

TERAPIA DE CRISIS

Teoría temporal del psiquismo

ALFREDO MOFFATT

Editorial Búsqueda

Buenos Aires 1982

PRESENTACION

Este libro es el resultado de cinco años de investigación sobre las terapias en el momento agudo de la perturbación mental, en el momento de la crisis. La idea inicial era acortar la duración de los tratamientos sin por ello dejar de resolver el conflicto histórico profundo.

Buscando este atajo a la obtención de la salud, este aumento de eficiencia, siempre con la idea de que mayores sectores se beneficien con las técnicas de psicoterapia, se configuró otra tarea que era necesaria para la anterior y que fue la de replantear algunos supuestos teóricos. Esto dio lugar a ver toda la psicopatología desde otra perspectiva, que fue la desorganización de la temporalidad, en vez de la represión de la sexualidad como etiología básica de la enfermedad. Una concepción más centrada en los trastornos de la identidad que en los trastornos vinculares.

Tal vez este planteo etiológico dependa estrechamente de nuestra actual perspectiva cultural que nace en una sociedad de masas con un acelerado proceso de cambio (debido al geométrico crecimiento tecnológico). Contexto social en donde resulta más difícil la integración yoica, la identidad, que resolver los trastornos del vínculo sexual, tema que constituía un foco de perturbaciones en la sociedad victoriana de principios de siglo. Podríamos decir que el modelo teórico está construido tomando como cuadro básico la esquizofrenia y no la histeria.

Este modelo teórico que presentamos, como también las técnicas terapéuticas tienen como campo más específico el momento de crisis pero también son eficientes en los tratamientos de corta y mediana duración. Quedan fuera de su campo las neurosis y psicosis estabilizadas que funcionalizaron socialmente sus síntomas.

La hipótesis básica de esta manera de pensar el psiquismo partió de la observación clínica de una larga conquista del hombre, que adquirió la capacidad de construir secuencias, es

decir, poder imaginarse dentro de una sucesión imaginaria de presentes que le sostienen ese presente implacable en donde siempre se encuentra y que constituye en todo momento un salto entre lo que fue y lo que será.

La capacidad de anticipar, de imaginar lo futuro le permitió al hombre separarse definitivamente de los animales, pues estos siguieron encerrados en su presente inmediato, una percepción sin historia las crisis agudas (neuróticas y psicóticas) que nos llevó a proponer como punto de partida la suposición de que la conciencia es puntual, y que la vivencia de continuidad yoica es resultado de, sin posibilidad de autoperibirse, de organizar una identidad en el tiempo.

Toda la cultura la suponemos al servicio de asegurar la continuidad del yo en el tiempo y esto es lo que trataremos de demostrar en este libro.

Si aceptamos esta hipótesis básica, vemos que la continuidad del psiquismo (su identidad) no es un hecho dado "natural", sino que es resultado de una construcción imaginaria humana, a esa construcción la llamamos el tiempo.

Esto nos lleva finalmente al nudo central de la teoría, que es que el punto más profundo (el vértice) de la enfermedad mental es consecuencia de la pérdida, de la destrucción de esta trama de sostén de la continuidad yoica y debido a esto la persona se fragmenta, se disuelve su vivencia de existir. Descubre que el tiempo objetivo no existe. Queda en un vacío paralizado, el cual es tan insoportable que sale de él a través de una restitución neurótica o psicótica (según la gravedad de la fragmentación), que no será otra cosa que una nueva trama de continuidad, una nueva cultura (su delirio o su neurosis) pero que esta vez no es compartida por los demás, sino que es subjetiva, que arma un yo, pero un yo encerrado, solo.

De este encierro lo rescatará su terapeuta (si la tarea es exitosa) que lo ayudará a reingresar a los supuestos culturales compartidos, la trama de continuidad que nos permite a todos nosotros enfrentar la discontinuidad de la conciencia y organizar proyectos de vida. Los vínculos y el campo simbólicos nos permiten leer una realidad perceptual que de otro modo sería una seriación caótica, de hechos sin lectura posible.

A lo largo de todo el libro veremos que la tarea del terapeuta es devolver al paciente la capacidad de concebir sucesiones, de organizar una historia con un sentido utilizando para ello todos los hechos que le ocurrieron en su vivir.

Sintetizando nuestra propuesta de salud, enfermedad y terapia, diremos que vivir es un juego difícil, pues es resolver la paradoja siguiente: uno debe cambiar siendo el mismo. En ese proceso se debe atravesar el tiempo, crecer, transformarse en otros (las etapas

evolutivas) y, al mismo tiempo, integrar todos los yos que fuimos pero en función del yo que deseamos ser.

En la perturbación del existir que llamamos las crisis (el momento agudo de la enfermedad) se presenta la imposibilidad del paciente de autoperibirse como el mismo que era, la nueva situación lo colocó fuera de su historia, está alienado: etimológicamente extranjero para sí. El suceder de su vida se paralizó, la percepción no consigue leer la realidad (no hay figura-fondo) y el futuro está vacío. Esta es una vivencia de máxima angustia, la persona se encuentra des-esperada (no espera más), se desestructuró la lectura prospectiva de su acción. Y ya dijimos que si no hay un "testigo reintegrador" (un terapeuta) que lo ayude a reestructurar su proyecto vital dentro de la cultura, corre el peligro de una reconstrucción subjetiva de los sistemas de estabilización del yo en el tiempo y entrará a la neurosis o la psicosis según lo inaguantable de su vivencia de disolución yoica y sus recursos defensivos aprendidos en la infancia.

Los antecedentes teóricos más importantes que permitieron estructurar esta concepción del enfermar, están ordenados en una línea donde el psicoanálisis Freudiano es el punto de origen, luego enriquecido por la teoría gestáltica de Fritz Perls respecto al presente de la conciencia y también la concepción de núcleos y continuidad yoica de existencialista, que como fenomenología del hombre impregna nuestro modelo de conciencia.

Por último podemos decir que la concepción del proceso terapéutico, como tarea básicamente asistencial, deriva de la escuela anglosajona con Frantz Alexander, Leopold Bellak (Centros de Crisis), y Ronald Laing, especialmente en lo que respecta a los trastornos esquizoides.

Respecto a las nuevas técnicas de interacción grupal hemos incorporado maniobras terapéuticas de la escuela americana, básicamente a través de Jay Haley.

También Eric Berne nos permitió poder comprender las historias y mitos familiares. Pero la característica más importante para dar una idea de la inserción de este modelo en el campo actual, fue la actitud de utilizar herramientas conceptuales y técnicas de diversas escuelas, todas estas coherentizadas por nuestro modelo de psiquismo desde la temporalidad.

Donald Winnicott. Además fue esencial el referente teórico existencialista, que como fenomenología del hombre impregna nuestro modelo de conciencia.

Por último, podemos decir que la concepción del proceso terapéutico, como tarea básicamente asistencial, deriva de la escuela anglosajona con Frantz Alexander, Leopoldo Bellak (Centros de Crisis), y Ronald Laing, especialmente en lo que respecta a los trastornos esquizoides.

Respecto de las nuevas técnicas de interacción grupal hemos incorporado maniobras terapéuticas de la escuela americana, básicamente a través de Jay Haley.

También Eric Berne nos permitió poder comprender las historias y mitos familiares. Pero la característica más importante para dar una idea de la inserción de este modelo en el campo actual, fue la actitud de utilizar herramientas conceptuales y técnicas de las diversas escuelas, todas estas coherentizadas por nuestro modelo de psiquismo desde la temporalidad.

La elaboración grupal de este modelo de pensar la enfermedad y la terapia fue posible por la tarea asistencial en instituciones de Argentina, Estados Unidos y Brasil y también por los cursos y laboratorios dados por el autor en los últimos años, los laboratorios psicodramáticos en co-terapia con la Licenciada Laura Jitric. Esto permitió la discusión y complejización del esquema inicial con el aporte de los alumnos desde distintas perspectivas teóricas.

El esquema teórico sufrió varias modificaciones a medida que los conceptos usuales no explicaban los trastornos agudos y eran necesarios otros supuestos operativos para una psicoterapia intensiva en los tratamientos de corta y mediana duración. Fue necesario replantear todos los conceptos psicopatológicos desde el momento en que las defensas del yo fueron reinterpretadas como defensas respecto a otra situación temida por el yo: la disolución yoica. En esta tarea de coherentizar el modelo teórico fue esencial la colaboración de Laura Jitric, quien fue la interlocutora que me permitió encontrar esquemas para enfrentar este ansiógeno tema de la temporalidad. También fue responsabilidad suya la revisión y corrección del manuscrito final.

Para facilitar la comprensión del modelo hemos incorporado gráficos. La información diagramática al espacializar las relaciones permite una mayor capacidad de síntesis y además ayuda a establecer nuevas relaciones. Durante todo el desarrollo de esta teoría, los diagramas como isomorfismos visuales del pensamiento discursivo, nos facilitaron el establecer la red de oposiciones (contradicción-síntesis) en que se basa el modelo. Además consideramos que didácticamente facilitan la trasmisión de la información.

El libro está dividido en dieciséis unidades temáticas, que permiten ordenar el desarrollo de la explicación, temas que han sido destacados en una tipografía mayor.

De todos modos este primer informe sobre una nueva línea de pensamiento y operación en el terreno de la enfermedad mental no pensamos que esté completo sino que transmite un esquema para ser usado como instrumento de trabajo en el análisis y la reparación del dolor psicológico, praxis donde se confrontará, desarrollará y complejizará. Lo que pretendemos es plantear uno de los esquemas posibles en respuesta a las nuevas e inéditas

características de este mundo anómico, fracturado y en cambio acelerado que nos toca vivir y además operar en él como psicoterapeutas.

Finalmente deseo agradecer a los maestros y compañeros de tareas de los que seguramente tomé ideas originales para desarrollar esta propuesta, como Enrique Pichon Rivière, Rubén Masera, Angel Fiasché, Eduardo Pavlovsky, Ricardo Grimson, César Janello, y muchos otros con los que compartí momentos de búsqueda y creatividad.

MODELO TEORICO

Parte I

INTRODUCCION

LA CRISIS

Intentaremos precisar cómo concebimos la crisis psicológica. Lo haremos con sumo cuidado, pues la teoría de crisis dependerá del análisis que se dé de esta perturbación psicológica y su solución.

La crisis se manifiesta por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de vida. De pronto nos sentimos confusos y solos, el futuro nos aparece vacío y el presente congelado. Si la intensidad de la perturbación, sea una crisis de crecimiento (evolutiva) o la consecuencia de un cambio imprevisto (traumática), aumenta, comenzamos a percibirnos como "otro", decir, tenemos una experiencia de despersonalización.

Esto provoca una discontinuidad en la percepción de nuestra vida como una historia coherente, organizada como sucesión en la que cada una de las etapas es consecuencia de la anterior. Por lo demás, todos tenemos experiencias de las crisis psicológicas, pues forman parte del recorrido por diversas etapas llamado vivir, o más exactamente existir.

Para que una situación produzca una crisis, más importante que el nivel de traumatismo sufrido por el paciente es lo inesperado de la nueva situación que se le exige vivir, la que sentirá como "irreal" y experimentará fuera de lo que está sucediendo. Diríamos que sólo es real lo que se espera, lo que fue concebible antes como posibilidad en la fantasía de futuro. Por eso se dice que esto o lo otro no estaba previsto (pre-visto), esto es, no estaba visto de antemano y cuando las circunstancias nos colocan dentro de un personaje que nunca habíamos anticipado: el de huérfano, viudo, adulto, culpable, etc., puede sobrevenir el desconcierto, la crisis.

La expresión orgánica de este proceso de desorganización de la personalidad es la angustia vivida corporalmente, que se acompaña de trastornos cardio-respiratorios, ahogos y la sensación de tener "nudos" en el estómago y la garganta, además de un estado general de hipercontracción muscular. Todo el cuerpo está tenso, como preparado para enfrentar un peligro; se trata del estado de stress o sensación de agotamiento corporal que padece la persona en crisis. Todo esto se sintetiza en la palabra desesperado (des-

esperado"): la persona desesperada es la que ya no espera nada, la que tiene un futuro vacío por delante.

Lo que enferma, pues, en el estado de crisis es el proceso de vivir, la historia se discontinúa y, por tanto, el yo no puede percibirse como sucesión inteligible y se fractura sin atinar a concebir su nueva situación (a codificarla) y sin saber cómo actuar, pues las estrategias con que contaba ya no se adaptan a las nuevas circunstancias.

HIPOTESIS BASICA. LA CONCIENCIA PUNTUAL

La observación clínica de las crisis y también otros análisis que iremos desarrollando más adelante en relación al psiquismo nos llevaron a proponer una suposición teórica de la cual deducimos todo nuestro modelo de psiquismo y es la hipótesis básica de que la conciencia sólo tiene existencia puntual, instante por instante es distinta y la sensación de continuidad del psiquismo, del yo, es el resultado de una construcción imaginaria, creada por el hombre a través de su evolución, que es la trama cultural.

Por lo tanto consideramos que la perturbación mental no es otra cosa que la pérdida de esta construcción imaginaria en la persona que llamamos perturbada.

Nosotros consideramos que todo proceso de deterioro de la trama cultural tiene dos momentos perfectamente discriminados: en un primer momento la crisis (momento agudo inestable) que es el darse cuenta de la inexistencia del tiempo como cualidad objetiva, se desarma la construcción cultural y se tiene la vivencia de vacío. En un segundo momento el cuadro psicopatológico (estabilizado) que para salir de la vivencia insoportable de disolución yoica el paciente construye. Este es el delirio que como una nueva trama cultural le vuelve a sostener la continuidad yoica, pero esta nueva explicación no es compartida, es subjetiva, lo defiende del caos perceptual pero también lo aísla.

Evidentemente los animales no enfrentan estos problemas, pues sus estrategias de sobrevivencia están codificadas genéticamente, pero el hombre primero acumuló recuerdos y, por tanto, luego percibió una seriación que lo condujo a otra conquista mucho más peligrosa: la capacidad de anticipar, de imaginar el futuro; y es peligrosa porque tiene dos filos: me permite proyectos, que son estructuras muy complejas, pero, al mismo tiempo, posibilita la previsión de mi desaparición y mi muerte. Los animales, que sólo viven el presente, evitan ambas cosas, la civilización y la angustia. Sólo sufren cuando el cuchillo está a la vista, pero no lo prevén, no lo imaginan como nosotros los humanos.

Respecto al cuerpo que es nuestra dimensión en el espacio, la diferencia con la dimensión imaginaria, la conciencia, es que ésta es siempre puntual, discontinua, en cada instante sucesivo es distinta y el cuerpo en cambio tiene asegurada su continuidad por las leyes fisico-químicas. Es decir el cuerpo existe (continúa) por sí mismo, en cambio a la mente es necesario hacerla existir, hacerla continuar.

Es necesario distinguir las crisis evolutivas de las crisis traumáticas. Las primeras son las que se producen al arribo de nuevas etapas previstas; las segundas son consecuencia de un accidente inesperado.

Para recorrer una vida debemos atravesar muchas crisis. Nosotros proponemos nueve, con la edad a que aproximadamente se dan, a saber: el parto, el destete (al año), el ingreso a la escuela (y simultáneamente la crisis edípica, a los cinco años), la pubertad (a los 12 años), la separación de la familia de origen (la exogamia, a los 20 años), la crisis de la mitad de la vida (midlife crisis, a los 40 años), la jubilación (a los 60 años), y por último la decrepitud y la muerte. De todas estas transiciones, las más importantes desde el punto de vista de las situaciones de emergencia psicológicas a que dan lugar, son la exogamia, la separación del hogar parenteral (que a veces se produce con mucho atraso cronológico) y la crisis de la mitad de la vida; que son: el pasaje a la adultez y a la maduración respectivamente.

También al enfermar se atraviesa una crisis (de todas ellas el brote esquizofrénico es el más grave). Y, finalmente, incluso en el proceso de curación se pasa por otra crisis y es la metamorfosis que produce (o más correctamente, asiste) el terapeuta. Pichon Riviere decía: "A la enfermedad se entra y se sale con lágrimas".

La intervención de urgencia o de crisis se basa justamente en que el período más plástico de una enfermedad psicológica (sea ella neurótica o psicótica) es la crisis de comienzo, pues aún no hay sino confusión y soledad; no se ha estructurado todavía el delirio protector (o el mecanismo neurótico) que, a la vez que protege al enfermo de la desorganización psicológica, lo aísla de los demás y lo cronifica en su rol de enfermo.

EL PROCESO DE VIVIR

El lugar del trastorno mental es el espacio de lo imaginario. Es este el lugar de lo que "no está", del peligro que, inexistente en el presente, se alucina; y también de la tristeza por la ausencia de alguien o algo que "ya no está". Es el espacio de los fantasmas, de lo que ya sucedió o va a suceder (que nos retienen o nos esperan). Lo imaginario se constituye

porque lo percibido cambia, la realidad se transforma, lo que estaba ahí desaparece. Para que mi vinculación con lo que sucedió se mantenga, debo imaginarlo, sustituirlo con una imagen interna. Como esto sucede de continuo, va acumulándose un stock de imágenes internas que llamamos memoria.

Esto nos muestra la ecuación que liga el vínculo (de amor o de odio) con la transformación del mundo real, esto es la acción del tiempo o sencillamente el tiempo. Lo imaginario depende de la acción del tiempo sobre el objeto deseado o temido. En otras palabras, cuando desaparece lo que amo u odio, aparece el fantasma: Amor + Tiempo = Fantasma, que sólo será recuerdo si se acepta el proceso de pérdida, si no, será delirio al no aceptar la transformación que me impone la temporalidad. En cierto modo, podemos ya ver de qué manera se relacionan (se complementan) la teoría sexual freudiana y esta teoría de la temporalidad: Vínculo (sexo) + Pérdida (tiempo) = Neurosis.

De modo que es igualmente posible adoptar el punto de vista de la sexualidad o el de la temporalidad para centrar la configuración de una psicología o una psicopatología que dé cuenta de la enfermedad. La primera se concentrará sobre todo en los vínculos entre el yo y el otro; la segunda, en la constitución de la identidad, en la vinculación del yo con los yos que hemos sido y los que estamos por ser. La hipótesis fundamental de nuestro modelo de estructura psíquica se basa en el supuesto de la conciencia puntual, esto es que sólo existen presentes discontinuos y que el hombre hizo el verdadero salto cualitativo en su evolución respecto a los animales cuando concibió la anticipación (imaginó los presentes que vendrán) y de este modo pudo constituir sucesiones de presentes percibidas como una seriación continua. Por tanto comenzó a planificarse a sí mismo y a percibirse en movimiento hacia adelante.

La percepción del tiempo es una construcción cultural, en el proceso de la vida, las diapositivas (discontinuas) se transformaron en película cinematográfica, en la que hay ilusión de movimiento. Esto nos permite definir con exactitud cómo concebimos el trastorno mental: como la vuelta a la diapositiva, es decir, a esa discontinuidad original que había sido superada por el adiestramiento en percibir secuencias, al que los padres (representantes de la cultura) habían sometido al bebé y al niño. En el impacto de la enfermedad desaparece así esa construcción mental, ese artificio imaginario llamado tiempo. No es infrecuente en la experiencia clínica toparnos con pacientes que se lamentan de tener la sensación de que el tiempo se ha paralizado, incluso diremos que este síntoma es definitorio de la crisis.

Dicho de otro modo, la locura es la experiencia de la paralización del tiempo, de la imposibilidad de armar sistemas de continuidad del yo. De éstos, dos son los fundamentales, los vínculos y las estructuras, que permiten saltar el vacío del presente. Estos sistemas de sostén, los vínculos y las estructuras, dependen de la posibilidad de constituir percepciones organizadas en figura-fondo. La figura es aquello cuya discriminación escogemos por sobre lo que, olvidado, queda como fondo. El vínculo se constituye en relación con el deseo o el miedo que centra la percepción (se escoge un objeto), y la estructura es lo que hace posible la configuración en figura-fondo (la gestalt). Cada una de estas dos funciones (la de vincularse y la de estructurar) depende de la otra. O aún puede decirse que ambas son el mismo hecho visto desde dos ángulos diferentes. Es la relación del yo con el tú (el vínculo) en el mundo (la estructura).

Estas dos funciones permiten que se inaugure un diálogo entre el núcleo del yo y los objetos amados u odiados. La historia de este largo diálogo imaginario, vuelto real en cada uno de los momentos presentes, es el objeto de estudio en que centramos nuestra perspectiva y para el cual proponemos una terapia de reparación de esa historia, que sostiene el proceso de existir, diríamos una terapia de la identidad.

Volviendo a la ecuación básica, Amor + Muerte = Locura (cuando muere lo que amamos, y no podemos aceptarlo, no tenemos otra opción que alucinarlo). También en este caso se presenta el tiempo como elemento clave, pues éste es el término con que se señala la sucesión de transformaciones de una realidad en continuo cambio y, por tanto, él es quien nos quita lo que amamos. Para decirlo con una metáfora: el tiempo ladrón fabrica fantasmas. En esto coincidimos con la teoría freudiana, según la cual la pérdida (la frustración) exige simbolización, que es la representación de lo ausente, de lo imaginario.

LOCURA Y SOCIEDAD

Cada cultura determina sus criterios de salud. De manera tal que no hay enfermedad fuera de una cultura dada. Por tanto una misma conducta puede considerarse loca en una sociedad o circunstancia social y funcional en otra. Por ejemplo, el canibalismo es definido como algo patológico, pero en las condiciones extremas de sobrevivencia, como ocurrió con los sobrevivientes del accidente aéreo de los Andes, fue definido como una conducta adaptativa.

En relación al lugar en que se instala la locura, que es en lo imaginario (pues es la representación del acto y no el acto el que enferma), diremos que no sólo por imaginar se

está loco. Es necesario además que se cumpla otra condición: que quien imagina, lo haga solo, quede fuera de todo grupo y decodifique el caos de la realidad de acuerdo con un código subjetivo que nadie comparte. Y ese código será su delirio o su neurosis. Al ver cosas que nadie más ve se dificulta su relación con los demás que, aunque no estemos del todo sanos, al menos compartimos un delirio. Y cuando alguien hace algo, sabemos qué nos está proponiendo. Ante la dificultad de predecir la conducta de una persona cuyo pensamiento está trastornado (respecto a la expectativa social), el grupo debe resolver la disfuncionalidad. A esta tarea se la llama "tratamiento" psiquiátrico o tratamiento psicológico si la desviación de la norma es menor.

IDEOLOGIAS TERAPEUTICAS

La tarea de reintegrar a alguien al juego social (que, en determinadas épocas, él mismo suele ser totalmente enfermo; el nazismo, por ejemplo), puede adoptar tres formas:

- a) las terapias represivas (electroshocks, hospicios) con las que se consigue que el paciente abandone el síntoma porque el temor al tratamiento es mayor que el que experimenta frente a sus fantasmas internos;
- b) las terapias adaptativas, en las que el psicoterapeuta norma desde el sistema vigente y
- c) las terapias elaborativas, por las que se ayuda al paciente a que se elija y llegue a ser él mismo.

(Quizá en la Argentina Pichon Riviere sea el máximo representante de la terapia como contribución al crecimiento y el desarrollo de la personalidad).

Esta clasificación de las ideologías terapéuticas tiene por objeto la clara ubicación de cómo concebimos la tarea en que consiste la terapia, a saber, lograr que alguien cuyo desarrollo está amputado, pueda llevar una vida más plena en relación con el proyecto que elija. Una vez más recurriendo a una metáfora, diremos que el terapeuta no es el padre de la criatura (la curación), sino sólo el partero que asiste al nuevo nacimiento.

MODELO TEORICO Y TECNICO

Antes de entrar a exponer en extenso el desarrollo de la teoría de crisis, intentaremos dar una idea preliminar acerca del modelo conceptual e instrumental para la resolución de las situaciones críticas a que recurrimos. Nuestro esquema de abordaje es especialmente

indicado para las urgencias psicológicas, pero también constituye un nuevo planteo de psicoterapia destinado al mundo actual, la sociedad de masas con el proceso de esquizofrenización que impone, es decir, la sociedad fragmentadora de las funciones psicológicas, la que no reprime tanto el sexo como la identidad. El modelo tiene un nivel teórico que propone una perspectiva distinta de la enfermedad y la cura, y un nivel técnico que propone maniobras para ayudar al paciente en el traslado de la enfermedad a la salud.

La nueva perspectiva consiste en re-ver todos los trastornos mentales desde el tiempo y no desde el sexo como origen de la patogenia. Se entiende que al referirnos al tiempo designamos al proceso de cambio continuo de la realidad que, al transformarse de manera irreversible, hace difícil la conservación de la mismidad, del sentimiento de ser uno el mismo a pesar del cambio, especialmente si en el transcurso del proceso de la vida debemos ser (estamos obligados) distintas personas sólo ligadas por un núcleo yoico constituido en la infancia a veces en condiciones difíciles y confusas. Debemos ser un bebé, un niño, un adulto, etcétera; y en cada uno de esos períodos nos autopercebimos desde el bebé, el niño o el adulto. Lo cual plantea un interrogante: ¿con qué elementos sostenemos la autopercepción de un sistema psíquico en continuo cambio? Esto es equivalente al problema del relativismo en la física einsteniana, según el cual el sistema de coordenadas también se mueve. ¿Cómo medir en este caso? Desde un sistema externo estable. En el caso del psiquismo, este sistema externo a la subjetividad es la cultura, esto es, el conjunto de explicaciones compartidas que organizan la sucesión azarosa de la realidad y permiten coordinar las conductas grupales. También los vínculos que permiten la identificación amorosa y el testimonio que de mí da la mirada del otro son elementos que rescatan de la subjetividad caótica y atemporal. La capacidad de establecer vínculos emocionales y de compartir estructuras (la libido y la palabra) son las dos funciones con las que se constituye ese sistema de referencia que nos permite sobrevivir a los cambios autopercibiéndonos como los mismos a través del tiempo.

Con todo esto estamos comenzando a dar una idea acerca del objeto que debe estudiarse y repararse: más que de un aparato psíquico que tiene sus secretos en el pasado, se trata de una historia que está sucediendo en la actualidad, un proceso que, centrado en el presente, constituye un salto entre dos espacios que el mismo salto define: lo que sucedió y lo que sucederá, el pasado y el futuro. Es este un salto en el vacío que no resulta tan fácil a veces, especialmente en las crisis, y que exige estructuras de sostén,

de continuidad, en ocasiones bastante complejas y a veces rígidas, cuando nos sostenemos con síntomas.

El acaecer del proceso de vida tiene fracturas, las llamadas etapas de la vida, algunas de tránsito suave, como el fin de una carrera, o un cambio de trabajo; otras, traumáticas, como los accidentes, enfermedades, o la muerte repentina de uno de los padres. En este caso el yo debe reestructurarse, lo que produce mucha angustia, pues una parte tiene que disolverse mientras otra se crea. La teoría de crisis considera estas fracturas partes normales del proceso de crecimiento e individuación. Por eso en el proceso terapéutico es necesario que se elaboren como los eslabones de una cadena y no como un accidente indeseable que debe amputarse por medio de psicofármacos, el castigo, o la adaptación obediente a las normas.

A partir de la hipótesis básica de que la enfermedad es la fractura de la continuidad histórica, podemos deducir todo un esquema de pensamiento que procura un modelo para concebir y resolver las crisis.

Lo que actualmente se reprime no es tanto la sexualidad, como lo propone el psicoanálisis, sino lo que más bien se dificulta es la continuidad de esta sucesión, de este continuo pasaje.

Nosotros proponemos que los mecanismos de defensa son modos de evitar el vacío en el presente y no tanto evitar la culpa por los deseos sexuales reprimidos. Lo más temido según nuestra concepción es el vacío de la percepción y no el incesto. Se advierte, sin embargo, que la teoría de crisis no está en contradicción con el psicoanálisis; simplemente reformula la enfermedad desde otro ángulo, el del tiempo. Incluso puede decirse que ambos son complementarios, que se trata de la misma ecuación teniendo en cuenta el otro factor.

Veremos en este libro que el tema del sexo corresponde a la relación yo-tú en relación con las neurosis transferenciales de Freud y el tema del tiempo a la relación yo-conmigo mismo (con los otros yos históricos) que se relacionan con los trastornos llamados narcisísticos de la teoría freudiana.

Para terminar esta breve introducción a la teoría de crisis, adelantaremos que la filosofía de la realidad en que se basa esta propuesta de la salud y la enfermedad es el existencialismo. Pero se trata de un existencialismo que tiene que ver muy poco con lo que se llama psicoanálisis existencial, que no es sino la propuesta freudiana con un barniz posterior de Dasein.

Proponer una terapia que esté organizada prospectivamente puede provocar, suponemos, muchas resistencias, pues el futuro es el espacio de lo desconocido, también de lo temido y, básicamente, es el lugar del tiempo donde está esperándonos nuestra muerte, nuestra desaparición. Se considera más seguro buscar el problema hacia atrás, en el espacio de lo ya sucedido. Las terapias arqueológicas centran en el pasado la búsqueda del misterio. Pero esto es como caminar por un bosque temido avanzando de espaldas, mirando hacia el camino ya recorrido. Proponer darse vuelta causará angustia, pero pensamos, especialmente en épocas de bruscos cambios, que va a ser lo más conveniente. Sin embargo, la inversión de la mirada que proponemos es muy sutil en la práctica, pues el futuro es un reflejo del pasado, está constituido con fragmentos del pasado que, por otra parte, es la única información que poseemos en cada momento del total de nuestro proceso vital.

METODOLOGIA

Para que este esquema de pensamiento quede inscripto en la actual filosofía de la ciencia, lo proponemos como sistema de interpretación de los fenómenos psíquicos (especialmente de las perturbaciones) y no como verdad de la naturaleza, concepción que corresponde más bien a cómo se entendía la ciencia en el siglo pasado. A los modelos de pensamiento y operación se les exige actualmente que no contengan contradicciones internas y básicamente que produzcan economía de conceptualización y operación, es decir, que expliquen la mayor cantidad de fenómenos posibles con el esquema más sencillo y, en nuestro caso, permitan operaciones terapéuticas más eficientes.

Nosotros partimos, para estructurar nuestro modelo, de un instrumento de pensamiento desarrollado en los últimos años, la teoría de sistemas, porque permite explicar las transformaciones de estructuras que deben conservar una configuración básica (en nuestro caso, el núcleo de identidad) a pesar de los cambios del medio (la transformación temporal). Esto constituye el problema de la homeostasis, que es el estudio de los mecanismos por los cuales una estructura sobrevive al intercambio con el medio conservando su identidad.

Como el objeto de nuestro estudio es más el proceso de vida que un aparato psíquico estático, hemos operado con los conceptos de: constricción, en relación con la predicción de estados futuros; entropía, como la tendencia básica de los sistemas a ir perdiendo

gradualmente organización; intercambio de información, en relación con la teoría de juegos y cadena de transformaciones, que analiza las etapas en las sucesiones.

Con esto queremos solamente indicar nuestra inscripción metodológica, que no proviene de metáforas biológicas, sino del uso de las matrices del análisis de sistemas. Pensamos que esto es consecuencia directa del abandono de la actitud arqueológica en el estudio de las perturbaciones psíquicas para adoptar la actitud prospectiva (el paciente como proyecto perturbado) que nos exige la resolución de las crisis psicológicas.

