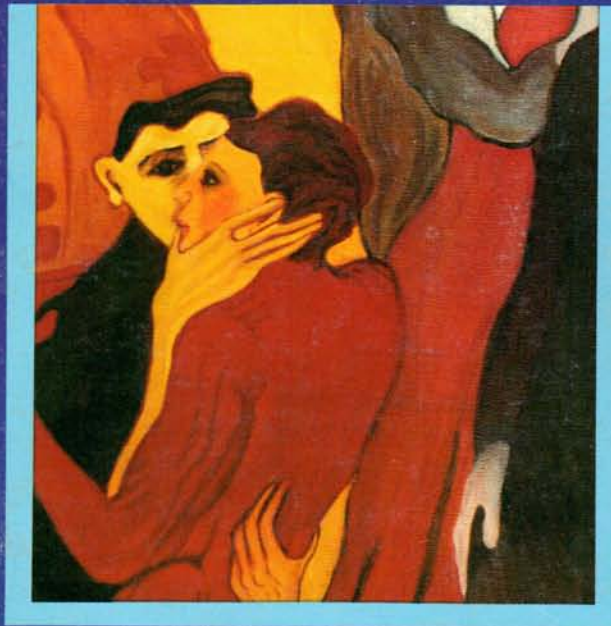




VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

7



GRUPOS

Edelman / Kordon / Bernard

Vanina / Ricón / Pellegrini

García / Anzieu

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen III - Nº 7 Marzo - Abril - Mayo 1992

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); M. Podruzny (Mar del Plata).
CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.
ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero.
LA PAMPA: C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín.
ESPAÑA: J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny.
INGLATERRA: C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas.
URUGUAY: M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1044), Capital Federal, Argentina, Tel. 72-8262 - 953-2353.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert, 63, Bvd. de Picpus, (75012) París, FRANCIA. Tel.: 43.43.82.22.

Gerencia y Administración:
 Carlos De Lorenzo

Diseño:
 Alfredo Saavedra
 Mabel Penette

Composición y Armado:
 Omega Laser
 Callao 157 P.B. "C"

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

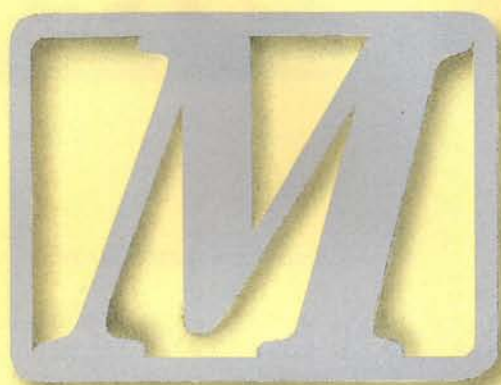
VERTEX VOL. III N° 7, MARZO - ABRIL - MAYO 1992.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Esta Revista se encuentra catalogada en la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS), y en el Sistema Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS), de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OMS).



EL COMPLEMENTO NECESARIO PARA UN PROGRAMA TERAPEUTICO MODELO

ESTRUCTURA EDILICIA

Habitaciones con Baño Privado • Música Funcional • Calefacción Central • Salón de Usos Múltiples • Televisión • Biblioteca • Sala de Lectura • Solarium

PRESTACION

Guardia Médica Permanente • Psicología Clínica • Terapia Ocupacional • Expresión Corporal • Musicoterapia • Grupos Terapéuticos • Ludoterapia • Asamblea Terapéutica • Psicoterapia Individual • Terapias Grupales • Terapia Familiar • Asamblea Multifamiliar • Psicofarmacología • Gimnasia Tera-

péutica • Electroencefalograma • Radiología • Laboratorio • Electrocardiograma • Técnicas Biológicas Variadas • Ambulancia (para derivación clínica de urgencia) • Recreación: Grupos de Movilización, T.V., Radio, Música Motivacional, Biblioteca. • Salidas: Visitas a Museos, Exposiciones, etc.

DOCENCIA

Ateneos Semanales • Cursos • Conferencias

INVESTIGACION

Reflexión Teórica • Técnica Terapéutica • Técnica Pedagógica • Intercambio de Trabajos y Videos con otras Instituciones

Clínica
Modelo
de Psiquiatría s.a.



Paraguay 1983 (1121) Cap. Fed. Tel. 42-3550/812-0360

Dirección del Tratamiento a cargo del Profesional Internante

EDITORIAL

Desde hace unos años se asiste en países de Europa y en Estados Unidos a un progresivo recorte de los presupuestos sanitarios estatales. Como es tradicional la parte dedicada a Salud Mental es una de las primeras en sufrir el retroceso social que ocasionan tales medidas.

Curiosamente es en la argumentación antipsiquiátrica de los años '70 que algunos funcionarios van a buscar los argumentos para una inesperada filantropía a la que no estaban acostumbrados. Hoy se extiende por el mundo y llega a nuestro país esta propuesta que entraña una sensible disminución de las camas y de los hospitales psiquiátricos.

Quede claro desde ya que suponemos dos premisas básicas:

1. La existencia del Hospital Público no es incompatible con la del sector semiprivado o privado de atención de la Salud. Mientras la primera sea un derecho garantizado socialmente y la segunda sólo una opción.

2. La vida manicomial, la institucionalización y toda otra forma de alienación crónica constituyen formas de mortificación del sujeto inadmisibles en nuestros días.

Pero no se asegura el respeto a la primera de esas premisas ni se exorciza el horror de la segunda confiando simplemente en los llamados humanitarios a la comunidad para que ésta aumente su nivel de tolerancia a ciertas conductas humanas, hasta ahora segregadas. Con sólo eso no es esperable reintegrar y reinsertar a las personas con sufrimiento mental en el circuito social.

No sea que esta propuesta de seductora apariencia termine siendo una forma de diluir el costo económico de la solidaridad con nuestros locos en un destino de encierro en el afuera, creando nuevos marginados, "crotos" de solemnidad, aunque se acuñe para designarlos púdicas denominaciones como "home less" o "sans domicile fixe".

En Argentina se vienen desarrollando con gran esfuerzo y desde hace varios años importantes experiencias de reformulación de la atención psiquiátrica que tiene en cuenta lo presupuestario sin descuidar lo humano (ver descripciones de tareas en Río Negro, Santa Fe, Córdoba, en Vertex Nº 3) poniendo el acento en la prevención, la atención en servicios de Psicopatología de Hospital General y las hospitalizaciones parciales de día.

La evaluación de sus resultados, la posibilidad de su aplicación a otros lugares del país, las experiencias piloto, son indispensables para evitar un salto al vacío. Claro que esa prudencia sería hija de una genuina preocupación sanitaria por una modernización psiquiátrica con bases éticas y no engendro de una planificación económica indiferente ante las necesidades básicas de la población ■

R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal y teléfono. Deberá acompañarse en hoja aparte de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.



SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **"Psicofármacos no convencionales"**, Dres. C. B. Sosa y J. J. Herrera, Mendoza, pág. 7.
- **"Nootrópicos y depresión: medicación alternativa"**, Dres. R. Fernández Labriola, E. Trebino, M. Alvarez, Buenos Aires, pág. 12.
- **"Transferencia, repetición, acting-out: metapsicología y clínica diferencial"** Dr. J. Bekerman, Buenos Aires, pág. 17.

2

DOSSIER

- **GRUPOS. Introducción**, Lucila Edelman y Diana Kordon, pág 25; **Psicoanálisis grupal**, M. Bernard, pág 29; **Enfoque guesáltico**, M. E. Vanina, pág. 33; **Grupo y aprendizaje**, L. Ricón, pág 36; **Alcoholismo y grupo**, J. L. Pellegrini, pág. 40; **Psicodrama psicoanalítico grupal**, O. Albizuri de García, pág. 44; y **Entrevista a Didier Anzieu** por D. Wintrebert, pág. 50.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **"Ayer y hoy de una institución manicomial. 137 años del Hospital de alienadas"**, por M. E. Sánchez Avalos, A. L. Martí y G. Haase, pág. 57.

4

CONFRONTACIONES

- **"La teoría del apego en el contexto del pensamiento psicoanalítico contemporáneo" (1ª parte)**, por M. Marrone, pág. 66.

5

LECTURAS Y SEÑALES

- **"Lecturas"** pág. 71, **"Correo de lectores"** pág. 73, **"Señales"** pág. 74.

CONFORMAL 400 AP

Carbamazepina 400 mg AP con liberación en partículas Unicell

Unica carbamazepina en comprimidos UNICELL
de liberación prolongada



La carbamazepina
necesaria y
suficiente para la
liberación de su
paciente epiléptico

CONFORMAL 200 mg

Carbamazepina



Unica carbamazepina en comprimidos incluida
en la canasta de
medicamentos



REVISTA

DE EXPERIENCIAS CLÍNICAS Y NEUROCIENCIAS

P

SICOFARMACOS NO CONVENCIONALES

Resumen:

Se realiza una revisión histórica sobre los orígenes y características fundamentales de los más importantes psicofármacos no convencionales, así como también una evaluación sobre las prescripciones farmacológicas en las distintas especialidades y su relación con la neuropsiquiatría.

Se llega a la conclusión que la observación clínica ha sido y es uno de los soportes más importantes en el descubrimiento de aplicaciones alternativas de distintos medicamentos.

Palabras Claves: Psicofármacos - Antidepresivos - Antipsicóticos - Ansiolíticos - Antiagresivos.

NO SPECIFIC PSYCHODROGUES

Summary:

In this article the authors make a historical review of the origins and individualization of the most important psychopharmacos, as well as an evaluation of drugs prescribable in other medical specialities afterwards used in neuropsychiatry.

They arrive at the conclusion that clinical observation is most important in the discoveries and usage of medicines in different branches of medicine.

Key words: Psychopharmacos - Antidepressants - Antipsychotics - Anxiolytics - Antiagresives.

PSYCHODROGUES NON CONVENTIONNELLES

Résumé:

Cet article fait une révision sur les origines et caractéristiques fondamentales des psychodrogues non conventionnelles les plus importantes, ainsi qu'une évaluation sur leurs prescriptions pharmacologiques dans les différentes spécialités médicales et leur relation avec la neuropsychiatrie.

* Docente de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina U.N.C., Ex Jefe de Médicos Residentes Hospital El Sauce.

** Médico Psiquiatra y Médica Legista. Docente de la Cátedra de Psiquiatría Facultad de Medicina U. N.C Psicopatólogo Forense. Instructor de Médicos residentes (Hospitales C. Pereira y El Sauce) B. Entre Ríos 226 (5.500) Mendoza, Argentina. Tel.: 257256

Comme conclusion il signale que l'observation clinique est l'un des supports les plus importants pour la découverte l'applications alternatives de divers médicaments.

Mot-clés: Psychodrogues - Antidepressifs - Antipsychotiques - Anxiolytiques - Antiagressifs

Introducción

A lo largo de la evolución histórica de la Medicina y de la Psiquiatría en particular, podemos constatar la aparición de importantes hallazgos que han enriquecido ambas disciplinas.

Queremos comentar aquí, uno de los fenómenos más importantes para nuestra profesión como fue la aparición de la Farmacología y los fármacos, en especial los prescritos en otras especialidades, muchos de los cuales merced al estudio y la rigurosa observación clínica, pudieron ser aplicados con una indicación psicofarmacológica hasta ese entonces desconocida.

Si bien en un principio esto ocurrió, como producto de una eficaz observación clínica, más adelante debido a la suma de nuevos descubrimientos y avances en la bioquímica surgió la necesidad de crear líneas de investigación terapéutica bien definidas, intentando una aproximación biológica y farmacológica lo más racional posible para la utilización de los distintos medicamentos. Este fue el motivo por el cual los diferentes laboratorios de experimentación dividieron esta especialidad en tantas líneas de investigación como sistemas funcionales existían en nuestro organismo.

Sin embargo, las primitivas formas de acceder a las nuevas opciones terapéuticas recobraron su valor

Carlos B. Sosa*
Julio J. Herrera**

en las últimas décadas, tal es así que muchos centros de estudio, dedican hoy en día parte de sus esfuerzos a detectar nuevas indicaciones o efectos benéficos en antiguos y ya conocidos medicamentos en los cuales, otra vez la sistemática observación clínica permitió inferir a través de los efectos secundarios y o colaterales otras probables acciones terapéuticas provechosas.

Es por ello que con este trabajo queremos rendir homenaje y manifestar nuestra admiración hacia aquellos grandes semiólogos, los cuales merced a su efectiva y minuciosa labor clínica lograron determinar a través de sus pacientes, acciones farmacológicas específicas en diferentes patologías, transformándose en verdaderos pioneros de la investigación farmacológica.

Estos hechos que muchos olvidan y otros tantos desconocen permitieron espectaculares avances en la terapéutica psiquiátrica, que hasta nuestros días nos siguen sorprendiendo y continuamos aprovechando.(23)

Historia

Como ejemplo de lo mencionado anteriormente relataremos en forma breve tres situaciones fundamentales que marcaron intensamente las terapéuticas psicofarmacológicas.

* En el año 1883 comienza la historia de uno de los principales agentes antipsicóticos actualmente en

uso, cuando Berthsen sintetiza por primera vez las *Fenotiazinas*, durante el curso de experimentos químicos sobre dos colorantes. Sin embargo es recién en la década de 1940 cuando se introducen estos compuestos en estudios farmacológicos, empleándolos primariamente como probables drogas antihelmínticas y luego como antihistamínicos.

Más tarde el cirujano francés H. Laborit asocia un derivado fenotiazínico, la *Prometazina* para la potenciación y facilitación anestésica.(19) Buscando una sustancia similar a esta última y que tuviera una mayor actividad central, surge en 1950 la *Clorpromazina* (descubierta por Charpentier), uno de los más eficaces y potentes antipsicóticos utilizado hasta la fecha. En aquella época aparecen estudios más complejos realizados por Delay y Deniker(10) reportando la eficacia antipsicótica de toda una nueva serie de fenotiazinas.(11)

*Durante 1951 se introduce la *Isoniacida* como importante droga en el tratamiento de enfermos tuberculosos. Un cirujano ortopedista constató que los pacientes medicados con el nuevo compuesto se tornaban "más alegres y menos deprimidos", inmediatamente después, varios autores describen también "cierto efecto euforizante", elevador del ánimo, orexígeno y productor de mayor iniciativa, observado en pacientes tuberculosos bajo aquel tratamiento y especialmente con Iproniazida, droga antituberculosa análoga a la Isoniacida.(9) Kline y sus colegas del Hospital del Estado de Rockland en Nueva York informaron del primer éxito de la *Iproniazida* como antidepressivo en 1957, comprobando más tarde su efectividad en muchos casos de depresión hasta ese entonces resistente al tratamiento.

Ya Zeller y colaboradores durante 1952(27) habían logrado demostrar que la Iproniazida actuaba como inhibidor de una enzima localizada en las mitocondrias e identificada bajo el nombre de Mono Amino Oxidasa. Esto llevo a pensar en la posible acción de Inhibidores de la M.A.O. sobre el metabolismo de las aminas biógenas, abriendo a partir de ello, una nueva alternativa en el tratamiento de diferentes patologías psiquiátricas: Esquizofrenia, Anergia, Depresión. Permitiendo comprobar más tarde, su efecto más eficaz e importante en las enfermedades del ánimo.

* Como tercer ejemplo hablaremos de lo ocurrido con las *Sales de Litio*. Su historia comienza en 1859 cuando se las administra por primera vez en el tratamiento para la gota.

Pasaron casi cien años (1949), cuando John Cade en Australia estudia sobre el posible exceso de una sustancia producida normalmente en el organismo y su probable relación, (al modo de lo que ocurría con la Tirotoxina en los trastornos tiroideos) con la enfermedad Maníaco-Depresiva. Realizó distintos análisis usando orina de pacientes maníacos, inoculándola luego en ratones y administrando las sales de Litio por su acción disolvente de uratos. Y, como ocurrió con muchas otras sustancias en Psiquiatría Biológica, por casualidad, descubre que aquellos animales tratados con estas Sales evidenciaban efectos sedativos. Basándose en este hallazgo decide administrarlas a pacientes maníacos en una dosis similar a la que hoy consideramos óptima, obteniendo con sorpresa el control, remisión y prevención de las fases maníacas.

Desarrollo

Actualmente merced al tipo de conductas antes relatadas sobre la investigación clínico farmacológica, podemos aprovechar otra serie de compuestos empleados primariamente en otras especialidades médicas dándoles una utilización particular en enfermedades psiquiátricas.

Comentaremos ahora sobre algunos de ellos (los más utilizados), brindando nuestra propia experiencia en unos, y sobre sus posibilidades psicofarmacológicas en otros.

Salbutamol: fármaco con propiedades simpático-miméticas, utilizado desde la década del 80 por sus acciones broncodilatadoras. Es un estimulante adrenérgico con pasaje de la barrera hematoencefálica. El primer estudio a doble ciego comparándolo con la Clorimipramina se realizó en 1980(22) demostrando su eficacia terapéutica con una potencia similar al tricíclico. Se utilizó la vía I.V. en do-

sis de 150 mg para la Clorimipramina y 6 mg para el Salbutamol. Nuevos estudios obtuvieron similares resultados. En nuestro país solamente disponemos de comprimidos de 4 mg que, lógicamente tienen una farmacocinética diferente, sin embargo podemos confirmar un efecto beneficioso sobre el *Síndrome Depresivo en general*(2, 5), con acción preponderante sobre la inhibición psíquica y motora. Encontramos como efectos secundarios más importantes de intensidad y frecuencia variables: taquicardia (probablemente secundaria a la vasodilatación producida sobre los receptores β -2 vasculares) y un temblor fino de actitud que disminuyen con los días de tratamiento, menos frecuente la producción de ciertos estados de ansiedad, por lo que no lo recomendamos en cuadros donde el componente ansioso es relevante. La respuesta utilizando comprimidos ha sido rápida, (4 a 8 días) y eficaz tanto en terapias únicas como asociado a Tricíclicos. Utilizamos de 4 a 6 mg por toma cuatro veces al día. De todos modos es necesario continuar con esta experiencia (de tipo abierta) buscando la posibilidad, más adelante de realizar un estudio a doble ciego.

Clonidina: utilizada frecuentemente como hipotensor, tiene una acción estimulante α -2 presináptica central y periférica. Esto produciría una disminución de la transmisión noradrenérgica en el Sistema nervioso Central y Periférico.

Se ha propuesto como mecanismo productor del cuadro maníaco la hiperactividad noradrenérgica, de acuerdo a ello es lógico suponer la probable eficacia clínica de la Clonidina al disminuir la actividad neuronal antes referida. Citamos al respecto el trabajo realizado por Giannini y colab.(15), quienes utilizaron 17 μ g/kg de peso por vía oral obteniendo una remisión marcada del proceso en el término de los primeros diez días, actuando no solamente como sedante, sino con una eficaz *acción antimaniaca*. Creemos que puede ser otra alternativa terapéutica frente a sujetos que muestran una mala tolerancia o deficiente respuesta a los neurolepticos habituales, hacemos hincapié en sus potentes efectos hipotensores que, oportunamente usados y debidamente controlados agregan otra ayuda al control de la sintomatología.

Una segunda indicación de este fármaco es en el *Síndrome de Gilles de la Tourette*, o Enfermedad de los

tics. Una dosis de 3 a 8 µg/kg/día produciría resultados satisfactorios a mediano y largo plazo. La estadística demuestra(21) una efectividad del 50 al 60 %. Se debe tener precaución en no interrumpir su administración bruscamente, pues en la mayor parte de las veces esto suele producir la recaída. La posterior reanudación del tratamiento no logra una eficacia óptima hasta pasadas de dos semanas a cuatro meses.

De acuerdo a su acción agonista α -2 presináptica y su probable efecto sobre el Locus Coeruleus, se la ha comenzado a usar también en la desintoxicación de las dependencias a opiáceos(24). Se realiza el tratamiento bajo internación consistiendo en la administración de 75 µg de Clonidina cada 2 a 3 horas, controlando en forma continua la Tensión Arterial (la que no deberá disminuir a menos de 90 mm de Hg de Máx) y los síntomas de abstinencia; pudiendo utilizarse analépticos cardiovascularmente para corregir una posible hipotensión. Se deberán espaciar las tomas al cuarto día del tratamiento, disminuyendo también la cantidad administrada, intentando llegar al octavo día a una dosis de mantenimiento de 75 µg por la mañana y por la noche. Hasta el momento no se ha podido demostrar una dependencia a este fármaco.

Existe un estudio preliminar realizado a doble ciego, efectuado por Jimerson D. y colabor. utilizando Clonidina en diferentes patologías psiquiátricas, de este rescatamos los beneficios obtenidos en dos pacientes *esquizofrénicos* reduciendo la agresividad y la excitación.

Por último mencionaremos una probable acción terapéutica en los trastornos de memoria del *Síndrome de Korsakow* y en el *tratamiento del Tabaquismo*, disminuyendo el deseo de fumar, utilizando dosis de 100 microgramos de mañana y tarde.(20, 16)

Verapamilo: es un bloqueante cálcico utilizado como antihipertensivo y antiarrítmico.

Sus indicaciones en psiquiatría parten de los estudios realizados sobre la fisiología y farmacología del

transporte de calcio en el S.N.C. y su relación etiológica con diferentes tipos de Psicosis Endógenas, habiéndose comprobado una variación en la concentración plasmática y en el L.C.R. durante el curso de estas enfermedades(12, 8).

Existen trabajos(14) que demuestran su eficacia en el control de la *Manía aguda*: Steven y colab. realizaron un estudio comparativo con placebo a doble ciego con pacientes entre 25 y 55 años durante una fase Maníaca aguda, comprobando una significativa mejoría (del 65%), durante su administración entre la primera y segunda semanas en forma gradual, que se mantuvo mientras se les administró Verapamilo.

Betabloqueantes: fármacos habitualmente usados en la Cardiopatía Isquémica, la Hipertensión Arterial y distintos tipos de Taquiarritmias. Su uso en neuropsiquiatría es realmente diverso.

Aunque las Benzodiazepinas sean los fármacos ansiolíticos más indicados y de mayor eficacia, utilizamos los Bloqueadores β como tratamiento de segunda elección fundamentalmente en aquellos casos donde predomina la *ansiedad somática*, permitiendo principalmente un control de los síntomas autónomos: palpitaciones, sudor, temblor y diarrea. El que más utilizamos es el *Propranolol*: por presentar una acción muy regular y la posibilidad de obtener un efecto central (no suficientemente demostrado) y otro periférico,(3) lo indicamos en dosis de 60 a 80 miligramos.

Existe una importante cantidad de estudios experimentales sobre su uso en *Psicosis Esquizofrénicas*(14), demostrando resultados eficaces en un porcentaje pequeño de casos y a dosis mayores a los 160 mg/día, las mejorías obtenidas se observan sobre la ansiedad, excitación alucinaciones y trastornos del pensamiento.

Otros cuadros en los cuales los prescribimos con excelentes resultados son: *para el control del Temblor Esencial*(17), *el inducido por la Litiorrapia*(18) y *en la prevención de Migrañas*, empleando dosis similares a las antes mencionadas.

Finalmente citaremos al *Betaxolol*(7) en el tratamiento de determinados tipos de *Tartamudez*: donde existía como etiología probable una lesión o disfunción subyacente en el S.N.C., en los cuales demostró una espectacular mejoría a dosis de 20 mg/diarios durante todo el tiempo que duró su administración, regre-

sando a la situación anterior una vez suspendido el fármaco.

Cipropterona: en su forma de acetato se lo utiliza habitualmente por su función antiandrogénica en el tratamiento de las manifestaciones virilizantes de la mujer tales como: hirsutismo, alopecia, cuadros graves de acné y seborrea. Su acción es específica en el órgano blanco, agregándose a esto un efecto progestacional marcado que llega a suprimir por retroalimentación el aumento de LH y FSH.

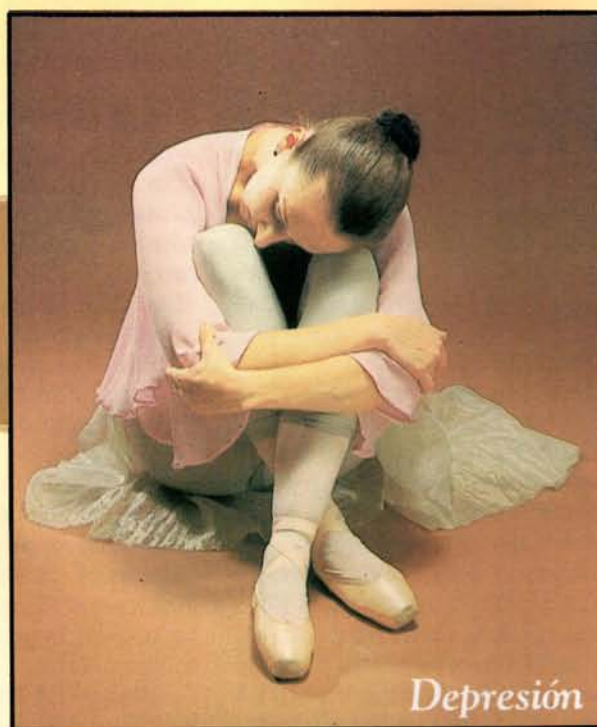
Hay hallazgos(13) que sugieren la importancia de las hormonas gonadales en el desarrollo de los sistemas serotoninérgicos. Se cree que los andrógenos, específicamente la testosterona, podrían (a través de un efecto enzimático), disminuir la concentración de serotonina, o que los estrógenos por una acción directa sobre el tejido cerebral incrementen la capacidad para producir serotonina. En base a esto se realizó un estudio piloto administrando Cipropterona a seis mujeres con *Trastornos Obsesivo-Compulsivos* resistentes al tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Se observó la mejoría de los síntomas durante el tratamiento farmacológico, reapareciendo luego de retirada la medicación.

Consideramos esta alternativa como una "medida heroica" en el tratamiento de pacientes del sexo femenino resistentes a la medicación habitual en uno de los cuadros de más difícil manejo en nuestra práctica clínica.

Captopril: fármaco Inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina. Se lo emplea habitualmente como antihipertensivo y por esto último como coadyuvante en el infarto agudo de miocardio. Actualmente se estudia la posibilidad de su uso, al igual que otros compuestos que actúan en el eje renina-angiotensina, para el tratamiento de los *trastornos de memoria* tanto de los deterioros seniles como el de los cuadros demenciales(4).

Carbamazepina: es uno de los fármacos antiepilépticos más recientes, (se introdujo en la práctica clínica en la década del 60), de gran poten-

*Contribuye a recuperar
la autoestima
y el impulso vital.*

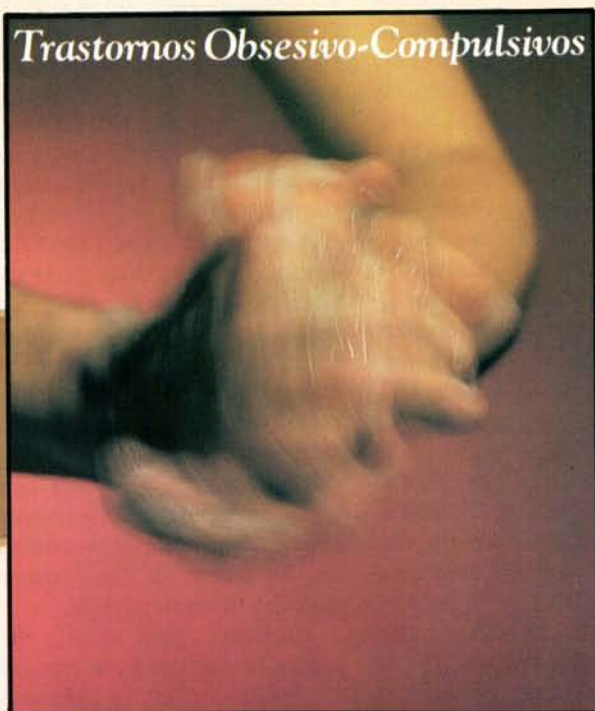


NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro

Trastornos Obsesivo-Compulsivos



*Reduce los
síntomas rituales.*

Presentación:
Envases conteniendo
30 comprimidos.



SNC
Bagó

cia terapéutica y amplio espectro de acción, con escasos síntomas secundarios. Es un derivado iminostilbeno, con una estructura tricíclica similar a la de los Antidepresivos Tricíclicos fundamentalmente a la de la Imipramina. Su probable acción como anticonvulsivo es disminuyendo principalmente la propagación de la descarga a otras zonas del cerebro (reduciendo la entrada de Sodio a la neurona y por lo tanto su excitabilidad), actuando en diferentes áreas del S.N.C., principalmente en el Diencefalo, Sistema Límbico y en menor medida sobre la Formación Reticular y el Neocórtex. Su administración aguda, disminuye el recambio de Dopamina, Noradrenalina y GABA, aumentando la salida de Acetilcolina y Sustancia P. Probablemente sus efectos crónicos los ejerza sobre la función dopaminérgica y serotoninérgica a nivel presináptico, disminuyendo la síntesis y liberación de la primera.

Hoy en día se la reconoce como una *droga de interfase entre la Neurología y la Psiquiatría*. Desde un principio se observó junto con su eficacia anticonvulsiva, que producía evidente mejoría en el *comportamiento de los pacientes epilépticos*, tanto en su esfera emocional, conductual, intelectual, como así también en los *Estados Psicóticos* de la misma etiología. Sobre la base de estos hallazgos se introdujo este compuesto en el campo de la Psiquiatría. Hemos obtenido óptimos resultados en el control de *cuadros de agresividad inespecíficos* (independientes de su diagnóstico primario) con o sin daño orgánico-cerebral.

Otra de sus indicaciones es en el tratamiento y profilaxis de las *Psicosis Maníaco-Depresivas, Maníacas Puras* y en menor medida en las *Depresiones Endógenas Recurrentes*. En relación al control de los episodios Maníacos, hemos comprobado (a partir de lo aconsejado por el Dr. M. Dose) que administrándola en forma de jarabe se logra yugular la crisis tan rápida y eficazmente como con los neurolépticos clásicos, evitando la aparición de efectos extrapiramidales, quedando demostrado a su vez el sinergismo con el Litio(1), siendo una alternativa eficaz en aquellos pacientes cicladores rápidos - litio resistentes, en los cuales estas sales pueden llegar a exacerbar el cuadro.

Creemos que es también, una alternativa terapéutica(26) en *Cuadros Psicóticos rebeldes* a los neurolépticos habituales, mejorando la agresivi-

dad, irritabilidad y síntomas productivos en general, disminuyendo los efectos extrapiramidales de los neurolépticos.

Mencionamos su eficacia para el tratamiento de los *Síndromes Dolorosos de origen neurológico*: neuralgias y neuropatías, y su curioso efecto en la *Diabetes Insípida*.

Las dosis y niveles plasmáticos terapéuticos son en general similares a las utilizadas como anticonvulsivante, a excepción de los cuadros maníacos en los que hemos debido administrar dosis más altas (hasta 2.000 mg/d). Hemos comprobado (como se menciona en la bibliografía-6), que la Carbamazepina es inductora enzimática de su propio metabolismo (fenómeno de autoinducción). Esto ocurre con el tiempo, es decir, al administrarla en forma crónica. Como consecuencia de esto su eliminación se torna más rápida y sus concentraciones en el lugar de acción caerán de la misma manera, por ello nos manejamos habitualmente con dosis periódicos de concentración plasmática con un rango promedio de 6 a 10 µg/ml para la mayoría de los cuadros y de 10 a 12 µg/ml para los episodios maníacos.

Dejamos a propósito para el final este último compuesto al cual no sin razón se lo ha comparado por sus múltiples acciones a los antibióticos de "amplio espectro". Creemos que este brinda un claro ejemplo de lo relatado al comienzo de este trabajo. Es imprescindible continuar con una eficaz metodología de observación clínica reparando no sólo en la patología productora de la dolencia de nuestros pacientes sino también sobre otros efectos provocados a distintas estructuras del organismo. Tendremos de esta manera, la posibilidad de brindar una contribución efectiva para el avance de la Medicina General y de la Psiquiatría en particular y el bienestar de nuestros enfermos ■

Bibliografía

1. Ballenger, J. C., Utilización Clínica de Carbamazepina en los Transtornos Afectivos. J. Clin. Psychiatry 49 (suppl): 13-19, 1988.
2. Belmaker, R. H., Lerer, B., Zohar, J.,

Salbutamol treatment of depression. Adv. Biochem. Psychopharm. 32: 181-93, 1982.

3. Beonn, J. y otros, D- propanolol and anxiety. Lancet 1: 155-156, 1976.

4. Bergener, M., Reisberg, B., Diagnosis and Treatment of Senile Dementia. Pag. 238-239, Germany, 1989.

5. Beta-adrenergic stimulation and antidepressant activity. Acta Psych. Scand. Suppl. 290: 173-178, 1981.

6. Brodie, M, Farmacología Clínica de la Carbamazepina de Liberación Continua. Conferencia dictada en Buenos Aires, Argentina el 16 de Noviembre de 1990.

7. Burris, J., Riggs, C., Brinkley, R., Betaxolol and Streetering. Lancet . 335: 223, 1990.

8. Calcium Antagonists in Mania: A double Blind Study Verapamil. Psychiatry Res. 18: 309-320, August, 1986.

9. Castilla del Pino, C., Síndrome hipéresténico. Alteraciones de la Personalidad consecutivas a la terapéutica hidrazínica. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 14 (3):210-219, 1955.

10. Delay, J., et Deniker, P. Methodes chimiotherapiques en Psychiatrie. Des nouveaux medicaments psychotropes, p 496 Masson. Paris, 1961.

11. Deniker, P. et Ginestet, D. Les neuroleptiques. Encycloped. Med. Chir. Psychiatrie 37.860 B 20, Paris, 1973.

12. Dose, M., Emrich, H. et al., Antagonists in Mania. Psychoneuroendocrinology.

13. Essman, W. y Cooper, In Essman, W.B.: Serotonin in health and disease. Vol II. Physiological regulation and Pharmacological action. Spectrum Publications, Inc. New York, London, 1978.

14. Feline, A., et Jouvent, R., Manifestations psyhosensorielles observées chez des psychotiques soumis a des medicaments betamimétiques. Encephale III, 2: 149-158, 1977.

15. Giannini, A., Eptein, I., Gold, M. y otros, Clonidine in Mania. Drug Development Research. 3: 101-103, 1983.

16. Glassman, A., Jackson, W y col., Cigarette carning, smoking withdrawal and clonidine. Science. 226: 864-866, 1984.

17. Jefferson, D., y otros, Beta adrenoceptor antagonist in essential tremor. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 42: 904-909, 1979.

18. Kirk, L. y otros. Propanolol treatment of Lithium-induced tremor. Lancet 2: 1986-1987, 1973.

19. Laborit, H., "Les Comportements"-Masson et Cie, 1973.

20. Large, G. et col., Clonidine et détoxicación tabaquique. 3° Journée de la dépendance tabaquique.

21. Leckman, J., y col., Rebound phenomena in Tourette's Syndrome after abrupt withdrawal of Clonidine. Arch. Gen. Psychiatry. 43: 1.168-1.176, dic. 1983.

22. Lecrubier, Y., Jouvent, R. y otros, British Journal Psych. 136: 354-358, 1980.

23. Meyers, F. H., Yawetz, E., Goldstein, A., Manual de Farmacología Clínica México, Ed. El Manual Moderno, 4° ed, 1980.

24. Roux, J. M., Kamnel, F., Pharmacodependances non éthyliques. Encycl. Méd. Chir. Intoxicacions. 16060 A10-4, 1985.

25. Sudilowsky, A., Croog, S. H. y otros, Differential effects of antihypertensive medications on cognitive functioning. Psychopharmacol. Bull (In press).

26. Trimble, M., Carbamazepina: una droga de interfase entre la neurología y la psiquiatría. International Clinical Psychopharmacol. Vol: 5 Suppl. 1, January 1990.

27. Zeller, E. Barsky, J., y otros. Influence of isonicotinic acid hydrazide and 1-isonicotinic-2-isopropil hydrazide on bacterial and mammalian enzymes. Experientia, Vol 8: 349, 1952.

N

OOTROPICOS Y DEPRESION: MEDICACION ALTERNATIVA*

Resumen

En el presente trabajo los autores informan en comunicación preliminar su experiencia con la asociación de piracetam y anti-depresivos convencionales en depresiones resistentes, y depresiones con insatisfactoria respuesta terapéutica a la medicación convencional; también, como monodroga, en depresivos que debieron discontinuar o interrumpir su medicación, y en depresiones de la tercera edad.

Se trata del informe correspondiente a las observaciones preliminares y al pre-proyecto de una investigación clínica actualmente en desarrollo dividida en tres etapas. Dicho programa es aplicado a pacientes hospitalizados portadores de diversas patologías en las que subyace la depresión y contempla la utilización de Nootrópicos per-os e intravenosos asociados a distintas moléculas monoaminérgicas.

Palabras Clave: Piracetam - Depresión - Asociación medicamentosa.

NOOTROPICS AND DEPRESSION ALTERNATIVE MEDICATION

Abstract:

In this article the authors inform the preliminary results of their experience with the association of Piracetam and conventional antidepressants in resistant depressions or depressions with unsatisfactory response to conventional medication; also, as unique drug, in depressive patients that had to interrupt their medication and in the depressions of elderly patients.

The article informs about the preliminary observations and the pre-project of a clinical investigation that is being developed divided in three stages. Such program is applied in hospitalized patients with diverse pathologies in which depression underlies and focuses on the use of nootropics per os and I.V. associated to different monoaminergic molecules.

Key Words: Piracetam - Depression - Drug association

NOOTROPIQUES ET DEPRESSION: ALTERNATIVE CHIMIOOTHERAPIQUE

Résumé:

Dans cet article les auteurs présentent les conclusions préliminaires de leur expérience concernant l'utilisation du piracetam soit en association avec des antidépresseurs conventionnels (comme traitement de dépressions résistantes et de dépressions qui ont une réponse thérapeutique insatisfaisante à la médication conventionnelle) soit comme monodrogue, dans le cas de dépressifs qui ont dû interrompre leur traitement ainsi que dans le cas de dépressions du troisième âge.

Il s'agit du rapport correspondant aux observations préliminaires et à l'avant projet d'une recherche clinique actuellement en cours divisé en trois étapes. Ce programme est appliqué à des patients hospitalisés ou non, porteurs de pathologies diverses où la dépression est sous-jacente; il contemple l'usage de Nootropiques per-os ou intraveineux associés à molécules monoaminergiques diverses.

Mot-clés: Piracetam - Dépression - Association médicamenteuse.

Introducción

El proyecto de este trabajo surge a partir de los conflictos que plantea la clínica psiquiátrica en el tratamiento de algunos pacientes depresivos que no responden a la medicación convencional de acuerdo a las expectativas terapéuticas.

En relación con esto encontramos un *primer grupo* integrado por pacientes que reciben anti-depresivos convencionales y tienen una respuesta terapéutica pobre a pesar de la indicación correcta en cuanto a dosis y durante el tiempo adecuado según la molécula elegida.

Un *segundo grupo* está integrado por depresivos que no responden al tratamiento correctamente indicado en dosis y tiempo, y que cumplen con los requisitos necesarios para ser incluidos en las llamadas "depresiones resistentes" según el DSM III (Fracaso de la terapia anti-depresiva administrada en dosis iguales o mayores a las recomendadas en el diccionario Vidal durante tres semanas como mínimo). Si bien es cierto que las verdaderas depresiones resistentes

Roberto Fernández Labriola **

Eduardo Trebino ***

Mariano Alvarez ****

son bastantes menos que las que se diagnostican como tales, teniendo en cuenta que en muchas oportunidades se medica a sub dosis y sub tiempos es, sin embargo, una realidad la existencia de las mismas en consultorios psiquiátricos.

Un *tercer grupo* de pacientes está integrado por aquellos que responden adecuadamente y satisfactoriamente a la medicación anti-depresiva elegida pero que presentan inter-currencias que obligan a discontinuar, y aun a interrumpir la administración farmacológica por ser estas patologías contraindicaciones de los anti-depresivos o bien por ser desaconsejable la administración de los mismos. (adenoma de próstata, carcinoma de próstata, glaucoma de ángulo cerrado, embarazo, etc.)

Un *cuarto grupo* está integrado por desordenes depresivos en pacientes ancianos que no toleran las dosis terapéuticas de los anti-depresivos o bien que éstos producen efectos no deseables o respuestas terapéuticas inconvenientes. En los depresivos de la tercera edad, algunas

* Trabajo de investigación clínica realizado en el Centro de Investigaciones "Edmundo Fischer" (CIEF) Venezuela 4381 (1211) Buenos Aires, Argentina T. E.: 983-7647/1850.

** Médico psiquiatra. Presidente de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica. Director del CIEF. Profesor de post grado U.N. Tucumán, U.A. John F. Kennedy, U.Fed. de Belo Horizonte.

*** Médico psiquiatra, docente universitario de la U.N.B.A. y U.A.J.F.K. Coordinador del Departamento de Docencia del CIEF.

**** Médico residente de psiquiatría en el Hospital Nac. Borda. Miembro del Departamento de Investigaciones clínicas del CIEF.

averías funcionales del sistema nervioso central producen una respuesta pobre o "caprichosa" al tratamiento antidepressivo, más una multiplicidad de inconvenientes que plantean los efectos adversos, las asociaciones medicamentosas y las respuestas paradójales.(14)

Se decidió ensayar una propuesta alternativa: sumar a la acción antidepressiva de los fármacos convencionales una molécula facilitadora de la respuesta terapéutica. En el pre-proyecto (ver material y método) se eligió el piracetam fundamentando esta elección en la acción terapéutica de los nootrópicos, y teniendo como referencia un trabajo presentado al Simposio Internacional sobre Nootrópicos realizado en Rio de Janeiro en 1979.(18, 19 y 20) Los autores proponían la utilización del piracetam en la depresión refractaria a la acción de los fármacos obteniendo buenos resultados clínicos, y correcta fundamentación teórica. Esta propuesta original de Kabes, Dostal, Hanzlicek y Skondia,(18, 19 y 20) hasta ahora única, fue enriquecida en nuestra experiencia al ensayar nootrópicos en los cuatro grupos mencionados. En el primer grupo como disparador de una respuesta terapéutica mas aceptable, en esos casos en los cuales la mejoría —si bien existente— no satisfacía ni a los pacientes ni al equipo de profesionales tratantes. En el segundo grupo como medicación asociada para "desanclar" al paciente de su estado depresivo. La asociación se realizó entre la molécula convencional mas efectiva segun la experiencia terapéutica, el perfil biológico del paciente y la vía mono aminérgica de acción de la molécula y el piracetam administrado en dosis altas (mas de 2,4 g diarios) por vía oral o intravenosa. En el tercer grupo como continuador del tratamiento antidepressivo discontinuado debido a la patología intercurrente, para evitar el agravamiento del cuadro (en nuestra casuística: adenomas y adenocarcinomas de próstata, 3 casos; glaucoma de ángulo cerrado, 1 caso; otros, 1 caso).

En el cuarto grupo como medicación alternativa en distimias involuntivas de incorrecta respuesta o difícil medicación con antidepressivos convencionales (contraindicaciones, efectos adversos, asociaciones, etc.).

En el marco de nuestro proyecto hemos visto que a partir de la observación de 26 casos incluidos en los cuatro grupos señalados, se podía inferir que la asociación de moléculas nootrópicas —de ellas el piracetam— mejoraba la respuesta terapéutica de los antidepressivos convencionales (grupo 1 y 2), sostenían una mejoría que había sido lograda por fármacos convencionales, luego discontinuados (grupo 3), y provocaban mejorías clínicamente apreciables al ser utilizadas como única droga psicoactiva (grupo 4), en pacientes que recibían múltiples medicaciones por patologías varias (antihipertensivos, digitálicos, antireumáticos, hipoglucemiantes orales, hipocolesteroléunicos y bomba de insulina).

Aspectos farmacológicos

El núcleo de la molécula puede obtenerse a partir del ácido gamma amino butírico o GABA por supresión de una molécula de agua seguida de ciclación.

