

VIDA COTIDIANA

COLECCIÓN TRADUCCIONES

GLORIA SILVA

JEAN OURY

FELIX GUATTARI

ASOCIACIÓN CULTURAL DE SAUMERY

VIVIANA PEREDA

VIVIANA PEREDA - CARLA SANDOVAL

(COMPILADORAS)

NOTA DE LAS EDITORAS

La traducción de los artículos en francés ha sido realizada por Viviana Pereda (Jean Oury, Félix Guattari, Asociación Cultural), en colaboración con Maya Schlenker y Carla Sandoval. La traducción del artículo “Libertad de circulación y espacio del decir,” fue realizada por César Covacevich.

La publicación de los artículos ha sido autorizada por los autores. Cuando ha sido posible, se ha incluido las versiones publicadas en español de las referencias bibliográficas de los textos citados en el original. En algunos casos, las citas corresponden a la versión libre de los traductores.

ÍNDICE

HIBERNACIÓN DEL DESEO	
Por Gloria Silva.....	7
TALLER SOBRE LA VIDA COTIDIANA	
Por Jean Oury.....	19
LA COMUNIDAD DE COMUNIDADES	
Por Viviana Pereda.....	35
LIBERTAD DE CIRCULACIÓN Y ESPACIO DEL DECIR	
Por Jean Oury.....	47
PUNTUACIÓN DE LOS CUERPOS EN SAUMERY	
Asociación Cultural de Saumery.....	63

GLORIA SILVA

HIBERNACIÓN DEL DESEO

Cuando llegué a trabajar en hospitales psiquiátricos, recién egresada del pregrado y el Estado recién iniciando el proceso de reforma, me encontré con la rigidez no sólo de las murallas. Mi apuesta al egresar fue dedicarme a trabajar en salud mental. No en salud física. Sin embargo, me encontré con un sujeto anquilosado. No completamente. El movimiento existía pero estaba trabado, era siempre el mismo. La tendencia era a repetir lo mismo de siempre. Las cosas son ciertas cosas, se hacen siempre de la misma manera, así se han hecho siempre, al menos este “siempre” se refería a los últimos 50 años, los pacientes son siempre los mismos. Las funciones estaban estrictamente delimitadas, no por azar. El asunto del poder y del control siempre está presente, es mi impresión.

En Putaendo¹ vi y pude experimentar la detención del tiempo, que no se explica sólo por el ritmo diferente, más pausado, condición de las provincias o de los sectores más rurales. A la institución totalitaria se suman entonces las condiciones de estas cotidianidades del “campo,” la cultura, los ritmos, las formas de hacer. El peso de las instituciones totalitarias se expresa material y simbólicamente. Las rutinas, que pueden parecer tan “sanas” cuando existen, ¿qué pasa cuando no tienen sentido para quienes son lanzados a esta circulación alienada? De qué manera se ha pensado en esas actividades, quienes las han pensado, dónde realizarlas, cómo, con quienes, por cuánto tiempo. Y es igual de fundamental pensar en las condiciones, los ambientes donde éstas serán realizadas, quiénes las acompañan o permiten al menos aumentar la probabilidad que algo ocurra.

¹ Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel ubicado en la localidad rural de Putaendo, Región de Valparaíso.

Las profesionales del equipo llegan cuando ya el “turno saliente noche” ha hecho su trabajo. “Dejar bañados a los pacientes... y todos levantados”. Levantados para qué. Para que al menos un grupo de personas, los funcionarios, encuentren sentido en sus ocupaciones diarias. Trabajo realizado. El tratamiento farmacológico, las pastillas. Una fila en la entrada del comedor. Tomas tus pastillas, entras al desayuno. Después unos talleres, con encargadas de taller tan institucionalizadas como los pacientes. O deambular y fumar por los patios. El que no entra a taller es porque está desmotivado, o el desgano esquizofrénico, o flojo. No hay una pregunta seria en relación a qué está ofreciendo la institución; ¿entre qué y cuántas posibilidades de actividad humana han podido elegir?, ¿han tomado la decisión las y los pacientes? Más aún, ¿cuánto de sujeto autónomo y deseante queda a esta altura de la experiencia totalitaria?

