

Por una psicopatología abierta: vincular y maquinica (apostillas 1999 al artículo «Psicopatología Vincular», treinta años después)

Hernán Kesselman¹

La Psicología Vincular es una propuesta contra el mito de la neutralidad del observador en relación con lo observado y muestra que el psicoanalista (o el coordinador) comparte patologías con los pacientes (o los coordinados). El psicoterapeuta puede adoptar dos posturas diferentes con respecto a su trabajo, la primera es la de la Psicopatología Vincular, la otra es la de la Psicopatología Maquinica. Ambas implican dos conjuntos de herramientas conceptuales diferentes para enfrentarse a la tarea clínica, ya sea desde un punto de vista preventivo, terapéutico o de rehabilitación. El terapeuta habitualmente oscila entre una psicopatología que analiza las múltiples relaciones que subyacen en la conducta humana (la Psicopatología Vincular) y una Psicopatología Maquinica que proporciona metáforas diagnósticas pero que no suministra ninguna explicación, sólo un sistema clasificatorio. La tarea del terapeuta consiste entonces en trazar el mejor mapa del individuo o del contexto utilizando la mejor combinación de ambas metodologías (vincular o maquinica). PALABRAS CLAVE: Psicoterapia Operativa, Salud Mental Comunitaria, Psicoterapeuta.

Vinculum Psychology is a proposal against the myth of the observer neutrality in relation with the observed and depicts the psychoanalyst (or the coordinator) as sharing pathologies with the patients (or coordinates). The psychotherapist could adopt two different attitudes in his/her work; the first is that of the Vinculum Psychopathology, the other is that of the Machinical Psychopathology, both entail two different groups of conceptual tools. These tools are used to cope with the clinical job either on a preventive, therapeutic or rehabilitation points of view. The therapist habitually oscillates between a Psychopathology that analyzes the multiple relations that lie on the human behavior (Vinculum Psychopathology), and a Machinical Psychopathology that provides metaphorical diagnostics. But these diagnostics do not let to arrive at any explanation of the behavior, only to a labeling system. The therapist then has to draw a sound map regarding, the individual or the context, using the better combination of these two methodologies (vinculum and machinical). KEYWORDS: Operative Psychotherapy, Community Mental Health, Psychotherapist.

Mi artículo de 1997 desarrolla la teoría de los tres núcleos básicos de la personalidad (esquizoide, melancólico y confuso) y su relevancia para las operaciones diagnósticas y terapéuticas descritas en *Psicoterapia Breve* y que fui trabajando con José Bleger desde mediados de los 60. Al llegar a Madrid escribí estas páginas para el número 4 de la revista *Clínica y Análisis Grupal*, hace tiempo agotado. Es contemporáneo con "El Misterio de la Dinámica Grupal", publicado en el número 5 de dicha revista, donde describía el caleidoscopio de dinámicas vinculares que explicaban en el encuentro grupal, multipersonal, las geometrías relacionales que había ya descrito en el encuentro individual, bipersonal en "Psicopatología Vincular".

Lo ubico entre mis trabajos pre-exiliarios, porque representan el ejercicio práctico que de él he realizado en los 10 años previos a su publicación en España. En la actualidad configuran la nosología del diagnóstico estructural que el terapeuta dibuja en su estar molar para tensarlo fértilmente con los ritornelos de los diagnósticos maquínicos que él bosqueja en su estar molecular.

1. Paradigmas operativos: La Psicopatología como Psicología es vincular cuando explica en función de relaciones estructurales y representativas. Y es maquínica cuando diseña metáforas que nombras conexiones de ritmos e intensidades a-representativas (ritornelos) que enuncian sentidos de maquinas de producción de subjetividad singular y colectiva.

En la actualidad desde las teorías de la multiplicidad y el pensamiento complejo aparecen los *Nuevos Paradigmas* que interrogan la caja de herramientas del psicoterapeuta operativo

Los nuevos paradigmas muestran los temas y corrientes citadas en la obra, que emergen de los acontecimientos histórico sociales y que se asientan, hasta que se los interroga en sus certezas inmóviles consagradas por el uso y el abuso permitiendo la emergencia de esos nuevos paradigmas que quizás no son tan nuevos, pero que se hacen vigentes, desde la crisis que se desata desde la interrogación y la elucidación crítica de aquello que se había naturalizado, mistificándose en estructuras dominantes que nadie se detiene a discutir. Por ello los nuevos paradigmas en nuestro campo los cito como herramientas y dispositivos destinados a desmitificar los espacios, los tiempos, los vínculos, los actores, los directores y el público de la dramaturgia de la Salud Mental en el gran escenario de la vida. Porque sirven para operar los llamo operativos y porque son efímeros subrayo su calidad de producto finito en las creencias que los sustentan.

La Psicología Vincular: desmitifica la neutralidad del observador en relación del observado y coloca al psicoanalista, al coordinador, compartiendo psicopatologías que combinan con las de sus coordinados y pacientes. Principio básico: No hay enfermedades sino enfermos. No hay terapias sino terapeutas. Es decir, cada enfermo responde con mayor o menor fragilidad a los ataques patogénicos y reacciona de manera singular para defenderse de esos ataques.

