

El equipo psicoanalítico en el hospital de día.

Revisión de algunas condiciones para que los pacientes se adueñen de su propia subjetividad *

Bernard Penot

Lo que sigue se basa en mis treinta años de experiencia como psiquiatra en un hospital de día, donde trabajé con adolescentes muy perturbados aunque sin deficiencias intelectuales. Mi propósito es ilustrar una de las formas en que un psicoanalista puede participar en un entorno institucional, ayudando a distintos miembros del equipo a comprender mejor la *relación transferencial* en la que se ven envueltos, sea cual fuere su función profesional en el programa terapéutico diario. Lacan (1968) estaba, sin duda, en lo cierto cuando afirmó que la actividad más característica del psicoanálisis es “sustentar la transferencia”, y cuando pensaba que ésta era una manera de posibilitarle al paciente apropiarse subjetivamente de las condiciones de su existencia.

Pero primero debo aclarar *de qué tipo de transferencia* nos ocupamos aquí, y explicar por qué considero conveniente analizarla en conjunto como equipo.

Los adolescentes que ingresan en un hospital de día para su tratamiento a largo plazo presentan estados patológicos que se caracterizan esencialmente, de un lado, por trastornos de los procesos de pensamiento, con perturbaciones del razonamiento lógico que

© The International Journal of Psychoanalysis 86 (2), 503–515 doi:10.1516/PN45-JP2F-N03C-J53R

* Traducido del inglés por Leandro Wolfson.

pueden llegar a constituir diversas variantes de *ideas delirantes alucinatorias*; y, de otro lado, por *trastornos de conducta* (una especie de idea delirante que cobra la forma de una acción) asociados a diversas patologías “límites” o “fronterizas”. Para el psicoanalista, estos síntomas parecen mantener al paciente en una suerte de enajenación subjetiva distinta del tipo producido en los neuróticos por la *represión*, ya que indican una *falla del proceso de simbolización* que impide reconocer la propia subjetividad y adueñarse de ella.

El mecanismo que opera en estos casos es, en verdad, un *rechazo desde lo pensable* (Freud, 1918), que priva a las representaciones perceptuales de su posible significación, pero sin borrarlas, como ocurre con la represión. El efecto principal de ese rechazo desde la significación es diluir cualquier carga afectiva a que pudiera dar origen la representación, reduciéndola a lo sumo a lo *siniestro* (Freud, 1919). Ahora bien: ese rechazo de la interacción simbólica suele causar, asimismo, la desaparición del propio *sujeto* de cualquier juicio cualitativo o atributivo. “Propiamente hablando, no se emite ningún juicio”, dice Freud refiriéndose a ese rechazo-desmentida en el caso del Hombre de los Lobos.

En nuestros jóvenes pacientes del hospital de día, el problema es que el psicoanalista espera en vano en la sesión que ellos hablen y suministren la clave para comprender las perturbaciones que tan visiblemente los afectan, porque parecen haber sido privados de las fuentes mismas indispensables para producir ese habla. Si, como psicoanalistas, intentamos abordar las patologías delirantes o conductuales estrictamente mediante la escucha, tomando en cuenta sólo lo que el paciente verbaliza en las sesiones, corremos el riesgo de parecernos a ese personaje de un viejo chiste que tozudamente buscaba en vano sus llaves perdidas en el círculo de luz que arrojaba una lámpara, no porque tuviera motivos para pensar que las había perdido ahí, sino ¡porque era donde había luz para verlas!

En los pacientes cuya economía psíquica parece dominada por el *rechazo* y la *escisión mediante la desmentida*, normalmente tiene lugar una transferencia que no está regida por fantasías. En la medida en que ahí no se han construido representaciones de la fantasía, la transferencia adopta el aspecto de una pura *repetición actuada*: la notoria reactualización, en la relación terapéutica, de experiencias perceptuales elementales, “impresas” como tales en la mente del paciente, que no adquirieron el carácter de representaciones de la fantasía. Creo que, sin lugar a dudas, no debemos considerar la

organización de la fantasía como un elemento dado, presente en forma automática al comienzo de toda vida psíquica.

En mi prolongada labor con estos adolescentes gravemente enajenados, pude observar con regularidad que su pensamiento parecía detenerse precisamente en ciertas zonas que habían constituido problemas para su familia, en particular para sus padres. En estos últimos se detectaban ciertos bloqueos del pensamiento: tenían dificultades para producir un discurso en que diesen cuenta de ciertas situaciones difíciles de su propia historia. Esto se debe a una especie de defensa narcisista que forma una barrera protectora contra una experiencia traumática –herida que la familia ha sufrido en algún nivel generacional. Los miembros de cualquier generación “parental” (familiar, nacional, etc.) sólo pueden expresar en palabras su propia historia si están dispuestos a asumir una postura crítica, a reconocer las *faltas* y los *defectos* que tienen que haber marcado su historia. Pero esta clase de crítica provoca, inevitablemente, ciertas defensas narcisistas tendientes a apartar las experiencias traumáticas que podrían herir la autoestima imaginaria.