Para estar institucionalizado no es necesario pasar muchos años en estos lugares. Porque hay quienes tienen dificultades para filtrar y se someten a la necesidad y el deseo de control rápidamente. Pero felizmente también hay quienes por esencia se resistirán por más tiempo. No se dejarán someter simplemente, consciente o inconscientemente.

He tenido oportunidad de ver cómo algunas personas se organizan en “modo ahorro de energía”. Me refiero a que en estas instituciones totalitarias que devoran progresivamente, parcial y totalmente al sujeto – ésa es su misión – exigen que el cuerpo se adapte a formas estándar, “naturales”, uniformadas y normalizadas.

Lo normal, no es objeto de esta introducción, sólo decir que tiende a ser aquello que funciona para el sistema de mercado, la producción o en su defecto, el menor costo posible de mantener a este sujeto o lo que va quedando de él. Lo normal tiene formas, actividades cotidianas que se nos imponen y que serán asunto de mi reflexión. Entonces, para qué el modo ahorro de energía, algo así como en

estado de “espora”². Pienso que es la esencia del sujeto, que conserva lo que puede conservar, para cuando sea posible desplegar. Es una “hibernación” del deseo, de los significados del sentido; es una manera de proteger este núcleo ante la amenaza del totalitarismo, de la alienación. Entonces, este sujeto deambula, entra a los talleres, cualquiera de ellos, “da lo mismo,” fuma cigarros fabricados con tabaco y papel de diario, duerme en el suelo, intenta algo. Pero este sujeto entra también a unos talleres en que más de alguien – tallerista y usuarios - intenta a través de la actividad mantener y desarrollar lazos, articular, dialogar con distintas capas de la sociedad. Hay algo de sobrevivencia en esta secuencia de actividades. Son sujetos que van al almuerzo a la hora que hay que ir, y se sientan al lado de no importa quién, son observados por funcionarios, comen en bandejas plásticas, a veces todo se come con cuchara “es más fácil”... para todos. Después de almuerzo, más deambulación, más cigarros, tal vez alguna búsqueda de colillas o pedir tabaco. Todo a cambio de algo.

Si tuvo el coraje de asistir a talleres y trabajar produciendo objetos que serían vendidos por la institución, podía después, semanalmente acceder a las “fichas,” canjeables en la tienda (pulpería de las salitreras, algo así). Y claro, con esas fichas no podía ir al pueblo para cambiarlas por cigarros. Sólo canjeables en la tienda del hospital, por productos que seleccionaban los profesionales.

Entonces, la vida cotidiana es comúnmente banalizada, “es natural naturalizarla,” se da por hecho y comúnmente se reduce a la idea de “las actividades que se hacen cada día”. No nos cuestionamos acerca del sentido o significado o de cómo las desarrollamos y en qué condiciones materiales y simbólicas. Más aún, no nos cuestionamos

² Hay organismos microscópicos que pueden sobrevivir por muchos años en estado de espora, que es como hibernación. Es resistencia a las condiciones adversas. El funcionamiento se reduce al mínimo. El organismo queda como en estado “basal,” detenido básicamente. Y cuando están las condiciones ambientales para “revivir,” la espora eclosiona. Es posible que esas condiciones no se presenten.

qué más hay o qué más constituye la vida cotidiana, aparte de esta serie de actividades que desarrollamos irreflexivamente.

La oportunidad de acceder a concepciones críticas de la vida cotidiana, genera en mí la oportunidad y un campo de reflexiones tanto para la comprensión del fenómeno de las dificultades - por ejemplo, cuando la pesadez y la complejidad de iniciar un día, cada día, se ha instalado como modo de vida - como para pensar también los posibles modos de intervención.

Y bien. Pienso en una mujer que ha hecho esta trayectoria. Aparentemente con más oportunidades en la vida. Pero de todas maneras lanzada a estos lugares. En mi impresión, ella hibernó ese núcleo de sentido. La conocí dentro de la institución psiquiátrica. Antes de tener contacto directo con ella, conocíamos de ella por las narraciones de su familia.

Había para nosotras un interés genuino por conocerla y saber en qué consistía su demanda de atención, su historia, sus deseos, de qué se trataba su día a día, de qué manera ella podía decidir en todo lo concerniente a su vida.

