

V. LA DIFÍCIL RELACIÓN DEL PSICOANÁLISIS CON LA NO MENOS DIFÍCIL CIRCUNSTANCIA DE LA SALUD MENTAL

1. "LA SALUD MENTAL, UN DESAFÍO PARA EL PSICOANÁLISIS EN SU SIGLO DE VIDA"

Éste fue el título de una charla abierta, seguida de dos seminarios, que dirigí en octubre de 1994 en Barcelona, en la sede del IPSI, institución psicoanalítica que dirige mi amigo Valentín Barembliitt.

Los textos que componen esta tercera parte contienen dispersas las principales ideas allí desarrolladas.

"Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización" fue la ponencia con que cerré un congreso de psicoanálisis y técnicas grupales, realizado unos días antes en Zaragoza. Fui invitado a estas jornadas por otros amigos españoles, Nicolás e Isabel Caparrós.

También fueron amigos -Victorio y Elvira Nicolini- los que en ese mismo viaje me propusieron dar una conferencia y un posterior seminario en el Departamento de Psicología de la Universidad de Bologna, sobre temas semejantes, quizá más centrados en procedimientos clínicos.

¿Es la amistad título suficiente para acceder a estas actividades? No lo es el mero amiguismo, pero si este sentimiento está sostenido por años de acompañamiento en el desarrollo de actividades psicoanalíticas, compartiendo una visión del mundo y un compromiso ético semejante, está claro que se validan títulos. La amistad, cuando es solidaria con la producción en común de inteligencia, puede generar la valentía, el alegre talante y hasta el adueñamiento del propio cuerpo, necesarios para habérselas con la resignada mortificación hecha cultura, aquella donde zozobra el sujeto frente a la moral con valor de estadística.

Pero no basta la amistad, siempre algo fortuita, para estos cometidos que enfocan la artesanía clínica sobre lo social, desde la perspectiva del psicoanálisis; también es imprescindible la atenta consideración de los procesos íntimos donde zozobra, sobrevive o se afirma la producción viva de subjetividad. Por esto incluyo algunos pasajes de un texto con el que participé en un seminario sobre "El lugar del sujeto hacia el fin del milenio". Durante varios meses, distintos expositores sostuvieron en él disímiles e incluso encontradas propuestas, a lo largo de un debate crítico que apuntaba a dar respuestas al agobio y desconcierto socio-cultural con que nos aproximamos al fin de siglo y de milenio. Tuvo lugar en ATE, sede del sindicato de trabajadores del estado.

Termino con un breve texto, relacionado con los quince años de esfuerzos de las Madres de Plaza de Mayo.

Es posible que el término "desafío", aplicado al psicoanálisis, que encabeza esta tercera parte, presente más inconvenientes que beneficios, sobre todo si aproxima la idea un tanto grotesca de un analista militante de su causa.

Siempre me ha parecido opuesta a los procedimientos críticos y autocríticos asumirse militante de alguna posición psicoanalítica, defendiendo una pertenencia escolástica, en general sujeta a jefaturas transferenciales. Esto sin dejar de reconocer que un psicoanalista, más aún si está comprometido en una práctica social, es una persona no neutralizada en su condición política, como un aspecto constitutivo de su subjetividad. No tiene por qué dejar de ser activo ciudadano de su ciudad, si esto cuadra a su deseo.

Claro que confiero un lugar destacado a la perspectiva política, a partir de mi propia experiencia en la numerosidad social, trabajando desde un interés por la salud mental. Una actividad estrechamente entramada con la cultura y atenta a la causa de los dere-

chos humanos, en un sentido amplio y cotidiano, que va más allá del valor indeclinable que esta idea tiene frente a las groseras transgresiones de la impunidad represora.

Las militancias psicoanalíticas suelen ser secuelas de procesos transferenciales con fuerte desarrollo, sin que tenga lugar concomitantemente su análisis. Algo pasible de ser englobado bajo el nombre -un poco extraño- de analistas-ianos, aquellos adscritos a "un ianismo" encabezado por las figuras principales de la historia del psicoanálisis (freudianos, kleinianos, lacanianos, etcétera).

Es innecesario destacar que este "ianismo" nada tiene que ver con la rigurosa toma de posición con que muchos analistas profundizan y acrecientan las líneas conceptuales de estos maestros. Se suele rechazar con algún fundamento esta nominación de maestro dentro de la transmisión psicoanalítica, mas es imposible negar la maestría de aquellos que, a lo largo del siglo de vida del psicoanálisis, han promovido estímulo transferencial para hacer de quienes toman una determinada línea conceptual, algo más que alumnos (privados de propia luz) y sí acrecentadores de un pensamiento. Entonces, la pertenencia freudiana, kleiniana, lacaniana u otra cualquiera es, primero, adueñamiento de las propias pertenencias singulares de cada sujeto.

Estas coherencias conceptuales son requisito necesario para articular la práctica psicoanalítica con la salud mental. Un desafío metodológico y técnico, habida cuenta de que un analista en esas condiciones debe abandonar los tradicionales dispositivos de una disciplina, puesta a punto jugando de local, para enfrentarse, visitante, con las producciones socioculturales, sobre las que se despliega la idea de salud mental, munido de la mayor riqueza conceptual posible -y no sólo la psicoanalítica-.

La noción de cultura que utilizo como soporte y entramado de la salud mental, la desarrolla muy bien Freud en los capítulos iniciales de *El porvenir de una ilusión*, título que hoy, frente a algunos avances de la posmodernidad y las claudicaciones de los horizontes de la modernidad, suele expresarse, casi como un lugar común, en zozobante ilusión de un porvenir.

La perspectiva del abordaje psicoanalítico de este encimamiento entre salud mental y cultura supone trabajar con las organizaciones institucionales, en tanto lugares donde se procesan los esfuerzos para obtener los bienes necesarios a la organización y subsistencia de las gentes.

Resulta algo paradójico que el enriquecimiento conceptual y metodológico que va adquiriendo un psicoanalista, decidido a sostener su quehacer en la numerosidad social, con frecuencia lo llevará a considerar el campo de la pobreza como ámbito de su acción clínica, dado que es en 'el escándalo de la marginación y sus miserias donde el sujeto aparece en situación de máxima emergencia.

Un psicoanalista que pretenda trabajar en sectores sociales empobrecidos habrá de operar sobre el tríptico salud mental/ ética/derechos humanos, como ruedas-engranajes del abordaje clínico. El atascamiento de uno de estos engranajes altera los otros, y la dinamización de uno cualquiera de ellos dinamiza a los demás.

Si el psicoanálisis se ha planteado, en las últimas décadas, no retroceder frente a la psicosis, ¿qué decir frente a esta situación límite, más abarcativa aún que la locura?

