetivas permanecen ocultos, ampliamente no estudiados y no reportados. Es toda una disociación, por decirlo así, de los eventos traumáticos en sí mismos, en nuestro campo de estudio”⁷⁰

El ajuste necesario para tramitar colectivamente los hechos que han generado trauma, particularmente cuando se trata de actos de crueldad ejercidos por personas, grupos o instituciones, es complicado y obstaculizado pues atañe a una revaloración del sentido moral de ese grupo, y los fundamentos de su unión:

“si la sociedad se ha vuelto mala y ha participado en el crimen y la destrucción, si vas a reconocer profundamente lo ocurrido, tienes que cambiar tu relación con esa sociedad de la que eres nativo...”⁷¹

3.2 La dimensión crucial del testimonio: de la culpa a la responsabilidad

⁷⁰ Íbid p. 5781

⁷¹ Íbid, p. 5746

Ahora bien, el hecho de que los síntomas del PTSD puedan ser considerados como una forma de expresión que implícitamente solicita una escucha y una inclusión de la experiencia traumática en el espacio simbólico de una colectividad, no necesariamente quiere decir que su aparición y mostración pueda significar el *empoderamiento* del sujeto que los presenta (es decir, su salida de una posición pática hacia una posición activa y de toma de palabra). Tampoco se traduce en que la inclusión de su trauma en la historia personal y en la historia pueda ser efectiva. Por ello el trabajo de otros clínicos norteamericanos como Judith Herman hace un recorrido que va de la aceptación de las manifestaciones sintomáticas hacia la formulación paulatina de una posición testimonial:

“[En nuestra labor clínica] Ayudamos a la gente a entender que [sus síntomas] son respuestas normales a condiciones anormales, a situaciones de indefensión, terror y vergüenza, y que de alguna manera se pueden pensar los síntomas insensibilizantes e intrusivos como distorsiones de la memoria, como recuerdos anormales. Nuestra tarea es transformarlos en recuerdos normales que tengan una narrativa, que sirvan como testigos dentro de nuestra historia interna y en relación con los otros.”⁷²

Es importante señalar que, una vez incluido en el DSM, el PTSD ha sufrido los costos de degradación lógicos que ese instrumento clasificatorio presenta para cualquier noción clínica: simplificación, evasión de la complejidad clínica de los fenómenos. Al este respecto Herman destaca cómo, al ser el terror y la vergüenza parte de la intrincada estructura del PTSD, éste no se puede reducir, como la mayoría de sus colegas lo hace en USA -y esto ocurre también en México-, a un desorden o ‘trastorno’ de ansiedad. Lo que se describe como cuadro de ansiedad -lo retomaremos más adelante- por supuesto corresponde a una serie de marcadores neurofisiológicos que acompañan el devenir post traumático; sin embargo no constituyen el núcleo de su lógica. Este núcleo es complejo e incluye factores que atañen sobre todo a la ruptura de la confianza del sujeto en sí mismo y en los vínculos que puede establecer.

⁷² *Ibid.*, p. 2927

Herman retoma ejemplos de situaciones comunes tras hechos de batalla: “‘Debí rescatar su cuerpo y no lo hice’ (así suele aparecer la culpa). ‘Soy un cobarde’ (es una manifestación común de la vergüenza)”⁷³

Esto nos transmite que, para comenzar, la violencia no es el único componente de un evento traumático. Esta suele estar acompañada, primeramente, de un sistema de opresión y control que funciona atravesando la experiencia de los sujetos involucrados (nos referíamos arriba a esto como el Otro que acosa). Este sistema solapa la aparición de lo cruel y lo injusto. **Y dentro de estos sistemas de control, al ocurrir los eventos violentos, los sujetos quedan colocados de mala manera, es decir, atenazados por el embarazo de afectos y emociones que los atrapan, pues quedan en posición de no haber podido enfrentar las situaciones como idealmente se hubiera esperado: con inteligencia, fuerza, valor, ecuanimidad.**

Herman no sólo se ha dedicado a la atención de ex-combatientes; particularmente ha puesto atención a la violencia ejercida sobre mujeres y niñas, y al fenómeno del abuso sexual infantil. Esto le ha permitido enfocarse en el tema de la vergüenza, sobre la cual nos dice:

“La vergüenza es una señal no de peligro, sino de que algo marchó muy mal en una relación, algo que amenaza una relación que importa”⁷⁴

Con ello introduce un tema que hemos trabajado en capítulos anteriores: la traición. Tanto en hechos de guerra como en historias de violencia intrafamiliar, lo violento, como decíamos, suele estar enmarcado en un contexto de control y poder, y a su vez, este contexto representa la posible aparición del abuso relacional. De esta forma, **la violencia implica no solamente presenciar destrucción, violencia, muerte, heridas, sino básicamente la ruptura de los vínculos humanos**

⁷³ Íbid, p. 3100. Ver también: Mendelsohn, Herman y Shatzov, The trauma recovery group. A guide for practitioners. USA, The Guilford press, 2011.

⁷⁴ Íbidem.

entre los participantes de ciertos hechos. Y también el quiebre de los fundamentos que cada persona le da a la existencia humana.

Dado que aquella persona que ha sufrido un trauma justamente se ha enfrentado a esta dimensión de ruptura de los vínculos, y al derrumbe de los *enunciados del fundamento* a los que nos referíamos en el apartado 1.3.3.1, resulta crucial la manera en que pueda ser acompañada para recomponer su lugar en el mundo. En los casos de abuso sexual a niños, se pueden observar con claridad fenómenos en los que los adultos ocupan posiciones que refuerzan el efecto traumático:

- i) El primero de estos fenómenos es el del “Non-witnessing bystander”, es decir, la presencia cerca de la escena traumática de un testigo que no testifica, que se encuentra a un lado de quien padece el trauma, pero opera como cómplice de la denegación de los hechos.
- ii) Ligado a este, el fenómeno de la *traición pasiva*, consistente en la existencia de personas que ‘entregan’ con su silencio u omisión a la persona traumatizada.
- iii) Por último, por supuesto, la traición directa del agresor.

En la labor clínica, nos dice Dori Laub, psicoanalista especializada en el tratamiento de sobrevivientes del holocausto, el testimonio requiere para ser formulado, en el contexto de la denegación, el silencio y la amenaza en que se ha producido, de una ‘partera’ que anticipe su creación, es decir, de un espacio y posición asumidos por al menos una persona que dé lugar a la posibilidad de que la narración de lo ocurrido, para empezar, aparezca (lo que nos hace recordar el principio de *expectancy* de Salmon):

“Dori Laub: El que escucha es como una partera: tiene que imaginar al bebé que viene, crear un lugar en la imaginación para el trauma

Cathy Caruth: Lo que usted está diciendo es que el momento de imaginar lo que vendrá en el relato es literario. No se trata de decir yo sé lo que pasó, porque eso sería tarea del historiador. No tampoco se trata de decir ‘esto es su fantasía inter-

na de lo que pasó', lo que sería dicho por un psicoanalista. Se trata de decir, hay algo que no sabemos, pero que podría tener una realidad, y voy a ayudarle a usted a articularla. En otras palabras, **es la imaginación de lo que no se ha sabido aún.**" ⁷⁵

Elaborar y sobre todo, hacer público un testimonio, es un proceso frágil, y en la mayoría de las ocasiones no basta que exista un otro empático y comprometido, esa partera de la que habla Laub. Los procesos legales, desde el ejemplo paradigmático de los juicios contra los dirigentes nazis tras la posguerra hasta los procesos en los que víctimas (uso la palabra en su acepción legal) de abusos y violencia deben comparecer ante fiscales y jueces para sostener una palabra sobre los eventos traumáticos a los que fueron sometidas, nos muestran la importancia de un contexto no amenazador, y de un tiempo necesario de elaboración que permita que no se presentifique el terror en el momento de testimoniar.

"Las víctimas pueden dudar de su propio testimonio [y con ello incluso comprometer el decurso legal de los juicios en cuestión]. Si el contexto es fundamentalista y no hay "fuerzas o presencias dialógicas (...) puede darse un colapso del testimonio debido a la impronta del terror" ⁷⁶

Otra autora que ha estudiado el testimonio como dimensión fundamental ante el trauma, Shoshana Felman, en la misma línea de los autores que venimos citando, concibe el testimoniar como un llamado a la comunidad, a que la comunidad reaccione ante la ocurrencia del sufrimiento extremo, y de la dificultad para incluirlo en una narrativa que le dé sentido. Esta dimensión tiene varias implicaciones. Una de ellas es la de la responsabilidad; responsabilidad de decidir articular un testimonio en lugar de callar. Como dice el escritor Elie Wiesel, sobreviviente de la Shoah:

⁷⁵ Cathy Caruth, Op. Cit., p. 1313 (el subrayado es mío).

⁷⁶ *Ibid.*, p. 1508

“Si alguien más hubiera podido escribir mis historias, yo no hubiera elegido hacerlo. Las he escrito con el fin de testificar. Mi papel es el de testigo. No hablar o escribir otra historia es cometer perjurio”⁷⁷

Vale la pena citar en extenso a Felman, en cuanto su abordaje de lo testimonial es complejo:

“Rendir testimonio [witness] es más que simplemente narrar o reportar un hecho o evento, o incluso una experiencia (narrar lo que se revive o se recuerda); es siempre un uso de la memoria o la experiencia propia con el fin de dirigirse a otro. Esto último es muy importante porque se trata de un llamado a otros seres humanos, y más en general, a una comunidad. Testificar [testify] es en este sentido, en todos los casos, metafóricamente tomar el estrado del testigo [witness], y el relato narrativo de éste está siempre comprometido tanto en un juramento como en un llamado. En otras palabras, testificar no es solamente narrar, sino hacer un compromiso, comprometerse uno mismo y comprometer la propia narrativa con los otros. Esto también significa tomar responsabilidad, en el discurso, por la historia y por la verdad de lo ocurrido. Y este compromiso va más allá de lo personal. Hay una paradoja aquí, porque mientras el testimonio va más allá de lo personal hacia lo público, lo general o lo universal, existe solo una persona que puede testificar de lo que él o ella ha vivenciado, y nadie más puede reportar lo que este sujeto en particular ha vivido y narrado.”⁷⁸

Aproximándonos de esta manera a la cuestión testimonial, es decir, como un acto narrativo hasta cierto punto poético (el testimonio es en cierta medida una creación), y con dimensiones de toma pública de la palabra, nos encontramos, y esto lo señala con agudeza Tomás Szaz, con que el lenguaje mismo se puede constituir en un obstáculo para el testimoniar. De acuerdo al antipsiquiatra húngaro, el lenguaje en uso durante una época y un contexto de control social, siempre lleva la impronta de la ideología del opresor. Dado que la ideología domina el lenguaje,

⁷⁷ *Ibid.*, p. 6551

⁷⁸ *Ibid.*, p. 6570

la 'víctima' se ve enfrentada a no poder hablar más que en los términos del sistema que ha ejercido o complicitado la violencia. El hecho mismo de autoasignarse el membrete de 'víctima', hemos notado en nuestra práctica, forma parte del laberinto semántico en el que alguien que ha sido traumatizado puede enredarse al momento de querer dar cuenta de lo que le ha ocurrido. Tener que expresarse 'en el lenguaje del opresor' es un imperativo del que el sujeto traumatizado puede escapar, entre otros factores, si cuenta con el acompañamiento adecuado para evadir la lengua normalizada y enfrentar el reto de nombrar por sí mismo los eventos vividos y sus consecuencias. Es decir, si cuenta con un *therapôn*.