Esta clase de rechazo defensivo dentro de un grupo multigeneracional adopta, principalmente, la forma de una *comunidad de desmentida (de la significación)*, la cual tiende a privar a la generación más joven de las conexiones verbales necesarias para ubicar su propia génesis existencial y hacerse cargo de ella (Penot, 1998). De una familia así podría decirse que no ha logrado formular suficientes “mitos” (en griego, la palabra *muthos* significa palabra, habla, discurso), o sea, no ha logrado proponer los vínculos de significado indispensables para que el sujeto se apropie de los elementos de su herencia histórica.

Esta visión generacional de las perturbaciones de nuestros jóvenes pacientes apunta a una *matriz original activa de significaciones* que todo ser humano debe tener desde el comienzo para crear un discurso interior y una vida de fantasía propia (lo que Lacan denominaba “disposición al fantaseo”). Todos los datos indican que esta matriz primaria se forma en los inicios de la vida individual, en las interacciones entre la madre y el bebé dentro de lo que Winnicott (1971) propuso denominar *espacio transicional*. Las respuestas verbales y gestuales de la madre a las primeras manifestaciones pulsionales del recién nacido le brindan a éste elementos de significación que, poco a poco, se le vuelven reconocibles. De ahí la idea clave de Lacan de que los *significantes* a los que el sujeto puede

remitirse emanan, ante todo, del Otro parental primario (Lacan, 1977 [1964]).

Me ha sorprendido el hecho de que el único texto en el que Freud emplea de manera sistemática la palabra “sujeto” no es otro que “Pulsiones y destinos de pulsión” (Freud, 1915).¹ Por lo que sé, nadie se ocupó de este punto; tampoco nadie señaló que Freud utiliza aquí por primera vez el término *Subjekt* para designar un *sujeto externo*, un agente pulsional capaz de satisfacer la necesidad que tiene el bebé de ser mirado y tocado. (Curiosamente, Freud no menciona la necesidad de ser oído). La fórmula “conseguir que le hagan algo a uno”, empleada por Freud, traduce bien el carácter siempre activo de la pulsión, aun cuando ésta procure satisfacerse en forma pasiva. André Green (1980) propuso que esta búsqueda activa fuera denominada “pasivización”, diferente de la “pasividad”, y que connota la actividad pulsional “femenina” presente en ambos sexos.²

Estas consideraciones me llevaron a sugerir (Penot, 2001) una definición psicoanalítica del sujeto como *agente pulsional envuelto en una relación significativa*. Este concepto de un sujeto pulsional capta muy bien el carácter típico del umbral subjetivo de la adolescencia, si tenemos en cuenta que esta última constituye un cambio de régimen pulsional que exige cuestionar las referencias subjetivas significantes establecidas durante la niñez.

De todas maneras, me parece que una ventaja de este modelo del papel primordial del Otro significativo es que apunta al tipo de encuadre terapéutico más adecuado para tratar los problemas graves de *subjetivación*. Este término es utilizado a veces por Lacan (1966),

¹ El traductor de Freud al inglés, James Strachey, hace un uso sistemático de los términos “sujeto” y “objeto” dentro de una polaridad unívoca, donde se supone que “sujeto” alude siempre a la persona propia. Llama la atención que en “Instincts and their vicissitudes” (Freud, 1915) no se atiene estrictamente al empleo por parte de Freud del término *Subjekt*; en tres ocasiones, nos confunde utilizando la palabra inglesa “subject” en casos en que Freud no utiliza “*Subjekt*”; así, Strachey traduce “*the subject’s own self*” (págs. 126 y 127) y “*the subject’s own body*” (pág. 129). Esto dificulta seguir en inglés la revolucionaria idea freudiana de que existe necesariamente un “tiempo” durante el cual un agente pulsional externo, designado como “*sujeto*”, debe ser puesto “afuera” por la propia persona para satisfacer su meta pulsional de ser tratada como objeto. [En la versión castellana de José Luis Etcheverry, publicada por Amorrortu editores, las expresiones antes mencionadas son traducidas como “la persona propia” y “el cuerpo propio”. (N. del T.)]

² “*L’action de la pulsion, elle-même active, ‘passivise’ le sujet qui la subit*” [“la acción de la pulsión, que es en sí misma activa, ‘pasiviza’ al sujeto que la experimenta”] (Green, 1980, pág. 186).

pero él lo hace sobre todo en forma descriptiva, para referirse a una acción psíquica, y no como concepto psicoanalítico. Yo, en cambio, entiendo que designa el propósito más específico de cualquier labor psicoanalítica (individual o no), cuya *representación-meta* es la apropiación subjetiva, por parte del paciente, de los elementos que componen su vida. Esto diferencia al método psicoanalítico (desde las primeras observaciones de Freud a Dora) de los enfoques conductista y cognitivista.