La farmacocinética de la molécula nos presenta al piracetam con muy buena absorción por vía oral logrando superficies correspondientes a las curvas de concentración plasmáticas similares a los de la administración intravenosa. Tras su administración crónica (6 semanas en el hombre) no se modifican las constantes de absorción. Es soluble en agua, insoluble en los medios orgánicos, no se fija a las proteínas y no tiene metabolismo hepático(15). No ha podido evidenciarse ningún metabolito, incluso a partir de la molécula radioactiva, ni en los productos de excreción (orina, heces) ni en la sangre, el hígado o el cerebro. Se transporta y excreta sin que se modifique su forma. Esta propiedad no varía con la dosis (hasta 1g/kg en la rata), ni tras su adminis-

tración crónica. La excreción de la sustancia se hace totalmente sin que se modifique la forma por vía urinaria en un 98% y en un 2% por las heces. En la rata, el perro y el hombre la recuperación del producto es casi total en 30 horas, independientemente de la dosis(16). La vida media plasmática en el hombre adulto está entre 3,5 a 4,5 horas. En el caso de ser administrado a una mujer embarazada, ya que atraviesa barrera hemato placentaria, la vida media plasmática se ve aumentada. En los niños hasta no tener un desarrollo completo de su función renal también se alarga la vida media en plasma. Se determinó en el hombre la evacuación renal y se evaluó en 86 ml/min, lo cual refleja una reabsorción tubular parcial. Se estableció la distribución de la molécula radioactiva en la rata y se observó que el comportamiento del piracetam era homogéneo en los órganos principales que se estudiaron (corazón, hígado, riñones, suprarrenales, bazo) y seguía las cinéticas plasmáticas y sanguíneas tanto a nivel de las concentraciones obtenidas en los órganos como a nivel de las constantes de absorción y de eliminación(17). Las concentraciones máximas obtenidas en los órganos y en la sangre son directamente proporcionales a las dosis administradas. Estos datos se integran válidamente en el modelo farmacocinético monocompartimental en el cual las constantes cinéticas y las propiedades metabólicas de la molécula excluyen la acumulación tras la administración crónica. Sin embargo se observó en la rata que el cerebro y el cerebelo, órganos de poca dimensión en relación al volumen de distribución del piracetam, se comportan de forma diferente. Las cinéticas de distribución del piracetam a nivel del cerebro y cerebelo indica que si absorción en los mismos disminuye (concentración máxima tras la administración oral en la rata: entre 2 y 3 horas), permanece en ellos más tiempo que en la sangre obteniéndose relaciones concentración cerebro/sangre superiores a uno a partir

PIRACETAM



NOOSTAN

NOOTROPICO



**Mejora la comunicación...
del paciente geronte
con su entorno**

PRESENTACION:
Envases con 40 comprimidos



ELVETIUM S.A. Cátulo Castillo 2437 (1261) Buenos Aires - Argentina
Licenciataria exclusiva de Rhône Poulenc y Rhodia Argentina

de la 3er hora (rata) (4 y 5). Las mediciones autoradiográficas indican una afinidad particular hacia la materia gris(23). Dicho tropismo de la molécula hacia este tipo de tejido podría explicar la aparente selectividad de su acción a nivel del sistema nervioso central. En el hombre los análisis de la sustancia en el líquido cefaloraquídeo parecen indicar similitudes de comportamiento.

Mecanismo de acción

Los nootrópicos ejercen sus acciones tanto a nivel intracelular como intercelular de neuronas eritrocitos y plaquetas fundamentalmente. Sus propiedades son:

Propiedades metabólicas

- Favorece la producción de ATP (26 y 2). Produce aumento de receptores muscarínicos en la membrana celular(24) y aumento intracelular de los segundos mensajeros AMPc(27) y fosfatidil-inositol por su efecto favorecedor de la comunicación intracelular(25).

- Aumenta el aporte de Oxígeno y glucosa a la neurona(3). Proteje la estructura fosfolípida de la membrana celular disminuyendo su degradación, aumentando su síntesis y acelerando el recambio de la misma(28).

- Intracelularmente acelera el recambio del fosfatidil inositol y la liberación de acetilcolina(30).

Propiedades antiagregantes plaquetarias

- La trombosis plaquetaria es la consecuencia del hiperfuncionamiento de la membrana (hiperreactividad) y de un aumento del intercambio de los mensajes intercelulares entre plaquetas (liberación b-triglicéridos y prostaglandinas F4). El piracetam actúa normalizando la hiperactividad, disminuyendo la agregación de los trombositos hiperreactivos, inhibiendo la liberación de los TG-b y PGF4, disminuyendo la formación de tromboxano A2(1).

Propiedades hemorreológicas

- Mejora la microcirculación sin vasodilatación. Por su efecto sobre la membrana celular mejora la deformabilidad de los eritrocitos (acción intracelular) y disminuye la formación de conglomerados eritrocitarios (acción intercelular)(22).

Dentro de la familia de los nootrópicos también junto al piracetam se encuentra el Pitirinol o piritioxina(9).

Material y método

El proyecto de investigación clínico está integrado por los siguientes tramos:

1. *Observaciones preliminares (1991)*: primeras observaciones, propuestas de trabajo discutidas por el grupo, diseño de abordaje terapéutico, ensayo de otras moléculas luego descartadas, además del piracetam. En ese tramo se utilizaron los llamados concienciógenos -la centrofenoxina(12)-, la sulfo adenosil-L-metionina (SAME) cuya acción antidepresiva fue ampliamente estudiada por nosotros anteriormente, utilizándola por vía intramuscular(7X(II)), en depresivos alcohólicos(10), y por vía oral(6, 7 y 11), y también el 2 dimetil amino etanol(13).

2. *Pre-proyecto (2do cuatrimestre 1991)*: Se eligió la molécula a asociar: Piracetam; la vía de administración: oral e intravenosa; la dosis: no inferior a 2,4 g; el tiempo: no inferior a 4 semanas. Se observaron 26 casos(14). El informe del pre-proyecto constituye la presente comunicación preliminar.

3. *Proyecto - 1er Tramo (último cuatrimestre 1991, 1er cuatrimestre 1992)*: Integración de los cuatro grupos, criterios de inclusión y exclusión, elección de no más de tres moléculas antidepresivas (clorimipramina, amineptino, mianserina), a las que se les asoció piracetam según las normas del pre-proyecto (este tramo está actualmente en ejecución), integrado por 60 pacientes.

4. *Proyecto - 2do Tramo (año 1992)*:

enero a diciembre): Los mismos investigadores clínicos del presente estudio junto al equipo de trabajo de E. Kalina:

Utilización del piracetam intravenoso en depresivos alcohólicos, depresivos adictos a cocaína y en poliadicciones, como monodroga (grupo 1) y asociado a carpipramina (grupo 2)

5. *Proyecto - 3er Tramo (segundo semestre 1992)*: Se estudiará la respuesta -en el marco clínico de los cuatro grupos de referencia original- del piracetam intravenoso asociado a clorimipramina y maprotilina intravenosa (grupo 1), a desipramina por venoclisis(29) (grupo 2), a fluoxetina por vía oral(21) (grupo 3) y a toloxatona por vía oral(8) (grupo 4) (21).

Resultados

Los 26 casos observados por nosotros en los que se asoció piracetam a la medicación antidepresiva convencional presentaron algún grado de mejoría con respecto a la situación previa. Esta observación clínica justificó pasar del Pre-proyecto (presente comunicación), al Proyecto Primer Tramo (en ejecución) y al Proyecto Segundo y Tercer Tramo (1992) ■

Bibliografía

1. Barnhart, M. I., et al 2nd International Symposium on Nootropic Drugs, México May 21-22, 1981, p: 182-196.
2. Burnotte, R. E., Gobert, J. G., Temmerman, J. J.: "Piracetam (2-pynolidine acetanide) induced modification of brain polyribosome pattern in ageing rats", 1973, *Birchemicalpharmacology* 22/7:811-814.
3. Depresseux, J. C., et al Poster Session, SIR Congress Paris, 1986.
4. Calliaw, L., Marchau, M.: "Clinical trial of piracetam in disorders of consciousness due to head injury", 1975, *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 26/1: 51-60.
5. Calliaw, L., Marchau, M.: "Le traitement non chirurgical des traumatismes craniocérébraux", 1976, *Comm. 28e Congress Int de Medecine et de Pharmacie Militaires, Lima (Pérou)* 29 mars 4 avril.
6. Fernandez Labriola, R., Kalina, E., Servi-

- dio, M., Alvarez, M.: "Sulfoadenosil-L-metionina, su actividad antidepressiva por vía oral", 1990, Acep. p/ su publicación Revista Argentina de Psicopatología.
7. Fernandez Labriola, R., Kalina, E., Glina, H.: "Acción de la S-Adenosin-L-metionina (SAME) en depresiones endógenas", presentado al II Simposio de la FLAPB, Puebla, Mejico, 15 al 20 de Abril. Publicado Actas del evento.
 8. Fernandez Labriola, R., Caetano Esquivel, G., Alvarez, M., Servidio, M.: "Utilización de la toloxatona en el tratamiento de la enfermedad depresiva". Aceptada publicación Actas Latinoamericanas, Octubre 1991.
 9. Fernandez Labriola, R.: "Aportes a la terapéutica con Piritinol", 1969, M.Q.A., publicación interna.
 10. Fernandez Labriola, R., Kalina, E., Glina, H., Trebino, E., Trombetta, R., Glina, H., Córdoba, M.: "Acción de la SAME en alcohólicos depresivos", 1986, Revista de Neuropsiquiatría y Salud Mental, Soc. de Psiq. y Neur. de Villa María y Sur de la Pcia. de Córdoba, I, 1:19-22.
 11. Fernandez Labriola, R., Kalina, E., Glina, H.: "Criterios for S-Adenosyl-L-methionine (SAME) use as antidepressant drug", 1987, New Trends. Exp. Cli. Psych. III, 34: 219-232.
 12. Fernandez Labriola, R.: "La centrofenoxina en la fatiga física y los trastornos psicopatológicos", 1963, El día médico, 84:1896-1897.
 13. Fernandez Labriola, R.: "Cincuenta conductopatías tratadas con el 2-dimetilamino-etanol", 1964, El día médico. 11:196-197.
 14. Fernandez Labriola, R.: "Actualización en Nootrópicos", 1991, Conferencia dictada el 23 de julio, Buenos Aires, Argentina.
 15. Gobert, J.: "Genese d'un medicament: le piracetam. Metabolisation et recherche biochimique", 1972, J.Pharmacie de Belgique, 27/3: 281-304.
 16. Gobert, J., Temmerman, J.: "Piracetam - induce increase of the rat brain energetic metabolism and of the polyribosome/ribosome ratio in old rats" Comm. are 4th Int. Meeting of the Int. Soc. for Neurochemistry, Tokyo Japan, 26-31/8/1973.
 17. Gobert, J., Temmerman, J.: "Piracetam induced modifications of the brain polyribosome content in ageing rat", 1974, Comm au Giessenes Symp uber Experimentelle Gerontologie Giessen (Allemagne), 16-17 mars, Altern, 1974, p: 143-147.
 18. Kabes, J., Erban, L., Dostal, T., Hanzlicek, L., Skondia, V.: "Acción clínica y bioquímica del piracetam sobre la depresión refractaria a la acción de los fármacos", 1979, Clinical Therapeutics II, 5: 258-364.
 19. Kabes, J., Erban, L., Hanzlicek, L., Skondia, V.: "Biological correlations of the clinical effect of piracetam in psychotic patients", 1979, Acta ther. 7 IV: 277-284.
 20. Kabes, J., Erban, L., Hanzlicek, L., Skondia, V.: "Biological correlates of Piracetam clinical effects in psychotic patients", 1979, J.Int.Med.Res. 7 IV: 277-284.
 21. Kalina, E., Fernández Labriola, R., "Estudio Multicéntrico realizado en pacientes depresivos con fluoxetina". actualmente en realización.
 22. Murayama, Van Potiels Bergue, Vincetellil, International Symposium on Nootropics Drugs, Rio de Janeiro, October 25-26, 1979, p.: 205-210.
 23. Ostrowski, J., Keil, M., Schraven, E.: "Autoradiografische Untersuchungen zur Verteilung von Piracetam 14-c bei Rotte und hund", 1975, Arzn. Forsch (Drug Res.) 25/24: 589-596.
 24. Pilch, H., Muller, J., Psychofarmacology, 94,74-78,1988.
 25. Racagni, G., et el 12th Intern. Symp. on Nootropic Agents, Venice, April 26, 1986, Com.
 26. Skondia, V., et al The Journal of International Medical Research., 1985, 13, 185-187.
 27. Weth, G.: "Piracetam in der Geriatrie", F. K.Schottaner-Verlog, 1982,11-22.
 28. Woelk H., Pharmakopsychiatrie, 1979,12, 251-256.
 29. Wolfenson, M., Fernández Labriola, R., POTGAITZ, J.: "Bases Neurocibernéticas en la enfermedad depresiva. Su tratamiento negato entropo por venoclisid con una solución de desipramina", 1972, Med.Klin. Arg. 125: 54-61.
 30. Wurtman, R.J., et al Life science, 1981, 28/10: 1091-1093.

Lía Ricón y cols.	Otros caminos. Nuevas técnicas en psicoterapia.
Oscar Masotta	Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan.
Jay Haley	Las tácticas de poder de Jesucristo.
Murray Bowen	De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar .
Annamaria Campanini y Francesco Luppi	Servicio social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana.
Escuela Europea de Psicoanálisis del Campo Freudiano de Cataluña	Freudiana, 1991 número 1 Freudiana, 1991 número 2 Freudiana, 1991 número 3
Louis-Vicent Thomas	La muerte. Una lectura cultural.
Judith Miller	Album Jacques Lacan. Imágenes de mi padre.
Gerard Wehr	Carl Gustav Jung. Su vida, su obra, su influencia.
Emiliano Galende	Historia y repetición. Temporalidad subjetiva y actual modernidad.
Marie Moscovici	La sombra del objeto. Sobre la inactualidad del psicoanálisis.

EDITORIAL PAIDOS

CLINICA DE DIA

"EL ALEPH"

Comunidad Terapéutica de Aprendizaje Social

DIRECTORES MEDICOS

Dr. Julio Moizeszowicz - Dr. Herbert Chappa

- Concepción Interdisciplinaria de la Comunidad Terapéutica.
- Psicoterapia grupal dinámica y cognitiva.
- Control psicofarmacológico.
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Recreación
- Plástica
- Educación Física
- Lectura dirigida.

Lunes a Viernes de 13 a 18 hs

GURRUCHAGA 2144
TEL: 71-4076

T RANSFERENCIA, REPETICION, ACTING-OUT: METAPSICOLOGIA Y CLINICA DIFERENCIAL

Jorge Bekerman*

Resumen

Los conceptos de transferencia, repetición y acting-out deben ser muy bien discriminados en lo teórico, especialmente en consideración al lugar central que ocupan en la cura psicoanalítica. En el presente estudio, realizado desde una perspectiva freudo-lacanian, se enfatiza que las referencias de la repetición son lo Real y la satisfacción pulsional (más allá del principio de placer). En cambio la referencia central de la transferencia es el amor, donde el peso se inclina no hacia lo Real sino hacia la ilusión. Por su parte se señala que corresponde situar al concepto de acting-out en relación con la actuación en el sentido teatral, implicando entonces tanto a la escena como al espectador. Ni escena ni espectador son requisitos estructurales de repetición o transferencia. Se establecen algunas consecuencias de estas diferenciaciones en cuanto a cómo concebir la intervención psicoanalítica en cada uno de los casos considerados.

Palabras clave: Imaginario-simbólico-real - amor - pulsión - acto analítico.

"TRANSFERENCE, REPETITION, ACTING-OUT: METAPSYCHOLOGY AND DIFFERENTIAL CLINIC"

Abstract

The concepts of transference, repetition and acting-out must be very well differentiated in the theory, especially in view of the central place they have in the psychoanalytic cure. In this paper, which has been written from a Freudian-Lacanian outlook, it is emphasized the fact that the references of repetition are the Real and the drive satisfaction (beyond the pleasure principle). Instead, the central reference of transference is love, in which the weight is not inclined towards the Real but towards illusion. On the other hand, it is pointed out that the concept of acting-out is to be placed in relation to the actuation in a theatrical sense, which therefore involves both the scene and the spectator. Neither the scene nor the spectator are structural requisites of repetition or transference. Some consequences of these differentiations on how to conceive the psychoanalyst's intervention in each one of the considered cases are set up.

Key words: Imaginary-symbolic-real - love - drive - analytic act.

"TRANSFERT, REPETITION, ACTING-OUT: METAPSYCHOLOGIE ET CLINIQUE DIFFERENTIELLE"

Résumé

Les concepts de transfert, répétition et acting-out doivent être bien discriminés théoriquement, spécialement considérant le lieu central qu'ils occupent dans la cure psychanalytique. Cette étude, réalisée depuis une perspective freudo-lacanianne, remarque que les références de la répétition sont le Réel et la satisfaction pulsionnelle (au-delà du principe de plaisir). Par contre la référence centrale du transfert est l'amour, où le poids ne s'incline pas vers le réel mais vers l'illusion. D'autre part nous signalons qu'il correspond de situer le concept d'acting-out en relation à l'agir dans le sens théatral impliquant alors aussi bien la scène que le spectateur. Ni l'un ni l'autre ne sont des conditions structurelles de répétition ou de transfert. Nous établissons, quelques conséquences de ces différenciations quant à la conception de l'intervention psychanalytique dans chaque cas examiné.

Mot-clés: Imaginaire-symbolique-réel - amour - pulsion - acte analytique.

Lacan repite a Freud¹.

Hay en la doctrina psicoanalítica muy pocos puntos en los que analistas de distintas corrientes encuentren cómo ponerse de acuerdo. Uno de estos escasos puntos es que algo fundamental de la operación psicoanalítica concierne a lo que se presenta en la clínica como repetición en la transferencia. Ciertamente es muy difícil, desde cualquier perspectiva teórica, considerar como psicoanalítica una posición que pase por alto estos cuatro puntos mínimos: en primer lugar la importancia crucial de la transferencia en la clínica; a continuación que hay en la transferencia un elemento que presentifica (repite) el pasado; luego que la transferencia es un campo donde algo tiene que suceder con la repetición para poder concebir una cura como psicoanalítica; finalmente que la teoría psicoanalítica es en última instancia un esfuerzo por dar

cuenta racionalmente de lo que se nos presenta en la práctica.

Ahora bien, ese algo que tiene que suceder con la repetición en la transferencia involucra a lo que en la experiencia se presenta no como recuerdo vehiculizado por el despliegue de la asociación libre sino como repetición en acto. Esta idea comienza a plantearse en Freud en el epílogo del "caso Dora" (7) y se desarrolla en "Recordar, repetir y reelaborar" (9). Pero es recién en 1920, en "Más allá del Principio del Placer" (13), cuando Freud logra vincular repetición con satisfacción pulsional (sosteniendo la existencia de una "compulsión de repetición"), que éste concepto —el de repetición— alcanza el estatuto definitivo que a partir de allí tendrá en psicoanálisis.

Queda así montado este núcleo conceptual, tan difícil como oscuro, de la doctrina psicoanalítica. La idea de que el sujeto humano buscaría como satisfacción fundamental algo

* Jorge Bekerman. Médico psiquiatra Psicoanalista.
Pte. Perón 1730, 4° 58, (1037) Buenos Aires, República Argentina.

que está más allá de lo placentero es en verdad difícil, la postulación de una pulsión de muerte parece ciertamente oscura, al punto que fue de hecho rechazada por muchos analistas. No es sorprendente entonces que la confusión ganara terreno e hiciera cada vez más difícil reencontrar la pista freudiana tanto en la clínica como en su fundamentación racional.

Intentaré mostrar que en éste, como en tantos otros campos del psicoanálisis, es recién a partir de la enseñanza de Jacques Lacan que es posible volver a edificar sobre bases sólidas el edificio freudiano. Un punto esencial en la enseñanza de Lacan es una posición de extrema exigencia en el rigor para tratar los conceptos psicoanalíticos. Tal exigencia está muy lejos de constituir un ejercicio gratuito de erudición académica: el tema que estamos en tren de desarrollar es un ejemplo —paradigmático— de cómo el rigor conceptual tiene consecuencias cruciales tanto para comprender lo que está en juego en la práctica como para concebir cuál es la respuesta analítica efectivamente operante. En efecto, la naturaleza de la operación analítica puede ser entendida en este caso como un modo peculiar de intervención sobre la repetición en transferencia, es decir sobre lo que Freud denominó *agieren*, el actuar(6). Entender lo que está aquí en juego no va de suyo sino que impone deslindar con mucha precisión los componentes del aparato conceptual implicado: esa red casi nunca unívoca de nociones que Freud bautizó como su metapsicología. Ello supone en primer lugar revisar a fondo los conceptos de transferencia y repetición, que han devenido prácticamente equivalentes para las corrientes no lacanianas. Es necesario diseccionarlos en lo metapsicológico para después abordar con mejores recursos la intrincada madeja que es el modo en que se presentan transferencia y repetición en la experiencia. En segundo lugar resulta oportuno despejar otra confusión que se origina en el mismo nudo temático. Lo que se presenta en la transferencia como repetición, el *agieren*, ha sido confundido habitualmente con el *acting-out*. Este concepto, si bien no integra explícitamente la metapsicología freudiana, se muestra en manos de Lacan como un instrumento poderoso en cuanto a ordenar un importante campo de la experiencia psicoanalítica. Procuraremos mostrar su fe-

cundidad, tanto mayor cuando mejor se discrimine del *agieren*, del actuar “a secas”.

Este trabajo se apoya parcialmente en otros dos, previos(1,2). Hemos optado aquí por desarrollar los temas comenzando por un despliegue relativamente amplio del concepto de repetición alrededor de dos viñetas clínicas, en consideración a ciertas dificultades inherentes a este concepto. Luego desarrollamos lo concerniente a transferencia y *acting-out* basándonos en la comparación con la repetición.

Dos viñetas sobre repetición.

I.

No se trata —todo parece indicarlo— de un caso real, lo que no nos impide tratarlo como si lo fuera.

En “Recordar, repetir y reelaborar”(9, pág. 151) Freud, después de reseñar las diferencias entre la primera técnica psicoanalítica y la que se desarrolló luego dice: “Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior, podemos decir que el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace. Por ejemplo: El analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio, se comporta de esa manera frente al médico”.

La repetición concierne entonces a algo que aparece en el plano del comportamiento; el paciente no recuerda sino actúa. La formulación freudiana establece claramente que la posibilidad de afirmar sobre un paciente que es “desafiante e incrédulo” —como repetición²— no está subordinada al contenido de lo que éste enuncie discursivamente. Es muy posible que otro paciente —y aún este mismo paciente— nos relate alguna vez —o muchas veces— episodios de su infancia o de su vida actual donde aparece él como “desafiante e incrédulo”. Puede o no designarse a sí mismo en tales términos: no viene al caso. Porque nos conviene, inventemos ahora otro paciente. Uno que nos cuenta que el es muy desafiante e incrédulo, pero pronto advertimos que se trata de una posición de sumisión a la teoría que él supone que el analista prefiere. Este caso posible nos sirve para comprender que el “ser desafiante e incrédulo” que nos

concierna como repetición no se presenta como el contenido de un relato volcado al análisis en el despliegue de la asociación libre. ¿De dónde nos autorizamos entonces, de dónde se autorizaría Freud mismo para designar a alguien como desafiante e incrédulo? De algo que señalamos recién al pasar: la posición desde la que se habla no es lo mismo que el contenido de lo que se dice. Para la escucha psicoanalítica es por lo menos tan importante la una (la posición en la enunciación) como el otro (el contenido del enunciado). Es de suponer que después de mucho escuchar a algún paciente fue tomando forma en la mente de Freud una especie de conjetura sobre algo muy esencial de ese sujeto, que éste nunca podría formular, en la medida que ni dicho paciente ni en rigor nadie puede dar cuenta plenamente con lo que dice de la posición desde la que habla (tal “posición desde la que se habla”, el plano de la enunciación, es una dimensión del inconsciente). Dicha conjetura, construida entonces sobre datos extremadamente sutiles, como por ejemplo tales matices en la expresión, o ciertos “climas” transferenciales, o determinadas insistencias, se formularía más o menos con un “pero es un desafiante”, “es un incrédulo”.

“Ser desafiante e incrédulo” como posición en la enunciación es lo que en el seno de la relación con el analista aparece en acto, y corresponde a lo que en su idioma Freud llamó *agieren*³.

Para avanzar un paso más en lo que implica sostener que algo aparece de hecho, en acto, debemos ahora tomar un rodeo. El artículo denominado “Sobre la dinámica de la transferencia”(8) concluye con Freud puntualizando que “domeñar los fenómenos de la transferencia depara al psicoanalista las mayores dificultades... pues, en definitiva, nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*”. Con la ayuda de ésta expresión, tan abundantemente citada, nos damos cuenta de un punto capital: lo que se presenta en acto ni es *effigie* ni supone la *absentia* de alguna otra cosa, a la que estaría representando. La foto de mi pasaporte es un ejemplo de lo que me representa *in effigie* (esto es como representación, o imagen, o retrato, o sombra, o espectro, o fantasma(29)). El número del mismo pasaporte también me representa —*in absentia*⁴— y ejemplifica la única otra forma posible de representación: en es-

te caso lo que me representa es un símbolo, no una imagen. Es el a-b-c de la lógica de la representación tanto imaginaria como simbólica: en tanto representación remite a algo más allá de ella misma, a lo cual precisamente está representando. Tanto la foto como el número del pasaporte remiten a algo de mí que no es ni imagen ni símbolo. En cambio el *agieren* nombra a lo que en la transferencia se presenta y en consecuencia *no se representa*. O, mejor todavía, *no se re//presenta*. El *agieren* no es ni imagen ni símbolo (representación) de otra cosa. Por decirlo así, es la cosa misma. Con el *agieren* tenemos entonces nada menos que *el original*. Dicho de otro modo, en la repetición encontramos algo que no es una copia, que no es una reproducción(22).

Tocamos así el carozo de un tema mas que difícil desde el punto de vista conceptual. En efecto, el concepto de repetición exige romperse la cabeza con esto: lo que se presenta como repetición es efectivamente *el original*.⁵ Repetición es "otra vez lo mismo", pero subrayando *lo mismo*, la identidad.⁶ El corolario de este planteo es que si es cierto que la repetición presenta y no representa, entonces —en particular— no representa imaginaria o simbólicamente al pasado. No es una reproducción donde lo actual "es como si fuera" el pasado. Es el pasado mismo, en su dimensión real, como presente.

Así, sostener que en el *agieren* algo se presenta en acto se "reduce" a afirmar que, como real, no responde a la lógica de la representación.⁷ Con mayor rigor todavía, designar lo que así se presenta como "ser desafiante e incrédulo" es en verdad una suerte de aproximación: vimos que estas palabras no pueden estar funcionando en términos de representación simbólica. En la dialéctica de la palabra y la cosa, el "ser desafiante e incrédulo" del ejemplo freudiano no es palabra sino cosa, y en ese sesgo por el que podemos vislumbrar la dimensión propiamente "cósica" (u objetal) de la cosa; donde ésta se escabulle de dejarse representar por palabras. Es mejor entonces decir que el *agieren* presentifica



un algo densamente opaco, esencialmente indecible. Como siempre que con las palabras tratamos de dar cuenta de lo que de éstas huye, nuestro lenguaje acusa el impacto y se hace —por ejemplo— alusivo. "Ser desafiante e incrédulo" alude así a algo que podría formularse mejor con un "ser algo así como desafiante e incrédulo...", un "ser *eso* que llamaríamos...". O en vez de "*eso*" un "*Ello*", respetando el vocablo que se hizo usual en nuestro idioma para designar la sede de la pulsión a la que, es la ocasión de recordarlo, Freud atribuyó el ser muda. Un "*Ello*" o un "*Eso*" entonces, opaco y resistente a la representación, un "*imposible de decir*" al que la expresión "ser desafiante e incrédulo" no representa ni denomina, sino alude. Un "es lo que es" (identidad que escapa a la representación), un "está ahí" (presente como pasado real y como presencia).

Recapitulando, lo hasta aquí desarrollado pretende señalar cómo el *agieren* freudiano nos permite tocar con la mano algo que no es ni imagen ni símbolo. "Ser...", en los términos considerados, se constituye así en un paradigma de lo que se ubica en las coordenadas de lo real. Ahora bien, debemos precavernos aquí de dar un paso en falso. Decir que en el *agieren* se trata de lo que escapa a lo simbólico puede dar lugar a sostener que es algo como más primitivo que lo simbólico, hasta pensable como una especie de déficit de la simbolización. Así entendido, el *agieren* podría tener como modelo la motricidad muscular en su registro de descarga refleja (primitiva), pasible de ser contrastada con las operaciones mas evolucionadas y discriminadas

del pensamiento. Las cosas no son tan simples. El *agieren* concierne a un real, pero no a un real presimbólico, sino a un real generado por el símbolo mismo. Por la misma razón, que en esencia remite a que la morada del hombre no es la naturaleza sino el lenguaje, nada de la acción humana como tal se presta a ser entendido en términos de acciones instintivas o innatas.

Así localizado el *agieren*, es el momento de volver al punto

de partida, a la puntualización acerca de la repetición en la transferencia como el punto privilegiado de aplicación de la operación psicoanalítica. El hecho de circunscribir lo que está en cuestión como concerniendo lo real es coherente con ello. Hay aquí otro punto de acuerdo implícito entre analistas de distintas corrientes: someterse al procedimiento analítico debe tener para un paciente consecuencias en su vida real. Por difícil que sea definir qué es concretamente eso que llamamos vida real, hay el acuerdo sobre que no todo lo que se pone en marcha en relación a un psicoanálisis es ilusorio. Asunto crucial, en función de la importancia que tiene la ilusión, el "como si", en el dispositivo analítico. No es la menor de las paradojas del psicoanálisis: producir efectos en la vida real a partir de un procedimiento basado en la ficción. Ficción imaginaria o simbólica; recordemos una vez mas que imagen y símbolo, ambos, no valen por lo que son sino por lo que representan. Si queremos acentuar este sesgo, más engañan que informan. La foto de mi pasaporte en una perspectiva informa sobre mí, en otra engaña porque o bien me favorece —se me ve mas joven— o bien me perjudica —viceversa—. De hecho, una forma conveniente de abordar la relación entre repetición y transferencia es señalar que en el seno, en el corazón de un dispositivo esencialmente de ficción, de "como si" (la transferencia), aparece algo que ya no es mas ficción (la repetición).

Dicho de otro modo, la repetición es un pedazo de vida real en el seno de la ilusión transferencial. Es por ello que operar sobre la repeti-

ción es operar sobre la vida real, y es por ello que la operación sobre la repetición es un punto nodular del psicoanálisis.

Ahora bien, recién a esta altura del desarrollo de nuestro asunto conviene formular lo que debiera ser quizás la pregunta primera sobre el tema: ¿Y por qué la repetición? ¿Qué busca, qué pretende ese paciente siendo "desafiante e incrédulo"? Pues bien, hay que decir que lo que está en juego no es tanto lo que busca sino lo que encuentra; un algo de satisfacción pulsional, un goce. Es lo que resulta evidente si recordamos la referencia del *agieren* al Ello. Sin embargo, es necesario todo el aparato nocional de la segunda tópica de Freud, más lo esencial de su "Proyecto...", más media enseñanza de Lacan, para circunscribir que el lugar de lo real es también el lugar de la satisfacción pulsional. Ese lugar al que la pulsión se fija en tanto encuentra allí esa satisfacción radical, sin explicación psicológica, más allá del placer, que es "marca de fábrica" de lo real. Satisfacción que a veces se presenta en la clínica con el rostro enigmático de la fijación al trauma.

II.

La segunda viñeta no es estrictamente un ejemplo de fijación al trauma. A diferencia del anterior es un caso de carne y hueso, donde el autor de estas líneas interviene en función de supervisor. La paciente es una mujer joven, el episodio ocurre al final de su segunda sesión. Como respuesta a la primera intervención de la analista, consistente en formular algo así como "habría que ver que tiene que ver tal cosa que usted contó con tal otra", se incorpora del diván y al tiempo que se encamina hacia la puerta dice —muy naturalmente, sin desafío ni incredulidad algunos, también sin agresividad, como dando simplemente por sentado que así son las cosas— que esa parte del trabajo le corresponde a la analista, no a ella. Cobra relieve entonces su ocupación: Jefa de Personal en una empresa; así como la tarea que tiene asignada: distribuir el trabajo. Cobra relieve también su insomnio; despierta después de unas pocas horas de sueño y ya no puede volver a conciliarlo porque no puede dejar de pensar en la empresa. "Es que mi trabajo me enloquece" dirá la sesión siguiente a la del episodio comentado, queriendo significar lo apasionante que es para ella, y significando también —sin querer-

lo— la presencia en el trabajo de ese exceso de goce (enloquecedor) que, ahora lo sabemos, será uno de los temas cruciales de su análisis.

"Ser la que distribuye el trabajo": ¿cómo podrá el análisis incidir sobre el exceso de satisfacción alojado en tal repetición? Pues bien, no permitiendo, en los hechos, es decir en acto⁸ que la analizante "distribuya el trabajo" en la transferencia. Solamente si esto logra sostenerse en los hechos y en el tiempo estarán dadas las condiciones para que las intervenciones interpretativas acerca de esta cuestión puedan tener eficacia.⁹ Pocas veces es posible poner de manifiesto un punto tan de fondo en las primeras sesiones. Sin embargo la rapidez en el planteo del problema no debería alentar esperanzas en el sentido de una resolución analítica igualmente veloz. Es de suponer que el "no permitir que la paciente distribuya el trabajo en la transferencia" sea uno de los asuntos presentes quizás a todo lo largo del análisis. La intervención analítica (como queda dicho, especialmente por la vía del acto) puede incidir sobre el goce autoerótico allí estancado¹⁰. La consecuencia para la paciente debiera ser esa redistribución libidinal que le arranque catexias al autoerotismo y las oriente al Otro y al deseo, es decir lo que esperamos como fin de un análisis. En esto consistiría el "cambio estructural" que es legítimo esperar del tratamiento psicoanalítico. En los términos que venimos manejando, incidir sobre un sujeto en el núcleo de su ser, ("ser desafiante e incrédulo", "ser quien distribuye el trabajo") de tal modo que después del análisis ya no sea el mismo que antes.

La transferencia será así ese tiempo 2, donde la repetición no es tanto que se comprueba como que se constituye¹¹. Queda constituido también el tiempo 1 de la repetición, esos lengüetazos de la pulsión que habrán sido —muchas veces— la "primera vez", apenas la transferencia se ubique como segunda. Dicho de otro modo, donde reinaba el exceso de goce silencioso de "ser la que distribuye el trabajo" (Donde Ello era), la causa del deseo que hace hablar (el advenimiento del Yo, es decir del sujeto).

Para concluir esta sección vale la pena señalar que nos hemos referido todo el tiempo a la repetición desde la perspectiva de lo real. Mencionemos entonces que en la enseñanza de Lacan hay todavía otro abordaje

posible de éste concepto: la repetición en tanto vinculada al automatismo de la cadena significante. El ámbito temático del presente estudio nos solicita dejar de lado mayores detalles sobre este enfoque.

La transferencia.

Casi todo lo que puede decirse de sustancial sobre la transferencia se deduce de lo que la transferencia es en el meollo de su definición freudiana y lacaniana: un amor (8, 10, 16, 20). Un amor que es y no es como otros amores. La tradición psicoanalítica sostiene que las vicisitudes del amor de transferencia están originadas en un malentendido original, en un error propio de la situación analítica, por el cual el analista es tomado por quien no es y se hace destinatario en consecuencia de afectos que no le corresponden. El esclarecimiento interpretativo de esta confusión es considerado el instrumento privilegiado de la operación analítica, por remitir dicho afecto a su conexión correcta: por ejemplo alguna situación histórica o las fantasías inconscientes del mundo interno del paciente, según las distintas corrientes.

En la enseñanza de Lacan el amor de transferencia se aborda desde dos vertientes. La primera, que tiene algunos puntos en común con la tradición mencionada, es la del desplazamiento. El amor de transferencia como amor desplazado incluye la idea de un "falso enlace" libidinal que involucra al analista¹². Ahora bien, sucede que esta estructura es la misma que la de cualquier amor. Es representativa de éste punto de vista la temprana definición lacaniana de la transferencia: ésta "no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos" (16).

La segunda vertiente lacaniana para inteligir el amor de transferencia no privilegia el "falso enlace". En esta otra perspectiva el analista es amado por ser el analista, expresión que resume brevemente un mundo de cuestiones que ciertamente requerirían un tratamiento detallado. Mencionemos solamente que ser amado por ser el analista no se refiere a ninguna cualidad personal sino a la consecuencia prácticamente "automática" del dispositivo freudiano sobre el lugar del analista: asignarle

una posición cuya referencia es el Saber, con las consecuencias eróticas que se desprenden de ello (27, 28). El concepto de Sujeto Supuesto al Saber, eje de la consideración lacaniana de la transferencia, encuentra su lógica en esta articulación.

Desde cualquiera de las dos perspectivas la transferencia es amor del paciente cuyo objeto es el analista. Como tal, como amor, es esencialmente ilusión. Fuera de la transferencia el amor también tiene la estructura de la ilusión, del sueño, de lo que no tiene los pies sobre la tierra. En una palabra, de lo que no es real. Testimonian de ello, aparte de los enamorados, los poetas¹³.

Palpamos así la diferencia entre transferencia y repetición: se superpone a la diferencia entre ilusión y trozo de real. Sin embargo esta distinción no se puede calcar del todo en lo fenoménico. Esto es, que para desesperación de un empirismo ingenuo, también se puede "ser desafiante e incrédulo" en el plano del amor, como además se lo puede ser —veremos— como *acting-out*. Es por ello que para concluir que un cierto fenómeno en el análisis es transferencia, o repetición, o *acting-out*, es preciso analizar muy finamente la fenomenología de lo que así se presenta, pero también contar con la poderosa orientación que solo brindan instrumentos conceptuales consistentes.

La intervención del psicoanalista sobre la transferencia está subordinada a la naturaleza de la misma en función de la naturaleza del procedimiento psicoanalítico. La transferencia es amor, y el amor busca, por encima de todas las cosas, reciprocidad¹⁴. El amante quiere que el amado se revele como amante (20). Cuando el amor se realiza la pareja se toma de las manos, se mira profundamente a los ojos, y enmudece: ya no hay nada más que decirse. El procedimiento psicoanalítico en cambio está basado en la idea que, en tanto asociación libre, siempre hay algo más que decir. Por otra parte el uso del diván simboliza la voluntad del psicoanálisis de no dar lugar a la fascinación mutua. Excluye el mirarse a los ojos, aunque es perfectamente posible, de todos modos, fascinarse mutuamente con las palabras. En suma, la intervención psicoanalítica sobre la transferencia "se reduce" a negarse —el analista— a encarnar al partenaire del amor del paciente. En este punto lo esencial de la tarea analítica es esquivar toda complementariedad de senti-



mientos, toda reciprocidad de emociones, en rehuir toda forma de "fusión de almas" con el paciente. Es comprensible que este punto resulte especialmente difícil y oscuro para analistas habituados a pensar su tarea en términos de las teorías de la contratransferencia. Lo que no significa que desde la perspectiva de Lacan se valore mucho una especie de frialdad o prescindencia por parte del analista. El análisis desata un amor, y el amor es pasión que involucra los cuerpos en presencia. Pero el analista como tal está poseído por "un deseo más fuerte que el de tomar en sus brazos al paciente o empujarlo por la ventana" (20, pág. 220). Este "deseo más fuerte" es el deseo del analista, esa extraña posición en el deseo que sostiene la apatía analítica. Apatía que no implica anestesia sino todo lo contrario; el triunfo de un deseo, más fuerte aún que los fuertes deseos movilizados por el "cuerpo a cuerpo".

En resumen, el amor de transferencia se diferencia del amor "a secas" únicamente en un punto: el partenaire analista se rehúsa a encarnar la reciprocidad amorosa. En vez de ello hace aparecer allí un deseo, al que Lacan bautizó deseo del analista. Cuando las cosas suceden así hay, en vez de un amor, una cura psicoanalítica.

El *acting-out*.

En la clase del 8 de marzo de 1967 de su Seminario N°14, "La Lógica del Fantasma" (23) Lacan define

con precisión el *acting-out*. Sigámoslo en su desarrollo. Para comenzar, nos remite a un diccionario común del idioma inglés, el Webster, de donde lee: "To represent (as a play a story, a story in action as opposed to reading), as to act out a scene".

Traduce: "Representar (como una pieza una historia, una historia en acción como opuesto a una lectura) como *act-out* una escena".

Explica: "Cuando digo *act-out* no digo actuar, pues ese *act-out* es una escena que se lee. Hay dos tiempos, han leído algo, de Racine por ejemplo, y sin duda lo leen mal, lo leen en voz alta de manera detestable. Alguien que está ahí quiere mostrarles como es y lo actúa. Esto es *act-out*. Supongo que la gente que eligió este término en la literatura inglesa para designar el *acting-out* sabía que quería decir, en todo caso pega perfectamente. Yo *act-out* algo porque eso me ha sido articulado, significado insuficientemente o bien un poco marginalmente."

Así, el *acting-out* es acción, pero con el sesgo de actuación, y más aún de actuación en el sentido en que actúa el actor en el teatro, en la escena. Pues bien, corresponde entonces señalar que si hay escena, ésta implica no solamente los personajes que están sobre ella; hay que contar además a quien, a título de espectador, asiste a la representación. Esta dimensión, el actuar en tanto dirigido al espectador, es la propia y la central del *acting-out*. Ya el lenguaje común discrimina la existencia de comportamientos en los que el punto significativo es que son "para llamar la atención". Surge así la diferencia con la repetición freudiana. En el *agieren* la actuación está gobernada por la cuestión del goce pulsional, y no apela a nadie (no se dirige a un Otro con la acción). "Ser desafiante e incrédulo", si es repetición, lo es porque ese "ser..." articula una satisfacción esencialmente autoerótica¹⁵. En el *acting-out* en cambio lo central es el aspecto mostrativo y la relación con el Otro (21). "Ser desafiante e incrédulo" como *acting-out* es no tanto gozar de ello como buscar al Otro a través del desafío y la incredulidad.

Por otra parte la diferencia entre *acting-out* y transferencia puede trazarse recordando que la transferencia es un amor. Este, el amor, no involucra a nadie más que a los partenaires mismos. Es por cierto perfectamente posible que un amor aparezca caracterizado por un matiz

mostrativo. Es lo que sucede en el bien conocido caso freudiano de "la joven homosexual", cuyas atenciones y tierna devoción a la "cocotte" estaban dirigidos más a la mirada del padre que a homenajear a la amada. Pero cuando tal cosa sucede es que, en rigor, estamos en presencia de un *acting-out* hecho y derecho (12, 21).

Para concluir, mencionaremos que un aspecto especialmente interesante y rico de la consideración del *acting-out* por parte de Lacan es el que se refiere a su lugar en la cura analítica. La caracterización de dicho lugar abre camino a la cuestión de cual es la respuesta analítica apropiada al *acting*, y a su discriminación con respecto a las respuestas analíticas concernientes a repetición y transferencia. En este sentido el lugar del *acting* en el análisis se sitúa en relación al mencionado carácter mostrativo, solo que en la cura analítica el destinatario privilegiado de la actuación mostrativa pasa a ser el analista. A lo que debemos agregar que, desde el principio de su enseñanza, Lacan subrayó que un *acting-out* en análisis apunta a mostrar al analista algo que debe situarse como el indicio de una insuficiencia del mismo analista en la dirección de la cura. En palabras de Lacan: "el *acting-out* es ese tipo de acción por la que, en tal momento del tratamiento... y puede ser por nuestra tontería o por la suya, pero esto es secundario, qué importa— el sujeto exige una respuesta más justa" (20, pág. 393). Es lo que está en juego en el llamado "caso de los sesos frescos", un paciente analizado sucesivamente por Melitta Schimberg y Ernst Kris, cuya inhibición

intelectual remitía a una idea que lo atormentaba: ser un plagiario (17, 18). La respuesta del paciente a una intervención de Kris que éste mismo considera crucial es tomada por Lacan como paradigma del *acting-out*, por lo que una y otra vez vuelve al caso para enfocarlo desde las distintas perspectivas que se van abriendo con el progreso de su enseñanza. Subraya siempre el valor potencialmente correctivo que la mostración incluida en el *acting* podría haber tenido sobre la posición (equivocada) del analista en la comprensión del caso, si éste lo hubiera podido escuchar ■

Bibliografía

1. Bekerman J. Notas sobre la distinción metapsicológica entre transferencia y repetición. Buenos Aires, Manantial (en prensa), 1992.
2. Bekerman J. Acerca del tratamiento psicoanalítico de la repetición. Barcelona, Paidós (en prensa), 1992.
3. Borges, J.L. Nueva refutación del tiempo. En: Obras Completas. Buenos Aires, Emecé, 1974.
4. Corominas J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Madrid, Gredos, 1980.
5. Deleuze, G. Diferencia y repetición. Madrid, Ediciones Júcar, 1988.
6. Etcheverry J.L. Sobre la versión castellana. En: Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1978.
7. Freud S. Fragmentos de análisis de un caso de histeria. En: Obras Completas, Tomo 7. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
8. Freud S. Sobre la dinámica de la transferencia. En: Obras Completas, Tomo 12. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
9. Freud S. Recordar, repetir y reelaborar. En: Obras Completas, Tomo 12. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
10. Freud S. Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En: Obras Completas, Tomo 12. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.