Una manera posible de acercarse a alguien es escucharla, estar ahí, disponerse para acoger, para conocer algo del sentido que puede tener levantarse cada día, para qué, para hacer qué o pensar qué. Se requiere - como se habla en "salud física" - de técnicas de conservación de la energía. No es mucha la energía, por lo tanto, es necesario seleccionar en qué invertirla. Economía mental. En estos casos, "economía de guerra".

Una mujer delgada, su cuerpo abandonado más en el fondo que en la forma, sus ojos realmente nos miraban y esperaban algo. Sentí que fue ella que nos preguntó sobre nuestra demanda de atención, nuestra historia institucional, nuestra experiencia en los cuidados, de qué se trataba el día a día en la Comunidad, qué tan autónomas éramos nosotras.

Fue ese el primer momento que sentí la presencia de ese núcleo de sentido conservado, a pesar de su historia institucionalizada, del encierro, y a pesar de que había quedado en el olvido. Porque en las experiencias anteriores, un signo de este arrasamiento era que no había preguntas. Ni había cuestiones a pensar. No había aparentemente nada que compartir. Después de este cuestionario, ella acepta y nosotras también, trabajar juntas. Nos propusimos acompañamientos por un tiempo para los traslados hacia y desde la Comunidad, hasta que en acuerdo con ella pudiésemos entender que ya no era necesario. Ella puede hacerlo sola; sin embargo, solicitó apoyo inicial.

Tuve oportunidad de hacer muchos de estos acompañamientos. La posibilidad de hacerlos es porque sin duda hay un equipo, un colectivo a la base que sostiene, que nos espera para tomar desayuno, o que espera para preguntar cómo va la vida o para invitar a descansar un momento en el sillón, para ocuparse también - en instancias más íntimas - del cuerpo, decir lo que parecía inefable "cuidar su cuerpo". El mismo colectivo que trabaja para hacerla parte del colectivo. Es en estas cotidianidades donde los y las referentes³ se articulan y relevan, organizadamente en una estructura general, la grilla. La grilla trabajada desde el ambiente.

En esta grilla, con mayor o menor dinamismo, se otorga un valor fundamental a los acompañamientos para los traslados. Pienso que ella se dio cuenta. Después de un mes ella señala que ya puede ir sola a la Comunidad. La mayoría de las veces, llegó. ¿Y entonces?, dirá alguien. Muy brevemente: comenzar el día, desde despertar hasta salir de la clínica y después ir en micro a la Comunidad, está lleno de dificultades, tanto del ambiente como de ella misma. Son muchas las cosas que tuvo que hacer para ir al encuentro. Incluso

³ Referentes son personas que se disponen como una base suficiente de apoyo. Se constituyen, para el sujeto individual o grupal, en una posibilidad de relacionarse a un tema, a alguna actividad, objetos y/o personas.

cuando ese encuentro tenía un potencial amenazante, implicaba encontrarse también con el sufrimiento, porque había lugar, tiempo y espacios dignos. No puedo sino pensar nuevamente en el núcleo de sentido.

Es ella, la mujer de la que hablo, que relanza una actividad que estaba detenida. Este es otro momento en el que identifico el núcleo de sentido como un potencial. Ella propone, desea hacer algo y encuentra sentido en eso, y lo demanda. Y en una versión aún más “avanzada,” se dispone a discutir acerca de dos posibilidades que ocurren simultáneamente; me plantea si es posible alternar entre los dos espacios por un tiempo. No puedo más que celebrar internamente este momento. No tiene nada de evidente que ella encuentre sentido en dos o tres actividades. Y que despliegue la estrategia de la “negociación”.

Aun así, felizmente, cada cierto tiempo, nos recuerda que hay mucho que trabajar con ella, porque la tentación de distraerse, encandilarse, con tanta “habilidad,” con la sobrevivencia, es fuerte. Y, sin querer, es posible hacer daño, siendo negligente o banal.

Ella habla de la dignidad y el deseo y el derecho a no ser olvidada, a través de sus preguntas, cuando pide espacio para cantar y compartir “los momentos,” cuando acepta que el apoyo de un colectivo, de la asamblea, de distintos referentes, de su familia, es algo que existe y está disponible para que ella se haga parte.