En un encuadre clásico, el analista no debe tener temor de asumir el exigente papel de Otro primordial del paciente, como he sugerido en mi relato del tratamiento de una paciente bulímica (Penot, 2001). Sin embargo, los jóvenes pacientes de un hospital de día nos obligan a remontarnos aún más en la génesis del proceso de subjetivación, hasta una etapa que Melanie Klein (1946), con notable intuición, designó como la *posición esquizoparanoide*, cuya *reproducción* terapéutica al principio solo puede tener lugar mediante una “transferencia” fragmentaria, refractada en diversos protagonistas.

Así pues, una institución terapéutica que pretenda ayudar a los jóvenes a superar serios problemas subjetivos debe, ante todo, brindarles un lugar para hablar, tanto en las sesiones como en actos técnicos (cualquier sea su frecuencia), pero también *un espacio para convivir e intercambiar discursos nacidos de esa experiencia de convivencia*; en suma, un espacio que permita generar mitos (discursos). Ahora bien, si el equipo de atención quiere promover de este modo el habla incipiente de los pacientes, no debe limitarse a compartir actividades cotidianas con los jóvenes, sino que también debe estar dispuesto a servir de apoyo para la *reproducción transferencial*, dentro del entorno institucional, de ciertas deficiencias inherentes a cada caso, y a reconocer estas reactualizaciones en su contacto diario con el paciente.

EL TRABAJO PSICOANALITICO EN EQUIPO

Tan pronto ingresa al hospital de día un adolescente que ha sufrido un derrumbe psíquico, por lo general su participación emocional en el entorno terapéutico se caracterizará por un fenómeno muy típico. En nuestro trabajo de equipo semanal, en reuniones a las que llamamos de *síntesis clínica*, detectamos un sorprendente choque de puntos de vista de las personas a cargo de brindarles atención (las

llamamos *referentes*). Colegas que habitualmente se llevan muy bien comienzan de pronto a sospechar que los demás son incompetentes, o aun cosas peores.

Por lo común, esto no se percibe tanto como un conflicto de posiciones subjetivas, sino que más bien se aprecia que éstas resultan *incompatibles* y que cada individuo muestra una notable incapacidad para identificarse con la posición de otro, por más que ambos hayan trabajado juntos estrechamente durante largo tiempo. Nos vemos obligados, pues, a ocuparnos de esta clase de posicionamiento subjetivo, que nos sitúa en una relación mutua de *rechazo-exclusión* y de *descalificación*. La virulencia de este fenómeno de invalidación recíproca suele ser proporcional al grado de psicosis presente en cada caso clínico.

Desde comienzos de la década de 1970, nuestra observación regular de este fenómeno nos llevó, como equipo, a adoptar la metodología de considerarlo un tipo particular de *transferencia*; o, dicho de otro modo, un desplazamiento (*Übertragung*) de relaciones existenciales a nuestra comunidad terapéutica, que puede haber presidido la génesis primaria del caso en su matriz original. Esta idea contribuye, al menos, a tolerar ese fenómeno, que al principio es muy desgastante. De hecho, es esencial que nos abstengamos al máximo de tratar de resolver estas dificultades determinando quién “tiene razón” y quién “está equivocado”. En otras palabras, es importante suspender el *juicio atributivo y de condena*, que según Freud (1925) es, específicamente, el mecanismo mediante el cual se limita al Yo.

Para ello, es imprescindible que cada miembro del equipo, cualquiera sea su función, pueda expresar libremente, sin temor de juicios atributivos *ad hominem*, el inesperado papel subjetivo que se ve llevado a cumplir. Cuando, en la *síntesis*, el equipo se las ingenia para actuar desde esta perspectiva (y su coordinador debe asegurarse de que ello suceda), es posible expresar diversas experiencias, incluso algunas conmocionantes, sin demasiadas dificultades, o al menos sin entorpecer la tarea común de pensamiento e investigación.

A fin de que el equipo funcione de este modo, deben dejarse de lado en la mayor medida posible sus niveles jerárquicos (médicos, psicoanalistas, etc.), al menos durante el período de la *síntesis* clínica.³ Tal vez parezca paradójico que se incluya en la labor

³ Es por este motivo que prefiero usar el término “equipo” y no “personal”, palabra que implica una estructura jerárquica.

psicoanalítica (análisis y reelaboración de la transferencia) a todas las personas del equipo, la mayoría de las cuales no son analistas, y muchas ni siquiera han sido analizadas. Por supuesto, sobre esto debe llegarse a un consenso con todos los integrantes del equipo.

También debe haber acuerdo sobre otra idea básica: sólo es posible reelaborar lo que ha sido suficientemente reactualizado en el encuadre del tratamiento y vivido por las personas encargadas de la atención de los pacientes. Pensamos, pues, que sería contraproducente tratar de evitar cualquier “repetición traumática” con un paciente joven (¡sería como tratar de evitar la transferencia en un psicoanálisis corriente!) y, por el contrario, consideramos que las actitudes subjetivas extrañas que esas distintas personas puedan manifestar brindan señales claves acerca de la problemática de cada paciente.