11. Freud S. Introducción del narcisismo. En: Obras Completas, Tomo 14. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
12. Freud S. Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En: Obras Completas, Tomo 18. Buenos Aires, Amorrortu Editores (1976).
13. Freud, S. Más allá del principio de placer. En: Obras Completas, Tomo 18. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976.
14. Heidegger, M. Identidad y diferencia. Barcelona, Editorial Anthropos, 1988.
15. Kierkegaard S. La repetición. Madrid, Guadarrama, 1976.
16. Lacan J. Intervention sur le transfert. En: Ecrits. París, Ed. du Seuil, 1966.
17. Lacan J. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. En: Ecrits. París, Ed. du Seuil, 1966.
18. Lacan J. Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la "Verneinung" de Freud. En: Ecrits. París, Ed. du Seuil, 1966.
19. Lacan J. Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela. En: Momentos cruciales de la experiencia analítica. Buenos Aires, Manantial, 1987.
20. Lacan J. Le Seminaire. Livre VIII: Le transfert. París, Ed. du Seuil, 1991.
21. Lacan J. El Seminario. Libro X: La Angustia (inédito).
22. Lacan J. El Seminario. Libro XI: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1987.
23. Lacan J. El Seminario. Libro XIV: La Lógica del Fantasma (inédito).
24. Pomian K. El orden del tiempo. Madrid, Júcar Universidad, 1990.
25. Ritvo J. Mediación y repetición. Conjetural, 1986, 10: 55-66, Bs. As.
26. Ritvo J. Mediación y repetición. Conjetural, 1987, 14: 33-46, Bs. As.
27. Silvestre, D. y Silvestre, M. La transferencia es amor que se dirige al saber. En: Presentación de Lacan. Buenos Aires, Manantial, 1988.
28. Silvestre M. La transferencia En: Mañana el psicoanálisis. Buenos Aires, Manantial, 1988.
29. Vox. Diccionario Latino-Español/Español-Latino. Barcelona, Bibliograf, 1989.
30. Yañez Cortés R. Análisis filosófico del concepto psicoanalítico de repetición. Revista de Psicoanálisis, 1983, 40: 4.

ALTERNATIVA EQUIPO DE ACOMPañANTES TERAPEUTICOS

Equipos permanentes y especializados en:
Depresiones - Psicosis - Adicciones

Recepción de llamados a Tel.: 803-0499 / 432-1992 / 583-8659

- EMERGENCIAS
- INTERNACIONES DOMICILIARIAS E INSTITUCIONALES
- TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Notas

1. El sentido de este subtítulo se desarrolla en el texto. Ver especialmente Nota 11.

2. Veremos que "ser desafiante e incrédu-lo", en sí mismo, puede ser también transferencia o *acting-out*.

3. En la palabra alemana *agieren* encontramos un derivado del latín *agere* (obrar). Otras derivaciones de *agere* son; en castellano: acto, actual, actor, agenda (en el sentido de cosas que se deben hacer), agitar, ágil, etc., en francés: *agir* (obrar, proceder)(4).

4. Queda sin desarrollar porqué en psicoanálisis la forma conveniente de tratar la relación entre el símbolo y la cosa exige concebir al símbolo *in absentia* de la cosa, según Lacan aprendió primero de Hegel.

5. No solamente el psicoanálisis se rompe la cabeza con la repetición. Jorge Luis Borges demuestra genialmente que la repetición como tal no es homogénea con la historia. Por el contrario, la *refuta*. "¿No basta un solo término repetido para desbaratar y confundir la serie del tiempo?" (3, pág. 763, itálicas de Borges). Cf. también(5, 14, 15, 24, 25, 26, 30).

6. Identidad que en psicoanálisis debemos relacionar con las identificaciones. Si la fórmula de la identificación es un "ser como alguien", la repetición articula ese punto donde para un sujeto se trata de un "ser como nadie"; o sea una identidad al margen de las identificaciones.

7. Lo real no tiene representación. Si la tuviera esta no tendría más remedio que ser imaginaria o simbólica. De modo que en el momento mismo de acceder a la representación perdería su carácter de real. Es lo que hace de manejo tan difícil el concepto lacaniano de real: no se deja abordar desde la intuición (escapa a lo imaginario) ni se deja definir (escapa a lo simbólico). A lo que no escapa es al trabajo de la razón circunscribiendo su lugar como falta en lo imaginario y en lo simbólico.

8. Aquí en el sentido estricto de acto analítico en la enseñanza de Lacan.

9. A veces los psicoanalistas no lacanianos parecen creer que el acto analítico supone necesariamente intervenciones "espectaculares". En este caso sencillamente haber dicho a la paciente algo así como "la sesión todavía no terminó" podría ejemplificar bastante adecuadamente esta vía del acto. Por cierto supone una intervención verbal, pero que en su funcionamiento apunta a no permitir, de hecho, que sea la paciente quien fije el fin de la sesión. Para una mejor inteligencia del caso no es superfluo saber que la analista trabaja con sesiones de 50 minutos.

10. La satisfacción pulsional como tal (el goce) exige ser pensada en términos de autoerotismo. Lo cual significa que la pulsión puede en cierto modo prescindir del otro (y del Otro), pero *no* significa que la pulsión no tenga partenaire. Sucede que al partenaire de la pulsión hay que ubicarlo en las coordenadas de lo real (ya vimos lo difícil que es comprender la categoría lacaniana de lo real), y en la dimensión que es estrictamente la del objeto. El psicoanálisis postfreudiano naufraga en la confusión entre objeto y otro/Otro. Al llamar objeto tanto al objeto como al otro/Otro creó al mismo tiempo un falso problema y la imposibilidad de resolverlo. Este falso problema es el de la existencia o no de un estadio primitivo presuntamente anobjetal. Con Lacan podemos entender que para la pulsión hay partenaire (que es objetal, real y parcial, que no es narcisístico pero sí autoerótico) desde el principio, pero hay otro/Otro ("objeto total") recién desde el momento en que "un nuevo acto psíquico"(11) da lugar al Estadio del espejo.

11. Cuando Lacan afirma que "el verdadero original sólo puede ser el segundo, por constituir la repetición"(19) exige de nosotros reflexionar con paciencia. Solamente así nos

será posible aprehender la noción que es el *segundo* elemento de una serie el que constituye la repetición como tal, no el primero. Es por ello que el segundo deviene primero, lógica implícita en la expresión de André Gide citada frecuentemente por Lacan, "el número dos se regocija de ser impar". Es también por ello que el tiempo primero deviene *constituido* a partir del tiempo constituyente, el segundo. ¿Qué sería un primer tiempo "puro", sin segundo, en la perspectiva de la repetición? Algo cuyo estatuto en la existencia resulta tan precario como la primer escena del trauma sexual infantil freudiano "antes" de la segunda. Esta lógica sostiene además porqué Lacan, en tanto segundo, constituye a Freud como el primero.

12. En esta perspectiva, el amor (incluso el amor de transferencia) reproduce un amor del pasado. Esta es la vertiente del amor en la que la relación objetal se establece en el molde de otra relación objetal, previa. Aquí sí, rige la lógica según la cual la transferencia no es una relación "original" sino "copia" de otra preexistente. Es lo que se denomina repetición en un uso poco exigente de éste término.

13. Los psicoanalistas por nuestra parte podemos dar testimonio de lo posible que es amar a alguien sin que medie relación efectiva alguna con dicho alguien (cf. el amor a Freud, a Lacan, etc.). Esto subraya la afinidad del amor con lo ideal, con lo espiritual. Es interesante notar que esta consideración ya no es tan pertinente si en lugar de amor nos referimos al deseo o al goce.

14. Cf. el análisis por parte de Lacan del diálogo de Platón sobre el amor ("El Banquete")(20), pero también innumerables propagandas de productos de consumo, especialmente los destinados a la mujer.

15. La noción de pasaje al acto, y no la de *acting-out*, es la que correspondería al *agieren* (21, 23).



CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores:

Hector Fiorini - Humberto Gobbi - Nilda Guerschman - Pedro Menendez

INSTITUCION PSICOANALITICA DE ASISTENCIA Y FORMACION

FORMACION DE POSTGRADO PARA MEDICOS

- Niveles anuales de formación en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas e institucionales.
- Práctica asistencial guiada
- Curso regular para interior del país y extranjero (3er. Sábado de cada mes de 9 a 16 hs. Comienza 21-3-92)
- Jornada anual

SEMINARIOS INTENSIVOS Y COMPLEMENTARIOS 1992

- TALLER DE CASOS CLINICOS: Dr. H. FIORINI
- LA OBRA DE D. W. WINNICOTT: Dr. P. MENENDEZ
- TERAPIAS FOCALIZADAS: Lic. M. GARIBOTTI
- PSICOSOMATICAS: Dra. E. WOLFBURG
- TEORIA PSICOANALITICA: Dr. H. GOBBI
- FAMILIA Y PAREJA I: LIC. N. GUERSCHMAN - LIC. S. FERNANDEZ
- FAMILIA Y PAREJA (MENSUAL): Lic. M. BRUDE
- PROBLEMAS TEORICO-TECNICOS DEL NARCISISMO: Lic. R. IRIGOYEN
- PSICOTERAPIA PSICOANALITICA GRUPAL: Lic. L. BLEGER - Dr. N. PASIK
- CLINICA DE LAS IDENTIFICACIONES Y EL FANTASMA: Lic. M. CALVO

INFORMES: AV. CABILDO 592 (1426) BS. AS. TE. 774-2570
LUNES A VIERNES DE 10 A 21 HS.



LIBRERIA PAIDOS

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO

Con una Suscripción Anual de U\$S 10. -Ud. recibirá:

REVISTA:

En forma gratuita con toda la información "PSI" para estar actualizado de todas las novedades bibliográficas y eventos.

PROMOCIONES Y OFERTAS:

Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

De acuerdo a su compra anual
CUENTAS CORRIENTES
VENTA TELEFONICA CON TARJETA
COMPUTADORA AL SERVICIO DE LA INFORMACION

Av. Las Heras 3741, Local 31
Capital - Tel: 801-2860

MAGDALENA BECCARINI
El Forastero
Oleo s/tela - 1,20 x 1,20.



A MANERA DE INTRODUCCION A LA TEORIA Y PRACTICA DE LOS GRUPOS

Lucila Edelman*
Diana Kordon*

La propuesta de realización del presente dossier surgió a partir de la inquietud de abrir un espacio en Vertex que reflejara el desarrollo del trabajo psicológico con grupos. Este surgió de una demanda social que se ha ido incrementando y cuya implementación abarca en la actualidad diferentes modalidades técnicas y modelos teóricos. Es así como los grupos se han convertido de manera creciente en un instrumento clínico que ofrece variadas posibilidades. Esto se da tanto en el plano de la búsqueda de efectos terapéuticos de manera directa, como en la utilización del "plus" que ofrecen las situaciones grupales para la elaboración de distintas problemáticas y para el proceso de aprendizaje.

¿A qué se debe este "plus" que ofrece el grupo?

El psiquismo se constituye a partir de una matriz grupal, la familia o el grupo primario, en el cual se van a desarrollar las primeras configuraciones vinculares y se va a constituir la identidad personal.

A lo largo del tiempo, el psiquismo mantiene una relación de apoyatura sobre lo biológico, corporal y sobre lo social a través de los distintos grupos de pertenencia, mediados en algunos casos por la función materna y en otros incidiendo de manera directa.

El grupo primario permite la adquisición de identidad, tanto en cuanto al orden generacional como a la identidad sexual. Este grupo es también el portador inicial de un discurso que determina ciertos rasgos de identidad a partir de la inscripción histórico social, es el mediador del contrato social que

garantiza a cada persona ser reconocida como miembro de una determinada cultura a cambio de constituirse en portavoz de la misma.

Posteriormente al grupo primario, el individuo integra otros grupos de pertenencia y de referencia, que inciden en la producción de nuevas identificaciones y mantienen el apuntalamiento del psiquismo.

Cuando falta un apoyo y no es posible reconstituirlo como un sustituto, se produce una perturbación psíquica grave en la constitución del sujeto. También hay una perturbación cuando hay una falla en los apoyos o cuando estos tienden a invadir al sujeto impidiendo el proceso de discriminación entre este y el mundo externo.

Los apoyos, muchas veces en forma silenciosa, son necesarios para el sostenimiento de la identidad personal y se ponen en juego especialmente en las situaciones de crisis y cambios.

El psiquismo está constituido como un grupo, o grupos internos, por internalización de la matriz intersubjetiva. Al integrar grupos para el desarrollo de sus distintas prácticas sociales, el sujeto pone en juego su propia estructura grupal interna para establecer sus relaciones intersubjetivas.

Los grupos, metafóricamente, representan al cuerpo. De ahí las numerosas referencias espontáneas incorporadas al lenguaje cotidiano: "el grupo en un cuerpo", "espíritu de Cuerpo", "la cabeza del grupo", etc. Por eso, tanto en las situaciones de crisis social como cuando esta afectada o amenazada la corporeidad, como por ejemplo en la vejez, el

* Médica Psiquiatra. Psicoterapeuta. Docente de la Cátedra de Teoría de Grupos de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial.

** Médica Psiquiatra. Psicoterapeuta. Docente de la Cátedra de Teoría de Grupos de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Coordinadora del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial.

-Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra Psicología, Ética y Derechos Humanos, de la Facultad de Psicología, U.B.A.
Callao 157 - 5° C - (1022) Buenos Aires -
Te. 40-9232

grupo juega un papel relevante como sostén. Este papel de sostén está al margen de todo dispositivo técnico intencionalmente desarrollado con fines terapéuticos, y es uno de los plus que la situación grupal otorga. Cuando en una situación de pérdida, de crisis o de catástrofe, fallan los grupos de pertenencia habituales, el agrupamiento permite reconstruir este apoyo.

En las personas mayores, por ejemplo, cuando han comenzado el deterioro de las funciones corporales, el grupo puede representar, fantaseadamente, la imagen de un cuerpo poderoso e indemne.

Todo sujeto tiene un doble dimensionamiento: su yo y su afiliación a un nosotros, que lo constituye heredero en la trama de sus identificaciones y de sus referencias de identidad. La posibilidad de implementar los factores de pertenencia y de discriminación en relación a diferentes objetivos clínicos constituye parte del valor potencial del grupo.

Desde ya que es necesario para esto que haya una cierta distancia entre el sujeto y el grupo. De las vicisitudes de esta distancia dependerá el grado de pertenencia. Una pertenencia madura permite una discontinuidad, una entrada y salida de los grupos que no amenace la identidad personal. Si el sujeto no ha podido discriminar su grupo interno del grupo externo de pertenencia, su identidad personal queda fundida con la del grupo.

Todo grupo ofrece, por la presencia de los otros, múltiples espejos. Estos generan una vivencia inicial de angustia y temor a la despersonalización, pero permiten luego una visión de aspectos del sí mismo y un enriquecimiento en la trama identificatoria.

Nos referiremos aquí a los grupos que se organizan deliberadamente con objetivos psicoterapéuticos generales o específicos o para el abordaje de las ideas y emociones latentes que están presentes en el desarrollo de toda situación grupal.

Los grupos pueden estar basados en distintos modelos teóricos y técnicos. Requieren dispositivos específicos para su desarrollo, según sus objetivos. Por dispositivo entendemos el conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollarse: número de integrantes, tiempo de las reuniones y frecuencia de las mismas, duración limitada o ilimitada del funcionamiento del grupo, pero más especialmente el tipo de inter-

venciones de los coordinadores del grupo. Según cual sea el dispositivo grupal se producirán determinados efectos y se verán con mayor o menor intensidad ciertos fenómenos.

En el análisis de los modelos conceptuales es posible establecer dos concepciones teóricas permanentemente en polémica, aunque en la práctica clínica es dable observar que las fronteras no reconocen semejante estrictez ni antagonismo. De un lado existe un modelo que ubica al grupo como un todo, como una unidad indivisa de análisis de manera que se comprende e interviene sobre el conjunto como totalidad. En el otro polo la unidad de análisis es el individuo y las intervenciones y acciones psicológicas están dirigidas a él. En los últimos años se desarrollan investigaciones que analizando los procesos implicados en los espacios intrasíquico, e inter y transubjetivos, se proponen dar cuenta de la relación dialéctica individuo-grupo.

Ser terapeuta de grupo, o coordinador de un grupo no terapéutico, requiere una formación específica, teórica y práctica. No es lo mismo manejarse en el encuadre bipersonal característico de la psicoterapia individual, por ejemplo, que la compleja trama que se establece, entre todos, en un grupo. La carencia de esta formación específica lleva habitualmente al fracaso de los objetivos del grupo.

Para efectuar un cierto ordenamiento, los grupos se pueden clasificar en terapéuticos y no terapéuticos de acuerdo a sus objetivos.

Grupos Terapéuticos

Los grupos terapéuticos, a su vez, pueden ser terapias de develamiento o de apoyo. Las terapias que denominamos de develamiento, son aquellas destinadas a elucidar cierto tipo de conflictos y a producir una modificación consecutiva en la estructura de la personalidad.

Las terapias de apoyo están destinadas a producir el control de cierto síntoma. El control sintomático puede tener un valor en sí mismo muy importante, particularmente desde el punto de vista de las posibilidades de adaptación social de una persona. En el caso de las adicciones, especialmente el alcoholismo, constituyen el principal recurso terapéutico demostrado eficaz hasta ahora.

Por nuestra parte, definimos el grupo terapéutico como aquél en el que se produce una dramatización espontánea de los conflictos internos, permitiendo su modificación a partir de esa dramatización. No se trata de dramatización en cuanto técnica, sino de la dramatización natural que todos hacemos en un contexto grupal, sobre la base del despliegue del grupo interno de cada uno de los integrantes en la trama de la estructura de roles del grupo.

Esta dramatización espontánea tiende a la repetición de las conflictivas que el sujeto busca superar.

El grupo terapéutico moviliza la trama intersubjetiva y muestra directamente las formas en que se vincula con los otros y a través de esto su propia estructura interna. En la situación grupal se observan con rapidez fenómenos vinculados a la problemática del narcisismo, que en una terapia bipersonal, por la gratificación narcisista que ofrece subsidiariamente, pueden ser menos evidentes.

Los fenómenos narcisistas aparecen en el grupo de distintas maneras. Una de ellas, muy habitual, consiste en la tendencia al monopolio en la comunicación grupal, tendencia que muestra un acercamiento al polo de un vínculo dual, indiscriminado.

En el grupo terapéutico, lo significativo no es solo lo verbal, sino también el tipo de inserción en la estructura de roles entendida en este caso como trama intersubjetiva, y no como los roles clásicamente descritos por la teoría interaccional.

En los grupos terapéuticos, se desarrollan fenómenos transferenciales específicos y complejos. Es a partir de estos que se puede acceder no solo a las fantasías originarias, comunes a todos los sujetos, sino también a las fantasías secundarias, conformadas a lo largo de la historia particular de cada persona.

El despliegue de todos estos fenómenos se ve facilitado por la ambigüedad del encuadre terapéutico.

En el marco del tratamiento de pacientes psicóticos, se utilizan los grupos tanto, para pacientes internados como de hospital de día.

Se realizan grupos pequeños y también grupos amplios, institucionales. Estos últimos se instauraron apoyándose en una doble corriente de ideas: la de la psiquiatría comunitaria, y en particular la de la psicoterapia institucional, y la del psicoanálisis.

El ataque al pensamiento simbó-

lico, la confusión entre las representaciones psíquicas y lo concreto de los comportamientos, el alto monto de narcisismo, la dificultad en la integración del Yo corporal, el Yo ideal megalomaniaco, son obstáculos muy importantes a la posibilidad de establecer una comunicación en el grupo.

Sin embargo, todos destacan como estos grupos sirven de encuadre y continente al paciente, su utilidad en la aceptación de la situación de internación, en la convivencia en el lugar de internación, en el manejo de las situaciones institucionales, en la elaboración de la ambivalencia.

El papel de continente parece provenir, en estos casos, de la dimensión temporo-espacial que constituye un límite circundante, y cuya continuidad y mantención se hace por este motivo especialmente importante. También del papel de código que cumple la puesta en acto de un par contrastado (pacientes-equipo asistencial, nuevos-viejos, etc.)

Las reuniones ulteriores, elaborativas, del equipo asistencial, facilitan la elaboración de las ansiedades y fantasías que éste difícil trabajo moviliza en cada uno.

Se encuentra escasa bibliografía sobre este tipo de reuniones, tanto en cuanto a la descripción clínica como a la conceptualización de los fenómenos que allí ocurren.

Los grupos de adictos se caracterizan por estimular los fenómenos de identidad por pertenencia y el control superyoico de los síntomas. En algunos casos se trabaja también sobre los dobles mensajes y las inducciones sociales a la adicción.

Entendemos por identidad por pertenencia el fenómeno por el cual el sujeto define su ser, y es definido por otros, a partir de pertenecer a determinado grupo. Esto refiere a aquello que no llega a discriminarse o desimbiotizarse. Así el alcoholista que se incorpora a un grupo de adictos, pasa a ser, si los objetivos se logran, un alcoholista recuperado, y requiere para mantenerse como tal una participación prolongada y continua en el grupo.

Si tenemos en cuenta las necesidades de cubrir una demanda social amplia, tal como la derivada del alto número de alcoholistas, o del alto porcentaje de neuróticos en el total de la población, el tema de los recursos económicos no es indiferente. Los grupos implican economía de esfuerzos, tiempo y dinero. Sin embargo, este menor costo tien-

de a producir una desvalorización social tras la sospecha de "barato"; (confluyendo así con las corrientes que remiten en última instancia al modelo de sujeto y de funcionamiento psíquico aislado.)

Grupos Operativos

Los grupos operativos fueron creados por Enrique Pichón Riviere. Podemos ubicarlos como grupos de aprendizaje. La tarea grupal es definida como aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifiestas en el campo grupal. Los grupos operativos están basados en los conceptos de emergente y portavoz. El portavoz es aquel que en el grupo, y sin conciencia de ello enuncia algo que es signo de un proceso grupal que hasta ese momento ha permanecido latente o implícito. El portavoz es el denunciador de los aspectos latentes. En el grupo operativo se irían resolviendo los obstáculos que dificultan el aprendizaje. En este caso se entiende por aprendizaje la posibilidad de abordar un objeto, apoderarse instrumentalmente de un conocimiento para poder operar con él; disolviendo las resistencias al cambio que se consideran siempre presentes.

Al igual que en los otros tipos de grupos, los grupos operativos han tenido distintos desarrollos y conceptualizaciones posteriores.

Grupos Balint

Los grupos Balint fueron iniciados durante la posguerra, en Londres por Michel Balint, en la Clínica Tavistock e incluidos en el Programa del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra.

En la Argentina aparecieron en la década del '60, en momentos en que los hospitales se poblaban de médicos jóvenes, comenzaban las primeras residencias médicas a nivel nacional y municipal, y se instalaban los servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Al mismo tiempo se comenzaba a desarrollar la técnica biomédica en Buenos Aires: se implantaban los primeros marcapasos cardíacos, nuevos tipos de fistulas para diálisis y transplantes renales, etc.

Este tipo de grupos comenzó con la modalidad de grupos homogéneos de médicos internistas, coordinados por un psicoanalista. Su objetivo fundamental estaba centrado



en el análisis de "casos médicos" intentando ayudar a los médicos a comprender lo que ocurría con sus pacientes cuando ambos se encontraban. Es decir, facilitar un modo diferente de "escucha" de los procesos psicológicos que se desarrollaban en los pacientes.

Posteriormente, se producen redefiniciones de estos grupos que brindan posibilidades más amplias, centrándose en utilizar el ámbito de reflexión grupal como instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente. Del análisis de los casos se pasa al análisis del vínculo médico-paciente, lo que se denomina "situación médica", teniendo en cuenta que en esta se ponen en juego factores vinculados al ámbito en que se producen las acciones médicas (familia, institución) y sus características y condiciones psicológicas y sociales particulares; a las características específicas de la intervención médica, incluyendo la concepción de cada profesional y el impacto contratransferencial que le produce el vínculo con el paciente, y a características de los pacientes como así también al tipo de padecimientos que sufren.

Esta ampliación de los alcances de este tipo de grupos incluye la participación de diferentes trabajadores de la salud, médicos, odontólogos, enfermeros, etc. pertenecientes a diferentes equipos de trabajo o miembros de un mismo equipo asistencial.

Se abordan así las dificultades en el funcionamiento de los equipos de salud así como en los profesionales, tanto en las relaciones de los miembros entre sí como en la relación con los pacientes.

Grupos de Reflexión

Los grupos de reflexión reconocen su antecedente en los grupos operativos, y se comenzaron a implementar con la idea de permitir la elaboración de las ansiedades que crea el trabajo con pacientes psiquiátricos y la elaboración de los distintos conflictos que pudieran surgir en el equipo asistencial.

En su desarrollo, los grupos de reflexión se utilizan para abordar situaciones grupales frente a diferentes problemáticas específicas, trabajando en el orden de los fenómenos transubjetivos. Es decir, se trabaja con relativa independencia

de las características de personalidad de los miembros de dicho grupo, y estas no son interpretadas.

Además del abordaje de problemáticas institucionales y de la consideración de la estructura de roles de un grupo que realiza una determinada tarea, los grupos de reflexión permiten el entrenamiento e investigación de la grupalidad en sí misma.

Son también un instrumento útil para grupos de personas que viven una cierta problemática común y tienen que afrontar diferentes recursos personales para encararla. Algunos los consideran un recurso importante de prevención en salud mental.

Al no tener los grupos de reflexión objetivos terapéuticos, y por lo tanto no considerarse sus integrantes pacientes, el deslizamiento hacia interpretaciones personalizadas puede resultar persecutorio o confusional para los que participan en ellos. Pero si la coordinación es eficaz, se pueden producir efectos terapéuticos debido a ese "plus" grupal antes mencionado, a las modificaciones de ciertos estereotipos, al intercambio de información cuando se abren las posibilidades de recibirla.

Consideramos que en las situaciones de crisis o emergencia social, los grupos de reflexión, o grupos comunitarios de reflexión, permiten a los afectados acceder a los articuladores psicosociales que se ponen en juego, a la modalidad que adquieren las representaciones sociales en cada situación, y a poder visualizar las diferentes formas y grados de identificación con éstas. Las situaciones de crisis producen modificaciones en el campo de lo vincular y de lo subjetivo individual. En ellas, es especialmente importante el papel de apoyo que el grupo presta al psiquismo. Muchas veces se produce una tendencia espontánea al agrupamiento, lo cual además de permitir encarar tareas en el orden de la realidad con el objetivo de abordar aquello que ha provocado la crisis, reconstituyen un apoyo grupal al psiquismo.

En el presente dossier se incluyen algunos trabajos que dan cuenta de algunos modelos conceptuales, así como de prácticas que recuperan la potencialidad transformadora de los grupos.

La propuesta es promover, estimular el debate creador y el intercambio de experiencias concretas que recuperen la riqueza de la gru-

palidad y amplíen las perspectivas de abordaje de los problemas que plantea ■

Bibliografía

- Ammaniti Massimo y Fraire, Manuela: El grupo terapéutico en el tratamiento institucional de la psicosis. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo VIII, Bs.As., 1985.
- Berenstein, Isidoro; Bernard, Marcos; Pujet, Janine: Mesa Redonda: "La interpretación en los encuadres multipersonales". *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo XIII, Nº 1 y 2, Bs.As., 1990.
- Bernard, Marcos, El psicoanálisis de las configuraciones vinculares. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo XIV, Nº 1 y 2, Bs. As., 1991.
- Bernard, Marcos, La estructura de roles como lenguaje y el status del inconsciente. En Pujet, J. Bernard, M. Games Chaves, G. y Romano, E. "El grupo y sus configuraciones", Lugar Editorial, Buenos Aires, 1982.
- Bernard, Marcos, Consideraciones sobre la tendencia a la burocratización en los grupos terapéuticos: dramatización e interpretación. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo V, Nº 1, Bs. As., 1982.
- Bernard, Marcos, Los grupos burocratizados. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo X, Nº 1, Bs. As., 1987.
- Dellarosa, Alejo: Grupos de reflexión, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1979.
- Dio Bleichmar, Emilse, Psicoterapia de grupo de niños. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, tomo XI, Nº 1, Bs. As., 1988.
- Edelman, Lucila y Kordon, Diana, Codificación Social de las Representaciones Psíquicas, Bs. As., octubre, 1990.
- Edelman, Lucila y Kordon, Diana, Encuadre en un contexto cambiante. Bs. As., agosto, 1991.
- Kaes, René, El apoyo grupal del psiquismo individual: algunas consideraciones teóricas en relación a los conceptos de Individuo y Grupo, *Temas de Psicología Social*, Año 4, Número extraordinario, Bs. As., abril, 1981.
- Kaes, René, El aparato psíquico grupal, "Gedisa", Editorial Granica, Barcelona, 1977.
- Kaes, René, "Crisis, Ruptura y Superación", Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1989.
- Kordon, Diana y Edelman, Lucila, Algunos aspectos de la problemática de la fantasía y su relación con lo grupal. Presentado en las Jornadas de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Buenos Aires, octubre, 1989.
- Kordon, Diana y Edelman, Lucila, Psicoterapia grupal: Modalidad terapéutica de elección en las instituciones, Buenos Aires, 1989.
- Luchina, Isaac L., "El grupo Balint". Hacia un modelo clínico-situacional, Editorial Paidós, Bs. As., 1982.
- Pichón Riviére, Enrique, El concepto de portavoz, *Temas de Psicología Social*. Año 2, Nº 2, Bs. As., noviembre, 1978.

HACIA UN PSICOANÁLISIS GRUPAL

Marcos Bernard*



1.- El psicoanálisis y los grupos

En la década del '40 comenzaron a realizarse intentos sistemáticos de trasladar las conceptualizaciones psicoanalíticas al campo de los pequeños grupos. La idea era implementar métodos terapéuticos que ampliaran las posibilidades de tratamientos de los psicoanalistas; en algunos casos, por la necesidad de entender los mecanismos grupales en juego en contextos institucionales (el caso de W. R. Bion en el Hospital de Northfield, en Inglaterra, con veteranos de guerra). En otros, por la demanda producida por determinadas coyunturas (el impacto de los estudios de K. Lewin desde la psicología social; los esfuerzos de reconstrucción social de la posguerra). En todos, por la curiosidad de comprobar en qué otros campos podría ser aplicada la herramienta de comprensión psicoanalítica.

Una de las contribuciones más significativas ha sido, seguramente, la de W.R. Bion. Los grupos, según este autor, se desenvuelven en dos niveles de funcionamiento distintos



y, hasta cierto punto, complementarios. Uno de ellos, el manifiesto contractual, es el que denominó: *grupo de trabajo*.

Se cumplen en él las leyes del proceso secundario: los participantes se adaptan a los requerimientos de la realidad, tendiendo a cumplir la tarea que se han propuesto.

En el otro nivel, el *grupo de supuesto básico*, se dejan sentir las formaciones del inconsciente. A partir de una capacidad de combinación instantánea de seres humanos, *la valencia*, que actúa en presencia de un contexto grupal, este se organiza de acuerdo a patrones inconscientes característicos, que responden a la vigencia de fantasías muy primitivas. La regresión es, para Bion, un fenómeno propio e inevitable de los grupos: la presencia de estas fantasías sería su consecuencia. Llegó a definir al grupo como a un conjunto de individuos en un nivel idéntico de regresión. Esto implica que todos los grupos humanos, cualquiera que sea el trabajo al que están abocados, sufren en mayor o menor grado efectos provenientes del inconsciente de sus miembros, con consecuencias diversas.

Estas premisas, que fueron ampliadas y confirmadas por otros investigadores (no todos aceptaron su propuesta de una mentalidad grupal, sin embargo), se aplicaron a la terapia, a contextos institucionales y a problemáticas grupales de todo tipo. Psicodramatistas, como J. Mo-

* Miembro Titular y Director del Departamento de Grupos de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Arenales 1242 P.B. "B" (1061) Buenos Aires.

reno, otros enfoques psicoanalíticos como el de Foulkes, Anzieu, etc. confluyeron en el abanico de teorías y técnicas que encontramos en la actualidad.

El efecto inconsciente propio del agrupamiento, como dijimos, se produce en todos los casos, no sólo en un encuadre psicoanalítico. Pero en este último es posible su análisis y modificación a partir de técnicas interpretativas, lo que permite cambios en la dinámica del grupo que renueven estereotipos y aumenten la posibilidad de reflexión de sus miembros. En el plano de la investigación, constituye un instrumento de conocimiento del psiquismo humano, especialmente en lo que hace a su origen vincular.

2. El grupo y la formación del psiquismo

Desde que Charles Cooley describiera, a principios de siglo, la importancia de los grupos de pertenencia —la familia en primer lugar— en la formación y crecimiento de la identidad de sus miembros, se han sucedido al respecto muchas investigaciones, desde la psicología social y el psicoanálisis. El sujeto humano es siempre esperado por un grupo, del que la madre es representante; tiene un lugar asignado en él que lo marca y determina desde el inicio. Lo que será la patología del sujeto guarda una estrecha relación con lo que fue en algún momento la patología de sus grupos, en especial su familia: el psiquismo del sujeto —lo afirmó Freud en 1921 es el resultado de un precipitado de vínculos de los que ha participado, y que lo ubican, le proporcionan identidad, lo fijan en determinadas pautas (o estereotipos), lo enriquecen, y a veces lo desgarran y destruyen.

Consecuencia del vínculo, ya que, en su indefensión infantil, necesita de los otros para compensar la homeostasis perdida con el nacimiento, el sujeto humano volverá al vínculo para apuntalar, repetir o elaborar, las marcas que estas primeras relaciones dejaron en él. El grupo —en principio la relación con la madre— reemplaza al vientre materno y, en cierto sentido, de ahí en más lo representa en su inconsciente. Se buscará en él protección, reconocimiento, afecto, y también realización y poder. Será siempre una herramienta de trabajo y un soporte, una fanta-

lla para su fantasía. Aún el solitario necesitará conversar consigo mismo, en un diálogo que tendrá como referencia alguno de su historia.

3. El individuo y el grupo

Desde conceptualizaciones psicoanalíticas recientes, se piensa al sujeto (lo hemos dicho antes) como organizado a partir de una serie de contenidos y estructuras intrapsíquicas surgidos en ocasión de su existencia grupal. El ser humano emerge de estos vínculos, en un movimiento que produce su internalización al mismo tiempo que su discriminación de ellos: el "adentro" que se forma, que constituye su psiquismo, se diferencia del "afuera" del que ha surgido, adquiriendo con respecto a éste cierta autonomía. El grado de discriminación alcanzado entre este "adentro" y este "afuera", así como el tipo de vínculo que se establezca entre ambos, marcará el estilo, el carácter, la identidad y la patología del sujeto.

Si el sujeto no ha aprendido a distinguirse de aquel grupo del que ha surgido (o de los que le sucedan) queda condenado a depender excesivamente de él: no puede ejercer una actividad mental autónoma, ya que en su vivencia los otros son parte de él, tal como un niño pequeño no puede prescindir de su madre, de quien se siente una parte indivisible.

Si bien todos los cuadros de la patología pueden referirse en su vertiente psicológica a esta circunstancia, no debe pensarse que el mecanismo es simple: las formas en que el sujeto manifiesta o intenta superar esta dependencia son, a veces sumamente complejas, y suelen aparecer aparentemente alejadas del punto de partida original.

Cuando un sujeto con un déficit de identidad como el descrito se incluye en un contexto grupal, tenderá a tomar a sus circunstanciales compañeros como a partes de su propio ser. La regresión propia de estos encuentros incrementará este efecto de vivencia de fusión. Su actividad con ellos (hablo de un grupo cualquiera, "natural") además de estar dirigida a resolver las vicisitudes de la tarea que los ha convocado, se verá influenciada por esta dificultad para contemplar las diferencias. Su incapacidad para discriminar entre los contenidos de su psiquismo inconsciente, los personajes

y fantasías que lo componen, y los protagonistas concretos del grupo organizados alrededor de la tarea que los convoca, hace que su *adentro* no bien delimitado se derrame en este *afuera* del que no consiguió delimitarse. En grados variables el sujeto debe dirigirse a los otros otorgándoles lugares y roles que corresponden a objetos de su mundo interno. Reproduce así con ellos vínculos que corresponden a sus fantasías inconscientes, que quedan de este modo *dramatizadas* en la escena de la que participa: no lograrlo lo sometería al sentimiento penoso de una disgregación de su psiquismo, perdidos los puntales concretos que lo sostienen.

La problemática de los grupos, psicoanalíticamente hablando, se establece, entonces, entre las demandas adaptativas de sus miembros, organizados en el nivel del grupo de trabajo de Bión, y la necesidad de controlar y/o canalizar los efectos que el inconsciente de cada uno de ellos produce en la interacción del conjunto. Podemos así encontrar una analogía entre la estructura del grupo y la del síntoma.

Como lo había observado J. Bleger, en los niveles de indiscriminación sujeto-objeto, el sujeto es el grupo. Se confunde con los demás en un despliegue de antiguas escenas, ante la sorpresa o complicidad de los otros, que a su vez pueden estar pasando por el mismo proceso. Por fin, llegarán a un acuerdo* en que la dramática compartida pueda contener las fantasías de todos, aunque esto sea, a veces, a costa de un abandono o desviación relativa de los roles originales, aquellos que estaban determinados por la tarea que los había convocado.

La experiencia demuestra que esta tarea raramente es abandonada totalmente: estaríamos entonces en presencia de un grupo de psicóticos, determinado totalmente en su accionar por la fantasía inconsciente de sus miembros. Pero rara vez, también, la tarea grupal no es influenciada por la necesidad de apoyar en el grupo la identidad de cada cual, de utilizar la pertenencia grupal para apuntalar un self no siempre bien delimitado. En estos casos

* De todos modos, este acuerdo no se realiza sin un grado variable de conflicto. Es éste uno de los factores de sufrimiento para los integrantes del grupo. En los casos extremos, la constitución del grupo queda imposibilitada.

el rendimiento del grupo disminuye, tanto cuanto estas demandas inconscientes incidan en la dinámica de su estructura de roles, trabándola o distorsionándola.

4. Las técnicas

Lo dicho nos sirve de introducción para plantear las posibilidades operativas de un enfoque psicoanalítico de los grupos.

Toda inserción de un sujeto en un contexto grupal desencadena fenómenos que afectan tanto al propio sujeto como al conjunto.

Al sujeto: revive inevitablemente otras experiencias de pasaje, que tienen que ver con sus entradas y salidas en otros vínculos y, en definitiva, con aquella en que comenzó su experiencia como ser humano. De nuevo se encuentra en una situación desconocida, para la que se siente insuficientemente preparado, en la que depende de los otros, que le proporcionan además un código que debe aprehender. Su mayor o menor elaboración de esas experiencias anteriores harán que esta etapa nueva sea superada sin inconvenientes mayores, o se constituya en un escollo insoportable que condena al sujeto al aislamiento, al conflicto con los otros, o, por lo menos, a un sufrimiento inadecuado. La forma patológica con que haya resuelto las inserciones anteriores, tenderá a repetirse, en lo que constituirá un despliegue transferencial. Entendemos aquí este término en una de sus acepciones posibles: la vivencia de situaciones nuevas a partir de pautas pretéritas e inadecuadas, sin poder percibir la diferencia entre lo anterior y lo novedoso, es decir, entre lo que *ya estaba* y lo que *adviene*; el antes y el ahora, lo "mío" y lo "otro".

Al grupo: el despliegue transferencial de los agrupantes tiende a inducir, en la estructura de roles que determina la tarea manifiesta, cambios, promoviendo alteraciones en ella: estereotipos o desviaciones. Esto, a su vez, no deja de producir efectos de rebote sobre los participantes, pudiendo eventualmente establecerse un círculo vicioso: el sujeto fuerza en el grupo una tendencia al estereotipo, y el grupo, a su vez, desde este estereotipo, limita las posibilidades de realización y enriquecimiento de quienes lo componen.

Es aquí donde la implementación de un enfoque psicoanalítico, tanto

teórico como técnico, puede ser beneficioso para la tarea y eficacia del grupo, como así también para el cuestionamiento y modificación de la identidad de sus integrantes.

Si se piensa en la tarea grupal, el beneficio recae sobre el conjunto, aunque es inevitable que esto redunde también sobre cada uno de sus integrantes. El objetivo no es realizar una terapia sobre el sujeto, sino controlar y modificar los efectos que el proceso de agrupamiento ha producido sobre el conjunto. Se trata aquí de los *grupos psicoanalíticos de reflexión*, utilizables en contextos diversos, con fines de formación o de terapia institucional.

Por otra parte, los *grupos psicoanalíticos terapéuticos* tienden a instrumentar el ámbito grupal, a través de un encuadre apropiado, para poner en juego y tratar diversas problemáticas psicológicas, en este caso personales, de sus miembros.

Las técnicas difieren según la tarea que cada tipo de grupo se proponga: en los de reflexión el foco está puesto en la interacción del conjunto, y el efecto que el despliegue fantasmático produce en ella. En los terapéuticos, en el análisis de la neurosis de transferencia de cada uno de los miembros, desplegada en el contexto vincular que provee el grupo.

5. El futuro

El desarrollo creciente de las investigaciones en este campo relativamente nuevo del psicoanálisis, permite prever una participación importante de estos recursos, especialmente en contextos institucionales ■

Bibliografía

- Anzieu, D., (1974), "El grupo y el Inconsciente". Biblioteca Nueva, Madrid, 1986.
- Bernard, M., (1940), "The structure of roles and the status of the unconscious". En Pines, M. y Kaffaelsen, L., "The individual and the Group". Plenum Press, New York, 1982.
- Bernard, M., (1982) Consideraciones sobre la tendencia a la burocratización en los grupos terapéuticos. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo X, Nº 1, 1987.
- Bernard, M., (1987), Los grupos Burocratizados. Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Tomo X, Nº 1, 1987.
- Bión, W. R., (1948), "Experiencias en Grupos". Paidós. Bs. As. 1966.
- Bleger, J. (1971), El grupo como Institución y el grupo en las Instituciones. En Temas de Psicología Social. Nueva Visión. Bs. As. 1971.
- Foulkes, S. N., Anthony, E. J., (1957), "Psicoterapia psicoanalítica de Grupo". Paidós. Bs. As. 1964.
- Kaës, R. (1976) "El aparato psíquico grupal". Gedisa. Barcelona, 1976.
- Pichon Rivière, E. (1977) "El Proceso Grupal". Nueva Visión. Bs. As. 1977.

NOVEDAD ABSOLUTA

Cronus[®]

Labinca

ZOPICLONA

INICIA EL TIEMPO DEL DESCANSO PLENO

1 COMPRIMIDO AL ACOSTARSE.

RAPIDO COMIENZO DE LA ACCION HIPNOTICA

INDUCCION AL SUEÑO A LOS 20-30 MINUTOS DE LA INGESTA

SUEÑO PROFUNDO Y FISIOLÓGICO SIN ACCION RESIDUAL DIURNA

DURACION IDEAL DEL EFECTO HIPNOTICO (6 A 8 HORAS)

PRESENTACION:

ENVASES CON 10 Y 30 COMPRIMIDOS RANURADOS.

Cronus[®]

ZOPICLONA

NOVEDOSO HIPNOTICO LIDER EN VENTAS EN TODA EUROPA.

TERAPIA APLICADA A GRUPOS

Un enfoque Gestáltico

María Elena Vanina*

Escribir acerca del enfoque gestáltico en los grupos, hace necesaria una descripción.

Se trata de un enfoque fenomenológico y existencial.

Describe la relación entre uno y el mundo, más allá de las características accesorias que son hechos obvios; estar vivo es ser un proceso que da cuenta (y se da cuenta) de sí mismo.

No preguntar porqué, antes de saber qué pasa y cómo pasa; renunciar a teorías causalistas que hacen al hombre prisionero de un pasado inmodificable.

Nuestro ser en el mundo se desarrolla en un tiempo y un espacio; y lo que hacemos es la expresión de nuestra relación con este mundo, y lo que le da su significado existencial (no lo que pensamos, ni las explicaciones que damos).

Tenemos que recuperar el darnos cuenta que, antes de hablar, cada uno de nosotros ha tenido un largo contacto con la vida, la gente y las cosas, con un insospechado grado de claridad e intensidad, que se hundirían en un mar de palabras y explicaciones.

El enfoque gestáltico en terapia, consiste en asistir a otro ser humano de modo tal que le permite ser lo que es con fundamento en el poder que lo constituye.