Otro grupo de fenómenos que puede ocurrir en torno al testimoniar, es que el sujeto traumatizado responda a la situación, sobre todo si no es escuchado y respetado su tiempo y es forzado a presentar un discurso sobre lo ocurrido frente a por ejemplo la escucha de miembros del sistema legal, con un falso testimonio. Este falso testimonio suele formularse como una respuesta que sirva a fines del poder, emitido como una forma de sobrevivir cuando el terror aún está presente, y frecuentemente el mismo proceso legal colabora a revivir (la llamada *re-victimización* o *victimización secundaria* ⁷⁹).

Otra forma en la que el testimoniar puede ser evadido consiste en la tramitación mediante acting-out y pasajes al acto. Mediante esta vía, cuya estructura clínica describimos en capítulos anteriores, se toma una ruta que evita el período de desensibilización (numbing) , así como el camino de la simbolización requerida para elaborar y sostener un testimonio, y tramita en un acto (tan cruel como los que se han visto o padecido), la elaboración del trauma. Este camino, por supuesto, es tomado en contextos en los que el acallamiento del otro empático, la persistencia de la opresión violenta y la falta de alguien que ocupe el lugar de *therapôn* dominan el panorama. Una situación así puede apreciarse en el filme "Valley of

⁷⁹ "Se ha definido este fenómeno como aquellos sufrimientos que a las víctimas, a los testigos y mayormente a los sujetos pasivos de un delito, les infieren las instituciones mas o menos directamente encargadas de hacer justicia: policías, jueces, peritos, criminólogos, funcionarios de instituciones penitenciarias, etc." José Manuel Maza, Algunas consideraciones Criminológicas de interés judicial sobre la víctima del delito, en Antología "Victima y Proceso Penal Costarricense", Issa El Khoury Henry. Escuela Judicial, Poder Judicial. San José, Costa Rica. 2000. p.271.

Elah”, cuyo guión se inspira en un caso real: Un grupo de soldados retornando de la guerra de Irak asesinan a uno de sus compañeros en un acto sin aparente sentido ni justificación, asesinato con saña y además ocultado por las mismas autoridades militares ante la justicia civil.

Es importante apuntar, y nos referiremos a esto brevemente en el último apartado de este capítulo, que a las consideraciones intrasubjetivas y sociales que intervienen en la tramitación de lo traumático, hay que añadir las determinantes neurofisiológicas. Como veremos, el cerebro, tras el colapso traumático, es virtualmente incapaz de articular un lenguaje comunicativo. Abundaremos en esto más adelante, pero antes abordemos algunos aspectos más sobre los procesos simbólicos implicados en la elaboración traumática, de acuerdo a las líneas de investigación e intervención de los autores norteamericanos que revisamos en este capítulo.

3.3 El colapso de las significaciones

La teoría de las asunciones sobre el mundo (*World Assumptions Theory*), también desarrollada en los Estados Unidos de América por Janoff-Bulman (1989), provee un marco que permite hacer referencia a algunas dimensiones del anclaje subjetivo en lo simbólico (ellos les llaman creencias de la persona) que se ven derrumbadas y en necesidad de reformulación tras un evento traumático. Se trata de tres asunciones fundamentales:

- (a) La percepción del mundo como benevolente (benevolence of the world)
- (b) La percepción del mundo como pleno de significado (meaningfulness of the world), y
- (c) La percepción de sí mismo como alguien que vale la pena (worthiness of the self)⁸⁰.

⁸⁰ Cf. Holly, Harris y Valentine. *World Assumptions, Sexual Assault, Depression, and Fearful Attitudes Toward Relationships* JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE, Vol. 17 No. 3, Marzo 2002.

Podemos establecer una relación entre estas dimensiones identificadas como los sistemas de creencias vulnerables al impacto traumático, y algunos temas que hemos trabajado en capítulos anteriores. En primer lugar, recordamos las propuestas de Cyrulnik sobre la resiliencia y entendemos que un sujeto que no ha padecido el embate traumático, contando con una historia y un contexto que le han permitido establecer una relación de confianza (trust) con las personas importantes (empathic others) y con la vida en general, muy probablemente ha establecido respecto a estas tres asunciones una respuesta positiva: el mundo es preferentemente benevolente, lleno de sentido, y la propia presencia en él vale la pena. El impacto de la dimensión de la traición de los propios, que como hemos señalado varias veces es el núcleo duro del trauma, impacta directamente los cimientos de estas suposiciones, pues el pacto simbólico con la Otridad ve desatados sus puntos de sostén: aquellos en quienes se confiaba se han convertido en enemigos, en crueles destructores, o al menos en traidores pasivos. Y en consecuencia, los *enunciados del fundamento*, mediante los cuales el Yo ha establecido su lugar en un contrato narcisista con la colectividad (Aulagnier), se ven en la necesidad de ser reconsiderados, eventualmente reformulados. En el fondo, como hemos trabajado (1.3.3.1.), se encuentra la necesidad de reformular el proceso identificadorio desde sus bases, ya que la Ley con la que se había efectuado un pacto inconsciente, se ha mostrado no solo fallida (como todo sujeto sabe o intuye), sino rota y completamente inoperante. De esta forma no es solamente el Yo del sujeto traumatizado quien debe reformular su estructura y posición, sino que la catectización misma de las redes de sentido que sostienen el significado de las relaciones humanas ante la mirada de este sujeto.

Si bien estas coordenadas o asunciones, tal como son trabajadas por los autores norteamericanos que las proponen son de un carácter descriptivo y no cuentan con una profundidad teórica tan considerable como la desarrollada desde el psicoanálisis, resultan referentes importantes en cuanto a que su descriptividad no se contrapone al análisis de la psicogénesis del colapso traumático, y de esta manera, abre la posibilidad de un diálogo clínico interdisciplinario (y sobre todo intercultural).

3.4 Numbing y disociación: dos procesos psíquicos ante el trauma

Otra línea de investigación y trabajo clínico respecto al trauma, desarrollada en los países no latinos es la llevada adelante por el terapeuta holandés Onno van der Hart. Este clínico cuenta con formación en la Escuela de Milán (sistémica) y en la línea de Milton Erikson y Paul Watzlawik. Las aportaciones de Van der Hart resultan especialmente interesantes pues al mismo tiempo parten de supuestos y conceptos psicoanalíticos o afines al psicoanálisis, y extraen conclusiones cualitativamente diferentes y complementarias a las de los autores del campo freudiano-lacaniano. A la vez, este autor establece un diálogo vivo con la neurología, lo que permite establecer otra zona de puentee interdisciplinario interesante y fructífera.

Para Van der Hart, la capacidad de sobrevivencia se forja entre la desensibilización o alejamiento afectivo (*numbing*) y la aceptación del encuentro traumático que ha tenido. Estos dos polos, aunados a la dificultad de procesamiento de los eventos traumáticos, generan un efecto disociativo, en el que él pondrá el énfasis. Esta toma de posición, además de corresponder a los resultados de su investigación clínica, está relacionada con una discusión relativa a la colocación del PTSD en el DSM V, ya que es tomado por algunos como un desorden preferentemente de ansiedad, como mencionábamos al inicio del capítulo. Pero Van der Hart argumentará a favor de su comprensión como un fenómeno de disociación, siendo esta muy compleja, imbricada con los hechos neurológicos identificados en su ocurrencia.

Para comprender la argumentación de este autor es necesario recurrir a lo que sería a *grosso modo* una caracterización de la reacción cerebral ante el evento traumático (abundaremos en esto en el siguiente apartado). Veamos: el Sistema de Reacción Defensiva inmediata que durante el trauma es altamente activado, tiene varios subsistemas: *'fight or flight'* (pelear o huir), *freeze* (congelarse), *total sub-*

mission (sumisión total) and *playing dead* (hacer el muerto)⁸¹. En diversos relatos clínicos puede constatarse cómo los automatismos de estos subsistemas genéticamente determinados (no instintuales, por supuesto, pero sí neurológicamente disparados casi sin mediación) se activan: El niño que ante un ataque de otro menor reacciona con violencia asesina, la víctima de un ataque delincuencial que no pudo mover las piernas y se quedó paralizada, el soldado que se ‘hizo el muerto’ entre cadáveres para no ser descubierto. A partir de su activación, se inicia un sistema de registro o memoria muy específico, que se diferencia claramente de la memoria normal de un evento cualquiera. La *memoria traumática* corresponde a aquello que puede ser codificado bajo un estado alterado neuroquímicamente, y un modo cerebral sesgado por el estado de reacción a la amenaza -y como hemos dicho anteriormente, a la ruptura vincular por traición-.

Nos dice Van der Hart que la memoria traumática:

“...no es un acto social, no va dirigida a nadie, es inflexible e invariable”⁸²

Es decir, se trata de un registro fotográfico encriptado y aislado (en el sentido de que implica imágenes estáticas almacenadas sin conexión contextual, o más precisamente, como veremos adelante, en medio de un colapso neurológico), que además se encuentra fuertemente cargado de afectos.

A esta memoria se corresponde una ‘personalidad’ o modo de funcionamiento mental que Van der Hart llama ‘*personalidad emocional (EP)*’, que es

“...un estado psíquico en el cual se mezcla el presente y el pasado traumático, esto es, percibe las situaciones presentes como traumatizantes, o dicho de otro modo, predice que el trauma volverá a ocurrir”⁸³

⁸¹ Con ligeras variantes, literatura diversa alude a estas respuestas estereotipadas como parte del también llamado pánico, comandado desde el sistema límbico.

⁸² Cathy Caruth, Op. Cit., p. 4191

⁸³ *Ibid.*, p. 4049

Es decir, que esta 'personalidad' es un estado del yo invadido por una memoria traumática que hace latente la reaparición del peligro, y en una especie de paranoia realista, se muestra en permanente estado de alerta ante lo que no tiene la garantía de que no se presente de nuevo (esto lo podemos observar ostensiblemente en casos en los que se ha sobrevivido a un secuestro o asalto con violencia).

Paralelamente, en el período post traumático, tras la recuperación de las funciones yoicas, se estabiliza otra "parte" disociada de la personalidad, que "tiene fobia del recuerdo traumático", así como de la "parte" que lo guarda. En otras palabras, se trata de un estado normalizado del Yo que opera a partir de otra forma de memoria y a otra lógica cerebral.