USO DEL TERMINO “PROYECCION”

Explicaré por qué prefiero evitar el uso del término “proyección”, o “identificación proyectiva”, para describir el tipo de transferencia que realizamos como equipo. Pienso que, en sí mismas, las palabras tienen representaciones implícitas, y hasta diría que tienen una filosofía implícita. El término “proyección” no puede sino sugerir un proceso *imaginario*, mientras que yo estoy convencido de que el fenómeno del que ahora me ocupo es fundamentalmente el resultado de una *falta* en la psique del paciente de imágenes mentales, o, más precisamente, de la falta de una fantasía organizada.

El mecanismo de la identificación proyectiva fue expuesto en primer lugar por Melanie Klein en 1946, pero ella lo concebía como la proyección en la psique del terapeuta de una fantasía intolerable para el Yo del paciente. Por fortuna, muchos autores “poskleinianos” han modificado luego en forma considerable el contenido de la noción de identificación proyectiva.

Quien más avanzó en la redefinición de este concepto fue Bion (1967). Creo que, si bien él utiliza otros términos, su posición teórica es la que más confluye con la que aquí propongo sobre la base de otras fuentes. Cuando, por ejemplo, Bion habla de “las partes indigeridas de la experiencia [del paciente]”, es obvio que se está refiriendo a lo que yo llamo “huellas (o improntas) perceptuales” que carecen de representación mental. Y Bion contribuyó a que se concibiera la

identificación proyectiva no sólo como una defensa al servicio del falso reconocimiento (del Yo), sino también como una manera de experimentar algo que necesita mayor representación psíquica.

LA INTERACCION CON LA FAMILIA

Comparar el material subjetivo procedente de la síntesis de nuestro equipo con lo que sabemos acerca de la familia del paciente ayuda a diluir en parte la virulencia de las tensiones interpersonales en el equipo, ya que le permite a cada uno convivir con estas experiencias divergentes (incompatibles) y dejar que se desplieguen, o *albergarlas* un tiempo suficiente para que se articulen en conflictos verbalizables. El trabajo concomitante de cada profesional con cada familia suele contribuir a que conectemos nuestras sorprendentes experiencias con actitudes propias de la familia en sí.⁴

Lo importante es que lo que se transfiere a nuestro medio es, en suma, un rechazo-desmentida (*Verleugnung*) que probablemente cumplió un papel decisivo en el primer entorno del joven en cuestión. Esto ocurre a través de lo que propongo denominar *el automatismo de la repetición inducida en el otro*. A diferencia de la transferencia objetal, este fenómeno no está determinado por la organización de la fantasía del paciente, ni siquiera de la inconsciente. Por el contrario, suele observarse que esa inducción en el otro es tanto más inevitable cuanto que corresponde a una *falta* de construcción de fantasías del paciente, al menos en un sector de su psique.

Mi hipótesis es que este fenómeno de inducción origina una actualización, en la relación terapéutica, de *precoces improntas perceptuales* que no pudieron adquirir imágenes mentales suficientes. ¿Acaso esto da una idea del registro psíquico que Lacan llamó “lo Real”?⁵ Queda en pie el hecho de que la tarea psíquica debe

⁴ Hemos optado por un sistema en el cual el psiquiatra y una pareja de “referentes” (psicólogo/instructor) de distinto género, a cargo del contacto diario con el paciente, realizan la terapia familiar.

⁵ Los otros dos registros conceptualizados por Lacan fueron el de “lo Imaginario”, que corresponde aproximadamente a las “representaciones-cosa” de Freud, y el de “lo Simbólico”, compuesto de “significantes” y de “representaciones-palabra”. Lo Real, en Lacan, consiste en percepciones no simbolizadas; es un registro de la psique y no debe confundírselo con la realidad de la que se ocupan los físicos o los biólogos; se trata de una memoria perceptual carente de imágenes psíquicas.

realizarse, en primer lugar, *entre los propios terapeutas*.⁶ Para el joven, su tarea de poner en representaciones y en palabras estas precoces experiencias perceptuales da por resultado una cierta *restitución*⁷ de las referencias significantes faltantes que necesita para estructurar su experiencia singular.

Es como si el rodeo que se da a través del Otro (la persona que atiende al paciente), junto con la metódica labor de autorreconocimiento de este último, permitiera al paciente poner en imágenes y palabras lo que antes le resultaba inaccesible, y apropiarse subjetivamente de nuevas herramientas de representación psíquica para su propio uso. En esta etapa, que llamaríamos *pre-subjetiva*, es lógico que uno se abstenga de formularle cualquier interpretación de manera directa; no obstante, a menudo se observa en ella una notable mejoría de sus síntomas psicóticos o trastornos conductuales, como si el riguroso determinismo de la repetición hubiese sido superado por el mero hecho de ser reconocido y contenido durante el tiempo necesario por las personas que atienden al paciente, antes quizá de reinsertarlo en el *circuito* (del discurso) de la terapia familiar.