Todas las generalidades de un padecimiento figuran en un manual, pero las singularidades de cada enfermo hay que explorarlas en él como ser humano, como persona. Del mismo modo, los recursos técnicos de cada corriente terapéutica también figuran en un manual. Pero las singularidades con que lleva a cabo esos recursos dependen del terapeuta como ser humano, como persona. El camino de la cura se inicia con el encuentro vincular de esas singularidades y nos llevan a describir una psicopatología vincular que es generalizable como observación y descripción fenomenológica, y singularizable en cada momento del encuentro. Si el paciente se conecta desde su psicopatología singular, el terapeuta también se conecta con él desde su propia psicopatología singular, configurando geometrías, figuras pasibles de ser diagnosticadas para elegir las herramientas y el momento táctico de emplearlas, según convenga al desarrollo productivo del encuentro de ambas patologías. Por eso, uno aprende a curarse y el otro aprende a enseñarle. Estos preceptos rigen para el suministro, la elección de fármaco/droga, y el momento y la forma de darla y recibirla, configurando así un campo de estudio en donde, además de la composición química del medicamento, debe investigarse la psicopatología de base, no sólo de quien recibe el fármaco sino también de quien la suministra. Queda abierto así, un amplio sector de investigación en el campo de la Salud Mental: la Psicopatología Vincular y la Psicofarmacología Vincular. Donde para poder ser curador, hay que conocer y reconocer primero al herido que llevamos dentro.

El terapeuta va y viene entre una Psicopatología Vincular, fruto del análisis de relaciones que explican el comportamiento humano y una Psicopatología Maquinica, fruto de intensidades, afecciones, ritmos que producen flujos de metáforas diagnósticas que no necesitan ni brindan explicación alguna, que no sirven para nada especial, sólo son afectaciones.

La Psicología Maquinica: consonando con autores como Gilles Deleuze y Félix Guattari que conciben la Subjetividad como el efecto de cortes y flujos de máquinas abstractas, que toman su sentido de acuerdo a la producción y que, conectan con máquinas que producen sentidos, haciendo masa, conexiones, independientemente de sus causas, relaciones y eficacia de sus productos. Hablamos así, de una Psicología Maquinica junto a la Psicología Vincular. Y en el *entre* de las cuales se desarrolla una Clínica de la Multiplicidad que es: Antropofágica, y de la cual se sirve el Cartógrafo Operador en Salud Mental.

La Clínica Antropofágica: desmitifica los axiomas impuestos por el terrorismo cientista al imponer su concepto de asepsia, por el cual una disciplina no puede contagiarse de ideas de otra disciplina para transformarse y producir nuevos conceptos. Por el contrario, la antropofagia se vale de la **caosmosis transdisciplinaria** que nos ayuda a fundar utopías dominadas por el paradigma de la creatividad (el que es alternativo al paradigma cientista que domina el universo capitalista). Estamos hablando del **Paradigma Estético** y de una **Ética de la Multiplicidad** (Félix Guattari).

El Cartógrafo Operador en Salud Mental: desmitifica en sus quehaceres y saberes los axiomas más rígidos de la Psicología dominante, que hacen de la palabra el vehículo privilegiado por excelencia, oponiendo uso de la palabra y actividad corporal como incompatibles en el mismo escenario de la cura, definiendo por ejemplo, como psicoanalista al curador que sólo se vale de palabras, de interpretaciones verbales. En el Cartógrafo Operativo en Salud Mental se legitiman sus dos estares (Molar y Molecular), como dos formas de conducción en el entrenamiento de discípulos y en la cura de los pacientes. Y se vale de la antropofagia, afirmándose en la ausencia de racismo para aceptar intervenciones provenientes de diferentes corrientes con las que él simpatiza. El cartógrafo operativo estimula la invención (por terapeutas, alumnos y pacientes) de nuevas intervenciones para operar, dando legitimidad actual a los multirecursos, a las intervenciones múltiples, siempre abiertos a lo que vendrá: **Psicología Operativa Abierta.**

Así el terapeuta es cartógrafo porque sostiene con una de sus manos un mapa fijo con la guía nuclear para recorrer el camino de la cura que le han señalado sus conocimientos e informaciones clínicas y con la otra, una brújula psicosismica señalada más por la lógica de los sentidos que por el sentido de la lógica.

Así por ejemplo, en una **Covisión** (forma de supervisión resonante colectiva horizontal, que he desarrollado desde **La Multiplicación Dramática**) se puede llegar a la conclusión de que el paciente supervisado es diagnosticado como un melancólico de base con defensas hipocondríacas y/o somatizaciones histéricas, y/o caracteropatía melancólica como oferta vincular, en las tres áreas de la conducta, que se relaciona con un psicoterapeuta que presenta, en la escena conflictiva supervisada, un núcleo de base esquizoide con defensas fóbicas a nivel de las ideas y/o de sensaciones y actitudes corporales y/o de distancia evitativa o contrafóbica en relación a esa escena conflictiva profesional. De la producción dramática que la Multiplicación despliega en la resonancia grupal de esa fotografía fija puede ensayarse, a su vez, el diagnóstico de una máquina de producción de sentidos y de modalidades emocionales y sensoriales que configuran la caricatura de conexiones en trazos que inclinan el Norte de producción clínica hacia la demolición o hacia la guerra por la vitalidad.

Ambos diagnósticos son la piedra angular de la Psicopatología Vincular y la Psicopatología Maquinica, manifestación de los dos estares del psicoterapeuta y caja de herramientas conceptuales, de las que este se sirve para operar en la clínica, ya sea preventiva, terapéutica, de rehabilitación, de orientación.

2. Clínica de la multiplicidad: Psicopatología de la vida cotidiana de pacientes y terapeutas. Entre lo vincular y lo maquinico. Entre el recurso único y los recursos múltiples.