Esta opción es algo inherente al psicoanálisis y su ética y no caben consideraciones samaritanas que de hecho cuestionarían al mismo psicoanálisis, reducido a práctica proteccionista.

No me estoy refiriendo a un psicoanálisis *de la* pobreza, cosa que implicaría una psicologización totalmente ilegítima de la marginación, sino al psicoanálisis *en la* pobreza. Cuando digo pobreza me refiero tanto al escándalo que promueve en los sectores más marginados, como a aquellas organizaciones institucionales, por lo común del ámbito asistencial o educativo, que presentan una carencia crónica de recursos, no sólo de equipamiento y presupuesto, sino en cuanto a la capacitación-de sus integrantes. Resulta todo un síntoma que precisamente sean las instituciones más pobres las que deban ocu-

parse de los sectores empobrecidos, aunque no necesariamente es de psicoanalistas pobres encaminar estas prácticas.

Ya veremos cómo los procesos de manicomialización que infiltran el quehacer asistencial, aun en condiciones de cierto *confort* económico y cultural, suponen, en cuanto a producción de subjetividad, un pertinaz empobrecimiento en quienes tienen la responsabilidad de conducir estos organismos. Por supuesto que existen excepciones.

La inserción del psicoanálisis en el campo de la cultura cotidiana revitaliza y abre nuevas perspectivas, por cierto en arduo proceso, no fácil de sostener, entre otras razones porque el psicoanálisis debe renunciar a cierta pretensión hegemónica acerca de su saber. Esto está marcado por el viraje de la clásica formulación de Freud, en el sentido de "El múltiple interés del psicoanálisis para otras disciplinas", al planteo contrario: el múltiple interés del psicoanálisis por otras disciplinas. Se gana así una óptica más abarcativa y un enriquecimiento no necesariamente interdisciplinario, en el que el psicoanálisis no forzará arbitrarias articulaciones con otras ciencias, aun si reconoce que en ocasiones también de ahí se pueden extraer algunos beneficios.

Será necesario, no obstante, estar atento a no hacer reduccionismos conceptuales ni metodológicos de la noción y del accionar inconsciente. Cuando este reduccionismo se opera desde explicaciones médico-biológicas, sociológicas, filosóficas, etcétera, desaparece el carácter esencial del descubrimiento freudiano, a la par que se psicologizan arbitrariamente estas prácticas. Baste con no dejar de advertir la incidencia abarcativa de los factores inconscientes en todo aquel que sostiene su disciplina, cualquiera que ésta sea. Pero esta definitiva importancia del sujeto del inconsciente no da patente de corso al psicoanálisis. Así entiendo ese múltiple y recíproco interés que dinamiza saberes.

En el orden personal, esta dinamización me animó a incursionar en campos como la física y sus concepciones sobre el tiempo cósmico, el cuántico y el que corresponde a la temporalidad psíquica. El tiempo abre perspectivas por demás interesantes en cuanto a la constitución del aparato psíquico y a los procesos del aprender, a partir del nacimiento mismo y el consecuente despliegue de la subjetividad. Otra área que quizá también parezca extra-psicoanalítica es la de los procedimientos críticos, aunque es obvio que la clínica, sobre todo la que sostiene nuestra práctica, es esencialmente un quehacer crítico.

Esto, por supuesto, coloca en beneficiosa tensión la disciplina de la abstinencia y la no neutralización del operador, aun respetando lo que se conoce como neutralidad clínica. Una tensión benéfica que aleja al psicoanálisis de las tentaciones indolentes.

La idea que quiero destacar es que el psicoanálisis concebido como una disciplina, en la que teoría y práctica se cierran sobre sí mismas, puede impulsar un proceso de mortificación que promueve formas rituales propias del "ianismo", entrando en la palidez mortecina de una práctica retórica, e incluso vacía, incapaz de registrar los matices que tiene enfrente y apagando el carácter revulsivo de los procesos inconscientes.

Lo anterior pretende ilustrar -tal vez sólo sugerir- el modo como un psicoanalista que se proponga no retroceder frente a las condiciones del sujeto en emergencia, sobre todo cuando se contextúan las distintas versiones de la pobreza, deberá presentar un equipamiento conceptual y metodológico nada pobre, capaz de representar alguna oportunidad para revertir la agonía del sujeto coartado. Frente a esta situación, el psicoanálisis tiene algo que decir, aunque sea preciso saber que no tiene que decir todo ni lo más importante. Pero lo que diga será fundamental, cuando empiece por decirlo de sí mismo a través de quienes asumen la responsabilidad de enfrentar situaciones como la mortificación, tema del que enseguida habremos de ocuparnos.

2. CULTURA DE LA MORTIFICACIÓN Y PROCESO DE MANICOMIALIZACIÓN UNA REACTUALIZACIÓN DE LAS NEUROSIS ACTUALES [AKTUALNEUROSE]

Hace un tiempo, en un reportaje inicialmente referido a la inquietud de una periodista que debía hacer una nota acerca de una estadística, al parecer demostrativa de una notoria merma de las relaciones sexuales en la población general, introduje la noción de "mortificación". Me refería con ella a una verdadera producción cultural, que cada vez parece involucrar a sectores sociales más amplios. La idea central consideraba que si las estadísticas monitoreaban realmente una merma en la producción erótica, debía existir alguna razón específica, con valor de factor epidemiológico, para esta situación. A esa supuesta razón con valor de hipótesis, que propuse en ese reportaje, la denominé "cultura de la mortificación".

No dejó de sorprenderme que una nota en la cual aludía a cosas bastante conocidas de mi práctica psicoanalítica en el ámbito social, provocara un considerable número de llamados telefónicos, alguna carta e incluso invitaciones a discutir mis ideas en ámbitos interesados en el psicoanálisis y lo social; pero sobre todo, atrajo mi atención el número de comunicaciones, en general breves y con tono de reconocimiento, de personas que no conocía, alejadas de Buenos Aires e incluso del quehacer psicológico.

Reflexionando sobre la naturaleza de esta resonancia, encontré una explicación relacionada con algunas observaciones de la clínica psicoanalítica frente a pacientes intensamente angustiados durante una entrevista, así como en consultas telefónicas con personas desconocidas, a quienes posiblemente no habría de entrevistar, dado que el llamado se hace desde una distancia geográfica más o menos insalvable en lo inmediato. En esas condiciones, en que están muy mermadas las posibilidades de conseguir algún beneficio clínico para quien demanda, solemos experimentar, tal vez paradójicamente, un particular empeño por aliviar su sufrimiento.