Creo que el término psicoanalítico “contratransferencia” no describe en forma adecuada este fenómeno de inducción en el otro, ya que fue acuñado por Freud para designar la reacción subjetiva del analista frente a la *proyección de una fantasía* por parte del paciente, para quien el analista es un “objeto” de su fantasía inconsciente. El fenómeno que aquí describimos pertenece a otro registro, en el cual la fantasía aún no se ha constituido.

Por lo tanto, si en contacto con el caso el terapeuta se ve atrapado en el *determinismo de la repetición*, lo será a través del cortocircuito de su propio sistema *preconsciente*. Cuando nos enteramos de los tratamientos institucionales previos de ciertos psicóticos, no podemos dejar de asombrarnos por la serie de reacciones notablemente similares que ellos provocaron en las personas (incluso muy diferentes) que los trataron. Esto es análogo a la experiencia, observada con

⁶ Por supuesto, también observamos ciertos tipos de efectos transferenciales en otros pacientes, pero estos efectos no pueden analizarse, elaborarse y utilizarse del mismo modo que la transferencia con las personas que atienden a los pacientes.

⁷ Para este concepto, Freud utilizó, en la última página de “Construcciones en el análisis” (1937, pág. 268), el término “*Wiederherstellung*”, pero Strachey desdibujó su significado específico al traducirlo meramente como “*cure*” [cura]. [En la versión de Etcheverry, se emplea “restituir”: “...nuestra construcción produce su efecto por restituir un fragmento de biografía del pasado” (Amorrortu editores, vol. 23, págs. 269-70. (N. del T.))]

frecuencia, de ciertos niños maltratados a quienes se aparta de sus padres y se pone al cuidado de padres sustitutos: estos últimos también comienzan a maltratar al niño, aun cuando nunca en el pasado lo hicieron con otras personas a su cargo. Mi colega Xavier Jacquey (1972) fue el primero en sugerir (de común acuerdo con François Perrier) que esa posición subjetiva inducida en el terapeuta podría denominarse *transferencia subjetal*.^{*} Agregaría que, en este tipo de transferencia, el terapeuta es colocado en la posición de agente pulsional exterior primario (Freud, 1915) que “comanda” al sujeto incipiente.

Creo que éste es un buen motivo para adoptar un encuadre que permita a varios profesionales analizar juntos los efectos de esta transferencia. Esta colaboración actúa a modo de control sobre la tendencia espontánea de cada individuo a pensar, *a priori*, que su reacción ante el caso es la adecuada (la “profesional”). En ciertos casos excepcionales, un analista que trabaja a solas con un paciente psicótico puede percibir cómo ha quedado atrapado en la repetición subjetiva (esto les ocurrió, de hecho, a algunos de los pioneros del psicoanálisis), pero es más fácil notarlo cuando uno está acompañado de otros terapeutas, porque la observación de sus muy distintas posiciones subjetivas pone de relieve para todos ellos cuán parciales y debatibles pueden ser sus actitudes iniciales.

EL MODELO DEL PSICODRAMA PSICOANALITICO Y “LA CARTA ROBADA”

Lo primero que me llevó a reconocer la importancia de esta clase particular de transferencia, habitualmente mal entendida en las instituciones, fue mi práctica, en la década de 1970, del *psicodrama psicoanalítico* (con un paciente, un coordinador y varios terapeutas que improvisaban la actuación). Mientras llevaba a cabo una sesión de esta índole con un adolescente psicótico, me asombró ver que algunos de mis compañeros “actores”, quienes nada sabían del paciente ni de su familia, incorporaban de modo espontáneo en su actuación actitudes que yo sabía características de uno de los padres del paciente... ¡hasta el punto de reproducir su entonación al hablar! Únicamente el propio paciente —aunque era casi mudo— podría

^{*} Por oposición a la “transferencia objetal” o “de objeto”. (N. del T.)

haberles transmitido esta “información”, pero ¿cómo? Llegamos a entender que este fenómeno enigmático –por decir poco– era producido por nuestra labor institucional.

Esta concepción nos ayuda a *desprendernos* imaginariamente de las relaciones dentro del equipo, percibidas *a priori* como personales, y a situarlas en perspectiva. Les facilita a los integrantes del equipo asumir roles antagónicos como si fueran propios, durante todo el tiempo que sea necesario: volverse sus *receptores* el tiempo suficiente como para articularlos en un conflicto que pueda cobrar forma dialéctica y ser elaborado.

Esto me lleva a aclarar algo respecto del *encuadre* de dicha tarea. Sugiero esto teniendo en cuenta el célebre comentario de Lacan (1972 [1955]) sobre el cuento “La carta robada” de Edgar Allan Poe, como modelo representativo de lo que estamos tratando –aunque el propio Lacan tenía otros propósitos en mente cuando hizo ese comentario. En las sucesivas escenas de este relato, las posiciones subjetivas de los protagonistas parecen determinadas por la relación que cada cual mantiene con el objeto comprometedor. Así, detectamos varias series de “repartos” o *castings* que abarcan los roles subjetivos en torno de este objeto (la carta), a la vez enigmático y comprometedor (igual que el psicótico). Pero Lacan destaca que, sin el proceso narrativo puesto en marcha por Poe, el determinismo de la distribución de roles “*sería invisible para el público lector*”. Me parece que esto es análogo a la necesidad de una cierta *síntesis clínica* que nos permita, trabajando en equipo, poner en palabras el “reparto de personajes” de la transferencia a menudo observado en el caso de los psicóticos, pero con igual frecuencia mal comprendido.