Pienso que hay una antigua psicología que se ha ido reformulando en los

últimos cuarenta años con palabras distintas. Y hay una psicología de la vida cotidiana, que obedece al cambio social y de nuestros tiempos, que marca el clima escénico de la clínica, donde se despliega la subjetividad, que nos atraviesa a todos: terapeutas y pacientes.

Si hay una nueva psicología, hay una nueva psicopatología en la entrada del siglo XXI, y así vemos surgir cuadros psicopatológicos que comienzan a ser cada vez más nombrados por su frecuencia y su intensidad, como por ejemplo, las adicciones, trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), trastornos del sueño y de la ansiedad (síndrome pánico), etc., que se destacan en la demanda de asistencia de entre las clásicas neurosis (histérica, fóbica, obsesiva), con la misma urgencia de resolución con que, en los umbrales de este siglo, demandaban lo que Freud llamó las “neurosis actuales” (neurosis de angustia y neurastenia), que eran comprendidas como provenientes de la sobreexigencia emocional con que el ciudadano medio, debía enfrentarse ante el impacto de la universalidad de las comunicaciones y el desarrollo vertiginoso de la sociedad industrial.

El clima finisecular en el que hoy vivimos respira en la era de la globalización económica y mediática. Es la era del dominio neoliberal del mercado que se despliega a escala planetaria amenazando cada mañana con terremotos inesperados e impredecibles, con la formación de una isla en la que algunos lograrán salvarse y la gran mayoría tendrá futuro incierto para su sobrevivencia y sus condiciones de vida digna.

Las realidades que en su actualidad nos transmiten los *mass media*, nuestro andar por las calles, las desilusiones y dolores del maltrato cotidiano -desde la cultura de la mortificación (F. Ulloa) entre los próximos, hasta el maltrato naturalizado entre usuarios y prestadores en cada campo-, proporciona cada día irritación, desinfe, sensaciones de impotencia y pensamientos “sin salida”. Hoy todos pareciéramos atravesar lo que en Medicina se conoce como enfermedad laboral del médico, “síndrome de Thomas” (personaje de “La insoportable levedad del ser.”) o “Burn Out” (desgastarse, quemarse, etc.), y que el Dr. M. Meeroff, pionero de la Bioética y la Antropología Médica, definió como: “Enfermedad que contraen los profesionales del cuidado de la salud, en primer término los médicos, que adquiere habitualmente cronicidad, afecta preferentemente a los profesionales de menor categoría, sin diferencias de edad y sexo, contagiosa de persona a persona por “vía mental”, últimamente muy difundida, especialmente en los centros de mucha población, que repercute intensamente en el medio familiar, de tratamiento muy complejo y escaso resultado aún”.

Este síndrome que atraviesa la práctica cotidiana del médico, independientemente de sus diversas psicopatologías singulares, es el que observamos en la gran mayoría de los pacientes que solicitan asistencia psicológica. Y así, para que los que viven en la planicie (terapeutas y pacientes) puedan sobrevivir, tienen que aprender a producir habilidades y precauciones

similares a las desarrolladas por quienes viven al borde del cráter de un volcán o en regiones espantadas por los sismos y maremotos. Se instala así una nueva figura en las producciones de subjetividad singulares y colectivas, un dispositivo que denomino **Psicosísmica**. En tanto curadores, detectamos “vibraciones” con nuestros aparatos de información y sensibilidad, tal como los sismólogos detectan los movimientos telúricos para organizar la prevención y los efectos deletéreos de los mismos.

Es en esta climatología del atravesamiento histórico social donde se recortan las “nuevas” patologías mencionadas, con una intensidad y una velocidad de expresión que hacen sobreponer lo urgente a lo importante. En nuestro caso, nuestra tarea es pensar la clínica actual, de tal manera que aquello que nos enseñaron las experiencias anteriores conecte con las invenciones que nuestro escenario clínico hace emerger. Por ello describiré algunas figuras de la cotidianeidad clínica y las herramientas convenientes para intervenir operativamente.

El daño psicológico

La perversión ética individualista y eficientista, cultura dominante del mercado es una infección social que ataca la personalidad de cada sujeto, produciendo efectos en su modo de ser y en su modo de estar en el mundo, naturaliza como costumbre aquello que debería ser excepcional: lo escandaloso como lo normal, las desviaciones éticas como medios que justifican la sobrevivencia y el éxito, y la ausencia de la consideración solidaria como lo esperable en los tiempos que corren. Y si consideramos este tema como el agua de navegación para nuestra tarea clínica, es imprescindible volver a interrogar qué se entiende por ética de la cura y qué es salud y calidad de vida y no sólo cuánto se está dispuesto a luchar por conseguirla sino también con qué y cuánto pagar para acceder a ella y sostenerla. Hay que volver a interrogar los sistemas de transmisión de los conocimientos en el campo de la psicología, porque también son atravesados por un daño psicológico en y entre nosotros mismos, pacientes y terapeutas, educadores y educandos, usuarios y prestadores en el campo de la Salud Mental.

La infección debilita la claridad y la potencia habitual de nuestras defensas yoicas que constituyen la inmunidad natural de nuestro psiquismo cotidiano, fuerzas inmunitarias que sostienen la impermeabilidad y la reacción combativa contra las agresiones yoicas. Por ello y consonando con el nombre de la enfermedad infecto-contagiosa más temible y globalizada de nuestros tiempos denomino a este daño psicológico: **S.I.D.P.A. Síndrome de Inmuno Deficiencia Psicológica Adquirida**. Un conjunto de síntomas, signos y formas semánticas y comunicacionales que dibujan figuras metafóricas reconocibles en la observación clínica e instrumentables para la intervención operativa. Es también un nivel, un dispositivo de análisis para interrogar las bases de la clínica psicológica de la vida cotidiana en su conjunto.