Es existencialista; se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y lo que hacemos.



Nos acercamos con la descripción de los datos de la conducta observable que constituye el fenómeno, en lugar de nuestras propias conjeturas o la de otras personas o teorías.

Incluye un absoluto compromiso en la búsqueda de la verdad; los principios de la gestalt aplicados a la terapia sirven para despertar de la alienación vital.

Cuando sustituimos la autoactualización, por la actualización de nuestra imagen idealizada, estamos alienados de nuestro ser y nuestra realidad. Es propósito de la psicoterapia restaurar las partes alienadas, perdidas de la personalidad, y por medio de esto puede recuperarse nuestra experiencia y nuestro funcionamiento rechazados.

Con frecuencia transitamos por el mundo como pedazos de personas que han arrojado fuera del límite del ego, los sentimientos y maneras naturales de ser que no coinciden con la imagen de nosotros mismos que hemos entronizado como ideal, nos comprimimos y nos volvemos estructurados y artificiales, y nuestro comportamiento tiene muy poca relación con nuestro verdadero ser.

Una vez que hemos autodespedazado, perdidos, viudos de nosotros mismos quedamos separados de nuestra energía y de nuestro poder para la vida.

Trabajamos para que el ser humano pueda darse cuenta qué es lo esencial en sí mismo, cómo sufre en un sistema socio-político que lo paraliza.

Se trata de abandonar el pensar orientado por la historia.

Cada uno de nosotros rescata de su historia individual lo que confirma la idea que tiene de sí mismo y las "causas" de la infelicidad.

* Especialista en Psicología Clínica, Profesora Titular Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, U.N.C. Miembro del Instituto Gestáltico de Córdoba

cambias, y mediante ese proceso se constituye la gúestalt grupal.

La mayoría de los componentes del grupo ha transitado su existencia en el esfuerzo por adaptarse a una sociedad que necesita de seres individualistas, competitivos, que vean en los otros enemigos potenciales que amanecen quitarles las cosas que el sistema propone conseguir.

Va para resolver problemas individuales y en el compromiso con el otro descubre la solidaridad; el hecho maravilloso de que lo, que te ocurre a ti, es tan importante para mí como lo que me ocurre a mí. Allí donde un "yo" súbitamente se convierte en "nosotros".

En el grupo todo tema individual es al mismo tiempo un tema de interacción social. Lugar donde se ponen a prueba los límites del propio crecimiento generando el espacio para desarrollar las potencialidades.

En terapia individual, yo hablo "acerca de" lo que me pasa, en un grupo, me pasa ahí.

Si en un grupo alguien se comporta como un niño consentido, siempre hay alguien dispuesto a sobreprotegerlo y alguien dispuesto a frustrarlo.

Explorar la experiencia de ser niño consentido, siempre hay alguien dispuesto a sobreprotegerlo y alguien dispuesto a frustrarlo.

Explorar la experiencia de ser niño consentido, y al mismo tiempo, aquello que el sentimiento de sí mismo supone acerca de los otros miembros del grupo.

Conciencia significa que el individuo presta atención a su experiencia.

En el grupo, esto asume la forma de preocupación de los temas que se comparten; así deviene la conciencia grupal, que se traduce en la acción e interacción entre sus integrantes.

Esta dialéctica entre el individuo y el grupo, es el lugar del encuentro entre lo que soy y lo que no soy. Este encuentro es el que me obliga a inventar nuevas respuestas para enfrentarme con la existencia y avanzar hacia el cambio.

En este proceso, el contacto se experimenta como sensación de ser cada uno "único e irrepetible" en la percepción de las diferencias entre los miembros; y por otro lado las similitudes de la naturaleza humana generan la experiencia de comunidad.

El grupo produce la indubitable experiencia de que "nadie es solo" al decir de Martin Buber.

Se aprende que cualquier emoción experimentada tiene un significado social, un valor dinámico y que su presencia en el grupo tiene una fuerza que incide en él.

Se aprende que cada rol, cada conducta, existe y es definida por el hecho que hay otros que le dan cabida. Si alguien habla, alguien está en silencio.

Se aprende que el hombre se trasciende a sí mismo por vía de su verdadera naturaleza y jamás por la ambición o metas individuales; que la verdadera naturaleza del hombre como la de cualquier otro animal es la integridad.

Integridad de ser lo que se es, no de lo que no se es.

Darse cuenta que la responsabilidad por el total, por sí mismo y el otro, o los otros, le da significado y configura la vida del hombre en el mundo.

El decir de Ronald Laing "Cuando la experiencia está destruida, la conducta es destructiva", no necesita, hoy, ninguna demostración especial.

También es evidente la cantidad de gente que va a terapia buscando solo ser escuchado, y sin saber escuchar.

El enfoque gúestáltico ve el encuentro grupal como esta posibilidad de desalienación, crecimiento y desarrollo; de la mano del "darse cuenta", del continuo de la experiencia, del qué y el cómo en lugar de los nefastos porqués y las inútiles explicaciones; en ser nuestro cuerpo y no "tener un cuerpo", de cerrar situaciones inconclusas que pugnan por ser completadas.

De la mano de fluir de la experiencia, en ser uno con ella, en el proceso de la verdadera actualización de uno mismo ■

Bibliografía

- Schnacke, Adriana. "Sonia, te envió los cuadernos café". Ed. Estaciones. Bs. As. 1990.
- Perls, Fritz. "El enfoque Gestáltico". Ed. Cuatro Vientos-Chile. 1976.
- Petit, Marie. "La Terapia Gestalt". Ed. Kairós. Barcelona. 1984.
- Stevens, John. "Esto es Gestalt". Ed. Cuatro Vientos. Chile. 1987.
- Perls, Fritz. "Sueños y Existencia". Ed. Cuatro Vientos. Chile. 1982.
- Zinker, Joseph. "El proceso creativo en la terapia gúestáltica". Ed. Paidós. Bs. As. 1979.
- Laing, Ronald. "La política de la Experiencia". Ed. Paidós. Bs. As. 1980.

APRENDIZAJE POR PARTICIPACION GRUPAL

Informe y comentarios sobre una tarea docente

Lía Ricon*

1. Introducción

La experiencia que voy a relatar y comentar se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 1984. Participaron de la misma los aspirantes al ingreso a Medicina en 15 encuentros realizados durante los meses de abril y mayo y los alumnos de los últimos años de la carrera en los 5 encuentros realizados en los meses de agosto y setiembre. Fueron un total de 20 encuentros.

Los temas propuestos para los aspirantes al ingreso fueron dos: "El rol del médico" y "La vocación médica". Para el segundo grupo el tema se anunció con la pregunta: "¿Qué especialidad seguir?"

2. Como surgió el interés en realizar esta experiencia:

Quien escribe y los estudiantes que colaboraron en la organización de esta tarea habíamos compartido una inquietud determinada por algunos hechos observados en la práctica médica y en el comportamiento de los estudiantes.

En lo referido a la práctica médica, era y es preocupante la subestima de la vocación de servicio como ingrediente indispensable para encontrar gratificación en la tarea. Creemos que la realización personal del médico en lo que hace a los aspectos reparatorios de su personalidad y a

* Médica Psiquiatra. Psicoanalista en función didáctica A.P.A. Prof. titular del Depto. de Salud Mental U.B.A. Pueyrredón 2366, 4º A, Cap. Fed. Tel.: 803-3072



la curiosidad por el funcionamiento humano, permite no solo preservar la salud mental del profesional sino también posibilitar que alcance en la tarea asistencial, docente o de investigación el mejor nivel.

En lo que hace al comportamiento de los estudiantes, nos preocupaba y nos sigue preocupando la pasividad en la escucha que los lleva a recibir una información que al procesarse pobremente no puede utilizarse en la solución de problemas y queda en el mejor de los casos en un archivo clausurado que no podrá usar.

La primera de estas preocupaciones fue tomada en cuenta para elegir los temas, la segunda en la metodología que implementamos.

A partir de aquí tomaremos la experiencia en conjunto, ya que, por otra parte, forma y contenido son solo dos aspectos de una misma problemática.

En primer lugar recordemos que las primeras jugadas que producen la pasividad de los estudiantes son hechas por los docentes cuando en su actividad como tales, privilegian la transmisión de información en detrimento de promover el desarrollo de la capacidad para resolver problemas. Las dichas clases magistrales pecan particularmente porque la transmisión de datos se hace a veces, más para lucimiento de quien habla que para conseguir que los estudiantes realmente pueden retenerlos y utilizarlos en la práctica que implica saber como encontrar solución para los problemas que se presenten.

Esta actitud de los docentes lleva a los alumnos a acumular información que repetirán en los exámenes. Serán premiados si transmiten las

teorías, los modelos, las comprobaciones que ayudan a creer que esa verdad teórica es más que un modo de comprender la realidad, la realidad misma.

El estudiante está además atrapado porque necesita de la calificación para poder acceder a un cargo de residente ya que él sabe mejor que nadie que el título "habilitante" que le da la Facultad tendrá que ser validado por él mismo a través de la capacitación de post-grado.

Se establece así una lamentable complementariedad entre el docente que proporciona información que se retiene poco y mal y que no se procesa ni utiliza y el alumno que está obligado a repetirla en el examen. ¿Habrán tiempo para alguna reflexión? Esto último, la reflexión, parece no estar prevista por el modelo.

Quiero hacer algún comentario sobre la diferencia entre información y aprendizaje. La información es el dato, la teoría, el relato de la experiencia que puede encontrarse en un libro, una revista, un docente, una institución, la calle, los diarios. Se puede almacenar y archivar sin que se produzca ningún cambio en la conducta. El aprendizaje está solamente en el individuo en quien se desarrolla. Tiene la particularidad de ser intransferible y de avanzar con un ritmo propio.

Se evidencia cuando determina conductas que muestran un cambio de actitud. Es importante mencionar que lo que suele ser frecuentemente más difícil para que este proceso intransferible se efectivice es poder dejar caer la vigencia de un dato o de una estructura perimida, esto es algo así como olvidar para poder actuar con una nueva actitud, una nueva pauta.

¿Qué conducta proponemos al docente para que se produzca en el estudiante este proceso de aprendizaje? Entendemos que la clase "magistral" del "maestro", tendría que ser entonces, esencialmente capaz de promover el desarrollo de dicho proceso.

Por supuesto que la información es importante, pero esta de nada sirve al proceso de aprendizaje si coarta al alumno la libertad de pensamiento. Lo que un docente puede transmitir está obviamente incluido

en el paradigma(*) al que adscribe. El alumno y la ciencia toda puede contar con otros engramas, con futuros paradigmas que no por ser desconocidos hoy dejarán de tener vigencia en los tiempos que vendrán.

La historia de las ciencias y de las artes abunda en ejemplos de producciones valiosas que fueron rechazadas por los contemporáneos porque no se adecuaban a los cánones vigentes.

Vayamos a los temas propuestos: "El rol del médico" y "La vocación médica" para los alumnos del ingreso y ¿Qué especialidad seguir? para los de los últimos años de la carrera. Con respecto al primer tema, la sospecha es que no se insiste suficientemente sobre lo que deben ser las características de un profesional de la salud. En las seudo vocaciones suelen encontrarse ansias de poder, aspectos sádicos que se implementan en la práctica, errores con respecto a posiciones y modalidades de las figuras de identificación que decidieron el ingreso a la carrera, subestima de la manera en la que esta profesión involucra la totalidad de la vida, etc., etc.

En mi condición de psicoanalista he observado en diversas situaciones como algunos profesionales (más de los que se supone) han terminado sus días cansados y aburridos, tratando todavía bien a sus pacientes pero con un enorme esfuerzo físico, intelectual y emocional. Recuerdo una frase muy ilustrativa de uno de ellos: "...Terminó mi idilio con la Medicina, terminó hace mucho sin que me diera cuenta, si volviera a empezar haría otra cosa". Este colega no tiene bienestar, no es feliz. Los he visto también pendientes del "caso" para una publicación, o del "diagnóstico" a costa de sufrimiento inútil, para que el paciente muera en... digamos "estado de gracia científica". También he visto el deterioro del acto médico cuando se centra la tarea en la percepción de honorarios. No predico el ejercicio sin remuneración. No me pasa inadvertido lo mal pagado que es el personal de salud. Solo estoy intentando preservar al médico primero y también al paciente de un proceso de destrucción de la actividad que solo produce mayor cansancio, hastío y congoja aun con los bolsillos llenos. Me preocupa la posibilidad de ver a los jóvenes que ingresan como candidatos a perder la alegría, al decir de Romain Rolland, "pesa compañero, de los ensangrentados pies".

Quiero hacer en este punto algunas reflexiones sobre el concepto de vocación que entiendo aclarará el marco conceptual de esta experiencia.

Hay quienes piensan o creen que no existe la vocación para realizar una determinada tarea que son factores externos y circunstanciales los que determinan la dedicación a una tarea. Mi impresión es que se olvida buscar más prolijamente la historia del individuo; la tarea que realiza. Me parece ilustrativo mencionar una conversación sobre este tema que sostuve con un industrial muy próspero quien como argumento en contra de las vacaciones me relató las distintas vicisitudes de su instalación en el mercado y cómo su tarea podría haber sido cualquier otra y estaría en el mismo estado emocional. Yo le pregunté porqué hacía justamente esto y no lo otro. La respuesta fue terminante: "Bueno porque esto es lo que me da más dinero, es obvio, no voy a fabricar algo que no me reditua beneficio económico". Mi conclusión fue que este industrial tuvo siempre muy claro a que categoría primera debía adscribirse su actividad: ganar dinero. Me importa señalar que si esta es la categoría con la que opera la dicha vocación de cualquier integrante de un equipo de salud, no pronostico bienestar. Sería preferible cambiar personas por sillas, mesas o neumáticos. Los objetos inanimados no sufren.

Volvamos a la vocación. Partamos de suponer que la tarea realizada vocacionalmente proporciona una gran satisfacción. Esta experiencia placentera tendría su antecedente ontogénico en la situación que suponemos tiene el niño en el útero materno donde disfruta de un suministro ininterrumpido de todo lo que necesita. Resulta útil en este punto recordar el concepto religioso de vocación como inclinación con que predestina la Providencia para un papel determinado. Esta definición liga la tarea vocacional con la experiencia mística como experiencia cerrada de contacto con una totalidad omnipresente que produce un estado de bienaventuranza. Me parece útil aclarar que la experiencia mística no implica creer en Dios.

Todo esto para entender que la vocación de servicio que debemos suponer presente en todo personal de salud significa que las tareas que realiza deben acercarlo a esta experiencia primera de satisfacción. Si los objetivos fueron poder, dinero,

(*) Paradigma: (Concepto acuñado por Kuhn) Conjunto de realizaciones y valores compartidos que una comunidad científica considera como base para el planteamiento y la solución de problemas.

fama, aunque conseguirlos pueda significar gratificación, tenerlos como prioritarios deteriora el acto médico con las consecuencias que ya mencionamos. Este fue entonces el sentido de hacer pensar a los postulantes a la carrera en las reales características de las tareas que van a tener que realizar, poniéndolos en contacto con profesionales médicos tal como veremos en el relato de la experiencia.

El segundo tema propuesto para estudiantes de los últimos años es solo un intento de mayor precisión en el conocimiento de las especialidades con el mismo objetivo de ayudar a conocer la realidad de la práctica y conseguir un desempeño placentero de la tarea médica.

3. Descripción de la experiencia

Transcribo a continuación el contenido de los carteles con los que se anunció la tarea para, los postulantes al Ingreso. Para los alumnos de los años superiores, se anunció en los hospitales con carteles similares.

Actividad voluntaria ofrecida a postulantes al ingreso a la escuela de Medicina

1. *Contenido.* Grupos de trabajo sobre el tema: El rol del médico. La vocación médica,

2. *Fines*

2.1 Ejemplificar a través de una modalidad docente no tradicional en el pre-grado, como son los grupos de trabajo, las distintas posibilidades de tarea docente que se pueden implementar con los recursos actuales, en la formación del médico.

2.2. Mostrar algunos aspectos de la diferencia entre información y aprendizaje. (Consideramos un peligro y un ataque al desarrollo del pensamiento individual que los alumnos esperen de la información encontrada en los textos o dada por un docente, el ingrediente esencial o único para el conocimiento de una disciplina. El aprendizaje es un proceso que se desarrolla en cada individuo de acuerdo a su propio ritmo. Se evidencia cuando la información se asimila y se hacen presentes conductas que implican una modificación de actitudes. Siendo el aprendizaje intransferible, el docente solo puede promoverlo y colaborar en su desarrollo).

2. 3 Posibilitar la discusión de este tema esencial en la elección de carrera.

3. *Objetivos.* Que cada uno de los concurrentes pueda pensar en sus motivaciones para la elección de la carrera médica y discutirlo con sus pares y con médicos de distintos niveles de formación que participarán en la experiencia.

4. *Metodología.* La experiencia de grupo de trabajo se posibilitaría una vez para cada alumno en el turno que elija al inscribirse para esta actividad. Se desarrollará en un tiempo total de 4 horas. Se trabajará con alrededor de 60 participantes por turno. El tiempo se distribuirá de la siguiente manera.

50 min. Presentación de la actividad y exposición del tema por parte de dos docentes.

10 min. Distribución en pequeños grupos, cada uno con un coordinador y un secretario. Este último elegido entre los alumnos.

1 h. 20 min. Discusión del tema en cada pequeño grupo. Elaboración de una síntesis de una página en la que se mencionarán todas las opiniones vertidas, anónimamente.

10 min. Vuelta al grupo total.

1. h. 30 min. Lectura de las síntesis de los grupos. Preguntas y respuestas.

Evaluación

5. Lugar y fecha. Lugares a determinar en la Facultad de Medicina. Fechas. Miércoles 11 y 25 de abril, 9, 16 y 30 de mayo en turnos mañana, tarde y noche.

Los expositores fueron todos médicos con una sólida práctica profesional a los que se pidió que libremente comentaran los logros y las dificultades que habían tenido en su desempeño.

La tarea fue auspiciada por el Centro de estudiantes de Medicina, el Departamento de Educación Médica y la Secretaria de Asuntos Estudiantiles. Fue inaugurada por el Sr. Secretario Académico.

4. Resultados de la tarea

Transcribimos el listado de temas que se discutieron en los grupos durante los 20 encuentros.

a) Importancia de conseguir gratificación en la tarea por sus características intrínsecas y no por los aspectos agregados, no esenciales, como son dinero, prestigio, autoridad. Resultó ilustrativo repetir el verso de Kipling: "...Si puedes tratar al éxito y al fracaso como dos impostores..." esto, si se los evalúa en relación a los mencionados como aspectos no esenciales de la tarea médica.

b) Relación entre la vocación como llamado en la vocación religiosa y la necesidad de satisfacción en el desempeño de la tarea.

c) Especificación de las características de la vocación médica, priorizándose la curiosidad por el funcionamiento individual y colectivo; físico, psíquico y social del hombre por una parte y la satisfacción de la necesidad de reparación presente en el médico, el maestro, la enfermera, entre otros.

c) Los conceptos mecanicista y biológico de la enfermedad

d) La importancia de distintos factores en la elección de la especialidad. Se mencionaron las inclinaciones individuales por una parte y por otra los factores sociales vinculados particularmente a mercado de trabajo y condiciones generales del país, que posibiliten o obstaculicen la tarea.

f) La importancia de incluirse en un equipo de trabajo para poder delegar algunas responsabilidades en los distintos integrantes.

g) El rol del médico como promotor de salud. La importancia de las acciones de Atención Primaria de la Salud.

5. Evaluación y resultados

Una parte de las sesiones plenas en las que se leyeron las síntesis de los grupos de discusión fue dedicada a evaluar la experiencia a través de preguntas generales. Como suele ocurrir habitualmente en las actividades en las que se promueve una gran participación los comentarios fueron elogiosos y las críticas fueron referidas a aspectos circunstanciales como lugares o dificultades en el cumplimiento de honorarios.

Desde la perspectiva de los organizadores nos satisfizo plenamente comprobar la riqueza de un grupo al

7. Reflexión final después de 7 años

Durante los años que siguieron a la realización de esta experiencia, he seguido trabajando en la facultad de Medicina promoviendo el aprendizaje a través de modelos participativos, técnicas lúdicas, dramatizaciones y salida de los estudiantes del ámbito de la facultad y de los Hospitales.

Los modelos participativos incluyen discusiones a partir del relato de un caso, o de una página escrita, respuestas a cuestionarios que se contesten utilizando el saber previo sobre un tema para ampliar a partir de ahí, solución de problemas, etc.

Tanto la utilización de estos modelos participativos, como las técnicas lúdicas y las dramatizaciones permiten al alumno: a) Desarrollar un aprendizaje en un contexto placentero, interesándose en su propia tarea y en la de sus compañeros con los que muchas veces han convivido en clases y prácticas sin conocerse, al decir de uno de ellos, "como si fuéramos números u objetos inanimados que no supiéramos como comunicarnos". Parafraseando aquello de "lo bueno, si breve, dos veces bueno", decimos "El aprendizaje si placentero, dos veces útil".

Lo poco que hemos podido trabajar con la técnica de "Problem-solving based learning" (Aprendiendo a través de solucionar problemas) nos ha mostrado la diferencia entre la acumulación de información que luego no se sabe usar y la posibilidad de obtener la información necesaria para solucionar un problema, buscándola en consultores, libros, revistas, la realidad externa, etc.

La salida de los estudiantes fuera de la Universidad y del Hospital, nos ayuda a mostrar a los futuros profesionales la importancia del rol médico en lo que hace a su condición de promotor de salud. Esta actividad la estamos implementando particularmente en Salud Mental I, pidiendo a los alumnos que hagan entrevistas a embarazadas que pueden encontrar en plazas o entre sus relaciones, a personas de la tercera edad en cualquiera de los lugares en los que se encuentren, (clubes, geriátricos) a niños en plazas o también en consultorios de niño sano.

Los resultados son sorprendentes no solo por el monto de aprendizaje y la facilitación de la tarea docente en lo que hace a transmitir información, sino también por la riqueza de la experiencia personal.

que se le permite pensar, expresada a través de las conclusiones que hemos transcripto.

La calidad y variedad de especialidades de los expositores fue un factor importante del éxito. No debe pasar inadvertido el esfuerzo que significó para todos concurrir a estos encuentros. Agradezco desde aquí la gentileza de los colegas que entusiastamente aceptaron la participación.

6. Organizadores, expositores y colaboradores en la coordinación de los grupos

Los organizadores de esta experiencia fueron la autora de esta comunicación y los estudiantes, hoy médicos, Cintia Cassan, Javier Didia, Viviana Wolonov. Contamos con la colaboración pedagógica de la Lic. en Educación Nidia Winograd.

Los expositores fueron: Enrique Beveraggi (cirujano), Osvaldo Blanco (pediatra), Julio Cukier (pediatra), Enrique Carusso (cirujano), Hernán Doval (cardiólogo), Carlos Gianantonio (pediatría), Hernán Herrero (intensivista), Guillermo Jain Etcheverry (investigador), Norberto Lechuga (pediatra), Marcelo Mayorga (clínico) Elsa Nucifora (hematóloga), Carlos Repetto (psicoanalista), Lía Ricón (psicoanalista), Raúl Oliveri (cardiólogo), Margarita Telenta (patóloga), Bartolomé Vasallo (cirujano), Federico Villamil (clínico).

Colaboradores en la coordinación de los pequeños grupos: Fueron médicos residentes y becarios del Servicio de Siquiatría del Hospital Italiano. Sus nombres: Eugenia Aptecar, Marcelo Armando, Daniel Aziner, Daniel Böhm, Luis Campalans, Carlos Cano, Mónica Cárcova, Gustavo Corra, Alberto Ekboir, Angel García, Estela Goldsläger, Ariel Jarast, Nora Kennar, Gustavo Lipovetzky, Lili Neumeyer, Patricia Pellegrini, Marcelo Zucckierman, Diana Zalzman, Ariel Tolcachier.

Podemos así disfrutar de los resultados de la tarea docente al detectar los observables conductuales del intransferible proceso de aprendizaje que solo hemos podido ayudar a promover. Llevando la situación a su extremo para ser ilustrativos con la exageración, repetimos la frase de Claparède: "Nadie le enseña nada a nadie".

b) Otra ventaja de esta modalidad de enseñanza es que los alumnos comprueban la riqueza de un grupo pensando. A veces el solo cambio en la ubicación, posibilitando el juego de miradas y la creación de un imaginario colectivo, incrementa el interés y el desarrollo del pensamiento, la curiosidad y la búsqueda de experiencias individuales. Siguiendo con las frases ya dichas, ocurre lo que ya dijo el nazareno: "Un poco de levadura leuda toda la masa".

Espero haber contribuido con este relato a entusiasmar a los docentes para que disfruten de la tarea utilizando estos procedimientos grupales ■

Bibliografía

1. Bloom, B. S., "Taxonomía de los objetivos de la educación". El Ateneo. Buenos Aires. 1971.
2. Bloom B. S. Hastings, J. Th. Madans. G. F., "Evaluación del aprendizaje". Troquel Buenos Aires. 1975.
3. Kidd, J. R., "El proceso de aprendizaje, como aprende el adulto". El Ateneo, Buenos Aires. 1973.
4. Kuhn, Th. S., "La estructura de las revoluciones científicas". Fondo de Cultura Económica. Breviarios. Méjico. 1975.
5. Lafourcade, P. D. Evaluación de los aprendizajes. Kapelus. Buenos Aires. 1971.
6. Pribran, K. H. Lorenz et al., "Biología del aprendizaje". Paidós. Buenos Aires. 1973.
7. Ricón L., "Problemas del campo de la Salud Mental". Cap. "Siquiatría en la enseñanza de la Medicina y la vocación del personal de salud" B. Paidós, Buenos Aires, 1991.

ALCOHOLISMO Y GRUPO

Jorge Luis Pellegrini*

En esta revisión sobre Grupos, quisiera desarrollar la relación que titula este trabajo. Así como el proceso de alcoholización es un proceso grupal —enfermarnos socialmente— la propuesta terapéutica que venimos poniendo en práctica desde el 15 de febrero de 1984 reconoce al grupo como instrumento y soporte principal de la recuperación. Estamos hablando de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (G.I.A.) que gestamos en el Hospital de General Roca (Río Negro), desde el Servicio de Salud Mental.

Entendemos al Grupo GIA como un soporte en el que se sustenta la contradictoria decisión de recuperarse del ser humano alcoholizado. Contradictoria porque coexisten en su mundo interno el Si y el No. Frecuentemente se habla en los GIA de la "mala junta". Ella es el grupo humano de referencia característico de los alcohólicos. "Los amigos del boliche", los que "Tomo y obligo" como dijo alguna vez el tango. Ese Si y ese No se escenifican en los espacios cotidianos, del enfermo, pero en el GIA la contradicción se tensa de un modo más intenso, porque sería el lugar de la "otra junta", la de quienes buscan un proyecto de vida sin alcohol. A veces encontrándolo; otras veces perdiéndolo. En una lucha dura, llena de recovecos, incluida en una sociedad que empuja a tomar.

¿Qué clase de organización humana es la "mala junta"? Evidentemente no se la puede pensar como



grupo; o por lo menos como concebimos al grupo los profesionales de Salud Mental. Puede funcionar el espacio —"El boliche"— como referente claro, de cierta fijeza. También podría pensarse así a "la parada". Pero la composición humana, permanentemente cambiante, aparece como el entorno necesario de una práctica muy solitaria, de aislamiento e introversión, de confusión progresiva, y amnesias lacunares. Al otro día es probable que no se recuerde con quien se bebió, quienes estaban presentes. Sí se recuerda la copa, la botella. También el propio dinamismo de la adicción le da cierta fijeza temporal al encuentro toda vez que se va haciendo necesaria la ingesta diaria para calmar la sintomatología de la abstinencia.

También será necesario tener en cuenta el momento evolutivo de la carrera, pues lo que describimos en el párrafo anterior es propio de etapas avanzadas. Digo esto ya que el fenómeno actual de adolescentes nucleados en torno de la cerveza, nos hace pensar que juntarse y tomar son términos de una ecuación variable, donde a veces se juntan para tomar, y otras toman para juntarse. Todo ello puesto al servicio de una ilusoria salida de la realidad, una realidad, que se ha tornado cada día más difícil de ser vivida. Ilusión porque la ingesta alcohólica nada transforma de lo que oprime, sino alucinatoriamente y con progresivo deterioro y pérdida personal.

No siendo definibles como grupos, estas "juntas" son de seres humanos con vínculos muy laxos, variables, de composición muy cambiante, en general del mismo sexo, donde los acompañantes no son

*Médico Psiquiatra. Jefe del Departamento Provincial de Salud Mental - Chubut y Jefe del Servicio de Psicopatología, Hosp. de Gral. Roca, Río Negro.

elegidos por lo que ellos son, sino por la pertenencia a la cofradía. Los referentes son confusos y los seres humanos que se reúnen parecen espejos cargados con significaciones muy previas en la historia personal de cada uno. Como si cada otro fuera sólo un depositario de imágenes, contenidos, significados e historias de cada uno. Relaciones infantilizadas progresivamente, dependientes, intolerantes a la frustración. Están construidas sobre una permisión permanente, donde el No resulta inaguantable.

Por tanto el paso a un grupo GIA implica una ruptura en cadena. La claridad, la explicitación de sobreentendidos, las referencias nítidas, el autocuidado responsable, la permanente lectura de la realidad, el análisis de la vida cotidiana, la práctica de la solidaridad, son experiencias que se transitan con crisis. Empieza a existir una experiencia con otros escuchados e interlocutores, en un grupo que se propone transformar la realidad, y planifica tareas permanentes hacia la comunidad (medios de comunicación, escuelas, encuentros regionales de salud, policía y justicia, etc.) Se pasa de la huida y la marginación en espacios sociales reservados para enclostrar al alcohólico, a una práctica social de salud que trata de ocupar tiempos y lugares de todos nosotros. Desde el sistema sanitario público pasa de ser un problema "de ellos" a un problema nuestro.

Quizás pudiéramos sintetizar lo arriba expresado, diciendo que nuestra tarea es con seres humanos cuya vida es juntarse en torno de la botella que garantiza la fuga ilusoria, para que se agrupen en torno de una tarea modificadora de la realidad. Una realidad inclusora y reproductora de procesos de alcoholización, que los sujetos pueden cambiar si se organizan para ello.

Los GIA abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar, en el seno del trabajo grupal y en cada uno. Son grupos donde se habla en primera persona singular, porque en el recuperar la propia verdadera historia está quizás la mayor contribución a comprender la historia de todos. A la vez, esto requiere el instrumento revelador del grupo. "Sólo no puedo, con otros quizás".

GIA — Alcoholismo — Identidad

El GIA compuesto por seres humanos identificados por su adicción. Individuos que se presentan muchas veces anteponiendo a su nombre y apellido su propia condición de alcohólicos. "Yo soy un enfermo alcohólico". O soy un alcohólico en recuperación. Remarcando que se pertenece a un grupo social, el de los que toman compulsivamente, y que esa pertenencia va poco a poco desdibujando la identidad personal expresada por el nombre y apellido. Se pasa a ser uno de esos del boliche, o de la botella, y en esa nueva identidad se pierde la propia historia, para adscribir progresivamente a un historia uniforme, masificada, en la que desaparecen los referentes individuales, familiares, grupales, para construirse una versión de sí mismo, un mito creciente apenas matiz del mito social del borracho. Historias e individuos que casi o se diferencian, que tienen su propia jerga, sus códigos cerrados, sus espacios propios, sus modelos relacionales.

Cuanta vez aparece el relato de "la carrera alcohólica" se reitera un relato familiar similar a otros relatos ya escuchados, un moncorde discurso de lugares comunes grupalmente construidos. Pero también en escuchar el relato de esa carrera se adquiere conciencia del proceso social de alcoholización, del tiempo y las vicisitudes que han ido transcurriendo, y de cómo se fue construyendo esa identidad en la trama de relaciones familiares tempranas, de vínculos humanos significativos. Este proceso evolutivo que internaliza grupos humanos en el siquismo individual, tiene en los alcohólicos la característica de estar adherido a la representación de la copa y la botella. Esta trama identificatoria se va desestructurando en el proceso terapéutico del GIA.

En un Encuentro Provincial (de Chubut) de coordinadores y pacientes de GIA realizado en Esquel en marzo de 1991, le pregunté a un paciente de Rawson cual había sido su vivencia al dejar de tomar e ingresar a un grupo. Para explicarme, ese hombre recurrió a la letra de una canción: "cuando un amigo se va, queda un espacio vacío". Creo que al describir al alcohol como al amigo que se iba, se hacía referencia a los afectos depositados en ese objeto como producto de un desplazamiento. Pienso en la noción de ob-

jeto transicional de Winnicott. La explicación continuaba mostrando que esa sensación de vacío le había generado gran ansiedad. La pérdida del objeto depositario de intensos afectos generaba una búsqueda que calmara ansiedades crecientes en intensidad. Habitualmente la satisfacción se buscó en la ingesta de alcohol. Por primera aparecía otra alternativa: el grupo terapéutico. Y continuó explicando este compañero que al concurrir al GIA se había ido tranquilizando muy lentamente, con la sensación de estar llenando ese vacío dejado por el amigo que se iba, con experiencias nuevas, tranquilizadoras y tonificantes.

Ese ser humano alcoholizado internalizó durante los largos años de su carrera núcleos humanos —"malas juntas"— identificadas por el beber. Pensamos cómo el lenguaje cotidiano denuncia que aún antes de ello, el alcohol se entrama con identificaciones tempranas. El alcohólico "se mama", "chupa", dando cuenta no sólo de una oralidad voraz, sino también de la presencia de necesidades muy primitivas que parecieran requerir de objetos y vínculos "maternizados", muy dependientes.

A partir de la incorporación al GIA, se inicia un contradictorio proceso de internalizaciones, nuevas identificaciones, crisis de identidad individual y familiar, rupturas y recomposiciones vinculares. Se va internalizando el nuevo grupo humano, cuyas significaciones son otras, reemplazan la habitual muleta por un instrumento y soporte independizador.

Para ello resulta clave el encuadre de estos grupos. Hay un encuadre técnico y un encuadre institucional que enmarcan la vida de los GIA.

El tema del encuadre

El encuadre técnico resulta de la necesidad de organizar estos grupos en torno de referentes claros. Pensemos que seres humanos confusos por la alcoholización requieren de claridad permanente como respuesta terapéutica. "Al pan, pan, y al agua, agua" solemos decir en los GIA. Esos referentes claros son los días, horas, lugar y coordinador de la tarea. Esta cuestión aparentemente tan técnica y casi administrativa, adquiere enorme profundidad teórica en nuestro caso. Porque al ser grupos cuyo ámbito es el hospí-

tal, quedan inscriptos en la vida cotidiana de dicha institución. Y todos sabemos cuanto cuesta en ella sostener estos referentes claros. Pero esta exigencia resulta de respeto estricto. Los pacientes, familiares y amigos deben tener claro donde, cuando y como se sigue reuniendo el grupo, aunque ellos no estén concurrendo. Este encuadre técnico exige que el tiempo, espacio y recursos del GIA, tenga reconocimiento desde la propia institución sanitaria, que así como preserva y respeta el ámbito quirúrgico (los cirujanos no operan en cualquier lugar, ni sin un cierto ordenamiento del equipo) debe preservar y respetar el ámbito GIA. Este encuadre permite que el proceso de internalización del GIA en el siquismo del sujeto se haga de un modo que facilita la referencia y contrarreferencia precisa.

Aparece ya planteado que estos grupos tienen coordinador. A la relación de éste con el GIA nos referiremos más adelante. Pero aquí importa señalar algo que fundamenta la necesidad de este tipo de encuadre. La existencia de un coordinador grupal implica la existencia de un lugar de poder. La dinámica, y el marco teórico del grupo tratan de poner en cuestión permanentemente ese poder, pero esta contradicción debe resolverse también en lo técnico, y un encuadre claro, con referentes que no se modifican por largos períodos y son aceptados por la institución, son un reaseguro grupal frente a la posibilidad de grupos dirigistas donde los coordinadores reemplazan en la palabra y en las decisiones a los actores principales: los pacientes, y los demás afectados por el alcoholismo que concurren al GIA.

Estos instrumentos técnicos guardan correspondencia con el encuadre institucional. Aquí resaltaríamos la letra I de GIA. Los grupos son una respuesta desde el sistema público al principal problema de salud de nuestra población. Hacen a una definición basal de la que partimos. Si estamos frente al principal problema sanitario de la población, las instituciones de la Salud Pública deben dar una respuesta al problema, si no quieren verse negadas en su propia identidad de instituciones de la salud colectiva. No dar respuesta, es transformarse en promotores de la negación social del problema, que es el primer obstáculo a vencer. Negada por el Estado en todas sus instancias institucionales,

la afirmación se opera con iniciativas concretas.

Definir a los GIA como parte de la tarea del hospital, implica que dichos grupos participan de la vida cotidiana, y del ordenamiento de dicha institución. Esto tiene consecuencias prácticas inmediatas. El horario de funcionamiento es parte del horario habitual del hospital, ese que la población conoce precisamente. De mañana, casi en todos lados. Pelear y lograr que los GIA funcionen en ese espacio y tiempo institucional es también afirmar la existencia de la enfermedad como uno de los problemas cruciales que a diario requiere de respuesta sanitaria. No debe ser —la del alcoholismo— una tarea marginal, o un trabajo en el que Salud Pública preste lugar para funcionar.

Resulta claro que lo señalado nos lleva a preguntarnos qué tipo de hospital tenemos hoy en la Argentina, qué tipo de Hospital queremos, a qué nos referimos cuando nos presentamos como defensores del Hospital Público, etc. Sólo lo mencionamos como tema que preside la tarea, aunque no desarrollaremos la cuestión en este trabajo.

Algunos apuntes teórico-técnicos

Coordinador y grupo son términos de una ecuación, en la que ambos términos se implican. Es quizás una de las polémicas más extensas en la vida de los GIA. En estos años hemos ido estructurando respuestas más abarcativas y flexibles. El primer GIA fue coordinado por mí, como médico siquiátrico y Jefe de Servicio de Salud Mental. A partir de allí fuimos explorando los caminos posibles. Uno de ellos fue ir formando como coordinador a algún paciente en recuperación que en el proceso grupal se perfilara en esa dirección. Para ello se tenía en cuenta que esa persona en la dinámica de su recuperación llegara en determinado momento a ligar su rehabilitación con la rehabilitación de los demás. Recogíamos datos de la vida grupal que nos fueran indicando eso: quien llegaba antes para acondicionar la sala, quien se interesaba por la suerte de otros miembros del GIA, quien solicitaba bibliografía, quien visitaba internados. En una palabra: quien empezaba a recuperar conductas solidarias y favorecía la organización grupal. Sobre esta

base se hacía un trabajo diferenciado de formación teórica alternado con experiencias de coordinación del grupo y lectura posterior del acontecer del GIA. Por esta vía se formaron decenas de coordinadores que organizaron grupos en Bariloche, Valle Medio, Viedma, Sierra Grande, El Bolson, Villa Regina, Rio Colorado (en Río Negro) Comodoro Rivadavia (en Chubut) y Pico Truncado y Caleta Olivia (Sta. Cruz).

Otro camino practicado fue capacitar agentes de salud que manifestaran su deseo de trabajar con pacientes alcohólicos. Esta experiencia tuvo su máximo desarrollo en Chubut (años 90 y 91) dado que el Sistema sanitario público institucionalizó el reconocimiento de los GIA y se dictó un Decreto Ley que proporciona a la Provincia un Plan sobre Alcoholismo (Decreto Ley 1124/90). Se instrumentó un régimen provincial de pasantías durante veintidós días con evaluación final. De aprobarla, el agente de salud volvía a su Hospital de referencia y armaba el GIA (la pasantía le enseña justamente eso) Una vez por mes toda la red provincial de GIA se reúne obligatoriamente para dar cuenta de la tarea, hacer la estadística y avanzar en la formación científica y la investigación local. De ese modo psicólogos, médicos, enfermeras, auxiliares sociales, mucamas, pacientes en recuperación se formaron como coordinadores construyendo 13 GIA en un año y medio, separados por enormes distancias.

El coordinador hace circular las ideas, favorece la comunicación, remite al grupo la construcción de respuestas y decisiones. Necesita de un espacio diferenciado en el que pueda analizar sus experiencias, y en el que se le pueda devolver lo que está ocurriendo en el GIA. Existe un material de lectura: un cuaderno de registro llevado por un observador que colabora con el GIA. Es parte de la tarea ir replicando el modelo de formación de coordinadores, ayudando a que otros miembros del GIA inicien esa especialización.

¿Quiénes integran estos grupos? Los afectados y los agentes de salud destinados por la institución a esa tarea. ¿Quiénes son los afectados? Los pacientes, sus familiares, allegados, amigos. Vale decir: todos los que de un modo inmediato pueden ocupar un lugar en la tarea de recuperación. A los familiares, amigos y allegados, el GIA también los ayuda a ayudar, a la vez que les permite

ver su propio papel en la enfermedad del paciente como agentes de la marginación y la negación. No se puede desaprovechar el enorme recurso terapéutico que significan estos vínculos (así como no puede dejar de analizarse el papel enfermate que jugaron) La agresión culpabilizante puede encontrar salida en la reparación.

¿Cual es el objetivo principal? ¿La abstinencia? Para los GIA ésta es un paso importante que cada uno da en la trama del grupo, pero el objetivo es construir un proyecto de vida sin alcohol. Para ello: la recuperación o reformulación de vínculos, vocaciones, trabajos, sobre una base diferente de independización, respeto por si mismo, y solidaridad.

Se trabaja sobre los emergentes de la reunión. No utilizamos habitualmente la interpretación y el señalamiento. Apuntamos a que se genere un proceso colectivo que respete la tarea grupal: la recuperación de la salud. Trabajamos con los aspectos sanos de todo ser humano, y que el grupo ayude a que esos aspectos se desarrollen. Dicho despliegue coloca al paciente en otras condiciones respecto de sus aspectos enfermos, de mejores posibilidades para resolverlos.

¿Qué pasa con las recaídas? Son una eventualidad de la enfermedad y las trabajamos en el grupo para que todos puedan hacer su propio aprendizaje respecto del alcoholismo.

¿Cuando damos de alta? Es frecuente que un paciente internado o externado plantee al médico tratante, o al coordinador su alta. Remitimos esa cuestión al GIA. Que allí plantee la pregunta, y que cada miembro del grupo dé su opinión. Nosotros damos nuestra opinión



como agentes de salud. Luego que el paciente decida. Que asuma la responsabilidad y la conciencia de lo que su decisión implica.

Trabajamos con el concepto de red. Los distintos GIA esparcidos por la enorme geografía regional, se reúnen periódicamente, se comunican frecuentemente, se investigan la realidad de modo conjunto, tienen mecanismos de derivación acordados, y suelen tener iniciativas de conjunto. Por ejemplo la celebración el 2 de diciembre del Día Patagónico del Paciente Alcohólico Recuperado, que la red instituyó hace dos años como una iniciativa colectiva hacia la sociedad patagónica. También una vez por año se hace una Jornada de todos los GIA patagónicos para analizar su labor y profundizar en el conocimiento científico.

Cabría desarrollar otros instrumentos técnicos, plantear la enorme diversidad de tareas que llevan adelante los GIA, exponer nuestras bases y preguntas teóricas de un modo mas extenso. Pero limité el contenido de este artículo a algunos pincelazos sobre esta experiencia, la misma tiene como objetivo más importante el contribuir a la generación en nuestro país de un vasto movimiento por la salud de nuestro pueblo, capaz de tomar en sus manos la resolución de los grandes problemas sanitarios que nos aquejan. Nuestra contribución es abrir una perspectiva para abordar una enfermedad médico-social que afecta a tres millones de argentinos de modo directo (no incluimos aquí a los familiares y allegados). Y se me ocurre que esa cifra ya es un enorme espejo para que los argentinos nos miremos e interroguemos ■

PSICODRAMA PSICOANALITICO GRUPAL

Olga Albizuri de García*



Introducción

En los dispositivos grupales que instituimos para trabajar en el campo grupal, en salud mental (y pedagogía), hemos integrado gradualmente, desde hace tres décadas, el psicodrama psicoanalítico.

En nuestro país se comenzó a investigar y a trabajar en psicodrama en el año 1957. El psicodrama argentino ha sido pionero en Latinoamérica, formando muchos de nosotros psicodramatistas en países hermanos. El psicodrama data del segundo decenio del siglo XX, es creación de Jacobo L. Moreno, médico rumano que desarrolla su teoría y su técnica, en primer lugar en Viena y luego en Estados Unidos. Fue contemporáneo de Freud, a quien llegó a conocer. Nació en 1889 y murió en 1974.