A nivel neurológico, esta otra modalidad de funcionamiento psíquico que Van der Hart conceptualiza como "*Personalidad aparentemente normal* (ANP, *apparently normal personality*)" se corresponde con el Sistema Neurológico de Acción, que involucra un grupo de funciones como la exploración, el cuidado, el jugar, la regulación energética y por supuesto el apego. La ANP tiene, a partir de esta referencia a procesos cerebrales distintos, otra manera de lidiar con el evento traumático, comenzando por la forma que es capaz de dar a la memoria del mismo: se trata de una memoria narrativa y dinámica.

Es interesante constatar que uno de los autores que sirven de guía en este punto a Van der Hart y otros autores de su línea es precisamente Pierre Janet, considerado por muchos psicoanalistas como parte de una prehistoria disciplinar que no vale la pena retomar. Los trabajos de Janet sobre el trauma son retomados en este punto para explicar, justamente, de qué manera la ANP enfrenta dos tareas para transformar la vivencia traumática en una experiencia enunciable y compartible (que pueda dar origen a lo que hemos elaborado recientemente como *testimonio*). Estas dos tareas son:

- i) Efectuar el darse cuenta, el asumir la ocurrencia real del evento (*'realisation'*) :
"Yo estuve ahí, eso me ocurrió, y fue de tal y cual manera".

- ii) Colocar lo ocurrido como un evento pasado, y recolocarse en el momento actual (*'presentification'*). “Estoy en otro momento, ahora las cosas son distintas, eso ya pasó”.

La pertinencia de nombrar a ambos sistemas como *'partes'* de la personalidad o incluso *'personalidades disociadas'* cobra sentido puesto que, de acuerdo a esa línea teórica, “cada sistema tiene un sentido de sí” - a esto me he referido cuando los nombro más arriba *'estados del yo'*-. Resulta constatable en la clínica, de forma permanente, cómo los pacientes ilustran esta división cuando relatan darse cuenta de que *'eso ya pasó'*, de que *'actualmente no hay un peligro real'*, y sin embargo acusan reacciones aparentemente ilógicas (que corresponden al campo de batalla, al tiempo de la ocurrencia del trauma, pero no a su realidad actual tal como es concebida de un modo *'sensato'*). Estos pacientes se desconocen a sí mismos permanentemente, y esto es fuente de confusión para ellos: en efecto se viven disociados. Por otra parte, aún ahí donde la información inicial no nos permite suponer un estado post-traumático, como señala también Van der Hart, en pacientes que acuden inicialmente con síntomas de ansiedad, estados disociativos que terminan por referir a episodios que al inicio no son reconocidos, como traumas de separación muy tempranos.

El sentido de sí, desde la percepción de los estados corporales y la producción de mentalizaciones, es en efecto muy diferente en ambas *'personalidades'* y modalidades de memoria: la EP y la ANP. Un ejemplo claro son los casos de abuso sexual o maltrato infantil, donde el padre abusador puede ser a la vez objeto del sistema activo del niño, al ser proveedor de bienestar -lo que conlleva un apego, una narrativa de relación paterno-filial en apariencia normal-, y del sistema defensivo -lo que implica la percepción y el recuerdo del padre como un cruel enemigo aniquilador.

Las consideraciones a las que nos lleva tomar en cuenta esta escisión son importantes de tomar en cuenta para la intervención clínica. Van der Hart concibe que el terapeuta debe:

“... crear las condiciones para que la personalidad emocional (EP) haga presente en el espacio terapéutico la presentificación del trauma (*reenactment*) y la personalidad aparentemente normal (ANP) esté presente de manera compasiva ante esa aparición. En el exterior, el terapeuta debe proveer la necesaria seguridad y compasión para que esto ocurra” ⁸⁴

Es interesante notar la posición que toma Van der Hart frente a la intervención psicoanalítica estándar, que se corresponde con lo que hemos venido desarrollando a lo largo de esta tesis:

“No solamente es importante que se despliegue un discurso que se dirija a alguien, a alguien presente, sino que el terapeuta se dirija al paciente. El psicoanálisis tradicional no sirve; se debe ser empático, cálido, expresivo en el modo compasivo. Aunque no tan expresivo que pueda ser intrusivo (...) Es una danza con cada paciente” ⁸⁵

Como puede notarse, las coincidencias en la caracterización de la posición terapéutica a pesar de las diferencias epistemológicas de las diversas teorías y autores son bastante claras. En el apartado de conclusiones haremos una recapitulación de la configuración articular que es posible esbozar a través del recorrido que hemos hecho, iniciando con diversas posiciones psicoanalíticas y cerrando con este recorrido por autores y desarrollos relativamente ajenos al mainstream psicoanalítico.

Pero aún nos falta completar un trecho de este recorrido, revisando algunas propuestas interesantes desde la neurología.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 4149

⁸⁵ *Ibid.*, p. 4280

3.5 La cosa neurológica: Evidencias del colapso en la capacidad integrativa

En los territorios psicoanalíticos ortodoxos no solamente se suelen elidir las propuestas de autores periféricos. También existe un permanente dejar de lado los datos que las neurociencias aportan a la comprensión de los fenómenos del campo del trauma. Si bien es comprensible una reacción generalizada contra los excesos biologists, ya que por su parte la comunidad psiquiátrica y neuropsicológica suele también excluir toda consideración psicoanalítica en sus teorizaciones e intervenciones clínicas, a fin de cuentas el efecto termina por ser de exclusión de elementos cruciales para el análisis de lo traumático y para la afinación de las intervenciones clínicas. Afortunadamente, desde diversos grupos no ortodoxos se realizan desde hace al menos dos décadas diversos estudios interdisciplinarios que promueven si bien no necesariamente una integración transdisciplinaria, al menos un diálogo abierto, tal es el caso de la Neuropsychanalysis Association⁸⁶.

Desde un abordaje neurológico, pueden obtenerse elementos importantes de comprensión de lo que ocurre en el PTSD. El trabajo, nos parece, consiste en no instalarse en una fascinación explicativa (“¡Ah, esto es lo que ocurre, y lo explica todo!”), sino en redirigir constantemente la cuestión neurobiológica hacia la complejidad del aparato psíquico entendido psicoanalíticamente y hacia la pregunta por cómo hacer operar una clínica de la escucha ahí donde los procesos neuronales dominan por momentos la escena sintomática. Desglosemos:

El psiquiatra Bessel Van Der Kolk, quien ha sido presidente de la sociedad internacional para el estudio de los desórdenes de estrés traumático, presenta una síntesis muy interesante de lo que ocurre en el cerebro tras un evento que compromete severamente la estabilidad psíquica. El sistema límbico tiene como tareas importantes la asignación de emociones a las vivencias (amígdala), colocar las emociones en una referencia temporoespacial (hipocampo), así como integrar los hitos emocionales para enviarlos a la corteza prefrontal. De esta manera, los ele-

⁸⁶ <https://npsa-association.org/>

mentos de información límbica pueden ser traducidos corticalmente a los términos -que desde el psicoanálisis llamaríamos yoicos- de causa-efecto, historización en una temporalidad lineal, y toma de posición subjetiva⁸⁷. Esto último, el trabajo de integración del primer procesamiento de las vivencias para ser ‘enviado a procesar’ secundariamente por la corteza cerebral, está a cargo del tálamo.

En palabras de Van der Kolk, el tálamo contaría con una serie de fotografías afectivas tomadas durante el evento traumático, ‘fotografías’ que al no poder integrarse a una narrativa, no dejan de repetirse en el ‘proyector de diapositivas’, no pueden dejarse ir, haciendo una especie de *loop* o rizo que parece condenarles a repetirse como *flashbacks* o reviviscencias.

“El trauma original no importa más. Son esas sensaciones que te disparan (trigger you) cada vez. Y cada vez que eres disparado te sientes avergonzado, horrible, fuera de control, además de rabioso contra ti mismo y contra la gente alrededor” ⁸⁸

De este modo, a nivel del procesamiento neurológico, tenemos un colapso de la integración de la vivencia, que le impide traducirse hacia una elaboración experiencial, y por otro lado, se manifiesta la prevalencia de reviviscencias traumáticas. Los datos obtenidos mediante observación de la actividad cerebral de personas en estado postraumático⁸⁹ muestra que la actividad del hemisferio derecho aumenta, y el área de Broca (relacionada con la actividad de lenguaje) carece de actividad, mientras que ocurre un incremento en la actividad del córtex visual derecho. En resumen, los estudios muestran una tendencia a experimentar emociones y estados físicos en la forma de visualización de imágenes y actividad mental emocionalmente determinada, más que procesamiento mental codificado en lenguaje.

⁸⁷ En este punto retomamos las propuestas de Piera Aulagnier sobre las funciones del Yo como historiador Cf. Piera Aulagnier, *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, México, Amorrortu, 1986.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 3223

⁸⁹ Bessel van der Kolk et al. *A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery* En: *Archives of general psychiatry* Vol. 53, 1996, p. 380-87

Esto no necesariamente implica que en un estado alterado de reviviscencia no se efectúen actos de lenguaje; más bien se trata de que estos ocurren de una manera particular. Esto puede abrir una pregunta sobre la naturaleza que los pensamientos estructurados en frases pueden tener en ese momento. Van der Kolk alude a la paciente de Pierre Janet, Irene, quien hablaba en sus trances hipnóticos. Sin embargo, esa habla “no tenía un componente social, no estaba dirigida a nadie. Irene sólo estaba repitiendo las palabras que usó durante el incidente”. La narración comunicativa, de acuerdo a este autor, sólo es resultado de un buen tratamiento. En otros términos, es resultado de un proceso en el que es posible lograr la integración que por sí solo el cerebro, particularmente el tálamo, no puede realizar. Ante este colapso, y entrecruzando hipótesis provenientes del psicoanálisis, podemos presumir que los pensamientos que se producen en un estado postraumático tenderán a tomar la forma de imperativos y juicios superyoicos, frases no comunicativas en el sentido que no se dirigen más que al propio sujeto, reprochándole su incapacidad para enfrentar tanto el evento traumático como el tiempo posterior, que le recuerdan su reducción a un objeto de desecho ante un Otro aniquilante, como lo hemos trabajado en capítulos anteriores, situando como correlato de este avasallamiento superyoico a un Yo aplastado por la angustia, y acto seguido por la culpa y la vergüenza ⁹⁰

La impronta traumática es entonces la disrupción de un proceso asociativo, pero también una desintegración, ya que subraya Van Der Kolk, el cerebro es un órgano integrativo del tálamo para arriba; ante el trauma todo el proceso colapsa y ‘cada parte toma vida por sí sola’.