Todos somos potenciales portadores del **S.I.D.P.A.** y en ocasiones la infección se torna virulenta y terriblemente activa. Sugiero pensar la clínica de nuestros días, con patologías atravesadas por este síndrome, apuntar al ejercicio de medidas preventivas y a seguir investigando terapias y rehabilitaciones, que lo tengan en cuenta.

Siguiendo la tradición del maestro Pichón Rivière, de instaurar metáforas para fenómenos que él observaba en su quehacer clínico (conducta cosmética, tiado, abuelato, etc.) fui rastreando elementos de daño psicológico durante mi exilio en España. Y lo fui estudiando con mis colegas y discípulos en la Escuela de Psicología Social que fundé en Madrid en 1976, tanto en nosotros, los exiliados, como en la población nativa.

En los primeros tiempos transité por un impulso de sobreadaptación que me nacía del intento de no sentirme, ni ser considerado un extranjero. Sobretudo, de postergar, acallar reacciones de rechazo por todo aquello que no entendía, ajeno a mis códigos natales. Sin embargo y con el tiempo, cuando me animaba a comunicar mi extrañeza, mi asombro, mi escándalo, mis juicios de valor contrarios a los que observaba, algunos amigos españoles muy cercanos me dijeron que ellos coincidían con mis observaciones de extranjero. Que ya me iba a acostumbrar y que tenía que entender que 40 años de Guerra Civil y de Franquismo habían ido dejando una huella en la forma de actuar y pensar del español medio, una herida, un daño psicológico social, que por ser tan común se había ido naturalizando como costumbre en las generaciones sucesivas. Por ejemplo, el aceptar cínicamente que la envidia era parte del carácter nacional por excelencia; que el dar rodeos para confesar emociones o para nombrar directamente las cosas por su nombre era la regla y no la excepción. A su vez, les encantaba el desenfado con que los sudamericanos expresaban en público los afectos más íntimos, aunque detestaran el narcisismo en ocasiones megalómano que ostentaban gran parte de los "sudacas".

Reflexioné entonces que algo similar estaría pasando con mis compatriotas en la Argentina durante la dictadura, y lo constataba con algunos ocasionales viajeros, aquellos del "dème dos" o del "ahora sí que se vive tranquilo". Por otra parte, la sobreadaptación maniaca y los episodios de melancolía subsiguientes eran ya la cara y la ceca de la moneda corriente del daño psicológico bipolar de tantos exiliados latinoamericanos, un plus exagerado a la alegría de estar vivos y en el Primer Mundo, y un plus exagerado por la tristeza congelante que idealizaba lo perdido, sin vivenciar que día a día se deterioraban más y más la fortaleza de los valores del histórico social que había tenido que dejar.

En el '86, al retornar a la Argentina, infectado de ese daño pretendí reencontrar tal cual lo mejor de lo que había dejado, como si el tiempo no hubiera pasado y por tanto, la degradación y el deterioro. Así que me sentí

extranjero en mi propio país, también. Día a día advertía nuevos usos y costumbres (nuevos para mí) que no eran naturales una década atrás. Habían cambiado el idioma, los códigos. Ciertas actitudes y dichos de la gente que me producían extrañeza, curiosidad o rechazo y escándalo, y que no eran comunes allá en España o en la Argentina hasta el 76. Y hasta tuve que aprender neologismos semánticos ad hoc, por ejemplo: **“lo trucho” y “la truchidad”**, como cosa habitual, eso de que me vendieran por bueno un automóvil en regulares condiciones de conservación pero cuyo valor estaba en que no era un “coche mellizo” o robado, y cuya documentación estaba en regla y no era trucha, sino auténtica (impensable en España).

Otro signo que me hizo sentir extraño fue, **la impunidad de las palabras** ..., de las promesas, de los convenios. Palabras que ya no designaban lo que nombraban o que dejaban de tener valor en el mismo momento de ser emitidas: el verso, la sanata. Arte criollo de engatusar al otro para dejarlo tranquilo y confiado, sabiendo que no se habrá de cumplir lo prometido o que no es igual lo que se dice que lo que se piensa. Me tuve que acostumbrar entonces, a dudar sistemáticamente de lo que me decían, prometían u ofrecían. Esto no me sucedía en España. Allá, si me prometían la entrega de un objeto adquirido en el término acordado, era natural que se cumpliera, mientras que acá tuve que ir entrenándome en soportar “la bicicleta”. **Bicicletear** era lo natural (“bicicletear” y “la tablita”, neologismos acuñados en la época de Martínez de Hoz y que aprendí a mi regreso).

Y al comentar mis extrañezas, mis amigos cercanos de aquí (como antes lo hicieron mis amigos españoles) me dijeron sonriendo: **“No hay drama”** (otra novedad). Que ya me iba a acostumbrar, y que se trataba sólo del efecto de la crisis mundial y del Proceso Militar, que no había sido inocuo. Que habían quedado daños psicológicos naturalizados, hechos costumbres para la moral dominante. Moral a la que tenía que irme adaptando poco a poco para sobrevivir. En mí, en los míos como en los extranjeros, no veía ese daño psicológico. Recuerdo un día, analizando con un paciente cómo era el efecto del daño psicológico en él, le comenté que aún no lo veía en mí y que así como yo lo pesquisaba en él, le solicitaba que me comentara cualquier signo que observara en mí para poder trabajarlo. Era un paciente muy puntual, y yo también era tan puntual que me privaba de atender el teléfono cuando tocaba el timbre para respetar el encuadre horario convenido. Un día tuve una emergencia y lo hice esperar dos o tres minutos. Otro día me pasé de horario atendiendo al paciente anterior, y lo hice esperar cinco minutos. Ambas veces me disculpé ante él, quien no pareció darle demasiada importancia. A la tercera vez, volví a disculparme y él sonriendo me dijo “ya estás infectado, ¿ves cómo es?, cada vez te parece menos grave ¿no? y hasta que yo no proteste no te va a escandalizar demasiado”.