MODELO TECNICO

Respecto al modelo técnico, no se utilizan técnicas totalmente nuevas, sino sólo esquemas de trabajo para acompañar el proceso de terapia que será también una crisis, y procurar apoyo al paciente para que llegue a ser "el otro", esto es, el curado. En psicoterapia lo que puede variar es la explicación de lo que significa curarse y de "qué" curarse, pero vemos en la historia de este quehacer que no hay grandes innovaciones en cuanto a las maniobras técnicas utilizadas para ella. El encuadre, la transferencia, la interpretación, el psicodrama, la rehabilitación, etc., han recibido distintos nombres, pero en su estructura íntima, siempre se han utilizado las mismas maniobras por las que alguien ayuda a los demás a conectarse y explicarse sus fantasmas internos. De modo que propondremos un esquema de trabajo en el que se recurrirá a maniobras terapéuticas provenientes de diversas psicoterapias, que reciben su coherencia de la teoría de crisis. El quehacer operativo del terapeuta lo proponemos en cuatro etapas o pasos. Constituye una "caja de herramientas" para operar, especialmente útiles cuando se impone una terapia breve o de urgencia. Este conjunto de técnicas es el que permite resolver el pasaje que implica la terapia.

El terapeuta sostiene la transformación del paciente, lo que constituye también una crisis, sólo que iatrogénica (producida por la cura). Las técnicas permiten la creación del espacio imaginario donde debe cumplirse la tarea de la cura, que consistirá, de acuerdo con la teoría de crisis, en la reconstrucción del proyecto individual como instrumento de reinserción en la cultura, es decir, en lograr una explicación de sí que sea compartida y entendible por los demás. La diferencia entre un proyecto de vida y un delirio consiste en que este último es un proyecto subjetivo que no sirve como coordinador de los vínculos de la persona con el grupo.

Nuestra concepción asistencial, especialmente respecto a las situaciones de urgencia, no dista demasiado de una actitud quirúrgica en el sentido de la economía de la maniobra de intervención, de la eficacia asistencial, aunque siempre en el terreno de lo imaginario. Por eso creemos que la respuesta asistencial convencional para las situaciones de crisis es rápida, pero escasamente relacionada con los trastornos del proceso de la existencia. Se "tapa" la crisis con psicofármacos, con lo que congela el proceso del paciente mientras la situación del entorno que provocó los síntomas pudo haberse modificado haciéndose luego difícil la lectura de los síntomas del paciente como respuesta a la situación grupal.

Los dos extremos de la gama de necesidades de la población, las neurosis estabilizadas y los brotes psicóticos, tienen una respuesta asistencial en el psicoanálisis y la psiquiatría biológica respectivamente. Pero entre el diván y el chaleco hay un largo desierto asistencial que sólo se llena con psicofármacos. La terapia de crisis intenta dar un instrumento para conceptualizar y resolver esta parte media que constituyen los casos de urgencia, (En caso contrario, si el diván no alcanzaba como contención, había que esperar hasta el chaleco para encontrar asistencia fuera de los psicofármacos).

~~Aunque este abordaje suele ser útil~~ en la práctica asistencial privada, pensamos que las situaciones de crisis sólo pueden cubrirse eficientemente por instituciones comunitarias, centros de crisis para la población, que funcionen las 24 horas (algo así como un cuartel de bomberos del fuego imaginario). En la ciudad de Nueva York trabajé en uno de estos centros de crisis durante los años 1970-1971 y estuve buscando desde entonces un instrumento conceptual y operativo de "cirugía psicológica". El desarrollo teórico de esta temática me llevó a replantear y repensar toda la psicopatología desde otros supuestos en relación con la enfermedad y la cura. En la actualidad, la teoría de crisis es una alternativa de abordaje para un espectro mayor de trastornos, además de abarcar los casos de urgencia. Se trataría ya de una nueva concepción del proceso de vivir y de la enfermedad, y, por lo tanto, también de la terapia.

Parte II

EL TIEMPO

LA TEMPORALIDAD

Entraremos ahora en un momento difícil y también bastante ansiógeno de la exposición: se trata del análisis de esa construcción cultural imaginaria llamada "tiempo", que organiza nuestra percepción de la realidad y controla nuestra identidad a través de la seriación de transformaciones (biológicas, vinculares, etcétera) a que somos sometidos a lo largo del "viaje" que llamamos vida. El hombre primitivo tuvo que inventar el mundo, la cultura. Especialmente, debió crear un artificio, una ficción, una construcción imaginaria que llamó tiempo. (Hace tanto que el hombre la inventó, que luego creyó que era algo real). Debió inventarlo para poder tener la sucesión de presentes caóticos de actos y percepciones que apenas realizados se desvanecen. La fugacidad del presente es causa de que no bien sentimos y percibimos algo, esto ya no es, ya escapó a esa otra dimensión de lo imaginario y comenzamos a dudar de lo que realmente fue.

Comenzaremos con la observación del acto de percibir. Evidentemente no hay organización de la percepción si no se configura la relación figura-fondo en el caos de información que recibimos. Algo tiene que ser elegido como figura y lo demás para ser fondo, y llevamos a cabo esta elección desde el recuerdo de percepciones anteriores (de antiguos presentes). La percepción define el presente que es sólo espacio y por otro lado la memoria (el stock de información) define el pasado; pero hay una segunda dimensión del tiempo que tiene por objeto la satisfacción de la exigencia de organizar la acción en relación con fines, esto es, la anticipación, la proposición de cuáles serán los presentes que están por venir. Se trata de la imaginación, del futuro. Y es aquí donde el hombre da un salto cualitativo pues es capaz de planificar y sumar esfuerzos e información, es decir, planificar la cultura. Analizaremos, pues, la anatomía y la patología del acto de "estar vivo", del psiquismo en relación con ese pasaje continuo en el que hay que saltar sin descanso del presente al futuro y ver cómo éste se hace pasado. Es como saltar un pozo que vuelve a estar por delante y que es necesario saltar otra vez. Estamos condenados a caminar de la incertidumbre a la pérdida, pero la cultura construyó sistemas de sostén para este salto que permiten armar proyectos y hacer así una vida con sentimiento de realización.

De las dos partes del tiempo, el que ofrece mayor interés desde el punto de vista de la crisis es el futuro, pues el principal síntoma de estas perturbaciones es la vivencia de futuro vacío.

La vida es como un viaje en la niebla: sólo vemos "ahí nomás"; y para poder avanzar debemos alucinar un camino. Y a este camino lo inventamos con partes del camino recorrido, suponiendo que hay curvas y escalones que se repiten. De todos modos ese futuro (el proyecto) es siempre una plataforma que avanza en ese vacío de información que tenemos siempre adelante.

FUTURAR RECUERDOS

Una manera de explicar la construcción de esa suposición llamada futuro se basa en el hecho de que se memorizan recuerdos de situaciones inconclusas, que por no haberse "cerrado", contienen energía psíquica y tienden a "futurarse", es decir, a ser esperados. Si el recuerdo de la situación inconclusa es placentero, tendrá lugar el deseo, que es el territorio de la salud, pero si lo que casi sucedió fue una experiencia dolorosa, el recuerdo se futura en lo que llamamos miedo.

La futuración de recuerdos (la organización prospectiva) nos permite la sucesión histórica, pues cuando ese recuerdo "arrojado" al futuro llega a ser presente, nos reconocemos como los mismos que lo arrojamos "allí adelante" y, por tanto, tenemos el sentimiento de continuidad yoica, en la que el yo sido (pasado), el yo (presente) y el yo por ser (futuro) pertenecen al mismo núcleo yoico que se desplaza por el tiempo, palabra con que nos referimos a esa inasible corriente transformadora que "empuja" a la realidad.

Respecto al futuro, aclaramos que nuestro estudio no tiene nada que ver con conocerlo de antemano, con predecirlo, sino con poder o no realizar dos funciones respecto del espacio virtual llamado futuro: una es poder construir supuestos prospectivos para poder operar el presente y la otra es estar en condiciones de integrar cualquier futuro que realmente suceda desde la sucesión histórica personal. En la contradicción dialéctica entre el pasado y el presente la síntesis es el futuro. Esto nos aclara la especial característica del futuro, y es que siempre es un espacio virtual, pues cuando se llega a él y se transforma en presente da lugar a una nueva oposición con el pasado y una nueva síntesis, el nuevo futuro. En resumen, dos permiten tres, y el último es virtual. El futuro es como el arco iris, cuando nos acercamos se vuelve a alejar, pero siempre vuelve a estar

allí adelante (naturalmente esto es así cuando el tiempo gira, es decir en la salud, cuando podemos construir un proyecto).

El principio de secuencia del psiquismo es un inteligente recurso para resolver en parte el desamparo informacional humano, el déficit de información sobre el devenir. Además, también hace que el pasado no se esfume del todo, pues consiste en usar el pasado para fabricar el futuro lo cual encadena, integra los tiempos t_1 , t_2 , t_3 , etc., y permite superar el problema del psiquismo respecto a la continuidad del yo, y es que en cada momento la conciencia es puntual, esto es percibe sólo ese instante, siempre es irremediamente: ahora. El tiempo está construido ordenando distintos y sucesivos estados del espacio, de modo que el tiempo en realidad es sólo información, a una parte la llamamos memoria y a otra imaginación, que es la capacidad de re-armar (combinar) recuerdos según ciertas reglas de combinación, que es lo que llamamos creatividad.

ARBORESCENCIA DEL FUTURO

"Delante" de todo presente se abre una multiplicidad de posibilidades en la que todos los futuros son posibles. Es lo que Sartre llamó la vorágine de posibilidades; frente a ella, el hombre elige futuros, se elige como una de las posibilidades. El hombre para protegerse de esto tiende más bien a prohibirse posibilidades y dejarse abiertos sólo unos pocos caminos. Los tabúes, las leyes, los límites, son los no que definen los sí y de ese modo se disminuye la cualidad caótica del futuro arborescente y se impide la fragmentación en muchos yo que pertenecían a diversas historias con diverso final. En el capítulo sobre la construcción de la cultura trataremos la necesidad de construir estructuras (constricciones) como forma de controlar el azar.

LOS EXTREMOS DE LA EXISTENCIA

El fenómeno de la vida, de "estar existiendo", se presenta como un entorno instrumental, un ahora siempre corporal que se desplaza sobre una larga tira imaginaria (la zona de lo que fue y de lo que será). En otras palabras: estamos condenados a arrastrar nuestro cuerpo a través del tiempo desde el parto a la agonía, extremos de nuestra existencia, esa sucesión de presentes que como una rendija iluminada se desplaza por un largo túnel de déficit informacional. Salimos de una zona inaccesible y desconocida para volver a entrar en ella. No suavizamos lo que describimos, aunque sea muy angustiante, y no por

crueledad para con el lector, sino porque por más defensas y mecanismos de evitación que opongamos a esta regla esencial de la vida – que entramos para salir – en cualquier momento se nos presenta la vivencia de finitud, de desamparo existencial que debemos elaborar como personas y especialmente como terapeutas si queremos ayudar a otros cuando experimenten esta vivencia de lucidez existencial y necesiten "taparla" con locura. Siempre los mecanismos de la naturaleza son posibles de estudiar en la medida que fallan, por su patología, pues cuando andan bien no se saben sus partes. La fisiología se entendió por la patología, por eso la temporalidad la hemos tenido que estudiar y analizar por su patología, que es la locura.

EL VACIO

En el vacío (que es el tiempo paralizado) se desestructura la configuración de figura-fondo, pues el fondo de la percepción de la figura depende de los recuerdos (siempre es histórico). Así pues, se produce un presente en blanco, una percepción sin sentido. Esto es lo que principalmente se experimenta en las crisis agudas (en el brote esquizofrénico, la crisis máxima, se produce la vivencia de fin del mundo). Diríase que la vida, la vivencia de existir, es como una bicicleta: si se detiene, se cae.

Esta experiencia de vacío es del todo insoportable, pues su consecuencia es la vivencia de la disolución del yo; y por tanto, para evitarlo, la persona recurre a la reconstrucción de los sistemas de continuidad (vínculos y estructuras). Según como los reconstruya podrá caer en el delirio o la neurosis si recurre a explicaciones subjetivas o si no volver a la salud (a compartir estructuras), es decir a la cultura, si puede elegir la salud.

Contar con salud mental no es nada sencillo, pues es imposible evitar metamorfosearnos: debemos dar existencia a todos los personajes de nuestra historia vital, y si se la negamos a algunos, es sólo a costa de crear fantasmas que intentan negar la transformación (la temporalidad). Por ejemplo, la histeria es la "re-presentación" eterna de la seducción edípica, y la neurosis obsesiva es la "repetición" de actos que también intentan congelar el tiempo, pues todo vuelve a empezar una y otra vez. Para utilizar una imagen, ya dijimos que la salud sería algo así como la creación de una película cinematográfica, a partir de los presentes discontinuos y, por tanto, existir en el devenir, mientras que en la crisis la película cinematográfica se transforma en diapositivas y se queda en la paralización, en el vacío.

ENFERMEDAD BÁSICA Y ENFERMEDAD COMO DEFENSA

La "enfermedad básica" es una desorganización masiva (la paralización, el vacío) que se encuentra por debajo (como causa última) de lo categorizado comúnmente como enfermedad, que, según la concebimos nosotros, no es sino una defensa (ineficaz y subjetiva) contra la vivencia primaria de vacío y disolución del yo, que es el verdadero vértice de la enfermedad. Las psicosis y las neurosis son, pues, defensas de algo peor, aunque mutilen las condiciones que permiten hacer una vida medianamente realizada. Cuando analicemos los cuadros psicopatológicos en el diagrama en cruz, diferenciaremos entre defensas patológicas arcaicas (las psicosis) y defensas patológicas culturales (las neurosis) respecto de la evitación de la paralización del existir.

DEPRIVACION SENSORIAL

Respecto a lo anterior son interesantes las experiencias norteamericanas sobre los efectos en el psiquismo de la de- privación sensorial masiva. Las condiciones experimentales eran el aislamiento total del sujeto; éste se encontraba en una cámara de aislamiento acústico, en la oscuridad, acostado y con las manos enfundadas en cilindros de tela. Quedaba sin estimulación externa ninguna. Al cabo de varias horas un alto promedio de los sujetos comenzaba a tener alucinaciones visuales (formas en movimiento) y la sensación de encontrarse con otra persona (vigilados, controlados, etcétera). Padecían también otros trastornos que configuraban un delirio protector contra la vivencia insoportable de paralización y vacío. De acuerdo con nuestra propuesta de modelo psíquico, habían creado los sistemas de continuidad de la corriente de conciencia (estructuras y vínculos) que podían en esas condiciones.

EL GRAN TIEMPO

A veces el tiempo queda detenido, pero no de manera patológica: se trata de las intensas vivencias de totalización que producen los estados emocionales límites, el impacto de un accidente, la exaltación en el triunfo largamente esperado, la embriaguez, el orgasmo. El yo queda fuera del tiempo y se autopercebe como totalidad histórica (el éxtasis religioso y el satori del budismo zen deben ser los casos lírnites).

Puede decirse que en un instante se vive la eternidad. Son los instantes en que quedamos fuera de la trama de los hábitos que sostienen la temporalidad de la vida cotidiana.

LA SUCESION

Al considerar el reverso del vacío que consiste en la sucesión, es decir, el contemplarlo todo desde el ángulo de la salud y no de la enfermedad, vemos que la identidad depende de la integración de una cadena de yos: debemos ser todos los personajes de esa historia, y cualquier etapa negada, olvidada o no realizada es una amputación de la identidad. La integración de nuestras experiencias a veces no resulta fácil, en especial si no hubo por parte de los padres un buen adiestramiento de los recursos de aceptación y crecimiento, que en lo fundamental consiste en la posibilidad de construir un proyecto vital, un querer ser "ese otro" que armamos allí delante y que nos permite, cuando llegamos a ocuparlo, saber que somos los mismos que nos pensamos (anticipamos) de esa manera. El sostén de la mirada de la madre y la transmisión de la capacidad de ordenar la realidad del padre permiten que el niño sea capaz de empezar a jugar el juego de estar vivo, que consiste en lograr ser el mismo a pesar del cambio despiadado. Lo contrario es fragmentarse, esquizofrenizarse y llegar a "ser muchos" (como los endemoniados que interrogaba Jesús antes de realizar sus "milagros de catarsis").

El tiempo es el gran desterrador. Con esa curiosa e inasible propiedad que tiene "de pasar", de ser un fluido transformador (entrópico) invisible e indetenible que todo lo impregna, con lo que crea espacios incomunicados. Aparentemente estamos en una misma casa, en una misma ciudad, pero en un momento dado, la casa es otra y la ciudad también. Es decir que aunque nos quedemos quietos, caminamos igual y, lo que es peor, en una sola dirección y sin retorno, debiendo ir de una casa "a la otra" y de una ciudad a "la otra", aunque aparentemente sean las mismas, sin poder volver.

Las nuevas generaciones "empujan" el tiempo, incorporan sus cambios y nos destierran a los que ya estábamos. Nuestro cuerpo también empuja y nos cambia; los brazos, el pelo, la cara, el estómago, el sueño... para que el espacio interno sea también otro espacio.

LA ESQUIZOFRENIA VISTA DESDE LA HISTERIA

Con el enorme desarrollo del pensamiento freudiano, se llevaron a cabo extensos estudios de la relación del yo con el tú. El vínculo con el otro es el vínculo esencial en la histeria, el cuadro inicial del psicoanálisis, pero las hipótesis basadas en la situación edípica no resultan económicas para analizar los vínculos del yo (el diálogo interno) pues es necesario hacer un rodeo a través del concepto de narcisismo (que es la esquizofrenia vista desde la histeria).

Nosotros pensamos que para considerar los trastornos de la identidad, se debe enfocar el problema desde la temporalidad y no desde la sexualidad, pues el problema de la identidad consiste en resolver la ansiedad que provoca la pérdida de los yo sidos (la pérdida de la relación con aquel **niño que fuimos**) y la ansiedad por el ataque a los **yo-por-ser (como proteger** a ese viejo que vamos a ser).

CUERPO Y TIEMPO

El cuerpo (nuestra actualidad perceptual) está encerrado en el presente (en el espacio), siempre es implacablemente ahora, pero nuestra identidad, que es nuestra historia, se encuentra en el tiempo. De modo que vivimos fuera de nosotros mismos y lo más querido de nosotros mismos está en los espacios inaccesibles del pasado y del futuro que sólo podemos "ver" desde el implacable "siempre ahora". El presente constituye un salto en el vacío, pues es el espacio de lo inesperado; el pasado lo conocemos, es seguro y estable; el futuro lo inventamos nosotros, de modo que también es controlable; sólo "este presente" está fuera de nuestro control. Para poder atravesar en cada momento la discontinuidad del presente, construimos las estructuras de continuidad, verdaderas tramas cotidianas en el espacio (zonificaciones, límites) y en el tiempo (ciclos, horarios) que nos permiten "recorridos estabilizados" en ese espacio-tiempo. Trátase del territorio de los hábitos, que actúan como una especie de "Poxipol" de los fragmentos de la realidad perceptual. Sobre todo esto volveremos una y otra vez a lo largo de este libro, pues constituye un nuevo juego de hipótesis para explicar la estructura de la conciencia. Consideramos que no resulta demasiado fácil pensar desde la temporalidad pues estamos acostumbrados a las hipótesis freudianas que constituyen una explicación diferente del fenómeno de existir (desde la sexualidad). Se trata de otra lectura de la realidad que, aclaramos una vez más, no se superpone a la psicoanalítica, ni tampoco la

contradice, más bien, como ya lo dijimos, la complementa. Además, en el nivel de la prestación asistencial resulta eficaz para resolver las crisis, pero no los trastornos mentales estabilizados más específicos para la terapia psicoanalítica, cuadros como el de la histeria, la neurosis obsesiva, la depresión y la fobia, ya funcionalizados y con beneficio secundario (desviaciones adaptadas socialmente). El instrumento que proponemos resulta aconsejable en los momentos de inestabilidad de los mecanismos de defensa, especialmente lo que se llama en psicoanálisis el paciente descompensado.

El presente, en relación con el tiempo, puede percibirse a partir de dos configuraciones: la del hombre y la del animal. El hombre está en el presente y luchando por un proyecto, por algo que no se ve, que no está allí porque se encuentra en sus deseos y sus recuerdos. El hombre percibe el presente como un abismo por saltar, como una brecha abierta entre su ayer y su mañana, en los que cree firmemente, pues son más controlables; uno ya sucedió y el otro él mismo lo inventa. En cambio el animal percibe el presente de los sentidos como su tierra firme. El contacto sensorial es lo único que tiene y su acción depende sólo de la programación genética y de algunos reflejos adquiridos por experiencias pasadas.

El presente es también una convención cultural. No es sólo la percepción de los sentidos, eso no es todavía "el presente". Este sólo se constituye desde una lectura cultural, desde una convención compartida por un grupo que "lee" esa situación de acuerdo con una determinada significación que todos aceptamos como "lo que está ocurriendo".

Esto nos aclara qué sucede en la psicosis; el loco se resbaló de la cultura, perdió el código común para definir la realidad y tuvo (para salir del vacío) que crear otra vez el código, pero a partir de su subjetividad, como un inventor solitario, pues cualquier lectura es mejor que el caos terrorífico. Este código es su delirio interpretativo con el que organiza los datos perceptivos. Por lo tanto "su presente" va a ser distinto del nuestro.

El presente es la contestación del otro, esto quiere decir que no hay lectura de "un presente" sin que nos pongamos de acuerdo con otro, en un diálogo, sobre cómo "leer" ese presente. Pues cualquier estado del entorno real (un presente) tiene muchas lecturas posibles, muchas maneras de configurar en él figuras-fondo. Por otra parte es esencial realizar un corte en la seriación de estados de la realidad para que al actuar ese corte como un presente divida al tiempo en atrás y adelante, en pasado y futuro. Lo dicho nos sirve para evaluar qué sucede cuando desaparece "un otro" muy importante, con quien mantenemos un diálogo continuo. Sucede que no hay más una contestación de ese otro

que me configure presentes y que me organice límites y por lo tanto pierdo la sucesión de pasado-futuro y deja de tener lectura "esto que sucede ahora" y el campo perceptual se hace homogéneo. Esto explica las vivencias de tiempo vacío en las separaciones traumáticas y los duelos de personas queridas (es decir, las personas que son testigos de nosotros mismos y en el diálogo con las cuales leemos nuestra realidad).

EL ANIMAL Y EL PSICOTICO

El vivir corporizado, el de la inmediata percepción, es específico del animal, sólo el-hombre inventó el tiempo (y con él la angustia). El animal no anticipa, vive un presente continuo y mantiene una forma primitiva de continuidad de conciencia gracias a la programación instintual y el aprendizaje que haya logrado por acierto y error. Puede que esté decaído, que tiemble, que le duela o esté excitado, pero se encuentra irremediamente condenado al presente corporal. No se autopercebe, pues no constituye un proyecto desde el cual pueda verse allí, "en este presente de ahora". Curiosamente, el psicótico (esto lo proponemos como una hipótesis de trabajo) vive sólo en el tiempo, quedó encerrado en él y no accede al presente, no cree en su percepción actual, pues la deforma desde el delirio, que es su proyecto; éste, aunque loco (subjetivo) es con todo un proyecto. Vive superponiendo su escena y sus vínculos fantasmas sobre los datos perceptuales. Por todo esto pensamos que la "terapia" que se vale de electroshocks, insulina o cualquier técnica de agresión masiva (la psiquiatría organicista dispone de una larga historia de "crueldades terapéuticas": baños de agua helada, inmovilización completa, abscesos de fijación, etc.) no hace más que arrancarlo del encierro imaginario en el tiempo y encerrarlo en el presente perceptual del dolor y el miedo, es decir, animalizarlo. Y al no curar la historia lastimada (lo imaginario no compartido) este tipo de terapia se ubica junto a la veterinaria, pues en ella se le quita al paciente lo que lo diferencia de los animales y lo hace humano, esto es, la invención del tiempo.

EL ADICTO, EL HIPOCONDRIACO Y EL PSICOPATA

Pero hay también otros "encierros" patológicos en el presente que no llegan a ser tan graves, pues algo de historia queda en ellos; es el caso del adicto, el hipocondríaco y el psicópata, tres cuadros que tienen en común la renuncia a "lo que fue" y "lo que será", que son sus espacios ansiógenos. El adicto se droga (o, en casos leves, come continua-

mente) con lo cual aumenta sus canales perceptuales (placer en la ingestión, etc.), acrecienta sus sensaciones y vive el ahora continuamente. El hipocondríaco está ligado a su cuerpo, sus dolores lo conectan exclusivamente con el presente y siempre se encuentra en el ahora de sus síntomas. Y, finalmente, el psicópata "hace" continuamente, actúa y sólo anticipa lo imprescindible para conseguir su acción manipuladora, él se encierra en el presente, en el espacio para que no lo invada lo que fue y lo que será, dimensiones que no aprendió a manejar, él no contó con el aprendizaje infantil de la frustración que permite acceder a la simbolización y a la pérdida, ni tampoco aprendió a anticiparse como "el otro" y recorrer una historia. Siempre se encuentra en el ahora, por eso con estos pacientes, los psicópatas, se tiene la sensación de que no hay nadie adentro (recordamos que la identidad es una historia con un sentido). El adicto y el hipocondríaco, en cambio, dan la impresión de personalidades detenidas, siempre en la actitud infantil de dependencia y ocupados en el diálogo con sus cenestesias corporales; ambos escuchan hacia adentro.

La persona fáctica, la que siempre está "haciendo algo", el hombre que vive conectado sólo con su percepción sensorial, está insertado en la trama cotidiana mediante una seriación de tareas, y queda así precavidamente fuera de la temporalidad. Vive como llevado por una cinta continua de presentes instrumentales; de ese modo tiene conectada su corriente de conciencia con una serie de tareas rutinarias. Sólo sale de eso cuando por un imprevisto se corta la cinta (queda sin tarea, lo invade el insomnio o sufre alguna discontinuidad brusca en su rutina diaria protectora). Sobreviene entonces la crisis, queda sin su mecanismo protector frente a la temporalidad, se encuentra perdido y desorientado en medio del tiempo. La expectativa Respecto al sentimiento de "estar vivo", en contacto con el medio, diremos que la posibilidad de percepción depende de lo que se ignora; esto es, sólo nos conectamos con un proceso que tiene lugar si existe la expectativa, es decir, si ignoramos el final, si se trata de algo que no pertenece a la memoria (lo ya visto), sino a la percepción. Lo primero (la memoria) produce hastío, y lo segundo (la expectativa) es ocasión de aventura. Esto último es lo que en terapia guesáltica se llama actualización perceptual, que se relaciona con la sensación de "estar vivo", de descansar de la angustia y la soledad que producen los diálogos con los vínculos fantasmas y tener encuentros reales con gente real (que para Perls es la curación).

EL GIRO DEL TIEMPO

Entraremos ahora en el mecanismo de la temporalidad, lo que podemos llamar el giro del tiempo. Percibimos con los sentidos una situación; luego la información se memoriza, se imprime como recuerdo, como experiencia; pero cuando esta experiencia no fue completada (diríamos que "no cerró") en relación con la energía psíquica que movilizó, se constituye como experiencia incompleta, un recuerdo que está vivo. Estos son los recuerdos que se utilizan para construir el futuro; los arrojamos por delante del presente en lo porvenir ("futuramos" recuerdos) ; luego vamos hacia ese futuro o ese futuro viene hacia nosotros (depende de que el tiempo se lea de manera activa o pasiva). Cuando llegamos a ser "ese otro" ("llegó el día esperado") nos reconocemos como el mismo anticipado y, por tanto, queda asegurada la integración histórica de los sucesivos yos.

LOS CICLOS

También los ciclos, especialmente los solares (el día y el año), sirven para hacer girar el tiempo, para transformar ilusoriamente un proceso lineal, infinito e irreversible, en un proceso circular en el que siempre existe otra oportunidad para resolver los problemas de la vida. ("Si este lunes no puedo, el próximo podré"). Los ciclos son imprescindibles para compensar la vivencia de irreversibilidad (sólo se pierde lo que no se puede repetir). Además, los ciclos procuran un término a las tareas, noche y día, verano e invierno.

EL FONDO HISTÓRICO Y LA MONOTONIZACIÓN

En cambio, la inclusión de la variedad es una necesidad estructural en la percepción de la realidad. ¿,Por qué? Porque la figura es lo nuevo y el fondo (de la guesalt figura-fondo) está referido a una percepción anterior histórica y, por tanto, tiende a esfumarse no permitiendo que la figura se recorte por sobre el campo perceptual porque el fondo se olvidó. La figura pasa luego a ser en la percepción siguiente el fondo de un nuevo objeto elegido como figura y así sucesivamente. Esto explica los fenómenos de monotonización de la percepción (que conducen al estado de trance) y toda la problemática del hastío relacionada con la depresión (el presente en blanco). Si se repite regularmente un estímulo auditivo o visual (siempre igual figura), se destruye la percepción. Esto da cuenta del estado de trance obtenido con tambores en rituales primitivos (e incluso en las boites

actuales). Esto se relaciona también con los rituales con los que los neuróticos obsesivos se defienden del cambio (que es vivido como desestructurante) aún al precio del empobrecimiento del sentimiento de vivir. Este es el tema de la burocracia como defensa de la fragmentación del yo. El tiempo queda girando en torno al ritual, sin expectativa pero también sin la vivencia de un vacío insoportable (el yo consigue instalarse en un "movimiento paralizado").

También lo actual, lo real, depende de la expectativa pasada; sólo es real lo que se espera, por eso lo inesperado es increíble. En Nueva York los hippies enarbolaban la inscripción: "Debemos esperar lo inesperado" (de lo contrario va a ocurrir sin que lo advirtamos). También sentimientos de anticipación, como por ejemplo el de venganza, están al servicio de tramar la continuidad, pues el acto de venganza está contenido en el pasado como un vacío, una ausencia y, cuando por fin se cumple, aparece como un lleno, pero antes y después se trata de la misma escena. Ya dijimos que el tiempo necesita ser sostenido con secuencias que puedan crear la sensación de continuidad. Son las que llamamos estructuras de sostén. Dos de ellas, que servirán para explicar esto más concretamente, son la música y el deporte. La música se define específicamente por ser una configuración en el tiempo; la melodía y el ritmo crean continuidad en la corriente de conciencia; permite que uno "se suba" a ella y no caiga en el instante paralizado. El deporte (cuando se es espectador) contiene una secuencia de sostén que está armada alrededor de la expectativa de un desenlace desconocido y que, por tanto, necesita ser percibido ("enchufa" la percepción en el ahora) y se sale así del tiempo que angustia. Pero para mantener la expectativa, es necesario que se ignore el final, pues sólo se puede percibir lo que no se sabe plenamente. (Por esto mismo es que no se puede contar el final de una película).