La experiencia muestra lo importante que resulta para ese propósito, nombrar con sentido diagnóstico no ya el afecto angustiante destacado sino un matiz más preciso de ese sufrimiento. No es lo mismo decir, en términos generales, "Usted está angustiado", cosa obvia y redundante, que señalar a nuestro interlocutor, con mayor precisión, que está preocupado, asustado, enojado, desesperanzado, o desesperado; se trata de aludir a los matices propios de la tristeza, que complementan todas estas posibilidades. Incluso se puede intentar explorar la magnitud de esos sentimientos. Una forma eficaz de intervención es aludir al sufrimiento de nuestro interlocutor en relación con lo experimentado corporalmente: un gran peso, algo que lo inunda, su cabeza ocupada, la falta de fuerzas, etcétera.

Si logramos nombrar con cierta justeza el matiz emocional de quien nos demanda, posiblemente los efectos han de reflejarse en un diálogo que empieza a adquirir un animoso entendimiento mutuo, que no existía de entrada; avanza entonces la impresión de algo distinto y auspicioso que comienza a suceder.

La conciencia compartida de un sufrimiento reconocido abre la posibilidad de reducir los efectos de la angustia tóxica sobre el vegetativo corporal de quien demanda ayuda, permitiéndole investir libidinalmente una idea que se hará pensamiento y diálogo; a partir de ahí, será viable, aun a distancia, establecer una producción transferencial con expectativas de alivio. En ese estado, quizá llegue a dibujarse un paso siguiente, por donde empiece a circular la inteligencia necesaria para buscar salida a los infortunios de la vida y los avatares neuróticos que han paralizado al sujeto. Todo esto si recordamos -un tanto aforísticamente- que la clínica psicoanalítica no promete la felicidad pero tampoco la desmiente, en la medida en que se pretende aportar algún alivio (aun el de la meditada tristeza, cuando se trata de un pesar inevitable).

Algo semejante parece haber ocurrido cuando introdujo en aquel reportaje la frase "cultura de la mortificación". Debo haber nombrado, sin proponérmelo y bastante ajustadamente, un matiz del sufrimiento social contemporáneo que afecta a sectores aún no

del todo sumergidos en la mudez sorda y ciega de la mortificación. Las gentes en esta situación son testigos, diría en peligro, amenazados por esa mortificación en la que todavía no han zozobrado. Por eso aparecen sensibles cuando se nombra el matiz del sufrimiento, advirtiendo en ello una salida, aunque sea simplemente la de hacer inteligencia compartida sobre esa realidad. Cabe aquí hablar de cultura en sentido estricto, pues no ha desaparecido la producción de pensamiento ni el suficiente valor para resistir, bajo la forma de protesta que incluso puede animar alguna transgresión, enfrentando un estado de cosas que en el ámbito institucional de esa persona provoca sufrimiento.

Cuando zozobra la conciencia de mortificación, se abre paso una pasividad quejosa y alguna ocasional infracción, respecto de las cuales es impropio sostener el significado del término cultura. Tal vez cabe pensar en una suerte de sociedad anónima de mortificados, en la que pueden comenzar a darse los mecanismos que en el capítulo de la salud mental corresponden a los procesos manicomiales, como formas clínicas terminales de la mortificación que afectan a algunos, mientras la mayoría quedará englobada en un marcado empobrecimiento subjetivo. A estos últimos, difícilmente los alcance algún mensaje como el señalado al comienzo. Algo más que sutiles matices se necesitan para conmover el acostumbamiento y la coartación que experimentan como sujetos.

Le asigno al término "mortificación", más que el obvio valor que lo liga a morir, el de mortecino, por falta de fuerza, apagado, sin viveza, en relación con un cuerpo agobiado por la astenia cercano al viejo cuadro clínico de la neurastenia, incluido el valor popular de este último término como malhumor. Un malhumor que en algunas ciudades como Buenos Aires bien puede denominarse "humor del carajo", expresión que declina en su carácter de insulto fuerte, para expresar con mayor justeza un sentimiento personal de dolor enojado e impotente.

La mortificación aparece por momentos acompañada de distintos grados de fatiga crónica, para la que periódicamente se ensayan explicaciones etiológicas, que van desde formas ambiguas del stress hasta patologías virales difusas o definidas, como los citomegalovirus e incluso las denominadas encefalitis miálgicas, en los cuadros mayores y dolorosos.

Un cansancio sostenido parece haberse instalado en muchos cuerpos en este fin de milenio, que actualiza una figura arqueológica de la psicopatología del fin de siglo pasado, descrita por Freud como actual neurosis; sus formas más conocidas son la hipocondría, la neurosis de angustia y la neurastenia.

Hechas estas aclaraciones, encuentro útil seguir empleando el término mortificación. Una vez que ella se ha instalado, insisto, el sujeto se encuentra coartado, al borde de la supresión como individuo pensante.

Existen algunos indicadores más o menos típicos de esta situación, tales como la desaparición de la valentía, que da lugar a la resignación acobardada; la merma de la inteligencia, e incluso el establecimiento de una suerte de idiotismo, en el sentido que el término tenía en la antigua Grecia, cuando aludía a aquel que al no tener ideas claras acerca de lo que le sucede en relación con lo que hace, tampoco puede dar cuenta pública o privadamente de su situación. En esto consistía la condición de idiota, un tanto alejada del significado actual, más insultante. Es el sentido diagnóstico de entonces el que aquí recupero.

Tampoco puede haber alegría en la mortificación y es obvio el resentimiento de la vida erótica, posiblemente la causa epidemiológica a la que aludía en el reportaje.

En estas condiciones disminuye y aun desaparece el accionar crítico y mucho más el de la autocrítica. En su lugar se instala una queja que nunca asume la categoría de protesta, como si el individuo se apoyara más en sus debilidades, para buscar la piedad de aquellos que lo oprimen.

Como ya señalé, no habrá demasiadas transgresiones, a lo sumo, algunas infracciones. La transgresión es fundadora, en el sentido en que implica un principio de respuesta

mayor, a cara o cruz; también supone el riesgo de morir en la demanda. No así la infracción, que se conforma en general con obtener alguna mezquina ventaja, aprovechando circunstancias propicias, a la manera de "bailemos en el bosque mientras el lobo no está...". Quienes se encuentran en estas condiciones culturales, tienden a esperar soluciones imaginarias a sus problemas, sin que éstas dependan de su propio esfuerzo. Esto los hace, con frecuencia, propensos a elegir conductores políticos entre quienes mejor y de hecho, más "mentirosamente", se ajusten a este ideario imaginativo. El fácil engaño es común en la mortificación.

Éste es un primer abordaje de la idea, como condensación de sufrimiento y muerte -básicamente del sujeto-, que en sus extremos mayores llega a producir autómatas "idiotas" griegos.