Moreno se destacó por su interés en lo social, en los marginados y rompió con el movimiento médico de su época, atacando los valores oficiales, en lo que éstos tenían de caducos, vacíos y falsos.

En 1925 cuando se radicó en

Norteamérica, sistematizó su teoría. El cuerpo teórico general recibió el nombre de Sociometría, que a su vez tiene tres ramas: El sociodrama, la psicoterapia de grupo y el psicodrama. Este último conocido mundialmente ha abarcado de manera errónea con su nombre, a la sociometría, término que su creador eligiera para el cuerpo teórico.

Los aportes que Moreno realizó, reconocen su origen en la nueva mirada que este autor dió a la improvisación dramática, retomando a partir de lo teatral espontáneo y del antiguo teatro griego el concepto de catarsis. El término catarsis, que significa purificación, fue utilizado por Aristóteles, para referirse a los efectos del drama teatral en el público, emociones que surgían de la participación activa (identificación) en la acción dramática.

Sigmund Freud, al comienzo de sus investigaciones, por inspiración de Breuer, dio importancia fundamental a la expresión catártica en el tratamiento de la histeria, abandonando luego la validez absoluta que le diera en un principio, en el proceso de la cura.

En el psicodrama, sí bien el público resuena y se identifica con lo representado (ese es uno de sus valores en la terapia grupal), es el protagonista en primer lugar el que se conmueve, pues representa su propio drama.

Cabe aclarar que la idea de catar-

* Lic. en Psicología - U.B.A. Psicodramatista. Docente de Psicodrama Psicoanalítico y Grupo. Psicoterapeuta de pareja y grupo. Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Psicodrama. Miembro adherente de la Asociación Argentina de psicología y psicoterapia de grupo. Docente en ambas instituciones y profesora invitada U.B.A. Fac. Psicología.

Heredia 1363, (1427), Cap., Tel.: 551-3426

sis en psicodrama, no se refiere a la mera descarga ni sustenta un criterio expresionista. Catarsis de integración, la llamó Moreno y es indivisible de la comprensión y la toma de conciencia ligada a ella.

El primer intento de psicoterapia grupal, lo relizó Moreno en 1911, y posteriormente llevó a cabo: grupos de presos (1931), de niños (1931), de enfermos mentales (1932), llegando en sus desarrollos en 1933 a la sociometría y en 1936 al psicodrama.

El método psicodramático, tiene como núcleo de abordaje y exploración a la escena, la representación psicodramática. Es de esta manera como investiga los vínculos humanos. Cuenta con diferentes técnicas para desarrollar al máximo las posibilidades de la escena y el beneficio que pueda obtenerse con cada representación realizada.

El psicodrama psicoanalítico

Es en Francia, en la década de los años cuarenta, donde se realiza por primera vez una integración entre psicodrama y psicoanálisis. Esta se llevó a cabo merced a la investigación y práctica clínica de varios psicoanalistas franceses. No es casual que dichos profesionales se especializaran en tratar niños, psicóticos y que muchos de ellos trabajaran en grupos. Es en estos campos donde se han hecho imprescindibles otros aportes, además del que brinda el psicoanálisis, para llevar adelante una tarea creativa y acorde con los objetivos de la cura y las necesidades de los sujetos. Sobre todo en una etapa especialmente importante de la estructuración subjetiva, como es la infancia. Las dificultades planteadas en el tratamiento de la psicosis, la complejidad de los grupos, la continua búsqueda teórica y técnica de los especialistas, explican esta compleja integración de la que hablamos.

En nuestro país hubo un inicio similar, los primeros psicodramatistas trabajaban con psicoanálisis de niños y psicoanálisis grupal. Se buscaba intensamente también, una forma más adecuada de psicoterapia para enfrentar los tratamientos hospitalarios y en especial los que se realizaban con enfermos psicóticos. La teoría moreniana resulta menos sólida que la teoría psicoanalítica, pero aporta interesantes novedades, tanto, que es una buena integración de ambas, las dos se complementan

y resultan enriquecidas. Los aspectos divergentes no son tantos como aparecen a simple vista, y una lectura detenida de Moreno, borra algunas primeras impresiones desfavorables.

Cuando se dice psicodrama psicoanalítico, debemos reparar en el hecho de que las integraciones realizadas por los distintos autores, difieren unas de otras. Tenemos, tanto en nuestro país, como en otras partes del mundo, modalidades múltiples en cuanto a la técnica, a la integración teórica psicodrama-psicoanálisis y a los diferentes encuadres grupales que sostienen la tarea.

Moreno fundamenta el valor de la escena, afirmando que la representación dramática es liberadora, es una segunda vez. Es la forma que adquieren el pasado y el futuro, en el presente. El encuentro, el compartir, la creatividad y el acto espontáneo, posibilitan nuevos roles y rescatan energías perdidas. Esto llevará a una catarsis de integración y a una catarsis del público.

El objetivo es que el sujeto sea en la escena lo que es, pero más profundamente, más intensa y claramente que en la vida real; que se encuentre con aspectos de su Yo y "personas reales e ilusorias".

La escena para nosotros es leída desde el psicoanálisis. La valorizamos como una vía de abordaje a lo inconsciente, un camino de exploración y elaboración, tanto del que dramatiza, como del resto del grupo que asiste a la dramatización. A través de las identificaciones proyectivas e introyectivas, no sólo el que indaga es el protagonista, sino también todo el grupo: los yo-auxiliares que colaboran en la escena y los demás compañeros de grupo.

Especificidad del psicodrama psicoanalítico: la escena, su valor terapéutico

El origen del pensamiento de los efectos de la escena sobre las emociones, nos remite, como ya señalamos, al teatro griego y a Aristóteles.

Dentro del Psicoanálisis, Freud ya se refirió en 1905, en su trabajo "Personajes psicopáticos en el escenario", a lo que sucedía en el teatro.

A propósito de la obra "Hamlet" de Shakespeare, realiza un análisis en el que afirma que, el espectador de un drama está distraído y habitado por las emociones que la escena le provoca, ocurriendo entonces una disminución de las resistencias,

que junto al proceso identificatorio con los personajes del drama, posibilitan una apertura hacia una toma de conciencia de aspectos reprimidos de su propio drama.

Tenemos entonces, equiparando el hecho teatral, con lo que se produce en la escena psicodramática: una disminución de la resistencia y una fomentación de la posibilidad identificatoria.

El caldeamiento, que es el primer momento del trabajo psicodramático, tiende a lograr un clima dramático de espontaneidad. Produce una disminución de las resistencias y pone en trabajo la fantasmática inconsciente de los integrantes de un grupo y sus relaciones.

La característica dramática de la identificación, hace posible que simultáneamente se jueguen múltiples escenas en los diversos escenarios interiores e intersubjetivos. La escena psicodramática profundiza esta posibilidad, por los efectos antes mencionados. Si la identificación es motor grupal, uno de los sentidos de la construcción de dispositivos grupales para la psicoterapia, obviamente la escena psicodramática, la profundiza y es específicamente adecuada al grupo.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, se refiere a la posibilidad de simbolización de lo imaginario que la escena produce, lo relacionamos también con el juego. Freud en primer lugar, y posteriormente Ana Freud, Melanie Klein y otros psicoanalistas, destacaron el valor simbólico del juego infantil. Este valor está presente en la escena psicodramática, a través del "como sí" simbólico. Se rescata el valor del juego, donde se despliegan las fantasías y lo imaginario encuentra un lugar, un escenario factible de un trabajo elaborativo.

La escena nos brinda la posibilidad de expresión y liberación de afectos y su integración comprensiva a través de la producción creativa.

Las escenas que se representan para investigar un conflicto actual, las escenas manifiestas de dicho conflicto, provocan el surgimiento de escenas asociadas actuales y antiguas. Escenas infantiles que expresan deseos, situaciones traumáticas, fantasías inconscientes, lo que facilita el trabajo psicoanalítico del grupo. Diferentes puntuaciones y resonancias se producen merced a la regresión que el caldeamiento y la escena misma han suscitado, a dis-

tintos niveles, dando lugar; a las transferencias y las identificaciones.

Es importante destacar aquí, el concepto de regresión útil que permita la elaboración. La histerización, la sideración intolerable, que producen las cargas libidinales de relaciones objetales múltiples e indiferenciales, constituye un riesgo en el trabajo psicodramático y grupal.

Los personajes evocados por el acontecer grupal y sus vincularidades, son puestos en escena, dando lugar a escenas de la vida psíquica; manifestación de formaciones inconscientes, fantasmas e imagos.

La mirada puesta en juego especialmente en el psicodrama, moviliza al que mira y al que es mirado, ésto brinda la oportunidad de que queden destacados importantes afectos de la historia de cada uno. Desde una terminología psicopatológica, podemos hablar de movilización de núcleos histéricos, paranoias, etc. Desde "otra mirada" puedo decir: miro escenas que me recuerdan mis escenas, otras escenas que he presenciado. Fragmentos de la vida se suceden en el escenario psicodramático, que cada uno relaciona con sus propias experiencias. Los personajes que juegan en los diferentes dramas, convocan otros personajes, otras relaciones que se van utilizando. Los efectos son diversos, todos quedan implicados, es difícil sustraerse al despliegue escénico. Los grupos pueden olvidar aspectos y momentos de su historia, pero no olvidan lo que se ha dramatizado.

El punto de vista de cada uno frente al drama del otro, hace presente aspectos del propio drama, a la vez que es una manifestación de como miramos el mundo, la vida. Uno se sorprende muchas veces de "su visión de los acontecimientos. Escribe M. Percia:... "¿qué es una dramatización? Es la producción de un acontecer actual, es la evocación de una imagen que el protagonista tiene de algo que ya sucedió. Es la puesta en escena de su mirada"... (en otro párrafo): "...Se ponen en escena las formas de mirar que cada uno carga sin darse del todo cuenta"... El grupo actualiza en su proceso las diferentes dramáticas inconscientes y es su trabajo el comprenderlas y desocultarlas. Los roles jugados en las escenas y en la cotidianidad del grupo, en relación a cada integrante y al grupo como unidad, van poniendo de manifiesto el drama subjetivo. En una tarea trans-

formadora se entranan y se reestructuran, se producen subjetividades. Lo que aporta la escena psicodramática es la posibilidad de centrar las intensidades y descentrar la lectura de un único sentido posible, dando lugar a todos los sentidos que surjan. Dicen los Lemoine:..."El psicodrama no es la búsqueda de un cierto sentido ni tampoco de un significante fundamental. Por ello, se debe evitar la interpretación que proporcione el sentido y la pérdida del sentido..." "...No se trata de descubrir el significante que representaría la verdad del sujeto, sino más bien el significante que, *gracias a los soportes que el grupo ofrece*, se convierte en una máquina de repetición..." (El subrayado es mío).

Se representa una escena de un conflicto actual. Protagonista y compañeros asocian otras escenas, otros personajes, otros momentos que evocan a partir de la escena inicial y a su vez los dramatizan o los relatan y "vemos" ante nuestros ojos, espacializados, tomando cuerpo y movimiento, relacionándose, los conceptos psicoanalíticos básicos, tantas veces estudiados e investigados.

"Vemos" la regresión, la identificación, la transferencia, las defensas y las repeticiones no exentas de creatividad. El inconsciente no deja de asombrarnos, se abren las compuertas de los recuerdos, de los que participan de una u otra manera: dramatizando, escuchando, mirando.

Vemos como en la elección de una escena (realizada por el grupo), de su protagonista y yo-auxiliares, se despliegan las transferencias grupales. "Vemos", no solo son una interpretación posible, están allí representadas. Es "como sí" por fin pudieramos asir lo abstracto.

¿Qué cambia?, ¿qué se transforma entre el relato y su representación? Hay un cambio de dimensión, hay un otro espacio y tiempo para el cual rigen otras variables. Lo que fue sujetado en el relato; desconocido, se mueve, se escapa, sorprende, se incorpora y se integra.

En un relato, alguien hace mención al enojo que le produjo un violento choque de opiniones con otra persona. Se representa la escena de la discusión y emergen: la pena, el desconcierto, la soledad del protagonista; el grupo arrima y entrama orfandad, indignación, búsqueda repetida de situaciones como esa. No son abstracciones, son las variadas resonancias que hacen factibles, a

partir de la escena inicial, las escenas asociadas. Una temática se abre al infinito. El personaje con quien el protagonista estaba enojado, se convierte en "otros significativos", en partes de sí mismo, que desgranar afectos.

Luego se trae a colación una discusión producida a la salida del grupo, algunas sesiones atróa; se dramatiza y se produce un nuevo

juego de fantasmas, de vínculos en situación: "Vemos" las transferencias.

El psicodrama es básicamente una investigación vincular, este es el punto inicial de integración con el psicoanálisis, para quien lo vincula, es pilar de su teoría y su metodología.

La escena presentiza y corporiza, representa, los vínculos intrapsíquicos y posibilita conectar y comprender la reestructuración dialéctica constante de los vínculos interpersonales y los subjetivos.

Se despliegan vínculos internalizados, roles inhibidores, liberadores, complementarios a roles familiares, múltiples. Los siempre repetidos, estereotipados, señales que marcan el camino a los conflictos estructurantes-desestructurantes.

Si en toda terapia analítica, se intenta hacer un pasaje, una transformación de "los vínculos narcisistas a la relación con el otro" en la terminología moreniana "pasaje del Yo-Yo al Yo-Tu": Es a través del drama representado, del despliegue de las vincularidades que nos habitan, que este objetivo alcanza una mayor posibilidad de expresión y conocimiento.

La compleja internalización de los vínculos reales y fantaseados, que estructuran al sujeto, a su desarrollo psicosexual y social, ha sido realizada a través de escenas reales e imaginarias. Este fundamento lógico nos proporciona una base sólida para el trabajo psicodramático.

Dijimos que cada escena representada nos envía a momentos de nuestra propia historia, que tienen para nosotros valor nodal. Se actualizan así en la relación presente, nuestros fantasmas; toma relevancia en esta "otra vez" de la escena representada, aquella escena de "allá y entonces".

Integración grupal

Una forma de dar una idea clara del trabajo psicodramático en los grupos, es describir la técnica que

se desarrolla a partir de los conceptos que se sostienen. En este caso particular, dar cuenta de una técnica que refleje: una concepción acerca de la salud, acerca de los grupos, del psicoanálisis y del psicodrama. Una ideología y una ética determinadas.

Considero que los grupos son espacios privilegiados, son a la vez que un dispositivo para la cura, un lugar de generación de teorías y de producción de subjetividades. De aquí se desprende la importancia de la persona del coordinador terapéutico, de su ética e ideología, de su actitud frente a los acontecimientos sociales, de lo que considere que los grupos son y de cuales son los intereses que lo llevan a realizar la función de terapeuta de grupo.

Pienso que la integración psicodrama-psicoanálisis grupal, es un hallazgo productivo, que encuentra su justificación en la viabilidad que la escena potencia, de los aspectos que son razón de ser del dispositivo grupal analítico.

Cabe insistir en dos puntos: uno, en el hecho de que todo dispositivo grupal resalta algunos aspectos de lo que sucede y producen los grupos, mientras otros quedan invisibles, no son especialmente trabajados ni revelados. Otro punto es aquel, que considera lo ético-ideológico. Los grupos pueden ser lugares de transformación y de cambio, pueden ser lugares de desarrollo democrático y de libertad, pero también pueden ser lugares de mera adaptación no creativa, no crítica, donde el sometimiento y la vinculación que se despliega, los convierten en lugares de sostén narcisista, aislados de la realidad social en la que se desenvuelven donde el individualismo es rey y una cierta cultura del "animarse, permitirse", y del "eso no es cosa tuya", deja de lado importantes aspectos del ser social, empobrecen su crecimiento.

Sabemos que toda ciencia, toda técnica puede estar al servicio de uno u otro poder; es importante interrogarse.

Diferentes épocas y diferentes poderes han dado pie al análisis de las represiones, pero también al reinado de las represiones ideológicas.

Actualmente nos toca asistir, yendo a los extremos, por supuesto; a algunos discursos fascistas posmodernos, donde alguien (coordinador) se propone como única opción, como lo que realmente vale.

Puede anidarse el equívoco acer-

ca de los grupos: desde una cátedra, desde los lugares de poder institucional, desde la seducción y la fascinación. En este momento, a veces escuchamos hablar de "amplitud" en oposición a un "reglamentarismo estúpido", justificando y ocultando así la institucionalización de la perversión, (en nombre de la creatividad), son consecuencias de la "desregulación", de la crisis de valores que nos atraviesa.

Nos movemos constantemente entre la libertad y la democracia, que necesita tener sus leyes en grupos e instituciones; y el autoritarismo, que entre otras formas, puede adquirir: la represora, rígida y demoleadora de deseo o la aparentemente opuesta, que rinde culto al creacionismo sin implicación. Los ismos nos amenazan y nos atraviesan.

Vayamos pues, luego de estas reflexiones que considero imprescindibles, a la descripción de la técnica puesta en juego, en los grupos de psicodrama psicoanalítico con objetivos psicoterapéuticos. Recuerdo lo dicho anteriormente, ésta es solo una integración posible, habiendo otras sustentadas por otros autores.

Ejemplos clínicos: formas de acceder al trabajo psicodramático

En los grupos que coordino, de adolescentes y de adultos, el proceso grupal es comprendido desde una óptica transdisciplinaria.

Las sesiones son de dos horas de duración; y en ellas se dió importancia al trabajo psicodramático y al trabajo verbal. No se dramatiza en todas las sesiones, dependiendo el trabajo dramático de situaciones grupales y de mi propia transferencia. Considero que cada coordinador elige las técnicas y el encuadre, según su pensamiento y sus resonancias afectivas. Lo importante es una visión dramática de la psicoterapia, armonizando los momentos de asociación psicodramática y los momentos verbales (que no son solo verbales), dentro de una concepción.

Me referiré para los fines de este trabajo, a los momentos donde se integra el trabajo psicodramático. No relataré sesiones completas.

Ejemplo 1: Se trata de un grupo de adultos entre 30 y 45 años. El grupo funciona desde hace mucho tiempo, hay dos pacientes nuevos, en total son ocho personas, cinco mujeres y tres varones.

Comienza la sesión en un clima de cierta apatía hacen referencia al calor (Transcurre el mes de noviembre de 1991) y a las lluvias, "hablan del tiempo". Señalo con un chiste: "bueno, hablemos del tiempo" ... Serrien y Alicia dice que quiere hablar de un problema que tuvo con su hijo adolescente. Relata una discusión; el muchacho no cumplió con un encargo de Alicia, por el que tenía que buscar unos papeles en el centro de la ciudad y ella se lo recriminó a los gritos, afirmando que nunca la ayuda en nada, que es un vago.

Durante el relato se vuelve a indignar y afirma que no sabe que hacer con ese muchacho. El grupo la escucha atentamente y hace algún comentario acerca de los jóvenes, de los límites y de la importancia o no del hecho.

Pregunto si les interesa el tema y si quieren que Alicia dramatice la escena de la discusión. El grupo dice que sí, casi todos tienen hijos y dificultades cotidianas.

Descripción de la técnica: Pido a Alicia que se ponga de pie, pase al espacio en el consultorio, que ella elige como escenario dramático (escenario pautado en cada dramatización).

Algunos terapeutas trabajan con una plataforma en la que siempre se dramatiza, (Moreno utilizaba escenarios teatrales). Comienzo el caldeamiento específico de la escena, por medio de preguntas acerca del lugar, el momento, el día, etc. en que fue la discusión. Le pido que elija a un compañero de grupo para hacer el rol de su hijo. (Aquí debemos tener en cuenta, que la elección brinda datos acerca de las transferencias e identificaciones grupales). Elige al compañero más joven, con quien tiene una buena relación, pero al que a veces ha recriminado por sentirlo indiferente frente a lo político. Procedemos a montar la escena. Alicia describe la habitación: es un comedor diario, el joven esta "tirado" en una silla, ella de pie, habla.

Le pido que tome el rol del hijo y que trate de sentirse él, muestra al compañero, como habla su hijo, sus gestos y sus movimientos. Le pregunto si quiere decir algo desde ese lugar, dice que no.

Vuelve a su rol y les pido a ambos que se concentren en la escena, caldeo desde la consigna: "Están en el comedor diario, vos Alicia llegás y te enterás que tu hijo no hizo

los trámites ...¿Qué sentís?... Alicia: Me enfurezco, nunca me ayuda, es un vago, le pegaría!". Les pido que comiencen la escena, repito al yo-auxiliar : tenés 18 años, tu mamá está enojada...

La escena muestra aquello que Alicia relató en un comienzo, es una repetición del relato, la diferencia está en que el tono afectivo ha subido, tanto en Alicia como en el grupo. (Este es el momento en que pienso en que técnicas utilizar para que la escena sea más productiva).

Pido una inversión de roles, luego de que cada uno hace un soliloquio. Soliloquio de Alicia: "Estoy furiosa, tengo taquicardia, este chico es un irresponsable, algo le pasa..."

Soliloquio del hijo: "Está loca!, no es para tanto, algo le pasa, me grita como a un crío".

El soliloquio, como se puede comprender, es una técnica auxiliar en la que se pide a protagonista y Yo auxiliares, que se digan en voz alta lo que sienten y lo que piensan en ese momento, "como si" nadie los escuchara.

Invierten los roles y Alicia toma el rol del hijo, y el compañero (yo auxiliar) el rol de Alicia. Se dramatiza nuevamente la escena y sucede que Alicia en el rol del hijo, se defiende como él no lo hiciera en la realidad, esta indignada-o. Le pido que repita nuevamente la escena y que intente hacer el rol tal cual recuerda que actuó su hijo.

Lo hace y se le caen las lágrimas, se emociona y dice: "¡Basta!" Le pregunto qué le pasa, que parece que algo más le sucedió. Dice que recordó una escena donde su madre le gritaba, una escena que se repetía siempre en su adolescencia, le reclamaba que no colaborara en la casa. La madre no tenía en cuenta nunca lo que ella hacía, no tenía en cuenta el esfuerzo que a ella le costaba el colegio. Dice también que pensó en su marido, que siempre se queja de que ella gana poco dinero y que gasta mucho, no tiene en cuenta sus esfuerzos, siempre le parece poco lo que ella hace.

En ese momento existen dos opciones, según el momento grupal y lo que aprecie el coordinador que sea más pertinente para proseguir el trabajo psicodramático. Una opción es seguir intensificando en el conflicto personal de Alicia, realizando dramáticamente las escenas que ella asoció. La otra es profundizar el conflicto tomando como camino la

participación del grupo, sus resonancias, sus escenas asociadas. Salvo situaciones muy especiales, ante estas dos opciones opto por la segunda.

Así lo hice y los integrantes del grupo brindaron sus escenas. Aparecieron escenas en donde los retaban, otras en que ellos eran los enojados, escenas de insatisfacción, de angustia frente a fracasos personales, inseguridades, desamor. Una escena fue muy violenta.

Un paciente varón, puso a todo el grupo en la escena, representando a los demás, y comenzó a gritar malas palabras y a decir que no le importaba nada lo que piensan de él, que eran todos una "manga de forros" y querían hacerle cargo a él de las culpas, etc. Yo pensé que esa escena era una mera descarga, que quizás necesitaba trabajarla más. Pedí al grupo que hicieran el rol de él, (todos juntos) y a él que se ponga en el rol de los demás. Mientras se llevaba a cabo la escena, se conmovió visiblemente. Luego en los comentarios dijo que todos juntos, diciendo lo que él había dicho, le habían dado miedo, que estaba ahora pensando, que no sabía muy bien, pero que era como que había salido lo que siempre se había callado, sometiéndose a todos.

En el momento de los comentarios, todos aportaron vivencias y pensamientos, ideas acerca de sí mismos y de los demás. Alicia sintió que le devolvían una imagen que no le gustaba, pero que algo de cierto tenía, se sentía frustrada, poco considerada y criticada, no podía salir de ese rol, alternándolo con la crítica y la descalificación de los otros, especialmente de su hijo y en el grupo, especialmente con el muchacho que eligió para que represente el rol de aquel.

Se llenaron de sentidos posibles ante lo que sentían de las dramatizaciones realizadas y comentaron acerca de la importancia que revestía el tema en el grupo terapéutico, las críticas, las valorizaciones y desvalorizaciones, las proyecciones que los hacían pasar por alto aspectos propios.

Asociaron también con un conflicto que había habido entre dos compañeras en una sesión de poco tiempo atrás, hicieron chistes con respecto a mí y a qué pensaba yo de cada uno y ellos de mí.

Ejemplo 2: Son jóvenes entre 19 y 25 años, es un grupo de ocho personas, cuatro mujeres y cuatro varones.

Cuando comienza la sesión, falta un integrante que últimamente llega tarde. Comentan este hecho y dicen que lo notan distante y que algunos piensan que se va a ir del grupo. Les pregunto si algunos piensan en irse del grupo y una chica dice que ella quiere terminar la terapia a fin de año (corre Octubre de 1991). En ese momento llega Eduardo, del cual se habló en un comienzo. Le preguntan por qué llega tarde y él dice que "no lo jodan", que está muy angustiado, que su novia lo dejó, que no entiende nada de lo que pasó. Relata que no sabe qué hizo mal, que ella dice que lo quiere pero que sufre mucho con él, que nunca puede saber realmente si está del todo con ella, que prefiere cortar la relación.

Todos se quedan callados, pregunto luego de un rato qué les pasa.

Comienza a aparecer en las respuestas una sensación de angustia. Se quedaron pensando, dicen, de lo difícil que es todo. Uno se hace ilusiones con una relación y después resulta otra cosa. Habría que ver que le pasa a Eduardo, está raro últimamente. Verónica quiere terminar la terapia, habría que ver eso...

Descripción de la técnica: Pienso que el material aparecido hasta el momento lo implica a todos y que el protagonismo de Eduardo y Verónica se ha relativizado un tanto. Les pido entonces que cada uno se deje sorprender por una escena, una escena donde quizás sintieron algo parecido a lo que están sintiendo en este momento de la sesión.

Pasa un tiempo de alrededor de cinco minutos y todos dicen tener una escena. Comienza cada uno a relatar la escena asociada. Esta forma de acceso al trabajo psicodramático permite grupalizar la temática a partir de los relatos y la elección de una de las escenas por parte del grupo. Podemos de esta manera darnos cuenta de cual es el punto inicial, el que más convoca, para luego asociar dramáticamente o realizar una de las escenas propuestas.

Escenas:

Marina: "Recordé una vez en que yo estaba muy entusiasmada con una compañera de la facultad, hizo una fiesta y no me invitó".

Juana: "Un día en que yo estaba enferma y nadie se me acercó a preguntarme si necesitaba algo. Lloré toda la tarde".

Eduardo: "Yo pienso solamente en el otro día que me largaron".

Karina: "No sé por qué, pero me vino una escena bárbara, una escena de amor con un pibe, el verano pasado en la playa".

Ariel: "No tengo ninguna escena. Voto por la de Karina. Yo no quiero dramatizar".

Verónica: "Me acordé de mi viejo, un día, poco antes de que muriera, me dijo que me quería mucho. Se le llenan los ojos de lágrimas".

Jorge: "Yo, hoy, no pienso dramatizar, me quiero ir". (Sus padres se separaron hace cinco o seis meses).

Gustavo: "Yo recordé el día que entré al grupo, me dieron poca bolla y yo me sentí un descolgado". (Entró a principios de año).

Pregunto que escena quieren dramatizar. Las elecciones se dividen entre la escena de Eduardo y la escena de Juana. Eligen por fin la escena de Eduardo.

Se arma la escena y Eduardo elige a Marina para desempeñar el rol de su ex-novia. (No entraré en excesivos detalles).

Luego de la escena, trabajada con la técnica auxiliar de dobles múltiples (todo el que quiere, dobla en algún momento a uno de los personajes, expresando desde atrás, algún pensamiento o sentimiento que cree está oculto o reprimido) pido que dramaticen escenas que hayan recordado a partir de la escena de Eduardo o que realicen "algo dramático" con la escena inicial.

Marina trae una escena, en la que ella se comporta en forma rechazante y "maltrata" a su hermano.

Juana, dramatiza la escena de Eduardo, modificándola, tomando algo de lo dicho en los doblajes. La modificación es decirle a Eduardo desde el rol de la ex-novia, en que le dañaba su forma de ser y contándole que ella era muy sensible y necesitaba mucho amor.

Karina dice un discurso en una plataforma imaginaria, haciendo un llamamiento al amor y a la solidaridad.

Ariel insiste, en que él hoy no dramatiza, pero termina haciendo un soliloquio, sentado en su cama, hablando de la soledad y de las ganas de arreglarse con su padre, del que esta alejado hace unos meses.

Verónica modifica la escena de Eduardo y desde el rol de la chica dice: "necesito que me digan te quiero y vos me lo decís poco".

Jorge le pide a Ariel que haga el

rol de un amigo y termina hablándole a Ariel, le cuenta que le emociona su escena y que él se siente extraño, tanto con el padre como con la madre, desde que se separaron. Se abrazaron emocionados.

Gustavo trae una escena de la facultad donde lo eligen delegado.

El trabajo psicodramático se realizó con un ritmo dinámico y con una fuerte participación del grupo. Comentan luego lo dramatizado, produciendo a nivel verbal, una labor intensa, compartiendo lo que sintieron, pensaron y se dieron cuenta a partir de las muchas escenas que se representaron. Verónica dijo que se daba cuenta que en realidad no quería irse del grupo, que quería otra cosa; que se ocuparán más de ella, (que la hicieran sentir querida, etc.). Le responden que ella no dice fácilmente lo que le pasa, que trate de hablar más.

Eduardo recogió un sin fin de matices de su escena y el grupo compara lo que le dijo la ex-novia, con su actitud para con el grupo en los últimos tiempos. Se queda reflexivo, habla muy poco, dice que se le aparecen situaciones en las que él abandona y luego se arrepiente; no quiere hablar, quiere sentir. Hablan del grupo, del compromiso, del cariño, de que a veces se "achanchan" y trabajan menos.

Comentarios acerca de los dos ejemplos elegidos:

Quise brindar dos ejemplos de maneras diferentes de abordar el trabajo psicodramático en los grupos y dos edades con problemáticas vitales distintas.

No es el objeto de este artículo el análisis del contenido, sino señalar en los ejemplos, una práctica, la descripción de una técnica. Según lo explicitado anteriormente, respecto a las concepciones que fundamentan una técnica determinada, resalto el hecho de que la asociación dramática, trabajada de esta manera, es coherente con una idea acerca de los grupos. En ellos se desarrollan alrededor de un tema, un número enorme de asociaciones que son las propias derivaciones de la temática, la que a su vez va ejerciendo la labor de investigación e interpretativa. Hemos renunciado a encontrar un único sentido a lo producido en la sesión. Los ejemplos traídos, son posibles de diferentes lecturas: tanto de lo vertical de cada uno, como de lo horizontal

grupal, con sus múltiples atrevesamientos.

Desde el rol de terapeuta, la interpretación es dada como una opinión más, sin desconocer el peso de la transferencia sobre dicho lugar. El intento es no ejercer una función autoritariamente y confiar en el valor productivo-creativo de los grupos, en el trabajo que realizan constantemente.

Las transferencias se comprenden, sin necesidad de interpretarlas clásicamente, ni renunciar a interpretarlas, simplemente se dan cuenta, guiamos con nuestra palabra y con la dirección que damos a la investigación dramática. Cada técnica auxiliar, interpreta desde haber sido elegida por el terapeuta, los doblajes, los comentarios, las escenas asociadas, tienen valor de interpretación, así como las consignas dadas a veces a los Yo-auxiliares.

Desde mi punto de vista, intento un trabajo lo más libre posible, tratando de no realizar desde la coordinación, aquello que el grupo puede ir descubriendo por sí mismo. Lo cual intento que suceda tanto en el trabajo con escenas, como en los momentos verbales, en sesiones donde no se dramatiza.

Pienso que es una forma de fomentar la independencia, aunque a veces esto pueda ser vivido como abandono, algo de esto podría quizás estar presente en el segundo ejemplo, quizás...

Existen otras formas de dramatizaciones, pero sería extenso en demasía seguir exponiendo distintos abordajes que irían más allá del propósito de este artículo ■

Bibliografía

- Albizuri de García, Olga; "Contribuciones del Psicodrama a la Psicoterapia de grupo". Lo Grupal 3, Ed. Búsqueda, Buenos Aires 1986. "El individualismo en los grupos"; "Creación-repetición en el trabajo psicoanalítico grupal". "Riesgos del psicodramatismo y el grupalismo" y otros artículos: "Rev. Arg. de Psicodrama y técnicas grupales" S.A.P. Números del 1 al 7, 1986-1991. "Psicodinamismos de la dramática en los grupos" Vol. 1, en "Temas grupales por autores argentinos", Ed. Bs.As 1987. Fernández, Ana M.: "Lo Grupal, Notas para una genealogía" Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1990. Percia, Marcelo: "Notas para pensar Lo Grupal, Lugar Ed. Bs.As.1991.

EL YO-GRUPO EL GRUPO-CUERPO

Entrevista a Didier Anzieu

por Dominique Wintrebert

Vertex: Aunque su obra es conocida por los especialistas argentinos ¿Quisiera Ud. agregar algo a modo de presentación para los lectores de nuestra revista?

Didier Anzieu: Y bien, originariamente yo era filósofo, y luego profesor agregado de filosofía, después me especialicé en psicología y progresivamente en psicología de grupos y en psicoanálisis.

Vertex: ¿A quién reconoce como sus maestros?

Anzieu: Entre los históricos sin duda a Blaise Pascal a quien consagré una edición de "Pensées". En un principio yo debía haber hecho una tesis de doctorado sobre la teoría del pensamiento en Pascal. Pero cuando entré en psicoanálisis con Jacques Lacan, y Daniel Lagache me tomó como asistente en la Sorbona, abandoné mi interés por la filosofía y me especialicé en psicología. Publiqué entonces mis libros sobre los métodos proyectivos y sobre el psicodrama y luego "El autoanálisis de Freud", que reemplazó como tema de tesis al de la teoría del pensamiento en Pascal.

Vertex: ¿Fue entonces el autoanálisis de Freud lo que vino a ocupar el lugar de la "gracia suficiente"?

Anzieu: Yo no fui hasta la gracia, me conformé con la corrupción humana; las contradicciones del pensamiento humano. Para volver a su primera pregunta, además de Pascal, tuve como maestros a Lacan mi primer analista, a Daniel Lagache mi jefe de Universidad y padrino de tesis y a mi segundo analista George Favez, un hombre que publicó relativamente poco pero que era más sólido que los otros que acabo de citar, y a quién debo mucho.

Vertex: Ud formaba parte de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis desde 1953, ¿cuál era el ambiente en ella en esa época?

Anzieu: La Sociedad Psicoanalítica de París acababa de fundar el Instituto de Psicoanálisis en los locales de la calle Saint-Jacques que aún ocupa. La dirección del Instituto fue confiada a la princesa Marie Bonaparte quien organizó, para los jóvenes analistas, un programa de estudios de corte muy escolar. Esto provocó controversias y los partidarios de una formación más liberal, más au-

todidáctica, se separaron del Instituto. Los alumnos fundaron esa nueva sociedad. Mientras tanto entre los maestros había desacuerdos sobre el tema de las sesiones cortas que practicaba Jacques Lacan. Hubo, por lo tanto, dos escisiones por dos motivos diferentes, una a nivel de los analistas titulares y otra al de los alumnos en formación. Los dos movimientos se reunieron

Vertex: Elizabeth Roudinesco lo menciona mucho en su "Historia del Psicoanálisis"...

Anzieu: Exactamente. Nos entrevistamos largamente a propósito de ese tema.

Vertex: Roudinesco cita en su "Historia del Psicoanálisis" uno de sus escritos de 1966 en "La Quinzaine littéraire" en el que trata a Lacan de herético y pronostica su naufragio.

Anzieu: Había dos artículos, uno de Melmam a favor de Lacan y otro mío, en contra. La misma forma de los artículos obligaba a endurecer el tono de la polémica. No era precisamente la enseñanza de Lacan lo que yo criticaba, ya que había en ella un buen número de ideas originales e interesantes, sino su técnica analítica y la teoría de su técnica lo cual nos había conducido a separarnos de él y que llevó a la segunda escisión.

Vertex: En sus libros uno encuentra referencias a Lacan pero ellas no van más allá del estadio del espejo o los complejos familiares...

Anzieu: Así es. Yo seguí la enseñanza de Lacan hasta la ruptura del '64. Conocí muy bien, por lo tanto, el estadio del espejo y otras nociones tales como el rol estructurante del lenguaje en el inconsciente; pero, la segunda parte de su obra, como por ejemplo la cuestión de los matemas, cesó de interesarme.

Vertex: Su gusto por Pascal es menos conocido...

Anzieu: Estoy retomando Pascal ya que mi próximo libro será una teoría del pensamiento desde el punto de vista psicoanalítico. No de los orígenes del pensamiento sino de sus categorías y principios de funcionamiento derivadas de la imagen del cuerpo. En mi libro confronto los datos del análisis con los dados por filósofos como

Aristóteles, Platón, Pascal y con el trabajo de creación novelesca de Samuel Beckett. Mis primeros intereses literarios y filosóficos después de un largo ciclo reflotan.

Vertex: ¿Cuáles son las raíces de su interés por el tema de su tesis: "El autoanálisis de Freud"?

Anzieu: Fue una tarea encomendada. Yo era asistente de Daniel Lagache y habiendo abandonado mi tesis sobre Pascal con la idea de hacer una tesis psicoanalítica le pedí que me propusiera un tema. A la sazón habían aparecido varios libros norteamericanos que daban acceso a la vida de Freud, particularmente el libro de Jones. Entonces Lagache, como se hacía en esa época, me dió el tema de mi tesis.

En esa época la literatura existente sobre el mismo era sobre todo anglosajona, La "Standard Edition" comenzaba a publicarse.

Vertex: ¿Hay un hilo conductor que recorre sus trabajos?

Anzieu: Mis dos primeras obras eran pre-psicoanalíticas: los métodos proyectivos y el psicodrama. Al mismo tiempo yo hacía con mi propio análisis una aproximación prudente al inconsciente. El "Autoanálisis"... testimonió un compromiso más vivo con la práctica analítica y yo hice seguramente una identificación con el Freud creador que ha progresivamente liberado mi propia creatividad una vez que la hube terminado. Me interesé en el Freud joven, el que estaba en vías de realizar su gran descubrimiento. El Freud ulterior me interesó teóricamente pero menos personalmente.

Fue entonces que en 1974 tuve la idea que pienso fue la más original, la del Yo-piel. Es decir, hacer corresponder el Yo, no con el cerebro sino con lo que hay de más exterior y que al mismo tiempo hace interfase entre el mundo externo y el mundo interno. Lo que había limitado a tres funciones en mi artículo príncipes se extendió a nueve en mi libro publicado once años más tarde. Este se convirtió en mi más activo tema de reflexión.

Amplíé entonces, la noción de Yo-piel que es una noción metafórica a un concepto científico que es el de envolturas psíquicas y sobre ese tema publiqué un libro. El que estoy actualmente escribiendo retoma las funciones de la piel transpuestas a funciones del Yo y a categorías de pensamiento según un encaje lógico, conceptual muy preciso en sus diversos niveles de simbolización.

Vertex: Ud. establece una analogía entre la piel como envoltura orgánica del cuerpo y la consciencia como superficie del aparato psíquico. ¿Esta proposición apunta a "imaginarizar" la teoría freudiana del

aparato psíquico así como a ligar lo biológico y lo psíquico?

Anzieu: Exacto. Ud. me ha comprendido a la perfección. Los conceptos se desecan muy rápido si no son recargados en metáforas y, si éstas no son convertidas en algo más abstracto por vía de su conceptualización pueden perdernos. Hay, por lo tanto un movimiento de va y viene entre lo carnal y lo intelectual entre la clínica y la teoría.

Por medio del Yo-piel intento ensamblar mejor la experiencia de la vivencia corporal con las concepciones freudianas del Yo.

Vertex: ¿Pero si Freud se interesa en la piel no es justamente porque ella está agujereada?, ¿no es porque alrededor de esos agujeros, esos orificios, se juega algo esencial para el ser humano que lo saca del mero organismo y que Freud teoriza como pulsión?

Anzieu: Eso corresponde al primer Freud, al de "Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad". Allí no anuncia, aún, una teoría del yo. Yo me fundo sobre la segunda tópica que elabora a partir de 1920. Allí no cita la piel, sino simplemente las sensaciones activas como formando la base del yo-cuerpo. Habla de un Yo-piel sin nombrarlo como tal. Yo agregué esta denominación como una precisión y me esforcé en desarrollar las relaciones de lo táctil y lo visual. Sin embargo, estoy de acuerdo con Ud., en el sentido de que la piel es una envoltura agujereada; el Yo en 1923 sufre microtraumatismos permanentemente, de allí la función del sueño que consiste en reconstituir la envoltura psíquica micro o aún macro-traumatizada durante la vigilia. Antes de pensar en los orificios que van a ser sexualizados, erotizados hay que pensar en los primeros orificios de la piel que son los poros, que son el objeto en los estados límites y las neurosis narcisistas de catexias extremadamente importantes. Como lugar adonde evacuar la energía psíquica.

Vertex: A propósito, en un número precedente* entrevistamos a Jean Bergeret. El distinguió netamente en sus respuestas al síndrome borderline de los estados límites presentando a estos últimos como una patología del narcisismo. Pareciera que Ud. separa estados límites y neurosis narcisistas. ¿Cuál sería el criterio para tal diferenciación?

Anzieu: Así es. Es uno de los puntos sobre el cual estoy menos seguro. Avanzo tanteando. He formulado una hipótesis para llevarla lo más lejos posible. No es lo que

* Vertex Nº 1, agosto de 1990

más defendería de mi obra. Esta "temptative" como dicen los ingleses no me parece asegurada. Pero tampoco me convence Bergeret. Continúo interrogándome al respecto.

Vertex: Volviendo al Yo-piel. ¿Qué es lo que le parece más operatorio en ese concepto?

Anzieu: Yo comencé mi formación psicopatológica, no en clínica psiquiátrica sino en dermatología. Mi primera investigación, no publicada, versaba sobre la relación entre trastornos psíquicos y trastornos dermatológicos, es decir, en relación a lo que entonces llamábamos emotividad, nerviosismo. En ese momento, percibí algo que los psicodermatólogos han confirmado luego: existe un paralelismo entre la profundidad de la lesión de la piel en sus capas sucesivas, de la epidermis a la dermis, y la profundidad, metafóricamente hablando, de la lesión psíquica a nivel del Yo. Luego, cuanto más lesionada estaba la piel más lo estaba, paralelamente, el Yo. No digo que una lesión sea la causa de la otra. Yo ví, de alguna manera, una relación entre las dos y quedé en mí espíritu como una intuición primera. Mucho más tarde retomé esa idea en la elaboración del concepto de Yo-piel.

No soy psiquiatra y por lo tanto no tengo experiencia de contacto con verdaderos enfermos mentales, aquellos que requieren hospitalización y farmacoterapia. Me ocurre, sin embargo, de tener melancólicos, esquizofrénicos o paranoicos en mi clientela a la que atiendo con mis métodos, no de psicoanálisis puro sino de psicoterapia de inspiración psicoanalítica, pero eso no constituye mi centro de interés.

Sin embargo, tengo la impresión de que podríamos esbozar una descripción de formas del Yo-piel en el paranoico, el melancólico o en las grandes formas de esquizofrenia. Me parece que en mi obra doy los elementos para hacerlo, aunque me ha faltado la experiencia clínica para hacer otra cosa que simplemente indicar la dirección del camino a recorrer.

Me parece que esto es posible no solamente para concebir una psicogénesis sino también para orientar la terapéutica poniendo el acento sobre lo tópico más que sobre lo dinámico y también para el encuadre grupal del enfermo hospitalizado.

Dicho encuadre grupal serviría como grupo-cuerpo para reconstituir un Yo-piel desfalleciente.

Vertex: Esto nos conduce a sus trabajos sobre el tema grupos. En la segunda edición de su libro "El grupo y el inconsciente" aparece un subtítulo: "El imaginario grupal". Si consideramos que la interpretación apunta sobre todo a lo simbólico pero es lo imaginario del grupo sobre lo que se hace hincapié, ¿cómo intervenir entonces sobre ese imaginario?