Trabajamos hace un año juntas, me sorprende de su resistencia a la alienación. Su visión crítica se acompaña de todos modos con los miedos, solicita acompañamiento en la vida cotidiana, solicita acompañamiento para continuar con su proyecto de vida, “sus borradores,” a propósito de desenvolver en condiciones de humanización esos núcleos que, a pesar de lo vivido, conservan sentido.

Estas perspectivas son posibles si nos situamos junto a otros, atentando al otro que nos muestran consciente e inconscientemente esta complejidad. La hablan, la caminan, se manifiesta en ritmos interrumpidos, cuando no logran salir de sus casas o cuando tomar una decisión es una tarea ajena, que aparentemente no les pertenece. Esto es posible de realizar junto a otros que, con diversidad de historias y formaciones en el ámbito de la salud mental, se disponen a pensar este trabajo de la vida cotidiana y las cotidianidades. Es fundamental contar con un colectivo de personas que hacemos de estas prácticas una investigación permanente.

Si bien progresivamente hemos incorporado en la formación de pregrado de terapeutas ocupacionales abordajes al menos iniciales desde visiones críticas de vida cotidiana, es necesario sumergirse en prácticas concretas que les permitan decantar estas perspectivas respecto a las condiciones, al día a día. Han sido muy interesantes las experiencias con terapeutas ocupacionales que en su paso por estas cotidianidades han logrado preguntarse respecto a sus propias vidas cotidianas, a sus dificultades, a comprender que este escenario dinámico y dinamizable de la vida cotidiana es un asunto “digno de investigar y del que ocuparse”.

Aun así, estas perspectivas en relación al sujeto no son las “imperantes” ni pretenden serlo. No es la idea someter o instalar una manera de pensar las cotidianidades y sus escenarios. Es permitir la existencia de la idea de diversidad, es decir, que es posible estar de maneras particulares. Que en muchas oportunidades estas maneras cargadas de dificultades no son una opción para quienes las padecen; por lo tanto, es posible pensar en solicitar apoyo y en brindarlo cuando éste sea necesario. Esto exige un tremendo respeto por la cultura, en tanto creencias, valores, pensamientos e historia de las comunidades.

Estas perspectivas son particularmente difíciles de transmitir en contextos donde las lógicas normalizadoras, pro adaptación, integración, etc. están instaladas y creen cumplir con las políticas

públicas. Tal vez es comprensible, dada la historia de quienes integran los equipos, de una escasa resistencia a la fuerza del totalitarismo de las instituciones. A más de una década de los inicios de la reforma de la salud mental en Chile, aún los discursos están a gran distancia de las prácticas.

Esto lo observamos en distintos niveles de la toma de decisiones respecto a la salud mental. Me encuentro a menudo con la pregunta en relación a los derechos de las personas y específicamente qué derechos tienen las personas con sufrimiento mental. Por ejemplo, en relación a tomar la decisión de dónde vivir, con quién, qué ropa comprar, la decisión de entrar solas al control con la psiquiatra, cómo utilizar el dinero, viajar o no - a pesar de los miedos, soñar, qué soñar y así muchas preguntas más. Esta pregunta es relevante, es siempre importante. Sin embargo, cuando la plantean las personas en formación, estudiantes, practicantes, da luces respecto a su visión de sujeto, que ya está produciendo una profesional consciente y reflexiva. Lo desconcertante es cuando el asunto de los derechos, en sus expresiones más “cotidianas,” es ignorado por quienes tienen responsabilidad en esto.

El trabajo en torno a los derechos de las personas, a su condición de ciudadanos, se materializa en hechos, relaciones y condiciones de la vida cotidiana. Por ejemplo, incorporar el consentimiento informado en nuestras prácticas, pero no de manera instrumentalizada, para la formalidad como un fin en sí mismo, sino como un elemento central del trabajo. Consentir significa tomar una decisión o muchas pequeñas decisiones, decisiones mínimas pero no por esto nimias, en el día a día.