Esta aproximación a la mortificación se hará mayor si la contrastamos con otra figura fundamental en el desarrollo cultural humano, de la que me he ocupado con frecuencia bajo el nombre algo genérico de "institución de la ternura". El término aplicado a "institución", que califica la ternura -la inicial materno infantil- alude al hecho de que bien puede decirse de ella que se trata del oficio más viejo de la humanidad, del que todos hemos sacado tanto beneficio como perjuicio. En este sentido, la ternura tiene prioridad sobre una antiquísima forma de mortificación social, a la que habitualmente se ubica en el principio de los tiempos: la prostitución.

A la ternura se la identifica, en general, con la debilidad y no con la fortaleza, y se la refiere tanto a la invalidez infantil como a los aspectos fuertemente débiles del amor. Sin embargo, la ternura es el escenario mayor donde se da el rotundo pasaje del sujeto -nacido cachorro animal y con un precario paquete instintivo- a la condición pulsional humana. Es motor primerísimo de la cultura, y en sus gestos y suministros habrá de comenzar a forjarse el sujeto ético.

La ternura es un gesto transmisor de toda la cultura histórica que habrá de imprimirse en el sujeto infantil. Gesto transmisor que, tanto en la remota era de piedra como en la de las estrellas, siempre habrá de producir memoria que no hace recuerdos, pero sí el alma -patria primera de los hombres, al decir del poeta.

En función de sus atributos básicos, la ternura será abrigo frente a los rigores de la intemperie, alimento frente a los del hambre y fundamentalmente buen trato, como escudo protector ante las violencias inevitables del vivir.

De "buen trato" proviene "tratamiento", en el sentido de "cura", y esto, por contraste, nos lleva a entender más la mortificación, sobre todo cuando nos enfrentamos con una de sus formas terminales, que es paradigma de maltrato y máxima patología de los tratamientos cuando organizan el manicomio, no necesariamente limitado a la institución hospitalaria.

Hablar de un tema tan polifacético y controvertido como el de la manicomialización y su articulación con la mortificación puede implicar el riesgo de dispersión que remede la locura, o el de una arbitraria simplificación propia del maltrato manicomial. Con estas dos ideas, locura y maltrato, introduzco algo que en mi criterio configura un proceso central en la manicomialización, que podría ser formulado así: la locura promueve con frecuencia reacciones de maltrato -y el maltrato incrementa el sufrimiento de la locura, incluso la psicosis. Este maltrato no sólo está referido al fastidio, el miedo, la rabia que suele despertar el trato con la locura, sino que hay algo más específico, inherente a la locura misma, promotor de reacciones en quienes tienen a cargo su cuidado. Élica Fernández, en su libro *Diagnosticar la psicosis*,¹ desarrolla al respecto interesantes ideas, que inspiraron las mías. En primer término, hay dificultades diagnósticas, ya sea porque la certeza o la incongruencia del decir loco hacen difícil entenderlo y, en consecuencia, poner en pala-

¹ Élica Fernández, *Diagnosticar la psicosis*, Buenos Aires, Data Editorial, 1993.

bras ese diagnóstico. Por esta razón, con frecuencia queda encuadrado de un modo estándar, con todos los beneficios de la nosografía, pero también con todas las arbitrariedades anuladoras de la singularidad clínica de ese sujeto. A menudo se lo etiqueta, no menos ambiguamente, como psicótico, esquizofrénico, maniaco, depresivo -y ahí zozobra el sujeto.

En esa estandarización que anula al sujeto puede fácilmente deslizarse el maltrato, un maltrato que comienza por repudiar el porqué y el para qué de los síntomas, sobre todo cuando éstos asumen formas delirantes.

Pero al mismo tiempo que el problema es diagnóstico, también es pronóstico, porque las dificultades que provocan las incertidumbres del primero, sugieren cronicidad o deterioro, o al menos lo incierto. Si no se sabe qué decir diagnósticamente, también es difícil saber qué hacer desde el punto de vista del pronóstico. Entonces aparecen los tratamientos que cortan por lo sano, vale decir que cortan todo lo sano. El encierro comienza por ser diagnóstico y pronóstico y termina manicomial. Hay ocasiones en que es necesario internar a un paciente, pero hacerlo resulta totalmente distinto al saber y expresar que se trata de un modo de reconocida impotencia del operador, y no un proceder dictado desde la soberbia, para enmascarar una eventual invalidez del clínico. Saberlo es de buen manejo clínico.

Este acontecer de la locura provocando maltrato, el que a su vez acrecienta la locura, es un hecho central en el proceso de manicomialización. Una sobredeterminación convergente que instaura la situación concreta, donde los locos inventan la conducta de los psiquiatras y éstos inventan a los locos; ningún espacio para la simbolización, ningún espacio lúdico para la creación de inteligencia, para el pensamiento crítico.

Si como señalé antes la ternura crea el alma como patria primera del sujeto, el manicomio, institución del maltrato por excelencia, inspira desalmados, cuerpos apátridas de vida. Puede que en él exista el abrigo, pero impregnado de desamparo; el alimento estará más próximo a la carroña que a la leche, pero sobre todo, prevalecerá la automatización del trato de la maldad, que abarcará a tratados y tratantes, incluso responsables y ejecutores de esa situación. Es en este sentido que la mortificación, bajo su aspecto manicomial terminal o en las formas más leves que lo preceden, es el paradigma opuesto a la ternura.

Pero la historia de la manicomialización no comienza en el manicomio; suele iniciarse en la cuna. En la de todo ser humano y en la de la civilización, muy especialmente en la de todo proyecto que se propone hacer algo en relación con la salud y, en especial, con ese concepto por momentos equívoco de la salud mental, como producción cultural o como entramado que teje y desteje la idea de salud y enfermedad mental -y de hecho la corrupción manicomial-.

Si la cultura se expresa en obras, no sólo de arte sino en toda producción consecuente con el saber y hacer del hombre para conseguir los bienes y los males del vivir, el manicomio también es una obra de arte, un clásico en el arte del oprobio. Cada ciudad tiene sus talleres y museos manicomiales, donde recrea y expresa las desvergüenzas de la mortificación.

A partir de este telón de fondo que amalgama cultura y salud mental y donde lo manicomial es la forma clínica terminal del maltrato, pueden suponerse formas previas de este estado final, que desde una perspectiva clínica podrían ser diagnosticadas tempranamente. Tal vez formas sub-clínicas capaces de infiltrar, desde el comienzo, todo proyecto cultural -y principalmente aquellos que se ocupan de preservar la salud-.