Anzieu: Si. Yo estaba embarazado por la terminología. Los términos utilizados cambian constantemente de sentido según el conjunto teórico en el que están incluidos. Yo asistí durante la enseñanza de Jaques Lacan a su descubrimiento de la trinidad Imaginario, Simbólico, Real y fundé en ella mi libro sobre el psicodrama. Posteriormente, una vez que profundicé mi reflexión psicoanalítica, esa tríada dejó de resultarme operante. Por el contrario me llamó la atención el hecho de que los sociólogos e historiadores, que atravesaban un momento de cambio en el que había un hartazgo de los estudios históricos fundados en la economía, desarrollaron otra perspectiva en sus investigaciones basándolas en el estudio de las mentalidades, es decir de la movilización de elementos del imaginario colectivo: el gran miedo, las cruzadas, el ideal revolucionario; en el sentido banal del término tal como los historiadores ignorantes de la teoría lacaniana podían tomarlo.

Entonces redacté un texto sobre la fantasmática grupal.

Pero allí uno se chocaba con el problema del fantasma en el sentido psicoanalítico del término ya que se trata de una actividad eminentemente individual, es lo que individualiza al individuo. Era por lo tanto contradictorio hablar de fantasma de un grupo.

Que haya una estimulación de fantasmas individuales en la vida de grupo; que haya resonancias, como diría Israel, entre los fantasmas de unos y otros; que haya, como Lebovici y yo lo formulamos casi al mismo tiempo, una interfantasmaticación, es incontestable; pero, me parece que hablar de fantasma de grupo sería arriesgarse a caer en una suerte de neojunguismo. Traté entonces de evitar el equívoco que provocaba el concepto de fantasmática grupal y coloqué en su lugar el término imaginario pero eso introduce otros equívocos.

Vertex: Freud en su "Psicología de las masas..." da una definición de la masa como una suma de individuos que han colocado un mismo objeto en el lugar de su Ideal del Yo lo que tiene por consecuencia identificarse todos los Yo individuales entre sí. ¿Qué estatuto le daría Ud. a ese objeto que viene a reemplazar al Ideal del Yo?

Anzieu: Y bien, lo que yo intenté desarrollar en mi obra sobre el grupo y el inconsciente es que el grupo podía reemplazar al Yo, al Super Yo, al Ideal del Yo o al Yo ideal; como Ud. puede apreciar es algo completamente diferente a lo de Freud. Yo he descripto configuraciones grupales que responden a esas cargas o catexias topológicas. Por ejemplo, la catexia puesta en el Yo Ideal es el fenómeno de la ilusión grupal. Yo fui el primero en describirla, denominarla así y analizarla.

Allí adonde Freud describió una estructura fundada

en el jefe, el führer, anticipándose al fascismo y al nazismo, yo describí otra configuración, de alguna manera en el otro extremo del campo grupal: la ilusión que anunciaba Mayo del 68, es decir, la igualdad, la permutabilidad de miembros en el seno de un grupo.

Vertex: ¿Conoce Ud. a Pichon Rivière?

Anzieu: Por supuesto. Fué un precursor del trabajo con grupos. Estaba más adelantado respecto de lo que se hacía en Europa en su época. Desgraciadamente no era muy conocido. Los trabajos sudamericanos fueron difundidos aquí hacia el fin de su vida y poco después de su fallecimiento. Lo que he podido conocer de él me ha parecido extremadamente importante.

Vertex: Pichon Rivière señala en su teoría de grupos que el factor determinante para la existencia de un grupo consiste en que sus miembros tengan una tarea común a resolver. ¿Qué piensa de ello?

Anzieu: Eso resume bien el trabajo de Pichon. Pero él se interesaba en los grupos organizados alrededor de una tarea. Mientras que yo lo he hecho respecto de los grupos sin tarea. Lo que él hizo era más psico-sociológico. Lo que yo hice me ha parecido, con razón o sin ella, más psicoanalítico porque la supresión de la tarea desengancha el Yo individual y permite que se manifiesten fenómenos inconcientes inter-individuales. Digamos que la tarea de un grupo así, no es la de centrarse sobre una actividad sino de hacer un grupo entre personas que no se conocen, que no desembocarán en un trabajo en común y cuyos miembros no se volverán a ver después.

Vertex: Sin embargo hay algo que los determina para estar allí, juntos...

Anzieu: Por supuesto. El trabajo del grupo será el alumbramiento de lo que los ha empujado a venir allí, juntos.

Vertex: Ud. precisa al comienzo de su libro sobre los grupos que no hay realidad interior inconciente que no sea individual. Esta afirmación ¿No pone en duda toda posibilidad de interpretación en el trabajo con grupos?

Anzieu: Los psicoanalistas de grupo están divididos en

torno a ese problema. Unos piensan que se hace un psicoanálisis del individuo en el grupo y otros que se hace un psicoanálisis del grupo y que por vía de éste los individuos se sentirán tocados.

Vertex: Esa es la teoría que formula la existencia de un aparato psíquico grupal: un concepto que aparece como muy complicado...

Anzieu: Eso no impide que pueda existir y es seguramente más complejo hacer análisis centrado sobre el grupo que hacer un análisis del individuo en el grupo o hacer una cura individual tipo.

El grupo exige una aproximación extremadamente compleja. La prueba está en que los psicoanalistas se las entienden bastante bien con su propia patología, mientras que su vida en grupo generalmente muestra fallas bastante notables.

Es casi más difícil analizar un grupo que un paciente psicótico o una neurosis traumática.

Vertex: Queríamos terminar con una mención a su relación con la Argentina. Ud. viajó a ella invitado por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, ¿no es verdad?

Anzieu: Así es. Estaban, entre otros, Etchegoyen, Zac y Berenstein. Me invitaron a pasar dos semanas para participar en seminarios, conferencias y supervisiones intensivas. Fue hace unos diez o doce años. Recuerdo que los psiquiatras y psicólogos argentinos que me invitaron eran ardorosos trabajadores y me admiró el ritmo de labor extremadamente intensivo que mantenían. Los analistas de América del Norte también trabajan mucho pero encontré que los argentinos son más cálidos y sencillos. Haciendo la comparación entre Montreal, New York y Buenos Aires me dije que de tener que emigrar era a esta última adonde me dirigiría.

En Argentina encontré las lenguas romanas y el deseo de cultura francesa equilibrando la influencia americana. Era agradable ser esperado, mientras que en los países anglosajones uno es recibido con menos consideración o más bien sin ella.

Guardo de Buenos Aires el excelente recuerdo de un trabajo muy intenso y riguroso pero vivido con alegría y distensión. Es uno de mis dos mejores recuerdos de viaje al extranjero. El otro es el de un encuentro en Roma con colegas psicoanalistas de grupo ■

ESTUDIOS CON OXCARBACEPINA (Trileptal®) EN MANÍA AGUDA

Hinderk M. Emrich*

Introducción

El objeto del presente informe es el de analizar las potenciales ventajas terapéuticas de la nueva droga oxcarbacepina, en casos de manía aguda. Si se puede demostrar la eficacia terapéutica en el tratamiento de manía, tal como se ha observado con litio, ácido valproico y carbamacepina, este compuesto podría resultar también útil en la profilaxis de trastornos bipolares. Faigle (en este simposio) ha demostrado que la principal ventaja de oxcarbacepina parece radicar en que su metabolismo evita la formación de epóxido (metabolito activo) resultando asimismo que el metabolito monohidroxiderivado debe ser considerado el compuesto activo. Aparentemente, la consecuencia bioquímica de esta consideración es una importante reducción en la inducción enzimática, especialmente del citocromo microsomal P 450. Las posibles ventajas de oxcarbacepina, en comparación con carbamacepina son:

1. Menor cantidad de reacciones alérgicas, en especial cutáneas;

2. Reducción en la incidencia de efectos colaterales como mareos, vértigo, somnolencia;

3. La interacción entre oxcarbacepina y otros compuestos psico-activos como haloperidol y otros neurolépticos puede ser menos pronunciada que con carbamacepina;

4. La eficacia de la anticoncepción hormonal puede resultar menos afectada.

Ya se han publicado trabajos que informan en este sentido. Por ejemplo, el grupo danés de Dam y Jakobsern (1984) informó que pacientes epilépticos experimentaron una disminución del 75% en rash cutáneo cuando pasaron de

carbamacepina a oxcarbacepina. Además, el grupo de Houtkooper y otros (1987) confirmó que al administrar oxcarbacepina desaparecieron las reacciones alérgicas cutáneas inducidas por carbamacepina en dos pacientes; asimismo observaron un aumento (es decir, normalización) de los niveles de ácido valproico y difenilhidantoína en plasma después del cambio de droga. Las propiedades antiepilépticas aparecían por lo menos similares, o tal vez levemente mejores que las de carbamacepina.

Ensayos doble-ciego controlados con placebo de oxcarbacepina en manía aguda.

La primera utilización de oxcarbacepina en psiquiatría fue llevada a cabo por Emrich y otros (1983) quienes emplearon este compuesto en condiciones doble-ciego controladas con placebo (comparación intra-individual A-B-A), realizando siete ensayos en 6 pacientes. Los datos clínicos, dosis máximas y datos IMPS (Lorr y otros, 1962) aparecen indicados en la Tabla 1. Como puede observarse, se logró una variación promedio en las escalas para manía del orden del 50% con el empleo de esta medicación. Las dosis oscilaron entre 1800 y 2100 mg/d. Este estudio reveló pocos efectos colaterales. Solamente con una dosis

de 2100 mg/d se registraron síntomas de mareos y vértigo.

Como consecuencia de otros descubrimientos, Ciba Geigy Basilea organizó dos estudios multicéntricos empleando oxcarbacepina en manía aguda: una comparación doble ciego interindividual de oxcarbacepina con haloperidol, y otra con litio.

Resultados del ensayo multicéntrico con Oxcarbacepina frente a Haloperidol. Esta comparación de oxcarbacepina con haloperidol en manía aguda se llevó a cabo en Austria, Alemania, y Suecia. Sobre un total de 42 pacientes asignados, se pudo evaluar a 19 en cada grupo de tratamiento. Al principio, durante dos días, se administraron dosis fijas de 3 x 300 mg de oxcarbacepina ó 3 x 5 mg de haloperidol, incrementándose luego las dosis. Los resultados terapéuticos promedio según los niveles de manía aparecen indicados en la Figura 1. Dentro de la primera semana, la mejoría promedio parece ser más rápida con haloperidol que con oxcarbacepina. Después de dos semanas el efecto de las dos drogas respecto de los niveles de la enfermedad es comparable. Sin embargo cabe recordar que estos efectos se obtuvieron con una dosis media de haloperidol de 42 mg/d compara-

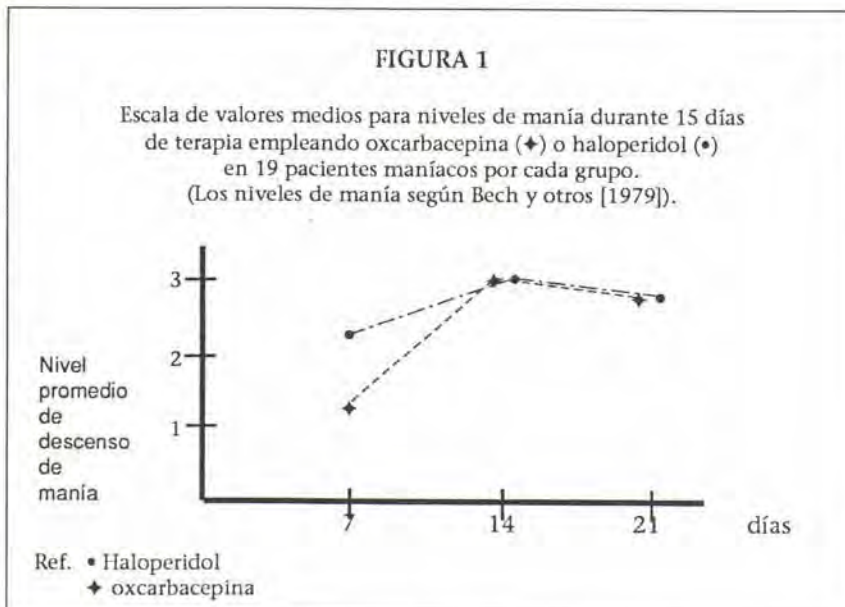
Tabla 1
Efectos agudos de oxcarbacepina

Caso	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico (ICD-9)	Dosis máxima (mg/d)	Valor IMPS inicial (%)	Valor IMPS medio a dosis máx. (%)	Variación %
1	28	f	295.7	1800	36.9	27.6	25.2
2	17	m	296.2	1800	44.6	16.6	62.8
3	34	f	296.3	1800	13.6	9.5	30.2
4	32	f	296.3	1800	26.1	11.3	56.7
5	28	m	295.7	1800	35.0	28.1	19.7
6a	33	f	295.7	1800	37.0	2.8	92.4
6b	34	f	295.7	2100	40.0	15.0	62.5
					X 33.3	15.8	49.9
					± 10.3	9.3	26.1
					p > 0.1 (Parám. de Wilcoxon)		

* Instituto Max Plank de Psiquiatría, Munich, Alemania.

do con 2.4 g/d de Oxcarbacepina, lo cual es farmacodinámicamente equivalente a una dosis aproximada de 1.6 g/d de carbamacepina. En este estudio el perfil de los efectos colaterales es coherente con la dosis relativamente elevada de haloperidol necesaria para el tratamiento eficaz de manía aguda (ref. Tabla 2). En el grupo tratado con haloperidol la incidencia de los efectos colaterales fue 3.5 veces mayor que en el grupo tratado con oxcarbacepina.

Particularmente con respecto a rigidez muscular, apatía, parkinsonismo, pérdida de libido, lactación, espasmos oculares y efectos extrapiramidales. Tal como se indica en la Tabla 3, según los médicos la tolerancia fue entre moderada y pobre para 5 pacientes tratados con haloperidol y sólo 1 tratado con oxcarbacepina. Los resultados de este estudio multicén-



alcanzar los niveles terapéuticos de plasma (en comparación con los comprimidos).

Ensayo multicéntrico com-

parando oxcarbacepina con litio en manía aguda.

La comparación multicéntrica de oxcarbacepina con litio en manía aguda se desarrolló en Austria, Suiza, Argentina, Suecia y Sudáfrica. Se asignaron en total 58 pacientes, pudiendo evaluarse 28 que recibieron oxcarbacepina y 24 que recibieron litio. El plazo de reducción del nivel promedio de manía aparece indicado en la Figura 2. Durante los primeros dos días se administraron dosis fijas de 3 x 300 mg de oxcarbacepina o 3 comprimidos de litio, incrementándose luego las dosis. Como puede observarse en la figura, la reducción inducida por litio de los grados de manía tiende a ser levemente más acelerada durante la primera semana; después de dos semanas no existían diferencias entre los dos tratamientos en este respecto. Cabe señalar que el efecto terapéutico se alcanzó con la dosis relativamente baja de 1.4

Tabla 2
Efectos adversos informados a los 8 y 15 días

Efecto adverso	Oxcarbacepina	Haloperidol
Vómitos	1	-
Rigidez, muscular	-	2
Apatía	-	1
Falta de coordinación	1	-
Nerviosismo	-	1
Síntomas parecidos a Parkinson	1	2
Distonía aguda	-	1
Pérdida de libido	-	1
Lactación	-	1
Espasmo ocular	-	1
Efectos extrapiramidales	-	1
Cantidad de efectos no deseados	3	11
Cantidad de pacientes con efectos no deseados	2 (10%)	7 (35%)

trico son prometedores, en el sentido de que favorecen la opinión que oxcarbacepina es un compuesto eficaz para el tratamiento de manía aguda, ya que se han debido usar dosis relativamente altas de haloperidol para alcanzar un efecto similar a oxcarbacepina. Podría obtenerse un efecto superior si se formulara oxcarbacepina como suspensión, ya que Dose y otros (1989) demostraron que una formulación tal de carbamacepina es efectiva en manía aguda porque requiere menos tiempo para

Tabla 3
Evaluación global efectuada por los médicos sobre tolerancia.

	Oxcarbacepina n=17		Haloperidol n=20		Total n=37	
	F	%	F	%	F	%
Excelente	3	17.6	3	15.0	6	16.2
Buena	13	76.5	12	60.0	25	67.6
Moderada	1	5.9	4	20.0	5	13.5
Pobre	0		1	5.0	1	2.7

TABLA 4
Número de efectos adversos

Efecto adverso	Oxcarbacepina n=29	Litio n=27
Hipotensión	2	-
Disfagia	-	1
Pirosis gástrica	-	1
Rigidez, muscular	-	1
Depresión	1	-
Pérdida de coordinación	-	1
Mal de Parkinson	1	0
Salorrea	2	1
Trastornos en el sueño	1	-
Somnolencia	1	1
Vértigo	1	-
Acatisia	1	1
Hipersomía	1	-
Hipoquinesia	-	1
Rash cutáneo	1	-
Movimientos oculógiros	1	-
Hipersalivación	-	1
Temblor	-	1
Falta de articulación en el habla	1	-
Nº de efectos adversos	14	10
Nº de pacientes con efectos adversos	8 (28%)	5 (18.5%)

g/d de oxcarbacepina, que equivale a una dosis de 800 mg de carbamazepina en el grupo con haloperidol. De los resultados de este estudio se

puede concluir que oxcarbacepina es tan efectiva como el litio en Manía Aguda.

En relación con el litio es que ciertos pacientes no lo toleran y/o no cumplen con el tratamiento apropiado. La Oxcarbacepina puede entonces considerarse como una alternativa para haloperidol o litio. Además, para aquellos pacientes a los que no se les puede suministrar carbamazepina debido a efectos colaterales alérgicos, oxcarbacepina puede resultar de especial interés.

Referencias

Bech, P., Bolwig, T.G., Kramp, P. y Rafaelson, O.J. (1979). *The Bech-Rafaelson Mania Scale and the Hamilton Depression Scale: evaluation of homogeneity and inter-observer reliability*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 59, 420-430.

Dam, M. and Jakobsen, K. (1984). *Oxcarbazine in patients hypersensitive to carbamazepine*. Acta Neurologica Scandinavia, 70, 223.

Dose, M., Weber, M., Bremer, D.E., Raptis, C. and Emrich, H.M. (1989). *Action of carbamazepine-suspension in acute manic syndromes*. En "New Directions in Affective Disorders", en prensa. (Eds. B. Lerer and S. Gershon). Springer, New York.

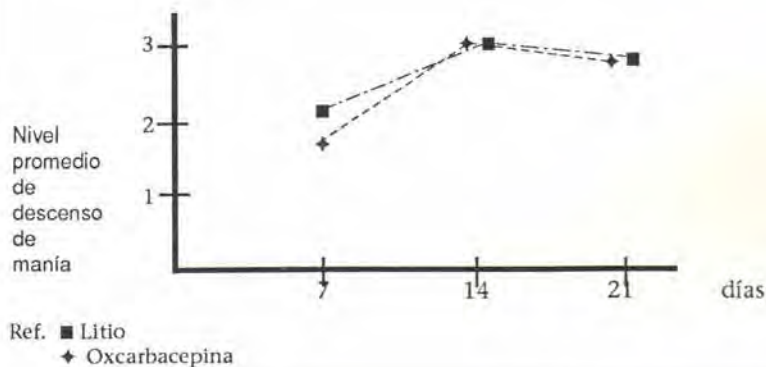
Emrich, H.M., Altmann, H., Dose, M. and von Zerssen, D. (1983). *Therapeutic effects of GABA-ergic drugs in affective disorders. A preliminary report*. Pharmacological and Biochemical Behaviour, 19, 396-372.

Houtkooper, M.A., Lammertsma, A., Meyer, J.W.A., Goedhart, D.M., Meinardi, H., van Oorschot, C.A.E.H., Blom, G.F., Hoppener, R.J.E.A. and Hulsman, J.A.R.J. (1987). *Oxcarbazine (GP 47.680): A possible alternative to carbamazepine?* Epilepsia, 28, 693-698.

Lorr, M., Klett, C.J., McNair, D.M. and Lasky, J.J. (1962). "Inpatient Multidimensional Rating Scale". Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.

FIGURA 2

Escala de valores medios para niveles de manía durante dos semanas de terapia empleando oxcarbacepina (♦) o litio (■)



macepina. Una dosis de 1.1 g/d de litio indujo un efecto antimaniaco similar. En la Tabla 4 se indican los efectos adversos de oxcarbacepina y de litio. Estos fueron levemente mayores para el grupo de oxcarbacepina. La tolerancia (Tablas 5) de acuerdo con la evaluación global de los médicos fue la misma para los dos grupos. En este estudio multicéntrico, las dosis de oxcarbacepina fueron claramente mucho menores que

Tabla 5
Evaluación global efectuada por los médicos sobre tolerancia.

Tolerancia	Oxcarbacepina n=29	Litio n=24	Total n=53
Excelente	23 79,3%	19 79,2%	42 79,2%
Buena	4 13,8%	3 12,5%	7 13,2%
Moderada	1 3,4%	0	1 1,9%
Pobre	1 3,4%	2 8,3%	3 5,7%

AYER Y HOY DE UNA INSTITUCION MANICOMIAL 137 AÑOS DEL HOSPITAL DE ALIENADAS*

María Estela Sánchez Avalos**
Alicia Lucila Martí***
Gerardo Haase****

Para exponer la realidad actual de un establecimiento psiquiátrico latinoamericano, en este caso el Hospital Neuropsiquiátrico Nacional "Braulio A. Moyano", es conveniente remitirnos a sus antecedentes históricos.

1. Nociones Históricas de la Psiquiatría Latino Americana.

En las comunidades primitivas americanas, la enfermedad mental se explicaba por causas sobrenaturales y su curación se realizaba a través de la hechicería.

En nuestro territorio, antes de la colonización, habitaban tres grandes grupos de indígenas, con localizaciones geográficas diferentes: al Noreste los Guaraníes; al Noroeste los Quichuas y al Sudoeste los Araucanos.

* Trabajo con mención especial en el VII Congreso Argentino de Psiquiatría - 3er Encuentro Latinoamericano, efectuado en Mar del Plata los días 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 1991, por A. P. S. A.

**Médica especialista en Psicología Médica y Psiquiatría. Médica Legista. Coordinadora de la guardia del Hosp. Moyano del día sábado desde 1988 a 1991. Beruti 3670, 4º piso "9", 1425 - Buenos Aires, Tel. : 826-2974.

*** Médica Psiquiatra. Coordinadora de la guardia del Hosp. Moyano del día viernes desde 1991 y médica de Planta y Guardia desde 19481. Manzoni 206, 1407 - Buenos Aires, Tel. : 683-3666

**** Médico. Especialista en Medicina del Trabajo. Concurrante al último año de la carrera de Especialistas en Psiquiatría, 2da Cátedra del Hospital Moyano. Nazarre 3190, 2do "B", 1417 - Buenos Aires, Tel. : 501-8205

El fundamento de la terapéutica era la farmacopea, que variaba según la flora y la fauna de la región.

El grupo Quichua, el más numeroso, corresponde a la sociedad Tucumana. Fué el más estudiado por cronistas y alienistas peruanos. Diferenciaba distintas formas de locura: Expansiva, Suceptible, Melancólica, Furiosa, Espantadiza, Impulsiva; también embriaguez alcohólica, desmayo, delirio y disparatería. Se designa al demente, al bobo, al estúpido, al mentecato, al necio, al torpe, al trastornado y al zonzo.

Persisten supersticiones denominadas "yaguas", referidas a las enfermedades congénitas y atribuidas a los influjos de la madre sobre el feto, que poseen relación con la licantrópía de otras culturas. Se tratan mediante sortilegios.

Las patologías mas comunes eran: la locura alcohólica (producida por la ingestión de "chicha"), la histeria y la epilepsia (relacionadas con la brujería).

Las curaciones se realizaban bailando en ceremonias colectivas intervenían los indios "brujos", y se producían epidemias saltatorias y coreográficas.

También se conocían los delirios febriles, que eran asistidos conjuntamente por brujos y curanderos. Estos basaban su tratamiento en la herboristería: la coca, la belladona y el chamico eran las hierbas más utilizadas; con efectos tóxicos secundarios por sobredosis.

Los médicos brujos formaban castas o gremios cuyas facultades se transmitían de padres a hijos.

Los Calchaquíes, pertenecientes a la tribu de los Diaguitas, habitaban el Noroeste (Salta, Santa Fe), atribuían las enfermedades al movimiento

del "padrejón" en el hombre y "madre" en la mujer, órganos estos, situados entre el pecho y el vientre; las perturbaciones mentales se explicaban porque el "padrejón" o la "madre" se habrían subido a la cabeza. El tratamiento era efectuado por las "médicas" que eran brujas curanderas.

Otros tratamientos consistían en ceremonias para recuperar el espíritu, que había huído, y consistían en buscar de noche el sitio donde la Pachamama u otra visión los asustaba.

La leyenda del "curupí", o "ser fálico" nos cuenta que ante la sola visión de este ser, se solía producir la locura en las mujeres.

El "basilisco" causante de maleficios y locura, proviene de huevos, puestos por gallinas viejas, que engendran una víbora con un solo ojo cuya mirada produce el encantamiento en las personas.

Como estas, existen numerosas leyendas que explican perturbaciones mentales, dentro de la mitología popular. Todas se trataban mediante ritos y preparados de hierbas indicados por los "médicos brujos".

2. Influjo de la corriente colonizadora española

En Europa, y así también en España, en la época de la conquista de América, reinaba aún el pensamiento medieval, donde la locura se debía a trastornos del espíritu, consecuencia de posesión demoníaca. La atención de los enfermos mentales era patrimonio de los sacerdotes, que se encargaban de atenderlos y mantenerlos encerrados en conventos y asilos.

El contacto con los españoles no suprimió la brujería en los indígenas Americanos, a pesar de la severa persecución de que eran objeto por Obispos y sacerdotes.

En 1586 en el archivo de *Indias* figura una carta donde la quema inquisitoria de brujos y hechiceros está justificada. Las víctimas eran ancianos que superaban los setenta años.

Ocurrió, luego el fenómeno de asimilación de las supersticiones indígenas, adoptando estas la nomenclatura del Santoral Católico. No sabemos si eran más supersticiosos, en ese entonces los Indios o los Españoles.

Más tarde, se agregaron las supersticiones y ritos aportados por las corrientes inmigratorias africanas, asimiladas debido al estrecho contacto del negro con el resto de la población (la esclavitud de los negros del Río de la Plata fue benévola, ellos formaban parte del servicio doméstico de familias, eran quinteros, cocheros, lavanderas, peones, amas de cría, etc).

Los blancos cuando padecían enfermedades mentales, aunque no recibían tratamiento científico, se hacían atender por el fraile de su convento predilecto, ya sea *jesuita* o *bethlemita*.

Los negros eran la clientela de los hechiceros no oficiales, que eran verdaderos brujos con funciones de sacerdotes, curanderos, adivinos, encantadores y desencantadores.

3. Atención institucional del enfermo mental

La asistencia de los alienados se efectuaba, entonces, en las celdas de los conventos, si eran blancos; en las cárceles del cabildo, si eran negros; y si el enfermo pertenecía a una familia de fortuna se hacían construir calabozos especiales para tenerlos reclusos en sus propias viviendas. Los locos tranquilos se dedicaban a la mendicidad hasta que el Virrey Vértiz mandó recluirlos en

la Residencia de Belén, luego denominada Hospicio de Mendigos.

Con respecto al origen de los manicomios en América, era costumbre, durante la colonización, que los conquistadores al fundar una ciudad dedicaran un predio para la construcción de un hospital, que debía ser vecino a una Iglesia.

Cuando Garay fundó Buenos Aires, en 1580, destinó la manzana 36 para erigir un hospital que fué levantado en 1605 y se llamó Hospital San Martín. En 1748, se hicieron cargo de él, los *bethlemitas* que lo llamaron Santa Catalina y constituyeron el primer manicomio o cuadro de dementes que albergó a los enfermos mentales internados por el Cabildo. El número de ellos aumentó cuando el Virrey Vértiz ordenó la detención de vagos y mendigos de la vía pública.

Según Nicanor Albarellos: "Los dementes se alojaban en unos cuartos aislados que daban a un espacioso corralón, que estaba al fondo del edificio, corral que, aunque grande estaba muy alambrado y servía además de cementerio. Los desgraciados dementes que afortunadamente eran pocos en ese tiempo, *vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial*".

El hospital de Santa Catalina fue definitivamente clausurado en 1822.

Los dementes que se encontraban en él fueron trasladados a un terreno de los Jesuitas, donde más tarde se fundó el *Hospicio de San Buenaventura*, luego *Hospicio de Las Mercedes*.

En el siglo XVII la Hermandad de la Santa Caridad creó el Hospital General de Mujeres, en cuyo Patio de Dementes eran reclusas las mujeres alienadas. También en la vieja cárcel de mujeres, donde el Virrey Vértiz estableció la *Casa de Corrección*, eran reclusas ramerías e insanas, quienes debían con su trabajo solventar los gastos de su manutención y vestuario.

4. Historia del Hospital de Alienadas

En 1734 fué donada por Ignacio Zeballos una finca a los Jesuitas donde estos contruyeron, en 1746, una casa auxiliar de la Compañía denominada *Residencia de Belén y Chacra de Belén* a sus alrededores.

Al ser expulsados los Jesuitas en 1767, los *bethlemitas* pidieron la Residencia y la Chacra de Belén para trasladar el hospital de Santa Catalina; así la Residencia de Belén se convirtió en Hospital General de Hombres y en la Chacra de Belén se efectuaron construcciones para los convalescientes del hospital (Hospital de Convalecencia, Incurables, Locos y Contagiosos).

En 1822 todas las instalaciones pertenecientes a los *bethlemitas* pasaron a ser propiedad estatal. La Sociedad Filantrópica se encargó de administrarlas hasta 1832, en que Rosas erigió en la parte oeste el Cementerio del Sud y en el lado este instaló un cuartel de "La Mazorca".

Luego de la caída de Rosas, en 1852 se reinstaló por decreto la Sociedad de Beneficencia, quien se encargó nuevamente de la administración sanitaria de las distintas instituciones existentes en la época (Hospital de Santa Catalina para enfermos agudos, Hospital de incurables y locos, Hospital de la Convalecencia, Hospital de Mujeres).

Por iniciativa de la Sra. Tomasa Velez Sarsfield, inspectora del Hospital de Mujeres, quien advirtió el indigno trato que recibían las pacientes (sujetas con cadenas a la pared, o metidas en el cepo en la cárcel, o vagando y mendigando por las calles), se solicitó al gobierno la autorización para crear una "*Casa correccional de Mujeres*" en el edificio que existía conocido como "*Convalecencia*".

En 1854 por la Sociedad de Beneficencia se estableció el Hospicio de Mujeres, al principio con una población de 68 enfermas trasladadas del Hospital de Mujeres.

El periódico "El Orden" publicó el 4 de diciembre de 1855 infor-

ma sobre el local de La Convalecencia: "... El edificio está perfectamente situado. El aire lo ventila por todos lados y la vista se extiende sin tropiezo, circunstancia importante, pues



es sabido que los medios higiénicos son muy eficaces para calmar la excitación de las personas dementes, y contribuyen también poderosamente a su radical curación. La casa, en este año, ya se divide en tres grandes patios, bautizados con los nombres de los alienistas Pinel, Esquirol y del gobernador Obligado. Están construidos en forma de un amplio cuadrilátero de tierra apisonada en el que surge alguna higuera, rodeada por una galería baja a la cual se abren las puertas de las habitaciones, uno o dos dormitorios relativamente espaciosos, pero bien ventilados por ventanas de doble postigo, provisoriamente enrejadas, un comedor, y dos o tres retretes de pozo ciego, todas levantadas con paredes de adobe, de poca altura, y cubiertas por un techo que sostienen gruesas vigas de madera ". El Doctor Ventura Bosch, presidente de la Comisión Filantrópica, fue quien llevó a cabo las mejoras del nuevo asilo y desempeñó funciones como médico en forma gratuita. Desde 1872 a 1874 se efectuaron obras de ensanche, y en 1879 se construyó el muro de circunvalación que marcó sus límites definitivos. Por entonces la asistencia médica era insuficiente pues la dirección del asilo estaba confiada a las Sras. de la Sociedad de Beneficencia, que la delegaban en religiosas, "Cuyo celo era más indudable que su competencia; los médicos pasaban visita por la mañana, quedando el resto del día las enfermas a cargo de las religiosas quienes resolvían sobre las medidas terapéuticas a aplicar en los casos de emergencia". En 1880 pasó a depender del Gobierno Nacional, había entonces 384 enfermas. Fue preciso realizar obras de ampliación dado el

aumento de la población por la evolución demográfica de Buenos Aires. En 1894 el Ing. Carlos Nystromer hizo los planos de un hospital con 28 edificios y capacidad para 1.200 camas, que se inauguró el 31 de Julio de 1908. Contaba con la cocina central, la casa de máquinas, el pabellón dormitorio, la sección agitados, la sala de recreo, talleres y comedores de la sección tranquilas y el pabellón de pensionistas. El 14 de Julio de 1901 se inauguró un magnífico laboratorio, destinado a servicios prácticos e investigaciones científicas, obra hecha a instancias del Dr. Antonio Piñero. También se funda el Asilo de Alienadas de Lomas a los fines de trasladar las enfermas crónicas que impedían la correcta atención de las pacientes agudas. A fines de siglo poseía capacidad para 1712 pacientes distribuidas de la siguiente forma:

Pabellón Charcot: 108 camas.
 Pabellón Griesinger: 56 camas.
 Pabellón Pinel: 160 camas.
 Pabellón Magnan: 260 camas.
 Pabellón Esquirol: 234 camas.
 Pabellón Lombroso: 260 camas.
 Pabellón Eguía: 193 camas.
 Pabellón Bosch: 215 camas.
 Pabellón Conolly: 226 camas.

La superficie total del hospital es de 17 hectáreas profusamente arboladas.

En 1901 se instalan anexo a la cocina modernas máquinas para la fabricación de soda y limonada para consumo interno. Como también contaban con una fábrica de hielo para satisfacer las necesidades de las internadas y del servicio de Anatomía Patológica.

El Laboratorio era la base de la organización de la labor científica y

constaba de las secciones siguientes: Química, Bacteriología, Histología, Autopsias y Vivisección.

El Pabellón Charcot era un servicio para pensionistas, con ha-

bitaciones privadas con antesala, destinado a pacientes pudientes.

Fueron directores del Hospital Nacional de Alienadas, desde su fundación: Ventura Bosch, Osvaldo Eguía, Antonio Piñero, Manuel Podestá, José Esteves, Julio Nogués, Luis Esteves Balado.

Posteriormente ocuparon este cargo el Dr. Arizabalo, el Dr. Borlenghi, el Dr. Acusse Ruiz, el Dr. Ambrona, el Dr. Guerra, la Dra. Franco Arriola, el Dr. Timbaldi, el Dr. Marchand, el Dr. Redruello, el Dr. Marchand, la Dra. Rudi y actualmente desempeña el cargo de director interventor nuevamente el Dr. Nestor Feliciano Marchand.

En cuanto a las obras efectuadas en el hospital, hay que destacar que los pabellones más recientes se construyeron hace 55 años (Pabellones Tomasa Vélez Sarsfield P. B., 1º, 2º, 3º, Clínica médica y Cirugía)

La cocina de calderas fue demolida por indicación del Dr. Ambrona, construyéndose, durante la dirección del Dr. Guerra, una cocina central moderna y con capacidad para abastecer a todos los servicios. Fue inaugurada hace 11 años y ya presenta un deterioro evidente.

Hasta 1945 el hospital fue administrado por las damas de beneficencia, en esa fecha, debido a disidencias de las mismas con la Sra. Eva Perón, fueron expulsadas y el hospital pasó a depender administrativamente de Previsión Social

El ministro de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo, durante su gestión, priorizó la salud, otorgando presupuesto e implementando la creación de numerosos cursos para perfeccionamiento profesional. En el Hospital se habilitaron cursos de enfermería.

El sistema de residencia médica funcionó desde 1965, sufriendo innovaciones durante la gestión del Dr. Vicente Galli (1984) quien instauró el sistema de residencia multidisciplinaria. Luego de un receso de 6 años se ha habilitado en 1991 nuevamente.

Existe una Asociación de Profesionales creada en 1930 con fines científicos. Durante la época de gobiernos militares fue disuelta, reorganizándose en los comienzos de la democracia. Actualmente sus fines son gremiales exclusivamente.

La Asociación de Profesionales y el Director se encargan de los nombramientos y promociones de los profesionales del Hospital. Los cargos no se concursan desde 1972. Sólo el cargo de Director se concursó en 1985.

Desde 1965 funciona, merced a la gestión de la Dra. Catalina Jimeno la primer casa de medio camino, creada para facilitar la reinserción social de las pacientes. La segunda casa habilitada depende del Poder Judicial.

La que fuera una vasta y actualizada biblioteca fue desmembrada, trasladándose parte de los volúmenes al segundo piso del edificio central, donde se perdieron algunos ejemplares y otros fueron destruidos por acción de roedores e insectos.

La época más brillante de la asistencia psiquiátrica fue la del Dr. Domingo Cabred. Luego, durante más de tres décadas se produce un estancamiento, que dado el crecimiento y desarrollo del país, transforma en anacrónicos los sistemas asistenciales. Es por esto que, a instancias del Dr. Raúl Carrea, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental en octubre de 1957. Este organismo autárquico centralizaba la asistencia y prevención de las enfermedades mentales en todo el país. Sus fines eran prevenir y asistir la enfermedad mental, promover la investigación científica, contribuir a la rehabilitación de los enfermos mentales, asesorar y coordinar actividades en organismos nacionales, provinciales, municipales a los fines de pres-

tarles ayuda técnica y financiera. En diciembre de 1963 el Instituto Nacional de Salud Mental fue intervenido por el Ministerio de Salud Pública.

La falta de planes de salud vigentes actualmente, dado que el plan Goldemberg aplicado por el Dr. Vicente Galli con el advenimiento de la democracia, tuvo corta vigencia, no impide que existan iniciativas individuales que puestas en práctica generan por ejemplo el interesante programa de prevención primaria denominado "Área programática de salida a la comunidad".

5. Personalidades sobresalientes de la Institución

Christofredo Jakob

El gran avance producido en Europa en las ciencias médicas a fines del siglo pasado y principios del actual, sobre todo en lo referente al estudio del sistema nervioso dió origen a grandes figuras como Ramón y Cajal en España, Camilo Golgi en Italia, Dejerine en Francia, Hughlings Jackson y Sherrington en Inglaterra, Flechsig, Koelliker, Nissl, Brodman, Vogt y Sommer en Alemania.

Su repercusión en la Argentina generó el propósito de enseñar psiquiatría al estilo del Instituto de Psiquiatría de Giessen en Alemania, dirigido por el Dr. Sommer. Para tales fines el Dr. Domingo Cabred contrató a un técnico en anatomía normal y patológica del sistema nervioso, un sabio formado en la escuela alemana: el profesor Dr. Christofredo Jakob (1866-1956), para que se hiciera cargo del laboratorio del Hospital de las Mercedes en 1899.

Jakob luego se desempeñó como director del laboratorio del Hospital Nacional de Alienadas, permaneciendo en dicho cargo desde 1912 a 1945, año en que se jubiló.

Ya en 1893 el Hospital contaba con un museo de antropología y patología, donde se efectuaban autopsias. Luego de la llegada del Dr. Ja-

kob y de varios años de trabajo intenso, se transformó en un Instituto de Investigación modelo en Iberoamérica y considerado internacionalmente por su importancia. Al segundo año de su nombramiento ya había efectuado más de 25.000 cortes histológicos, 500 piezas macroscópicas, 1000 fotografías y 5 series completas de mielinización con 200 cortes cada una. El museo fue incrementándose al igual que el número de discípulos ávidos de aprender junto al ilustre sabio.

Fue padrino de numerosas tesis y contó entre sus destacados seguidores a figuras como: Borda, Peralta Ramos, Erausquin, Demaría, Obarrío, Ingenieros, Onelli, Arce, etc.

Sus discípulos dilectos fueron Braulio Moyano y Andrés Copello.

Además de la investigación neurológica desplegó una intensa actividad docente, siendo el primer catedrático titular de Biología de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, Profesor titular de la Cátedra de Biología, Sistema Nervioso, Anatomía y Fisiología Patológica de la Universidad de La Plata.

Su obra publicada fue extensísima, mereciendo destacarse entre otras, los grandes volúmenes de la "Folia Neurobiológica Argentina", el "Atlas del cerebro de los mamíferos de la República Argentina" y 171 trabajos publicados en revistas argentinas y extranjeras.

Efectuó numerosos viajes, no quedando región de nuestro país que no conociera, así como Perú, Bolivia y Chile. Hizo aportes valiosos a la paleontología, hidrología y cartografía; quedando en el sur de nuestra geografía registrado su nombre, como homenaje por sus descubrimientos. En su biografía sobre Christofredo Jakob, el Profesor Jacinto Orlando lamenta que: "... lo que hasta unos años atrás fue un centro de investigación del más alto nivel científico y que, como se adelantó, alcanzó prestigio mundial, en la actualidad se encuentra en un estado ruinoso. Inundados los subsuelos, levantados los pisos, rotas sus paredes, puertas y ventanas destro-

zadas, la lluvia que se filtra por los techos, todo en fin, es la genuina imagen de la destrucción. Menos de veinte años bastaron para transformar lo que supo ser ejemplar en algo que mueve a la pena, a la vergüenza y a la indignación..."



Braulio A. Moyano (1903-1959)

Fue discípulo meritorio de C. Jakob, destacándose como brillante neuropatólogo y neuroanatomista. Alcanzó fama en el exterior y en nuestro país solo fue superado por su maestro.

Su máximo interés se centro en el estudio del envejecimiento normal y patológico del cerebro. Su obra, si bien no tan extensa, fue consistente. Entre sus estudios anatomoclínicos recordamos los valiosos aportes sobre "afasia nominal" en la enfermedad de Pick; fue él quien primero habló del trastorno del lenguaje interior en el comienzo del derrumbe demencial. Su tesis doctoral versó sobre las demencias seniles y preseniles.

Recibió el Premio Nacional de Ciencias en 1944 por su trabajo sobre "La anatomía patológica en las enfermedades mentales".

Bregó por la implantación en la universidad de métodos de enseñanza que se aplicaban en Estados Unidos y Europa, que se basaban en firmes conocimientos de anatomía nerviosa normal y patológica, embriología y morfofisiología comparada y genética.

Dedicó su vida al trabajo y a la investigación junto a su maestro en esta Institución, falleciendo a los 53 años, 3 años después que su maestro.

Desde 1967 el Hospital Nacional de Alienadas lleva su nombre: Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Mujeres "Dr. Braulio Aurelio Moyano".

6. Evolución del tratamiento del enfermo mental

En el siglo pasado las enfermas excitadas eran encerradas en recintos enrejados y atendidas por una hermana de caridad que les administraba la medicación sedante, que consistía entonces en : a) Inyecciones de leche, que producían hipertermia y consecuentemente sedación; b) Inyecciones de Trementina, con la formación de abscesos dolorosos que provocaban el cese del cuadro de excitación; c) Chalecos de fuerza; d) Baños de agua fría.

En las memorias del Hospital de Alienadas del año 1900, el Dr. Antonio Piñero informa a la Sra. Presidenta de la Sociedad de Beneficencia, Doña Manuela Suárez de Figueroa, acerca de los modernísimos métodos de tratamiento aplicados en la Institución consistentes en baños de luz eléctrica. Luego de una detallada explicación sobre los notables beneficios que estos producen en los pacientes que sufren de enfermedades artríticas y nerviosas, diabetes, reumatismo, gota, anemia, clorosis, astenia, neurastenia, histeria y melancolía expresa : "Este notable progreso de la higiene y de la terapéutica hace recién cinco meses que se ha introducido en la práctica en el Rotes Kreuz, establecimiento privado de sanidad de Berlín. Hace tres meses que la aplicamos en nuestro Hospital y me es muy satisfactorio poder consignar en esta memoria que una conquista tan valiosa para la curación de los enfermos ha sido utilizada en la asistencia hospitalaria en nuestro Hospital primero que en los hospitales de la misma Berlín, ciudad donde ha sido inventado. Me refiero al baño de luz de arco

voltaico que es el que posee nuestro Hospital y de que carecen aun los mejores hospitales de Europa".

En la década de los años 40 surgieron las convulsoterapias: el coma in-

sulinico o Cura de Sakel, el shock cardiazólico o tratamiento de Von Meduna, el electroshock o tratamiento de Cerletti y Bini. Se comienzan a utilizar el Hidrato de Cloral por Vía rectal y los barbitúricos como sedantes e hipnóticos, y las anfetaminas como estimulantes y antidepressivas.

En la década de los años 50 aparecen los primeros neurolépticos (la clorpromazina en primer término), que fueron resistidos en su uso por los viejos Jefes de Servicio, quienes preferían los tratamientos tradicionales (I. E. C, cura de Sakel, chalecos) por temor a los efectos secundarios de las nuevas drogas.