Tomar decisiones, avanzar en el desarrollo de un proyecto de vida basado en la autonomía, es una posibilidad y, a la vez, es un fundamento para la expresión del deseo, en el día a día. Con cada historia, la historia del colectivo y el encuentro con el otro abren más posibilidades de salir de la hibernación, para entrar en otro momento y desarrollar, desplegar el movimiento, dar cuenta de las

resistencias, de diferentes maneras y con modos particulares de ser acompañado y, sin duda, relevando ese núcleo esencial y todo aquello que tienen sentido y significado para el sujeto.

JEAN OURY

TALLER SOBRE LA VIDA COTIDIANA¹

La vida cotidiana es la cosa más difícil de aprehender, casi inaccesible. Me pregunto si la gente, los enfermos y las personas que trabajan ahí están verdaderamente en la vida cotidiana. ¿Es la vida cotidiana: “levantarse a tal hora, tomar desayuno, ir al trabajo, luego el medio día, luego llega la noche y luego uno se acuesta, y listo”? Hay una dimensión pragmática que es necesario cuestionar: los psicóticos tienen dificultades en el acceso a lo que pasa, así como los normópatas tienen dificultades para estar presente. Estamos la mayor parte del tiempo en una especie de ensoñación de la que despertamos raramente, de tiempo en tiempo alguna pesadilla nos despierta y luego recaemos en una ensoñación, es decir la vida de todos los días hasta el fin de los tiempos, hasta la muerte. La vida cotidiana es otra cosa, podríamos abordarla a partir de una dimensión concreta, fenomenológica, articulada por Erwin Strauss en su libro *Sens du Sens*². Él habla de las dificultades que tienen los esquizofrénicos a nivel de los axiomas de la cotidianidad. Se trata de vivir con psicóticos para percibir que hay cosas que nos parecen evidentes pero no lo son para nada. Son algunas cosas dramáticas, incluso trágicas. Por ejemplo, es evidente para nosotros vestirse. Tenemos que ponernos una blusa, ponernos los zapatos, los calcetines, vestirse es todo un plan. En el fondo no es evidente. Muchas veces cuando vemos un esquizofrénico, decimos: ¡pero cómo se las arregla! ¡Ciérrate el marrueco! ¡Ponte el cinturón! No es por negligencia, no es porque sea exhibicionista. Es un problema. Existen los que dedican días enteros y finalmente no lo consiguen. No hay que confundir esto con las apraxias. En la demencia profunda existe la imposibilidad de saber cómo ponerse la chaqueta o el pantalón, sobre la cabeza o en los pies. Esa es una

¹ Texto basado en la intervención “Atelier sur la vie quotidienne,” realizada por Jean Oury en el Seminario L'Analyse Institutionnelle 2, Hôpital Sainte Anne, septiembre 2007.

² Strauss, E. *Du Sens des Sens*. Grenoble, Millon, 1989.

apraxia casi neurológica. Mientras que estas son sutilezas de la vida cotidiana. Cuando uno despierta, durante algunos segundos se pregunta “¿dónde estoy?”. Por ejemplo, cuando uno se desplaza se da cuenta con rapidez de que no está en casa sino que en un hotel. Rápidamente podemos reestablecerlo cuando funcionamos más o menos normalmente, normopáticamente. Pero para un esquizofrénico algunas veces esto no es evidente para nada. Si reflexionamos un poco de verdad, no es evidente. Por ejemplo, el año pasado recibimos en la clínica de La Borde a un esquizofrénico que había pasado 25 años en un hospital psiquiátrico; él había perdido todo. El sentido del hablar, de vestirse, incluso el de estar de pie. Cuando llegó a La Borde no hablaba. Le pregunté si quería venir a La Borde. Porque yo pregunto siempre: “¿quiere usted venir o no?” Él nos visitó con su hermano que lo acompañaba a la Clínica y después tomó desayuno con todo el mundo. Después de 2 horas, le pregunté: “¿y?” Él no dijo nada. Pero miraba las flores sobre la alfombra, y quería recogerlas, su hermano preguntaba si eso era neurológico; yo le decía que no, que era una fantasía. Él hizo simplemente un pequeño signo; después supe que era un signo de la cruz, es decir, que él estaba de acuerdo. Le propuse entonces volver en 8 días, para que se tomara el tiempo de reflexionar. Y ocho días después volvió. Pero además que él no habla, de un momento para otro se tiende, en cualquier lugar, en el comedor, en los pasillos, afuera en la intemperie. Claro que uno podría decir que está completamente loco. Lo más extraordinario es que hay a nivel del conjunto de la clínica una complicidad. Que él se tienda no sorprende. En el fondo ellos tienen razón, quizás es un prejuicio estar de pie. Uno podría decirse ¿por qué estar parado o sentado? Yo podría tenderme ahí y seguir hablando. Actualmente este paciente se tiende menos; las personas no se fijan, de tiempo en tiempo dicen: “¿viste?, él se tiende”. ¡Qué importa, no vamos a levantarlo! sería ridículo decir: ¡levántate! Él tenía axiomas de la cotidianidad, algunos un poco deshechos – no hay que tenderse cuando uno está con otros y hay que hablar... y hay que... y hay que... todo esto estaba perdido.