DISECCION DEL TIEMPO

Sabemos que todo este análisis, una verdadera "disección" de la organización perceptual de la temporalidad, es sumamente ansiógeno, pues nos pone en contacto con lo más profundo de nuestra angustia existencial, de ese abismo de disolución del yo que puede presentarse en cualquier momento de nuestra vida, cuando las defensas culturales bajan lo suficiente. Allí aparece lo que Donald Winnicott llama "lo impensable", donde lo que se disuelve no es tanto el yo como el segmento del yo con el que éste se autopercibe y que nosotros llamaremos el núcleo del yo (el sí-mismo). Al otro yo lo llamamos el yo

social. No es por crueldad de nuestra parte que arrastramos al lector a esta zona angustiante, sino porque desgraciadamente este es el centro de la condición humana. Estamos todos metidos en este lío sin poder salir de él. Este es el tema de la desesperación y el desamparo sartreanos. La posibilidad que tenemos como psicoterapeutas de integrar al paciente a la salud depende de haber enfrentado y vivenciado todo esto antes.

Fue sumamente angustiante realizar esta disección del tiempo psíquico que rige todo el modelo teórico de nuestra concepción de la salud y la enfermedad, pues al desarmar el tiempo con el fin de estudiarlo, nos quedamos sin esa construcción protectora de la identidad. La imagen para transmitir esta situación es: ¿cómo desarmar el bote donde está uno para ver como está construido? El resultado es empezar a hundirse, porque nos quedamos sin el bote que nos sostiene. Al investigar el tiempo durante estos últimos años, nos invadió a veces una vivencia de extrañamiento del curso de la realidad. En ocasiones se nos desarmó la constitución de figura-fondo, todo fue homogéneo, nada tuvo sentido y nos sumimos en el presente vacío. Nos referimos a estas experiencias por indicar algo importante: estudiar el tiempo para el hombre se asemeja al pez que quisiera estudiar el agua; le sería imposible hacerlo a menos que pudiera salir de ella y saber qué es no-agua. Nos llevó mucho tiempo darnos cuenta de que la psicosis y las experiencias con drogas alucinatorias constituyen un lugar fuera del tiempo. También son un lugar fuera del tiempo las experiencias del satori del budismo Zen, en las que el tiempo se anula porque se llega a anular todas las contradicciones y finalmente incluso la oposición entre yo y no-yo.

ESCALAS DEL TIEMPO

En cuanto a las escalas del tiempo, consideramos operativo distinguir cuatro: el segundo, el día, el año y el siglo.

Cada una de ellas está en relación con un tipo de estructura de continuidad; el segundo (el instante, que es el nivel de la corriente de la conciencia), con la constitución de gestalts (la música es un típico soporte de la corriente de conciencia) ; el día (nivel de los hábitos) se relaciona con el trabajo y la organización de la acción instrumental; el año (nivel del proyecto vital) con los ciclos de la vida y, finalmente, el siglo (nivel de la trascendencia) se relaciona con el misterio de nuestro nacimiento y nuestra muerte, pues es la escala que supera nuestra duración. El reloj organiza el segundo (el instante) y el

día, que son los soportes de la microcontinuidad, vivida en secuencias corporales; y el almanaque organiza el año y el siglo, que miden la macrocontinuidad, sólo percibida imaginariamente (el recuerdo y la anticipación).

SUEÑO Y TIEMPO

Los sueños son tentativas de organizar proyectos (diríamos "los borradores"), trabajo de ensayo y error para la configuración de la prospectiva. Las imágenes recordadas se transforman en símbolos y éstos son formas primarias de lenguaje. De modo que al contarle el sueño al analista lo que está haciendo el paciente es colocar esas imágenes caóticas subjetivas en palabras y, por tanto, coloca ese material "ininteligible" en el espacio intermedio (transicional) de la objetividad, de la cultura y, por tanto, va transformando su caleidoscopio imaginario en planificación estabilizada y por ello se puede incluir en la trama de juegos de coordinación que es la vida social (el mundo objetivo). De modo que no es tanto la interpretación del sueño desde la teoría de la libido lo que tranquiliza, sino el convertir las imágenes caóticas en símbolos compartidos, al ser traducidas en palabra y con esto, incluir la subjetividad en la objetividad (algo así como el tiempo, la memoria, en la realidad social) mediante una construcción imaginaria que se llama proyecto de vida. Esto es imaginar (construir con recuerdos) un estado futuro del yo y luego hacer para instalarse

talarse en él. Pero este proyecto sólo es operable en la realidad compartida si es posible transmitirlo a los demás y, de este modo, acomodar las expectativas mutuas. A esto nos referimos cuando decimos que la terapia consiste en colocar el proyecto personal en la cultura (lo subjetivo en lo objetivo).

ANTROPOLOGÍA Y TIEMPO

Desde una perspectiva antropológica, pueden citarse dos observaciones sobre el tiempo: la primera se refiere al temor a cerrar, a terminar un proceso; y la otra, a la percepción simultánea de presente, pasado y futuro. La primera se relaciona con las decoraciones de los indios del oeste americano en las que se advierte el cuidado de no terminar, de no cerrar la figura, pues que algo quede por hacer asegura la continuidad de la vida, y la segunda, entre los Navajos, es la percepción de lo que ellos llaman el Gran-Tiempo de las ceremonias, en el que el presente no está entre el pasado y el futuro, sino que éstos se

encuentran simultáneamente a su alrededor (especializados). Cuando el autor recorrió el altiplano peruano-boliviano (en una investigación sobre brujos quechuas) tuvo como percepción inmediata, esta sensación de tiempo simultáneo, pues el enorme espacio del altiplano se percibe como infinito e inmutable y, por tanto, se dispone de todo el tiempo porque nada cambia del entorno. En cambio, el espacio compartimentado y los cambios aceleran el tiempo en nuestra cultura urbana. También en ciertas situaciones vitales se tiene contacto con lo que podríamos llamar el instante total: pensamos que un orgasmo pleno, ciertas borracheras claves, un triunfo largamente esperado, etc., son puertas a este tiempo fuera de los relojes, de los hábitos que crean las sucesiones cotidianas. El arte actual de la pintura está esencialmente preocupado por aprehender la realidad en relación al cambio, la velocidad, las metamorfosis del proceso de vivir, el pasaje "a lo que viene". El movimiento es el eje de su preocupación, desde el cubismo, el futurismo, el expresionismo, el happening y todas las múltiples escuelas, tachismo, arte procesual, etc., todas desean analizar, diseccionar, fijar el instante, el proceso de estar vivo, es decir tematizar la secuencia temporal.

TECNOLOGÍA Y TIEMPO

Es interesante señalar la capacidad desterradora de la sociedad tecnológica, que aleja rápidamente los presentes. El progreso tecnológico cambia el mundo físico y cultural en poco tiempo. La velocidad viene dada por la capacidad acumulativa (de crecimiento geométrico) de la tecnología; ésta es como una pirámide donde lo nuevo se asienta y se suma a lo ya existente. Desde principios de siglo hasta la actualidad cambió mutacionalmente el diseño de la realidad modificando profundamente el espacio-tiempo y el intercambio de información. La velocidad del transporte, el hacinamiento urbano y los medios masivos de comunicación (especialmente la televisión) cambiaron el tempo (ritmo) de vida y crearon el anonimato del habitante urbano. Todo esto lo señalamos porque dificulta las tareas de individuación, pues al yo le es más difícil la integración histórica. El pasado se hace lejano más rápidamente. A principios de siglo el tiempo de vida sucedía más lentamente. También actualmente la brecha generacional incomunica a padres e hijos y dificulta las introyecciones con que se arma la identidad.

ETAPAS DE COMPLEJIZACION DEL TIEMPO EN LAS TERAPIAS

Antes de terminar el análisis de la temporalidad, para entrar luego en el de la cultura (que es lo que nos defiende de la temporalidad), vamos a presentar lo que consideramos las etapas de complejización del concepto de tiempo en las psicoterapias. Nosotros hablaríamos de cuatro momentos: la psicología clásica que sirvió de fondo histórico a Freud, proponía un modelo de conciencia atemporal con funciones aisladas (estratos de conciencia). El psicoanálisis fue el comienzo de la concepción dinámica del aparato psíquico, lo presente se explicaba por lo pasado y en eso consistía la clave, todo el proceso terapéutico se centraba en el pasado. Luego advino el pensamiento guesáltico de Fritz Perls con el que la terapia se centra en el presente y la actualización perceptual llega a ser la curación, pero la exploración inicial sigue teniendo sus raíces en el pasado, y por último proponemos en la teoría temporal, continuando este proceso de completamiento de la estructura del tiempo, incorporar el futuro como el espacio que faltaba para poder así centrar la terapia en el pasaje del pasado al futuro, "la vida" concebida como movimiento, como salto continuo que a veces, en la enfermedad, se convierte en caída, en paralización. Nuestro modelo psíquico, que tuvo origen en la observación clínica, en el intento de resolver las crisis psicológicas, recibió el apoyo teórico del existencialismo, especialmente el sartreano, con el que convergió. Esta convergencia no nos sorprende, pues nuestro punto de partida fue el intento de obtener un instrumento terapéutico para responder a las perturbaciones mentales de la sociedad de masas, de este mundo urbano esquizofrenizado de 1980, que es consecuencia del ataque a la identidad de la cultura tecnológica moderna. Y recordemos que el existencialismo fue una respuesta al sentimiento de fragmentación de la antigua cultura europea de principios de siglo, con su estabilidad victoriana, destruido por los cambios en la concepción del hombre después de las dos despiadadas guerras mundiales y el enorme crecimiento tecnológico. Después de todo esto el hombre perdió la tranquilidad, el positivismo y la estabilidad histórica dieron paso a la cosmovisión (los alemanes dicen: Weltanschauung) de la incertidumbre y a un proceso de cambio cada vez más acelerado. En síntesis, lo que proponemos desde la teoría de crisis es un salto cualitativo, pasar de un corte espacial de la realidad a un corte temporal; proponemos no curar "aparatos psíquicos", sino "historias enfermas". El hombre enferma en su proyecto, y allí es donde debe ser curado. De todos modos la primera etapa es un trabajo arqueológico del psiquismo, pues el futuro es una especie de reflejo especular del pasado; claro que al

mismo tiempo es por completo diferente, dado que todavía "no ocurrió" y puede llegar a cambiar el pasado, como el final de una película suele modificar todo lo ya visto de ella (exagerando diríamos que sólo al final sabremos si nuestra vida fue una de Chaplin o una de Drácula).

Parte III

LA CULTURA

Según lo hemos dicho, el yo se encuentra sumido en el tiempo, por lo que el punto de referencia se mueve y no puede autoperibirse. Se trata de un problema semejante al relativismo einsteniano. En los primeros tiempos de vida el bebé no cuenta con un núcleo del yo desde el cual pueda leer la realidad y luego, en el curso del crecimiento, se va pasando por sucesivos yos que se evalúan a sí mismos desde perspectivas diversas. Esto se estabiliza cuando se constituye el núcleo del yo por la mirada de la madre que reasegura al bebé que sigue siendo el mismo y la organización que procura la intervención del padre (la libido y la simbolización). Aunque aclaramos que estas dos funciones se dan simultáneamente como vínculos que ordenan la realidad y que la distinción que hacemos tiene por fin discriminar dos partes de un todo: el sistema cultural. Ya hemos adelantado que el niño es rescatado de la subjetividad caótica por un sistema de referencia externo y estable en el tiempo, que proponemos constituido por los vínculos y las estructuras dentro de un sistema que es la cultura que está constituida por estas dos funciones. Por razones didácticas comenzaremos por analizar estos dos sistemas de continuidad de la conciencia para después comprender mejor el sistema cultural.

LOS VINCULOS

Función A (materna)

El origen de la capacidad de vincularse es la percepción por el bebé de la mirada de la madre. Esta le sirve como sostén que le permite sentirse existir y ser el mismo a pesar de la difícil metamorfosis por la que pasa hasta el afianzamiento del sentimiento de ser.

La mirada del otro me devuelve la identidad porque siempre me mira definiéndome. Es necesario que los padres en los comienzos de la vida del hijo lo miren y definan, porque no hacerlo es dejarlo en el vacío, en una autonomía prematura, que es tan perjudicial como tratarlo autoritariamente. Los padres le entregan un primer "molde" desde el cual los hijos existen y pueden elegir luego otra forma de existir, de ser. Pero el primer molde (guión, según Berne) es inevitablemente una herencia.

En la relación yo-tú se distinguen dos componentes: el primero es el otro como testimonio de mí, la mirada de los otros que me termina de definir; yo soy en la mirada que el otro me devuelve; por mirada queremos indicar la palabra, el gesto, el abrazo y, en general, todo

el comportamiento que el otro desarrolla a mi respecto. El otro aspecto del vínculo es el mecanismo por el que me identifico con el otro, la capacidad de proyectar partes mías en él o introyectar partes suyas en mí. Es algo así como mezclarse emocionalmente y quedar protegido de la sensación de desaparición, pues siempre algo de mí va a quedar a salvo fuera de mí. (En cierto modo, el amor hace posible tener alguna inmortalidad). Este mecanismo se perturba fácilmente: en uno de sus extremos se produce la simbiosis en la que la mezcla es total y la identidad queda confundida, y en el otro, la consecuencia del trastorno es el autismo donde la distancia es extrema, es el temor a querer, a jugar a las identificaciones, pues se tiene miedo de desaparecer absorbido por el otro.

El amor es un juego imprescindible en la vida, pero no es fácil regular la identificación de manera tal que sea posible intercambiar sin pérdida de identidad.

Siempre es necesario contar con una mirada y si, por desgracia, ésta no es amorosa. Preferimos aún ser odiados, reprochados o culpados, que sufrir su ausencia. Por ejemplo, el protagonista de nuestro tango (ex niño abandonado) prefiere las miradas rencorosas que intercambia con la "mina" a no tener mirada ninguna. Y si nos quedamos enteramente solos, siempre podemos elogiar "la mirada de Dios", aunque ésta se centre en nosotros sólo para culparnos por "nuestros pecados".

El vínculo negativizado, el odio (rechazo, miedo, culpa, reproche, etc.) es más fácil (más elemental) que el amor pues no necesita de la complicidad del otro, como sí la necesita el amor. Además el odio es un diálogo mucho más íntimo y controlable (conservable) que el vínculo amoroso que depende del otro real. El odio es un subproducto del amor pues se genera cuando éste fracasa. En el amor dependemos del otro, en el odio no.

El vínculo es también la capacidad de darle expresión, de comunicarlo, se relaciona con la representación de las emociones, con el lenguaje y el arte (en especial, el teatro). La hipertrofia de esta función es parte básica de la histeria.

El tiempo produce una transformación en los vínculos: nosotros establecemos relaciones con personas, lugares, etcétera (Freud dice que se los reviste libidinalmente) y el tiempo nos las arrebató. Esta ausencia exige su representación para no perderlas totalmente. Ya lo dijimos: "El tiempo ladrón fabrica fantasmas". Pero no sólo roba a los otros queridos, sino que también nos destierra de nosotros mismos, nos empuja y nos obliga, querámoslo o no, a ser otros, (también nos separamos de nosotros mismos). El más importante de estos yos-sidos es un "niño fantasma" que siempre queda allá en el fondo de nuestra historia y que cobra gran importancia en el proceso terapéutico, pues a él es a quien hay que explicarle lo sucedido. Con frecuencia los pacientes muy lastimados han vivido en su

infancia experiencias terribles que quedaron sin entender por el niño interno. Ya volveremos a referirnos a esto al tratar las técnicas.

LAS ESTRUCTURAS

Función B (paterna)

La capacidad de crear estructuras que ordenen el caos de la realidad depende del segundo aprendizaje infantil que culturalmente está por lo general a cargo del padre (aunque también la madre pueda amar de modo ordenado y el padre estructurar con amor). La capacidad de crear esquemas desde los cuales se lea la realidad azarosa procura la posibilidad de predicción, y por tanto, de enfrentar el futuro; y si estos esquemas son compartidos por el grupo social, se tiene la posibilidad de coordinar las acciones (de "dominar la naturaleza" según expresión de Marx). Si la función vincular constituye el tema del amor, la función de estructuración constituye el tema del trabajo. Recordemos la contestación de Freud cuando se le preguntó qué es la salud: "poder amar y trabajar" (*lieben und arbeiten*). Ambos diálogos del yo en el presente, en el espacio, con las personas y con el campo (el entorno) respectivamente.

Si la función vincular es la relación yo-tú, la función de estructuración es la relación yo-mundo.

Más adelante veremos que el proyecto, que se constituye con vínculos y estructuras, es la relación yo-yo, es decir, el *yo-de-hoy* con mis *yos-sidos* y mis *yos-por-ser*. Heidegger sostiene que el *Da-sein* (ser-ahí) es un *Mit-Dasein* (ser-ahí-con). Por eso, quedar totalmente solo y sin historia equivale a volverse loco, pues se han perdido también los otros que fuimos para quedar fuera de nosotros (es decir, alienados).

Jacques Lacan fue quien subrayó el papel del padre como ordenador de vínculos. En la teoría freudiana del Edipo, el padre es quien ordena y limita la simbiosis original entre madre e hijo. La "ley del padre" permite superar la relación edípica y es el ejemplo del primer acto de estructuración de límites. En el origen de la esquizofrenia aparece siempre la falta de esta discriminación impuesta por el padre, pero para que se produzca este grave cuadro es también necesario que la madre (lejana o absorbente) haya "soltado" al bebé o lo haya "absorbido" (madre autista o simbiótica). Si la función materna se relaciona con el arte, la paterna se relaciona con la ciencia. La necesidad básica de estas dos funciones da cuenta del hecho de que cuando se pierden socialmente los vínculos estructurados, se consagra la patología como sustitución. Este es el caso del

líder-dictador (una vez más pensamos en el nazismo) que reinstala un amor único y un orden mutilante que, con todo, es preferible al vacío de soledad y la confusión (la situación social en Alemania después de la guerra del 14).

Cualquier código moral muy normativo, por ejemplo los diez mandamientos bíblicos, pueden considerarse como un mecanismo de constricción (restricción de grados de libertad) para evitar la "vorágine de posibilidades" del futuro y salvar a la persona de la libertad total prospectiva que lo lleva a la indeterminación de sus yo-futuros. El vacío que tenemos todos por delante nos exige crear una plataforma, la conducta prescripta, que avance sobre ese vacío de Información, pero a veces esos mecanismos de restricción de posibilidades (el sí definido por los nos), pueden ser plataformas que para protegernos del vértigo necesiten tener "barandas" y, a veces, "techos"; por tanto, resultar finalmente una jaula para armar la acción prospectiva y no un camino para la individuación (tal vez este sea el caso de todas las morales ortodoxas).

Ahora bien, a partir de este esquema que, como sostén hace posible un sobrevivir al azar y a la indeterminación de todo futuro, podemos concebir la palabra como el instrumento que nos rescata de la subjetividad, pues vincula y organiza, sirve para comunicarnos y definirnos. Se trata de una explicación compartida, pues se encuentra fuera de nosotros, siempre entre tú y yo, y es estable. Por eso, toda terapia debe llegar siempre a la palabra, aunque empiece en el cuerpo (gestalt) o en el gesto (psicodrama).

Pero también es peligrosa si empieza y termina con la palabra, pues será una palabra vacía, que, si es ingeniosa, será poesía o juego de ingenio, pero nunca terapia, pues el "vacío impensable" núcleo de la enfermedad para nosotros, es una vivencia desorganizadora que está antes que la palabra. Y antes de explicarlo, es necesario para el paciente explorarlo y volverlo a vivir.

Es interesante señalar que en lo estructural el problema fundamental del hombre no ha variado: todavía debemos explicar lo inexplicable (el gran déficit de información de la condición humana). En nuestra sociedad tecnológica-científica lo hacemos con una enorme construcción conceptual, las ciencias, para ordenar una realidad inestable; y nuestra cultura ha transformado la naturaleza para ponerla al servicio del hombre, de tal manera que casi podemos decir que hemos creado una segunda naturaleza controlable con sustituciones tecnológicas para todas las funciones de la vida.

Si queremos seguir un poco más adelante en esta línea de pensamiento, podríamos decir que actualmente algunas psicoterapias (especialmente el psicoanálisis ortodoxo) están ocupando el lugar de la religión (que antes sustituyó a la magia) como explicación

"científica" del misterio (colocado en "ese lugar" el inconsciente) y que ofrece lo mismo que la magia y la religión: "instrucciones para recorrer una vida", tarea para la cual, en el fondo de las preguntas, no existen seguras "instrucciones para su uso" y sólo nos queda inventarlas (para luego creer en ellas) una y otra vez en cada época histórica de esta aventura del hombre en el planeta Tierra, gigantesca bola que da vueltas y vueltas en un espacio vacío, infinito e inexplicable.

Volviendo al tema de la construcción del futuro, o de un control del azar que permita la predicción, acudimos al concepto de constricción, proveniente de la Teoría de Sistemas y que significa la limitación de posibilidades en las transformaciones de un sistema. Las leyes de la naturaleza son constricciones; por ejemplo, tal astro se moverá de tal manera y no de otra, un avión se podrá mover sólo en relación con las maniobras que le permite su diseño y la ley de Inercia, el código penal determina qué conductas serán castigadas, etc., lo cual permite la predicción, información esencial para operar la realidad.

Todo esto sirve para restringir posibilidades futuras. Se trata de restricciones que definen posibilidades por oposición. La libertad total que significan las infinitas posibilidades de futuro, nos agobia, pues nos impide anticipar y, por tanto, hacer es siempre un "hacer-para".

Se dice que una persona llega a adulta cuando se vuelve independiente y no "de-pende" (cuelga-de) sus padres. Para lograr esto tiene que incorporar en sí las funciones vínculo-estructura que siempre estuvieron depositadas en sus padres. Aprendió a querer y a ser querido y a organizar la realidad, a crear estructuras, es decir, a trabajar. Estas dos funciones se cumplen en dos instituciones: la familia y la profesión. Pero si esta incorporación por el yo fracasa, la persona necesita que otros se hagan cargo de quererlo (mirarlo) y organizarlo (limitarlo) y para ello necesita al terapeuta como "la mirada-que-estructura". Esta es la persona dependiente que no aprendió a autopercebirse. Si esta incorporación tampoco es aprendida en la terapia, siempre necesitará un "terapeuta-muleta"; es el caso del "eterno paciente".

La preocupación sobre la explicación (organización) del caos de la realidad y también la obtención de mecanismos conceptuales para la predicción, fueron los problemas básicos de las sociedades primitivas. Todas las maniobras fundamentales de la magia están al servicio de la discriminación, la explicación de lo oculto y la predicción del futuro (función de estructuración)

La magia es equivalente a la ciencia, a la psicología en las sociedades ecológicas; consiste en estructurar el mundo especialmente en relación con los vínculos fantasmales

negativos (malos espíritus) y positivos (buenos espíritus); el tema del miedo y del deseo respectivamente. La preocupación del hombre de las sociedades mágicas (históricas o actuales) es fundamentalmente el tiempo, construir una explicación de lo inexplicable, y el misterio lo coloca por delante, en ese futuro confuso de espíritus malos y buenos. Nosotros diríamos objetos internos malos y buenos. Pero en las sociedades rurales no hay generalmente objetos imaginarios personales, sino que éstos son colectivos, pertenecen a todos los componentes de la tribu, y son vivenciados por la comunidad entera.

SISTEMA CULTURAL

Construcción de la cultura

La larga y lenta construcción de la cultura es la historia de la creación del conjunto de teorías, normas, ciclos, símbolos, etc. que nos procuran una plataforma imaginaria que avanza en el futuro, palabra que es simplemente el nombre de un enorme déficit de información.

Toda la cultura tiene por fin la ordenación de la realidad y la defensa de la continuidad del yo. En este sentido los tabúes primitivos que prohíben tocar o hacer esto o aquello cumplen la función de defender (discriminar) el núcleo de la identidad. Aunque a veces las normas pueden ser tan mutilantes de los futuros posibles que más que un puente que nos permite el salto del presente es una jaula que nos encierra en la paralización.

Este recorrido desde la percepción discontinua del hombre primitivo a la secuencia de la cultura, constituye la evolución filogenética en la cadena de complejización de la cultura. Y el aprendizaje del bebé, por el que éste recorre nuevamente los estadios de la construcción cultural, representa la ontogenia. Proponemos, pues, como supuesto de trabajo, que la ley de Haeckel -según la cual la ontogenia recopila la filogenia- se cumple también en la evolución mental del hombre. Esto nos sirve en nuestra teoría para explicar por qué en una crisis se vuelve a la vivencia de desintegración de la identidad (de la historicidad del yo), pues la locura no sería sino una regresión filogenética desde la recopilación ontogenética (el no-yo inicial del bebé), es decir, nos caemos de la cultura y resbalamos nuevamente hacia la subjetividad en la que quedamos solos y confusos.

El instrumento básico con que la cultura organiza la subjetividad caótica es el lenguaje que es un estabilizador de la realidad, gracias a que hace posible el diálogo con el otro. La palabra permite que las subjetividades, que son cambiantes, ambivalentes y caóticas,

se puedan encontrar. Esto es porque el símbolo no cambia en su significación, debido a que se encuentra en el espacio intermedio "entre" las subjetividades. Está "escrito en libros y papeles", es decir adherido al mundo físico, que tiene la propiedad de permanecer.

Estas señales (los lenguajes) atraviesan, superan la discontinuidad de la conciencia y permiten la continuidad de la acción, del diálogo. Coordinan las expectativas sin lo cual el encuentro de las subjetividades no sería posible.

Sostén e integración

Consideraremos ahora brevemente lo que llamaremos los sistemas de sostén y de integración del yo, que ofrece la cultura. Los primeros permiten el mero sostén de la corriente de conciencia (el microtiempo). Toda seriación de estímulos organizados en secuencias sirve para esto: la música, la televisión (como adicción), el fútbol (como mero espectáculo) y el taller (como sostén de hábitos condicionados). Todas estas secuencias, ya "digeridas" por la sociedad de masas, hacen que la persona incluida en ellas tenga asegurada una secuencia (aunque empobrecida por el papel pasivo que desempeña) que lo sostiene e impide que caiga en el vacío- si bien a veces la monotonía de la estimulación le produce hastío.

En cambio, los sistemas de integración ayudan a establecer sucesiones en el nivel del proyecto vital. El arte o la religión son ejemplos de integración: una película de Bergman o la doctrina católica sobre la redención permiten la creación de un destino comprensible. También las ceremonias sociales establecen rituales que ayudan a los pasajes: de soltero a casado en el casamiento, de vivo a muerto en el funeral (se entiende que el funeral es un ritual para los vivos) o simplemente facilitan encuentros personales (los bailes). Que estos sistemas sean meramente de sostén o si no de integración, depende fundamentalmente de su capacidad de elaboración de las etapas vitales (integración) o se las utilice sólo como mecanismo de evasión o droga (sostén).

Tira biográfica

Introduciremos ahora el concepto de tira biográfica: se trata de los argumentos de vida programados por la cultura, de las propuestas de destino que provee el cine, las revistas, la televisión, etcétera; de este modo se procuran prototipos de proyectos vitales. Son como esas historias que compran los niños para pintar: ya están dibujadas, sólo se les

puede agregar el color. Son las "carreras" que propone el sistema social: de empleado conciente, de ejecutivo enérgico, de ama de casa sacrificada, etcétera. Incluso tiras históricas muy utilizadas son la de neurótico, alcohólico o enfermo. Eric Berne ha estudiado especialmente lo que él llama el guión transmitido por los padres, que es la primera tira biográfica propuesta a los hijos, que a veces suele ser patológica y es causa de neurosis. A veces la tira no es histórica, sino simplemente fáctica o instrumental: es la que corresponde al hombre que se sostiene por una cinta continua de presentes instrumentales (la personalidad psicopática) que lo protegen de lo que niega, que es su temporalidad. Es éste el hombre-robot, que da la sensación de ser sólo una cáscara de actos.

Cabe observar que siempre es necesario un monto de energía para ser atraído hacia (o conectado con) una estructura de sostén o integración. Un ejemplo sería la película en la que algo terrible ocurre en las primeras escenas (un asesinato o una violación por ejemplo); de este modo se procura la energía psicológica para que el espectador se identifique con el vengador de la víctima y siga así "enchufado" a la película haciendo suya la venganza y sintiendo satisfacción cada vez que el héroe mata a uno de los villanos.

Los ejecutivos (los empleados públicos, los militares, etcétera), "compran" una carrera de progresos muy establecida y competitiva, es decir, se colocan en una "tira biográfica" que venden las instituciones (empresa, municipalidad, ejército, etcétera). Esto les permite anticiparse, cuando están en un escalón, cómo serán en el otro más alto. Esto que parece algo sin importancia, es lo que les permite integrar los sucesivos yos dentro de una "carrera" de una biografía que, aunque empobrecida desde el punto de vista de la singularidad del yo, les resuelve la historicidad, pues, cuando llegan a ser ese yo imaginado (el gerente, el general, etc.) lo pueden sentir como propio y reconocerse como el que antes se imaginó de esa manera. Puede decirse que se estuvieron esperando, pues ya se conocían.

Trama cotidiana

Al conjunto de estructuras de continuidad lo llamaremos trama cotidiana, que es la red que sostiene la sucesión de actos y pensamientos producidos por el acto de estar vivo. Por ello es que cuando se producen deprivaciones masivas, encarcelamientos, internación en hospicios, etc., se produce la paralización del proceso de la vida. Este es el

caso de los hospicios donde se amputan los grupos primarios, las ceremonias sociales, la tarea. (Es realmente siniestro que se llame lugar de curación a una verdadera máquina de enloquecer).

La trama cotidiana recorre las dos grandes áreas de la vida: la familia y el trabajo, relacionados con los dos instintos básicos, el sexo y el hambre. Freud y Marx respectivamente, dieron esquemas de ambos a partir de sendas hipótesis básicas relacionadas con el incesto y la plusvalía (el coito y la producción)

Tres son las áreas que constituyen la trama cotidiana: la del espacio, la del tiempo y la de la conducta.

El hábitat de la cultura está zonificado, es decir, los distintos lugares tienen distintos códigos de uso; lo que se puede hacer "adentro" no se puede hacer "afuera"; los juegos de coordinación están definidos por el lugar donde uno se encuentra; en un restaurante se es cliente, en un consultorio paciente, en un colectivo pasajero, y cada uno de esos roles tiene sus pautas de expectativa de comportamiento. Hay también zonas prohibidas en las que no se puede ser ruidoso ni estar desnudo, en las que se debe guardar silencio, etcétera. Estos espacios se determinan por límites que, cuando se atraviesan, exigen el abandono de una conducta para adoptar otra.

El habitat, entendido esto como todo entorno habitado, es también un campo estructurado que ordena los vínculos. Por ejemplo, la casa de familia regula las relaciones de los miembros a través de aberturas, pasillos, lugares para sentarse, etcétera. Hace que los encuentros estén pautados dentro de rituales domésticos como la higiene, las comidas. Distintos espacios condicionan distintas conductas en los miembros de la familia (el baño, el comedor, el dormitorio) y también ayudan a coordinar el ciclo día-noche. Podríamos decir que una casa dada con la disposición de muebles y objetos es el molde externo (como un vaciado en yeso) del tipo de interacciones que utiliza esa familia en particular.

En este caso la estructura (el campo) ordena los vínculos.

El tiempo está "zonificado" en horarios o ciclos (del día, de la semana, del año, etcétera) que lo reglamenta y que enmarcan las tareas. Aquí debemos distinguir entre el tiempo psíquico, objeto de nuestro estudio, que es el tiempo-angustia, y el tiempo-reloj que es el que ordena las tareas (el tiempo administrativo).