Somos todos portadores. Porque ese tipo de descuido con los pacientes, antes de irme y en España, yo no lo tenía naturalizado.

Estos fenómenos desalentadores, naturalizados en la cotidianeidad de los vínculos no cesan, por suerte, de hacernos ruidos en la cabeza y de provocar exclamaciones de escándalo: ¡Pero cómo! ¿Y esto qué es? ¿Será posible? ¡Qué barbaridad!, y no sólo son visibles en las relaciones más lejanas sino en las próximas y, cuando nos damos un momento para examinarnos, lo descubrimos en nosotros mismos. Un ejercicio propuesto para ensayar acciones profilácticas contra el virus, es preguntarnos (en aquellos días en que estas exclamaciones de escándalo se atenúan o desaparecen de nuestra conciencia): ¿Es la disociación saludable o la infección que avanza?

En cuanto al estado de ánimo, una mancha de desconfianza se extiende por los vínculos aún más próximos, que hace que lo familiar se nos vuelva de pronto extraño, y que lo extraño, antes excepción, se torne familiar. He aquí los vapores que caracterizan lo siniestro.

Escenas de la vida cotidiana. Hay escenas intensas como el “sálvese quién pueda insolidario” del libre mercado. Incluso hay estados nacientes de desconsideración por el otro, con levísima sintomatología, tanto, que su observación parece intrascendente o que no merece ser considerada. Aquí también es tarea de la prevención, interrogar la obviedad de “lo saludable” que es ser mayoritario y el precio que se paga por ello. **La cotidianeidad tóxica que produce la actual máquina social, la define como una máquina “Picadora de carne”, prometiendo como premio un sabroso jugo de carne. Pero conviene revelar que la carne somos todos nosotros. Más cerca o menos cerca de su centro y de sus bordes, de sus dientes que desgarran y trituran nuestra calidad de vida y la de quienes entrenamos discípulos y pretendemos curar.**

Comencé a trabajar este tema con algunos amigos a los que interesé en hacerlo: con Tato Pavlovsky en nuestras charlas semanales; con Guillermo Vilaseca y David Szyniak, coordinamos un taller sobre “Daño Psicológico”, en 1990 en la Sociedad Argentina de Psicodrama. Fueron y siguen siendo tema de investigación compartida con mis discípulos del centro que dirijo, y con colegas interesados en este tópico.

Anticuerpos psicológicos que se oponen al deterioro: Como me había sucedido en España, noté que no sólo daño había provocado esta infección psicológica, sino también, que la gente, para sobrevivir, había desarrollado sus propias defensas para adaptarse activamente a la realidad, había creado una “cintura psicológica” que la ayudaba a hacer circular la vida para oponerse al deterioro cotidiano y generado sus propios anticuerpos. Por eso, hablo del S.I.D.P.A. describiendo el daño que provoca y los anticuerpos posibles para luchar contra este daño, contra esta infección.

En especial, quiero subrayar los anticuerpos creativos, la cintura psicológica desarrollada por los que resistieron en el exilio y en el insilio.

En el **exilio** tuvimos que aprender a ser **extranjeros**, ni temerarios ni temerosos, reaprendiendo a “hablar con extraños”, a decir aunque no se sepa bien cómo hablar, aprender “a irse a Sevilla aunque a veces se pierda la silla”, “a sentarse en el aire”. Que no sólo es huir, sino **desplegarse**.

En el **insilio** se aprendió a ser “**intranjeros**” (extranjeros, minoritarios en el propio país). Precavidos, discretos, aprender a no hablar desaprensivamente con extraños, a adaptarse al silencio porque uno es dueño de lo que calla y esclavo de lo que dice, aprender a “hablar sin decir” o a “decir en clave”, que a buen entendedor ... Lo que no sólo es escapar sino **replegarse**.

En el desexilio los anticuerpos de los que volvimos pueden tejer una red con las de los que se quedaron y se quedan, si uno quiere seguir inventando formas de producción por despliegue y repliegue, como propugnamos con Pavlovsky en “La Multiplicación Dramática”.

Observación de figuras en la clínica grupal

- I. **RESONANCIA Y REBOTE.** Lo íntimo exhibido públicamente es incoherente, provoca la mirada obscena, ya que no hay nada que en sí sea obsceno, sino se habla de alguien que lo muestra para provocar una mirada o una escucha obscena. En los grupos con seguridad psicológica, lo íntimo, al socializarse, deja de ser íntimo para ser personal. Y al ser personal, corresponde con su singularidad a la subjetividad grupal, resuena en la intimidad de cada uno, en lugar de rebotar como un *boomerang* que retorna o como contra un frontón que lo devuelve sin incorporarlo. La dinámica circulatoria de estas intimidades, al hacerlo de esta forma, es decir, resonando, se diferencia del *Streap-tease*, donde el que se desnuda muestra el cuerpo y el que mira está en la oscuridad. En una sesión, cuando alguien pide ayuda o plantea un problema personal y los demás, en lugar de resonar con él desde su diapason vibratorio personal, lo rebotan, proponiéndole precozmente soluciones: le dan consejos, o le hacen interpretaciones sobre su conducta, no permiten la circulación de la interrogación grupoanalítica operativa. Intentan una especie de “psicoanálisis individual en público”, típico del **Estilo Portero Eléctrico** y que suele hacer sentir a alguno/s paciente/s que han pasado toda la sesión hablando de otros, sin haber tratado “su” problema y pensando que lo que le convendría serían sesiones individuales.
- II. **ESTILO PORTERO ELÉCTRICO.** Hay una tendencia de los pacientes de terapia grupal a no tolerar el estar con el otro escuchando en silencio, sintiendo que el otro al hablar, le está ocupando un espacio para poder expresar sus propios problemas. Como en la información mediática, donde es lo mismo lo trágico que lo banal, en la máquina de producción de subjetividad singular o grupal, se puede reproducir lo más frívolo del zapping psicológico, una imposibilidad de respetar la pausa. El sentido de la pausa es reponer la diferencia que la sobreinformación y las noticias,