Cada vez que arbitrariamente prevalece la ley del más fuerte y se instaura lo que bien puede denominarse la protoescena manicomial, la encerrona trágica, se avencinan los procesos manicomiales, presentes o futuros. Los encierros de esta naturaleza ocurren en la familia, la escuela, el trabajo, las relaciones políticas y en toda mortificación más o

menos culturalizada, extendiendo la mancha hacia una práctica político-administrativa que perfecciona los dos lugares clásicos de marginadores y marginados.

Todos los programas de salud pueden ser infiltrados desde posiciones religiosas, filosóficas, epistémicas, cualquiera que sea la teoría a la que se refieran, incluso la metapsicológica. También desde la política, la economía. Permanentemente un programa está sometido a estos avatares.

Una propuesta que pretenda preservarse de la degradación manicomializante debe ser continuamente replanteada en su proceso, sometida a la producción crítica colectiva, como intento de verificar los conocimientos de esa propuesta y su relación con los objetivos, y preservada de las desviaciones y los reciclajes del maltrato. Esto implica crear lo que puede denominarse como garantía colectiva, la que emerge precisamente de este quehacer crítico. Son los propios responsables de la salud, en el campo concreto y no solamente en las instancias de planificación, quienes deben mantener la suficiente autogestión correctora de su propio quehacer y defender los buenos tratamientos, una práctica que comienza por considerarlos a ellos mismos, en relación con el modo de maltrato que en ese programa puede llegar a concernirlos.

Es un hecho la cantidad de intentos desmanicomializantes válidos que se realizan, aun en pleno centro del maltrato manicomial, pero también es un hecho el carácter fragmentario y aislado de estas acciones. Es que en la cultura de la mortificación, la intimidación apaga la intimidad necesaria para que un discurso y un accionar válidos sean escuchados. Por eso es tan importante restablecer la resonancia íntima en quienes se atreven a enfrentar la intimidación manicomial.

¿Qué otra cosa puede significar la resonancia íntima, como no sea el estar atento a la producción de subjetividad, esa que desde todos los tiempos aparece sostenida por la inteligencia, por la valentía y también por el contentamiento provenientes de aquello que se intenta esforzadamente hacer bien? Todo esto ajustado a una visión del mundo y al lugar que uno se ha propuesto ocupar ahí. Sin duda, los procesos de desmanicomialización son urgentes en lo que concierne a las formas más graves, representadas no sólo por los manicomios sino por muchas otras configuraciones de encerronas trágicas en los programas de salud y en los sociales. Pero dichos procesos son continuos, nunca terminan y requieren continuas rupturas.

No se trata de una ruptura que habrá de producirse en el futuro; es ruptura ahora, ya que si en la encerrona manicomializadora, en sus formas iniciales, juega la esperanza de alguna luz en el extremo del túnel, probablemente desemboque en lo manicomial. Ocurre que esa luz es con frecuencia la engañosa entrada de la mortificación y sus cadáveres. Son "luces malas", a la manera de los fuegos fatuos que en el campo producen las alimañas al remover el fósforo de las osamentas en descomposición. Aquí, las osamentas son los restos mortales de lo que tal vez fueron, en sus comienzos, buenos proyectos.

Los muros de las formas manicomializantes y de los propios manicomios se rompen hacia el costado de lo inmediato, única actitud correcta capaz de levantar el escándalo necesario que se niega a someterse a la familiaridad con lo siniestro.

He señalado que la única utopía eficaz es la utopía actual, aquella que al negarse a aceptar lo que niega la evidencia atroz, no se juega esperanzada al engaño del túnel manicomial.

Importa mucho, pero puede que no se tenga éxito inmediato; hay que seguir intentando esa ruptura del túnel, sin consolarse con la mala conciencia de que la intención basta.

No siempre es sencillo vaciar un manicomio, pero el objetivo perentorio es romper la anestesiada ideología manicomial. También es prioridad desarmar las estaciones manicomiales previas, para no seguir alimentando esos museos del horror.

Hechas estas breves consideraciones acerca del manicomio, ese "cuidado de la manía" que termina maniatando todo cuidado, voy a retomar la enfermedad básica de la mortificación.

Accedí gradualmente a la idea de la cultura de la mortificación a través de la descripción de algunas figuras de la psicopatología institucional. Primero me ocupé de una manera un tanto analógica, y luego con más precisión, de extrapolar a la dinámica institucional, tal como ya lo adelanté, aquello que Freud describió, en los comienzos de su práctica, como "neurosis actuales". Aludía así a los trastornos en la circulación libidinal que algunos comportamientos sexuales promovían en los pacientes; veremos que algo semejante ocurre en la situación que estoy describiendo. Más adelante puse a punto un cuadro que denominé "síndrome de violentación institucional" (SVI).

Posiblemente, a partir de mi interés por la tragedia y su presencia larvada o franca en los dinamismos institucionales, y basado de hecho en mi trabajo con los organismos de Derechos Humanos, llegué a ocuparme de una figura que considero de particular relevancia y que conceptualicé como "encerrona trágica".

La encerrona trágica, por su frecuencia en muchos ámbitos de la cultura -y especialmente de la cultura institucional-, puede analogarse a una suerte de virus epidemiológico causante de la mortificación.

Me ocuparé primero del síndrome de violentación institucional, luego de la encerrona trágica, y dejaré para un tercer lugar las neurosis actuales, no tanto porque su linaje psicoanalítico prometa favorecer el accionar del psicoanálisis en las instituciones, sino todo lo contrario; con frecuencia, constituyen las trampas mayores que tornan estéril un intento psicoanalítico y hacen de él un mero recurso administrativo-organizacional.

La constitución de toda cultura institucional supone cierta violentación legítimamente acordada, que permita establecer las normas indispensables para el funcionamiento de las actividades de esa institución. Esto es un principio general de la cultura y constituye un justo precio, por tratarse del pasaje de lo privado a lo público -y de hecho a las pautas que deben ser consensuadas-.

Cuando esta violentación se hace arbitraria en grados y orígenes diferentes, se configura el SVI, que cobrará distintas formas y niveles de gravedad. Las personas que conviven con esta violentación verán afectados notablemente la modalidad y el sentido de su trabajo; éste empieza por perder funcionalidad vocacional, a expensas de los automatismos sintomáticos que nada tienen que ver con la economía técnica para desarrollar una actividad conocida. Es así como se configuran verdaderas caracteropatías, en las que los síntomas cobran valor de normalidad y expresan la tórpida situación conflictiva en que vive el afectado. Éste perderá eficacia responsable y, sobre todo, habilidad creativa, por ejemplo, la necesaria para la atención de un paciente cuando se trata de una institución asistencial. Precisamente es en los hospitales donde más he tenido oportunidad de observar este cuadro.