¿Cómo adquirir una apercepción del sentido de la vida cotidiana? Es muy complicado. Hay ciertamente nociones que entran aquí en

juego; hay una pérdida del ritmo, del ritmo de la vida. El ritmo de la vida no es únicamente las campanas que suenan, no es solamente el tiempo que pasa, es el ritmo inmanente, es decir, vivido por oposición al tiempo trascendente, al tiempo que pasa. Inmanente a lo vivido, inmanente al cuerpo; es al cuerpo, al que ya no se aferra. Es en este momento que los otros toman conciencia y dicen: “en efecto, esto podría también ocurrirme a mí. ¿Debo comportarme bien o no?”. Hay toda una encrucijada ahí, subyacente a la presencia, en el sentido de dejar advenir algo (*Anwesenheit*).

Es en este dejar advenir las cosas que hay un agujero profundo. Una de las primeras cosas que debemos hacer es ser sensibles a todas estas manifestaciones y no creer que la vida cotidiana simplemente sea una cadencia. La cadencia de despertar todo el mundo a las 6.30 de la mañana, de comer a las 18 horas; estas son historias de horarios de trabajo de los asalariados. Esto no respeta para nada el ritmo. Hay gente que tiene necesidad de un cierto tiempo para relajarse, o para entrar en el día. A mí me parece que esto es la vida cotidiana, encontrar medios que respeten estos aspectos variables de la existencia, ella misma variable en cada uno de nosotros.

- ¿Acaso la vida cotidiana no quiere decir tres cosas: primero, continuar sus hábitos, segundo, responder a las expectativas y, finalmente, satisfacer sus necesidades?

- Me parece que hay tres términos dentro de esto: por lo demás, Erwin Strauss habla de hábitos, él dice que es mucho más difícil deshacer los hábitos que adquirirlos. Una vez que el doblez está hecho, es muy difícil deshacerlo. Vemos que los pliegues que son tomados siendo pequeños, aunque intentemos plancharlos después, siempre queda algo, incluso nos arriesgamos a que la tela se rompa, si es de mala calidad. ¿Cómo podemos cambiar los hábitos? ¿El equipo tratante está ahí para dar otros hábitos? Primero hay que conocer los hábitos primitivos, los que están justamente tomados en los pliegues que hay que deshacer. ¿Y la noción de expectativa? Estoy pensando aquí en las obligaciones de los otros o las expectativas en relación a ustedes. Nosotros respondemos