barren en el que escucha y mira. Se acrecienta la voracidad del “me toca a mí”. Sin darse cuenta que del silencio, si sabe y puede esperar, cada uno podrá ser hablado por los otros, a través de las multiplicaciones resonantes o de los discursos ajenos. Pausa de la que surgen las voces de las diferencias conectadas entre sí. El grupo puede funcionar así como un anticuerpo para la soledad. En lugar de esto, se observa frecuentemente una tendencia a: “me toca a mí, es mi turno”. Donde cada uno espera que hable el otro y termine lo antes posible, para que no le quite tiempo a su discurso. Esto organiza un sistema de comunicación donde sólo puede hablar uno por vez como en el Portero Eléctrico.

III. ESTILO CICLISTA. Variante implosiva del anterior. Los terapeutas consigo mismo inclusive desarrollan maltratos (al igual que los usuarios, alumnos o pacientes), ayudados por un derivador de trabajo (Institución en la que trabajan, autoridades de la especialidad o amigos cercanos que lo recomiendan y a los que no se puede decir que no), capturados muchas veces por la responsabilidad de satisfacer la urgencia institucional, asistencial o formativa o por la imagen positiva que quieren mantener con su derivador en un momento en que, por razones de imagen o de cortesía, son humanitarios con pacientes y alumnos y deshumanizan la relación consigo mismos imponiéndose esfuerzos hercúleos de tolerancia, que muchas veces consiguen lo contrario. Es el **Automaltrato por sobreexigencia** en que suele caer el prestador que necesita trabajo, que no lo puede rechazar por disposiciones en la institución en la que trabaja, razones de imagen en el Mercado de Valores o simplemente porque rechazar trabajo es un lujo para privilegiados. Así se ve que igual que los pacientes y alumnos a los que pretende curar y enseñar, ellos también pedalean y pedalean sin cesar, sobrepasando los límites de su propia fatiga, desoyendo los síntomas del estrés por que temen que si dejan de pedalear, se caen. De todas maneras, de vez en cuando se caen con enfermedades varias que le legalizan (en el mejor de los casos) algunas horas o días de descanso.

Entre lo vincular y lo maquínico

¿Qué hacer y cómo hacer en la clínica psicológica de nuestros días, saturada de estos estilos? A partir de lo descrito anteriormente, se nos vuelve a plantear una actitud profesional para enfrentar las operaciones en el campo de la cura.

En nuestro caso, exige la revisión periódica de los diagnósticos ya establecidos y de las estrategias terapéuticas conocidas.

La Psiquiatría, el Psicoanálisis y el Psicodrama, confluentes en mi propia formación, me impulsan a continuar indagando en qué circunstancias siguen teniendo validez mis preceptos clásicos. Así el diagnóstico de los núcleos básicos de cada personalidad y sus actividades defensivas exigen que investiguemos cómo consolidar y modernizar los conocimientos adquiridos que categorizan y

clasifican a las personas para poder operar con ellos y proponer intervenciones puntuales.

Llamé **Psicopatología Vincular** (en honor de Bleger y Pichón Rivière) a una Psicopatología que recorta fuentes dolientes en el paciente y que hace relaciones y conexiones con la Psicopatología- en -nos, los terapeutas. Se configura de este modo un camino diagnóstico (con la misma nomenclatura de la Psiquiatría Dinámica) según la forma de vincularse en las actividades mentales, corporales y sociales, antes que por una verticalidad abstracta de cada paciente.

En la década de los 70, la Multiplicación Dramática nos oxigenó de las opresiones del edipismo reduccionista y nos lanzó hacia la idea de la producción estética profesional, en la posibilidad de nutrirnos de los más variados medios de expresión para realizar una tarea con "goce estético en el arte de curar". Estas ideas culminaron ensamblando con las concepciones de Deleuze y Guattari, resonantes con las ideas de un inconsciente a producir, un inconsciente a desplegar y de máquina de producción heterogénea en saberes capaces de importar conceptos y fuentes diversas.

Aquella clínica que hacíamos en el Lanús de los 60, donde la invención de intervenciones terapéuticas estaba inspirada por el hambre social de ayudar a los pacientes, por todos los medios posibles, sin prejuicios de autores ni protagonistas de las intervenciones operativas, construidas muchas veces entre pacientes y terapeutas en el hospital (y que desarrollé en Psicoterapia Breve), describía operaciones que se reactualizan en lo que hoy se llama esquizo intervenciones (del esquizoanálisis,) legitimadas por la clínica emergente del Análisis Institucional y del Pensamiento Complejo de la Multiplicidad. Y esto ha tenido consecuencias en mis tareas para ensayar diagnósticos y recursos terapéuticos en lo que denomino, una Clínica de la Multiplicidad.