En estas condiciones es difícil que alguien a cargo de un paciente, cualquiera que sea su rango y el tipo de prestación que brinde, pueda considerar la singularidad personal y la particular situación de quien lo demanda sufriente, cuestión fundamental para que los cuidados de un tratamiento se ajusten a lo que he denominado "buen trato"; me refiero con ello no sólo a los específicos sino a toda relación social con un paciente dentro de un ámbito clínico que integra el accionar terapéutico.

Taxi extendido resulta este---des-trato en el ámbito asistencial, que con frecuencia, cuando en una institución de esta naturaleza alguien recibe una atención considerada, suele pregonar las singulares excelencias de ese centro de atención hasta en las cartas de lectores de un diario.

Debo insistir en que es propio del SVI la pérdida de funcionalidad de los operadores, degradados a funcionarios sintomáticos. El mismo término "funcionario" aparece como

paradigma del burocratismo al representar lo que se conoce como "el pequeño gran hombre". En general, él mismo es víctima de la violentación aunque se constituya, con sobrados méritos, en un ejecutor manifiesto de ella frente a **propios y extraños**. Este pequeño gran hombre encarna, en los casos mayores, la grotesca figura del demiurgo, un diosuelo menor y autoridad local máxima.

Este autoritarismo, consecuencia visible del SVI, es percibido, quizá con escándalo inicial, por cualquier prestatario que concurra a la institución o por cualquier novato reclutado por ella. Es probable que al cabo de un tiempo tanto uno como otro zozobren obligadamente a la costumbre, a cambio de mantener la expectativa de recibir algún beneficio de la institución.

Hablando de los novatos recién reclutados, puedo citar un ejemplo del SVI que por su frecuencia resulta por demás ilustrativo. Pensemos en cualquier joven residente de Psicología o de Medicina, afligido al ver cómo se derrumban sus expectativas vocacionales, aquellas que lo llevaron a sostener durante años sus estudios universitarios, para atravesar más tarde los competitivos exámenes con que ganó su residencia. Ante la realidad que enfrenta, aquellas motivaciones vocacionales aparecen como un juvenil e ingenuo idealismo. Si no se modifica esta situación, pronto habrán de caducar sus jóvenes entusiasmos, sobre todo cuando las promesas de capacitación, como suele suceder con frecuencia, no son atendidas adecuadamente -salvo que él mismo y sus compañeros se esfuercen por organizar algún sistema que las satisfaga-. También sufrirá el desengaño de una magra retribución económica, que lo aleja del legítimo derecho a vivir de su trabajo.

En estas condiciones, es posible que los principios éticos que presidieron hasta ese momento sus expectativas de estudiante y de joven graduado se vean conmovidos negativamente. No es para nada un corrupto, mas la degradación de cuatro aspectos importantes de su quehacer, por efecto de un sistema que sí lo es y que lo oprime, hace de él una víctima clara del SVI.

Esta violentación institucional implica la presencia de una intimidación, más o menos sorda en función del acostumbamiento, que conspira contra la imprescindible intimidad para investir de interés personal la tarea que desarrolla. Frente a este desinterés por lo propio, mal puede alguien prestar atención considerada a la actividad y al decir de los otros. Cuando la gente no se escucha, se ve favorecida la aparición de predicadores en un desierto de oídos sordos, estado que puede corresponder a todo aquel que teniendo algo que decir, al no encontrar escucha degrada su discurso a vana repetición. La sorda intimidación, cabe insistir, hace retroceder la necesaria resonancia íntima que permite recibir el decir del otro investido libidinalmente de interés.

El síndrome de violentación institucional, como todo síndrome, está integrado por una constelación sintomática. En primer lugar, se advierte una tendencia a la fragmentación en el entendimiento, incluso en la más simple comunicación entre las gentes de esa comunidad mortificada. Esta modalidad comunicacional abarcará tanto el nivel administrativo como el que pretenda ser conceptual. A esto alude el desierto de oídos sordos y sus predicadores. Esta fragmentación conspira contra la posibilidad de un acompañamiento solidario. Cada uno parece refugiado aisladamente en el nicho de su quehacer, sin que esto suponga en modo alguno una mayor concentración en la actividad; en todo caso, implica lo contrario.

De este aislamiento se suele salir para organizar los clásicos enfrentamientos entre "ellos" y "nosotros", como una precaria y episódica organización de la fragmentación individual en fracciones mayores. Un "nosotros" que para nada supone alguna concordancia interna, ya que son frágiles conjuntos prontos a nuevas dislocaciones. Otro tanto acontece con "ellos".

Un mecanismo prevaleciente en todos estos cuadros es el que el psicoanálisis define como renegación; mecanismo que implica, en primer término, un repudio que impide advertir las condiciones contextuales en las que se vive, por ejemplo, el clima de hostilidad

intimidatoria. Este repudio se refuerza al negar que se está negando, de modo que a la fragmentación de la comunicación y del espacio se suma una verdadera fragmentación del aparato psíquico de los individuos. Es por esto que la renegación, en su doble vuelta, constituye con certeza una amputación del pensamiento, de efectos idiotizantes, incluso más allá de la etimología griega.

En esta comunidad de individuos cada vez más aislados de la realidad contextual y con un enajenamiento paulatinamente mayor, reina el empobrecimiento propio de la alienación.

A la fragmentación y la alienación enajenante se agrega un tercer síntoma, que completa el síndrome, con los distintos modos y grados de desadueñamiento del propio cuerpo, situación al parecer relacionada con la falta de especularidad comunicacional y la merma de estímulos libidinales, efecto de la enajenación. Un desadueñamiento corporal tanto para el placer como para la acción, a cuyo amparo abundan las patologías asténicas; un verdadero "genio epidemiológico" propio de la mortificación, que abarca variadas formas de desgano y cansancio, propio de la mortificación.

Una vez descritos los mecanismos intrínsecos más evidentes del SVI, consideremos ahora lo que denomino "encerrona trágica", situación capaz de infiltrar desde el comienzo mismo todo proyecto cultural, principalmente aquellos que se ocupan de la salud.

Suelo insistir en señalar que el paradigma de esta encerrona es la mesa de torturas. Comencé a poner a punto esta figura cuando trabajaba en Derechos Humanos, precisamente con personas que habían sufrido distintas formas de tormento. En la tortura se organiza hasta el extremo salvaje una situación de dos lugares sin tercero de apelación. Por un lado, la fortificación del represor; por el otro, el debilitamiento del reprimido. Pero no es necesario llegar hasta ese límite, ya que con harta frecuencia la organización político-administrativa perfecciona los dos lugares de marginadores y marginados, con el consiguiente cortejo de encerronas.