a las expectativas de los otros; por ejemplo: “hay que ir a comer a tal hora”. No es para nada inútil tener puntos precisos durante el día. Existe la distinción entre una expectativa de algo (*Erwarten*) y una expectativa indefinida, vaga (*Abwarten*). Los esquizofrénicos están en el *Abwarten*, como un paquete de correo que se quedó ahí en una bodega en el campo, y ya no hay tren que pase; hay que ir a buscarlo, pero nadie sabe dónde. El esquizofrénico está en un estado de expectativa absoluta y uno le cuelga encima expectativas activas, como obligación de levantarse, tomar desayuno, etc. En general eso no funciona. Primero hay que reparar la expectativa existencial en la que él se encuentra para que, sin obligarlo, él mismo pueda acceder. La expectativa está ligada a una dialéctica y está ligada al olvido. Como lo dice Maurice Blanchot en su libro *L'Attente, l'Oubli*³. Si el olvido no funciona, la expectativa no funciona. La psicosis es el olvido del olvido. Imagínese usted que el olvido no funcione, es espantoso. Solo podemos continuar viviendo olvidando sin cesar, a condición de que haya un olvido profundo. En la psicosis hay una fuga de olvido, una fuga de vacío. Tiene que haber un vacío para que esto funcione. Freud lo había encontrado cuando habla de represión originaria, un olvido para siempre de algo. Una estructura no anda sino a partir del olvido. Me parece que la expectativa y el olvido van juntos. Y es este estar juntos el que está perturbado. En la vida cotidiana estamos muchas veces obligados a ir a tal o cual taller. Ustedes saben que para la administración, los talleres se transforman fácilmente en talleres de producción a bajo precio, una explotación y para colmo incluso se les llama terapéuticos (terapia ocupacional, arte terapia). Para los esquizofrénicos esto no sirve para nada, es más importante que él pueda ir. Muchas veces cito el caso de un taller de cerámica donde se trabaja con arcilla, etc. Y había ahí un esquizofrénico que venía regularmente al taller, 5 minutos... y nos preguntábamos ¿por qué viene? Jamás hizo un cacharrito, jamás tocó la tierra, venía sobre todo durante el invierno porque sobre el radiador había un gato. Él venía al taller de cacharritos a ver al gato. Sin cacharritos ya no

³ Blanchot, M. *L'Attente, l'Oubli*. Editions Gallimard, 1962.

había gato y sin gato no habrá más cacharritos. Él iba a un contexto, a un ambiente. Hemos ubicado del lado de la calidad e incluso de las presencias: *el-gato-sobre-un-radiador-en-el-taller-con-otras-personas-que-hacen-cacharritos*. Este hito está en relación con la dimensión de vaga emergencia a nivel *pático*.

Y está también el lado de la necesidad, no tiene nada de evidente decir qué es una necesidad. Todos decimos que tenemos necesidades naturales. Es posible, como ganas de hacer pipí, etc. Pero esto no son necesidades. Estamos más bien condenados, como dice Lacan, padecemos del significante. Somos seres hablantes. Todo está tomado en sistemas significantes y la necesidad en estado puro no existe, ella está tomada en sistemas de demanda que ocultan el deseo. La gestión de la vida cotidiana se juega al nivel de las necesidades que son demandas para no satisfacer, como una sesión de análisis donde no se trata de satisfacer y de tapar la demanda. Como lo hacen las madres de anoréxicos que se lamentan que su hija prontamente va a tener 20 años. Para manifestarse la hija grita, “¡detente mamá, yo existo!” y ella prefiere morir a ser alimentada por la fuerza. Al contrario, en la vida cotidiana esto debe llegar. Es una manera de tratar la necesidad bajo forma de demanda que permita acceder más o menos de tiempo en tiempo a otro pliegue del orden del deseo.

- ¿Cuándo usted hablaba de la persona que se tiende en el suelo, me preguntaba cómo encontrar el límite entre una especie de normativización (como cuando uno le dice a alguien lo que tiene que hacer) y lo que tendría que ver tal vez con una deshumanización, una pérdida de dignidad humana, por lo tanto algo más profundo en la relación con el otro?

- Si, hay una cuestión que se plantea y que ocurre en lo cotidiano y sólo ahí podemos velar por ello. Por otro lado, el peligro sería caer en una normativización, como usted lo decía. Pienso aquí en una escena que me marcó muy fuertemente: ocurrió en un comedor con psicóticos y había uno que estaba sentado, preocupado por comenzar a comer y llega otro por detrás de él, sin lugar a dudas éste era su lugar