Los físicos saben mejor que nadie (al parecer, mejor que muchos psiquiatras) hasta qué punto el dispositivo metodológico empleado determina lo que podemos observar.

Lo típico es que quienes ocupan estas posiciones subjetivas las experimenten, *a priori*, como objetivas y profesionales. Sólo mediante una organización que les permita confrontar sus ideas pueden percibir su extraña incompatibilidad tal como es: *una fórmula desarrollada y proyectada de escisión mediante la desmentida, inherente al caso que están tratando*.

Debe añadirse que, desde luego, fenómenos similares de inducción repetitiva se observan fuera de las familias disfuncionales o del equipo que trabaja en un hospital de día. Vamik Volkan (1997) ha descrito de manera notable las conductas colectivas de todos los

países que pueden considerarse “delirantes”. En algunas comunidades étnicas (Bosnia, países africanos, etc.), todo ocurre como si las referencias históricas traumáticas hubiesen sido transmitidas de generación en generación, pero en un estado congelado o fosilizado, que las vuelve reacias a toda elaboración o transformación simbólica: sólo son capaces de provocar una repetición ciega (y principalmente violenta) de la conducta.

Es interesante señalar, por añadidura, que el grado de claridad que alcance cada profesional depende no tanto (al menos en un comienzo) de su competencia o de su formación psicoanalítica, sino más bien de la *posición transferencial* que tiene con respecto al caso, posición que determina su modalidad de involucración subjetiva y los puntos ciegos que le están asociados.⁸ Esta observación justificaría trabajar psicoanalíticamente con personas que no son analistas; y agregaré que la resistencia a esta postura suele surgir en mayor medida entre (algunos) analistas.

EL CASO DE “ANGEL”

Trataré de ilustrar brevemente lo anterior con el caso de un adolescente de 14 años que recibimos con el rótulo de “comienzo de esquizofrenia” y la receta de administrarle haloperidol. Había sido adoptado al final de su primer año de vida por una pareja de la burguesía de París, cuando parecía que la baja cuenta espermática del marido les impediría tener un bebé.

Me impactaron de entrada ciertas circunstancias del derrumbe psíquico de este chico: había sido inmediatamente posterior al inesperado hallazgo de ictericia a raíz de una afección congénita benigna del hígado. A partir de entonces, este adolescente comenzó a manifestar intensa angustia con matices psicóticos, volviéndose sumamente agresivo y hostil con sus padres adoptivos. Fue expulsado de la escuela donde iba, se le denegó el ingreso a otra, y finalmente acudió a nuestra institución, donde fue tratado durante tres años.

Me intrigó el poder, extrañamente desestabilizador, de ese estigma congénito: la súbita reaparición de sus padres biológicos (reales,

⁸ Esta característica fue la que me llevó a aludir al comentario de Lacan (1966, pág. 7) sobre el cuento de Poe como el más apropiado para arrojar luz sobre esta clase de fenómenos, básicamente inconscientes.

aunque desconocidos), significativo de algo propio del origen biológico del muchacho. Su madre adoptiva repetía: “Para mí, es exactamente como si lo hubiera parido yo”. Afanándose, con registros médicos irreprochables, por reconstituir a mi pedido la temprana infancia de su hijo me dijo que, si bien era un bebé precioso, se lo veía “quizás un poco tieso, tenso”; y el padre se interpuso para agregar: “¡era sospechoso!”.

Esta notable reacción del padre adoptivo (me siento tentado a decir que fue una *proyección* sobre el hijo) sugiere su propia mirada suspicaz sobre esta semilla que nadie sabía de dónde venía (¿sospecha que fue confirmada por la aparición del estigma congénito?). Más adelante, el padre dio prueba de notorias actitudes proyectivas frente a las opiniones del hijo en materia política, que eran de un extremismo derechista. Este hombre estéril manifestó: “Tiene ideas muy radicales sobre sus semejantes. Si fuera por él, ¡habría mucha menos gente en el planeta!”.

Una vez que ingresó a nuestro hospital de día, este bonito muchacho mostró ser más perverso que esquizofrénico. Lo llamaré “Angel”, por el ángel ambiguo y seductor de la película de Pasolini, *Teorema*. Ante todo, tuvimos que superar los efectos dañinos de los sentimientos incompatibles que surgieron entre las personas que tomaron contacto con este extraño muchacho. Las experiencias de todos los integrantes del equipo parecían excluyentes entre sí, como si se tratase de una desmentida, y eso en un grupo donde habían trabajado bien juntos desde hacía largo tiempo.