Algunos síntomas fisiológicos recurrentemente constatados en la clínica postraumática dan cuenta de este colapso. Un ejemplo patognomónico es la dificultad para lograr el dormir, o bien el despertar alterado. Ocurre que -de acuerdo de nuevo a van der Hart- en el sueño REM (movimiento ocular rápido o profundo, donde sucede el soñar), en su fase 3 o 4 el tálamo reúne y envía información al cortex

⁹⁰ Lógica que dialoga con la propuesta en Sigmund Freud, Duelo y Melancolía, En obras completas, Vol XIV, 1917.

prefrontal, ahí 'resolvemos cosas'. Pero en el estado postraumático se interrumpe repentinamente el sueño REM. El material está en el tálamo pero éste : "*doesn't do its thing*" (no hace lo suyo). De esta manera, el despertar en ese momento testifica el colapso integrativo.

Un fructífero trabajo investigativo se abre en el entrecruzamiento posible entre la teoría de los sueños freudiana, incluida la colocación de los sueños de angustia o pesadillas, y los datos neurológicos sobre el funcionamiento cerebral bajo las condiciones que describimos. Si bien no abordaré este tema aquí, puedo mencionar que en algunos pacientes resulta evidente que los desórdenes del dormir suelen representar una defensa para no soñar, siendo el sueño el espacio en el que las 'fotografías' traumáticas suelen activarse sin posibilidad de ser integradas a una narrativa -ni siquiera onírica-. Un trabajo del *therapôn* puede ser recibir esas pesadillas para su contención y elaboración conjunta; por el contrario los medicamentos psiquiátricos suelen producir un sueño profundo aparentemente reparador, pero dificultan aún más el trabajo integrativo de los contenidos traumáticos al enquistarlos en un dormir que a fin de cuentas resulta agotador para los pacientes, ya que bajo su efecto, por usar una metáfora, deben, en el dormir inducido enfrentar *dopados* los fantasmas crueles de destrucción que los amenazan.

3.6 Primeros anudamientos

El lector podrá darse cuenta de que este postulado envía a temas trabajados en capítulos anteriores, referentes a que, en la lógica del trauma, existe un momento lógico en el que el dilema clínico a resolver es cómo hacer pasar representaciones de un cierto orden (anteriormente trabajábamos la noción aulagnierana de pictograma), a otro orden, integrado a una narrativa que desde una elaboración transfe-rencial pueda llegar a la elaboración de un testimonio. Si bien aparentemente el conocimiento de lo que ocurre a nivel neurológico no aporta nada a lo que hay que resolver desde la posición de *therapôn*, eso puede ponerse en duda. En mi experiencia, comunicar a algunos pacientes en cierto momento que lo que les ocurre constantemente del orden del no poder dormir/soñar, del vivenciar retornos dolorosos que no son recuerdos sino presentificaciones de la escena traumática, del

repetir verbalizaciones crueles, no es un asunto que puedan controlar, en tanto que corresponde a mecanizaciones determinadas por un colapso integrativo de su cerebro, les permite reconsiderar la culpa y vergüenza que sienten por 'no poder superar las cosas', por estar en un tiempo suspendido en el que no se sienten capaces de rehacer su vida y ponerse de nuevo en pie y en el camino.

Al mismo tiempo, dar un justo sitio a lo que ocurre en ese nivel de lo puramente orgánico, puede ser un pie para dar lugar también a ese otro territorio mucho más complicado de abordar que es el de la entrada en compañía terapéutica al campo de batalla donde privan esas representaciones fuera de tiempo que son tanto las presentificaciones o reviviscencias con toda la fuerza afectiva de lo efectivamente ocurrido, como la nube fatasmática que las acompaña, formada de eso que desde la teorización de J. Lacan se puede formalizar como la reducción del sujeto a objeto *a* en un espacio dominado por un Otro que aniquila.

Otra consecuencia clínica de los descubrimientos neurológicos sobre los estados postraumáticos, es la posibilidad de abrir preguntas sobre los límites de las intervenciones de escucha/apalabramiento, y en todo caso su complementariedad con otras intervenciones.

Van der Kolk ha estudiado diversas intervenciones terapéuticas en diferentes países (particularmente aquellas que implican la puesta en juego del cuerpo como el baile y la música, la dramatización), llegando a la conclusión de que "necesitamos terapias de hemisferio derecho para el hemisferio derecho".

Con esto alude al hecho de que los puentes integrativos no suelen ser facilitados exclusivamente por procesos dialogales -mucho menos monologales- reflexivos en estados conscientes, aun en transferencia. La conexión entre representaciones-cosa esquivas del trauma y las representaciones-palabra que puedan traerlos a una narrativa testimonial que los convierta en historia para el sujeto puede, desde el punto de vista de este autor, ser facilitada por acciones motrices ligadas a contenidos emotivos, como en el teatro por ejemplo, *donde se dicen palabras que dan cuerpo a una verdad*. Las palabras en este caso, son algo más que entidades del

cerebro izquierdo, pues están ligadas al derecho también (el actor siente, vive lo que dice).

Por último, cabe señalar la coincidencia en las conclusiones terapéuticas de Van der Kolk en cuanto a lo que enunciamos en el capítulo sobre el discurso del therapôn: La finalidad en todo caso para una primera fase de trabajo con pacientes traumatizados es reactivar la producción discursiva (que nosotros representábamos como S2), reactivación que no podría proponer un punto de llegada terminal y conclusivo, sino que representaría una transición posible a un proceso propiamente analítico de reelaboración.

“En el trauma se hacen las mismas asociaciones una y otra vez. Ser una persona flexible significa que estás siempre abierto a nuevas asociaciones (...) Lo que hacemos cuando tratamos personas traumatizadas es que en tanto ellos como nosotros podemos extraviarnos por conclusiones extraídas prematuramente, requerimos continuamente ‘avivar el fuego’ (stir the pot) para formar nuevas asociaciones”. 3588

Capítulo 4 Conclusiones: otra clínica

A estas alturas del recorrido hemos establecido una especie de mapa que permite, si los objetivos de este escrito se han cumplido para el lector, recorrer algunas aproximaciones a los territorios marcados por la experiencia traumática, y delinear cómo ésta puede ser acompañada clínicamente. Si bien un profundo trabajo tendría que ser establecido para lograr una verdadera articulación epistemológica que diera pie a una transdisciplina, aún para una intervención interdisciplinaria en el campo -con todo lo que el término puede implicar-, en este trabajo hemos limitado los alcances de nuestra articulación a una orientación estrictamente clínica. Es decir, la revisión, formulación y articulación que pudieran desprenderse de esta investigación se ha orientado desde un inicio por el estricto interés de responder ética y prácticamente al sufrimiento humano referido por los pacientes traumatizados.

A manera de cierre, esbozaré aquí algunas propuestas de intersección que pueden servir como puntos de referencia para futuras investigaciones, pero también sobre todo para repensar la manera en que nuestras intervenciones y escucha clínicas pueden dialogar con lo que diversos autores estamos formulando sobre el tema.

4.1 Primera intersección:

La clínica postraumática tiene una especificidad insoslayable

La situación de llegada de los pacientes que se encuentran viviendo las consecuencias de un pasaje traumático o de guerra es radicalmente diferente a la de aquellos que, aún teniendo un gran sufrimiento, vienen de otros espacios. Desde diversos aparatos conceptuales y recortes del fenómeno, se describen diferentes situaciones especiales:

4.1.1 Un estado neurofisiológico alterado, correspondiente a los programas de reacción ante el peligro, conocidos por sus nombres comunes como 'fight or flight', que no tuvieron un efecto resolutorio, de manera que el estado general fue seguido de uno dominado por una memoria no histórica, manifiesta en la presencia de reviviscencias que colapsan al organismo en su conjunto aterrorizándolo. La memoria narrativa y socialmente compartible queda aislada e imposibilitada de procesar lo ocurrido debido a un bloqueo en las funciones de integración realizadas por el tálamo.

4.1.2 Un estado psíquico colapsado, debido a la afectación por acciones violentas. El más grave aspecto de la violencia recibida es el de la traición, es decir, el ataque agudo o sistemático sobre el Yo del sujeto por parte de un agente que anteriormente sería percibido como 'uno de los suyos', es decir, como amado, amigo, aliado o familiar.

4.1.3 El contexto de traición aunado a la división neuropsicológica de las formas de memoria y procesamiento de lo ocurrido suele aparejar una escisión subjetiva, entre una 'personalidad emocional' y una 'personalidad aparentemente normal'; esto hará ambivalente la relación con el agresor y perpetuará el vínculo de daño. Ante esto el sujeto se sentirá avergonzado y culpable por no lograr salir de la situación que repite la violencia.

4.1.4 En el plano de las representaciones originarias de la psique, se reactivarán pictogramas de automutilación, es decir, representaciones de la unión de las zonas erógenas y el objeto (modo elaborativo previo a la diferenciación de ambos) en las que dado el extremo displacer de su encuentro, la única salida es desaparecer, aniquilarse. Estas representaciones dominarán el espacio representacional,

determinando tanto las producciones fantasiosas como el pensamiento causal-racional.

4.1.5 En cuanto a las consecuencias para el Yo, este se verá tomado por la lógica de la derelicción, es decir, identificado con el objeto **a** en tanto el Otro lo ha colocado ahí donde más que un sujeto castrado, es el lugar mismo de la castración. Ante la invasión angustiosa por ver derrumbados sus referentes identificatorios y no tener recursos fálicos para el anudamiento de su encrucijada en una formación sintomática, el sujeto se encuentra en la posibilidad de elaborar respuestas proto-simbolizantes (acting-out), o actuaciones de salida mostrativa del pacto simbólico (pasaje al acto).

4.1.6 Por último, cabe mencionar que el daño que aparentemente podría circunscribirse al psiquismo de quien ha padecido directamente el trauma, en tanto éste responde a la efectuación de una traición -o al menos a un daño muy grave a los fundamentos mismos de los vínculos humanos en torno a esa persona-, en realidad corresponde a un daño al tejido social mismo. Lo que un sujeto traumatizado porta ante nosotros es una forclusión local del sentido debida a una ruptura del tejido de los *enunciados del fundamento* por la ocurrencia de la traición. Ante ello, la exposición a lo real concierne al sujeto traumatizado y a su colectividad.

4.2 Segunda intersección: la clínica de lo traumático exige intervenciones específicas

A partir de los aspectos arriba mencionados, se presentan las siguientes necesidades clínicas para la atención de personas que se encuentran en estado post-traumático:

4.2.1 Considerar, al menos en el período de entrevistas preliminares, un encuadre flexible y rico en recursos, es decir, no apegado a ningún protocolo o preconcepción. Particularmente, el cartabón estándar psicoanalítico limitado a una escucha neutra, sin manifestaciones empáticas, a lo *'poker face'* resulta inapropiado en la mayor parte de los casos postraumáticos. un gran número de especialistas y expertos dedicados a la atención y estudio de esta clínica coinciden en señalarlo.