La tercer área que estructura la trama cotidiana corresponde a la conducta. Se trata de las normas (las leyes y las costumbres). La más importante de sus funciones es la creación de lo que se llama juegos de coordinación de expectativas; cada cual puede prever (dentro de ciertos límites) la conducta del otro y adecuarse a ésta, lo cual hace posible el

funcionamiento de los grupos humanos. Si la conducta de los demás fuera siempre imprevisible, los encuentros no serían posibles. En el otro extremo, el exceso de reglamentaciones es causa de una patología opuesta al caos: la estereotipia.

Los sistemas sociales, en cuanto a las normas, tienden a oscilar entre dos extremos, el de la anarquía y el de la dictadura. Puede decirse que toda enfermedad es una estabilización en los extremos (por ejemplo, simbiosis y autismo en la patología del vínculo). En el intento de evitar uno de ellos, se llega al otro, pues la estabilización en el punto medio requiere mecanismos más sensibles y mayor complejidad psicológica (capacidad de realimentación informacional).

RELATIVISMO CULTURAL

Para dar una idea de la relatividad cultural de los diversos sistemas de realidad brindaremos dos ejemplos. Uno de ellos muestra cómo una palabra, una redefinición semántica lograda al "leer" una situación desde una doctrina facilitó una solución en un callejón sin salida. Es el caso de los estudiantes uruguayos que, después de un accidente aéreo, quedaron aislados en medio de los Andes y privados de alimento. El grupo estaba constituido por estudiantes de una institución católica. Al quedar aislados en la alta montaña, en plena nieve, muy pronto se agotaron las provisiones del avión cuyo fuselaje servía de vivienda precaria y luego de varias semanas la situación llegó a un punto sin salida, iban a morir de hambre.

Los cadáveres conservados por la nieve contenían un acto, una posibilidad impensable: el canibalismo. En este momento la situación extrema llevó a una redefinición del acto, basada en una palabra clave -doctrinaria que permitió la lectura de "eso impensable" como pensable y esa palabra fue: la comunión. De esta manera el hecho de sobrevivir a través de la ingestión de carne humana fue posible, al definirlo como un acto de comunión. También permitió el reingreso psicológico de los sobrevivientes a la sociedad al ser rescatados pues la Iglesia también hizo la misma lectura del hecho y éste quedó dentro de la cultura (una explicación compartida).

El otro ejemplo, proveniente de Estados Unidos, ilustra cómo el grado de tecnificación de una cultura, al sustituir prácticamente la comunicación cara a cara y utilizar masivamente la ortopedia comunicacional que es el teléfono, logra una forma de prostitución que sería insólita en otras culturas con vínculos personales directos. Y, en consecuencia, hace posible la existencia de un servicio llamado "prostitución telefónica" que consiste en un

diálogo erótico con una mujer a través de cierto número de teléfono (previo pago de un abono y la obtención de un número clave de cliente). La mujer conduce este diálogo hasta conseguir el orgasmo del cliente telefónico. Nosotros pensamos que esto es posible sólo en una cultura con una matriz de personalidad esquizo-paranoide, en la que el diálogo personal es siempre mediatizado y las voces cobran en él suma importancia. Para explicar esto aclaremos que el orgasmo por hipnosis es técnicamente posible. Se lo llama orgasmo clínico y se usa en el tratamiento de la frigidez femenina.

En los Estados Unidos el teléfono es una parte básica del sistema social de interacción. Muchas funciones se realizan por teléfono y es interesante observar de qué manera es importante y necesario en ese país que el sistema, a través de la red telefónica, intervenga en el manejo de las vivencias subjetivas, que en este juego erótico auditivo, pueden ser muy regresivas y ansiógenas. Esto lo decimos porque el sistema estatal y de consumo está presente para el norteamericano en todas las áreas de la vida, aún en las más íntimas, como un ente que lo "teledirige" y protege de la soledad y aislamiento emocional a que lo lleva esa misma sociedad de consumo.

Por último señalaremos cómo en la pequeña burguesía se constituyen las funciones de vínculo y de estructura (sexo y producción). En la clase media la función vínculo-sexo a menudo se desplaza, expresándose por medio de la comida; lo que defiende de la sociedad es comer juntos, pero se trata de un comer que sustituye la sexualidad. Y la función estructura-trabajo se centra en otro objeto que elementaliza la función: el dinero, la acumulación de objetos, el consumo a través del dinero. Lo que procura seguridad, más que el trabajo transformador, es el mundo del ahorro y la adquisición de objetos. Esto es causa de que en la pequeña burguesía las relaciones caigan fácilmente en el hastío y el estereotipo, pues no hay dramaticidad. Las funciones básicas de la sexualidad y la transformación de la realidad (el trabajo) están degradadas: la primera por una sustitución empobrecida, la comida, y la otra debido a su inserción laboral, por la intermediación de los papeles administrativos y el sueldo fijo, el dinero como objeto en sí mismo (fetichizado). En ambas defensas hay poca capacidad de simbolización y pocas posibilidades de conectarse con los aspectos dramáticos del proceso vital. Esta patología cultural en casos extremos, para negar la muerte, puede llegar paradójicamente a la "momificación" en vida del empleado público sobre-adaptado, que llega a existir sólo como una trama de hábitos (para negar la muerte debe negar la vida).

DE JEHOVA A DARWIN

(El proceso de adultez y autonomía del hombre)

De la cosmogonía del testigo a la del orden

La explicación de la creación del mundo (la cosmogonía) occidental pudo pasar de ser explicada (sostenida) por la mirada a ser explicada por la planificación, gracias a Charles Darwin. Antes de Darwin, la explicación de la creación estaba sostenida por la mirada de Dios, por un sostén vincular .(El creó todas las especies, en El creemos). La teoría de la Evolución es fundamentalmente un sostén (explicación) estructural pues propone que creamos en la existencia de una sucesión que dé continuidad al tiempo. No necesitamos el testigo, la mirada de Dios (que nos sostiene la continuidad histórica) porque podemos anticipar gracias a la construcción de una sucesión (que permite la predicción) como lo es la teoría de la evolución de las especies que luego se constituyó en un modelo de pensamiento para lo económico (Marx) y para lo psicológico (Freud).

Sexo y testigo

En relación al máximo vínculo posible que es el acto sexual (pues uno entra dentro del espacio corporal del otro) observamos que es un acto que queda fuera de la cultura y pertenece al campo de lo subjetivo, porque nunca es pública, es decir, nunca tiene un testigo, que es quien inaugura la objetivación de los vínculos, el tercero es el que culturaliza el diálogo de dos personas de las cuales ninguna puede percibir realmente la relación pues cada una es un término de ella.

Parte IV

EL ESQUEMA EN CRUZ

El esquema en cruz es un recurso gráfico por el que se representa en un diagrama la relación entre tiempo y cultura: la temporalidad en el eje horizontal, la cultura en el eje vertical y en el centro el presente, que es la síntesis del yo como esquema de salud (la identidad) y el vacío de la fragmentación como esquema de psicopatología. El diagrama sirve para visualizar las relaciones que tienen entre sí las cinco estructuras de personalidad básicas y los cinco cuadros psicopatológicos más importantes. Las primeras se determinan de acuerdo con nuestro planteo recorriendo el tiempo de ayer a mañana pasando por el presente gracias al sostén de las funciones de vínculo y de estructura. Y en el mismo cuando enferman, se producen los cuadros psicopatológicos de depresión, paranoia, esquizofrenia, histeria y neurosis obsesiva. Este esquema luego va cobrando mayor complejidad con las relaciones en detalle del proceso de la enfermedad, y permite ganar en economía de pensamiento, pues

se trata de un esquema conceptual y de diagnóstico, que opera organizando la sintomatología del paciente. De acuerdo con la fórmula más sintética, la cruz expresa: "Puedo saltar del pasado al futuro sostenido por vínculos y estructuras". De este modo se sintetizan los cuatro extremos de la cruz; en el centro se ubica el vértice del núcleo del yo: el yo sano, como síntesis de las dos oposiciones vínculo estructura y pasado-futuro. Y el yo enfermo, como el fracaso de esa síntesis, que tiene como consecuencia la fragmentación. En este caso en el lugar del ser hay un agujero, un vacío, desapareció toda la cruz (pues ella sostenía el yo).

LAS DOS DIMENSIONES DEL YO (ESPACIO Y TIEMPO)

En el esquema en cruz podemos considerar al eje vertical como el eje del espacio (o de la cultura) pues en él están ubicados los dos diálogos reales del yo, con las personas y con el campo, ambos en la dimensión de lo concreto, de la realidad material, en el área de la energía.

El otro es el eje del tiempo (o de la subjetividad), con los otros dos diálogos del yo, estos imaginarios, con el yosido y el yo-por-ser, es decir con su pasado y su futuro. Estos diálogos son internos del yo, en lo simbólico, es decir en el área de la información. De modo que los dos ejes podrían llamarse del Espacio (energía) y del Tiempo (información).

Aquí vemos que estas dos dimensiones perpendiculares entre sí (espacio y tiempo) nos ayudan a separar más claramente las dos funciones del yo en relación a ser y existir, esto es considerando que primeramente el núcleo del yo debe discriminarse del no-yo (el entorno que lo rodea) y luego, y no menos importante que esto, es asegurar su continuidad a través de las transformaciones de lo real. Vemos así que se es en el espacio y se existe en el tiempo. Este segundo eje, el horizontal, es privativo del hombre, sólo él se autopercibe existiendo, el animal sólo es en cada instante a través de una conciencia puntual, no puede acceder a lo simbólico, al mundo de la información, diríamos que sólo vive en el espacio, en el presente (en el eje vertical).

La propuesta de la teoría temporal del psiquismo es repensar todas las funciones del psiquismo respecto a que aseguren esto, a pesar de que los vínculos (amor-odio) ponen en peligro la discriminación del yo por los mecanismos de identificación-proyección y que las transformaciones del proceso de la realidad (y de la propia biología: el crecimiento) ponen en peligro la continuidad de la autopercepción.

Respecto ahora al concepto de identidad proponemos que ésta sólo se asegura en la suma de ser y existir, sólo puede hablarse de identidad cuando un yo discriminado se percibe dentro de una historia, dicho de otra forma la persona debe constituirse simultáneamente en las dos dimensiones: espacio y tiempo, o sea como energía y como información lo cual no es otra cosa que la vieja distinción entre cuerpo (energía) y mente (información).

Por lo anterior podríamos considerar dos grupos básicos de defensas respecto a asegurar la identidad: defensas de la discriminación del yo y defensas de la continuidad:

DISCRIMINACION: está en relación con ser y se constituye por oposición al no-yo, es decir al mundo, que según nuestro esquema es la suma de los vínculos y el campo (simbólico y material). La mirada del otro me define y también lo hace el entorno donde vivo.

Por ejemplo los tabús de tocar de las sociedades ecológicas están en relación a separarse, discriminarse de personas y lugares.

CONTINUIDAD: está en relación con existir y se configura cuando ese presente que se está viviendo es un eslabón en una cadena histórica como un pasaje de ayer a mañana. El presente (lo real) se opone a lo imaginario.

En este caso los tabús de hacer (las prohibiciones) protegen de realizar actos que discontinúen la realidad.

Pero finalmente debemos tener en cuenta que alguien es a través de su historia, de modo que las dos defensas de la identidad son en lo más profundo una sola y sólo es conveniente separarlas para comprender cierta patología y por razones de mejor distinción didáctica.

Ahora podemos decir que la trama cultural consiste en someter la energía a la información, el acto al símbolo, en síntesis hacer que el espacio sea atravesado por el tiempo.

Pero no debemos perder de vista que a su vez el tiempo es simplemente la información de estados pasados del espacio, de modo que cada dimensión define la otra, el análisis de sólo una de ellas es posible por una disección conceptual.

En todo el mundo animal la exploración del medio y la interacción con otros de la misma especie, son necesidades básicas, y podemos decir que la búsqueda de COMIDA-HABITAT (energía y protección) y la actividad SEXO-AGRESION (reproducción y competencia) son las dos interacciones con el mundo circundante que mantienen vivo al individuo.

En el hombre se agrega una necesidad más, que nos permitió el salto cualitativo a los humanos y que es la capacidad de autoperibirse dentro de una historia singular, que es su destino, su identidad. Gran parte de lo que hacemos en la vida es para asegurar esa singularidad, esa discriminación, que además para constituirse, debe ser vista (aceptada por los otros). Por eso el terapeuta debe encontrar esa singularidad del paciente y devolvérsela.

La historicidad del yo o sea la identidad, es una suposición atacada continuamente por la mirada de los otros (que me definen de distinto modo) y por las transformaciones del mundo real (que me colocan en un campo desconocido). Por esto la continuidad del yo no es algo "natural" asegurado sino que es el resultado de una continua lucha contra la entropía (tendencia desorganizadora del devenir). Esta es una lucha colectiva pues entre todos hemos creado las tramas objetivadas de continuidad (las reglas de lectura y operación de la realidad, la cultura).

NUCLEO DEL YO Y YO SOCIAL

Presentaremos ahora la propuesta de considerar dos partes en la constitución del yo, para facilitar conceptualmente esta doble pertenencia al tiempo y al espacio de la persona. Llamaremos núcleo del yo -es el núcleo de identidad que permanece

relativamente estable a través del proceso de la vida- aquel último testigo interno de nosotros mismos que permite organizar el diálogo interno. Este es un elemento de estabilización del yo, que reorganiza la homeostasis interna, es el yo en el tiempo.

Proponemos el concepto de yo social a la presentación, de la persona para los otros, es el yo de la acción, dirlamos la máscara del yo y tiene que ver con el rol social de la persona, con la persona definida por la mirada de los otros, es el yo en el espacio.

Uno (el núcleo del yo) está constituido desde adentro, desde lo histórico, es el argumento de vida de la persona y tiene relación con la autonomía y el otro está definido desde afuera (en el espacio) y tiene relación con la dependencia, con la adaptación social (estos dos conceptos tienen estrecha relación con el yo verdadero y el falso yo de Donald Winnicott).

En relación con la discriminación del yo podemos señalar dos sentimientos que en determinadas personas actúan como primitivos núcleos del yo, y son el orgullo y la rebeldía (también podemos analizar el egoísmo, el asco y otros). El que acepta todo (se humilla) para no quedar solo entra en un círculo vicioso, donde cada vez lo necesita más al otro, pues el orgullo, el poder estar "ofendido" es un centro de autonomía yoica, pues es siempre desde "alguien" que nos podemos ofender (tal vez por eso se dice "el honor es lo último que se pierde").

También la rebeldía es constitutiva del núcleo yoico, pues para quien haya sido muy manipulado, cosificado en una posición de sobreadaptación forzada, la rebeldía es la única posibilidad de sentirse discriminado, pues sólo desde alguien se puede desobedecer, alguien existe al oponerse. (Esto explica el conocido negativismo del esquizofrénico).

LA IDENTIDAD

Integración

El proceso de individuación es una tarea de integración. Es necesario armar una historia con lo que me pasó, yo voy a ser la suma de lo que hice, pero debo elegir el sentido en que voy a "leer" mi vida. Se trata de algo así como el hallazgo de una clave de mi historia.

Un día nos damos cuenta de que estamos metidos dentro de una vida y que no podemos salir de ella. Debemos cumplirla, también inventarla y encontrarle un sentido y para ello la única posibilidad es conocer y aceptar "todos los que yo fui", desde "el que soy ahora" y elegir un "yo que quiero ser" para hacer que mi presente sea atravesado por una historia.

En su lucha por permanecer discriminado el núcleo del yo debe enfrentar a dos formidables enemigos: el tiempo y el amor; el tiempo por su capacidad transformadora, y el amor por su juego de identificaciones, pues para amar hay que saber primero quién se es; de lo contrario se corre el peligro de quedar mezclado con el otro (por eso el orgasmo, máxima entrega mutua, es vivido a veces como muy peligroso). En cambio, es interesante observar que el odio (el amor "dado vuelta") no representa el mismo peligro, pues el que yo odio es el que está, separado de mí, es el que yo rechazo.

En esta línea de análisis, la moral sexual (virginidad, castidad, etc) constituiría la defensa de núcleos yoicos débiles que temen que su intimidad, depositada en zonas íntimas del cuerpo, se confunda en el vínculo tan estrecho que es el compromiso sexual. En el "casto agudo" existe por debajo una estructura narcisística-esquizoide que protege su identidad cerrada y precaria.

Terapia y lucidez

A esta altura de la exposición creo conveniente distinguir nuestra concepción terapéutica de otras. Nosotros optamos por ayudar al paciente a recorrer el difícil camino a una razonable lucidez en el enfrentamiento con el problema que plantea la existencia, en lugar de ayudarlo a construir un sistema de seguridad. No nos parece mal que existan las muletas y los "papás ortopédicos". Sabemos que a veces es la única posibilidad de resolver la secuela irremediable de una infancia llena . de- vacío, pero también pensamos que es indeseable convertirnos en papás, policías u oráculos; preferimos ser parteros, ayudar a que alguien se encuentre y tenga su "lugar al sol" sin que dependa de la generosidad del personaje o la doctrina protectora. Pero tampoco ignoramos que a veces "la mano viene mal" y se hace necesario convertirse en papás o mamás de huérfanos irremediables, policías restrictivos de actings peligrosos u oráculos que vuelvan menos desesperante el déficit de información. Pero el desempeño de estos roles sólo debe constituir un momento de la tarea terapéutica.

Regresión integrativa

La tarea terapéutica debe realizarse en dos sentidos, hacia atrás y hacia adelante. Primero consideraremos la regresión psicológica que permite el reencuentro con "los otros" que fuimos, en especial, aquel niño que quedó solo allá atrás. (Más adelante analizaremos el concepto de niño fantasma). A esta regresión, que no es neurótica, pues no está al servicio de la negación del momento presente sino al de la exploración de

nuestro pasado, la llamaremos regresión integrativa y debe favorecerse en el proceso terapéutico.

Progresión planificadora

En el otro sentido, hacia adelante, la integración de la historia toma otro carácter, el de proponer sucesos posibles, el de planificar, el de suponerse otro que es el que viene más adelante en la sucesión de personajes que debemos recorrer; a esta tarea le daremos el nombre de progresión planificadora. Siempre estamos trabajando para "ese otro" a él lo convertimos en padre cuando embarazamos a una mujer, a él también, ya más viejo, le damos mañana un sueldo cuando aportamos hoy a la caja de jubilaciones. Esta progresión llega a ser patológica cuando "aquél que vamos a ser" nos explota. Se trata del caso de los que viven anticipándose, pensando en el día de mañana, pero como nunca se detienen, siempre están trabajando para un fantasma al que jamás llegan y por último terminan por entregar todo lo que en su vida no dieron al yo real, a un cadáver, el último de los fantasmas que pueden imaginar (son los que viven como mendigos dejando grandes fortunas).

La patología de la regresión, en cambio, consiste en quedar atrapado atrás, en el personaje de don Fulgencio V'el hombre que no tuvo infancia").

EL DIALOGO INTERNO

Estar sano no es ser "normal" (adaptado) sino no tener secretos para consigo mismo. También esto coincide con la concepción freudiana de salud, pues ésta consiste en hacer conciente lo inconciente. La psicoterapia ha estado relacionada siempre con la individuación, que es también un tema fundamental de la filosofía. Por eso Sócrates, los maestros del budismo zen o Ingmar Bergman tienen en común que ayudan a que pueda realizarse el diálogo interno y, finalmente, a que la persona se discrimine como alguien con destino único. Por este motivo la neurosis y mucho más todavía la psicosis tienen relación con la traición a sí mismo. A algunos niños (futuros neuróticos) les es necesario representar a "otro" para que los adultos los quieran y los protejan. Eric Berne analiza esto con toda precisión en su teoría del guión propuesto por los padres y Roland Laing estudió el caso extremo de individuos que sólo se definen por la mirada que los demás les dirigen, al punto que si no se los mira, sienten que no existen, en cuyo caso no hay ningún diálogo interno que les permita un mínimo de autonomía.

Este diálogo interno se extiende por el tiempo, y la aceptación de la vida como proceso despierta muchas resistencias, pues vuelve imposible la negación del principio y el fin. En nuestra cultura tecnológica el tiempo está organizado hacia el futuro, siempre hacia adelante, hacia el progreso y, por tanto, la pregunta que se plantea es dónde estaré yo cuando me muera. Pero de acuerdo con la filosofía oriental (la hindú en particular), el tiempo tiene dos puntas hundidas en el misterio y la pregunta que se formula es dónde estaba yo antes de nacer. En las representaciones iconográficas de Buda el ombligo cobra suma importancia, pues se relaciona con el origen de la vida.

El melancólico y el paranoide pueden estar más fácilmente solos, pues nunca lo están totalmente. Su enfermedad los protege de esto: al primero, ella lo abandonó y está unido por el reproche (o la culpa); y al otro, él lo persigue y ese control le sirve de vínculo. En cambio el esquizoide, que está montado en el centro del tiempo (el vértice de la cruz), sólo puede evitar esto disociándose en dos partes iguales que deben dialogar entre sí sin los argumentos del reproche-culpa o de la evitación-ataque. Por eso para el esquizoide es más difícil estar solo, en su diálogo no está el fantasma del otro (a través de la culpa o el ataque).

La muerte rodeado de amigos y con una obra o familia hecha, no es la muerte; la muerte temida es la soledad total y la confusión (en realidad, es la vivencia de muerte). De todos modos la muerte verdadera, que es la propia desaparición, nos es muy ajena, pues nunca nos sucedió. La tememos, pues va a ser la "primera vez" que nos morimos y lo que se teme realmente es lo desconocido.

ELABORACION CREADORA

Pero el centro de la cruz es también el lugar de la creación, pues para que surja síntesis se debe atravesar la fragmentación. La creación consiste en ver lo que todavía no existe y poder hacerlo existir para los demás. Entre una poesía y un delirio la diferencia consiste en que la primera permite que los demás entiendan la locura, la tristeza y el temor de un autor. En suma, si supera la subjetividad, la locura compartida se llama arte.

Esta relación entre el vacío fértil y la síntesis creadora está contenida en lo esencial del pensamiento zen. Según éste, cuando se llega al fondo de ese vacío de conciencia, tan laboriosamente buscado, se produce la revelación, el satori.

Aunque similares en algo esencial, el del loco y el del artista son dos destinos opuestos en cuanto a su capacidad de construir cultura como explicación compartida. Los dos

viajan a la subjetividad (la regresión filogenética), pero sólo el artista vuelve a encontrarse con los demás, aumentando la complejidad de esa trama vincular que es el espacio transicional de la cultura.

Lo mismo sucede en el caso de toda creación. En este sentido resulta interesante mi experiencia personal con lo que el lector tiene entre manos. Hasta el momento de escribir esta teoría sobre la salud y la enfermedad que se presenta en este libro, sólo existía en mi subjetividad, sólo yo, durante los tres últimos años, era testigo de lo que veía. Hasta no escribirlo no se lo podía distinguir de un delirio, en el sentido de que mi pensar distinto me dejaba solo. No era todavía una hipótesis científica, pues no había llegado a ser una explicación compartida y no tenía certeza de que se tratara de lucidez o de delirio (o si había descubierto América o sólo la pólvora). Pero ahora que lo comunico siento el alivio de compartirlo con los demás. Y el camino fue en especial angustiante porque se trataba justamente de una nueva manera de concebir el tiempo y por lo tanto la locura y la disolución de la conciencia. Y finalmente también la reparación.

Ahora ya me siento acompañado porque seguramente y, debido al tema, también se empieza a angustiar al lector, al que le pasé la peste. Pero no había otro remedio, especialmente si se pretende trabajar curando la peste psicológica, la locura.

LA PSICOPATOLOGIA

Lo que sigue es el resultado de repensar toda la psicopatología desde la temporalidad, en lugar de suponerla centrada en la sexualidad. Pensamos que en los trastornos psicológicos intervienen ambos factores: transformación y libido y, por tanto son válidas simultáneamente las dos perspectivas. Sería algo así como ver un mismo objeto desde lugares distintos. De todos modos en el capítulo siguiente haremos un extenso análisis comparativo entre la teoría de crisis y el psicoanálisis en el que se verá cuáles son sus puntos de coincidencia y cuáles son aquellos en que ambos difieren. Nuestro modelo se originó en el pensamiento freudiano, pero llegó luego a una explicación distinta de la enfermedad y por tanto, también del proceso terapéutico.

Para definir qué es la enfermedad psicológica, es necesario definir qué es la conciencia. Es para nosotros ese sentimiento difícil de asir, de autopercebir, pero inmediatamente captable como la experiencia inmediata de "estar vivo", tener el sentimiento de existir. Esto se relaciona con la percepción de un pasaje, de un movimiento.

Todo el fenómeno de la vida orgánica es una lucha por el intercambio de energía con el medio; organismo que se paraliza, muere. La vida es, un fenómeno antientrópico, es decir, una pelea contra la homogenización (la paralización del intercambio).

Esto se aplica al intercambio no sólo de energía, sino también de información (el campo simbólico). Por esto concluimos que la enfermedad más grave del psiquismo es la detención de la corriente de conciencia, la desorganización de la prospectiva, del sentimiento de ir al encuentro del instante siguiente.

EL BROTE ESQUIZOFRÉNICO

Para quienes trabajaron con pacientes que padecían un brote esquizofrénico, esta descripción de la desorganización resulta familiar. Consideramos que la "vivencia del fin del mundo" del sujeto esquizofrénico constituye la crisis más grave y más típica. Es esta la más terrible experiencia humana de paralización, consecuencia de la fragmentación de lo histórico que se convierte en espacial, es decir, al collar de lo histórico se le ha roto el hilo y todas las piezas se desparraman en un conjunto incoherente.

Esto se ve con claridad en los cuadros que pintan los esquizofrénicos en los que todo se mezcla y se fragmenta. Consideramos que lo que hoy se llama esquizofrenia es la enfermedad mental esencial, la más arcaica de las perturbaciones. Y en la sociedad tecnológica urbana es la más común, pues la propuesta de vida va en dirección de un sistema de realidad fragmentada, es decir, una esquizofrenización.

LA ENFERMEDAD BASICA

Nosotros proponemos que a consecuencia de la hipótesis de la conciencia puntual lo reprimido es fundamentalmente la vivencia de disolución del yo, de muerte, que no necesita ser real para ser efectiva; basta que nos conectemos con la vorágine de posibilidades del futuro inmediato o con la paralización del tiempo en las discontinuidades graves del proceso de vivir (muertes, separaciones) para que resbalemos de este mundo racional, compartido y estabilizado gracias al lenguaje, y caigamos en la seriación caótica de imágenes y sensaciones del mundo subjetivo: ese allí dentro de nuestros últimos secretos y temores intraducibles e incommunicables donde siempre quedamos solos y confusos.

El psicoanálisis freudiano propone como lo reprimido la sexualidad, pero nosotros pensamos que como la sexualidad, aún la patológica, depende del vínculo yo-tú, ya está asegurada la

evitación de ese otro vértice de disolución, donde al no haber más tú, no hay tampoco más yo. Por esto pensamos que en la teoría freudiana, la represión del ello por el yo ya es un diálogo, aunque interno, pero que igual defiende de la homogenización (ese vacío) que describíamos como lo más profundo y aterrador del psiquismo. De modo que lo que el psicoanálisis considera el trauma básico es para nosotros, en lo más profundo, una defensa contra la vivencia de soledad infinita o de no-existencia, que lleva a ese sentimiento de desaparición del sí mismo (que Winnicott llama la vivencia abismal, lo impensable y que estudió en los bebés abandonados, de madres autistas).

En síntesis, lo que proponemos es que hay una patogenia última que está por debajo y es más arcaica que el trauma básico freudiano, la represión de la sexualidad (especialmente del incesto). Ella es la posibilidad de desaparición del último reducto del yo, de esa porción de nosotros con la que íntimamente nos autopercebimos, y que llamamos el núcleo del yo (el sí mismo). Esto llevaría a la desaparición del último testigo de nosotros mismos, la disolución de nuestro último y más íntimo diálogo. Por esto las crisis son más probables y catastróficas en subculturas con defensas obsesivas (como por ejemplo, la clase media), que niegan el tiempo y la finitud, que en las subculturas con más aceptación del ciclo vital vida-muerte (como en la clase rural, la cultura criolla).

De acuerdo con este modelo para pensar el sufrimiento psicológico se considera, y lo decimos una vez más, que la desorganización de la temporalidad, la fragmentación caótica del yo, el sentimiento de vacío, es la enfermedad básica. Esto en apariencia se opone a la teoría de Pichon Riviere, según la cual la depresión es la enfermedad básica. Cuando hace ya varios años, le propuse a Pichon la esquizofrenización, la fragmentación del yo como punto básico, Pichon sintetizó ambas propuestas diciéndome: "Tené en cuenta que lo que produce más tristeza es la pérdida de uno mismo".

Esta observación de Pichon Riviere me sirvió de estímulo para concentrarme en un eje de melancolía-esquizofrenia, que en el punto más agudo de perturbación se unen en un solo cuadro de pérdida del sí mismo por fragmentación. Podemos darle el nombre de eje de la enfermedad, que en el momento de mayor agudeza se traslada al centro, al lugar de la disolución del yo.

Al definir sólo el centro (la fragmentación del yo) como enfermedad, a los cuatro extremos de la cruz los consideramos defensas del vértice: quedarse atrás (depresión), adelantarse (paranoia-fobia), simular (histeria) o repetir (neurosis obsesiva). Luego y en un área aparte nos referimos a la instrumentalidad sin historia (adicciones, hipocondría y psicopatía).

ADIESTRAMIENTO A CARGO DE LOS PADRES

El diagrama en cruz que es la base de este esquema conceptual sirve como referencia para describir el modelo de conciencia sana y también el de psicopatología. Como representación de los mecanismos psíquicos consideramos el cruce de dos ejes (tiempo y cultura) cada uno con una oposición, la primera se refiere a un diálogo entre el yo y el mundo, diálogo que al ir cambiando define dos espacios, el antes y el después que configuran lo imaginario que se opone a lo concreto (el presente).

Como lo dijimos y repetimos ya antes, la sucesión en que se percibe el proceso es una construcción cultural. El niño nace sin estos mecanismos para configurar sucesiones temporales. Los padres son los encargados de adiestrarlo (empleamos la palabra "adiestrar" por considerar que el bebé es todavía "un animal" y no sabe anticipar) para que organice el caos desde los recursos configurantes de la cultura. Le enseñan cómo evitar el vacío, a libidinizar objetos (las figuras) discriminados del fondo y a construir estructuras compartidas por medio del lenguaje, organizador del caos subjetivo. Estas son el desarrollo de la capacidad de expresar sentimientos, la organización de la realidad, la acumulación de experiencias (elaboración del pasado), y también la confección de planes (la anticipación del futuro). También el centro, el lugar de la esquizoidía, tiene una función sana: la capacidad de fragmentar y luego sintetizar, la de crear atravesando, admitiendo y soportando inicialmente el caos.