En el entre de los diagnósticos vinculares y maquínicos.

Así hoy, las concepciones de "estares del terapeuta" (molar: rostrizado, centrado en la tarea y molecular: desrostrizado, sensible a ritmos e intensidades antes que a hilos discursivos, estares que coexisten) me llevaron a ensayar **simultáneamente** dos tipos de diagnósticos: **los diagnósticos de la Psicopatología Vincular** (esquizoide, melancólico, confuso, fobia, etc.) que son estables y transmisibles para ser utilizados en la clínica y los diagnósticos de las producciones maquínicas deseantes, en el plano de la realidad clínica examinada, desechables en la consumación (G. Barembly), es decir, no reproducibles para transmitir a otros, ya que son figuras de "arte efímero" (plano de la producción). Un ejemplo de esto sería bocetar máquinas de sonidos conectados con movimientos corporales de inspiración y espiración, que pueden bautizarse con nombres diversos, como "Máquina aliento y desaliento" o "Máquina apatía e insomnio" o "Máquina el desayuno está listo". Como se ve son estares, estidades (hacceidades) sintetizadas en una metáfora

que llamo **Metáfora Diagnóstica**. Como dije, no transmisibles buscando su eficacia, pero que tienen el valor de permitirle al terapeuta la capacidad de pensar el territorio en el que está capturado junto a sus pacientes y ejercer operaciones de ensayo que los dispongan a ser agenciados hacia un nuevo territorio.

Los multirecursos

(o más allá de la interpretación para quienes hemos confiado en ella como único recurso válido)

Esta metáfora maquina, objeto de supervisiones y covisiones, se cruza en nuestro quehacer, con diagnósticos para intervenciones programadas, interpretaciones posibles (verbales y dramáticas) y sugerencias de aportes de diferentes técnicas (corporales, sistémicas, psicoanalíticas, gestálticas, dramáticas, etc.) que se le van ocurriendo al terapeuta desde su formación e información académica y cultural. Todo esto constituye al terapeuta en un **cartógrafo** que busca una tensión fértil entre estas dos concepciones: lo vincular y lo maquina. Por momentos predomina una, por momentos predomina otra, depende de la posibilidad de experimentar y del umbral de tolerancia posible en cada situación. **Para una teoría de la multiplicidad de disposiciones del terapeuta, una técnica de recursos múltiples para elegir y experimentar**. Las advertencias van en tres direcciones: hacia los peligros de la voracidad silvestre y simplificadora, hacia la creencia de que disponerse a los multirecursos se opone a la formación sostenida y rigurosa disciplinaria de cada uno de ellos y hacia la confianza de que los acontecimientos azarosos pueden planificarse de antemano.

El temor a la iatrogenia y la responsabilidad con el paciente dan inseguridad para cometer sacrilegios alegremente, inhiben la potencia de experimentación del terapeuta y esta inhibición, como el entusiasmo, contagia también a los pacientes.

La seguridad en el camino de formación básica (Psiquiatría Clínica, Psicofarmacología, corrientes de la Psicología Dinámica) puede hacer masa con la vocación de ir abriendo cada vez más las teorías y técnicas en las que cada uno comienza a especializarse, animando a cada terapeuta a luchar contra el peligro del racismo de quehaceres y saberes, únicos y de gran certeza, que le permitan enfocar diagnósticos y tratamientos fértiles y respaldados. La regla de oro vigente aún sobre qué cosas hay que hacer, sigue siendo: que cada uno haga lo que quiera y puede hacer, los pacientes quieran y puedan actuar y las circunstancias donde se desarrolla la escena clínica lo permiten y lo aconsejen. Las oposiciones disyuntivas son comprensibles en el calor de la polémica y como materia de debate, pero la interrogación deconstructiva institucional las ubica saturadas por el campo de poder en el Mercado de la Salud Mental.

Por ello la disyunción inclusiva, es decir el "o" incluido en el "y" conjuntivo

sin cesar, apunta no sólo a una desilusión de completud, sino a una voluntad de potencia nietszcheana, que nos anima a desenredar la telaraña donde las fuerzas vitales, eróticas, quedaron bloqueadas.

El camino de la cura transita entonces, como el resto de los caminos de la ciudadanía, entre los malestares de nuestra cultura y el **erotismo vital laboral**, que, si se defiende sin renuncias, puede reaparecer en sucesivos acontecimientos cotidianos, como uno de los mejores recursos para oponerse a los desgastes de los virus sociales de nuestra época. polémica y como materia de debate, pero la interrogación deconstructiva institucional las ubica saturadas por el campo de poder en el Mercado de la Salud Mental.

Por ello la disyunción incluso, es decir el “o” incluido en el “y” conjuntivo sin cesar, apunta no sólo a una desilusión de completud, sino a una voluntad de potencia nietszcheana, que nos anima a desenredar la telaraña donde las fuerzas vitales, eróticas, quedaron bloqueadas.

El camino de la cura transita entonces, como el resto de los caminos de la ciudadanía, entre los malestares de nuestra cultura y el **erotismo vital laboral**, que, si se defiende sin renuncias, puede reaparecer en sucesivos acontecimientos cotidianos, como uno de los mejores recursos para oponerse a los desgastes de los virus sociales de nuestra época.

Hernán Kesselman

Síntesis curricular

Médico Psiquiatra. Psicoanalista.
Psicodramatista. Psicólogo Social.

Ex-Jefe de Docencia del Servicio de
Psicopatología del Policlínico de Lanús,
Argentina. (Director: Dr. Mauricio
Goldenberg).