4.2.2 Es extremadamente importante dar un lugar a la dimensión neuropsicológica de la situación. Esto quiere decir, por un lado, comprender que el aparato psíquico del sujeto no se encuentra en condiciones que le permitan sintonizarse en la lógica de la narración asociativa, quizá ni siquiera en la de la verbalización propiamente comunicativa. Su cerebro estará produciendo imágenes de dolor, y verbalizaciones automáticas ligadas a enunciaciones superyoicas. Clínicamente, esto sugiere considerar las posibilidades de diversos modos de contención, o simplemente de espera paciente, manteniéndose como *the keeper of the mind*. En otras ocasiones, ahí donde el padeciente no sea capaz de sostener una mínima estabilidad, considerar recurrir a un trabajo conjunto con un psiquiatra capaz de medicar responsablemente y trabajar en equipo. Una sugerencia, de acuerdo a cada caso, es incluir una reflexión con el paciente sobre cómo su cerebro produce reacciones que están fuera de su control consciente por el momento, por lo que no debe sentirse culpable de no poder revertirlas (lo que aumentaría el sentimiento de culpa y potenciaría el desencadenamiento melancólico).

4.2.3 De acuerdo a los autores revisados y a mi propia experiencia, es imposible realizar un abordaje clínico de los estados postraumáticos sin contar con una elaboración mínima de lo que en esta tesis se ha nombrado discurso del *therapôn*. Es decir, de un posicionamiento que parta de la consideración de la necesidad de generar un sujeto transicional que pueda hacer de puente y espacio elaborativo entre el campo de guerra y una historización posible. Colocarse como *therapôn* representa sostener la posibilidad de una vida precaria (sin un yo funcional), ante la amenaza permanente (presentificación recurrente del horror en un espacio no re-

gulado por la Ley), y en espera de la reaparición de la función de historización a través de una elaboración testimonial.

4.2.4 Los cuatro principios de la psiquiatría de guerra de Salmon (proximidad, inmediatez, actitud expectante, inmediatez) pueden ser guías sencillas y claras para delinear la actitud y actividad clínica del *therapôn*. En todo caso, como telón de fondo, se coloca su posibilidad de transmitir un S1, que podría representar ante la catástrofe el sostenimiento de un pictograma de autoengendramiento, es decir, la posibilidad de vincularse como fuente de placer.

4.2.5 Por último, nos parece importante subrayar la deseable posibilidad de poner a consideración, una vez emprendidas las tareas definidas por Janet como *réalisation* y *présentification* (ver supra, 3.4), el sostener un testimonio que pueda ser dirigido a la colectividad como una apuesta a la responsabilización social por la violencia, apuntando a la reformulación de los vínculos a partir de los enunciados del fundamento. La reactivación discursiva -que hemos representado con S2 en el discurso del *therapôn*- no es más que el punto de inflexión puramente clínico que abre las puertas a lo que propiamente podrá ser desplegado como un psicoanálisis en un segundo tiempo. Pero el testimoniar es un paso más allá de esto, consistente en el pasaje desde lo elaborado en el espacio terapéutico protegido hacia la arena social (se abriría aquí la discusión de hasta dónde una intervención clínica pudiera sugerir, acompañar, sostener una elaboración testimonial, lo que nos parece debería discutirse caso por caso). Diversos autores sostienen que el testimonio es fundamental, particularmente en los entrecruzamientos con temáticas legales, dado que no estar preparado para testimoniar puede representar para el sujeto violentado un volver a ser presa del horror (sobre todo ante condiciones judiciales 'revictimizantes'). Recordemos que testificar significa nombrar por sí mismo lo ocurrido, eludiendo la enunciación en el lenguaje del opresor, o de la lógica opresiva que justifica la violencia.

Capítulo 5

(A manera de Epílogo)

La formación de analistas y las dificultades de la transmisión, particularmente del trabajo clínico con lo traumático.

Aquí comparto algunas consideraciones de orden sociopolítico que se desplegaron en paralelo durante la escritura de esta tesis.

5.1 Sentido y formación del lugar del *therapôn*

Describir el lugar del *therapôn* como diferente al del analista implica en primer lugar estar en posibilidad de preguntarnos por la formación y la transmisión como temas basales. ¿Cómo se deviene un *therapôn*, en el sentido en que aquí lo elaboramos? O bien, ¿en qué condiciones puede desplegarse un aprendizaje –usando la palabra en el sentido más amplio- para ocupar esa posición?

Por supuesto, la primera respuesta concierne a nuestro pasaje personal por un proceso propio de reconocimiento, inscripción e integración de aquello que, debido a las condiciones particulares de nuestro devenir, no había sido integrado a la narratividad historizadora. Es decir, cómo, con quién y hasta dónde transitamos nuestras propias zonas de devastación traumática. Habría que considerar el lugar que en nuestra propia historia ha ocupado la violencia, el trauma, la locura, la guerra. Cada quien, en tanto persona y en tanto clínico está concernido y formado por ello de una manera distinta (pensemos solo en la particularidad de la teorización

de los analistas que vivieron la experiencia directa de una guerra, como W. Bion⁹¹).

En segundo lugar, es determinante la línea de transmisión de los analistas con quien hayamos decidido cursar nuestro proceso. En nuestra experiencia, los analistas con experiencia de trabajo con psicosis e infancia pueden entrar en contacto con personas en estados traumáticos con mucha menor dificultad que quienes no lo han hecho, y de esta manera, transmitir en su estilo una escucha posible de lo inconsciente no reprimido, ocupando el lugar que Laub caracteriza como el de la partera (supra), o el mismo Bion como el de quien puede dar forma a 'pensamientos en busca de pensador'.

Una tercera consideración al respecto concierne a la posibilidad de pensar que las experiencias propiamente terapéuticas pueden no necesariamente ser cursadas en un marco analítico o psicológico. Si se ha atravesado un territorio de guerra en compañía de un *therapôn* -amigo, hermano, maestro-, se cuenta con una experiencia que, si ha podido dar lugar a una formulación experiencial y quizá complementada con un análisis posterior, puede brindar los elementos para llegar a ocupar ese lugar uno mismo. La condición para reconocer un decurso terapéutico efectuado es que tras el trayecto de sobrevivencia y en compañía del *therapôn* se hayan producido imágenes clave que, en una elaboración posterior, hayan podido ser integradas a dispositivos pulsionales vitales para sujeto (en este caso el analista o clínico que ocuparía la posición de *therapôn*). Solo de esta manera podríamos pensar una cierta comunicabilidad de esas imágenes, tanto intrapsíquica como intersubjetiva, comunicabilidad necesaria para la labor de acompañamiento a los estados traumáticos ⁹².

⁹¹ Cf. Wilfred Bion, *Experiencias en grupos*, Barcelona, Paidós, 1980.

⁹² De alguna manera, la expresión 'ser resiliente' resumiría esta idea: haberse reconformado tras la catástrofe. desafortunadamente la moda superficial con que se ha asumido el uso de ese concepto evade su esencia misma, y ahora se pretende por parte de algunos colegas que la resiliencia se puede 'aprender' en un curso o taller...

Por otra parte, en términos de temporalidad lógica, haber vivido nosotros mismos la secuencia trauma-acompañamiento terapéutico-elaboración testimonial fornece al terapeuta de dos saberes necesarios para fungir desde ese lugar:

- a) el saber del colapso de la realidad fantasmática cuando la presubjetividad rige, así como
- b) el paciente saber del ominoso tiempo requerido para llegar a establecer una subjetividad que integre en su estilo la marca del sobreviviente, tiempo estrechamente relacionado a la lógica de la escritura⁹³.

En este breve epílogo solo apuntamos a líneas para una discusión que tocaría diversas estaciones de trabajo. Es de nuestro interés subrayar la relación formación-clínica del trauma por una simple razón: La constatación permanente de que innumerables colegas, de todas edades y formaciones suelen mostrarse desarmados ante el reto clínico de la atención a pacientes provenientes de escenas traumáticas.

Como menciona Arthur S. Blank:

“He estado con muchos muchos terapeutas que me han dicho: ‘No sé cómo hacer, ¿cómo se trata a esas personas? ¿debería tomarlas como pacientes cuando no sé cómo hacerlo?’⁹⁴”

5.2 La transmisión académica del psicoanálisis en México

Las anteriores preguntas sobre los lugares del therapôn y el analista en relación con la transmisión y la formación no pueden ser pensadas sin contextualizarla sgeohistóricamente. Hagamos un recorrido relámpago sobre nuestro contexto. La intención no es exhaustiva, y se asume en la escritura la rigurosa primera persona como punto de referencia.

⁹³ Dialogamos aquí con Bejla Rubin y sus desarrollos sobre la relación entre trauma, escritura y sobrevivencia : Bejla Rubin, **Nuevos nombres del trauma**. Buenos Aires, Grupal Logística y Distribución Editorial, 2005.

⁹⁴ Cathy Caruth, Op. Cit., p. 5810

Iniciemos, porqué no, en los años 80 en México. En lo que respecta al campo del psicoanálisis, donde una generación de analistas mexicanos nos comenzamos a formar, esa época marcada por la presencia de la inmigración sudamericana, que en figuras como la de Néstor Braunstein, Marcelo Pasternac y Juan Carlos Plá, hacían presente en México el discurso kleiniano, freudomarxista y lacaniano. En ese entonces, ser psicoanalista en formación implicaba la decisión, que a veces se daba de una manera informada y otras no, de acercarse a los espacios liderados por estos personajes, y con ello ir asumiendo una posición ética en cuanto a cómo devenir analista. En el centro de la discusión se encontraba el tema del *pase*, que era motivo de fuertes discusiones públicas y bandera diferenciadora de las agrupaciones que se proponían como *formadoras de psicoanalistas*. La institucionalización de estas agrupaciones aparejó en algunos casos la creación de propuestas en un modelo netamente académico, por ejemplo la creación de maestrías cuyo contenido curricular era una selección de textos y temas canónicos, abordados en un estilo pedagógico casi siempre tradicional. Por otro lado, no se puede dejar de mencionar la infiltración de los discursos freudiano y lacaniano en las licenciaturas universitarias, fenómeno concomitante, siempre presto a la polémica, que ha puesto en juego permanentemente la pregunta por lo academizable de la transmisión del psicoanálisis.

Si bien en los propios discursos de los psicoanalistas abocados a la formación solía escucharse que convertirse en *uno de ellos* no pasaba por la instrucción académica, no dejaba de generarse la ilusión de que *saber mucho* sobre la obra de Freud y Lacan estaba proporcionalmente relacionado con qué tan buen analista se podría llegar a ser.

Puede el lector quizá acordar en un plan condescendiente que el juicio crítico sobre la realidad de la transmisión del psicoanálisis en aquella época no puede ser demasiado exigente, ya que se encontraba en condiciones de una disciplina joven -al menos el <modo lacaniano>- que se implanta en un país. El psicoanálisis, como toda práctica disciplinaria, requiere del establecimiento institucional de un

cuerpo teórico conceptual coherente que establezca las bases dogmáticas de la disciplina. Esto exige la conformación de espacios más o menos institucionalizados que den forma y defiendan la *doxa* y algunos dogmas fundamentales.