Consiste en lo siguiente: el niño de una familia dada aprende que cuando las cosas van mal, él debe re-presentar, simular emociones, valerse de mecanismos histéricos. En otra familia el niño aprende a defenderse de la desintegración repitiendo y controlando, esto es, recurriendo a rituales obsesivos. En una tercera familia la defensa consiste en ponerse triste, es decir, "atrasar el reloj", demorar el proceso de vivir adhiriéndose al recuerdo de lo que sucedió. El niño de una familia paranoide o fóbica aprende que cuando se instala el vacío debe "adelantar el reloj", vivir anticipando lo que va a suceder, pues para controlar el objeto es necesario pre-ver, ponerle trampas al futuro. En las dos primeras defensas, que llamaremos neuróticas o culturales, todavía el diálogo con el objeto es real; el niño simula frente a alguien en la familia histérica (relaciones "teatrales") y controla objetos reales, limpia u ordena el entorno real en la familia obsesiva. Pero en la familia melancólica y paranoide hay un cambio cualitativo, por lo que llamaremos a las defensas que en ellas se producen defensas psicóticas o arcaicas. La relación con los objetos-vínculos es interna, subjetiva. Para evitar el centro, donde ya no hay yo y no-yo, se crea un diálogo interno imaginario con

lo perdido (depresión) o con lo temido (paranoia). La relación se basa en un argumento de reproche-culpa en el primer caso, y en evitación-ataque en el segundo. Vale la pena observar que en ambos pares el tema del diálogo es el mismo, pero considerado desde los roles opuestos: "Si yo reprocho, vos sos culpable" y "Si yo siento culpa, vos me estás reprochando". En el otro par se supera el miedo identificándose con el agresor y convirtiéndose uno mismo en perseguidor (evitar atacando). De los diálogos patológicos, el más difícil de disolver terapéuticamente es el reproche-culpa, pues se crea en él una simbiosis particular muy intensa que está al servicio de no perder nunca el objeto-querido-odiado, el depresivo no puede aceptar que el tiempo lo separó del objeto (sujeto) querido y luego odiado por el abandono.

El terreno disposicional para una perturbación grave (de tipo esquizofrénico) depende de que haya sido bien o mal realizado el "adiestramiento" infantil del paciente. Esto no sólo es consecuencia de si los padres fueron abandonadores o sofocadores, sino especialmente de si usaron manipulaciones paradójicas (en el sentido de Jay Haley). En este caso los padres no transmitieron una trama de continuidad, sino que paralizaron y confundieron toda sucesión temporal posible por las contradicciones del doble vínculo, que es afirmar algo en un nivel comunicacional (por ejemplo la palabra) y negarlo en otro (el gesto o la acción). Es un mundo donde las anticipaciones no se cumplen y el yo en su salto hacia adelante cae fuera de sí.

LA DEFENSA HIPERTROFIADA

Veamos ahora qué sucede cuando el niño adiestrado en las familias que acabamos de describir llega a un punto de fractura en su proceso de vida, sea por una situación traumática o por la discontinuidad de una etapa evolutiva. Es probable que se produzca una crisis, es decir, que vuelva al centro de la cruz (de donde le enseñó a salir la familia con sus mecanismos defensivos particulares) y vuelva a experimentar la desintegración del yo, que será más o menos terrible según haya sido de patológica la familia. Cuando esto ocurre, recurrirá a los mecanismos defensivos aprendidos, pero con una exageración que ya no resulta funcional * De modo que la enfermedad se constituye con la defensa hipertrofiada. Una regla muy útil para explorar el material que trae consigo el paciente es: "Lo que ahora es un síntoma, alguna vez fue funcional, dicho de otra manera: "el delirio alguna vez fue realidad". Esto quiere decir que el motivo de la escena o el personaje temido que no resulta explicable por las circunstancias en la situación actual, debe rastrearse en la infancia. Esto

se complica siempre porque la angustia que produce lo temido hace que lo histórico se desplace a una estructura homóloga actual. A Freud le debemos el análisis exhaustivo de este recurso de simbolización por el que se señala algo mediante otra cosa que se le asemeja (básicamente en el análisis de los sueños).

A partir de los trastornos de la identidad, que son los que analiza e intenta reparar la teoría de crisis, presentaremos en el punto siguiente nuestra clasificación de la psicopatología, que se corresponde más o menos con los cuadros patológicos convencionales, aunque analizados según se refuerce o se ataque en ellos la identidad. Es decir, desde el punto de vista de lo que perturba la discriminación del yo en el presente y la continuidad de esta autopercepción en el tiempo.

VINCULO ARCAICO (La escena psicótica)

Proponemos el concepto de vínculo arcaico para la matriz dialógica más antigua de una persona. Este vínculo es muy regresivo y nunca es explicitado, pues socialmente es visto como absurdo, psicótico, monstruoso. Pero cuando se lo descubre, explica claramente algunos síntomas que no se entendían mientras este vínculo estaba oculto, tapado por otro que sí es aceptable culturalmente. Un caso de vínculo arcaico es el edípico, que contiene incesto y asesinato; otro ejemplo sería el de la pareja de hombre y mujer que actúan de madre e hija alternativamente, y el vínculo más arcaico puede definirse como entre dos lesbianas.

En un proceso terapéutico es muy importante determinar el vínculo arcaico del paciente. Este se presenta en forma de una escena temida básica: es su escena psicótica, donde él entra en pánico. La importancia se deriva del hecho de que sus mecanismos de defensa (algunos eficientes, pero hipertrofiados en la enfermedad) dependen de esa escena, de ese vínculo arcaico, diríamos que las defensas están armadas para controlar la escena psicotizante y podemos llamar así pues constituye el trauma infantil básico. Es la situación donde la persona vivió su particular experiencia de vacío, de paralización del existir y por lo tanto la desintegración del núcleo yoico (la angustia impensable de Winnicott). En general son experiencias de abandono masivo o de separaciones traumáticas (muerte de padres), o traumatismos graves (accidentes o enfermedades).

VINCULO SUSTITUTO

Cuando fracasa el vínculo directo, el amor, debe establecerse un vínculo sustitutivo. Este actúa cubriendo el vacío vincular que destruiría todo diálogo del yo. Los tres vínculos sustitutivos más importantes son: el odio, como frustración del amor, la culpa (y el reproche) y el perseguidor (o perseguido). Estos comienzan a actuar en el caso de desaparición del objeto querido por el yo. Si el objeto huyó a pesar de las estrategias retentivas el vínculo sustitutivo será culpa-reproche y si el objeto invadió a pesar de las construcciones defensivas el vínculo será miedo-ataque.

En este sentido podemos explicarnos el vínculo con el Cristo crucificado, él nos mira de forma tal que nunca vamos a quedar totalmente solos, pues la culpa nos ligará a él para siempre.

DEL PESCADO A LA CRUZ

Como ejemplo del concepto de vínculo sustituto vamos a analizar el pasaje del símbolo del pescado al de la cruz en el cristianismo.

Los primitivos cristianos tenían como símbolo que los distinguía el dibujo de un pescado, pues Cristo era "pescador de almas" y además el pescado representaba la comida divina (la multiplicación de los peces). Luego cuando el cristianismo llegó al poder, religión oficial en Roma, se sustituyó el símbolo del pescado por el de una cruz, sistema de tormento y ejecución de los romanos.

Si ahora analizamos este pasaje del pescado a la cruz, nosotros proponemos como explicación lo siguiente: esta sustitución significa el desplazamiento en la historia del cristianismo de la estructura del deseo, del amor, de la comida divina y de la tarea de redimir, "pescar" a los hombres, a la estructura del miedo, pues la cruz representa el horrible martirio que sufrió Jesús por nosotros.

Nuestra hipótesis es que al conquistar Roma el cristianismo de las catacumbas, oculto, perdió el estar unidos a Jesús por el amor (el deseo) pues se constituyó en religión del estado. Luego para evitar la separación con El Salvador se recurrió (como siempre que fracasa el amor) a quedar ligados por la constelación psicológica de miedo, reproche y culpa (que además permite el control desde el poder). El rostro doloroso del Cristo crucificado nos mira y quedamos ligados a él por una enorme culpa. Pero Jesús mismo en los Evangelios nunca habló de reproche-culpa sino de un vínculo con perspectiva positiva: el amor (la estructura del deseo y no la estructura del miedo).

EL MITO BÍBLICO DE LA TRANSGRESIÓN

Adán y Eva en el paraíso podían comer de todos los frutos, pero Jehová incluyó una prohibición, de cierto árbol no comerán. Esto colocó a la pareja originaria en situación de inventar la anticipación, pues había un fruto cuyo sabor sólo podía ser alucinado, imaginado. Nosotros pensamos que por lo tanto la manzana, usual metáfora del pecado sexual, condujo en realidad a la invención del tiempo, pues exigió anticipar, planear algo: la transgresión.

El castigo de Jehová, la pérdida del paraíso del eterno presente, es una metáfora de la consecuencia de este salto (la capacidad de anticipar) que separó al hombre de los animales, pues lo condenó a la angustia de prefigurar su propia muerte (tal vez aquella tarde de iniciativa Adán y Eva inventaron el sexo, el tiempo y la muerte). También podríamos decir que respecto a la pareja (el diálogo) Jehová era el tercero y por lo tanto el testigo de esa relación, el que inaugura la cultura, por ser el testigo que define. Respecto a la serpiente (que tentó a Eva) pienso que es una metáfora del lenguaje, pues permitió señalar la manzana y sabemos que no hay cronología sin la palabra.

ESQUEMA DE LA PSICOPATOLOGIA

Habíamos dicho que la enfermedad se constituye después de haber experimentado la vuelta al centro de la cruz (como lugar del vacío). Las defensas, las estructuras de continuidad del yo. Como consecuencia se retoman los mecanismos de defensa, pero ya no en un nivel funcional que permita la relación con el entorno, sino hipertrofiados. Hay pues, una continuidad entre las funciones sanas y las mismas funciones enfermas.

La enfermedad es una "salud" exagerada y, agregaríamos, parcializada, pues la persona "se especializa" en una de las estructuras de sostén del presente. Para sintetizar nuestra concepción de la salud y la enfermedad en una frase, diremos que la vida es la historia de un diálogo y la enfermedad sobreviene cuando este diálogo desaparece (la crisis) o si no, cuando se crean diálogos internos, imaginarios, como restitución (neurosis o psicosis).

Si, como hemos propuesto, suponemos la ubicación de la situación enfrentante en otro lugar (el tiempo), va a cambiar el sentido de los mecanismos defensivos, pues nos estaremos defendiendo de otra cosa, de otra situación temida.

PERTURBACIONES EN LA FUNCION VINCULAR

(Area de la histeria-esquizoidia-simbiosis)

Nosotros vamos a señalar sólo lo más general en este tema,, pues la patología de los vínculos está analizada a través de todo el libro.

Consideramos que la perturbación básica en los vinculos es el desplazamiento de un diálogo imaginario (en el tiempo) sobre un diálogo real (en el espacio). El tiempo invade el espacio. Es el caso de la persona que representa escenas y cuelga personajes a los demás, con los que después dialoga.

Para poder realizar esto, debe regular la distancia y lograr el control del otro. En relación a la distancia, en el vínculo, el par de opuestos es aislamiento-simbiosis y en el control, el juego es entre sometedor-sometido.

Estas perturbaciones están íntimamente ligadas pues para retener la matriz vincular en que se estuvo incluido en la infancia, hace falta desplazar esta modalidad de diálogo en una figura cercana (simbiótica) y poder controlarla (someterla). Tanto es así, que según Ronald Laing, la función del autismo en la esquizofrenia es la evitación de una madre simbiótica-sometedora que absorbe, impide todo núcleo yoico.

Por esto, se decía antiguamente que los locos estaban "poseídos" (poseídos por otros), pues, en verdad, ellos se relacionan desde un personaje interno (en general sus figuras parentales) que le enseñaron (lo adiestraron) en un diálogo sometedor, que anula la originalidad del otro.

Por eso se puede decir que el neurótico o psicótico (cada uno con distinta intensidad) nos desconoce, nos mira como otro, nos cosifica, nos confunde. El loco nos enloquece, por eso es necesario tratarlo, controlarlo.

Por el contrario el terapeuta es el inverso del loco porque es quien nos reconoce tal como nosotros nos queremos ver con algunas variantes que provienen de ver estas perturbaciones desde los supuestos de la teoría temporal del psiquismo.

PERTURBACIONES EN LA FUNCION VINCULAR

(Area de la histeria-esquizoidia-simbiosis)

Nosotros vamos a señalar sólo lo más general en este tema pues la patología de los vínculos está analizada a través de todo el libro.

Consideramos que la perturbación básica en los vínculos es el desplazamiento de un diálogo imaginario (en el tiempo) sobre un diálogo real (en el espacio). El tiempo invade el espacio. Es la persona que representa escenas y cuelga personajes a los demás, con los que después dialoga.

Para poder realizar esto debe regular la distancia y lograr el control del otro. En relación a la distancia en el vínculo el par de opuestos es aislamiento-simbiosis y en el control el juego es entre sometedor-sometido.

Estas perturbaciones están íntimamente ligadas pues para retener la matriz vincular en que se estuvo incluido en la infancia, hace falta desplazar esta modalidad de diálogo en una figura cercana (simbiótica) y poder controlarla (someterla). Tanto es así que según Ronald Laing la función del autismo en la esquizofrenia es la evitación de una madre simbiótica-sometedora que absorbe, impide todo núcleo yoico.

Por esto se decía antiguamente que los locos estaban "poseídos" (poseídos por otros), pues en verdad ellos se relacionan desde un personaje interno (en general sus figuras parentales) que le enseñaron (lo adiestraron) en un diálogo sometedor, que anula la originalidad del otro.

Por eso se puede decir que el neurótico o psicótico (cada uno con distinta intensidad) nos desconoce, nos mira como otro, nos cosifica, nos confunde. El loco nos enloquece, por eso es necesario tratarlo, controlarlo.

Por el contrario, el terapeuta es el inverso del loco porque es quien nos reconoce tal como nosotros nos queremos ver.

Este diálogo desplazado, cuando tiene la sexualidad como tema, constituye el cuadro HISTÉRICO, cuando el paciente representa en sus relaciones actuales la escena sexual infantil que quedó sin elaborar con sus padres (la situación edípica). También es importante en la patología de la distancia del vínculo la simbiosis (no nos referimos a las simbiosis funcionales sino a aquellas intensas donde cada uno mutila funciones del otro). En los casos de simbiosis agudas, entre las dos personas hacen sólo una, pues ninguna de las dos adquirió autonomía yoica. (Se puede estar solo de tan cerca). Este tipo de vínculo patológico es común entre madre e hija cuando no existió un padre que les permitió discriminarse.

Cuando en estas simbiosis una se apropia de la otra, la somete, la utiliza para realizar una escena arcaica, muchas veces perversa, estamos ante la otra perturbación del vínculo que es el de apropiación. Un ejemplo son las parejas sado-masoquistas, donde el que

hace el papel de víctima también está utilizando al victimario para cumplir con su propia escena que es simétrica a la de su pareja en el juego neurótico.

PERTURBACIONES EN LA FUNCION ESTRUCTURANTE

(Area de la neurosis obsesiva - lo confusional)

La cultura, estructura el campo de la realidad para ordenar los vínculos.

El campo, el contexto del diálogo con el otro tiene dos niveles: el del campo material, el habitat, el entorno físico, y el campo simbólico que es el conjunto de reglas, leyes, normas, y especialmente el lenguaje, que ordenan el encuentro entre las personas y permiten secuencias de expectativas, las ceremonias sociales, sin las cuales sería imposible suponer la conducta probable-promedio del otro y poder adecuarse a ella. Son los que se llaman juegos de coordinación tácita en donde se opera en base a "qué supongo yo que él supone que yo supongo..."

La perturbación más común de la función estructurante es la exageración en los controles, límites, reglas, que llegan a impedir en vez de facilitar los vínculos. Es el cuadro de la NEUROSIS OBSESIVA donde la rigidez, la formalización del campo lleva a los rituales rígidos y los estereotipos que terminan mutilando las posibilidades creativas y de crecimiento. Es lo que llamamos la perturbación por restricción, por mutilación (en la función vínculo era el desplazamiento). Una característica muy importante del obsesivo es mediatizar la relación con los demás a través de los objetos, pues controlando los objetos controla las personas.

El otro extremo es la confusión, la persona que vive en medio del caos, donde no puede hacer planes ni ordenar su habitat (campo material) o su comunicación (campo simbólico). Es la personalidad confusa que, aunque por razones opuestas, tampoco puede vincularse bien, todo es imprevisto y desconcierta a los demás. Estas personas, a veces, viven con un gran monto de angustia por la continua vivencia de una catástrofe incontrolable e imprevisible.

PERTURBACIONES EN LA CONFIGURACION DEL PASADO

(Area de la depresión)

La elaboración normal (sana) de las etapas y personas perdidas constituye lo que llamamos los recuerdos, donde se acepta que el objeto perdido deja de pertenecer al

mundo presente (al espacio) y pasa a formar parte de una zona en lo imaginario que llamamos el pasado, que lo percibimos como un largo espacio virtual. Si por alguna razón no podemos aceptar que ese objeto "no existe más en el presente" vamos a producir una situación nueva, pues esa escena o personaje no va a estar ni en el presente (el espacio), ni en el pasado (en el tiempo). Se constituye así una zona del tiempo que queda superpuesta al espacio. Algo está y no está presente, se configura una situación ambigua, que puede ser "leída" por la actividad perceptora desde dos posibilidades opuestas: es el tema del fantasma.

La percepción inestable y ambigua es la característica esencial de lo fantasmal: inquieta, desconcierta, porque es y no es en el mismo instante.

En cambio, cuando la seriación de los espacios vividos está secuenciada desde lo imaginario, algo va a ser, luego es y finalmente diremos que fue. Se puede ver a las dos dimensiones del tiempo como a los lados del presente (vamos de una a la otra). Para esto deben establecerse cortes en la percepción de la realidad. En este sentido los rituales de pasaje (que establecen un antes y un después) son las ceremonias más antiguas del hombre.

Si ahora volvemos al nivel de la psicopatología diremos que el depresivo es el que no aprendió a configurar rituales de pasaje, no puede separarse imaginariamente de lo que ya no existe en lo real y para retener lo que fue apela a maniobras en el mundo real (los síntomas). El sano puede retener imaginariamente los objetos perdidos pues llega a convertirlos en recuerdos, que sí se pueden "guardar" en la memoria y ordenarlos en una sucesión que es "el pasado" de esa persona ("la parte de atrás" de la historia de su vida). Volviendo a la situación enferma, las maniobras de retención son los síntomas, con lo que conserva al personaje querido: dentro de su cuerpo (como somatización), escenificando el vínculo perdido con las personas reales (formas depresivo-histéricas) o identificándose masivamente con la persona perdida (caso del niño huérfano).

En general podemos decir que los personajes más difíciles de convertir en recuerdos (poder realizar el duelo) son aquellos con los que no fue posible completar el encuentro, con quienes no estaba agotado el tema, la tarea. Caso típico son los padres que dejaron vacíos en la tarea de querer y organizar al niño, o que lo hicieron mal. En este caso la separación (en general, la muerte) deja una tarea inconclusa que desarrolla energía psicológica y hace difícil convertirlos en figuras internas (el recuerdo). Son los padres candidatos a fantasmas que aparecen en el mundo presente del paciente como síntomas en vez de recuerdos.

Otra forma de no perder el diálogo con el objeto desaparecido, aprovechando las cuentas pendientes con él, es estructurar un vínculo a través del reproche o la culpa, según que la persona sienta que fue lastimada por el personaje perdido o que por el contrario ella agredió al objeto desaparecido. A este vínculo lo llamamos *sustitutivo*. Este tema del diálogo (reproche-culpa) hace que el objeto no se desvanezca, que subsista un vínculo, que, aunque no sea de amor, protege igual de la vivencia de soledad total, que siempre irrumpe al desaparecer todo diálogo del yo. De todos modos, en el par reproche-culpa, se invierten fácilmente los dos términos pues el objeto era querido inicialmente, pero al desaparecer abandona y se negativiza. Por esta razón, es odiado, reprochado, pero esta agresión a lo antiguamente querido también produce culpa.

Así podemos decir que el diálogo reproche-culpa se desarrolla en una zona muy íntima de la persona y es más difícil para el terapeuta hacer elaborar estos sentimientos que encierran al yo en un diálogo dentro de sí mismo.

Es más fácil, a veces, esclarecer el otro diálogo, el de evitación-agresión a que lleva la personalidad paranoide, pues en este caso el objeto está colocado afuera, en espacio y tiempo (el futuro es el afuera del tiempo), y no es tan simbiótica la relación entre persona y objeto imaginario. En cambio, el diálogo reproche-culpa, al ser muy simbiótico e interno, hace difícil para el terapeuta incluirse en él como el tercero que aclara, objetiva los personajes y el tema del diálogo. En otras palabras, hace difícil la constitución del triálogo, concepto que definiremos en el modelo técnico y que es base de la operación terapéutica. Otra manera de considerar la relación entre depresión y paranoia es que cuando el encierro paralizante de la depresión se hace demasiado angustiante una maniobra defensiva es inventar un perseguidor que siempre reorganiza la percepción y la prospectiva en función de evitarlo o atacarlo y arma nuevamente la secuencia temporal.

PERTURBACIONES EN LA CONSTITUCION DEL FUTURO

(Area de la paranoia-fobia)

Cuando el futuro no puede organizarse en base al deseo, para que no se paralice el giro del tiempo y se produzca el vacío, se constituye la estructura del miedo. (Se entiende que hablamos del caso donde no hay peligro real).

Si se nos desvanece "la zanahoria" debe alucinarse (construirse como imagen anticipatoria) otro objeto aunque sea con un recuerdo doloroso. En ese caso colgaremos

del hilo que hace caminar al burro una araña, que configurará un futuro patológico, en el sentido de que organiza perceptualmente una dirección pero que no permite caminarla.

En las perturbaciones del futuro hay algo a señalar que es básico para entender por qué el objeto es evitado y es que, como no se lo pudo anticipar (construirlo "allá adelante"), resulta desconocido y por lo tanto misterioso, peligroso.

En cambio, en la depresión hubo contacto, conocimiento del objeto y por eso la actitud en vez de ser evitada es retentiva, pues el yo quedó ligado al objeto.

En las paranoias y fobias, el diálogo está basado en la evitación del objeto. Según que la actitud sea pasiva o activa, encontraremos estrategias evitativas o de ataque cuando se produce la identificación con el agresor. El par vincular que se constituye es el de evitación-ataque; la actitud evitativa está en relación con los cuadros fóbicos. En estos se controla el peligro, que siempre acecha en el futuro, con una organización espacial (claustrofobia, etc.) o con objetos acompañantes o confráficos. Los otros, los que agreden para evitar el miedo, adoptan el rol de lo que temen (atacan para no ser atacados) y configuran los trastornos paranoides, en el nivel de neurosis, o paranoicos (nivel psicótico) cuando se instala un delirio persecutorio con defensas activas. En este último caso se trata del temido "loco peligroso", que realmente puede llegar a serlo si pone en acción su delirio.

En este esquema de la psicopatología se han excluido las crisis y el brote esquizofrénico (máxima crisis) por considerarlos la enfermedad básica y estar descriptos a lo largo del libro. Para salir de ella se recurre a las perturbaciones que acabamos de mencionar y que consideramos enfermedades defensivas de la insoportable e insostenible vivencia de la disolución del yo.

LAS CINCO CATASTROFES DEL YO

Como último tema de la psicopatología vamos a describir lo que llamamos las catástrofes del yo, que son situaciones traumáticas graves que llevan a crisis agudas. Dan lugar a las técnicas que no desarrollamos en este volumen, que hemos definido de Auxilio en Crisis (hablaremos de ellas en un próximo trabajo complementario sobre discusión de casos clínicos).

Vamos a analizar cinco ataques masivos al yo que ponen en peligro la continuidad de su núcleo debido a la amputación de una función básica del yo, lo que lleva a la despersonalización.

Las cinco son de: soledad, enfermedad, encierro, locura y muerte. Cada una tiene una institución con la que está relacionada respectivamente: iglesia, hospital, cárcel, hospicio y cementerio. La amputación corresponde al vínculo, el cuerpo, al habitat, el pasado (la historia) y el futuro.

1) LA SOLEDAD. Corresponde a la vivencia de abandono masivo, a la pérdida de un vínculo simbiótico. Es el tema del huérfano o el viudo en quien se pierde el vos. La institución es la IGLESIA y actualmente también el CONSULTORIO psicoterapéutico, donde se intenta reparar el, diálogo.

2) LA ENFERMEDAD (física). En este caso se ha producido la mutilación de una parte del cuerpo, parálisis, amputación, etc., el esquema corporal se desestructura. Se pierde el cuerpo. La institución es el HOSPITAL.

3)EL ENCIERRO. Este puede sobrevenir por encarcelamiento, por destierro (está "encerrado afuera") o por cualquier situación equivalente donde la persona pierde su desplazamiento, su libertad; su habitat se reduce drásticamente, se degrada la variedad de su sistema de mundo. La institución es la CARCEL.

4) LA LOCURA. El psicótico pierde su identidad, su pasado, no es más el que era antes, queda fuera de su historia, se pierde él mismo. La institución es el HOSPICIO (que en realidad es la suma de todas las amputaciones anteriores, pierde los vinculos (la familia), es enfermo (está en un hospital) y además no puede salir (está preso).

5) LA MUERTE. La amenaza real de desaparición (diagnóstico de cáncer, infarto, etc.) conecta a la persona con la terminación de su vida. El núcleo del yo (el sí-mismo, el self) se siente amenazado de disolución. Aquí la persona pierde su futuro. La institución que intenta dar un lugar (un habitat) a la muerte es el CEMENTERIO. Los muertos se depositan ahí para que no estén imaginariamente por todos lados: están en un sitio definido y se los puede visitar cuando los vivos quieran (tal vez para quitarles la iniciativa de esta visita a los muertos).

Respecto a la intervención terapéutica en los casos de catástrofe del yo, ésta debe ser realizada en el momento del impacto de la amputación de la función correspondiente,

antes de que actúen las defensas de la cultura, que en una evolución sin auxilio terapéutico pueden llegar a transformarse en mecanismos defensivos empobrecedores del yo (un cuadro crónico).

Si hacemos una correspondencia entre las cinco situaciones y los temas del diagrama en cruz, vemos que los tres primeros corresponden al eje vertical (de la cultura) donde aparece no-vos, no-cuerpo y no-mundo (que corresponden a la amputación de los vínculos, del presente y de las estructuras) y los dos últimos al eje horizontal (del tiempo) no-pasado y no-futuro, siendo estas dos las situaciones traumáticas más graves: la locura y la muerte, en ambas se pierde la percepción de la vida como proceso. El presente deja de tener configuración pues no está referido a una interpretación que le dé sentido, no está atravesado por un propósito.

RELACIONES CON EL MODELO PSICOANALITICO

(Las dos perspectivas: Sexo y Tiempo)

A la comparación de nuestro modelo conceptual con el freudiano le otorgamos importancia porque el fondo conceptual desde el que se va a leer cualquier nueva propuesta terapéutica es la teoría psicoanalítica, pues ésta constituye el marco de referencia que prepondera en nuestro medio profesional. Además porque también nosotros nos hemos formado en el psicoanálisis y hemos conservado gran parte de sus conceptos. En realidad, es improbable crear algo verdaderamente nuevo; en la cultura sólo se acomodan las mismas piezas de acuerdo con la orientación que les otorga un nuevo planteo en el que sólo es novedoso el punto de perspectiva. Se lo repiensa todo desde otro ángulo (las hipótesis básicas) que en general dependen del nuevo momento histórico cultural el que exige otra manera de leer la realidad, o una parte de ella; en este caso, el campo de las perturbaciones mentales.

SOCIEDAD TRADICIONAL Y SOCIEDAD DE MASAS (1900-1980)

Para comenzar, haremos un breve análisis sociológico de dos culturas o dos momentos de la cultura occidental: Principios de siglo y la época actual (1900-1980), para obtener

una mejor comprensión del fondo histórico-cultural en que se desarrollaron ambos modelos de concepción de la enfermedad mental.

Escogemos la Viena de Freud, de principios de siglo aproximadamente, por considerar que la matriz de su pensamiento estaba ya estructurada hacia la primera década del siglo; el desarrollo posterior sólo le hizo ganar en complejidad. La Europa anterior a las dos guerras totales correspondía a lo que en sociología se llama sociedad tradicional (en oposición a sociedad de masas). Un mundo estable, con estructuras jerárquicas bien definidas. El Emperador Francisco José hacía 30 años que gobernaba Austria. (Un amigo y contemporáneo de Freud, Stephan Zweig, pinta con detalle y nostalgia esta época en su libro: "El mundo de ayer"). Lo que mejor estaba asegurado era la identidad, el niño ya tenía definida su posición y profesión desde que nacía. Lo que en cambio reprimía severamente la moral victoriana era todo lo relacionado con el sexo. La familia tradicional se componía de un padre severo y poderoso y una madre prolija ama de casa. La familia era numerosa y los abuelos convivían en un grupo social que protegía de la soledad, pero empobrecía la creatividad individual por causa de las restricciones normativas que reglamentaban todas las conductas. Es natural que en este medio social, el cuadro histérico (de tipo charcotiano) haya sido una perturbación corriente como respuesta a la prohibición de toda sexualidad. Incluso el tema de la hipocresía como modelo de "educación" pequeño burguesa corresponde al síntoma de la máscara histérica por el que se simula frente a los demás.

Analizaremos ahora del mismo modo la cultura en que estamos incluidos, esto es, la de la sociedad de masas o la cultura tecnológica. La aceleración del cambio por el progreso tecnológico y la hiperconcentración urbana posteriores a las dos guerras mundiales, la simultaneidad de normas contradictorias (el proceso de anomia) y el cambio social en aceleración de progresión geométrica hace mucho más difícil la integración histórica del yo. La identidad se fragmenta, se esquizofreniza. El sexo ya no está oculto, el cine lo tematiza, la propaganda lo cosifica, pero no se lo reprime

El grupo familiar cambió totalmente, la autoridad está más repartida entre los cónyuges; la profesionalización de la mujer la liberó del único rol posible que tenía anteriormente, el de "la dulce y prolija ama de casa" (asexuada, por supuesto). La pareja nuclear está sola, desapareció la gran familia, como una microsociedad que protegía de la soledad. Sólo hay uno o dos hijos (ninguno a veces) y los abuelos, los tíos, etc., ya no conviven.

Se conquista la libertad (sexual, laboral, etc.), pero cada cual se encuentra a un paso de la soledad. Las generaciones están en conflicto, la separación de las parejas es frecuente,

se trabaja lejos del lugar donde se vive y siempre "el otro" en la gran ciudad es un ser anónimo. Con esto no pretendemos pintar un cuadro desolador de nuestro tiempo, pues también contamos con un nivel de creatividad y de estimulación cultural que nunca tuvieron nuestros abuelos. o buscamos las raíces de los cuadros psicopatológicos más importantes en el mundo actual: la angustia en relación con lo prospectivo y los trastornos de la identidad, que podrían llamarse procesos de esquizofrenización. El cuadro agudo de esta fragmentación del yo, la esquizofrenia, es la enfermedad mental de mayor incidencia en las grandes ciudades. Entre otros factores, esto es consecuencia de que la mirada del otro que tiene por fin definirme es en las grandes ciudades la de alguien anónimo, que no me singulariza como yo individual, sino que me cosifica como otro anónimo (el grupo social ya no contiene el molde de mi identidad).