Solo durante el segundo año de internación de Angel pudo su psicóloga-referente comenzar a superar su “molestia” con respecto a él, lo suficiente para verbalizar en nuestra síntesis clínica la incomodidad que sentía cuando se hallaba a solas con él en una habitación. Comentó que en tales situaciones temía desfallecer, desmayarse, o que su pensamiento se extraviara por completo. Es notable que en esos momentos no pensara siquiera en llamar en su ayuda a algún colega que estuviese cerca. Esto me recuerda lo que dice Freud (1918) sobre la experiencia infantil del Hombre de los Lobos, quien alucinaba que le habían cortado el dedo pero no podía llamar a la niñera que estaba próxima a él.

Parecía, pues, que había algo innombrable, imposible de expresar, que debía ser vivido. La violencia de estas circunstancias era aún más llamativa por el hecho de que se trataba de una psicóloga avezada, que antes había sido enfermera. Por lo demás, su actitud hacia Angel se

hallaba en agudo contraste con las de otras integrantes femeninas del equipo. Otra psicóloga lo dejaba de buen grado acurrucarse en su cuello, segura de que no era otra cosa que la manifestación inocente de un niño que, según dijo, “no recibió suficientes mimos”. Empero, a otras mujeres del equipo no les agradaba contemplar esas escenas, que consideraban “perversas”.

También los miembros masculinos del equipo estaban divididos en bandos subjetivos que chocaban fuertemente. El instructor-referente de Angel se quejaba de ser continuamente desmentido por éste –utilizó la expresión vulgar “*couillonné*”, que significa “ser tratado como un boludo”, y que hace referencia a las “bolas” o testículos. Sin embargo, otro colega varón solía hablar de la “relación positiva” que había establecido con el muchacho, que lo movía a simpatizar con él.

Enfrentados a estas relaciones “imposibles” que se habían generado entre los profesionales, el objetivo de nuestro equipo psicoanalítico fue ponerlas (laboriosamente) en palabras para nuestro propio uso –bajo la forma de hipótesis, como las “construcciones” en el análisis a las que se refirió Freud (1937). Sabemos que a veces en la mente de padres adoptivos perturbados puede prevalecer una virulenta descalificación imaginaria de los padres biológicos, estado anímico que (en especial cuando es inconsciente) tiende a ejercer efectos nocivos en el niño adoptado. Las referencias narcisistas de este último pueden oscilar entre los “malvados que lo abandonaron” y los “que se robaron al niño”. Si los padres adoptivos experimentan dificultades para ejercer su función parental, tienen una razón más para desacreditar la imagen hipotética de los padres biológicos (los “reales”, como curiosamente se los llama).

Un día, en la reunión de síntesis, la psicóloga-referente de Angel expresó al fin, no sin rabia y resentimiento, que en su trabajo con el muchacho se sentía “una mujer sin la protección suficiente” (sic). Pudo darse cuenta, entonces, del grado en que había quedado encerrada en la probable experiencia de la fantasmal y desconocida madre biológica –como si fuera el *Dibbuk*⁹ de un ser real suprimido sin que quedasen de él imágenes ni palabras. En otros términos, había sido forcluida.

⁹ En la tradición cabalística es bien conocida esta forma de retorno fantasmal de un muerto incomprendido.

Como consecuencia de este proceso de mentalización que lo rodeaba, Angel fue mejorando poco a poco su comportamiento y desarrollando una vida de fantasía; fue así que se inventó una “novela familiar” sobre su origen anglosajón (que su pelo rubio y sus pecas tornaban verosímil). Insistió en ponerse un apodo inglés, “*Bad Luck*” [Mala Suerte], lo cual nos lleva a preguntarnos: ¿mala suerte para quién? ¿Para él, por lo que había terminado siendo? ¿Para sus padres biológicos, que no pudieron asumir la responsabilidad de su nacimiento? ¿Para sus padres adoptivos, a quienes les tocaron unos naipes tan malos? ¿Para nosotros, los integrantes del equipo, en fin, que debíamos lidiar con este difícil caso?

En ese período, Angel se escapó de su casa y se fue a Londres, donde se las arregló para sobrevivir por su cuenta una semana (y desde donde tomó contacto telefónico con su padre). Regresó expresando su satisfacción por lo que él llamaba un logro personal, y pudo reanudar, con más éxito que antes, sus estudios secundarios.

Sólo al término del tratamiento la madre reveló, en una sesión de familia (y por ende en presencia de Angel) que después de su derrumbe psicótico él le había pegado más de una vez. Jamás le había contado una palabra de esto a su marido.

Pude volver a ver a este joven varios años más tarde, cuando tenía 25. Vino a hacerme algunas preguntas sobre la función paterna, porque ya entonces tenía una gran familia de la que ocuparse, con dos hijos y dos hijastros.