Esta estabilización disciplinar lograda a partir de la institucionalización de las agrupaciones psicoanalíticas ya ‘mexicanas’, así como la generación de espacios de desarrollo teórico psicoanalítico en las universidades, generó en la última parte del siglo XX en México la existencia de un psicoanálisis que fue sostenido (y sigue siéndolo) por personalidades surgidas de la inmigración sudamericana asociada a la égida por los golpes militares de Estado en aquella región, pero poco a poco se fue nutriendo también de las aportaciones de las primeras generaciones de sus discípulos. Sería complicado hablar de la gestación de un *psicoanálisis mexicano* dado que en primer lugar quedaría elidida aquella primera oleada que en los años 50 y 60 había hecho presencia desde la psiquiatría con un enfoque freudo-frommiano, pero además porque la misma fragmentación de los espacios de transmisión y los diferentes estilos inherentes a esta, determinaron que los formandos generaran sus propios estilos y diferencias dentro de este campo estallado, lo con el tiempo no produjo más que una atomización de escuelas y grupos.

Desde nuestro punto de vista, en este contexto histórico, la combinación de tres factores muy importantes aglutinaría un fuerte componente de angustia a enfrentar por los psicoanalistas en formación de los años 80 a la actualidad:

1. El primer factor tendría que ver con la dificultad para establecer una “identidad profesional” (o su equivalente) en un campo siempre en pugna en el que por ejemplo, pertenecer a una institución como la APM implica rituales de paso rigurosos y controlados; afiliarse a la École Lacanienne de Psychanalyse apareja la aceptación del pase como filtro de integración gremial; o formarse en el Círculo Psicoanalítico Mexicano o en lo que fue el Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos significa “no autorizarse más que por sí mismo” (en alguna de sus interpretaciones posibles). La puesta en cuestión de la autenticidad como psicoanalista, ‘ser psicoanalista’, es pues un primer elemento que requiere un posicionamiento firme y claro que cada formando tendría que asumir, a veces

bajo condiciones altamente hostiles (como las que se dan situaciones hospitalarias, educativas, de asistencia social y procuración de justicia donde los discursos oficiales se contraponen en muchos aspectos al psicoanalítico), a veces desde el consultorio privado, en un aislamiento pernicioso para el enriquecimiento mismo de su formación (al no pertenecer el analista en formación a espacios formales de estudio de la técnica y de supervisión o inter control de casos).

2. El segundo componente sería relativo a las realidades clínicas mismas y a la manera en que las distintas vías de formación proveen al nuevo analista de recursos para enfrentar las dificultades inherentes al encuentro con el pathos de los sujetos que acuden a él. Queda para otro espacio una discusión sobre las características, ventajas y desventajas de cada uno de los estilos de transmisión y formación tienen respecto a este segundo componente. Para apuntar algunas cosas en breve, la relación entre supervisión e institución es un tema poco abordado y desafortunadamente en la mayoría de los espacios en los que el estilo académico de transmitir el psicoanálisis y la “vía libre” para formarse impera, las posibilidades de contar con dispositivos de discusión clínica centrada en casos es menor. Para un analista formado privilegiadamente como teórico, la angustia de enfrentar sus primeros casos es muy alta en cuanto siente la obligación de responder en su práctica al grado de abstracción, claridad e incluso idealización que aparece ante él en la teoría.
3. Esto nos lleva a enunciar el tercer componente, que tendría que ver con una formación defensiva ante los dos campos fenoménicos anteriores, y estaría constituido por la formulación y establecimiento ritual de una serie de certezas de lo que como psicoanalista hay que hacer y lo que no, lo que lo diferenciaría de los ‘terapeutas’, etc. Cabe mencionar el efecto que con los años se ha producido a partir de la enseñanza de Lacan, que comenzó justamente representando para las asociaciones psicoanalíticas ortodoxas de su tiempo un reto a la ritualización absurda y al dogma, y hoy en día paradójicamente se ha convertido para muchos en una fuente de certezas que se expresan en forma de recetas,

clichés, dogmas y neoformaciones ortodoxas. (Sobre este punto, nos ocupa particularmente para lo que toca a la clínica del trauma: la generalización de la posición del silencioso semblante del objeto causa del deseo como cartabón universal para abordar todo encuentro clínico).

Ante la angustia y las amenazas del contexto sociopolítico es comprensible desde una mirada sociológica la necesidad para los grupos de psicoanalistas de generar referentes de certeza que fortalezcan la identidad gremial, establezcan puntos de anclaje común disciplinario o fundamentos que cohesionen la discursividad, y generen referentes prácticos básicos que le permitan al novato responder a la ansiedad propia de su labor en sus primeros años de trabajo.

Sin embargo, hay algo muy importante que debe ser considerado en este contexto: la pertinencia o no de los efectos y las formas que genera este panorama formativo en los analistas ante determinadas realidades clínicas.

Y aquí anudamos con todo lo trabajado en el capitulado anterior.

Si un psicoanalista por sistema recibe a quien acude a él con una frase como “le escucho”, y permanece callado mirándole distraídamente, este ritual sostenido en una serie de convenciones quizá *lacanianas*, puede resultar ideal para concitar el discurso de un sujeto que pudiera estar habitando espacios o estados relacionados con la neurosis. Sin embargo una actitud ritualizada como esta puede resultar completamente impertinente ante ciertos estados subjetivos y frente a ciertas realidades clínicas. Si por ejemplo se recibe a una persona en estado *postraumático*, es decir que se encuentra en una zona o atmósfera de trauma muy presente, este sujeto podría juzgar con toda razón la actitud del psicoanalista como impersonal, fría, distante, es decir, carente de interés por su situación. Si en otro caso quien acude a una entrevista es un sujeto que se encuentra en un trance psicosomático, y como suele ocurrir en casos así tiene grandes dificultades para establecer un discurso asociativo, e incluso su producción de síntomas y formaciones del inconsciente es bastante pobre, de nuevo un posicionamiento silencioso de

parte del clínico no hará más que generar un silencio incómodo que podría prolongarse un número indeterminado de sesiones. Muy diferente al silencio que se produciría en el contexto de un estado neurótico que estaría pregnado de pensamientos y mociones de deseo reprimidas que tarde o temprano terminarían por brotar.

Aquí por supuesto se hace necesario acotar brevemente que esto nos remite al tema del diagnóstico en psicoanálisis y de cómo éste no puede ser establecido ni a priori ni demasiado pronto, y es el trabajo de las entrevistas preliminares lo que permite ir formulando las hipótesis que conduzcan a este punto. Pero cabe decir que precisamente, el echar mano de ciertas formas estandarizadas de abordar a los pacientes en las entrevistas preliminares puede constituir una barrera para generar el campo propicio a la escucha precisa de la especificidad clínica que se enfrenta en cada caso, diagnósticos o no.

La ritualización y el acartonamiento que suele ocurrir en los primeros tiempos del ejercicio clínico de los psicoanalistas tienen su origen en la gran variedad de postulados de la teoría de la clínica en distintos autores, comenzando por el mismo Freud. Esto es entendible pues la transmisión de la teoría y la técnica dependen de la clínica enfrentada por quien transmite, y de los elementos que su tiempo y el diálogo con otros le permitió desarrollar.

El tema entonces no es la buena o mala lectura de los textos fundacionales, o la fidelidad a los maestros. Como hemos mencionado arriba, el anquilosamiento dogmático o ritualizante tiene más bien como fuentes ciertas determinantes sociales específicas.

Al existir una tendencia que pugna por la definición y delimitación diferencial dogmática de la grupalidad o adscripción a escuelas, que se sostiene en la necesidad de reconocimiento de los analistas por sus colegas; y otra tendencia academizante a dejar fuera de la transmisión académica propuestas importantísimas de autores periféricos a la *doxa*, la formación de los psicoanalistas noveles -y desafortunadamente esto puede extenderse tras años de práctica- queda entonces:

- A. Detenida en un impasse pues la formación, prevalentemente teórico-académica no complementada (más allá del 'propio análisis') con el estudio clínico en una comunidad de práctica (ver infra), no provee recursos para enfrentar retos diversos que los pacientes presentan, particularmente quienes provienen de espacios tarumáticos.
- B. Ignorante de propuestas diversas de abordaje clínico. Entre ellas las que permitirían abordar con mayor amplitud de recursos la clínica del trauma.

Para ser más claros sobre el segundo punto: autores como Rodolfo, Davoine, Gaudillière, Aulagnier y el conjunto de los que hemos referido en esta tesis, suelen no formar parte de un currículum básico de estudios académicos psicoanalíticos. Sin embargo, la riqueza teórico-clínica de sus aportaciones sería imprescindible para una comunidad psicoanalítica cuya labor estuviera centrada en la discusión de lo clínico, y por ello incluyera el análisis de las diferentes realidades patológicas así como la pertinencia táctica de distintos posicionamientos del analista frente a ellas.

Pero hoy, la transmisión del psicoanálisis suele resultar en una academizante indoctrinación de los estudiantes universitarios cuya apoyatura en la praxis clínica o bien no ocurre, o bien se da de manera deficiente en las prácticas profesionales y servicio social. Mientras, en maestrías y diplomados la revisión curricular tiende a reproducir un esquema básico de estudio de los textos canónicos (Freud I, II, III; Lacan I, II, III; psicopatología, epistemología, etcétera). Como decía arriba, tanto autores como contenidos, como discusiones y prácticas clínicas queden fuera de revisión.

Los efectos de esto son claros si enfocamos la mirada en lo que queda excluido de la formación de los nuevos analistas.

5.3 Dificultades específicas y otras posibilidades en la transmisión de la clínica del trauma

La transmisión del corpus teórico del psicoanálisis, y la existencia de comunidades de práctica⁹⁵ psicoanalítica **que discutan y supervisen la práctica clínica como centro de su quehacer** son dos aspectos fundamentales para analizar y comprender las maneras en que ocurre la formación de analistas en un espacio y tiempo determinados. Debemos sin embargo incluir un tercer aspecto importantísimo, quizá el más importante: el análisis de los analistas.

Para el punto al que quiero llegar, que se refiere a otras posibilidades de transmisión en el trabajo clínico con lo traumático, debo hablar en primera persona para referirme a algunas experiencias que considero dignas de reflexión a este respecto. Durante algunos años fui miembro de un grupo interdisciplinario dedicado a la atención de pacientes con diagnósticos de psicosis. En este grupo laborábamos psicoanalistas, jóvenes psicólogos que nos encontrábamos en formación como psicoanalistas y realizábamos funciones de *acompañantes terapéuticos*, psiquiatras y otros 'profesionales de la salud mental'. Tres cosas fueron decantándose como aprendizajes de todos esos años de labores:

Uno.-Para la atención de personas que atraviesan un Estado psicótico, estados alterados por situaciones traumáticas, niños con graves desestructuraciones mentales, la gama técnico- táctica de posicionamientos de los clínicos es muy grande. Teniendo claros algunos referentes éticos básicos, que podrían resumirse en ocupar un lugar tal que permita la aparición y despliegue de la subjetividad deseante del paciente, las intervenciones y encuadres pueden y deben ir más lejos de la estereotipia del dispositivo estándar para la neurosis. El acompañamiento terapéu-

⁹⁵ "...el principal centro de interés de esta teoría reside en el aprendizaje como participación social. Aquí, la participación no sólo se refiere a los eventos locales de compromiso con ciertas actividades y con determinadas personas, sino también a un proceso de mayor alcance consistente en participar de una manera activa en las prácticas de las comunidades sociales y en construir identidades en relación con estas comunidades."