Durante la década del 60 se efectuaron numerosas lobotomías, dado que contaba el Hospital con un Servicio de Neurocirugía dirigido por un distinguido neurocirujano, el Dr. Lionet.

Actualmente se efectúan en contadas ocasiones (catatonías letales de Stauder o severas melancolías) terapias electroconvulsivantes, siendo fundamentalmente los tratamientos en base a psicofármacos. También se efectúan psicoterapias individuales y grupales, laborterapia, musicoterapia y psicodrama a pesar de las limitaciones por falta de personal capacitado.

7. Análisis objetivo del funcionamiento actual de la Institución

Los datos que presentamos fueron obtenidos de distintas fuentes: Jefe de personal, Director Asistente, Jefa de enfermería, Servicio de Estadística.

El Hospital tiene en el momento

actual (31/8/91) 1514 pacientes internadas, siendo 1585 las camas disponibles. Las internas se distribuyen en 28 servicios de la siguiente manera:

Pabellón Bosch Oeste 1er piso: 64 pacientes
 Pabellón Bosch Oeste 2do piso: 92 pacientes
 Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield P. O.: 119 pacientes
 Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield 1er piso: 138 pacientes
 Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield 2do piso: 121 pacientes
 Pabellón Tomasa Vélez Sarsfield 3er piso: 57 pacientes
 Pabellón Esquirol: 53 pacientes
 Pabellón Santa Isabel: 61 pacientes
 Pabellón Santa Rosa: 64 pacientes
 Pabellón Magnan: 41 pacientes
 Pabellón Pinel "A": 52 pacientes
 Pabellón Pinel "B": 86 pacientes
 Pabellón Griesinger: 100 pacientes
 Pabellón San Juan: 42 pacientes
 Pabellón Charcot: 93 pacientes
 Pabellón Riglos P. O.: 39 pacientes
 Pabellón Riglos 1er piso: 57 pacientes
 Pabellón Riglos 2do piso: 89 pacientes
 Pabellón Santa María: 55 pacientes
 Pabellón de Gerontopsiquiatría: 13 pacientes
 Servicio de Guardia y Admisión: 24 pacientes
 Servicio de Terapia a Corto Plazo: 21 pacientes
 Ginecología: 9 pacientes
 Cirugía: 6 pacientes
 Clínica Médica: 13 pacientes
 Neurología: 0 paciente
 Servicio de Emergencia: 5 pacientes

Con respecto al número de profesionales rentados encontramos imprecisión y falta de coincidencia en las diferentes fuentes informantes. Según el Jefe de personal existen 177 profesionales, distribuidos de la siguiente manera:

Director:	1
Directores Asistentes:	3
Coordinadores de Area:	6
Jefes de Departamento:	2
Jefes de Servicio:	42
Jefes de Sección:	50

Psiquiatras de Planta:	42
Psicólogos:	19

Los profesionales restantes son médicos de guardia.

A los fines de determinar la cantidad de profesionales que trabajan en Servicios de pacientes internadas (excluyendo los de los Servicios de Consultorios Externos, Hospital de Día y Hospital de Noche porque atienden a pacientes externadas ya insertadas socialmente) extrajimos de las carpetas de firmas las siguientes cifras:

<i>Médicos Psiquiatras:</i>	
-Jefes de Servicio	27
-Jefes de Sección	17
-de Guardia y Planta	20
-de Guardia (24 hs.)	8
Total:	72

de ellos debemos restar

11 psiquiatras de Consultorios Externos,	
2 psiquiatras de Hospital de Día,	
1 psiquiatra de Hospital de Noche,	
8 psiquiatras de guardia (24 hs.).	
Total:	22

Por lo tanto son 50 los profesionales que se dedican a la atención exclusiva de las pacientes internadas.

Médicos no psiquiatras: pertenecen al Hospital, formando parte de Servicios Complementarios, Especialidades, Clínica Médica y Cirugía. Están en contacto con las pacientes sólo ante las interurrencias clínicas.

Jefes de Servicio	8
Jefes de Sección	5
Médicos de Planta	28
Total:	41

El índice de derivación de paciente por traslado (108 en 1990) es elevado debido a la falta de recursos materiales (instrumental, medicamentos) hasta en lo elemental, que hace imposible, en ocasiones, resolver la urgencia dentro de la Institución.

<i>Psicólogos:</i>	
de Planta	15
Jefes de Sección	3
Jefes de Servicio	2
Total:	20

De ellos, 2 se desempeñan en Consultorios Externos y 3 pertenecen a Hospital de Día, por lo que serían 15 los que tratan pacientes internadas.

<i>Asistentes Sociales:</i>	
Jefe de Servicio	1
Hospital de Día	1
Cons. Externos	1
Efectivos en Servicios con internación son	11
Total:	14

Personal de enfermería: figuran 204 enfermeras, pero

- 3 prestan servicio en otra sección (Farmacia y Servicio Social)
- 2 se desempeñan como camilleros
- 17 están con licencia por largo tratamiento
- 21 se han jubilado y renunciado en los últimos meses, sin ser repuestos.

Quedarían 153, de las cuales, 13 son Supervisoras en 5 turnos.

Las 140 restantes, trabajan repartidas en 4 turnos; 35 por turno cubriendo 28 Servicios.

Elas hacen uso de 2 francos semanales, licencias por maternidad o enfermedad, artículos varios, vacaciones; quedando frecuentemente entre 10 y 15 enfermeras por turno durante la semana, y entre 3 y 6 los fines de semana y feriados.

Terapeutas ocupacionales: son 3 para todo el Hospital.

Contando el Hospital con una población de 1514 pacientes correspondería por lo tanto:

1 Médico para	31 pacientes
1 Psicólogo p/	101 pacientes
1 Asistente Social p/	138 pacientes



1 Terapeuta ocupacional. p/505 pacientes

1 Enfermera para 43 pacientes (cuando son 35 por turno, si son 15 corresponden 101 pacientes por enfermera, y en las

ocasiones en que son 6 en todo el Hospital les correspondería atender a 253 pacientes a cada una.)

8. El Hospital Psiquiátrico como Institución total

Convendría definir conceptos claves para nuestro análisis.

Hospital: del latín Hospitalis; establecimiento en que se cura un enfermo. Establecimiento donde se recoge y alberga pobres y peregrinos por tiempo limitado; también se define de esta manera al *Hospicio*.

Manicomio: del griego manía, locura y komein, cuidar. Asilo o casa de locos o dementes.

El hospital psiquiátrico o manicomio correspondería al concepto de *Institución total* de E. Goffman.

Una *Institución total* es el lugar de residencia y trabajo en el que un gran número de individuos que se hallan en la misma situación, apartados de la sociedad general durante un lapso apreciable de tiempo, llevan una vida de reclusión en común, administrada formalmente.

Las funciones del hospital psiquiátrico, para servir a los objetivos valorados por la sociedad, son:

1) *Reclusión o protección a la comunidad* mediante el encierro controlado de aquellos enfermos que son considerados peligrosos.

2) *Preservación de la vida*, protegiendo al enfermo de sus impulsos autoagresivos.

3) *Cuidado de la persona enferma*, durante el período en que es incapaz de conducirse como un ciudadano independiente.

4) *Terapéutico-rehabilitante*, interviniendo, para que pueda el paciente desarrollar recursos internos y

proseguir, así, su vida en sociedad.

Desde el punto de vista de los fines, podemos considerar al hospital psiquiátrico, como un *Sistema Terapéutico-Educativo-Correctivo* (Levinson y Gallagher).

Como *Sistema terapéutico*, tiene el modelo tradicional de la institución médica, o sea, tiende a la reducción de la enfermedad y el sufrimiento.

Como *Sistema Educativo*, el objetivo es dar al paciente la oportunidad de aprender lo que se refiere a sí mismo; ayudándolo a tratar más eficazmente con su ambiente social, dentro de los límites del deterioro o defecto de su personalidad.

Como *Sistema Correccional*, sus funciones de reclusión y custodia, se relacionan con la asimilación de conductas apropiadas a las normas sociales y legales. Debe mantenerse al paciente confinado legalmente hasta que se lo considere sano para devolverlo a la vida civil.

El rasgo característico de la organización institucional es una división en dos categorías contrapuestas y definidas: *El personal* y *Los pacientes*. Se incluye dentro de la categoría *Personal* a todos los miembros que reciben sueldo.

Con intenciones de investigar el concepto predominante de Institución Psiquiátrica, dentro del personal que tiene como función el tratamiento del paciente hospitalizado, ideamos una encuesta de autoadministración, que repartimos entre psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y asistentes sociales. No incluimos en la muestra profesionales que tratan a pacientes externadas.

La encuesta consta de 8 preguntas:

1) Cuánto tiempo hace que trabaja en atención psiquiátrica?

2) Cuánto tiempo hace que trabaja

en la Institución?

3) Qué cargo desempeña?

4) Cuáles cree que son los objetivos de una internación psiquiátrica?

5) Cree que actualmente la internación cumple con dichos objetivos?

6) Cómo diría que funciona actualmente la Institución?

- muy bien

- bien

- regular

- mal

7) Por qué?

8) Si considera que se puede mejorar la Institución, qué cambios propondría?

9. Evaluación de la encuesta autoadministrada

Confeccionamos 40 formularios con la encuesta, que fueron repartidos entre el personal. Fueron contestados 23 formularios. En Servicio Social se entregaron 5 formularios, de los cuales ninguno fue respondido. Percibimos el temor de los profesionales puestos ante la situación de expresar una opinión personal, aún a título anónimo.

1) Cuánto tiempo hace que trabaja en atención psiquiátrica?

Obtuvimos un promedio de 17 años, con un máximo de 43 años y un mínimo de 3 años.

2) Cuánto tiempo hace que trabaja en la Institución?

El resultado fue de 13 años promedio, con un máximo de 41 y un mínimo de 3 años.

3) Qué cargo desempeña?

De las encuestas respondidas

12 correspondían a médicos/as.

7 eran enfermeros/as.

4 eran psicólogos.

4) Cuáles cree que son los objetivos de una internación psiquiátrica?

10 consideraron la función terapéutico-rehabilitante como el objetivo fundamental.

7 consideraron la función terapéutica solamente.
 2 cuidado, estudio y tratamiento.
 1 cuidado, terapéutico-rehabilitante.
 1 estudio y tratamiento.
 1 protección al enfermo.
 1 sólo rehabilitación.

Entre los objetivos encontramos respuestas variadas, como:
 a) Protección de persona.
 b) Resolver emergencias.
 c) Cuidado y contención del paciente.
 d) Atención terapéutica multidisciplinaria.
 e) Recuperación de la salud mental.
 f) Reinserción, a través de la rehabilitación y la reeducación, en el ámbito social.
 g) Estudio del paciente con finalidad científica.

h) Evitar el hospitalismo con internaciones breves.

5) Cree que actualmente la internación cumple con dichos objetivos?

NO: 16 respuestas

PARCIALMENTE: 6 respuestas

SI: 1 respuesta

6) Cómo diría que funciona actualmente la institución?

MAL: 15 respuestas- (se incluye 1 respuesta subjetiva: pésimo)

REGULAR: 7 respuestas

BIEN: 1 respuesta

MUY BIEN: ninguna respuesta.

7) Por qué ?

Las respuestas son:

11 por falta de recursos económicos y humanos.

6 por falta de formación profesional y técnica.

5 por falta de recursos humanos solamente.

4 porque la Institución no cumple con los objetivos.

3 por falta de recursos económicos solamente.

3 por falta de equipos multidisciplinarios.

2 por carencia de objetivos institucionales claros.

1 por modelos asistenciales caducos.
 1 por falta de planes de salud mental.

1 por pérdida de motivación y estímulo del personal.

1 por politización del establecimiento.

1 por falta de docencia e investigación.

1 por tratarse de un sistema institucional perverso.

8) Si considera que se puede mejorar la institución, qué cambios propondría?

ELSA BERENGUER

ESTUDIO DE TEATRO

GUILLERMO DE LORENZO

Curso para Adolescentes

FERNANDO BERENGUER

Clases de Guitarra

INFORMES de 14 a 17 hs.

953-7544 ◊ 981-2276



**ESCUELA DE
PSICOLOGIA SOCIAL
DEL NORTE**

Directora: *María Amelia Abbate*

*Reconocida por la
Primera Escuela Privada de Psicología Social,
Fundada por el Dr. E. Pichon-Rivière*

- Asesoramientos Institucionales •
- Trabajos en la comunidad •

Malaver 1883 • tel. 797-8193 • de 18 a 21 hs.
(1636) Olivos, Provincia de Buenos Aires

FUNDACION

Cisam

DESDE 1971

Director: Lic. RUBEN MARIO DIMARCO

**Hospital de día para niños,
adolescentes, jóvenes. Taller
Consultorios Externos**

**Supervisiones, Cursos y Seminarios
teóricos - clínicos sobre autismo
y psicosis infantil**

Armenia (ex Acevedo) 1788

Tel. 71-3386

Los cambios propuestos son coincidentes en muchos casos:

- 9 proponen capacitación del recurso humano (residencias, cursos, ateneos, intercambio científico-cultural con otras instituciones, integración de las diferentes tendencias psiquiátricas).
- 8 proponen nombramiento de personal capacitado, sobre todo de enfermería.
- 7 proponen un cambio institucional total.
- 7 proponen mayor presupuesto para materiales de trabajo, alimentos, ropa, etc.
- 4 proponen cambios en la concepción del tratamiento (no ver al paciente como un elemento perturbador al que hay que contener física o psíquicamente).
- 4 proponen trabajar en equipos multidisciplinarios.
- 4 proponen mejorar la estructura edilicia.
- 3 proponen cambios en la política de salud mental.
- 3 proponen incrementos de salarios.
- 3 proponen concursos periódicos.
- 3 proponen planificar, organizar y fijar una política institucional.
- 2 proponen combatir irregularidades administrativas, proponen crear estímulos para aquellos que se esfuerzan en sus tareas. Tomar las medidas correspondientes con el personal irresponsable.
- 1 propone sacar al Hospital del estado de emergencia.
- 1 propone la apertura del Hospital a la comunidad con el fin de informar sobre la enfermedad mental.
- 1 propone la rotación de profesionales por los distintos servicios.
- 1 propone el cumplimiento real de las tareas profesionales.
- 1 propone promover una legislación para impedir el abandono familiar del paciente en la institución.
- 1 propone combatir la arbitrariedad y los privilegios.
- 1 propone la despolitización y mejora o cambio de las conducciones.
- 1 no propone.

10. Conclusiones

Sobre la base de lo expuesto, podemos concluir:

- La necesidad de cambiar, a un muy corto plazo, la política que se aplica en Salud Mental, considerando que no hay continuidad en los planes de salud, cuando los hay.

- Es notorio que de acuerdo a lo visto en las encuestas autoadministradas, un porcentaje importante, hace referencia a la falta de capacitación profesional y técnica. Sumado a esto, el hecho de que un 69, 56 %, considera en forma absoluta que no se cumplen los objetivos, sugiere la necesidad de un cambio en la orientación ideológica y científica.

- La escasez de recursos económicos, provoca una carencia cuantitativa de medicamentos, materiales, alimentos y personal. Genera esta situación, frustración, sobrecarga laboral y psíquica del equipo de salud.

- El acceso a tecnología moderna permitiría mejorar los diagnósticos y la calidad de atención, dándole un carácter más dinámico a un hospital neuropsiquiátrico. La importante inversión que esto implica, redundaría en un mediano plazo, en una disminución de los recursos económicos necesarios, por ejemplo tiempo de internación.

- Para evitar que la Institución se convierta en un lugar de reclusión, es menester cumplir con todas las etapas de la atención psiquiátrica, incluyendo aquellas que corresponden a la rehabilitación, reeducación y reinserción familiar, social y laboral. Esto disminuiría el alto índice de reinternación y hospitalismo ■

Bibliografía

- Bastide, Roger, *Sociología de las enfermedades mentales*. Editorial Siglo XXI, 1983.
- Bermann, Gregorio, *La salud Mental y la asistencia Psiquiátrica en la Argentina*. Buenos Aires, Paidós, 1965.
- Bosch, Gonzalo, *Resumen histórico de la Psiquiatría*. La semana médica. Tomo del cincuentenario, fascículo II, Pág. 601-605, 1944.
- Bosch, Gonzalo, *El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina. La medicina argentina*. 1931, capítulo X, Pág. 816.
- Estévez Balado, Luis, *Hospital Nacional de alienadas. Breves comentarios sobre su historia*. El día médico, 1945, Nro. 35, Pág. 970-971.
- Fierri, Alberto, *Los primeros establecimientos de alienados en la Argentina*. La semana médica. 75 aniversario, 1969, Pág. 318-323.
- Goffman, Erving, *Internados*. Editorial Amorrortu, Bs. As., 1970.
- Guerrino, Antonio, *La Psiquiatría Argentina*. Editorial IV, Buenos Aires, 1982.
- Ingenieros, José, *La locura en la Argentina*. Editorial TOR S. R. L., Buenos Aires, 1955.
- Ingenieros, José, *Los asilos para alienados en la República Argentina*, Revista de criminología, Psiquiatría y medicina legal. 1920, Pág. 129-156.
- Lardies Gonzalez, Julio, *Historia de la Psiquiatría Universal y Argentina. Visión sinóptica*. Editorial Promedicina, Bs. As., 1991.
- Lardies Gonzalez, *Los manicomios de Buenos Aires. Trabajo de adscripción 1954*, Biblioteca de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.
- Levinson y Gallagher, *Sociología del enfermo mental*. Editorial Amorrortu, 1971.
- Loudet, Osvaldo, *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires, Editorial Troquel, 1961.
- Maglioni, M., *Los manicomios*. Tesis doctoral, Buenos Aires, 1879.
- Orlando, Jacinto, *Christofredo Jakob: Su vida y su obra*. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1966.
- Outes, Diego, Braulio A. Moyano. *Psiquiatría*. 1960, Nro. 1, Pág. 109-132.



La teoría del apego en el contexto del pensamiento psicoanalítico contemporáneo (1ª parte)

Mario Marrone*

En los últimos años se percibe un renovado interés por los estudios etológicos en el hombre. Es por ello que nos ha parecido útil volver sobre las teorías de J. Bowlby que marcaron y han dejado una traza indeleble en el campo teórico del desarrollo humano temprano.

Este tema que cuestiona líneas tan diversas como la psicología genética y ciertos aspectos de las teorías psicoanalíticas despierta una polémica que explica su inclusión en esta Sección.

Mario Marone, distinguido profesional argentino, residente en Inglaterra nos hizo llegar este detallado y profundo trabajo sobre la teoría del apego. La extensión del mismo, indispensable para una presentación completa del tema, nos obliga a publicarla en tres partes

La teoría psicoanalítica contemporánea contiene postulados enunciados por distintos autores, en distintos momentos históricos, en distintas posiciones geográficas. Ello lleva a que la teoría no haya alcanzado un grado satisfactorio de coherencia interna. Por el contrario, es una teoría compleja, heterogénea y llena de contradicciones. Por ello, tanto para los estudiantes como para los psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas y otros profesionales de la salud mental, el abordaje de la teoría psicoanalítica parece imposible. Sin embargo, las terapias psicoanalíticas (psicoanálisis

propriadamente dicho, terapia individual de orientación analítica, terapia analítica de grupo, etc.) han llegado a ser las terapias más efectivas para el tratamiento radical de las neurosis, trastornos de personalidad y muchas otras entidades nosológicas o cuadros psicopatológicos. Este hecho exige un desarrollo y comprensión adecuados de la teoría sobre la que estas prácticas clínicas se asientan.

No caben dudas que las terapias analíticas -en aquellos casos en que son indicadas-, cuando se aplican durante un período prolongado, pueden dar lugar a una reorganización de la personalidad del individuo ayudándolo a tener una vida más satisfactoria, más estable, más productiva y más libre de síntomas. Y en este sentido, las terapias analíticas ofrecen enormes ventajas so-

bre otros métodos de abordaje clínico como la psicofarmacología y el conductismo. El psicoanálisis se mantiene vivo esencialmente por su efectividad clínica. Sin embargo, el estudio del psicoanálisis es difícil y laborioso, no sólo por el hecho de que es una materia de gran complejidad sobre la que se ha acumulado una literatura muy vasta sino también porque hay una gran diversidad de escuelas o tendencias.

Efectivamente, el pensamiento psicoanalítico -desde sus inicios hasta el presente- se ha caracterizado por la presencia de muchas escuelas o tendencias teóricas ligadas a las distintas situaciones históricas y geográficas en las cuales se han desarrollado. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos se han desarrollado y establecido la psicología del yo (ligada a los nombres de Harta-

* Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Dirección para correspondencia: Mental Health Unit, Central Middlesex Hospital, Acton Lane, Londres NW10 7NS, Inglaterra.

mann y Loewenstein), la psicología del self (fundada por H. Kohut) y la versión norteamericana de la teoría de las relaciones objetales (propuesta por Otto Kernberg). En Francia hay varios grupos, incluyendo el movimiento iniciado por J. Lacan, el cual ha tenido gran repercusión en Argentina, España e Italia. En Gran Bretaña hay cuatro grandes grupos, conocidos como Kleinianos, Freudianos, independientes y Junguianos, a los cuales habría que agregar el de aquéllos que subscriben al existencialismo y la fenomenología social. En Argentina hay una división menos notoria entre escuelas, pero los trabajos de Pichon Riviere, Blejer, Racker, Liberman y otros han tenido una influencia marcada entre ciertos grupos de psicoanalistas sudamericanos.

Ahora bien, para entender todas estas diferencias entre escuelas hay que tener en cuenta tres factores fundamentales:

1. Diferencias de postulados metapsicológicos;
2. Problemas epistemológicos;
3. Cuestiones de política interna de las instituciones y grupos psicoanalíticos.

Con respecto a los postulados metapsicológicos, la cuestión fundamental del psicoanálisis es que casi todos los desarrollos teóricos se basan en los postulados formulados por Freud. Y, como bien sabemos, hubo tres épocas en el desarrollo de los preceptos básicos. En la primera época (1893-1897), Freud sentó las bases de su teoría. En la segunda época (1897-1923) expandió esas bases. En la tercera época (1923-1939) introdujo modificaciones importantes.

Con respecto a los postulados epistemológicos, Freud deseó darle al psicoanálisis el carácter de ciencia natural. Esto tiene enormes implicaciones con respecto a la metodología de investigación, a la manera de construir hipótesis y confirmarlas, al modo de validar tesis y -aun más importante que todo lo demás- al status mismo del psicoanálisis como disciplina científica. Ahora bien, si bien Freud trató de enmarcar a sus disciplinas dentro del cuadro de una ciencia natural, más tarde aparecieron los proponentes del psicoanálisis como disciplina humanística. Y dentro de esta última corriente surgió un grupo que -rechazando el positivismo implícito de las ciencias

naturales y del psicoanálisis como ciencia natural- propone la hermenéutica.

El tercer factor que explica las diferencias entre escuelas o corrientes teóricas en psicoanálisis tiene poco que ver, lamentablemente, con la ciencia misma. En realidad, muchas controversias sobre temas teóricos han sido motivadas por conflictos de personalidades, por ambiciones personales, por rivalidades entre grupos y redes afiliadas y



por transferencias no resueltas entre aquellos profesionales que en algún momento tuvieron una relación terapéutica como analista y analizando. Todo esto sería motivo de un estudio psico-sociológico que aún no ha sido realizado.

En este contexto, algunos psicoanalistas contemporáneos han propuesto una línea de abordaje al problema bajo el nombre de psicoanálisis comparativo, con lo cual se trataría de resolver la confusión que existe acerca de todas las teorías divergentes y superpuestas. Ahora bien, la teoría freudiana de los instintos o de los impulsos instintivos es crucial para elucidar este problema.

No solo la teoría de los instintos es crucial hoy para explicar las divergencias entre escuelas, sino que lo fue también en el momento en que Jung y Adler rompieron con Freud. En los años veinte cuando Rank y Frenzi trataron de proponer innovaciones técnicas en psicoanálisis clínico y en los años treinta y cuarenta, cuando Fromm, Sullivan y Horney comenzaron a publicar sus escritos con un arraigado interés en los factores socio-culturales que influyen la conducta humana. Ligado a la teoría de los instintos está el problema de si las relaciones interpersonales son un elemento esen-

cial de la vida psíquica o meramente epifenómeno del mundo interno. En otras palabras, ¿el hombre se relaciona con los otros porque aquéllos satisfacen sus necesidades instintivas o porque tiene una necesidad específica de relacionarse con determinadas personas? Por ejemplo, ¿se relaciona el bebé con su madre simplemente porque ella satisface sus necesidades libidinales (que se manifiestan a esa edad a través del chupar, de la oralidad y de las conductas alimentarias) o porque tiene una tendencia a establecer un vínculo específico y duradero con ella que va más allá de lo que podría catalogarse como conducta libidinal?

En la experiencia clínica, el tema de las relaciones interpersonales y de los vínculos afectivos es central. En verdad los pacientes no hablan de otra cosa. Aun cuando lleguen a la consulta con síntomas neuróticos como fobias o rituales (los cuales aparentemente tienen poco o nada ver con las relaciones interpersonales y los vínculos afectivos), tarde o temprano terminan hablando de sus relaciones con sus padres, hermanos, tíos, abuelos, hijos, cónyuges, amigos, amantes, compañeros de trabajo y jefes. En todas las sesiones analíticas los pacientes muestran una enorme preocupación por sus vínculos y relaciones interpersonales, pasados, presentes y futuros.

Esta temática, siempre presente, ha llevado a definir el concepto de relaciones objetales o sea de relaciones con los "objetos internos" y "externos". En psicoanálisis, los objetos externos son las figuras de apego, las personas significativas de la vida del sujeto. Los "objetos internos" son la representación mental de esos objetos. Originalmente la palabra "objeto" fue utilizada en el sentido de "objeto del deseo" u "objeto de la libido" y no en el sentido estricto de "persona con la cual uno establece un vínculo". La diferencia de significado puede ser sutil pero es importante. Más tarde, cuando se descubrió que uno forma modelos, imágenes o representaciones internas de las personas con quien uno se vincula, se comenzó a hablar de "objeto interno". Así se habla de objeto interno como si este fuese algo tangible en vez de hablar de las representaciones internas de las personas con quienes uno se vincula (o figuras de apego) en términos de

procesos dinámicos de tipo cognitivo, perceptivo y operacional. Con esto quiero decir que, en el desarrollo del pensamiento psicoanalítico, después de Freud, la idea del otro con quien uno establece un vínculo pasa por tres períodos. En el primer período, ligado a la teoría de los instintos de Freud, el otro es el objeto de satisfacción libidinal. En el segundo período surgen una serie de teorías con muchas variaciones y un tema central: los procesos de interacción entre las personas reales con quienes uno se vincula y las representaciones internas de éstas. Algunas de estas teorías adhieren al modelo metapsicológico de los instintos propuesto por Freud y otras no. A pesar de su heterogeneidad, todas estas versiones del mismo tema han sido colocadas bajo el nombre de "Teoría de las Relaciones Objetales". En el tercer período, iniciado por Bowlby, surge un nuevo enfoque conceptual que descarta completamente la metapsicología Freudiana y propone la siguiente idea: Primero: todos tenemos una necesidad básica de relacionarnos con personas específicas y establecer con ellas vínculos durables. Segundo: las interacciones con las personas del presente están esencialmente influenciadas por los modelos representacionales (conscientes e inconscientes) que uno construye en el transcurso de interacciones anteriores con otras personas significativas de la historia personal y particularmente los padres o figuras parentales.

La "Teoría de las Relaciones Objetales", a pesar de su aparente identidad y especificidad, es en realidad un conjunto de versiones distintas sobre un tema que, en realidad, ha preocupado a los psicoanalistas a lo largo de todo el desarrollo de esta disciplina. Este tema se centra en la observación de que las personas (incluyendo al analista), acerca de las cuales habla un individuo en análisis, no necesariamente se comportan de acuerdo a la descripción que este último hace. Este hecho aparece dramáticamente ilustrado en el primer tratamiento psicoanalítico que se hizo: el caso de Anna O. De manera que no caben dudas que los individuos tienen una fuerte tendencia a atribuir a los otros características que éstos tal vez no tengan. Este es el fenómeno esencial que es materia de estudio en todo proceso psicoanalítico: la transferencia. El

problema que se origina a partir de ahí es el de definir claramente el concepto de transferencia, delimitarlo y, sobre todo, entender cómo y dónde se origina.

En teoría psicoanalítica clásica, la transferencia se conceptualiza como una forma de desplazamiento por cuanto sentimientos, deseos y expectativas son "desplazados" o "transferidos" de una persona a otra (normalmente de una persona del pasado a una persona del presente). El término fue



originalmente usado por Freud en 1895. Freud dijo que la transferencia es el proceso por el cual sentimientos, ideas y actitudes originalmente asociadas con las figuras parentales, son desconectados de su contexto y objetos originales y revividos en otro lugar con otra persona.

La palabra "transferencia" ha sido usada de muy diversas maneras, a menudo para designar al conjunto total de deseos, emociones e impulsos que el paciente comunica al analista o experimenta en el transcurso de la sesión. También se ha dicho que la transferencia es un producto del análisis, y por lo tanto solo ocurre en el análisis. Sin embargo, en realidad, la transferencia es un proceso según el cual modelos representacionales de las personas significativas de nuestra vida pasada son inconscientemente utilizados en relación a personas del presente, para interpretar sus motivaciones, predecir sus reacciones y evaluar sus cualidades. Y este proceso tiene lugar en la vida de todos los días y en cualquier lugar, no sólo en la situación analítica. Lo único que la situación analítica hace es crear las condiciones para que los fenómenos

transferenciales y los modelos representacionales que le dan origen sean elucidados.

Ahora bien, acabo de decir que la transferencia es un proceso según el cual modelos representacionales de las personas significativas de nuestro pasado son conscientes o inconscientemente utilizados en relación a personas de la vida presente. Lo que ha sido motivo de controversias entre distintas escuelas de pensamiento psicoanalítico es si esos modelos representacionales (a los que también se ha llamado "objetos internos", "introyectos", etc.) son el producto de fantasías, de pre-conceptos innatos, de la experiencia interpersonal en situaciones reales, etc.

Podríamos decir, sin embargo, que hay bastante acuerdo hoy en día entre los teóricos del psicoanálisis en el sentido de que esos modelos representacionales, objetos internos o imágenes internas son un residuo mental de las relaciones con personas importantes de nuestra vida. De una manera u otra, los intercambios cruciales con los otros dejan su marca, son "internalizados" y dan forma a actitudes, reacciones, percepciones y sentimientos subsecuentes. Los mecanismos y características de estos procesos de internalización presentan problemas difíciles que los teóricos del psicoanálisis han estado tratando de resolver. ¿Hasta qué punto las características de estos "objetos internos" corresponden a las características de las personas reales? ¿Es el "objeto interno" una representación de una persona o de una relación? ¿Y, siendo la representación de una persona, es la imagen interna la representación de la totalidad de esa persona o de solo de aspectos parciales de esta? ¿Cómo se explica la necesidad de relacionarse con esas personas, mantener un vínculo con ellas y fraguar a través de ese vínculo estructuras cognitivas y perceptivas que han de tener tanta influencia sobre la vida psíquica? ¿Qué relación hay entre esos modelos representacionales y las emociones básicas, el sentido de identidad personal, la autoestima, la angustia y la formación de síntomas? ¿Qué conexión existe entre los únicos de esos modelos representacionales y la psicopatología?

En este contexto surge la Teoría del Apego (*). Esta puede ser definida como un modo de explicar porque los seres humanos tienen la tendencia a establecer vínculos afectivos

* En inglés "Attachment Theory"

tivos duraderos y específicos. Es también una forma de entender por qué tanto situaciones que ponen en peligro estos vínculos, como separaciones y rupturas, suscitan emociones o estados emocionales penosos y/o críticos. La Teoría del Apego, propone una nueva metapsicología, un método sistemático para estudiar los vínculos afectivos, un modelo epistemológico, una manera de entender a la psicopatología y un marco orientador para el ejercicio de la psicoterapia.

La Teoría del Apego surgió en el contexto social y teórico del movimiento psicoanalítico británico, como un hijo de la Teoría de las Relaciones objetales. Y es propablemente el único cuerpo de conceptualizaciones psicoanalíticas que ha encontrado eco en el mundo académico y servido como esquema referencial básico para trabajos de investigación en distintas ramas de la psicología.

La Teoría del Apego fue propuesta por John Bowlby. Bowlby nació el 26 de Febrero de 1907 y se graduó como médico en 1933. Hizo su formación psicoanalítica en Londres, teniendo como analista a Joan Riviere y supervisor a Melanie Klein. Después de su graduación, Bowlby trabajó como psiquiatra infantil hasta los comienzos de la guerra. En su trabajo clínico, Bowlby hizo un estudio que sugería que la etiología de las neurosis infantiles está relacionada con la manera en que los niños son tratados por sus madres. Este estudio dió lugar a un artículo que publicó con el título de "La Influencia del Ambiente Temprano en el Desarrollo de las Neurosis y el Carácter Neurótico". Históricamente, este artículo marca un punto crucial en el desarrollo de su teoría: que la patología es siempre el resultado de una falla de cuidados maternos: separación y abandono en familias rotas; inestabilidad, hostilidad, abusos y comunicaciones ansiogénicas en la familia intacta. En este sentido la patología es vista como una desviación en el desarrollo evolutivo del niño que refleja disturbios de su relación real con las personas significativas de su ambiente. Mientras que en este primer artículo, Bowlby se interesa por la patología de niños criados en familias intactas, más tarde habría de dedicar buena parte de su tiempo a estudiar los efectos nocivos de la separación del niño de su madre o figuras substitutivas. En

1944 escribió "Cua-renta y Cuatro Delincuentes Juveniles" en el cual relaciona la conducta antisocial con la privación afectiva temprana.

Desde 1947 a 1972 Bowlby fue Director del Departamento de Niños y Padres de la Clínica Tavistock. Su experiencia clínica confirmó su idea de que la continuidad del vínculo del niño con sus padres o figuras específicas substitutivas es esencial para el desarrollo psicológico óptimo. Las investigaciones realizadas



sus legas Joyce y James Robertson dieron mayor apoyo a este punto de vista. Hasta mediado de los años cincuenta sólo una interpretación sobre la naturaleza y orígenes de los vínculos afectivos predominaba entre los psicoanalistas. El apego entre un niño y su madre —se decía— se desarrolla porque el niño descubre que, a los efectos de reducir tensión instintiva (su hambre), la madre es necesaria. De acuerdo a este punto de vista, el niño necesita ser alimentado y gratificado oralmente, pero la especificidad de su relación con una persona específica no es ni explicada ni siquiera tomada en cuenta.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud le encargó a Bowlby un estudio sobre el efecto de los cuidados en orfanatos u otras instituciones de niños que habían perdido a sus familias. Las conclusiones se publicaron en 1951 bajo el título de "Cuidados Maternos y Salud Infantil" y tuvieron mucha influencia en materia de recomendaciones hechas por esta organización en materia de prevención en salud mental.

El trabajo de dos teóricos británicos de las relaciones objetales (Bion y Winnicott) iría a cobrar importancia creciente en los años cincuenta y sesenta. Bion reconoció que los primeros contactos del niño con su

madre y otras personas de su ambiente inmediato tienen una cualidad especial que tendrá profunda importancia para el desarrollo posterior del niño. Pero Bion puso demasiado énfasis en la oralidad y en la relación del niño no con la madre como totalidad sino con su pecho. En sus trabajos, Bion no puso en cuestión la teoría de los instintos de Freud ni se preguntó porqué el niño requiere contactos continuos con una figura específica. Por su lado, Winnicott, un médico que practicó simultáneamente la pediatría y el psicoanálisis, insistió en que la salud mental depende de la posibilidad de haber contado con figuras de apego empáticas y seguras (Winnicott hablaba de la necesidad de tener una "madre suficientemente buena"). Esta madre no sólo le da el pecho al niño y lo alimenta sino que lo cuida en todo sentido, corporal y emocionalmente. La tesis de Winnicott es inminentemente compatible con la de Bowlby, no obstante lo cual Bowlby ha sido mucho más claro y definitivo en enunciar estos postulados.

Durante este período, Bowlby tenía el problema de que la teoría psicoanalítica existente no explicaba adecuadamente los fenómenos clínicos que él observaba. Fue entonces cuando se intereso en la etología. Los estudios sobre "imprinting" y particularmente aquellos sobre imprinting filial abrían nuevos caminos. Las investigaciones etológicas mostraban que los animales pequeños establecen vínculos con animales específicos que son más fuertes y mejor equipados para solventar dificultades en la vida, como una garantía de protección. Y la continuidad de la relación —o sea el conocimiento mutuo edificado a lo largo de una larga experiencia— simplifica la comunicación (y la interpretación de los códigos de comunicación) en situaciones de emergencia. O sea que la necesidad de establecer vínculos permanentes con individuos específicos es prioritaria e independiente de las necesidades alimentarias y sexuales.

Esa necesidad de establecer vínculos específicos y duraderos tiene unos definidos, a saber: 1) el significado afectivo de estos vínculos tiende a persistir en los recuerdos y vida emocional del sujeto a lo largo del ciclo vital, incluso después de la pérdida de la persona o del vínculo; 2) las emociones más intensas surgen de la formación, mantenimiento, re-

novación y ruptura de los vínculos afectivos, de manera tal que se podría decir que la psicología y psicopatología de las emociones es esencialmente la psicología y psicopatología de los vínculos afectivos; 3) los vínculos afectivos cumplen una función biológica de protección y supervivencia; 4) los vínculos afectivos son necesarios desde el momento del nacimiento hasta el momento de la muerte pero en las etapas tempranas de la vida dan lugar a la formación de estructuras mentales operativas cuya influencia sobre el funcionamiento psíquico es fundamental. 5) Los vínculos afectivos están estrictamente ligados a conductas vinculares conscientes e inconscientes que se organizan cibernéticamente.

Una vez que Bowlby descubrió la importancia de la etología e incorporó algunos enunciados etológicos a la teoría psicoanalítica, debió formular un nuevo modelo epistemológico para el psicoanálisis. Tradicionalmente la teoría psicoanalítica fue construida sobre la base de observaciones clínicas hechas con pacientes en el curso de la terapia. Además, muchas inferencias sobre las etapas del desarrollo se basan en reconstrucciones o trazados retrospectivos (esto es así aún en el caso de psicoanálisis de niños). Sin embargo, a Bowlby se le hizo clara la idea de que la observación directa de niños y las personas importantes de su ambiente, es importante y que toda ciencia requiere que los datos obtenidos en una área de investigación o disciplina sean comparados y confirmados por datos obtenidos en otra área; con lo cual tendría que darse una corriente de fertilización mutua entre el psicoanálisis, la etología, la biología, la psicología evolutiva, la psicología social y la psicología cognitiva.

En 1958 Bowlby presentó su primera formulación de la Teoría del Apego en su trabajo titulado "La Naturaleza del Vínculo que el Niño tiene con su madre". En 1969, 1973 y 1980, respectivamente, publicó los tres volúmenes de "Attachment and Loss" que es una contribución monumental para reevaluar la teoría psicoanalítica. En estos tres volúmenes, Bowlby reemplaza la noción de energía libidinal y necesidad de descarga -propuesta por Freud sobre la base de una neurofisiología del siglo XIX- por un nuevo sistema que pone énfasis en los vínculos tempranos, en la ansiedad de separación, en el duelo, en el trauma infantil,

descartando la teoría del instinto de muerte como inaccesible a los estudios científicos.

Los estudios de Bowlby fueron recibidos en Gran Bretaña con frialdad por los psicoanalistas, especialmente por los Kleinianos, quienes se sintieron demasiado amenazados por esta corriente innovativa. Curiosamente, la Teoría del Apego ha tenido mayor reconocimiento entre algunos grupos de psicoanalistas fuera de Inglaterra. De cualquier manera, en los últimos años se han creado dos instituciones de formación y práctica clínica que basan su trabajo en la Teoría del Apego: El "Institute for Self Analysis" de Londres y la "Escola Brasileira de Psicanálise e Etologia" de Rio de Janeiro. Sin embargo, han sido los académicos quienes, particularmente en los Estados Unidos, se han interesado por esta teoría y la utilizaron como punto de partida para hacer trabajos de investigación sobre el tema.

No obstante el hecho de que la Teoría del Apego fue originalmente formulada para guiar el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales de niños, adolescentes y adultos, su utilización se ha extendido a campos no menos importantes de estudio de la conducta humana ■

Bibliografía

- Belsky, J. y Nezwoski, T. (1988), *Clinical Applications of Attachment*, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bowlby, J. (1940), The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character, *International Journal of Psycho-Analysis*, 21: 154-78.
- Bowlby, J. (1944), Forty-four juvenile thieves: their characters and home life, *International Journal of Psycho-Analysis*, 25: 19-52 y 107-27.
- Bowlby, J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1958), The nature of the child's tie to his mother, *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 350-73.
- Bowlby, J. (1960), Grief and mourning in infancy and early childhood,

The Psychoanalytic Study of the Child, 15: 9-52.

- Bowlby, J. (1961), Processes of Mourning, *International Journal of Psycho-Analysis*, 42: 317-40.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment* (Vol. I, *Attachment and Loss*), Londres: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973), *Attachment* (Vol. II, *Anxiety and Anger*), Londres, The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980), *Attachment* (Vol. III, *Loss: Sadness and Depression*), Londres, The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982), Attachment and Loss: Retrospect and Prospect, *American Journal of Orthopsychiatry*, 52/4: 654-678.
- Bowlby, J. (1986), *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*, Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1988), *A Secure Base*, Londres: Routledge.
- Greenberg, J. R. y Mitchell, S. A., *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Massachusetts: Harvard University Press.
- Marrone, M. (1987), La teoría del Attachment en el contexto del pensamiento psicoanalítico, en: *Psico-sociología de la Salud Mental*, (Ozamiz, J. A., editor), San Sebastián, Tartalo.
- Murray Parkes, C. y Stevenson-Hinde, J., *The Place of Attachment in Human Behaviour*, Londres: Tavistock Publications.
- Ortiz Baron, M. J., Apego, miedo, exploración y afiliación: interacción entre sistemas de conducta en la primera infancia. En: *Etología y Psicología* (Sánchez Martín, J. R., editor), Servicio Editorial, Universidad del País Vasco.
- Rycroft, C. (1985), *Psycho-Analysis and Beyond*, Londres: Chatto & Windus, The Hogarth Press.
- Sandler et al. (1972), Frames of Reference in Psychoanalytic Psychology: II The historical context and phases in the development of psychoanalysis. *British Journal of Medical Psychology*, 45: 133-142.
- Shoufe, A. (1986), Appraisal: Bowlby's contribution to psychoanalytic theory, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27/6: 841-849.

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

Marie Moscovici, LA SOMBRA DEL OBJETO. SOBRE LA INACTUALIDAD DEL PSICOANÁLISIS, Ed. Paidós.

Texto frustrado aquel que establece preguntas interesantes y desarrollos intrascendentes; texto paradójico aquel que se apoya en la lamentación, para modificar aquello a lo cual hace objeto de su queja. De lamentaciones y –quizá– melancolías padece el autor que hace de su añoranza, la razón para reclamar cambios en la doctrina, y en el objeto del psicoanálisis.

Pasemos al texto. En el capítulo *Ir en contra*, nos apunta con su desilusión por “el efecto, de eso suele tratarse, de diversos movimientos revisionistas y desde distintos ángulos...” (pág. 25) Este efecto tanto allá, como acá, ¿es un defecto? El corte... hoy se ha extendido y sus efectos aumentaron gravemente. Y a modo de ejemplo agrega “entre tanto, lenta pero firmemente de compromiso en compromiso –con los nuevos tipos de pacientes (narcisistas, borderlaine, psicóticos), con la realidad, con la sociedad–, el psicoanálisis en tanto teoría singular que trabaja con un campo específico y que implica una práctica particularísima, pierde toda su contundencia”.

Queja ésta dirigida a aquellos preanalistas o escuelas que nos desilusionan por sus “impurezas”, alerta claro para los impuros; y/o los sospechados de impuros.

Atención, que de esta ideología hemos tenido mucha en la Argentina.

A la cita de P. Férida sobre *el psicoanálisis experimenta el sentimiento de su próximo fin*, la respuesta que nos propone la autora es ubicar el tema como un “estado de pensa-

miento”, lo que parece hacernos retornar, entre líneas, al problema de la melancolía. Sin embargo un punto luminoso es el que transcribe citando a Winnicott quien dice “Eh!, Despiértense!!, así es como el inconciente se vuelve hacia nosotros”, cita que podría constituir una respuesta eficaz para su preocupación.