VALS - ROCK

Para abreviar este análisis cultural, tomaremos un tema como ejemplificación del cambio de actitud en los vínculos que queremos señalar. Es usual en sociología analizar a un emergente cultural de una sociedad dada que se considera representativo de la matriz vincular. Haremos algunas observaciones sobre el modo de baile colectivo, las ceremonias de encuentro de pareja, en la Viena de principios de siglo y en la cultura urbana actual: el vals vienés y el rock.

En el vals, la pareja más que expresar la música con el cuerpo, la representa frente a los demás en una estilizada ceremonia que tiene por fin ser mirada. Esta ceremonia se celebra en salones muy decorados e iluminados por arañas de cristales (en la que todo resulta coherentemente histórico). En cambio el rock (o la música disco progresiva, etc.) se baila con las contorsiones que impone la música y el esquema corporal se fragmenta. Durante la década de 1960 era difícil distinguir esta danza de un ataque epiléptico a deux. La pareja comenzó a desligarse y en la actualidad cada cual baila solo, casi en la oscuridad y en medio de un ruido ensordecedor en un ámbito donde toda mirada se pierde. Cada cual baila "para adentro", él es el único testigo de lo que hace. Si la matriz del vals fuera histórica, la del rock sería esquizofrénica. En la actualidad, con la utilización de la iluminación estroboscópica, llega a convertirse en una verdadera ceremonia esquizofrenizante, pues también la imagen queda fragmentada. El análisis que acaba de hacerse tiene sólo el valor de que se comparan en él dos formas de pautar el encuentro (o no encuentro) de la pareja, pero tiene la utilidad de estimular al lector para comparar otros

temas, tales como la ropa (del corsé a la bikini en la mujer) que transformó totalmente el esquema corporal, las pautas de educación de los niños (especialmente en cuanto a la sexualidad), los medios de información (el impacto de la televisión), etcétera.

COSMOGONIA BIBLICA Y FILOSOFIA EXISTENCIAL

El centro de la temática de la filosofía existencial es el hombre como problema para sí mismo, en oposición al hombre agobiado por la mirada normativa del Jehová bíblico. Según esta concepción, la culpa por la vida instintiva se centra en la desobediencia, mientras que la temática fundamental de la filosofía existencial es el proceso de ser, de existir, de sobrevivir en el tiempo. Una vez ubicados estos dos contextos culturales, veremos qué relación existe entre el momento histórico y la propuesta del modelo conceptual con que han de definirse y resolverse los padecimientos mentales de cada una de las épocas. Respecto al basamento filosófico que sustenta ambos modelos, hemos dicho ya que la filosofía freudiana referida al hombre está impregnada del modelo bíblico, con un Jehová restrictivo y toda una secuela de transgresiones, culpas y castigos. Esto fue causa de que se tuviera sobre el hombre una perspectiva centrada en la represión de lo sexual y la angustia de castración; el superyo organiza el psiquismo y el falocentrismo, consecuencia de ese Jehová todopoderoso, lo impregna todo. Consideramos que centrar el origen de la enfermedad en esta relación que exige la etapa edípica (la función del padre) dificulta el estudio de la etapa evolutiva anterior, que según Winnicott depende de la madre, esto es la superación de la confusión inicial de la percepción del bebé y del niño, en la que no existe todavía la configuración del núcleo del yo (todavía no se autopercibe). Por debajo de nuestro modelo que concibe la enfermedad temporalmente, dijimos ya que se encuentra el sistema de explicación existencial del hombre; de acuerdo con ella, la concepción del hombre cambia totalmente; no existe ya un Jehová restrictivo que, si bien nos castigaba, nos miraba y de ese modo no nos sentíamos solos. El hombre se encuentra solo consigo mismo, no existen ya reglas fijas para mí y advierto que lo que escoja será de mi responsabilidad exclusiva; aunque elija la esclavitud, la elección correrá por mi cuenta. Sartre dice: "Estamos condenados a la libertad, y si me decido por un Dios que me ordene, sé en el fondo que yo elijo creer en ese Dios". De aquí en adelante el hombre mismo tiene que superar su subjetividad, debe buscar en la mirada del otro la comprobación de su existencia. Y al elegirse ser-ahí, al elegirse como proyecto que se está haciendo en cada momento, nos colocamos en el centro del problema de la

temporalidad, en el que nos enfrentamos con lo que Sartre llama "la vorágine de posibilidades", que contiene todo futuro inmediato. Nosotros al concebir temporalmente la psicopatología, comprobamos que el concepto sartreano de libertad como vértigo de posibilidades se aproxima mucho al tema del vacío producido por la paralización del tiempo en que consiste la crisis, y que el proyecto sartreano refleja la necesidad de impedir la fragmentación del yo "por exceso de libertad", pues infinitos futuros posibles no es ningún futuro, es un futuro vacío.

ANALISIS METODOLOGICO

Freud, a partir de la concepción epistemológica de principios de siglo habla del descubrimiento de las partes del aparato psíquico, como si estas fueran algo preexistente en la naturaleza que él disecciona. A partir de la epistemología de la ciencia actual, estas construcciones teóricas se consideran sólo supuestos de trabajo (artificios conceptuales) que permiten organizar datos en forma más económica y dan además supuestos explicativos que, al ser compartidos (la ciencia es parte del espacio intermedio, de la cultura), permiten la coordinación de expectativas en la operación de la realidad. Este salto epistemológico se produce especialmente después del concepto de relatividad de Einstein; de acuerdo con él no existen sistemas de coordenadas absolutas, es decir, no hay verdades de la naturaleza sino distintos sistemas de lectura. La teoría freudiana, por ser totalizadora, tuvo que dar una explicación de todo lo psíquico. En este contexto, resulta interesante analizar el concepto psicoanalítico de trastornos narcisísticos que se refieren a las perturbaciones de la identidad, en particular a la esquizofrenia, la melancolía y la paranoia. Freud los llama neurosis o trastornos no transferenciales, es decir, incapaces de generar neurosis de transferencia. La utilización de un esquema científico creado a partir del estudio y la resolución del cuadro histérico (neurosis) en la descripción de la esquizofrenia, la melancolía y la paranoia (psicosis), significó explicar las relaciones del yo consigo mismo a través de una lente pulida para analizar la relación del yo con el otro.

Necesariamente se va a dar un rodeo que complica las cosas. Por eso Freud debe hablar de "la vuelta al yo de la libido depositada en el objeto" cuando es mucho más sencillo operar con el concepto de historicidad del yo a través del mecanismo de vinculación de los yos históricos, para describir la relación del yo con el yo. Lo que proponemos es la consideración autónoma de los trastornos esquizoides. Pensamos con Winnicott que

antes de vincularnos con el otro, debemos “ser”, aunque haya sido la mirada de ese otro (la madre) la que nos ayudó a desarrollar el núcleo primitivo del yo. Freud no advirtió este primer proceso del psiquismo que con tanta sutileza captó Winnicott (quien fue pediatra antes de psicoanalista) y por tanto, pudo ver de cerca en la relación entre madre e hijo, y también el nacimiento de las perturbaciones esquizoides por no poder dar la madre autista el sostén (holding) necesario. Las primeras pacientes de Freud presentaron cuadros histéricos y, por tanto, con el núcleo yoico constituido, según la teoría psicoanalítica. Esto determinó, junto con la concepción cultural de su Viena de principios de siglo, la línea fundamental de ese enorme y valioso edificio que es actualmente el psicoanálisis. Pero Freud, como todos los creadores de gran honestidad, también se refirió en sus escritos a los vacíos que aparecían en su teoría en relación a los trastornos narcisísticos e invitaba a llenarlos, diciendo que era necesario encontrar otros esquemas para explicarlos. Por otra parte, Freud hace un uso metafórico de las etapas de la libido refiriéndolas a los orificios corporales para luego utilizar este lenguaje en el análisis de los cuadros psicopatológicos. Pensamos que si bien esta metaforización de las partes del cuerpo se relaciona con las perturbaciones correspondientes (oralidad, analidad, genitalidad), esto limitó la percepción de otros mecanismos psíquicos que no tienen relación con la sexualidad y dificultó la concepción de los trastornos de la constitución del yo.

TEORIA DESDE EL SEXO Y TEORIA DESDE EL TIEMPO

Solamente para facilitar el análisis comparativo entre el modelo sexual y el temporal comenzaremos por dar el más escueto esquema del modelo psicoanalítico freudiano. Aceptado que la hipótesis fundamental es la represión de los instintos sexuales (las pulsiones instintivas) como origen de la patología, se crea una zona a la que la conciencia (el yo) no tiene acceso, el inconsciente (el ello). La internalización de las normas crea una tercera entidad que ejerce el control interno: el superyó. En la constitución de la tarea represiva de los instintos a cargo del superyó, aparece como principal terna el deseo sexual, que se genera entre uno de los padres y el hijo de distinto sexo (o vice-versa). Esto tiene por consecuencia lo que Freud llamó el complejo de Edipo (la situación triangular). Esta unión incestuosa es a la vez la que con mayor rigor se prohíbe y la que con más intensidad se desea y constituye el centro a partir del cual se origina la psicopatología psicoanalítica. En ella el temor a la castración del hijo (que desea a su

madre) por su padre, constituye la ansiedad clave del sistema de hipótesis freudiana. De modo que la enfermedad es consecuencia del intento, a través de los síntomas, de reprimir el instinto sexual. La terapia resulta sumamente compleja, pues esta represión es inconsciente, la conciencia no tiene noticia de ella, y por tanto, cuando se intenta eliminarla, aparece la resistencia a concientizar esto. En la tarea terapéutica la reactualización de los deseos infantiles incestuosos es posible por la neurosis transferencial, que hace perceptible en la relación terapéutica los mecanismos represivos y, por tanto, también se hace posible cobrar conciencia de ellos por medio del instrumento técnico psicoanalítico, esto es, la interpretación. Esta une lo que estaba separado y lo hace explicable en el nivel del yo, de la conciencia. (Aunque la teoría psicoanalítica se descuenta como conocida, nos pareció necesario señalar sus elementos estructurales para poder comparar luego los dos esquemas de cómo pensar la enfermedad mental).

A esta altura del libro, ya hemos desarrollado la propuesta desde la teoría de crisis y es tarea del lector las conclusiones acerca de en qué difieren y en qué son complementarios estos dos modelos de pensamiento. Nosotros sólo haremos algunas observaciones para estimular esta tarea. Por ejemplo, pensamos que la diferencia fundamental en la concepción del hecho terapéutico entre el psicoanálisis y la terapia prospectiva consiste en que el primero basa la curación en el hecho de develar un enigma (hacer consciente lo reprimido inconsciente). Y para la terapia prospectiva la curación consiste en restituir una secuencia (reconstruir un proceso, el cual define la identidad). De todos modos, en ambos, el hecho en esencia es equivalente, pues se trata de obtener una explicación compartida, hacer explicable, coherente, lo que era inexplicable y confuso. Se trate ya del inconsciente ignorado, o de la seriación de percepciones discontinuas. Pero tengamos en cuenta que siempre la palabra debe ser entendida después de atravesar la tristeza o el miedo que esa palabra señala. En la frase de Freud: "Denken ist Probearbeit" – "el pensamiento es ensayo en acción" – está contenido el principio de secuencia, pues se reconoce que la conciencia está organizada desde el futuro, que la percepción es básicamente teleológica. Pero por la perspectiva fenomenológica de su época él tendió más a explicar la percepción desde lo arqueológico. En ese momento histórico de la cultura europea el futuro era deducible directamente del pasado, no constituía un problema, el tiempo estaba totalmente sostenido por una sociedad conservadora. En relación al concepto de inconsciente como objeto de estudio y la descripción de un "aparato psíquico", que arrastra reminiscencias del pasado de Freud (neuropatólogo), proponemos el de "historia vital" (proceso) como referencia a una tira, en parte ya

configurada como esquema cultural, pero que debemos completar. El hombre como una "historia en acción". En síntesis, el hombre como alguien rnetido en un "lío", del cual no se puede escapar, que es el de "estar viviendo", y no el análisis de su "aparato psíquico".

La metáfora freudiana de mirar hacia una "cueva oscura" (el pasado remoto, el inconciente) y alumbrarla y analizarla dificultosamente, sólo representa una parte del problema de vivir, pues de pronto nos damos cuenta que, en realidad, al mirar la cueva del pasado, no podemos dejar de avanzar, aún de espaldas, hacia otra cueva igualmente oscura o más todavía, que es nuestro futuro personal. Cueva que, aunque la miremos de frente, nos va a ser más difícil de alumbrar, pues no es un lugar olvidado, sino un lugar que debemos inventar. En el freudismo, por centrarse en el pasado (el problema está allá y atrás), avanzamos de espaldas por ese túnel que es el recorrido de nuestra existencia, y decimos túnel, pues no se trata de dos cuevas, sino de un recorrido. Y por eso, al ocuparnos de la represión de ese pasado, en realidad estamos reprimiendo la angustia que nos despierta ese futuro al cual nos encaminamos (que contiene, además, lo más temido, la indeterminación y la muerte). Por eso el psicoanálisis sirve más para la histeria y la depresión (estabilizados como cuadros) que para el miedo "en vivo", siempre más relacionado con lo que va a pasarme que con lo que me pasó. De todos modos, consideramos que el freudismo y la teoría prospectiva son complementarios (algo así como una continuación, pues se conserva el análisis del pasado pero se incorpora el espacio de trabajo de lo prospectivo).

Existen dos palabras para definir dos entes que se perciben sólo por sus efectos: líbido y tiempo; son dos espacios de fluidos misteriosos e invisibles (como también lo es el concepto de gravitación universal); uno une y el otro transforma, uno es energía y el otro cambio. El psicoanálisis se centra en la primera y la terapia temporal en la segunda.

Centrar como hace el psicoanálisis el tema de la angustia en la castración, es para nosotros una forma de escamotear (en el sentido en que Sartre utiliza el término) la angustia existencial básica, que consiste en la disolución del yo (la nada). A menos que queramos hablar de la castración del sí-mismo, lo cual sería un rodeo innecesario y además inexacto.

También centrar sólo en la infancia, en los traumas infantiles, todo el proceso de exploración, lo consideramos una manera de escamotear el espacio del futuro, el devenir de la existencia, en el que también está contenida la finitud y por lo tanto la máxima lucidez y la máxima angustia. Por lo tanto, pensamos que el tiempo como tema puede

producir más rechazo que el sexo, pues uno contiene el pecado (el terrible incesto) pero el otro, el análisis del tiempo contiene la muerte (la finitud, la disolución).

LA SUBCULTURA PSICOANALITICA

Haremos una observación desde un nivel antropológico acerca del modelo psicoanalítico: el paciente actual, de 1981, va al diván en condiciones muy distintas de las del paciente de los primeros tiempos, pues va ya sabiendo que debe cobrar conciencia de su vida inconsciente; en efecto, las explicaciones psicoanalíticas forman actualmente parte de la cultura; casi puede decirse que existe una "subcultura de los psicoanalizados"; esto puede resultar muy peligroso para una técnica terapéutica (de esclarecimiento), pues puede convertirse en un sistema de protección, una doctrina que, al "creer" en ella, protege de las ansiedades neuróticas y psicóticas, pero no facilita su elaboración, pues la ortodoxia del encuadre ha convertido la tarea en un ritual. Esto es ocasión de otro peligro, a saber, la "sacralización" de los textos freudianos que se interpretan como un texto bíblico impidiéndose así el avance científico. Esta actitud difiere mucho de la que el mismo Freud propone, es decir, considerar su obra como un punto de partida para, como él lo decía, "seguir investigando el inconsciente". En una época de crisis (Argentina 1981) como reacción frente a la restricción y confusión del campo asistencial, muchos psicólogos argentinos eligieron defenderse rigidizando sus esquemas de pensamiento; se pusieron ultra-ortodoxos freudianos o lacanianos. En el caso de los lacanianos esta técnica tiene la ventaja adicional frente a una realidad muy ansiógena de asegurar no conectarse con ella, pues es estudiar lo que alguien explica (un laciano) de otro que interpreta (Jacques Lacan) los textos de un tercero que sí observó la realidad (Freud). Pero el problema respecto a operar terapéuticamente en Argentina 1981, es que el que realmente observó casos clínicos (Freud) lo hizo a principios de siglo y en la ciudad de Viena.

EL PSICOANALISIS ORTODOXO

Posiblemente lo que realmente "cura" (en realidad pensamos que sólo sostiene, tranquiliza) en el tratamiento psicoanalítico ortodoxo, de inflexible encuadre y canónicas interpretaciones transferenciales, es justamente lo que se le critica: lo que tiene de rígido y estable. Porque esto es una garantía para enfrentar la vivencia caótica de las transformaciones de la realidad. El paciente se siente protegido por un vínculo firme,

dominador (que se hace cargo como el papá de la infancia) y una estructura bien delimitada dada como “la verdad” única: el encuadre y las interpretaciones son inapelables. Esto configura un sistema de sostén (no de integración, de elaboración) que hace disminuir la angustia, pero también la lucidez. Lo curioso es que lo que se dice que cura, el insight de los traumatismos reprimidos, es lo menos probable, pues para eso sería necesario la expectativa dentro de un contexto de diálogo que vaya de lo desconocido, por ambos, analista y analizado, a lo conocido y explicado, pero esto no ocurre en la ortodoxia, de acuerdo con la cual, uno de los dos (el analista) ya sabe la verdad desde el principio (y lo comienza a decir o más bien a inculcar) pues la deduce de las ecuaciones sacralizadas de la doctrina. De modo que nosotros vemos a esta tarea no como un camino a la lucidez y a la autonomía personal (a la libertad y, por tanto, a admitir el desamparo) sino al adoctrinamiento y la aceptación de una “verdad” que protege, como las verdades paternas que nos daban “un piso” cuando éramos niños asustados de vivir. Esto del adoctrinamiento y no del diálogo de búsqueda es muy claro por el condicionamiento que produce la técnica de interpretación transferencial que es aconsejada en los controles didácticos, que es repetir la interpretación hasta que sea aceptada. La actitud represora y sometidora del analista ortodoxo en realidad está proponiéndole al paciente un trueque: “Dame tu libertad y yo te doy tranquilidad”, porque al tener a alguien que me limite, ya tengo asegurado un vínculo y una estructura y, por tanto, no voy a quedar solo y confuso (vacío). Pero como observación final pensemos el precio que el paciente paga al analista ortodoxo, o a cualquier ideología adaptativa, que es no llegar a saber quién es realmente uno mismo (que es como existir “de prestado”). Como última frase de este tema, aclaramos muy bien que lo que objetamos del psicoanálisis llamado en nuestro medio ortodoxo, se distingue para nosotros netamente de la teoría y técnica Freudiana que constituye un instrumento de pensamiento que permite el conocimiento profundo del psiquismo y sin el cual no habiéramos podido explorar esta otra dimensión del hombre como alguien condenado a recorrer el tiempo.

Parte V

MODELO TECNICO

EL PROCESO TERAPEUTICO

Expondremos ahora cómo el terapeuta lleva al paciente de la enfermedad a la salud, es decir, describiremos las maniobras terapéuticas que le permitirán al paciente hacer ese recorrido difícil y doloroso en que consiste el cambio para llegar a ser "el otro" que él desea ser: el curado. La tarea del terapeuta consiste en sostener el pasaje: su mirada ordena esa metamorfosis siendo él un vínculo que estructura esa nueva crisis (iatrogénica) que es la cura. Insistimos en el término sostener, pues el diálogo interno que mantiene el paciente y le permitiría conocer sus partes negadas (los otros yos que añora haber sido y los que teme ser) suele ser muy ansiógeno. Puede que se revivan experiencias muy desoladoras, terribles, trabajosamente reprimidas y el terapeuta debe acompañarlo en ese viaje por el tiempo y proteger las partes infantiles que se resisten a entrar en ese espacio terrorífico de las vivencias de abandono y desintegración. Pero no sólo se viaja al pasado, sino fundamentalmente, al reflejo especular del pasado en el futuro. Los recuerdos temidos resultan amenazantes no porque se refieran a hechos que han sucedido, sino porque con recuerdos se construyen las fantasías de futuro. Y ya hemos dicho que se futurizan los recuerdos de situaciones inconclusas que contienen la energía psicológica que produce lo que no cerró. Toda esta exploración de lo vivido tiene por fin que el paciente pueda estructurar nuevamente su proyecto vital y aceptarse a sí mismo. Pero el problema no termina aquí, pues este proyecto no debe ser solitario, incompartido y delirante: debe insertarse en la cultura, crear vínculos con los demás, como dicen los existencialistas, ser un Mit Da Sein (un-proyecto-con) . Mediante el estudio de las técnicas de que se dispone, veremos que es menos importante determinar cuál es el camino que escojamos (los instrumentos técnicos que utilizemos) que la meta final, vale decir, la integración de una historia, de la propia historia. Las técnicas que describiremos no son enteramente nuevas: hemos extraído lo fundamental del arsenal de varias psicoterapias. No pensamos que pueda utilizarse un esquema técnico único, como en el caso del psicoanálisis; en éste se hace recorrer al paciente etapas bastante definidas provocadas por el encuadre y el proceso analítico: la posición corporal que se asume en el diván, la prescripción de la asociación libre y el uso de la interpretación, especialmente de la transferencial, hasta la constitución de la neurosis de transferencia, instrumento básico para la exploración de lo histórico en su manifestación presente: el allá y entonces

del traumatismo infantil en el aquí y ahora de la reviviscencia transferencial con el analista-espejo. Y la curación se produce cuando el paciente logra tener insight del conflicto que había sido reprimido en el inconciente.

Para que el paciente pueda ser sostenido por el encuadre psicoanalítico no debe estar descompensado. Si su nivel de ansiedad es elevado, como sucede en el caso de las crisis, aún en las leves, el trabajo de exploración resulta imposible, pues todas las energías psíquicas del paciente deben concentrarse en proteger su yo de la desorganización. En las crisis agudas se llega al break-down (quebrantamiento) a que hace referencia Donald Winnicott. Si el paciente no es inicialmente sostenido por la situación terapéutica, no podrá enfrentar sus escenas temidas. Pichon Riviere decía que el terapeuta "le tiene" el miedo al paciente (es decir, se hace cargo de su miedo) para que éste pueda reorganizar su realidad desde las explicaciones compartidas (la trama cultural) y no desde su subjetividad, que en ese momento es un lugar de confusión y ansiedad.

Por todo esto, en el capítulo siguiente propondremos un esquema de trabajo que ha de desarrollarse en cuatro etapas o pasos que, por lo demás, son comunes a todas las técnicas, una especie de "caja de herramientas" para reparar historias lastimadas.

El proyecto en la cultura

Para la terapia prospectiva, el proceso terapéutico consiste en re-colocar en la cultura (el espacio de las explicaciones compartidas) lo que se salió de ella y quedó atrapado en la subjetividad. Y eso que falta es el sentido prospectivo, la clave que lee la realidad desde un yo. En el caso de la crisis, ese yo no puede vincularse más a través de su proyecto, pues éste es subjetivo, y la clave de lectura no está en el espacio intermedio entre él y el otro (la cultura y el lenguaje) y, por lo tanto, el otro no lo entiende. La tarea consiste en convertir un trozo de subjetividad aterradora (solitaria y confusa) en algo compartido, transmisible por el lenguaje (verbal, gestual, etc.) y, por tanto, transformado en no-loco, pues permite compartir expectativas y hacer algo en común. Este re-colocar se lleva a cabo mediante las técnicas de contacto y explicación. Esto no es una tarea fácil, pues en la subjetividad están los terrores infantiles y la desesperación de las preguntas fundamentales que no tienen respuesta, para las cuales la cultura inventa "respuestas-muletas" como recurso ortopédico con las cuales nos calmarnos unos a otros. El loco queda solo porque habla de algo que está escondido en todos nosotros. Se "agarró la lepra" que todos tenemos latente (las vivencias de desintegración) y se convierte en

leproso y por lo tanto todos le disparan (y lo tratan de aislar). El terapeuta es el que está inmunizado contra esa lepra porque la tuvo y se curó. Sintetizando de otra manera nuestro pensamiento, pensamos que el paciente enfermó porque "su pasado está peleado con su futuro". A esta mala síntesis la llamamos síntoma y los terapeutas debemos ayudarlo a sintetizar sanamente esa contradicción ayer-mañana por medio de un proyecto, donde construye uno con elementos del otro (futura-recuerdos) y así puede saltar de uno al otro. A ese salto que se repite eternamente lo llamamos el presente.

Lo imaginario

El pasaje en que consiste la terapia debe llevarse a cabo en un espacio muy definido: el lugar de lo imaginario, de lo que no está, de lo que fue o lo que será. Como primera medida debemos crear las condiciones para encontrarnos con el paciente en ese "otro espacio". Al diálogo terapéutico le es necesario contar con un encuentro "enrarecido"; el **aquí y ahora** debe dar lugar al **allá y entonces**, y esto se logra mediante "máquinas del tiempo", a saber, la dramatización, los diálogos guesálticos, el ensueño dirigido, etcétera. Con estas técnicas iremos junto con el paciente al encuentro de sus objetos perdidos o temidos, de lo que fue y de lo que será. Preferimos situar lo imaginario doloroso en términos lineales de temporalidad (en un antes y un después) y no como en la concepción freudiana, en términos de lo inconsciente, de un estrato "por debajo" de la conciencia.

Concepto de triálogo

El terapeuta para hacer su trabajo debe incluirse como un tercero en el diálogo interno del paciente, entre las dos partes que están en contradicción, porque sólo un tercero puede ser el testigo de un diálogo que está en la subjetividad, campo lábil y a veces caótico. Sólo el tercero puede objetivar, es decir crear el espacio de la cultura. Pues en todo diálogo cada término es una parte del vínculo y por lo tanto no puede "ver" cuáles son realmente los términos y cuál es el tema de lo que constituyen entre los dos. Por esto vemos a la tarea terapéutica como el esclarecimiento de ese diálogo confuso por medio de un triálogo que define la contradicción interna desde la cultura, y hace posible que el diálogo interno se haga externo, es decir, se haga comunicación con los otros.

Enfoque regresivo y progresivo

En las técnicas psicodramática y guesáltica que son usualmente grupales, se puede trabajar hacia adelante, hacia el futuro, con lo cual es posible analizar en su espacio

específico, el miedo, que siempre es anticipación. En el psicoanálisis se trabaja siempre hacia atrás, tratando de armar el rompecabezas arqueológico. En los grupos es posible representar (conjurar, evocar) el pasado, que se hace presente, pues esté ocurriendo en la escena conjurada y, de esta forma, continuar ese pasado, al que la neurosis había vuelto rígido, y representar un nuevo desenlace (futuro), con lo cual se le permite al paciente la construcción de la imagen anticipatoria de una solución sana. Y sabemos por la teoría temporal que sólo si se conoce (se proyecta) el yo-por-ser, puede la persona instalarse en ese otro que va a ser él, pues de lo contrario se discontinúa la sucesión histórica del yo. Esta actitud más dinámica que atraviesa el presente, desde el pasado al futuro, es muy clara en la manera que Fritz Perls analiza los sueños. En el psicoanálisis el sueño es un enigma propuesto por el paciente en la sesión como cosa pasada cerrada y terminada; en cambio Perls hace que el paciente lo relate en tiempo presente, que lo reviva con los ojos cerrados, que en lugar de decir "yo me estaba cayendo", diga "yo me estoy cayendo". De modo que cuando el paciente llega al final del sueño por haber despertado, Perls le pide que lo continúe: "¿, Y ahora qué?, ¿,Qué ves?... ". Así el paciente puede enfrentar el final temido del sueño (por eso había despertado justo en ese momento) debido a estar acompañado por otro, que es una figura protectora como aparece el terapeuta. De este modo se puede saber qué hay más adelante, cuál es la escena temida que paralizó al paciente.

Respecto a la prospectiva, en el tratamiento, el apuro por clasificar al paciente mental, en diagnosticarlo, tiene que ver más con la necesidad de controlar lo imprevisible, misterioso y azaroso que son las perturbaciones psicológicas, que con una necesidad operativa (que sí es útil en la medicina del cuerpo). Pero sucede que en un proceso terapéutico la relativa verdad entre paciente y terapeuta se logra recién al final del tratamiento, pues ésta reside en lo profundo de la historia de la persona. Encontrar rápidamente un diagnóstico casi siempre lleva a adecuar el camino posterior a ese diagnóstico y que la terapia consista sólo en confirmarlo. Pero debemos tener en cuenta que a todos nos da tentación ser definidos por un terapeuta, padre, poderoso, así nos ahorramos el trabajo y las angustias de recorrer el camino interno para encontrarlos (por esto son a veces exitosos los diagnosticadores, los que otorgan la verdad enseguida) . Veremos ahora dos oposiciones que tienen importancia para la clasificación de las técnicas terapéuticas: las terapias de mutación y las de evolución (la catarsis y la rehabilitación) por una parte y, por la otra, la oposición que, más que a las técnicas, se refiere a las actitudes: la identificación y la confrontación. A lo largo de todo el libro se habrá advertido que preferimos pensar

recurriendo a esquemas dialécticos; es decir, señalamos los extremos de una gama que se oponen, pero que encierran todas las posibilidades de síntesis. Indicamos los extremos estables del sistema de contradicción y consideramos que la situación sana, esto es, la más eficaz, debe encontrarse en alguna de las síntesis contenida entre los opuestos. Por ejemplo, respecto a las maniobras de identificación y las de confrontación con el paciente, debemos determinar hasta qué punto conviene acompañar a un paciente dado en su delirio y hasta qué punto debe confrontárselo con la realidad. Siempre resulta más fácil (más primitivo) manejarse con los extremos, por ejemplo, aceptar el delirio del paciente o negarle toda veracidad; en cambio, los puntos medios en la maniobra terapéutica, que corresponderán a su necesidad de negar sólo parte de lo que sucede, son de más difícil manejo, pues toda contradicción tiende a estabilizarse en los extremos.

Mutación - evolución

Las terapias de mutación son las que conducen a un desenlace catártico con alta carga emocional. El psicodrama y especialmente el laboratorio gestáltico son instrumentos de profundidad, verdaderas "máquinas de tiempo" que le permiten al paciente revivir la escena temida con toda la carga emocional de la escena original. Podríamos llamarlas técnicas mutacionales, pues el insight que provocan constituye una verdadera fractura (mutación) en el sistema de la enfermedad; dan brusco acceso a la concepción de otras estrategias para el enfrentamiento con las angustias arcaicas del paciente. Muchas psicoterapias folklóricas, por ejemplo, la macumba brasileña, crean con el ritmo del baile, la cashasha (bebida) y el charuto (cigarro), un estado de trance que permite reconectarse con vivencias muy arcaicas y descargar el llanto, la rabia o la alegría, que estaban bloqueadas, con gran intensidad emocional. (A veces el conjunto tiene la belleza y la dramaticidad de un verdadero "ballet terapéutico"). En general puede decirse que todas las terapias grupales tienen algo de shamánicas, de ritos primitivos para conjurar fantasmas comunes. Aún una terapia individual tan escrupulosamente científica como el psicoanálisis tiene algo de operación shamánica cuando la neurosis de transferencia conjura a un padre ya muerto, pero proyectado en la figura del analista; así se crea el clima psicológico como para que una interpretación clave produzca la "visión interior" (insight) con toda la carga emocional que produce una mutación en la percepción de sí mismo. La otra gran categoría son las terapias de evolución: así llamamos al lento trabajo de condicionamiento en las rehabilitaciones. Si las terapias catárticas sirven sobre todo para los niveles neuróticos, éstas sirven más específicamente para resolver el lento

reaprendizaje de vínculos y estructuras en las psicosis. Las llamamos de evolución para subrayar de ese modo su gradual recorrido de un lento camino de transformaciones que impide la despersonalización que puede provocar un cambio brusco.