Etienne Wenger, Comunidades de práctica:Aprendizaje, significado e identidad. Barcelona, Paidós, 2001, pp. 19- 39

tico mismo y todo lo que implica es ya una muestra muy compleja de las ampliaciones y diversificaciones clínicas que son necesarias para intervenir con efectividad en el campo en el que los sujetos se encuentran muy desestructurados; pero también desde el lugar del analista, las intervenciones ambulatorias, las visitas, las intervenciones en conjunto con acompañantes y psiquiatras, el psicoanálisis coordinado de varios miembros de una familia, y las mismas maneras - muchas no ortodoxas- de intervenir en el consultorio, son parte de un repertorio que debe ser considerado al insertarse como clínico en ese campo. Un aspecto anecdótico muy interesante al respecto de la heterodoxia que puede representar el trabajo de un clínico que se forma y practica en este tipo de dispositivos es la polémica que desató el relato de Davoine y Gaudillière en su libro *La Locura Wittgenstein*⁹⁶, cuando da cuenta de cómo la psicoanalista comunica al paciente un sueño que ha tenido. Leído desde un psicoanálisis cuya *doxa* se ha estructurado desde el campo de la neurosis, tal intervención podría sonar un completo despropósito; en el contexto de la comunidad a que me refiero, apareció como completamente pertinente, al menos para el caso de marras.

Dos.- El acompañamiento terapéutico como dispositivo clínico, el lugar del acompañante terapéutico como posición ética, abren y colocan una pregunta que está ya los referentes de la transmisión de la clínica en el campo psicoanalítico. Los acompañantes terapéuticos, al menos en el grupo del que forme parte, coordinado en un principio por Alberto Montoya y Gustavo Ordaz, y del cual posteriormente se desprendió una segunda generación de acompañantes como Laura Maldonado, Juan Manuel Rodríguez, Carlos Lomas, Enrique Cortés y muchos otros, aprendimos a ser acompañantes acompañando a otros acompañantes a realizar su trabajo, al mismo tiempo que realizábamos lecturas y participábamos en discusiones clínicas sobre casos con los otros miembros del grupo interdisciplinario que coordinaba el doctor Juan Carlos Plá. El hecho de aprender a ser acompañantes en una comunidad que nos proponía un acercamiento paulatino, primero como oyentes, después como participantes con voz en discusiones clínicas, un poco después

⁹⁶ Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière. *La locura Wittgenstein*, Edelp, México, 1992

como acompañantes de un proceso de acompañamiento conducido por otro, en un momento más a cargo de un proceso de acompañamiento y en muchos casos posteriormente como coordinadores de equipos de acompañantes, marcó un sello fundamental que me parece enriquecedoramente contrapuntístico de lo que he aludido más arriba como la academización del psicoanálisis. Esa forma de aprender a ser acompañantes se corresponde con lo que Lave y Wenger han llamado aprendizaje situado o participación periférica legítima ⁹⁷, que de acuerdo a ellos, es la forma en que realmente se aprende a hacer algo: incluyéndose a comunidades de práctica en las que primero se participa marginalmente y paulatinamente se va pasando a una participación más comprometida que incluya el conocimiento y manejo de técnicas, la integración a un estilo de relacionarse socialmente con los miembros del gremio, etcétera. En el modelo de la participación periférica legítima, el estudio de la teoría es solamente un aspecto, imprescindible pero secundario a la participación misma. No abundaré más en este punto en particular pues debería ser motivo de un estudio aparte que dialogaría y polemizaría también con planteamientos como el de Tamayo⁹⁸, que aíslan el fenómeno de discipulazgo a la pura relación *socrática* entre maestro y discípulo sin tomar en cuenta el contexto social de esa relación. Regresando al punto que desarrollamos, es importante anotar que partiendo de esta experiencia que retomo, la transmisión de una manera de hacer clínica queda definida y determinada por aspectos que van más allá del estudio de textos canónicos, e incluso más allá también del estudio de autores diversos, dado que la ocupación fundamental del grupo de formación era la clínica misma. Era esa clínica, sus retos y dificultades la que nos lanzaba a investigar y buscar referencias e interlocutores, poniéndonos incluso en la necesidad de ser nosotros mismos los que desarrollamos propuestas teóricas⁹⁹. De esta manera la transmisión académica-curricular del psicoanálisis era un aspecto que podía ser

⁹⁷ Lave, Jean, y Etienne Wenger. *Aprendizaje situado: participación periférica legítima*. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2003.

⁹⁸ Luis Tamayo. *El discipulado en la formación del psicoanalista. Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía*. Reloj de arena, México, 2004.

⁹⁹ Francisco Landa *Tres dimensiones definitorias del acompañamiento a pacientes psicóticos*. En: Revista Tramas Universidad Autónoma Metropolitana, Vol 14, México, 2001.

complementario a nuestro ser y nuestro quehacer, pero no era el corazón mismo de la transmisión. Por último, para lo que toca a la transmisión específica de una clínica de lo traumático, la recuperación de estas experiencias permite abrir una pregunta retadora: ¿Se puede llegar a ser un clínico capaz de enfrentar casos de psicosis, estados postraumáticos, estados depresivos severos, etcétera con sólo estudios teóricos, un análisis personal y un espacio de supervisión? O aún más: **¿Qué tipo de psicoanalistas somos; acaso podemos ser psicoanalistas si nuestra formación se reduce a nuestro análisis personal y el estudio académico del psicoanálisis, es decir, si no pertenecemos a una comunidad de práctica?**

Tres.- Relacionado con esto último, un aspecto muy delicado que también tendría que formar parte de un estudio específico cuya metodología sería todo un reto. Se trata de aquello que puede transmitirse o no en un análisis, respecto a la posibilidad de escuchar y enfrentar los retos clínicos de estados subjetivos críticos diferentes a la neurosis. Cyrulnik¹⁰⁰ plantea por ejemplo, basado en estudios neurofisiológicos y clínicos, algunos datos relevantes sobre la interacción entre las dotaciones genéticas -particularmente la instrucción para liberación de serotonina-, la vivencia de situaciones catastróficas, y la manera en que aprendimos y fuimos acompañados por los demás a enfrentarlas. En términos muy sintéticos, puede decirse que los seres humanos podemos situarnos a dos costados de una línea cuya diferencia reside en haber enfrentado una catástrofe traumática o no. De un lado u otro, los factores mencionados resultan determinantes para que pueda sortearse esa vivencia de un modo *resiliente*, es decir que podamos reconstituarnos y reconstituir nuestro lugar en el mundo después de ese pasaje traumático. Aunado entonces a los aspectos puramente formativos del psicoanalista, relativos lo que hemos comenzado a dirimir en cuanto a su formación académica y pertenencia a una comunidad de práctica, se encontraría un aspecto puramente subjetivo que el concepto de residencia permite abordar de una manera diferente y complementa-

¹⁰⁰ Cf. Boris Cyrulnik, Op. Cit.

ria, me parece, al tema del fin de análisis, y que se relaciona directamente con la formación específica del analista para enfrentar la clínica del trauma. Se trata de esto: ¿cuál es la relación de cada psicoanalista con lo traumático en su propio curso vital? En términos sencillos, no será lo mismo tener como analista a una persona que ha enfrentado una catástrofe traumática, que con una persona que no lo ha hecho. No es lo mismo tener como analista a alguien que ha generado una respuesta resiliente ante la catástrofe que a alguien que no lo ha hecho. Es decir, ¿qué hizo de él/ella esa experiencia, respecto a su posición clínica? Todo esto determinará lo que es e analista hará desde el corazón de su estructura cuando enfrente un caso de catástrofe subjetiva, a una persona en un momento postraumático. Ligando esto con el punto anterior, tampoco será equiparable la manera en que un psicoanalista puede enfrentar tal reto clínico si como parte de su formación ha trabajado con estados subjetivos gravemente desestructurados o no (y para ese trabajo clínico ha formado parte de una comunidad interdisciplinaria de práctica).

5.4 El contexto para la inserción de una propuesta

Hemos esbozado en este epílogo algunos elementos determinantes para la formación de los psicoanalistas y la transmisión del psicoanálisis, comenzando a enfatizar las particularidades de la transmisión de una clínica del trauma y las catástrofes subjetivas. Ahora anotaremos algunos aspectos referentes al contexto disciplinar en el que propuestas específicas en este campo podrían insertarse. La transmisión del psicoanálisis es de por sí un asunto muy complejo y problemático. Castoriadis lo resume de esta manera:

“Confrontado a esta situación fundamental: de no seguridad teórica, de no seguridad práctica frente a la exigencia perpetua de un pensar y de un hacer, dentro de una cultura que apunta (y casi logra) dividir todo entre el algoritmo y lo inefable, entre la “máquina” pura y el puro “deseo”, a exiliar y a hacer impensable lo esen-

cial de lo que es y de lo que nos importa, el psicoanalista... se ve casi fatalmente obligado a tomar una u otra de estas prótesis: la prótesis del dogma codificado y de la administración de la transmisión del análisis por una institución burocratizada; la prótesis de la relación de “magisterio” y de poder de uno solo. Los dos sistemas son complementarios y solidarios funcionan conjuntamente en la justificación de cada uno mediante la denuncia del otro y los dos en la malversación del psicoanálisis”¹⁰¹

Rocha¹⁰² realiza un cuidadoso análisis de las dificultades institucionales para la transmisión del psicoanálisis en México digno de ser revisado que refiere no sólo a las dificultades epistemológicas del psicoanálisis como ciencia, sino también a la complicada colocación de cada uno de los psicoanalistas en formación respecto a quiénes son en un espacio cuyas determinaciones oscilan entre la burocratización controladora y el liderazgo caudillista, e incluso a las insalvables contradicciones que hacen de la relación psicoanálisis-institución-sociedad, como lo dijera Roustang, un funesto destino.

En este espacio, añadiría, anudando como parte del panorama lo expuesto más arriba respecto al contexto del psicoanálisis mexicano como *trasplantado* desde Europa, y particularmente en la segunda mitad del siglo XX por personajes sudamericanos, la problemática inherente a la inculturación de esta disciplina en nuestro país. En su libro *Epistemologías del Sur*, Boaventura de Souza¹⁰³ nos presenta un interesante reto para este punto. De Souza nos habla de cómo, por las determinantes socio históricas de nuestro espacio y tiempo latinoamericano, solemos proceder de una manera colonial: una marca de ello es la presencia innegable de la descalificación del otro como estilo generalizado en nuestra aproximación al conocimiento; otra, la ausencia de una ecología de saberes que asuma la in-

¹⁰¹ Cornelio Castoriadis. El psicoanálisis, proyecto y elucidación. Buenos Aires, Nueva Visión, 1992, p. 82.