Ex-Miembro adherente de la A.P.A.
(Asociación Psicoanalítica Argentina).

Co-Fundador del Grupo Plataforma
Internacional (1968, Roma).

Ex-Consultor Psicológico de la O.M.S.
(Organización Mundial de la Salud) para
América Latina, desde 1966 (Buenos
Aires, Méjico).



- Ex-Catedrático de Psicología Médica, en la Facultad de Medicina de la U.B.A. (Universidad de Buenos Aires), 1973.
- Ex-integrante del Board of Directors de la I.A.G.P. (International Association of Group Psychotherapy), 1986-87-89), representando a España.
- Full Member de la G.A.S. (Group Analytic Society), Londres, desde 1978.
- Fundador y Director de la Escuela de Psicología Social en España "Dr. Enrique Pichón Rivière" (Madrid) y Presidente de la Sociedad Española de Psicología Social, desde 1976.
- Miembro Correspondiente de la S.E.P.T.G. (Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo), desde 1977.
- Miembro de Honor de la Sociedad Española de Psicología y Medicina Psicosomática.
- Co-Fundador de la Revista "Clínica y Análisis Grupal", Madrid y Miembro de su Consejo de Redacción, desde 1976.
- Co-Fundador con el Dr. Juan Campos Avillar de "Convergencia Analítica Internacional" y de G.A.O. (Grupo Análisis Operativo) y S.E.G.A.O. (Sociedad española de Grupoanálisis Operativo), España.
- Profesor Invitado en Universidades e Instituciones españolas (Madrid, Sevilla, Bilbao, Murcia, Barcelona, Santander, Alicante, San Sebastián, Salamanca, Zaragoza).
- Miembro en el grupo de estudios: Análisis Crítico sobre Lacan y la Clínica, presentado para el Seminario sobre Estudio de los Seminarios de Jacques Lacan, coordinado por Ignacio Gárate y Jean-Paul Abrebat (de Bordeaux, Francia), realizado en el *Grupo Quipú de Psicoterapia*, Madrid.
- Profesor Invitado por el Göteborg Psykoterapi Institut, de la Universidad de Gotemburgo (Suecia).
- Docente Invitado por el Profesor Giovanni Jervis, al Departamento de Psicología de la Universidad de Roma (Italia). 1976.
- Profesor Invitado para realizar Taller de "Escenas Temidas y Multiplicación Dramática", para docentes y alumnos de la Universidad de Bologna (Italia), 1976.
- Profesor Invitado, Cátedra del Prof. Olivier Pajot. Universidad París VII (Francia).
- Miembro de Honor de la "Arbours Association" (Londres).
- Profesor invitado en Bahía (Brasil), por el Círculo Psicoanalítico, 1995.
- Miembro Titular de la S.A.P. (Sociedad Argentina de Psicodrama).
- Profesor del Curso de Postgrado, en la Cátedra de "Psicodrama Analítico" de la Facultad de Psicología, U.B.A.
- Profesor Invitado de la Cátedra de "Teoría y Técnica de Grupos" (Titular: Lic. Ana M. Fernández), Facultad de Psicología U.B.A.
- Miembro de la I.A.N. (International Attachment Network)
- Miembro de Honor de "Quipú, Instituto de formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental"; acreditado por la F.E.A.P. (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).
- Fundador y Director del C.P.O. (Centro de Psicoterapia Operativa), Buenos Aires, desde 1987 hasta la fecha.

Libros publicados

Psicoterapia Breve. Ediciones Kargieman. Bs. As. 1970/Editorial Fundamentos, Madrid 1977/81/85.

La Psicoterapia Operativa: Tomo I Crónicas de un psicoargonauta y Tomo II El Goce Estético en el arte de curar. Editorial Lumen, Bs. As. 1999

En co-autoría:

Cuestionamos: 1971 Plataforma-Documento. Ruptura con la A.P.A. en co-autoría con Marie Langer, Gregorio Barembliitt, José Bleger, Santiago Dubcovsky, Miguel Matrajt, Eduardo Pavlovsky, Fernando Ulloa, Hugo Vezzetti, Juan Carlos Volnovich y otros. Editorial Granica, Bs. As. 1971/ Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1987.

Psicología Argentina Hoy, en co-autoría con Fernando Ulloa, Wilbur R. Grimson, Mario O' Donnell y otros. Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1973.

Las Escenas Temidas del Coordinador de Grupos en co-autoría con Eduardo Pavlovsky y Luis Frydlewsky. Editorial Fundamentos, Madrid 1978/1981. Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1984

Clínica Grupal II en co-autoría con Eduardo Pavlovsky y Luis Frydlewsky. Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1980.

Espacios y Creatividad en co-autoría con Eduardo Pavlovsky. Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1980.

Psicología Dinámica Grupal en co-autoría con Juan Campos Avillar, Francisco Peñarrubia, Nicolás Caparrós, Mario O' Donnell, Pablo Población y otros. Editorial Fundamentos, Madrid, 1980.

La Multiplicación Dramática en co-autoría con Eduardo Pavlovsky. Ediciones Búsqueda, Bs. As. 1989/ Editora Hucitec, San Pablo, Brasil, 1991 .

Escenas -Multiplicidad: estética y micropolítica en co-autoría con Eduardo Pavlovsky y Juan C. De Brasi. Ediciones Ayllú de Búsqueda, Bs. As. 1996.

Notas

¹Médico, psiquiatra, psicoanalista, psicodramatista y psicólogo social. Director del CPO (Centro de Psicoterapia Operativa de Buenos Aires)