Para aclarar la diferencia entre unas y otras, puede decirse que las mutacionales se relacionan más estrechamente con la estructura histérica, que admite la movilización emocional, pues existe por debajo un yo más consolidado; y las evolutivas se relacionan sobre todo con las estructuras obsesivas que tienen por debajo un yo más cercano a la fragmentación. Por tanto, el pasaje terapéutico tiene que recorrerse como una suma de pequeños escalones para evitar las discontinuidades temporales que llevan a la fragmentación del yo del tipo del extrañamiento de sí mismo. En esta vertiente la terapia se define como un adiestramiento, como un enseñar a: poder ponerse triste, superar el miedo, sentir placer, etcétera, lo que debe percibir el terapeuta en los pacientes es lo que les falta hacer (lo que no pudieron) y ayudarles a hacerlo para completarse. En esta tarea a veces se parece a un adiestrador, un entrenador.

En general se trata de reaprender la función psicológica que fue mal enseñada en la infancia. En casos extremos, como el de la terapia conductista, por ejemplo, la desensibilización sistemática de Wolpe constituye un condicionamiento mecánico y progresivo para descondicionar el síntoma. En realidad, pensamos que esta terapia más que de una transformación de la persona, condiciona el armado de una neurosis obsesiva funcional que permite controlar la vivencia de fragmentación, de esquizofrenización; pero no tiene nada que ver con las terapias de maduración, que elaboran los niveles profundos del proceso de vida.

Por último, respecto a toda transformación psicológica, diremos que para que algo cambie en el proceso terapéutico, deben existir otras partes que no cambien; por esto en toda terapia deben asegurarse puntos fijos. Por ejemplo, en el psicoanálisis ortodoxo, se estabilizan varios

elementos: el encuadre (lugar, diván, honorarios, etc.) y también la dependencia transferencial. De acuerdo con nuestro planteo, lo que debe quedar finalmente igual a sí mismo es el núcleo del yo, el proyecto básico de vida. Este es el núcleo de identidad que debe atravesar las metamorfosis de los sucesivos personajes a través de la historia vital, reconociéndose siempre como algo original y único.

Comunidad terapéutica

Toda la teoría del hospital de día y la comunidad terapéutica de Maxwell Jones se refiere

a la creación de un medio o un ámbito que estructure salud, como si se tratara de un taller de reaprendizaje de vínculos organizados a partir de la interacción grupal y no de la subjetividad del delirio. Estas técnicas comunitarias son las más eficaces, y a veces las únicas posibles para los cuadros psicóticos estabilizados (crónicos).

Tres modelos de terapeuta

En relación con los distintos modelos metafóricos de terapeuta, tendremos en cuenta a tres que son fundamentales: el brujo, el detective y el entrenador. El primero acompaña en el viaje fantasmal; es el mago que conjura los fantasmas (el coordinador del psicodrama o el pai do santo de la macumba). El segundo es el que recoge piezas arqueológicas y arma el rompecabezas que es la explicación compartida (el psicoanalista o el yatiri quechua). El último es el que propone el proceso de cambio, el que exige esfuerzos y determina etapas en el aprendizaje de la salud (el terapeuta del hospital de día, el rehabilitador o el terapeuta conductista).

EL ENCUADRE TERAPEUTICO

Que el encuadre de estas técnicas sea flexible y que el proceso terapéutico acompañe ciertas situaciones de la vida cotidiana no impide que el proceso terapéutico quede claramente definido en cada oportunidad y que además se respeten ciertas reglas. Nosotros proponemos tres condiciones básicas que, por ser muy obvias, a menudo se olvidan, con lo cual se crea confusión en la tarea: 1) estar psicológicamente enfermo; 2) querer curarse; 3) ser capaz de retribuir.

1) Estar enfermo

La primera condición sirve para discriminar cuándo el sufrimiento psicológico del que acude como paciente es consecuencia de una desgracia real y cuándo se trata de una "confusión" imaginaria. Nosotros sólo podemos "curar" la confusión, sólo podemos eliminar el plus de dolor que crea lo imaginario sobre los traumatismos reales, pero no podemos modificar lo real, pues esto no se encuentra en el "otro espacio" (el fantasmal) que es el único lugar donde podemos operar. Si a la persona se le murió el padre, podemos aclararle que no es ella la que se murió, que ajuste las "cuentas pendientes" de

reproche y culpa, etc., pero no podemos evitar que el hecho haya sucedido. Si se le amputó una pierna, le podemos disolver la vivencia de "miembro fantasma", pero no le podemos devolver otro miembro. Con esto hacemos algo muy simple, pero que no siempre queda en claro: se precisa en qué podemos ayudar al paciente y en qué no. Además esta exigencia nos pone a resguardo de la posibilidad de que acuda a curarse un sano (lo cual a veces sucede y es fuente de frustraciones), lo cual nos recuerda aquello de que "lo primero que necesitamos para prender una vela es que esté apagada". Por supuesto, esto vale especialmente en el caso de estas técnicas de crisis, diseñadas para aliviar el dolor psicológico de cierta intensidad.

2) Querer curarse

La segunda condición, querer curarse, o, mejor dicho, tener la decisión de cambiar (aunque luego dentro del proceso terapéutico haya resistencia) sirve claramente para evitar de entrada las maniobras psicopáticas de los que asisten al consultorio para hacer otra cosa que curarse, por ejemplo, a conseguir un "certificado de enfermedad" que le permita la manipulación de su familia, o a buscar en el terapeuta un cómplice para su juego neurótico.

3) Ser capaz de retribuir

De las tres condiciones, la única que en alguna circunstancia puede faltar es la tercera, la referente a la simetría del esfuerzo, pero sólo con referencia al dinero, porque siempre el paciente debe "retribuir" con algo el esfuerzo del terapeuta, cuando menos con la obtención de algún progreso en el curso del tratamiento.

El lugar del terapeuta

Otros dos conceptos importantes en relación con el encuadre son el del lugar que ocupa el terapeuta y el del consultorio como espacio mítico. Empleamos el término "lugar" en la acepción lacaniana, como aquel lugar desde donde se dice lo que se dice, que para el paciente es el lugar íntimamente respetado de su terapia. El terapeuta que no procure trabajar desde ese lugar del paciente puede, por ejemplo, al insistir en el cobro de sus honorarios, hablar desde el acreedor, con lo cual el paciente deja de serlo para convertirse en deudor y se destruye así el delicado juego de la terapia.

El espacio mítico

A lo largo del tratamiento el consultorio se va configurando para el paciente como un espacio mítico, es decir, un ámbito fuera de los espacios reales, en el que puede sacar afuera y confrontar a sus personajes y sus escenas temidas. En ese espacio, después de constituido, puede enfrentar, con la ayuda del experto en fantasmas, su terapeuta, lo que no podía enfrentar a solas. El consultorio constituye la escenografía del ritual de conjuro que le permite compartir su subjetividad y encontrarle una explicación de la que participa su grupo social. Lo depositado puede ser malo o bueno; el consultorio suele ser a veces un vomitorium para dejar lo malo y a veces se lo utiliza como caja fuerte para depositar lo bueno. Nosotros, en nuestro rol de terapeutas, debemos hacernos cargo de lo depositado durante el proceso del tratamiento, "le cuidamos" al paciente las escenas malas y buenas de su historia. Pero cuando este proceso de metamorfosis, que consiste en transformarse en "el otro" (el curado), termina, debemos devolverle sus escenas temidas y deseadas, pues, una vez elaboradas, son partes suyas porque él es todo lo que le sucedió.

El tratamiento como modelo de proceso

El tratamiento es también un modelo de cómo armar estructuras de continuidad que nos permitan vivir el presente como salto entre lo que dejamos y lo que obtenemos. Por eso, en él tiene que constituirse el giro del tiempo: algo debe ser anticipado, luego vivido y, por último, recordado. Debe darse como consecuencia y tener etapas progresivas para evitar la vuelta a los síntomas, pues cuando el cambio ha sido demasiado rápido puede producirse la vivencia de despersonalización y, al no reconocerse, el paciente suele volver atrás sufriendo una recaída. Debemos lograr primero que se anticipe como "el otro" que quiere ser y una vez que lo conozca bien, ayudarlo a que se instale en ese yo- por-ser para que pueda reconocerse como el mismo que se anticipó de esa manera.

Esta necesidad es la que determina que el proceso terapéutico no pueda ser muy rápido. Las curas bruscas son inestables, pues al no autoperibirse el paciente como el mismo que era, recurre a su "querida y vieja" neurosis para volver a ponérsela y reconocerse como él mismo en el espejo de la mirada ajena.

Recordemos que cuando el tratamiento tiene buen éxito suele provocar también el síndrome de la crisis. Lo que caracteriza a esta crisis es que se presenta en el camino de vuelta de la enfermedad. En general puede decirse que la terapia consiste en incluir al paciente en un proceso por el que se admite, se explica y también se inventa otro proceso: el de su historia vital, se acepta recorriendo una vida, la suya.

El alta

Para terminar el tema del encuadre o del contrato terapéutico, definiremos cómo concebimos el alta. Es el momento en que ambos, paciente y terapeuta, perciben que lo inexplicable logró una explicación, que ya no hay confusión y que sólo quedan las circunstancias dolorosas y placenteras reales. También se concibe que el paciente puede vivir el presente como parte de una historia comprensible.

En adelante es capaz de "recorrer su vida", pues en general el paciente recurrió a la terapia porque había algo que no era capaz de hacer: salir a la calle, devolver agresión, permitirse el placer sexual, llorar a un muerto querido, etcétera. El criterio de alta más seguro es que el mismo paciente sienta sus posibilidades de vida. Continuar la terapia más allá de este punto sería entrar en el juego del "terapeuta-muleta". Según nosotros lo concebimos, esto no es ya terapia, sino una rama de la ortopedia. Claro que este no es trabajo fácil, pues se hace necesario enfrentar otra separación, pero lo que hace posible que el paciente abandone al terapeuta es conocer y finalmente hacerse amigo de alguien muy importante en su vida: él mismo.

Terapia situacional

Cuando la operación terapéutica no puede llevarse a cabo en el marco de un consultorio, el encuadre de la tarea debe adaptarse al campo real en que se pueda operar. La urgencia que implica el desencadenamiento de una crisis hace necesaria la intervención *in situ* (en el campo) que, si se la maneja con eficacia, puede ser más operativa y certera que la operación desarrollada en el contexto del consultorio. Como primera ventaja, la situación ambiental, el habitat familiar, contiene mucha información útil para entender la sintomatología del miembro enfermo. Puede decirse, con Pichon Riviere, que el paciente expresa y sintetiza como un vaciado en yeso lo que está aconteciendo en el grupo familiar, pues sus síntomas son lo negado por la estructura familiar, lo que falta.

La técnica del tratamiento domiciliario (o en la calle) depende de la posibilidad de instrumentar la estructura del campo. Se diría que nos es posible manejar el proceso grupal en curso si podemos "encabalgamos la situación", para lo cual debemos utilizar, funcionalizar terapéuticamente una parte nuestra que no goza de buena reputación entre los psicoterapeutas de consultorio: el núcleo psicopático. En el psicoanálisis ortodoxo sólo se admite la funcionalización del núcleo fóbico-melancólico (por la paralización corporal y

la regresión), pero no la capacidad de conducir situaciones, de operar terapéuticamente procesos reales. Todo proceso real tiene una escena imaginaria montada sobre él. En el caso en que el miembro de un grupo (familiar, de trabajo, etc.) padece una crisis psicológica, la escena imaginaria es tan intensa que gobierna las acciones reales: el tiempo invade el presente en la escena grupal.

En ese momento la escena cotidiana se transforma en un psicodrama espontáneo; los gritos, los gestos y las palabras corresponden a la escena temida del grupo. El terapeuta se debe transformar entonces en un director de psicodrama que induce maniobras que llevan al cierre de la situación en dirección de la salud, del esclarecimiento de esa escena tan temida que "enloqueció" al grupo (aunque el rol de "enfermo" se le asigne a uno solo de sus componentes).

La tradición terapéutica de consultorio creó reglas de encuadre que sólo se adaptan a la situación de un paciente individual autocontrolado; por eso deben revisarse las reglas de encuadre con criterio creativo para curar la locura "en vivo". Son necesarias las maniobras del psicodrama e, incluso más allá, del teatro de vanguardia (especialmente útiles son las técnicas del teatro de calle y teatro invisible del brasilero Augusto Boal).

Otra disciplina que aportó maniobras es la antropología de campo con las técnicas de observador participante, donde el antropólogo debe incluirse en el grupo cultural que investiga a través de un rol existente en esa cultura, para evitar que al ser sólo observador desde afuera modifique el campo. Las que llamamos técnicas de auxilio en crisis, que describiremos más adelante, son específicas para intervenciones callejeras o domiciliarias en cuadros de suicidios, brotes psicóticos o conmociones traumáticas (accidentes, emergencias sociales, etc.), que son ocasión de los cuadros de catástrofe del yo, ya descritos en el capítulo de la psicopatología.

Soluciones alternativas

Una terapia situacional es una tecnología psicológica imprescindible si se desea una cobertura asistencial de las crisis en las que la resolución terapéutica debe ser inmediata y realizada en el contexto ambiental donde está sucediendo, porque llevarla al consultorio (en el caso que ello fuera posible) podría resultar una disección paralizadora de la dinámica dramática que impidiera su comprensión.

En los Estados Unidos tuve ocasión de trabajar en un Centro de Crisis (el Maimonides Community Mental Health Center), en el que pude ser testigo de (y yo mismo ejercitar) la libertad técnica y la posibilidad creadora de que gozan los terapeutas norteamericanos

respecto a soluciones alternativas. Por otra parte, esto era imprescindible por las modalidades de acción (de acting) de los cuadros psicopatológicos de los neoyorkinos. Resultaba interesante y emocionante a la vez ver cómo la terapia se mezclaba con la vida en el planteo de la "street clinic" (clínica de la calle).

Para utilizar una metáfora ilustrativa, si el psicoanálisis convencional es el boxeo con sus reglas guantes, rounds, cuadrilátero, etc., el auxilio en crisis es el karate callejero con toda la creatividad de lo imprevisto.

Proponemos, pues, dos formas de encuadre: el de consultorio (cerrado) y el situacional (abierto). De acuerdo con este último se opera fuera del encuadre terapéutico convencional de consultorio, donde el terapeuta es quien controla la situación espacio-temporal. En el encuadre abierto (situacional) el terapeuta debe incluirse en un campo de fuerza psicológico y operar instrumentando lo que está sucediendo; debe acompañar el proceso en curso e intentar que cierre en dirección de la salud.

Teoría de la evolución y entornos en crisis

En una época donde el sistema social entra en crisis, las estrategias usuales (defensivas o terapéuticas) ya no son funcionales y se producen dos alternativas: una es hacer lo mismo pero intensificarlo: es la hipertrofia de la estrategia, mayor rigidez, mayor ortodoxia; y la otra es saltar por sobre las crisis y crear una estrategia nueva. Esto último es el mecanismo de la evolución en la naturaleza: los accidentes genéticos crean muchos ejemplares mutantes y luego sólo algunos (los llamados "monstruos promisorios") son elegidos como los primeros ejemplares en la nueva adaptación (al medio que cambió) por el método de la selección natural. La naturaleza "juega al azar" y luego sobreviven los mejor adaptados a las nuevas condiciones del medio. Por esto vemos que lo nuevo (lo futuro) puede elegirse sólo después que ya existe como resultado del azar (lo triste de la historia es que la gran mayoría de las tentativas, los monstruos, son ensayos no exitosos y desaparecen).

Auxilio en Crisis

Denominamos Auxilio en Crisis a una técnica para resolver situaciones de urgencia fuera del consultorio. Aunque el relato de algunos casos lo daremos en el próximo libro, vamos a adelantar el planteo.

La técnica de Auxilio en Crisis está definida más que por las maniobras que se emplean, por una actitud global, que es la necesidad de realizar la operación terapéutica incluida en la situación de campo, donde a veces el encuadre debe ser estructurado sobre una situación

en curso, a veces dramática y confusa (intentos de suicidio, peleas familiares, accidentes, etcétera). Por esto el primer paso es detectar cómo está estructurado el campo de fuerzas psicológicas alrededor del paciente. En general puede decirse que todos están incluidos en una escena psicodramática espontánea.

El habitat nos dará la escenografía, deberemos percibir los personajes imaginarios (los roles) y el tema encubierto de los diálogos, de dónde viene esa historia y cuál es el argumento dramático. Es como si entráramos al teatro en la mitad de la obra y debemos intervenir en ella, darle un final esclarecedor, pero respetando el argumento grupal.

Esta técnica tiene necesidad de un alto nivel de creatividad, de flexibilidad para buscar los caminos alternativos, dado que cada vez el campo operacional y el encuadre son distintos.

El esquema de trabajo

Hemos llegado a la presentación de las técnicas con que es posible instrumentar el proceso real de cambio. Ya hemos aclarado que sólo es posible crear nuevos modelos teóricos de la enfermedad y la salud que se adapten a las nuevas propuestas históricas en relación a qué sea en ese momento la salud o la enfermedad, pero en el nivel de las maniobras concretas (las técnicas) existen matrices de acción utilizadas a lo largo de la historia del arte de curar que sólo cambian de denominación, pero que estructuralmente son las mismas y todas ellas contienen las operaciones básicas de transferencia, confrontación, catarsis, reaprendizaje, etcétera.

Pero esto no quiere decir que el conjunto de maniobras propuestas no constituya un todo coherente diseñado como una "caja de herramientas" para resolver las situaciones de crisis y operar en terapias breves, siempre desde nuestra concepción teórica.

El diseño del esquema de trabajo (al que llamamos familiarmente ESTER por **ES**quema de **TE**rapia **R**ápida) fue inicialmente programado para resolver la solicitud asistencial de un centro de crisis, aunque su desarrollo posterior, al igual que la teoría de crisis, ha llegado a ser una alternativa teórica y técnica para un espectro mayor de perturbaciones psicológicas, especialmente para psicoterapia breve y tratamientos de mediana duración. Sólo quedan fuera de su alcance los trastornos que ya funcionalizaron socialmente sus síntomas como histeria, neurosis obsesivas, fobias, etc. muy estabilizadas, donde se puede decir que las personas afectadas de este modo organizaron su identidad en torno a los mecanismos del cuadro psicopatológico. En estos cuadros lo indicado es la terapia psicoanalítica, pues cuenta con instrumentos para desmontar lentamente las defensas ya muy afianzadas, y luego operar dentro del continente que es la neurosis de transferencia. -

Este modelo de asistencia, que fue desarrollado durante los últimos cinco años, nació con la intención de cubrir un déficit en la prestación asistencial del dolor psicológico y como consecuencia de la inexistencia de técnicas que resultaran eficaces en los casos de urgencia. Pero como siempre sucede, el desarrollo posterior de la teoría de crisis fue causa de que se repensara y se replanteara primero el esquema de la psicopatología y luego el mismo esquema del aparato psíquico psicoanalítico. Todo volvió a ser pensado a partir de lo paradójico del juego de vivir: la exigencia de cambiar siendo él mismo.

Volviendo al nivel de la técnica, si pensamos en este vacío asistencial en el plano de la urgencia y lo trasladamos a la terapia orgánica, advertimos lo absurdo de la suposición de que existieran hospitales sin sala de guardia, en los que sólo se pudieran atender pacientes con cuadros crónicos, estabilizados y que los heridos y accidentados no encontraran respuesta técnica. Tanto es así que en la actualidad también a los "psicológicamente accidentados" (los casos de crisis) se los atiende sólo en el nivel organicista mediante la administración de psicofármacos. Esto es como si a los pacientes que padecen de una urgencia orgánica se les administraran fuertes analgésicos para -que no padecieran el dolor físico y no se atacara directamente la causa orgánica del dolor.

Los centros de crisis que operan las 24 horas (especialmente en EE.UU. y unos pocos en Brasil) lograron cambiar el curso de muchos cuadros impidiendo la cronificación gracias a una resolución rápida del desborde imaginario del paciente con intervenciones eficaces y muchas veces duraderas. Porque si el paciente tiene que componérselas solo en los primeros momentos del trastorno, recurrirá a mecanismos de defensa cada vez más subjetivos y, por ende, cada vez más enloquecidos, más psicóticos.

ESQUEMA TÉCNICO

LAS CUATRO ETAPAS

El esquema de trabajo está dividido en cuatro etapas, cuatro pasos destinados a ordenar el proceso terapéutico, ya sea en los primeros momentos, como también el proceso total de todo tratamiento. Cada uno de los pasos se denomina con una sola palabra por razones de claridad didáctica, pero aluden a una significación más amplia. Son los siguientes:

- 1) LA CONTENCIÓN.
- 2) LA EXPLORACIÓN.
- 3) EL PROYECTO.
- 4) LA ACTIVIDAD.

Presentaremos primero ordenadamente cada conjunto de técnicas y luego veremos la flexibilidad con que puede utilizarse en casos concretos, pues esta discriminación tiene fundamentalmente valor didáctico, y en la práctica clínica se combinan dinámicamente.

LA CONTENCIÓN

(Entrada al proceso terapéutico)

Este primer paso se refiere a la capacidad que debe adquirir el terapeuta para organizar una estructura de sostén en la que se apoya el paciente para no ser él solo soporte de sí mismo y rescatar así energías para poder verse. Por ejemplo, en la técnica psicoanalítica esto se asegura mediante la transferencia de un personaje importante de la infancia del paciente en la persona del analista.

Tal vez las maniobras de contención sean las más universales en este oficio de explicar fantasmas. Hemos estudiado las más diversas técnicas de psicoterapias folklóricas (macumbas, yatiris, mano-santas, shamanes, etc.) y en ellas está siempre presente esta trama de sostén por la que alguien se hace siempre cargo de la ansiedad de otro. El concepto de *holding* de Donald Winnicott, que él relaciona con las

primeras experiencias de ser sostenido por los cuidados maternos, nos parece la más íntima descripción de este encuentro.

Nos referiremos ahora a tres técnicas básicas de contención:

- CONTACTO (Reparación del vínculo) Función A.
- ENCUADRE (Reparación de la estructura) Función B.
- CONTENCIÓN CORPORAL (Actualización perceptual y relajación muscular).

Contacto

En el primer encuentro con el paciente en estado de crisis, que está solo y confundido, la operación consiste en lograr una identificación, una resonancia con la frecuencia angustiante. De ese modo comienza a sentirse acompañado en su escena temida que hasta ese momento lo desbordaba. El contacto lleva a permitir la depositación del alerta por el paciente. Pichon-Riviere nos decía de la necesidad del paciente en estado de crisis de que alguien le tenga el miedo, se lo sostenga y lo libere de ese peso con el fin de que disponga de energías libres para explorarse y darse cuenta cuál es el objeto de su temor. Esto se consigue instrumentando para la tarea nuestro núcleo histérico, que es el que nos permite representar y transmitir las emociones. Pero nosotros entramos al pozo negro en el que él se encuentra para ayudarlo a salir de él, por lo que se debe evitar que la identificación masiva nos confunda y luego seamos dos en el pozo en lugar de uno. Esto se logra mediante otro mecanismo, esta vez relacionado con nuestro núcleo esquizoide: la disociación instrumental, la capacidad de desdoblarnos como terapeutas y lograr que una parte nuestra se identifique con el paciente y lo acompañe en su pequeño o su gran delirio, mientras otra sea testigo de lo que está sucediendo y pueda discriminar el proceso desde la teoría terapéutica. En síntesis, con nuestra historia nos metemos en el mundo imaginario del paciente y con nuestra esquizoidía analizamos qué le ocurre. Identificación primero y luego disociación. Con lo cual se restituye la función vincular.

Encuadre

La segunda técnica se refiere al hecho de que el mismo tratamiento ya constituye el primer modelo de reconstrucción del sistema de realidad del paciente. Este se encuentra fundamentalmente solo y confuso; ha perdido los vínculos y la capacidad de estructurar la realidad que lo defendía de la vivencia de vacío. La terapia le permite reconstruir un modelo de vínculo en el contacto (la transferencia) y, además, este proceso está pautado, estructurado por un lugar, el consultorio, horarios y reglas de operación (espacio, tiempo y seriación de actos). Todo esto le permite reinsertarse en el mundo de la cultura, ese enorme espacio transicional de hipótesis compartidas que actúa como trama de sostén de nuestras subjetividades.

La cultura está armada mediante un instrumento transicional básico que es la palabra. Con todo esto se restituye la función estructurante.

Desde nuestro modelo de pensamiento podemos decir que el terapeuta es una mirada que estructura (función vincular + función estructurante).

Contención corporal (Actualización perceptual)

El tercer recurso para disminuir inicialmente el nivel de ansiedad en el tratamiento proviene sobre todo de la terapia gestáltica. Dado que imaginar y percibir con los sentidos son actos mutuamente excluyentes y el proceso morboso se desarrolla en lo imaginario, se intenta reconectar al paciente con la capacidad perdida de usar los sentidos. Esto se logra mediante el concepto gestáltico de actualización perceptual y corresponde al encuentro de dos personas en el aquí y ahora sin que se realicen proyecciones. Aquí la gestalt toma el principio de la filosofía zen de espontaneidad en el existir y en el percibir. Pero utilizada como técnica de contención, esta reconexión con lo real, con la percepción sensorial, tiene por fin la disminución del nivel de ansiedad, pues luego, en el paso siguiente de este esquema, deberemos hacer exactamente lo contrario, esto es, la exploración de lo imaginario. Definiríamos a esta operación terapéutica inicial como un encierro profiláctico en el presente, pero un presente-con-otro y para algo, pues el presente en que se encontraba el paciente era un presente vacío.

Contención corporal (Relajación muscular)

El último grupo de técnicas de contención se basa en la simultaneidad de músculo-emoción, estudiada en la terapia de Wilhelm Reich, en la que la contracción muscular equivale al miedo. Con esta maniobra corporal estamos entrando por la “puerta de atrás” (la del cuerpo) para ir en ayuda de la conciencia perturbada; no se utiliza exclusivamente la “puerta del frente”, que es la palabra. Esta simultaneidad está condicionada por siglos de evolución; ante el peligro, el animal-hombre debía contraer la musculatura para la acción de huida o ataque. No existe emoción de miedo en el nivel de la conciencia, sin que simultáneamente haya contracción muscular, al punto que las situaciones de stress mantenidas por tiempo prolongado conducen a contracciones crónicas y finalmente a colapsos corporales. Por todo esto, ante un cuadro de crisis aguda, es conveniente utilizar alguna técnica de relajación. Por ejemplo, el entrenamiento autógeno de Schultz, el método de Jacobson o, de lo contrario, técnicas manuales, físicas o químicas, destinadas a bajar el hipertono muscular. Es necesario señalar aquí una contraindicación de la relajación muscular: cuando la contracción masiva tiene por fin defenderse de una desintegración psicótica del yo. En estos casos conviene encontrar antes junto con el paciente alguna otra defensa contra la fragmentación del yo (el brote esquizofrénico), para luego lograr la relajación.

La relajación muscular como técnica de contención es la más antigua filo y ontogenéticamente, pues no es ni más ni menos que el abrazo y las caricias de la madre ante el pánico infantil, abrazo que es simultáneamente contención, encuentro y relajación.

LA EXPLORACIÓN

Lo imaginario

La exploración del espacio imaginario depende de la posibilidad de montar “máquinas del tiempo”, es decir, abrir puertas de entrada en lo imaginario para recrear y revivir lo que

fue y también imaginar lo que será. De acuerdo con nuestro concepto del “otro espacio” respecto al presente de la conciencia, no consideramos conveniente definirlo en términos de sustrato reprimido (el inconciente freudiano) como una “caverna oscura”, sino en términos de lugares inaccesibles por efectos de la temporalidad como un “túnel oscuro” en medio del cual siempre estamos andando. Este modo de conceptualizar lo desconocido permite incorporar como lugares conflictivos no sólo lo pasado, sino también lo futuro. De esta manera es posible trabajar con los “recuerdos que vendrán”, que son los fantasmas que nos esperan por delante, en ese espacio específico del miedo.

Freud se refería a los sueños como la “vía regia”, pero nosotros consideramos que actualmente hay vías todavía más regias a lo imaginario, como el laboratorio psicodramático con técnicas gestálticas, del cual diremos algo en el punto siguiente. De todos modos, entrar en lo imaginario constituye una tarea muy sutil y evasiva: en cualquier momento vuelve a imponerse el presente. Por eso decimos que es necesario volver un tanto enrarecido el encuentro terapéutico, enloquecerlo un poco. Vimos que todas las terapias profundas tienen condiciones reales insólitas desde el punto de vista de la vida cotidiana. En eso se parecen al teatro o la religión (otros dos oficios de lo imaginario). También el alcohol y el enamoramiento producen trances en la vida cotidiana, se modifica el tiempo-reloj y nos conectamos con el tiempo infinito o el tiempo-angustia.

La teoría del trance hipnótico puede ser aplicada para comprender muchos estados emocionales de la vida cotidiana: el caso por ejemplo del enamoramiento, en el que mirarse pupila a pupila es causa de que cada cual sea el operador para el trance del otro; el estado de pánico, que lleva a alucinar perseguidores; el momento de furia en el que la persona queda “fuera de sí” (no oye, está en trance); el atontamiento producido por el shock de pérdida masiva en los accidentes (la persona se encuentra como ausente). También la borrachera es un trance provocado químicamente, que está aceptado y pautado socialmente, se asemeja a un pequeño psicodrama comprable en el boliche (la botella de tinto es el “diván de los pobres”).

LAS MAQUINAS DEL TIEMPO

Cualquier técnica de exploración profunda depende de la posibilidad de montar una “máquina del tiempo”, es decir, de crear las condiciones para producir la reviviscencia de

los hechos traumáticos pasados o, de lo contrario, poder “adelantar el reloj” y enfrentar la escena temida.

Sólo las terapias de condicionamiento, de reaprendizaje trabajan estrictamente “en el presente”; todas las demás instauran el espacio imaginario (el tiempo) para poder operar.

Lo específico, raro y necesario de la operación terapéutica, es que desde el presente (el espacio instrumental) se resuelva una perturbación que está en los espacios inaccesibles de lo imaginario (de lo que sucedió o sucederá). Debemos conjurar, traer, reflejar esa otra situación en este ahora en el que nunca está la herida psicológica. La herida está allá pero debemos curarla acá. ¿Cómo lograrlo? Por la posibilidad de construir máquinas del tiempo o, de lo contrario, operar por deducciones (interpretaciones) a partir de los indicios en el mundo concreto, del presente, de las perturbaciones que se produjeron en ese otro mundo inaccesible, el pasado o el futuro (la tristeza o el miedo).

Esto es parecido a los problemas de la astronomía (en el espacio) o la arqueología (en el tiempo), que también estudian lo inaccesible. Recordemos además que estas dos ciencias estudian los confines del espacio y el tiempo y, por ello, los niños, a los que les es necesario ubicar el fin del infinito, se interesan siempre por los planetas y los dinosaurios (los límites del espacio y el tiempo).