¹⁰² Cf. Rocha, G. Las instituciones psicoanalíticas en México. Un análisis sobre la formación de analistas y sus mecanismos de regulación. Acheronta Revista de psicoanálisis y cultura, Vol 14, Diciembre 2001. www.acheronta.org/acheronta14/rochatesis

¹⁰³ Boaventura de Souza y María Meneses (eds), Epistemologías del Sur, España, Akal, 2014

completud de todo conocimiento así como la necesidad de traducciones interculturales para aquellos cuerpos de saber producidos desde otros referentes socio históricos. Si tomamos en cuenta esto, podremos ser capaces de visualizar y tomar en consideración una serie de fenómenos presentes en el campo disciplinario del psicoanálisis actual en México que tienen como rasgo en común la ausencia casi total de diálogo entre grupos y escuelas, entre colegas, y no se diga entre los psicoanalistas y otros profesionales como los psicólogos, neurólogos, psiquiatras. Como menciona este autor, las interacciones observadas suelen ser del orden de la descalificación, y los espacios en donde se produce una interlocución respetuosa son, desde los núcleos de producción dogmática vistos con suspicacia o rechazo. Para este trabajo, como se verá más adelante, será particularmente importante desafiar esta lógica para el estudio integral de los fenómenos clínicos relativos a lo traumático.

Tenemos entonces un panorama extremadamente complejo. Devenir psicoanalista requiere de por sí un intrincado pasaje que exige ir tomando posición en un territorio:

- a. no científico (al menos en el modelo hegemónico de ciencia)
- b. en los márgenes de lo legal (no se trata de una profesión regulada, y de acuerdo a muchos puede ser ejercida por personas sin una formación profesional en el campo de la salud). Además, en nuestro contexto latinoamericano:
- c. tendiente a la colonialidad (partiendo de que el fundador y los líderes de escuela son extranjeros). Y para México en particular:
- d. academizado en su transmisión (y ahí donde la formación incluye lo clínico, como en APM, se encuentra sujeta a controles burocráticos).
- e. en fragmentación como campo de referencias en autores y escuelas, y si seguimos a De Souza:

- f. marcado por una tendencia cultural a la descalificación del otro como estilo frente al conocimiento...

Entonces, en este terriblemente complejo contexto, si quisiéramos incluir el problema específico de la formación clínica del psicoanalista para la atención del trauma y sus efectos, tendríamos que añadir las determinantes inherentes a ello que hemos expuesto más arriba, que atañen a que el territorio específico de la clínica del trauma estaría...

- g. Sujeto a la posibilidad de pertenecer y participar en una comunidad de práctica que haga de la clínica del trauma y los estados subjetivos críticos su quehacer y materia de estudio
- h. Marcado por la relación vital, tanto del analista en formación como de su psicoanalista, de las dimensiones traumático/resilientes en la biografía y el trabajo del propio análisis
- i. Definido por su marginalidad en el terreno de la formación de psicoanalistas, tal como se ha venido instituyendo por las determinantes históricas mexicanas (muy diferentes por ejemplo a las de Argentina, donde el psicoanálisis que se transmite en la Universidad está más cercano a prácticas hospitalarias).

¿Cómo hacer clínica del trauma, ser psicoanalista y sostener un psicoanálisis que dé cabida a una clínica necesariamente heterodoxa y frágil, que menos que ninguna otra puede escapar a tomar posición en la polis?

¿Cómo, particularmente en este país, en las condiciones actuales de proliferación de la catástrofe?

De la consideración de las preguntas anteriores, la necesidad de apalabrar para esta parte final la inquietud política en la escritura de esta tesis.

Querétaro, México, 2011-2017.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amigo, Silvia. *Un silencio pesado*. Página 12, jueves 4 de junio de 2015, Sección Psicología. <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-274130-2015-06-04.html>

Aulagnier, Piera.

- La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado. Argentina, Amorrortu, 2001.
- El aprendiz de historiador y el maestro brujo, Argentina, Amorrortu, 1986.

Barrois, Claude. *Psychanalyse du guerrier*. En Briole, G. Et al. Le traumatisme psychique: rencontré et devenir, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Paris, Mason, 1994.

Benedetti, Gaetano.

- Allienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale. Turín, Einaudi, 1980
- La Esquizofrenia en el espejo de la transferencia. Buenos Aires, Edelp, 1996.
- Bion, W. Experiencias en grupos, Barcelona, Paidós, 1980.

Bleandonu, Gerard. *Las transformaciones según Bion*. En: Psicoanálisis ApdeBa- Vol XXII, No. 2, p.315-332, 2000.

Braunstein, Néstor. (comp.) *Psicología, ideología y ciencia*, Siglo XXI, México, 1985.

Caruth, Cathy. *Listening to Trauma. Conversations with leaders in theory and treatment of catastrophic experience*. Baltimore, USA, John Hopkins University Press (Libro electrónico, el paginado corresponde a las posiciones Kindle) 2014

Castoriadis, Cornelius. *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1992.

Cyrulnik, Boris. *El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma* Gedisa, España, 2003.

Davoine, Françoise. y Gaudillière, Jean-Max.

- Séminaire *Folie et lien social*, École d'Hautes Études, Paris, Francia, 2005
- *History beyond trauma*, Other press, New York, 2004.

De Souza, Boaventura. y Meneses, M. (eds), *Epistemologías del Sur*, España, Akal, 2014

Dolto, Françoise., *La imagen inconsciente del cuerpo*, México, Paidós, 1979.

Fédida, P. *Amor y muerte en la transferencia. Clínica psicoanalítica: estudios*. Sao Paulo, Escuta, 1998.

Freud, Sigmund., *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Argentina, 2007, 24 Vol.

- Sobre la iniciación al tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I), 1913, Vol. XII
- Introducción del Narcisismo, 1914, Vol. XIV
- Duelo y melancolía, 1917 [1915], Vol. XIV
- ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, 1926, Vol. XX
- Análisis terminable e interminable, 1937, Vol. XXIII

Freud, Sigmund. Y Breuer, Joseph. (1893-1895) *Estudios sobre la histeria*, en Freud, Sigmund, *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Argentina, 2007, 24 T

Harari, Roberto. *El seminario 'LA Angustia' de Lacan: una introducción*. Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

Holly., Harris y Valentine. *World Assumptions, Sexual Assault, Depression, and Fearful Attitudes Toward Relationships*. *Journal of interpersonal violence*, Vol. 17 No. 3, Marzo 2002.

Lacan Jacques.

- Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Buenos Aires, Paidós, 2001 [1955].
- Seminario 4 La relación de objeto. Buenos Aires, Paidós, 2001 [1956].
- Seminario 10 La angustia. Buenos Aires, Paidós, 2001 [1963].
- Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Buenos Aires Paidós, 2001 [1964].

Landa, Francisco.

- *Tres dimensiones definitorias del acompañamiento a pacientes psicóticos*. En: *Revista Tramas* No. 14 Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2001.
- *Hacia la formalización del lazo terapéutico como herramienta para el encuentro clínico con la presubjetividad*. Ensayo ganador del Premio Pierre Fédida 2010 de la Associação Universitaria de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (inédito).
- *La sagrada familia del psicoanálisis*. Tesis de maestría, Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos, México, 2003.

Landa, Francisco. y García, Liliana. (2010) *Violencia y trauma: Hacia un enfoque de acciones psicoterapéuticas en el vínculo social*. En: Romero, H. et. al. (eds.) *Violencia de género y salud: perspectivas y enfoques críticos*, Volumen I, (Libro electrónico) ISBN 978-607-7740-84-1

Lave, Jean., y Wenger, Etienne. *Aprendizaje situado: participación periférica legítima*. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2003

Luján, Iuale. y Bachmann, Ruth. *Consideraciones sobre los "efectos terapéuticos" en S. Freud y J. Lacan*. Anuario de investigaciones de la Ciudad autónoma de Buenos Aires, volumen 16, Diciembre de 2009. <[HTTP://scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100047&Ing=es&nrm=iso](http://scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100047&Ing=es&nrm=iso)> ISSN 1851-1686

Nasio, Juan David., *Los gritos del cuerpo: Psicósomática*. Paidós, 1996.

Maza, J. *Algunas consideraciones Criminológicas de interés judicial sobre la víctima del delito*, en Antología "Victima y Proceso Penal Costarricense", Issa El Khoury Henry. Escuela Judicial, Poder Judicial. San José, Costa Rica. 2000.

Mendelsohn, M. et. al. *The trauma recovery group. A guide for practitioners*. USA, The Guilford press, 2011.

Palomar, Agustín. (2014) *La philía como investigación fenomenológica particular del saber práctico en Aristóteles: significado y fundamentación*. En: Franciscanum, ISSN 0120-1468, Volumen LVI, # 162, Septiembre 2014, p. 51-73

Quignard, Pascal. *Le sexe et léffroi*, Paris, Gallimard, 1994

Rocha, Guadalupe. *Las instituciones psicoanalíticas en México. Un análisis sobre la formación de analistas y sus mecanismos de regulación*. Acheronta Revista de psicoanálisis y cultura, Vol 14, Diciembre 2001. www.acheronta.org/acheronta14/rochatesis

Ríos, Cecilia. *Relación entre psicósomática y psicosis: Una investigación clínica desde el psicoanálisis*, Tesis de Maestría en Psicología Clínica, UNAM, 2004, p. 73

Rodulfo, Ricardo, *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires, Paidós, 1996

Rubin, Bejla. *Nuevos nombres del trauma*. Buenos Aires, Grupal Logística y Distribución Editorial, 2005.

Sichère, Bernard. *Histoires du mal*, Grasset, Paris, 1995.

Shay, Jonathan., *Achilles in Vietnam. Combat trauma and the undoing of character*. Touchstone, NY, 1995.

Sturgeon, Theodore. , *Más que humano*. Ediciones Minotauro, Buenos Aires, 1968.

Sosa, Marcela. Las fronteras de la ficción: el teatro de José Sanchís Sinisterra. Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial, 2004.

Luis Tamayo. El discipulado en la formación del psicoanalista. Un aporte del psicoanálisis a la pedagogía. Reloj de arena, México, 2004.

Tosta, Manoel. Psicopatología fundamental. Escuta, Sao Paulo, 2000.

Van der Kolk, Bessel. et al. *A symptom provocation study using positron emission tomography and script driven imagery* En: Archives of general psychiatry 53, 1996.

Van der Kolk, Bessel. y van der Hart, Onno. *The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma*. En Caruth, C. (Ed.) Trauma: explorations in memory. The John Hopkins University Press,

Wenger, Etienne. Comunidades de práctica: Aprendizaje, significado e identidad. Barcelona, Paidós, 2001.