En el capítulo *¿Qué comunidad?*, en el inicio, se lamentará por la pérdida de el psicoanálisis, el Uno, y la “caída” en la multiplicidad, la serie, que no conduciría a “una diversidad de ideas... El problema dice es en verdad más complejo, lo bastante conflictivo, para alterar la comunidad social con excesiva frecuencia: la que se ve amenazada por un íntimo socavamiento y lo sufre ya” (pág. 42). Sigue lo del título, pero a la sombra de las ideologías más reaccionarias.

La representación del Uno, registro del narcisismo, cruje. Dice en la pág 45, “la aventura lacaniana y el posclasicismo podría ser entendida como un avatar bien francés”, es decir, algo así como una problemática de entrecasa. Será este el sentido del capítulo que se pregunta sobre *¿Qué comunidad?*

Por suerte próxima a Winnicott, éste vuelve a señalarle que él como Freud, tenía opiniones irrenunciables sobre el funcionamiento de los “narcisismos teóricos” a los que llamará aparato de estado. Esa cita es otra vez, toda una respuesta.

La comunidad agradecida, ya que él (Winnicott), no prohíbe, él no ejerce el terror sobre el pensamiento y la palabra. Pensamos que es ahí, donde aparece el discurso, los discursos... o la melancolía. Hubiera sido interesante que lo continuara por el cuestionamiento al uso del efecto de la teoría. En la pág. 52 anota la siguiente cuestión “¿Qué pasó entonces entre los psicoanalistas con la idea de la universalidad de las ideas psicoanalíticas?”

“Del Caribdis de la inmensa burocracia en la que se convirtió la IPA garante de reglamentos abstractos que las sociedades, con toda su di-

versidad, no pueden sino fingir haber adoptado, ¿hay que pasar al Escila de particularismos tan chauvinistas que ya no dan espacio sino a corporaciones localmente preocupadas por defender la etiqueta profesional?”

Otro entrecruzamiento que nos conduce a un desvío que va de la pregunta insoslayable, siempre actual y fértil sobre los conceptos fundamentales del psicoanálisis, a los titubeos y estrategias institucionales para identificarse otra vez al Uno de lo internacional. Otra vía muerta, otro cruce de la pregunta por los nudos teóricos, a las etiquetas que defienden el lugar de lo profesional. Acaso, la respuesta que le acerca Joseph Sandler, (luego presidente de la IPA) sobre que “Psicoanálisis es lo que practican los psicoanalistas”, (1981) no es suficiente para perder la ilusión que hubiera podido ligar a los núcleos teóricos con las instituciones internacionales el psicoanálisis y otras. No creo que dé para una melancolía, pero sí da pena.

En el capítulo de *Infancias*, pág. 62, dice: no observa Freud con cierta melancolía “Que el psicoanálisis no haya vuelto mejores, más dignos a los propios psicoanalistas, que no haya contribuido a la formación del carácter, significó para mí una decepción”. De esa lamentación a esta otra lamentación, dejar pasar de largo sin ahondar el lazo que anudaría la relación de los analistas desde la transferencia a la cura, para intentar desembocar en los temas de la formación de analistas. Enorme cuestión que nos trajo el último congreso internacional realizado en Buenos Aires, el que nos dejó mucho menos sedimento que el que aportó el honor de ser sede. Quizá este honor también debamos llamarlo, vía transferencias, “formación del carácter”.

Es en las líneas dedicadas al debate el concepto “pulsión de muerte” del cual se extrae la idea de una búsqueda, que sin ahondar intenta relanzar el problema en los términos en que Freud, sin tantos titubeos

llamó malestar en la cultura. *Duelo y melancolía*, fue otro libro.

En el capítulo *La cura de amor*, toma una vez más, el recurso de citar a Winnicott, quien alude al problema de sobrevivir (en la cura) sin apelar a las represalias, y agrega a continuación, y esta cuestión concierne al analista, concierne a la madre. Vuelve a citar, "A menudo es el momento de mis desvíos de conducta". Sería quizá el momento de recordarle a Moscovici, dos textos de su contemporáneo y compatriota Lacan, el uno referido a la agresividad en psicoanálisis, en *Les Ecrits*, y el otro el referido al Seminario V. *Sobre la angustia*, cuando afirma que la transferencia es la del analista, en relación al acto analítico.

Tal vez hubiera relanzado un debate postergado y fértil aún.

Pero el carozo del asunto, se desplaza del amor transferencial, a las "malas prácticas" de quienes parecen confundir las neurosis fáciles con aquellas que conservan sus propios aspectos psicóticos (pág. 85). La respuesta no se hace esperar: "sería aquí necesario un poco de humildad, o mucha: el psicoanálisis tiene límites, no puede dar cuenta de todo y menos aún hacerlo todo". ¡Al fin! algo de alivio, descubrimos que no hay que hacerlo todo.

Y a continuación, como correspondería a lo que la autora llamó "estado de pensamiento", pasará a referirse al odio y la destructividad, páginas 87 a 101, que se sub-suma en el tema de "la culpa y la venganza"; al fin sabremos que, el amor no paga.

Por último, del capítulo *El olvido de la Memoria*, que centrado en el mito del asesinato del padre origi-

nal de la horda, bascula de la filogenia a la ontogénesis de los fantasmas originales (fantasías), no aporta sino que además ignora aquéllo que se depeja con claridad a partir de S. Freud que describe y diferencia claramente lo que es repetir, de recordar y de elaborar.

La presentación es buena, y creo que las intenciones también, tal vez demasiada sombra. Prometía más la pequeña a de la carátula, el objeto para siempre perdido de la causa y del deseo, ... de analizar.

Antonio Brenes

Békei M., (compiladora), Varios autores, LECTURAS DE LO PSICOSOMÁTICO, Lugar Editorial, Bs. As., 1991, 197 págs.

Argentinos, europeos y norteamericanos, comparten el espacio donde se despliegan las articulaciones de la subjetividad y el cuerpo. Desfilan entonces, las hipótesis etiológicas centradas en la ausencia de la percepción interoceptiva en respuesta a los estímulos emocionales -alexitimia-, como los procesos donde predomina el campo proyectivo del mundo visual y los huecos de la organización simbólica que estructuraría la disarmonía entre lo inter e intrasubjetivo. El libro bascula entre la exposición clara de las teorías modernas que tienden a explicar el fenómeno psicósomático y una buena y concisa suma de cuadros clínicos, extraídos de la práctica cotidiana, que ilustran sin soberbia este campo siempre polémico y difícil. Un libro necesario.

Vertex

Murray Bowen, DE LA FAMILIA AL INDIVIDUO, Ed. Paidós, 1991, Barcelona, 207 págs.

Partidario del análisis de las resignificaciones que su historia y la práctica social imponen a una familia, el autor de origen psicoanalítico, influido por la escuela del yo y -aunque sin especificarlo- con contactos importantes con Kohut, desarrolla en estos textos desde sus hipótesis de trabajo, hasta una teoría de la técnica en familia. Como lo sitúa en la introducción, se encuentra equidistante de las posiciones de Haley y de Whitaker, en referencia al despliegue de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. El eje central de la técnica de Bowen descansa en la historización del conflicto transformado en mito y por lo tanto, como elemento que explica en forma vicariante un síntoma y a su vez lo obtura en su significado.

A la par de elaborar la interacción de los miembros de la familia busca el desarrollo de la mismidad de cada uno como garantía de afirmar el nuevo sistema de relaciones. Cierra el libro una interesante entrevista al autor, que refuerza y aclara los conceptos que recorren esta obra.

Vertex

Primera y única carrera con orientación a especialidades, destinada a desarrollar las capacidades conceptuales y prácticas en:

- Educación
- Instituciones
- Prevención en salud
- Comunidad

COMIENZA UNA NUEVA ETAPA EN PSICOLOGIA SOCIAL

Teoría P. Rivière



ICI Instituto de Ciencias de la Información

28 años de continuidad en la enseñanza.
Corrientes 2917 de 17 a 22 hs. 862-8372 y 88-0106

REQUISITOS: ESTUDIOS SECUNDARIOS

a-compañar

Asistencia y formación en Salud Mental

Dir.: Guillermo J. Altomano
Coor.: Lic. Silvia M. Azpillaga

Fundada en 1982

- El **ACOMPANAMIENTO PSICOTERAPEUTICO** es una función de **CONTENCION ALTERNATIVA** que se integra al tratamiento en problemáticas agudas y crónicas en niños, adolescentes y adultos.
- Las distintas modalidades estratégicas permiten implementar coberturas que comprenden desde algunas horas por semana a 24 hs. por día, según se trate de situaciones de:

- INTERNACION: Domiciliaria o Institucional
- EXTERNACION
- COMPENSACION
- RECUPERACION
- CRONICIDAD

Rodríguez Peña 286 Piso 2 - Capital - Tel.: 46-6966

De mi mayor consideración:

Durante la breve visita a Buenos Aires en setiembre pasado, tuve oportunidad de conocer vuestra revista. Sus características de contenido y forma me permitieron, al regresar a Israel, disponer de un exponente de publicación psiquiátrica argentina a la altura de las revistas internacionales. Con el agregado del aspecto conceptual que a menudo falta en éstas.

Al advertir la ausencia en el comité de la revista, de corresponsal en Israel, se despertó en mí interés en colaborar. Les informo de manera sucinta acerca de mis antecedentes y actividades.

Terminé medicina en la UBA en 1972. En la década del 70 hice formación psicoanalítica paralela a la A.P.A. con docentes de esa institución (F. Cesio, L. Chiozza, L. Storni, J. Pantolini) y trabajé en psicoanálisis y medicina psicosomática (en el entonces C.I.M.P. y en la Clínica Weiszaeker). En la década del 80 me incliné al estudio de Lacan y un par de años después me instalé en Israel. Mi formación psiquiátrica -hecha en Israel- tiene la particularidad de unir la década del DSM III-R y el ICD-9-CM con mi contacto con la psiquiatría que practican los psicoanalistas del Campo Freudiano.

Me cuento entre los fundadores

el Movimiento Freudiano en Israel, hoy Grupo de Estudios Psicoanalíticos (GEP) Israel-Europa, afiliado a la Escuela Europea de Psicoanálisis de la Causa Freudiana. En el GEP me desempeño como Secretaria Adjunta de Carteles. Recientemente organicé en mi hospital la primera presentación de enfermos hecha por enseñantes del Seminario del Campo Freudiano en Israel, seminario éste que se viene realizando con periodicidad desde la visita de J.-A. Miller a Israel en octubre de 1988. Tengo práctica psicoanalítica y psiquiátrica privada, hago enseñanza en distintos ámbitos, y doy controles en privado y en el hospital.

En la psiquiatría institucional, la formación que hice en Israel me llevó a trabajar en consultorios externos, salas abierta y cerrada, hospital de día, neurología e investigación. Actualmente me desempeño como subjefe de la sala cerrada de mi hospital, cuyo jefe, Dr. Amijai Levy, posee una trayectoria en el ámbito de la psiquiatría legal y derechos civiles ampliamente conocida en los círculos profesionales israelíes.

El hospital Shalvata, donde trabajo, es una institución de tradición psicoanalítica que ha incorporado el espíritu de los tiempos (medicalización de la psiquiatría, relaciones costo-eficiencia, respaldo medicolegal de los actos médicos, verificabilidad, clasificabilidad, etc.) sin por ello perder su encanto y su hábito psicoanalítico. Es un hospital regional al norte de Tel Aviv, que sirve a un área de captación de 250.000 almas. Un número respetable de pa-

cientes inscriben domicilios falsos para internarse en Shalvata debido al buen nombre del hospital.

Por último, y como es fácil de imaginar, la variedad de comunidades que habitan ese país imprime al pathos matices difíciles de clasificar (para el ICD-9) sin refuerzo antropológico. En efecto, no es fácil aplicar una nosografía occidental a un conjunto de sufrientes en el que coexisten: un religioso fanático con delirio mesiánico, una etíope que sigue ritos pre-talmúdicos, un israelí veterano de una unidad comando que se brotó con drogas, un estudiante de medicina que se hace sangrías, un persa que poco después de un accidente de trabajo insignificante es indistinguible de un esquizofrénico crónico y una ex-religiosa eroto-maniaca que ha perdido la fe.

Como con tantas otras cosas, la inmersión cotidiana acarrea el riesgo de pérdida de perspectiva. La idea de describirla a otros (la revista Vertex, por ejemplo), la devuelve a su justo lugar. Espero que el paisaje les resulte interesante.

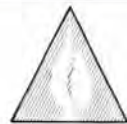
A la espera de vuestra respuesta interesada, quedo a sus gratas órdenes

Liliana Mauas

Shalvata Mental Health Center
P.O.B. 94
Hod Hasharon 45100
Israel

N. de la R.: Con nuestra bienvenida, la Dra. Mauas es, desde este número de Vertex corresponsal en Israel.

XV
ANIVERSARIO



AIGLE

CONFLUENCIAS Y CONTRASTES DE LAS PSICOTERAPIAS

Larry Beutler (USA)

Carlos Castilla del Pino (España)

Paul Gerin (Francia)

Vittorio Guidano (Italia)

Roberto Opazo (Chile)

Jeremy Safran (Canadá)

Augusto Pérez Gómez (Colombia)

María Inés Winkler (Chile)

20, 21 Y 22 DE AGOSTO DE 1992

Informes e inscripción: Virrey Olaguer y Feliú 2679 (1426) Buenos Aires - Argentina - Tel.: (54-1) 781-3897 - Fax: (54-1) 784-3563
Aranceles: U\$S 100 Marzo, Abril, Mayo; U\$S 125 Junio y Julio; U\$S 150 Agosto. Estudiantes 50% descuento. Descuentos Institucionales

Primer Congreso Rosarino de Psicología "Convocatoria Nacional a la Reflexión"

La ciudad de Rosario tiene una larga y fecunda tradición en el campo de la psicología; a partir de éste, el Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Santa Fe 2da. Circunscripción emprendió la organización del Primer Congreso Rosarino de Psicología "Convocatoria Nacional a la Reflexión" que tendrá como tema central "La Clínica Hoy". El mismo se desarrollará los días 21, 22 y 23 de mayo de 1992.

Hace treinta y seis años que los psicólogos, hoy nucleados en su institución gremial: el Colegio de Psicólogos, vienen desarrollando a través de una producción científica seria y cuantiosa -testimoniada por publicaciones, seminarios y cursos de la salud mental de la población-.

Este recorrido y el reconocimiento de la comunidad permitieron la promulgación de la Ley de Ejercicio y Colegiación -Ley 9538- que da reconocimiento a la profesión, en paridad con los demás profesionales del arte de curar, que juntamente con la creación de la Facultad de Psicología consolidan un lugar prestigioso y jerarquizado a los profesionales rosarinos.

Esta tradición nos compromete a actualizar y ampliar nuestro conocimientos en pos de la formación y la práctica profesional, para esto es necesario intercambiar experiencias entre colegas y con especialistas de otras disciplinas. En este sentido va dirigida esta propuesta de Convocatoria Nacional que apunta a traspasar las fronteras de la ciudad y abrir las puertas a los profesionales de otras provincias para que este carácter nacional se manifieste en el contenido y los tratamientos del Congreso.

El tema central "La Clínica Hoy" denota la intención de abarcar un amplio espectro en función de lo que nos demanda la realidad actual en el campo de la salud mental.

Alude a la realidad actual de los avances científicos en esta disciplina donde encontramos diversidad de posiciones teóricas y una difundida presencia de psicólogos en diferentes ámbitos: la escuela, el trabajo, el campo jurídico, los hospitales, los equipos interdisciplinarios, los trabajos comunitarios, etc. Es por esto que la idea que impulsa el congreso es que encuentren su lugar los diferentes enfoques teóricos y los diversos ámbitos donde se desarrolla la práctica del psicólogo.

Luego de años de lucha desarrollada en el terreno de las ciencias y en el ámbito gremial, hoy la psicología tiene un lugar innegable. El eje temático marca un hito indiscutible en tanto el psicólogo interviene en el campo de la salud mental aportando sus conocimientos y herramientas técnicas con el fin de contribuir a un bienestar que se encuadra en dicho campo, aún cuando la actividad no sea directamente terapéutica, incluyendo también el terreno de la prevención.

Teniendo en cuenta esto, se ha conformado un comité científico que se encuentra trabajando y para el que han sido convocados los colegios, facultades e instituciones a participar con sus propuestas y trabajos en la estructuración del programa científico, que incluirá: relatos, paneles, conferencias, contribuciones libres y talleres.

Dada la importancia del tema y el alcance de la convocatoria, este congreso ha sido declarado de interés provincial y municipal contando también con el auspicio de la Nación y de importantes instituciones.

El comité ejecutivo de este congreso convoca a los profesionales del quehacer psicológico, a los estudiantes de psicología y a todos aquellos que interesados por esta temática quieran participar con su presencia o su producción personal.

La inscripción puede hacerse en la sede del Colegio de Psicólogos, calle Rioja 1250 (2000) Rosario en el horario de 10 a 16 horas. Informes a los teléfonos 68780 y 212235.

El cierre para la presentación de resúmenes de contribuciones libres y talleres será el 30 de marzo y para los trabajos completos el 10 de abril de 1992.

Curso de "Introducción a la Psiquiatría Fenomenológica"

Dictado por la Dra. María Lucrecia Rovaletti, -profesora regular de Psicología Fenomenológica (Psicología, UBA) e investigadora del CONICET- y colaboradores, se realizará los cinco sábados de mayo de 1992, de 8.30 a 12.30 hs. en el anfiteatro de Janssen Farmacéutica, Mendoza 1259, el curso "Introducción a la Psiquiatría Fenomenológica", cuyo programa es el siguiente:

1ª parte: La situación epistemológica de la Psicología Fenomenológica

2ª parte: Psicología y Psico(patología) Fenomenológica

- El campo de la conciencia.
- Fenomenología de la percepción.
- Fenomenología de la corporalidad. El espacio vivido. Sexualidad. Intersubjetividad.
- Fenomenología de la temporalidad. Tiempo y memoria.
- La facticidad humana.
- Lenguaje, símbolo e interpretación.

3ª parte: Fenomenología y psiquiatría.

- La alienación como patología de la libertad.
- La angustia o la corporalidad expuesta a la mirada del otro.
- La histeria o la presencia simulada.
- La fobia o los objetos como sistemas de protecciones.
- La obsesión o la presencia controlada.
- El cuerpo y su imagen: Fenomenología de la psicosis.
- La esquizofrenia o la presencia vacía.
- La anarquía del significante en la experiencia delirante.
- La melancolía o la presencia perdida.
- La manía o la presencia momentánea.
- Psiquiatría Fenomenológica; tendencia y escuelas.

INVITA

A LAS CONFERENCIAS DEL PROF. H. E. GABRIEL
(Director del Hospital Psiquiátrico de Viena)

Miércoles 29 de abril, 21 hs.:
"La Psiquiatría en Viena a fines del siglo XIX"
A realizarse en APdeBA, Maure 1850

Jueves 30 de abril, 10.30 Hs.:
"El trabajo de formación profesional como instrumento de la
reforma psiquiátrica"
A realizarse en el Servicio de Psiquiatría
del Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450.

Entrada libre y gratuita

El profesor Heinz E. Gabriel en Buenos Aires

Invitado por Vertex H. E. Gabriel, profesor de Psiquiatría de la Universidad de Viena y director del Hospital Psiquiátrico "Baumgartner Höhe" visitará nuestro país a fines del mes de Abril. En dicha oportunidad dictará sendas conferencias organizadas por nuestra revista, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano y en la Asociación Psicoanalista de Buenos Aires (APdeBA) respectivamente.

El Prof. Gabriel ha sido uno de

los artífices de la reforma psiquiátrica realizada en Austria, interesante experiencia que supo sacar enseñanzas de la política de sector francesa y de la psiquiatría postbasagliana en Italia regida por la ley 180.

La visita el Prof. Gabriel, que contó con el apoyo del gobierno austríaco se debió a la iniciativa del dinámico correponsal de Vertex en el área germano parlante, Dr. Andreas Woitzuck

La organización de las conferen-

cias en Buenos Aires fue garantizada por el Dr. René Epstein, correponsal de la revista en ambas instituciones anfitrionas.

Nuestras premisas de trabajo: participación, intercambio científico nacional e internacional, formación e información actualizada y trabajo colectivo, se sintetizan en esta tarea a la que invitamos a todos nuestros lectores y demás colegas.

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO
PSY

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa,
comentarios de libros, artículos históricos

Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353

2do Curso Intensivo de actualización en psicofarmacología

El sábado 20 de junio de 8.30 a 19 hs. y el domingo 21 de junio de 8.30 a 14 hs. tendrá lugar el "2do Curso Intensivo de actualización en psicofarmacología", organizado por la Unidad docente de Salud Mental del Hospital Israelita y el Instituto de Formación de Posgrado de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y dirigido por el Dr. Julio Moizeszowicz, Profesor Adjunto de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA.

Se dictará en el Auditorio del Hotel Crillon, Avda. Santa Fe 796, Capital Federal. Las inscripciones se realizan en la Clínica de Día "El Aleph", Gurruchaga 2144, de lunes a viernes de 13 a 18 hs, Tel.: 71-4076. Entre los temas de actualización se desarrollarán los nuevos diagnósticos y terapéuticos de las crisis de pánico, esquizofrenias, demencias, etc. Contará entre sus disertantes con el Dr. Bertoldi, vicepresidente de la Asociación de Psiquiatras argentinos y los especialistas en clínica médica Dres. Barsanti y Semeniuk del Instituto de Investigaciones Médicas "A. Lanari" y el Dr. Waiszstein del Sanatorio Güemes.

Programa

20 de junio

Uso de los anticonvulsivantes en psiquiatría, *J. Moizeszowicz*.

Abordaje del paciente en crisis, *S. Guala*

Tratamiento de las manifestaciones psiquiátricas del SIDA, *C. Luppo*.

Tratamiento de la urgencia y emergencia psiquiátrica, *A. Bertoldi*.

Antidepresivos de los inhibidores de la recaptación serotoninérgica. *R. Zariategui*.

Indicaciones, diferencias, ventajas y desventajas de los IMAO A y AB, *P. Frieder*.

Nuevos ansiolíticos e hipnóticos. Ciclopironas e imidazopiridinas, *L. Fernández y R. Bronstein*

Trastornos de la memoria, efectos

La 42^e ligne Difusión de Fondos Antiguos y Modernos

Nacida en París en 1990, la librería "La 42^e ligne" tiene por vocación el ser un puente entre la memoria de las culturas y el mundo contemporáneo.

Ella propone al público –y especialmente a las instituciones, empresas e investigadores–, una elección amplia y constantemente renovada de fondos constituidos de colecciones o de conjuntos temáticos de libros y documentos, manuscritos o impresos.

La animan un historiador de la medicina y de las ciencias humanas, Serge Wasersztrum, y un librero experto, Dominique Courvoisier, que llevan manteniendo desde hace muchos años contactos óptimos con los coleccionistas y los medios de erudición. Por eso a La 42^e ligne se le encargan bibliotecas selectas, y se encuentra asimismo capacitada para satisfacer las demandas más exigentes.

Un catálogo preciso les permite a los compradores apreciar la calidad y el valor de cada colección. Una sólida experiencia de los libros antiguos y modernos garantiza la identificación exacta de las obras propuestas a la venta.

Por sus objetivos, su proceder, y sus actividades específicas, La 42^e ligne pretende favorecer la creación de nuevas bibliotecas y participar en el enriquecimiento de las colecciones públicas y privadas, procurando la conservación y la difusión del patrimonio cultural, tanto en Francia como fuera de sus fronteras.

Su dirección:
83, Avenue de Ségur, 75015, París.

Tel.: 33(1) 45 66.60.60

Fax: 33 (1) 45 66.71.71

En Buenos Aires los interesados en consultar el catálogo de títulos psiquiátricos, neurológicos, psicológicos y afines pueden hacerlo gratuitamente en Callao 157, P. B. "C" de lunes a viernes de 10 a 16 hs. o requerir informes al 953-2353.

pradojales y adictivos de las benzodiazepinas, *G. Dorado*.

Fisiopatología y Clínica actual de las demencias degenerativas, *A. Barsanti*.

Tratamiento psicofarmacológico de las demencias degenerativas, *L. Oubiña*.

Tratamiento combinado (psicofarmacológico y cognitivo) de las crisis de pánico con y sin fobia, *H. Chappa*.

Utilidad del tratamiento combinado (psicofarmacológico y clínica de día) en pacientes depresivos, obsesivos y fóbicos, *S. Franchi*.

Diagnósticos diferenciales y aspectos cardiovasculares de las crisis de pánico, *N. Wainsztein*.

21 de junio

Esquizofrenias I y II. Diferencias clínicas y farmacológicas actuales, *J. Moizeszowicz*.

Indicaciones actuales de los nuevos antipsicóticos, *M. Marmar*.

Restricciones y cuidados psicofarmacológicos en distintos trastornos respiratorios, *G. Semeniuk*.

Presentación de ejemplos de consultas psicofarmacológicas en videotape, *J. Moizeszowicz*.

Discusión y presentación de casos por parte de los concurrentes al curso.

Se entregarán certificados

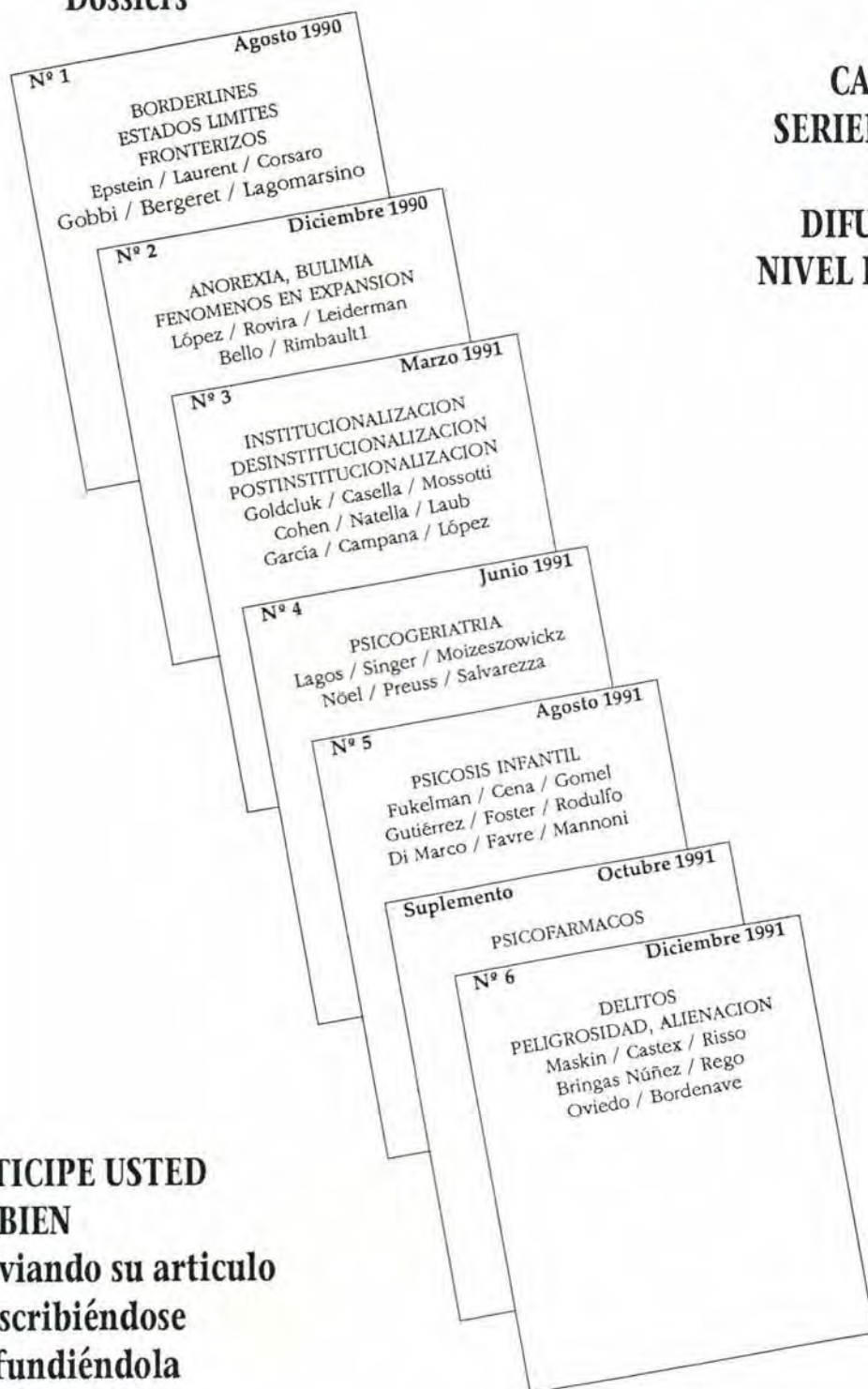


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

7

Dossiers



CONTINUIDAD
CALIDAD GRAFICA
SERIEDAD CIENTIFICA
PARTICIPACION
DIFUSION NACIONAL
NIVEL INTERNACIONAL

**PARTICIPE USTED
TAMBIEN**

- Enviando su articulo
- Suscribiéndose
- Difundiéndola
- Criticándola

Solicite promotor al: 72-8262 y 953-2353.

Razón-sensibilidad

El divorcio que se produce entre la actividad teórica y la actividad práctica adquiere un carácter peculiar a partir de la Modernidad. Se trata de rever esta situación desde una perspectiva filosófica. Con este motivo la profesora Sonia Penette, docente de la Cátedra de Ética de la Facultad de Filosofía de la UBA, dictará un curso en el que se verán textos de Descartes, Hume, Kant, Hegel, Nietzsche, Marx y Merleau Ponty.

Los cursos comenzarán en la primera quincena de abril y continuarán hasta noviembre con dos horas semanales. Se dictarán en la Fundación de la Ranchería, México 1152, Tel.: 383-7887 / 99-3752.

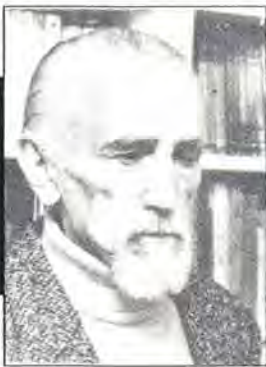
Arancel \$40 mensuales.

Instituto Erickson

En el Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires, filial The Milton H. Erickson Foundation, Inc., Phoenix, Arizona, U.S.A., se inscribe para cursos de posgrado (hipnosis e hipnoterapia). Sánchez de Bustamante 1945 PB "1" (1425) - Buenos Aires. Tel.: 84-1324 (10 a 12 hs.) Solicitar folleto.

Errata

En el artículo titulado "La Psiquiatría en la ciudad de Rosario, Pcia de Santa Fe (1920-1930) aparecido en el N° 6 de nuestra revista, en la página 302, 2ª columna, 4º párrafo, donde dice: "... un marco político de locura..." debe decir "... un marco positivo para la locura...". Señalamos también que la introducción (en negrita) de la página 304 a la "Conferencia Inaugural del Dr. Raimundo Bosch" fue debida a la pluma del Prof. A. S. Gentile.



LA PSICOLOGIA SOCIAL, BALANCES Y DESAFIOS EN LA DECADA DEL '90

**2das. Jornadas de Homenaje al
Dr. Enrique Pichon-Rivière**
del 22 al 25 de octubre de 1992

• Organiza:

Primera Escuela Privada de Psicología Social,
fundada por el Dr. Enrique Pichon-Rivière.

• Convocan:

Instituciones pichonianas de todo el país.

Talleres, Conferencias Mesas Redondas

• Presentación de trabajos:

hasta el 15/8/92, secretaría de la Escuela.

• Informes e Inscripción:

24 de noviembre 997 - 1224 Capital Federal - Tel.: 93-1907



CEFYP

Centro de Familias y Parejas

Asistencia, Docencia, e Investigación

El ser humano estudiado como sistema individual y formando parte del sistema familiar, ha sido el objetivo de nuestros 13 años como Institución.

Producto de esa experiencia es nuestro abordaje terapéutico y nuestra manera de convivir en el aprender.

La terapia y el aprendizaje tienen de común el participar en la convicción de que tanto el curar y curarse como el aprender y aprenderse es imposible sin la palabra/presencia del otro.

Dr. Adolfo Loketek Director General
Lic. María Rosa Glasserman Directora de Asistencia
Lic. Silvia Crescini Coordinadora de Docencia

APERTURA DEL CURSO REGULAR DE TERAPIA SISTEMICA 92/93

Salguero 2567 1ªA 801-3485 804-6394
de 10 hs. a 17.hs.

INDICE ALFABETICO DE AUTORES

Volumen I - 1990

- Alcorta, A., *Disertación sobre la manía aguda*. Nº 1, pág. 60.
- Aviglio, L. N., ver Stingo N. R.
- Bello, M., *Un abordaje diferente*. Nº 2, pág. 40.
- Berenstein, I., *Familia. Apertura y recorrido de un autor (E)***. Nº 1, pág. 68.
- Bergeret, J., *Los estados límite 20 años después (E)* Nº 1, pág. 47.
- Brenes, A., *Historias de familias. Conversación entre dos terapeutas (E)*. Nº 2 pág. 70.
- Cabrera, R., Ver Rodriguez Echandía E.L.
- Corsaro, B., *El uso del diagnóstico borderline en Argentina*. Nº 1, pág. 36.
- Epstein, R., *Polémica en Nosografía y psicopatología: Borderline*. Nº 1, pág. 25.
- Epstein, R., *Psicoterapia y psicofármacos, conjunta y/o indistintamente (E)*. Nº 2, pág. 65.
- Fallet, A., *Correctores y neurolépticos treinta años después; en colab. con Mercuel A.*, Nº 1, pág. 16.
- Finquelievich, G., *Hacia el encuentro de dos saberes: experiencia con grupos de educación diabetológica*. Nº 1, pág. 13.
- Gatti, C. L., ver Stingo N.R.
- Gershanik O., *Disquinesia tardía y otros síndromes extrapiramidales (E)* Nº 1, pág. 64.
- Gobbi, H., *Disturbio borderline. Sinopsis clínica y metapsicológica*. Nº 1, pág. 28.
- Lagomarsino, A. J., *Tratamiento farmacológico del borderline*. Nº 1, pág. 40.

* Excepcionalmente aparecen juntos los índices correspondientes a dos Volúmenes (I y II). A partir del Volumen III que comienza con la presente aparición los índices alfabéticos de autores aparecerán en el primer número del año siguiente.

** La notación (E) significa entrevista y/o reportaje.

Lagomarsino, A. J., *El carbonato de litio en la clínica*. Nº 2, pág. 11.

Lanteri-Laura G., *Introducción al texto de Ch. Laségue sobre la anorexia histérica*. Nº 2, pág. 55.

Laségue, C. H., *La anorexia histérica*. Nº 2, pág. 58.

Laurent, E., *Límites de la psicosis*. Nº 1, pág. 44.

Leiderman, S., *La perspectiva endocrinológica*. Nº 2, pág. 37.

Lopez, B. M., *Bulimia: un modelo adictivo*. Nº 2, pág. 42.

Moizeszowicz, J., *Disquinesia tardía y otros síndromes extrapiramidales (E)* Nº 1, pág. 64.

Pelegrina Cetrán, H., *Estructura "intencional-axiológica" de los fenómenos obsesivos*. Nº 2, pág. 5.

Piccollo, A. M., *Historias de familia: conversación entre dos terapeutas (E)*. Nº 2, pág. 70.

Rimbault, G., *Les indomptables figures de l'anorexie (E)*. Nº 2, pág. 50.

Rodriguez Echandía, E. L., *Regulación biológica del consumo voluntario de alcohol; en colaboración con Cabrera R. y Yunes R.M.F.* Nº 1, pág. 5.

Rojtemberg S., *Psicoterapia y psicofármacos, conjunta o indistintamente (E)*. Nº 2, pág. 65.

Rovira B. L., *Anorexia nerviosa, curioso no comer para vivir*. Nº 1, pág. 25.

Stagnaro, J. C., *Diego Alcorta y la manía aguda: preliminares de la psiquiatría argentina*. Nº 1, pág. 57.

Stingo N. R., *Servicio de emergencias I, un proyecto posible; en colab. con Gatti C. L., Zazzi M. C. y Aviglio L. N.* Nº 2, pág. 17.

Yunes, R. M. F., ver Rodriguez Echandía E. L.

Zazzi, M. C., ver Stingo N. R.

Zieher, L., *Psicoterapia psicofármacos, conjunta y/o indistintamente (E)*. Nº 2, pág. 65.

Zöpke, P., *La figlia che piange*. Nº 2, pág. 32.

Volumen II - 1991

Alvarez, F., *La confusión mental. Discusión clínica y terapéutica (E)* Nº 3, pág. 71.

Andreani, J. C., ver Ure, J. A.

Arrue, W, ver Kalinsky, B.

Baladi, A., ver Lôo, H.

Balza, B., *Los antidepresivos. Del conocimiento de su farmacocinética a la adaptación de su posología; en colaboración con Fabre C. y Derrieux C.*, Nº 3, pág. 18.

Braceras, D., ver Trumpe, A.

Bringas Nuñez, E., *La peligrosidad de los enfermos mentales en los fueros del derecho civil y del derecho penal*. Nº 6, pág. 283.

Bordenave, H., ver Cabezas de Oviedo, M.

Bosch, R., *Conferencia inaugural de la Cátedra de Medicina Legal* Nº 6, pág. 304.

Cabezas de Oviedo, M., *Salud Mental: aportes para una reflexión oportuna*. Nº 6, pág. 288.

Cabred, D., *Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados*. Nº 3, pág. 62.

Campana, M., *Empresas sociales: una opción autogestiva para personas rehabilitadas; en colab. con Lopez, M.* Nº 3, pág. 55.

Capdevila, R. J., ver Ure J. A.

Carbonari, M. E., *Estimulación precoz: una visión global; en colab. con Gonzalez A. S. y Rodriguez Echandía, E. L.* Nº 5, pág. 171.

Casella, R., ver Goldchluk A. E.

Castex, M. N., *La internación psiquiátrica (reflexiones)*. Nº 6, pág. 277.

Celcer, I. E., *Comentarios sobre el tratamiento propuesto por la Dra. Bello*. Nº 4, pg. 151.

Cena, M. T., *Sobre la "Psicosis infantil"*. Nº 5, pág. 192.

Clerambault, G. G. de, *Automatismo mental y escisión del Yo*. Nº 4, pág. 142.

- Cohen, H., *La Salud Mental en la Prov. de Río Negro* (E); en colab. con Natella G. Nº 3, pág. 41.
- Derrieux, C., ver Balza B.
- Dimarco R. M., ver Favre de Dimarco.
- Edelman L., *Crisis social: sus efectos psicológicos*. Nº 3, pág. 8.
- Epstein, R., *Algunas consideraciones sobre el lugar actual del trabajo de investigación en psicoanálisis*. Nº 5, pág. 243.
- Etchegoyen R. H., *Entrevista como presidente electo de la I.P.A.* (E) Nº 5, pág. 235.
- Fabre C., ver Balza B.
- Favre de Dimarco A., *Dirección de la cura en niños psicóticos*; en colab. con Dimarco R. M. Nº 5, pág. 211.
- Foster, O. H., *Autismo y psicosis desde la mirada de un neurólogo infantil*, Nº 5, pág. 203.
- Fukelman, J., *El niño y el psicoanálisis*. Nº 5, pág. 190.
- García, I., ver Laub, C.
- Gentile, A. S., *La Psiquiatría en la ciudad de Rosario. Pcia. de Santa Fé (1920-1930)*. Nº 6, pág. 296.
- Goldchluk, A. E., *La elección del encierro*; en colab. con Casella R. Nº 3, pág. 27.
- Goldchluk, A. E., *La pasión de mirar*. Nº 4, pág. 139.
- Gonzalez, A. S., ver Carbonari M. E.
- Gutierrez, B., *El niño psicótico y la escuela*. Nº 5, pág. 200.
- Hirsch, D., ver Mendlewicz J.
- Inbar, J., *Aplicación de los principios de la terapia cognitiva conductual en el afrontamiento del estrés y la erosión psicológica en los docentes*. Nº 3, pág. 14.
- Jeammet, Ph., *Entrevista a propósito del Congreso sobre "Trastornos de las conductas alimentarias"* (E) Nº 6, pág. 307.
- Kalinsky, B., *Antropología, conocimiento y salud mental ¿"ensemble" o trío de la disputa?*; en colab. con Arrue W. Nº 5, pág. 176.
- Kordon, D., ver Edelman L.
- Laub, C., *Construcción participativa del Programa de Salud Mental de la Prov. de Córdoba*; en colab. con García I. Nº 3, pág. 50.
- Lopez, M., ver Campana.
- Lôo, H., *Aproximación actual a los problemas por ansiedad*; en colab. con Spadone C. y Baladi A. Nº 6, pág. 264.
- Mannoni, M., *Entrevista* (E) Nº 5, pág. 217.
- Martres, M. P., *El tercer receptor a la somamina*. Nº 3, pág. 5.
- Maskin, H., *El delito; reflexiones desde lo jurídico*. Nº 6, pág. 271.
- Mendlewicz, J., *Nuevas adquisiciones en las investigaciones genéticas sobre los trastornos depresivos*; en colab. con Hirsch D. Nº 5, pág. 167.
- Mercuel, A, ver Fallet A.
- Moizeszowicz, J., *Actualidad de la psicofarmacología geriátrica* Nº 4, pág. 107.
- Montanari, R. A., *La elección médica mentosa en el tratamiento antidepressivo con tricíclicos*. Nº 4, pág. 94.
- Morasso, C. A, ver Ure J. A.
- Mossotti, J. A., *Proyecto de externación de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, Pcia. de Sta. Fé*. Nº 3, pág. 33.
- Natella, G., ver Cohen H.
- Nöel, P., *A propósito de la demencia senil*. Nº 4, pág. 114.
- Preuss, J., *Cuidados prácticos del paciente con demencia* Nº 4, pág. 119.
- Quiroga, M. A., *La glándula pineal en Psiquiatría*. Nº 6, pág. 255.
- Rego, A., ver Risso R.
- Ricón, L., *Aproximación psicoanalítica al tratamiento de la psicosis hoy*. Nº 4, pág. 87.
- Risso, R., *Psicópatas y delinquentes. Estudio psiquiátrico, diagnóstico diferencial*; en colab. con Rego A. Nº 6, pág. 291.
- Rodriguez Echandía, E. L., ver Carbonari M. E.
- Rodolfo, R., *La vivencia de satisfacción y la patología grave temprana*. Nº 5, pág. 207.
- Salvarezza, L., *Vejez, medicina y prejuicios*. Nº 4, pág. 129.
- Singer, D., *La cultura, los ideales y el grupo*. Nº 4, pág. 123.
- Spadone, C., ver Lôo H.
- Stagnaro, J. C., *Infancia y adaptación, entre la medicina mental y la pedagogía*. Nº 5, pág. 223.
- Szewach, C., ver Trumpes A.
- Tobar García, C., *Cociente evolutivo psíquico normal en la edad escolar*. Nº 5, pág. 226.
- Trumpes, A., *Escuchar a los educadores*; en colab. con Braceras, D. y Szewach, C. Nº 6, pág. 268.
- Ure J. A., *Impotencia sexual asociada a tumor cerebral*; en colab. con Morasso C. A., Capdevila R. J. y Andreani J. C. Nº 4, pág. 91.
- Vezzetti, H., *Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas*. Nº 3, pág. 59.
- Wintrebert, D., *Actualidad: trastornos de las conductas alimentarias*. Nº 6, pág. 307.

Suplemento Nº 1 al Vol. II

- Araneo, L., *Diagnóstico psicodinámico de las neurosis*. pág. 21
- Barone, R., *Carbonato de litio y función renal*. pág. 55
- Dorado, G., *Benzodiazepinas*. pág. 4
- Frieder, P., *Antidepressivos no IMAO*. pág. 7
- Galiotti, J. C., *Interacciones farmacológicas entre psicofármacos y anestésicos*. pág. 40
- Gershanik O., *Enfermedades extrapiramidales y disquinesia tardía*. pág. 48
- Guala, S., *Marcadores biológicos y abordajes alternativos en las adicciones*. pág. 30
- Lagomarsino, A., *Litio y otros antirecurrenciales*. pág. 44
- Marmar, M., *Antipsicóticos*. pág. 17
- Moizeszowicz, J., *Tratamiento de la depresión resistente*. pág. 22
- Moizeszowicz, J., *Tratamiento psicofarmacológico del dolor*. pág. 35
- Moizeszowicz, J., *Tratamiento de la crisis de pánico con o sin fobia*. pág. 38
- Regatky, E., *El uso de psicofármacos en pacientes cardíacos*. pág. 27
- Verruno, A., *Tratamiento del alcoholismo*. pág. 52
- Werbin, A., *Antidepressivos IMAO*. pág. 11