Las técnicas que permiten el viaje por el tiempo son fundamentalmente tres:

- El psicodrama.
- Las técnicas gestálticas.
- El ensueño dirigido.

Nos limitaremos a comentar cada una de ellas tratando de percibir las desde el punto de vista de nuestro modelo del psiquismo.

El psicodrama

El psicodrama constituye una técnica cuya explicación, debe buscarse donde se originó: el teatro, el cuál, a su vez, se originó en la necesidad de imitar, evocar e imaginar la vida. Aparece como herramienta para rescatar la evanescencia del transcurrir, y también como herramienta de planificación, conjuro y control de lo que vendrá. En general

puede decirse que todo el arte procura modelos para existir. Siempre en relación con encontrar y proponer sentidos a la tarea de recorrer destinos, desde la necesidad inmediata en los orígenes de propiciar la caza de bisontes en los dibujos de las cuevas prehistóricas, hasta la necesidad de pedir inmortalidad en la elevación a las alturas de las catedrales góticas. Incluso las actuales series de televisión constituyen una propuesta, aunque muy empobrecida, de cómo recorrer una vida. El arte está siempre dando respuestas a las preguntas: “¿Qué es vivir?”, “¿Para qué vivir?”, “¿Cómo hay que vivir?”. Y en este esfuerzo por dar respuestas también incluimos el arte cotidiano, las “telenovelas baratas” (como arte naif), las películas comerciales y hasta las historietas. En todo ello se intenta dar modelos de cómo existir. Ya hemos estudiado lo que denominamos tiras biográficas en el capítulo sobre la trama cultural.

Con las técnicas psicodramáticas se consigue evocar esa “otra escena”, la que ya no es o la que todavía no se produjo, mediante la imitación de conductas que vuelven presentes a los ausentes. En un instante dado de la dramatización, ya no hay imitación, se creó la escena, se la conjuró y todos sus componentes, en especial el paciente, viven otro momento, la máquina del tiempo lo transportó a los espacios inaccesibles del pasado o el futuro. Pero esto no constituye todo el proceso terapéutico, pues falta lo más importante: el nuevo final de la historia enferma. La representación de un nuevo final permite concebir otra alternativa para, después de dramatizarla, trasladarla a la vida real, que es el lugar donde termina toda terapia. Esto es a veces posible gracias a la descarga emocional que produce poner fin a una escena incompleta (la situación inconclusa a que se refiere Fritz Perls). La liberación que produce la catarsis es conocida desde el más remoto pasado histórico. Se trata de vomitar los recuerdos que se pudrieron.

Como observación final respecto al psicodrama vemos que la dramatización no sólo aclara el pasado (como lo hace el psicoanálisis) sino que además permite ensayar el futuro, especialmente a través de la técnica de Escena Temida que desarrollaron Pavlovsky, Kesselman y Frydlewsky.

Las técnicas gestálticas

Todo lo dicho para el psicodrama es válido también para la terapia gestáltica, pero el genio de Fritz Perls le agregó toda la vertiente que proviene de la filosofía zen; de acuerdo con ella, centra la exploración de lo imaginario en la actualización perceptual, esto es, en

el más riguroso aquí y ahora de las sensaciones corporales, donde el tiempo atraviesa el cuerpo. Esto permite nuevas técnicas: diálogos entre diversas partes del cuerpo, entre el yo, las personas y los objetos, y principalmente, la detección de las proyecciones (que él llama asignaciones) con que el tiempo invade el presente. Así se prepara la temporalidad a partir del presente, reconstruyendo la capacidad de ver, oír y sentir con espontaneidad, sin proyecciones. Como estas tres técnicas están desarrolladas en las bibliografías específicas (que ofrecemos al final del libro) a ellas remitimos al lector para no insistir en la explicación de lo que está mejor expuesto en sus fuentes.

El ensueño dirigido

Esta técnica, que proviene enteramente de la vieja hipnosis, utiliza la constitución de las imágenes internas para explorar lo que se encuentra alejado de la conciencia (nosotros diríamos lo alejado del presente). Se basa en el hecho de que la relajación excluye al miedo por el principio de la simultaneidad de contracción y miedo y a consecuencia del hipotono muscular se obtiene un estado crepuscular de la conciencia. Se induce al paciente a relajarse en un ambiente silencioso, en penumbra y tendido en el diván con los ojos cerrados, mediante la técnica de Schultz o Jacobson; se le propone luego que permita que esas imágenes internas afloren a la conciencia. Se le indica además que nos transmita la “película interna” que comienza a desarrollarse ante (dentro de) sus ojos y nosotros nos comprometemos a acompañarlo en ese viaje y a protegerlo en especial de las escenas más temidas. Esto en esencia coincide con la regla fundamental de Freud, según la cual el paciente debe decir todo lo que se le ocurra, pero nosotros proponemos la sucesión de imágenes y no la sucesión de palabras. Freud sólo analizaba las imágenes de los sueños pero éstas eran estáticas: habían sido ya soñadas. El ensueño dirigido es especialmente indicado para trabajar con el “niño fantasma”, cuando centramos la reviviscencia en los años de la infancia. Siempre me ha sorprendido el modo en que conservamos verdaderos “noticieros” de nuestra infancia, que asombran por lo cinematográfico de sus detalles. Son verdaderos sueños en conciencia crepuscular (lograda por la relajación), por ello resulta muy correcta la denominación de “en-sueño-dirigido” (o acompañado).

Para terminar, diremos que la técnica más eficaz para las crisis no es la de Robert Desoille, sino la de Fritz Perls o también la hipnosis dinámica de Milton Erikson.

EL VINCULO FANTASMA

El concepto de vínculo fantasma es necesario para describir lo que ocurre cuando alguien se comporta como si cierto personaje o escena fueran reales, cuando no se trata sino de situaciones que sucedieron en el pasado o él teme que sucedan en el futuro. Toda enfermedad mental está en relación con este desplazamiento de la temporalidad. No podemos imaginar ni alucinar lo que nunca fue. Incluso imaginar lo que vendrá, el futuro, se constituye con el conjunto de percepciones almacenado en la memoria. Y como los vínculos que se negativizan (cuando el amor se convierte en odio) son los que constituyen las neurosis, proponemos tres conceptos operativos para organizar la exploración de lo ignorado:

- La escena temida.
- El personaje complementario.
- El niño fantasma.

La escena temida

La escena temida se relaciona con una experiencia dolorosa negativa que no acabó de ocurrir. Se trata de una situación incompleta, un ajuste de cuentas que debemos hacer. Mientras no “cerremos” la situación, ésta contendrá energía psicológica, y como no queremos vivirla en el presente, la arrojamos continuamente al espacio vacío que tenemos por delante, el futuro (el desván de los miedos).

En otras palabras, la tememos porque el futuro implacablemente “se nos viene encima”, y nos acerca los monstruos que habíamos arrojado en él.

El personaje complementario

De acuerdo con este segundo concepto operativo, el del personaje complementario, siempre tendemos a jugar con los demás el mismo juego cuya matriz aprendimos en la infancia.

Toda matriz vincular tiene dos personajes: uno reprocha, el otro siente culpa; uno ataca, el otro evita; el masoquista necesita un sádico y el sometido un sometedor, etc., de lo contrario, el juego no es posible. Por todo esto, cada uno de nosotros necesita su personaje complementario. El asunto se complica y se pone confuso cuando el personaje real desaparece (se va, se muere) y se lo introyecta (lo mete imaginariamente dentro de sí). En este caso suele ser muy difícil detectar cuál fue el personaje original para desarmar el juego. Por ejemplo, una madre agresiva y controladora puede internalizarse en el hijo después de producida la separación física mediante una hipocondría que lo inmoviliza. Además, aferrarse al personaje complementario tiene por fin no perderlo, en el caso de nuestro ejemplo, no sentirse separado de la mamá, seguir aquel diálogo tan conocido con la agresión y el control.

En general puede decirse que todo síntoma se relaciona con un personaje complementario fantasma, en el desplazamiento de lo que nos pasaba en la relación con una figura arcaica importante. Las principales matrices vinculares se relacionan con el tipo de vínculo que se mantenía con los padres. Muchos síntomas son “recuerdos” que guardamos a lo largo de los años por no poder separarnos del rol complementario de algunos aspectos locos de mamá, papá, un hermano, un tío, etcétera. Curiosamente en el trabajo terapéutico hay que tener en cuenta que a veces un paciente quiere guardar un síntoma como “recuerdo familiar”; esto debe respetarse, especialmente si el síntoma no resulta mutilante.

El niño fantasma

El tercer concepto operativo es el de niño fantasma. Este aparece cuando existieron momentos importantes de la infancia que han sido muy traumáticos y no elaborados. Como consecuencia se conserva internalizado en la persona un niño encapsulado, no integrado en la personalidad adulta. Se trata de un “yo-sido” no digerido. Resulta notable cómo es posible la conexión con este niño fantasma mediante técnicas como el ensueño dirigido o los diálogos guesálticos. Se llega a un nivel de reviviscencia tal, que se encuentran los dos adultos (el terapeuta y el paciente) conversando imaginariamente con

el niño, explicándole lo que le sucedió en la infancia, que, por traumático no pudo ser comprendido por el niño. La sensación que tienen terapeuta y paciente es que el adulto creció alrededor del niño englobándolo. Yo por mi parte, más que psicólogo a veces me siento pediatra, pues con frecuencia tengo la impresión de que me traen a un niño psicológicamente lastimado. Y en el caso de algunos pacientes, en tanto no se configure ese niño angustiado, confundido y abandonado, no logro “pescar” la intimidad del sufrimiento de la persona adulta.

Por otra parte, cuando el paciente pasa los 40 años, comienza a configurarse otro fantasma, pero en esta ocasión se trata de un “yo-por-ser”, de un “viejo fantasma”. Lo que despierta preocupación no es aquello de lo que hubo que separarse, sino aquello que lo espera a uno. Esto es consecuencia de que transcurrida la mitad de la vida (lo que los norteamericanos llaman la midlife crisis) el tiempo comienza a percibirse no desde lo ya recorrido, sino desde lo que falta por recorrer. Se divisa entonces por delante “ese viejito” que nos espera para convertirse en nosotros. (Salvo que sea un depresivo; en este caso, ya somos el viejito).

EL PROYECTO

La explicación compartida

Realizada en parte la etapa de exploración, veremos que el material obtenido se encuentra desarticulado al igual que el que se suele extraer en las excavaciones arqueológicas. Las piezas vienen rotas y en desorden; el arqueólogo debe entonces proponer hipótesis que den coherencia al material, que expliquen la historia de esa antigua civilización que acaba de salir de su sepulcro. Es para el terapeuta el momento de arriesgar hipótesis de trabajo que indiquen la orientación de la tarea para una nueva exploración de lo inconciente. Esta etapa es la del armado del rompecabezas que debe ir de la mera yuxtaposición de experiencias recordadas a una sucesión coherente que señale el movimiento de orientación de la persona, la meta hacia la que quiere avanzar. En el pasado se encuentra la plataforma para saltar al futuro. Y el paciente, especialmente el que se encuentra en estado de crisis, está paralizado frente a ese futuro, tiene desestructurada la trama de continuidad.

De acuerdo con nuestra concepción del hombre, éste está sano, no cuando está libre de angustia o adaptado socialmente, sino cuando sabe quién es, qué sentido tiene su

vida, cuál es ese proceso único que es su historia. Y no hablamos de grandes ideales o destinos, sino de quedar en paz con uno mismo y coincidir con lo que llegó a ser, y programar aunque sea el futuro inmediato.

En esta etapa del trabajo terapéutico es cuando después de recorridos diversos niveles de exploración (dramáticos, corporales y otros) se llega a la palabra como el instrumento básico que ordena, que permite al paciente abandonar la subjetividad en la que estaba encerrado y volver al mundo de las explicaciones compartidas, ese espacio intermedio de símbolos que ordena el campo social (que nosotros llamamos cultura).

En este punto vamos a volver sobre el concepto de triálogo, que hemos ya explicado, decíamos que el terapeuta se constituye como el tercero en el diálogo subjetivo del paciente, diálogo subjetivo que contiene la contradicción que lo paraliza y angustia. El terapeuta actúa como el testigo esclarecedor desde el espacio de la cultura, él objetiva, hace definible, nombrables a los términos de esa oposición interna y permite que el paciente pueda elegir alguna de las alternativas, como síntesis de la contradicción. La historia tiene sentido no sólo a partir del pasado, desde las circunstancias que nos condicionan, sino también a partir de la elección del futuro que pueda hacerse, a partir del proyecto, a partir de lo que queremos hacer. Porque muchas veces el paciente recurre al tratamiento por algo que es incapaz de hacer y su problema radica en esa imposibilidad que tiene por delante.

De todos modos, a pesar de las singularidades individuales, todo proceso vital está inscripto en los modelos que suministra la cultura a que se pertenece. Cada sociedad define las etapas vitales y también los rituales de pasaje de una a otra, que organizan el proceso por el que se recorre una vida.

EL PROYECTO DE DESTINO

Como en las etapas anteriores propondremos dividir conceptualmente el tema, en este caso en las dimensiones del tiempo, para ayudar a armar este rompecabezas que es el proyecto de destino:

Pasado

La historia familiar (el secreto familiar).

La historia infantil (las matrices de vinculación).

Presente

La situación actual (los síntomas motivos de consulta).

Futuro

Las salidas posibles (la elección vital).

EL PASADO

La historia familiar

Comprende tres generaciones: la de los abuelos, la de los padres y la de los hijos, e intenta detectar los temas no resueltos, las situaciones inconclusas que pasan como un “paquete generacional” de abuelos a padres y de éstos a los hijos (que son en el momento presente los pacientes). Decía Pichon Rivière que en toda familia hay un secreto, en general algo relacionado con lo incestuoso, lo psicótico, con una muerte, con un aborto, etc., que genera culpas ocultas que rebotan como síntoma, dentro de la red histórica de abuelos, padres e hijos. El esclarecimiento de este secreto familiar es esencial para resolver y entender los síntomas del miembro considerado o elegido como “el enfermo”, llamado por Pichon Rivière el “chivo emisario” del grupo familiar.

Además, cada familia elabora también un mito, una explicación de su historia, de su origen, y que también indica hacia dónde va como desarrollo futuro. Este mito con frecuencia sirve para ocultar lo vergonzoso, los aspectos psicóticos del grupo, es decir, el secreto familiar.

EL PASADO

La historia infantil

Las primeras experiencias producen los componentes básicos, con los cuales se comienza a configurar la historia personal. En esa época se imprimen las matrices de vínculos, roles, lugares, etc., que van a ir recubriendo el núcleo yoico y configurando los primeros yos.

Toda terapia profunda comienza por explorar los recuerdos infantiles. Allí estará la clave de lo que actualmente no se entiende, especialmente en los traumatismos infantiles. Es el momento arqueológico del trabajo terapéutico. Donde también será útil la capacidad deductiva del terapeuta-detective (es el momento de Sherlock Holmes) que propone hipótesis para unir indicios que reconstruyen lo que sucedió allá en el fondo de la historia del paciente.

Esta historia no es sencilla de encontrar, pues muchas veces se encuentra oculta, tapada por un mito encubridor, una "historia oficial" de los sucesos infantiles construida por padres y parientes. Esto es muy común en la clase media, cultura donde coexisten siempre dos planos, lo que sucede realmente y la lectura desde las normas adaptativas.

Un planteo esclarecedor y muy operativo en la práctica terapéutica es el concepto de guión de Eric Berne, él dice que cuando se gesta un niño, los padres comienzan a proyectar sobre él un guión, a proponer cómo será su vida y, en el momento de nacer, ese guión comienza a serle transmitido. Son las expectativas de cómo deberá ser ese hijo, según lo que los padres depositen en él. Este guión se relaciona estrechamente con la historia familiar, pues muchas veces se constituye por lo que quedó sin elaborar y depende de las frustraciones paternas y maternas. Para compensarlas los padres ven en el hijo una nueva oportunidad de lograr lo que no pudieron hacer en su vida. Esto es a veces causa de desastre, pues los intereses históricos cambian de una generación a otra y lo deseado por los padres puede resultar disfuncional en la generación del hijo.

EL PRESENTE

La situación actual

El paciente se decide a buscar ayuda cuando sus síntomas comienzan a impedirle lo que desea hacer y sus mecanismos de defensa psicológicos cesan ya de controlar la angustia. De modo que siempre hay una situación actual que lastima. No puede ya manejar solo la situación, pues ésta lo desborda. Muchas veces se le presenta como un punto de urgencia sumamente agudo, como en los casos de acting suicida o cuando el paciente debe enfrentar un cambio o una intervención quirúrgica muy temida.

En estas ocasiones es necesario "entrar" al tratamiento por el punto de urgencia que, por lo demás, siempre depende de la patología arcaica de que se trate. Podría decirse

que la sintomatología actual es una especie de psicodrama espontáneo de las escenas arcaicas temidas.

También el análisis de la situación actual nos permite evaluar “el piso” familiar con que cuenta el paciente para hacerle iniciar el proceso de tratamiento, respecto a esto el pronóstico de los borderlines (fronterizos) crónicos depende más del apoyo que puedan dispensarle los que rodean que del grado de la enfermedad que lo aqueja. No se puede hacer el pronóstico en el caso de estos adolescentes en tanto no se conozca a sus padres. Con padres muy locos como respaldo, la curación se hace extremadamente difícil, pues el muchacho es el depositario de la locura de la generación anterior, y esto resulta muy difícil de revertir sólo desde el consultorio.

EL FUTURO

Las salidas posibles

Si la historia familiar e infantil dependen del pasado y la situación actual es el análisis del presente, las salidas posibles se refieren a la construcción del futuro. Según nosotros lo concebimos, el proyecto de destino depende de la integración de una historia que viene desde atrás, está siendo vivida en la actualidad y se prolonga hacia delante, el tiempo atraviesa el presente. El paciente busca ayuda porque no encuentra salida para su situación. Pero en el momento en que su historia se integra, las salidas se comienzan a configurar y en ese momento el paciente debe hacer algo que antes le era imposible: debe elegir una de ellas. No se puede andar si no se sabe hacia dónde.

LA CREATIVIDAD Y LA RECONSTRUCCIÓN DEL DESEO

Al comienzo la terapia remueve la estructura mutilante, la tarea es meramente abandonar los síntomas. Pero una vez que éstos ceden porque se elabora lo enquistado, se debe reconstruir la estructura del deseo; en este caso el giro del tiempo se arma al futurar recuerdos placenteros. Este es el momento del proceso terapéutico en que se deben rescatar los sueños de adolescencia y los juegos creativos de la infancia. Si no se hace esto, se corre el riesgo de que la energía psíquica que deja libre la resolución de los síntomas no encuentre en qué ejercerse y el miedo al vacío produzca la vuelta a lo

conocido, esto es al juego neurótico. El espacio vacío que deja lo imaginario maligno debe llenarse con tarea imaginaria creativa. Y para ello es necesario contar con un coraje inicial mínimo para comenzar el cambio en la realidad que se le debe solicitar al paciente al concluir la etapa del proyecto. Ya se ha dado cuenta de por qué hacía lo que hacía; ahora debe cambiaren el mundo real.

LA ACTIVIDAD

(Salida del proceso terapéutico)

La última etapa de toda terapia es que ésta llegue a la vida real. Si esto no sucede, el enfermo será en el mejor de los casos “un enfermo esclarecido”, pero enfermo al fin.

La etapa del cambio efectivo es sumamente delicada, pues en ella es donde se da el peligro de que el paciente se desconozca, de que tenga sentimientos de despersonalización. Curarse en la vida real resulta muy angustiante, pues significa realmente ser otro, “el curado”, y a nadie le gusta ser otro. Por esto el proceso terapéutico requiere cierto tiempo, debe ir de un paso al siguiente sin precipitaciones. Es posible acrecentar su eficacia y acelerar el proceso, pero nunca más allá de lo que admita la capacidad de transformación que tenga el paciente, aunque ésta se dé en la dirección que él requiere, esto es, de la curación.

Presentaremos ahora los tres conceptos operativos que comprende esta última etapa:

- Las prescripciones de acción.
- La trama cotidiana (reingreso a familia y trabajo).
- La funcionalización de la perturbación.

LAS PRESCRIPCIONES DE ACCION

Ya en las etapas anteriores hay que incluir algunas operaciones que debe realizar el paciente en el mundo real no sólo para atender a los puntos de urgencia, sino también para crear situaciones de dramatización espontánea en la vida cotidiana que ponen al descubierto las ansiedades. Se prescribe una cierta acción como parte del tratamiento, porque a veces si no comienza a hacer lo que teme, no es posible saber qué le sucederá

cuando lo haga. Si alguien se rehusa a salir a la calle porque teme encontrarse con un perro, no podremos curarlo del temor a temer a no ser que haga el esfuerzo de salir a la calle y enfrentarse en forma real con un perro. Le sucederá algo entonces que aclarará el origen de esa fobia (se desmayará, saldrá corriendo, atacará al perro, se creará él mismo un perro, etcétera). Así tendremos pistas que nos permitan encontrar en qué reside la matriz inicial de la fobia, cual es el ancestral “verdadero perro”. Es curioso cómo el pasado puede estudiarse en el futuro y viceversa, pues el presente es una especie de espejo que crea simetrías; lo que creemos que va a suceder, ya sucedió, nos puede volver a suceder. (En este punto resulta interesante ver cómo en la teoría psicoanalítica se escamotea la angustia de muerte, la verdadera y aterradora muerte que tenemos por delante, pues se la explica por el “trauma de nacimiento” como si ya hubiera tenido lugar. Se esconde en el pasado lo que está en el futuro).

Por último, en esta etapa debemos advertir al paciente que la curación tiene su precio y que tiene que estar dispuesto a pagarlo, entre otras cosas, tiene que resignarse a la pérdida de los beneficios secundarios del síntoma, esto es, a todas las ventajas que se le concedían por estar enfermo.

LA TRAMA COTIDIANA

Esta última etapa, la del cambio en el presente (aunque autopercebiéndose desde una historia), es la que consolida y estabiliza la curación. La persona reconstruye su trama cotidiana, su nuevo sistema de realidad. En las crisis, en las que se desestructuran las relaciones con el entorno, es muy importante ayudar al paciente a que se reinserte en el mundo familiar y a encontrar formas más creativas de realización personal.

En las crisis agudas la reconstrucción de la trama cotidiana puede significar el único camino inicial para la reconstrucción del yo. Winnicott se refiere a un entorno organizador del yo que lo sostiene e impide la desintegración (ese entorno en el caso de los niños se constituye por los cuidados corporales que le dispensa la madre, el ambiente físico y los ciclos horarios, ritmos que permiten constituir pasado y futuro). Recordemos que en las crisis agudas la regresión produce formas arcaicas de existencia (puede llegarse cerca del bebé).

Operar desde el reaprendizaje de la trama cotidiana es también la única terapia posible en el caso de los pacientes psicóticos crónicos. Esta es la base de la comunidad

terapéutica de Maxwell Jones y la técnica del hospital de día. La debilidad yoica que tienen estos pacientes debajo del delirio estructurado hace que sea imposible y peligroso el intento de desarmar la construcción delirante en la terapia, pues su precaria identidad está armada en torno al delirio. Si se lo destruimos, sería como quitarle la caparazón de la tortuga; no quedaría nada de ella. Pero sí es posible ir “disolviéndole” muy lentamente la caparazón por medio del aprendizaje de vínculos y estructuras compartidas procurándole un entorno sano. Un esquizofrénico es alguien que tuvo un adiestramiento infantil muy perturbado basado fundamentalmente en manipulaciones paradójicas, según el concepto de Ronald Laing. Por eso es posible afirmar que un hospital de día es algo semejante a una “escuela para esquizofrénicos” en la que éstos deben reaprender los roles primarios: el deseo en relación con la madre, la ley en relación con el padre y la competencia en relación con los hermanos; también deben ser aprendidas las reglas de uso del espacio-tiempo de la cultura en que estén incluidos.

Reinserción en la familia (función vincular)

El paciente que se transformó en otro, el “curado”, debe volver a la interacción familiar desde otro rol, pues el rol que tenía desde la enfermedad perpetuaba el juego grupal enfermo. En este análisis de la interacción social el grupo de Gregory Bateson de Palo Alto en Estados Unidos es el que a través de la teoría de la comunicación ha permitido técnicas realmente operativas en terapia familiar. Ellos analizan los esquemas enfermos de la interacción y no las motivaciones, dicen que toda interacción depende de un juego de roles, que tiene sus reglas y estas reglas pueden enfermar.

La principal causa de encierros en la enfermedad son producidas por lo que llaman mensajes o maniobras paradójicas donde el que la ejerce produce en el otro una situación cuya única salida es el síntoma. Por ejemplo: la orden “te ordeno que me desobedezcas”, sólo puede llevar a la paralización pues tanto si obedece como si no lo hace está en falta.

La terapia consiste en desarmar estos encierros paradójicos. El principal teórico de esta línea de trabajo es Jay Haley, y para adquirir esta valiosa técnica remitimos al lector a su libro “Estrategias en Psicoterapia” (ver bibliografía final).

Reinserción en el trabajo (función estructurante)

Respecto a este último paso en la ayuda terapéutica desarrollaremos nuestro concepto de funcionalización de la perturbación.

Este es un concepto que se emparenta con la ortopedia. ¿Cómo hacer para que el defecto residual, al término de la terapia, no impida la reinserción laboral?... Pues puede ser encontrando dentro de las tareas del grupo aquellas que funcionalizan el síntoma residual. Por supuesto, nos estamos refiriendo a la etapa posterior a un esfuerzo terapéutico intenso que resolvió gran parte de la perturbación, pero en la que cierto desajuste sigue inalterado. Como ejemplo en lo orgánico, tómese el caso de una secuela de raquitismo; ya no es posible administrar calcio, de modo que habrá que encontrar para el paciente un oficio que no sea por ejemplo el de boxeador o ciclista (que por otra parte, por sobrecompensación, es lo que más desea ser un ex niño raquítico).

Como cada caso es distinto, la tarea de ayudar al mejor ajuste social del paciente dado de alta, constituye un desafío a la imaginación tanto del terapeuta como del paciente. En la cultura popular hay un término exacto para esta acomodación: “el rebusque” que se debe encontrar para funcionalizar la perturbación. ¿El fóbico de bibliotecario?; ¿el insomne de sereno?; ¿el epileptoide en una empresa de demolición? ¿En qué medida corremos el riesgo de fomentar el síntoma del paciente y en qué medida ayudamos a su socialización? Esto debe resolverse en cada caso. Es un equivalente al problema que plantea la orientación profesional, que intenta funcionalizar la estructura de personalidad según las características de las profesiones existentes.

COMENTARIO FINAL

Con esto hemos llegado al término de este volumen, primer informe sobre largos años de investigación para lograr un modelo teórico y técnico de mayor eficiencia en el alivio del dolor psicológico. Mucho material fue difícil de incluir en este trabajo, especialmente el relato y discusión de casos clínicos que exigen un lenguaje más coloquial para transmitir la intimidad de la maniobra terapéutica. Además hemos reunido gran cantidad de documentación visual sobre las formas con que nuestra cultura sostiene la continuidad temporal (subculturas, canales masivos, análisis del hábitat, estrategias alternativas, etc.). También hemos omitido los antecedentes bibliográficos y la discusión de muchas

técnicas, que han servido de “piezas para armar nuestra máquina de curar” porque le hubieran quitado agilidad al texto.

Para brindar toda esta información, estamos preparando un nuevo libro que permitirá continuar el desarrollo de este modelo temporal del psiquismo.

BIBLIOGRAFÍA

Para que se comprenda mejor el desarrollo de este enfoque de la enfermedad mental y también para explicar la aparente heterogeneidad de la bibliografía, deberé aclarar que mi camino de formación científica comenzó con el análisis de la organización del espacio y las ciencias exactas (me recibí de arquitecto en 1960) y luego de un corto pasaje por la sociología llegué a la psicología. De modo que las piezas teóricas para armar este modelo de pensamiento pertenecen a varias modalidades metodológicas. También dentro del campo de la salud mental busqué todos los elementos del arsenal de las psicoterapias que aumentarían la eficiencia y la profundidad del proceso de curar, técnicas luego coherentizadas desde nuestro esquema del psiquismo.

El criterio de selección de esta bibliografía básica es dar en cada enfoque teórico o técnico sólo uno o dos libros que sirvan para introducir al lector en cada modalidad de pensamiento.

La lista está ordenada por orden de importancia del texto.

Bibliografía básica

1. FREUD, Sigmund: “Obras Completas” (Trad. Ballesteros o Standard Edition).

2. WINNICOTT, Donald: "Realidad y Juego" (Gedisa – Barcelona). "El Proceso de maduración en el niño" (Laia – Barcelona).
3. PERLS, Fritz: "Dentro y fuera del tarro de la basura" (Ed. 4 Vientos – Chile). "Sueños y Existencia" (Ed. 4 vientos – Chile).
4. FAGAN y SHEPPERD: "Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica" (Ammorrtu).
5. HALEY, Jay: "Estrategias en Psicoterapia" (Torró – España).
6. BERNE, Eric: "Qué dice usted después de decir hola" (Grijalbo – Barcelona).
7. RUITENBEEK, H.M.: "Psicoanálisis y Filosofía Existencial" (Paidós).
8. WATTS, Alan: "Psicoterapia del Este y Psicoterapia del Oeste" (Kiros – Barcelona).
9. JUNG, Carl G.: "El Hombre y sus Símbolos" (Aguilar – España).
10. PAVLOVSKY, Eduardo: "Clínica Grupal 1" y "Clínica Grupal 2", este último en colaboración con Hernán KESSELMAN y Luis FRIDLEWSKY (Ediciones Búsqueda).
11. SHUTZ, J.H.: "Entrenamiento Autógeno" (Edit. Científico Médica – Barcelona).
12. BELLAK y SMALL: "Psicoterapia Breve y de Emergencia" (Pax – México).
13. FIORINI, Héctor: "Teoría y Técnica de Psicoterapias" (Nueva Visión).
14. GRIMSON, Wilbur: "Sociedad de Locos" (Nueva Visión).
15. ALEXANDER y FRENCH: "Terapéutica Psicoanalítica" (Paidós).
16. WOLPE, Joseph: "Prática da Terapia Comportamental" (Ed. Brasiliense – Brasil).
17. SCHULZ, Williams: "Todos somos uno" (Ammorrtu).

Bibliografía complementaria

18. ROSS ASHBY, W. : "Introducción a la Cibernética" (Nueva Visión).
19. CLARKE, George: "Elementos de Ecología" (Ediciones Omega – España).
20. BOAL, Augusto: "Técnicas latinoamericanas de teatro popular" (Corregidor).
21. SCHELLING, Tomás: "La estrategia del conflicto" (Tecnos – Madrid).
22. MONTAGU, Ewen: "El hombre que no existió" (Emecé).
23. SUZUKI, Daisetz: "Introducción al Budismo Zen" (Ediciones Mondónuevo).

24. MOUNIER, Emmanuel: "Introducción a los Existencialismos" (Guardarrama – España).
25. HENRI, Adrián: "Enviroments and Happenings" (Thames and Hudson – London).