PERSPECTIVAS

He procurado ilustrar un tipo de labor psicoanalítica en equipo que, a mi juicio, es el más adecuado para superar ciertos graves trastornos subjetivos. Habitualmente, el proceso se vincula con un tipo particular de *transferencia*, que he denominado *repetición inducida en el otro*. En estos casos, donde predomina la *forclusión* del significado, es preciso que los terapeutas acepten que han sido víctimas de esa repetición, siempre sorprendente, mediante la cual los pacientes tienden a reactualizar sus tempranas experiencias traumáticas. Mediante la elaboración de esta particular transferencia, posibilitamos que los pacientes se adueñen subjetivamente de algo de su vida *que ya sucedió, pero no fue verdaderamente experimentado* (según lo formuló por primera vez Winnicott), algo que fue simbolizado de manera insufi-

ciente y por tanto seguirá *retornando* bajo la forma de alucinaciones o de conducta patológica.

Esto se vincula con el interés de Freud por los espectros y fantasmas. Y es por cierto notable que también en la tradición popular las reapariciones de estos fantasmas hayan sido entendidas siempre como la consecuencia de una verdad sofocada, la desmentida de un juicio que exige ser restituido.

Una vez que la confrontación dentro del equipo le permite a cada terapeuta comprender mejor cómo ha sido atrapado, contra su voluntad, por la repetición inducida en el otro, es dable percibir que esta clase de posesión subjetiva difiere, estructuralmente, de las habituales reacciones preconscientes de un analista ante las fantasías proyectadas por el paciente desde el diván.

Sin embargo, dado que el objetivo más específico de la actividad psicoanalítica es promover la apropiación subjetiva, creo que debemos considerar que este trabajo en equipo debe realizarse, básicamente, a partir de una perspectiva psicoanalítica. Esto fue lo que Freud resumió en su frase memorable: “*Wo es war, soll ich werden*”; literalmente, “Donde ello era, yo debo devenir”. Y según el progreso que, merced a un tratamiento institucional, haya hecho un paciente joven para alcanzar una mejor apropiación subjetiva de “ello” —eso que ya sucedió en su vida pero no pudo ser mentalizado—, tal vez pueda aconsejarse luego que emprenda un tratamiento individual con un psicoanalista.¹⁰

BIBLIOGRAFIA

- BION, W. R. (1967) *Second thoughts. Selected papers on psychoanalysis*. Londres: Heinemann.
- FREUD, S. (1915) *Instincts and their vicissitudes*. SE, Vol. 14.
- (1918) From the history of an infantile neurosis. SE, Vol. 17.
- (1919) The uncanny. SE, Vol. 17.

¹⁰ En nuestro caso, normalmente aconsejamos psicoterapia en una segunda etapa —salvo, por supuesto, que en el momento de ingresar a nuestra institución el paciente ya tenga un psicoterapeuta externo. Con frecuencia proponemos sesiones individuales con un analista en nuestro hospital de día después de uno a tres años de tratamiento institucional.

- (1925) Negation. *SE*, Vol. 19.
- (1937) Constructions in analysis. *SE*, Vol. 23.
- GREEN, A. (1980) "Passions and their vicissitudes". En su *On private madness*, Londres: Hogarth, 1986.
- JACQUES, X. (1972) "De l'analyse des phénomènes contre-transférentiels en termes de contre-attitudes dans le champ psychothérapeutique institutionnel: contribution au traitement des psychotiques". Tesis inédita de doctorado, París, Salpêtrière.
- KLEIN, M. (1946) "Notes on some schizoid mechanisms". En su *Envy and gratitude, and other works*, Londres: Hogarth, 1975, págs. 141-75.
- LACAN, J. (1972 [1955]) Seminario sobre "La carta robada", trad. al inglés por J. Mehlman, *Yale French Studies*, 48 (1955). Le séminaire sur "La lettre volée", en *Écrits*, París: Seuil, 1966, págs. 11-61. (Reimpreso en J. P. Muller y W. J. Richardson (eds.), *The purloined Poe: Lacan, Derrida and psychoanalytic reading*, Baltimore y Londres: Johns Hopkins University Press, págs. 28-54).
- (1977 [1964]) *The seminar. Book XI: The four fundamental concepts of psychoanalysis*. Trad. por A. Sheridan, Londres: Hogarth. *Le séminaire, Livre XI: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, París: Seuil, 1973.
- (1966) "The subversion of the subject and the dialectic of desire in the Freudian unconscious". En *Écrits: A selection*, trad. al inglés por A. Sheridan, Londres: Tavistock, 1977, págs. 292-325.
- (1968) Séminaire "L'acte psychanalytique". Inédito.
- PENOT, B. (1998) "Disavowal of reality as an act of filial piety". *Int. J. Psychoanal.*, 79: 27-39.
- (2001) "The drive circuit as generator of subjectivation". *Int. J. Psychoanal.*, 82: 501-13.
- VOLKAN, V. (1997) *Blood lines. From ethnic pride to ethnic terrorism*. Boulder: Westview.
- WINNICOTT, D.W. (1971) *Playing and reality*. Londres: Tavistock.

Bernard Penot
17 Rue Beautrillis, F-75004
París
Francia