Debe entenderse por encerrona trágica toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, incluso pretender tener una muerte asistida, depende de algo o alguien que lo maltrata o que lo destrata, sin tomar en cuenta su situación de invalidez. Son múltiples las ocasiones que pueden confirmar esta situación.

El afecto específico de toda encerrona trágica es lo siniestro, como amenaza vaga o intensa, que provoca una forma de dolor psíquico, en la que se termina viviendo familiarmente aquello que por hostil y arbitrario es la negación de toda condición familiar amiga. Este dolor siniestro es metáfora del infierno, no necesariamente por la magnitud del sufrimiento, que puede ser importante, sino por presentarse como una situación sin salida, en tanto no se rompa el cerco de los dos lugares por el accionar de un tercero que habrá de representar lo justo; esta representación podrá ser encarnada por un individuo, que asume un modo de proceder encaminado colectivamente.

Cabe preguntarse acerca de una aparente contradicción entre la descripción que hago de la mortificación -cuadro donde el sufrimiento transcurre en sordina renegada- y esta figura de la encerrona trágica y su dolor psíquico infernal, en apariencia opuesta a lo anterior. Al respecto, puedo decir que la encerrona trágica, que he analogado a un virus infiltrante, causa de la mortificación, es un cuadro inicialmente tumultuoso, pero precisamente por no vislumbrarse una salida, salvo la que aportaría una situación mesiánica externa, suele dar paso a la resignación. Lo ejemplifica un manicomio, donde el maltrato institucionalizado es suficientemente escandaloso como para que se lo oculte tras los muros de un hospital; el manicomio, como forma terminal de la mortificación, está internado en un hospital al que llamamos "hospicio".

Pero sin llegar a estos extremos, incluso bastante alejado de ellos, es frecuente que en una comunidad institucional, mortificada y acallada tras los muros de la resignación, surjan algunos momentos expresivos de las distintas formas de la tragedia y su efecto

sinistro, oprimiendo a quienes viven familiar y cotidianamente con esta intimidad hostil hecha remedo de cultura "normalizada".

Por cierto, la calidad siniestra depende de ese accionar renegador, mediante el cual los afectados terminan secreteando para sí la situación negativa en la que conviven, pero la hostilidad repudiada como conocimiento termina por infiltrarse tenazmente y provocar el sentimiento siniestro, que indica entonces un fracaso de la renegación. Si ésta es exitosa, lo será al precio de la total coartación subjetiva y de una forma de idiotez que, desbordando su etimología, se hace presente en el institucionalismo, bien representado en los hospicios por el clásico "hospitalismo".

Esta situación donde, insisto, se vive cotidianamente con algo que ha perdido toda calidad amigable, me ha inducido a reactualizar el antiguo concepto de neurosis actuales, como figuras de particular utilidad para entender la patología institucional.

La neurosis actual (*actual neurose*) fue descrita por Freud en un período bastante próximo a la clínica médica, cuando todavía no había elaborado suficientemente la puesta a punto de la abstinencia que le permitiera apartarse de la medicina y transitar por la clínica psicoanalítica.

Recordemos que las neurosis actuales eran atribuidas por Freud a trastornos de la economía libidinal. La falta de descarga sexual se situaba en el origen de la neurosis de angustia, en tanto el exceso de esta descarga, sobre todo de naturaleza masturbatoria, promovía patologías neurasténicas. Freud advertía que en estos cuadros era la causa actual lo operante, más que algún factor transferencial.

Aunque no lo expresaba nítidamente, pensaba que estos cuadros actuales, no transferenciales, no se benefician con el análisis sino que era necesario establecer medidas higiénicas, es decir, suprimir las conductas patógenas.

Desde el punto de vista institucional, este énfasis en la supresión de las causas que originan la mortificación y sus modalidades neurosis actual resulta totalmente legítimo. Por el contrario, en lo que hace al planteo de Freud en el sentido de la imposibilidad de analizar estos cuadros, cabe decir que mal podría analizarlos cuando aún no había puesto a punto, el dispositivo de la neurosis de transferencia, como pilar central del quehacer clínico psicoanalítico. Pero si bien no estaba todavía en condiciones definitivas de elucidar el juego transferencial en las conductas sintomáticas que estamos considerando, prestaba particular atención a los efectos tóxicos de estos cuadros, tanto en el nivel del aparato psíquico, con disminución de la inteligencia y del deseo, como sobre el cuerpo, traducidos en el desgano de las patologías asténicas.

La actualidad de esta situación puede llegar a resultar lo bastante fuerte como para obstaculizar la perspectiva histórica que los integrantes de una institución puedan tener de los acontecimientos que han ido precipitando el conflicto presente. Entonces parecen pensar sólo en los factores contemporáneos como causa de la situación que se está viviendo.

Lo interesante es que en estas circunstancias propias del SVI, el grupo de mayor presencia en una institución -pensemos en el personal de planta de un hospital- tiende a asumir en conjunto una actitud y una posición de sitiado frente a los pacientes, visualizados como sitiadores. Como sitiados desarrollarán comportamientos muy semejantes a los que Freud describía en las neurosis actuales. Algunos empiezan a trabajar a destajo, configurando algo similar a aquel exceso de descarga capaz de generar cuadros neurasténicos. También aparecen actividades ejecutadas con desgano, aun en el trabajo a destajo, causadas por la falta de investimento e interés libidinal, ya que lo que se hace está presidido por mecanismos automáticos, con marcado desadueñamiento del cuerpo. Puede ocurrir que la morbilidad hipocondríaca aumente sensiblemente, sobre todo frente a un trabajo que termina por producir efectos tóxicos. Otros, en cambio, procurarán eludir las tareas, dibujando respuestas semejantes a las neurosis de angustia, en general de modalidad depresiva.

Este incremento de la morbilidad en general origina al poco tiempo bajas en el personal, y afecta principalmente a quienes asumen responsabilidades directivas.

Todos estos síntomas a los que me refiero pueden tener cierta evidencia durante un tiempo, para luego entrar en procesos adaptativos que corresponden más a lo que describo como la "estabilidad mortificada". En estas condiciones, no resulta fácil hacer un rastreo histórico de la causa o los disparadores del sufrimiento, que sin duda existen; todo parece impregnado por un presente continuo que hará cada vez más grave la situación, aunque ésta, paradójicamente, aparezca con menos manifestaciones sintomáticas explícitas en la medida en que el cuadro vaya haciendo de la mortificación cultura, traducida en una red de normas administrativas. La institución tal vez se transforme en cliente de sí misma, muy alejada de sus objetivos específicos.

Puede pensarse que una institución donde lo instituido ha cristalizado y obstaculizado los dinamismos instituyentes, configura una neurosis actual en sí misma, más allá de la presencia que este cuadro tenga en el nivel individual de sus miembros. De hecho, la cultura de la mortificación bien podría ser denominada cultura de las neurosis actuales.

Ya señalé que las neurosis actuales tienen una importancia relevante, a título de obstáculo, cuando se intenta montar algún dispositivo psicoanalítico para una intervención, sobre todo porque en la numerosidad social no estamos asistidos por los clásicos pilares del análisis individual que, desde la abstinencia y la asociación libre, organizan la captura de la transferencia neurótica en neurosis de transferencia.

El analista suele quedar atrapado en las neurosis actuales, y corre el riesgo de desarrollar él mismo un comportamiento semejante, sin poder hacer una exploración histórico-genética, cuando en la mortificación prevalece la convicción de que "las cosas son así"; estas "cosas así" aíslan y esterilizan el cometido de un analista, obstaculizando su llegada a los individuos y sus procesos de subjetividad. Todo lo cual posiblemente esté en relación con lo que Freud señalaba, en cuanto al carácter tóxico de las neurosis actuales, que las hace parecer no transferenciales en función de la fuerte coartación subjetiva.

Freud comprendía que los comportamientos sexuales perturbadores de la economía libidinal, subyacentes en estos cuadros, estaban condicionados por las pautas culturales de esa época. En las instituciones ocurre algo semejante, cuando los conflictos hacen costumbre y cristalizan en un "las cosas son así". Entonces zozobra la singularidad subjetiva de quienes aparecen impregnados por un pensamiento que tiene en realidad poco de tal, asimbólico y concreto, a la par que se establecen vínculos de modalidad adicta, otra manifestación de la toxicidad.

Quiero señalar algo que considero de particular importancia para comprender el complejo panorama de la mortificación. Si bien he centrado mi enfoque en las instituciones asistenciales pasibles de ese diagnóstico -no todas lo son-, en general, su situación, aún la de las más afectadas, dista mucho de igualar las condiciones adversas propias de las comunidades asistidas por ellas. Por ejemplo, es correcto hablar, en muchos casos, de la pobreza crónica de recursos de un hospital, pero son sin duda los sectores más marginados que a él concurren los que soportan en grado mayor el escándalo de la miseria.

Me interesa destacar que al reflejar el contexto social, la institución pone en marcha un dinamismo merced al cual tiende a dramatizar en sí misma las características del campo sobre el cual desarrolla sus tareas principales, algo así como asumir, a la manera de un contagio, la mortificación de los asistidos. De manera tal que si bien puede reconocerse, en algunas circunstancias institucionales, una auténtica cultura de la mortificación con sus SVI, sus encerronas y su actual neurosis, esto no es universal; sí lo es, en cambio, la dramatización que refleja las condiciones más difíciles que soportan las personas sobre las que opera la institución. Circunstancia que se ve facilitada cuando no existen los suficientes recursos ni la firmeza vocacional necesaria para sostenerse en tan difícil situación. Desde la perspectiva psicoanalítica, que para nada supone facilitación, sino todo lo contrario, se hará más ardua la tarea, tal vez en función de aquel pensamiento

freudiano que considera al psicoanálisis un quehacer imposible. Si esta consideración es aplicable en el ámbito favorable de la neurosis de transferencia, tanto más cuando se trata del sujeto y la subjetividad en emergencia mortificada. Precisamente por eso vale la pena, que con pena es la cosa, que el psicoanálisis intente presencia.

Lo de imposible es un alerta de Freud frente al *furor curandis*; lo cierto es que en su siglo de vida, el psicoanálisis ha enfrentado, con significativos éxitos, los desafíos de la psiconeurosis; ahora, terminando el milenio, este desafío sigue siendo el mismo, pero a él se agrega el enfrentamiento con el ambiguo campo de la salud mental, campo difícil de demarcar y definir.

En las varias décadas de mi práctica psicoanalítica, tanto en el consultorio privado como en la acción pública con las instituciones, he ido, enriqueciendo razonablemente mi equipamiento teórico y metodológico, pero este enriquecimiento me enfrenta con una situación en cierta forma paradójica, ya que cada vez me conduce más hacia el campo de la pobreza mortificada.

No se trata de alguna forma de samaritanismo, que no es mi estilo; tal vez me guía un imperativo no ajeno a lo que he señalado como vocación por la tragedia. Sin embargo, entiendo que ésa no es la única ni la mayor razón, sino que parto de la convicción de que el psicoanálisis, que no gobierna ni educa, y hasta por momentos no analiza en el sentido tradicional del término, tiene una oportunidad importante en el campo de la salud mental, sin morir necesariamente en la demanda.

En todo caso, si el psicoanálisis es una disciplina idónea para abordar la subjetividad, no tiene sentido que deje de operar allí donde el sujeto está en emergencia.

De ninguna manera las cosas son fáciles en estas condiciones para una práctica psicoanalítica -y los límites suelen aparecer de muchas formas-. Uno de ellos, aunque no insalvable, corresponde al sesgo político que puede disparar un proceso de desmortificación. Así, por ejemplo, la acción movilizadas tal vez por obra de alguna intervención institucional hecha desde las perspectivas psicoanalíticas, o de cualquier otro ángulo crítico que pretenda fundar nuevas condiciones, puede llegar a producir modificaciones sustanciales. Así, las personas que han permanecido aisladas buscarán agruparse y recuperar cierto sentido gregario del oficio. Entonces, es posible que desde alguna instancia jerárquica intra o extrainstitucional aparezca, bajo distintas modalidades, una calificación de este nuevo contexto; en tiempos fuertemente represivos, el nuevo accionar grupal podrá ser denunciado como delito de asociación. Por supuesto, es más probable que se trate sólo de una velada descalificación, sin que llegue a tomar la magnitud de delito, pero no puede descontarse que la sanción punitiva se produzca bajo cualquier enmascaramiento.

Otro tanto sucede cuando empieza a producirse un pensamiento, no necesariamente original, pero que rompe con una estabilidad alienada. Entonces, puede que se sancione esta renovada actividad pensante como delito de opinión o al menos como inoportuna perturbación de lo establecido.

Por supuesto, mucho más específica será la descalificación si surge alguna movilización como resultado del readueñamiento del cuerpo, abriendo los horizontes de la acción.

Estas consideraciones ilustran el modo como un analista institucional puede llegar a encontrarse al enfrentar situaciones que poseen un sesgo político, tales como las que estoy abordando. Circunstancias en las que el analista no es un líder político, mas no podrá dejar de estar atento, como toda persona que desenvuelve su acción en el campo social, a la dimensión política propia de la condición humana, se haga o no cargo de ella.