habitual. Sin que el primero lo percibiese, toma la silla por detrás, la arranca dejando derrumbado al que estaba ocupado en comer, toma este lugar, se sienta y se pone a comer tranquilamente. Esto me chocó fuertemente. La palabra que me viene es deshumanización, relacionado con este aspecto descompuesto. ¿La deshumanización viene del propio esquizofrénico o viene del entorno? Estoy pensando en muchos ejemplos; en Saint-Alban saliendo de la guerra, estaba el club, pero éste sin embargo no era suficiente. Para las comidas estaban los sectores, la cocina, bandejas metálicas de casino y poníamos ahí la sopa, la carne e incluso el postre y comíamos con una cuchara, no habían tenedores porque eran peligrosos; sobre todo sin cuchillos. Yo me aproveché de la ausencia del médico jefe para asistir a una comisión de vigilancia compuesta por notables del departamento, del Consejo General y también por personas muy interesadas en el aprovisionamiento de carne, de legumbres, etc. Yo, que no tenía nada que perder ahí, decía: “¡Escuchen, resulta un poco extraño que en un sector con 300 a 400 personas ellos hayan adelgazado 700 kilos este invierno! ¡Esto debe tener algo que ver con las comidas! Los notables no estaban muy contentos. ¿Sería bueno cambiar los “modales” de la mesa? Sabemos que la civilización, son los “modales” en la mesa. Paul Eluard que pasó por Saint-Alban, escribió un libro de poemas sobre el hospital que tituló *Le lit, la table*⁴. Era un escándalo proponer comer en platos de porcelana con un tenedor y un cuchillo y no mezclar todo. Me trataron de loquito. ¡Cómo se me ocurría a mí imaginar que estos locos comerían correctamente! Algunos años después volví a pasar por ahí y había platos, etc. Sabemos bien que basta con poner un poco de confort para enfermos que tienen axiomas de la cotidianidad muy bajos. La deshumanización está más en las formas de organizar la cama y la mesa por parte del equipo médico administrativo. Deshumanizamos fácilmente a la gente. Para poder exterminar sin tener cargo de conciencia, es necesario deshumanizar primero a la gente. Un judío no es un hombre, un gitano no es un hombre. Como no son hombres, ningún escrúpulo, podemos hacer jabón de

⁴ Eluard, P. *Le lit, la table*. Editions des Trois Collines, Genève, 1944.

ellos. La humanización en los hospitales se hace a partir de cosas muy concretas que requieren una lucha continua, incluso en nuestra clínica, La Borde. En la reunión del personal de la semana pasada tuvimos una conversación sobre la vida cotidiana. Ese jueves había 20 personas, ¡extraordinario! Normalmente hay muy pocas personas. Pero yo continué yendo siempre, aplicando el método del autobús, como decía F. Tosquelles. Aunque no haya nadie, yo conduzco igual el autobús. No es porque no haya pasajeros que hay que suprimir la línea del autobús. En esta reunión uno de los cocineros llegó en estado de furia diciendo: “¡estoy hasta la coronilla!, llego a las 6 de la mañana y hay un montón de tipos que entran a la cocina y esto me molesta; se toman de una sola vez 10 tazas de leche, de café, de cualquier manera, y me siguen a todas partes ¡No puedo trabajar así!”.

Una hora después, cuando la reunión terminó, el cocinero se reía. Habíamos tocado algo que él no quería decir. Aunque los cuidadores de la noche duerman, por lo menos así no hacen ruido, pero que haya al menos uno que venga a la cocina de 6 a 7 para contener un poco. Gracias a técnicas concretas de la vida cotidiana esto pudo ordenarse. Hay personas que hacen turnos desde las 7.00 a las 15.00 horas. Si, ellos están ahí, pero si miramos lo que ocurre entre 7.00 y 9.00, durante el desayuno, normalmente sucede cualquier cosa, es la comida de las fieras. Todo el mundo está de acuerdo en decir que se necesita gente en la mañana, pero se necesita una paciencia extraordinaria, a veces lleva 20 años. Podemos decir que vamos a tratar los “modales” de la mesa, por ejemplo poniendo un servicio de mesa para canalizar la voracidad o los accidentes de los “modales” de la mesa.

- ¿Cómo prevenir que los “modales” de la mesa en el sistema instituido no se vuelva automático, obsesivo o jerárquico? La distancia entre: “es momento de levantarse y aceptar que el enfermo no se levante”, “¿qué sucede ahí? ¿Es eso a lo que usted llama administrar lo cotidiano?

- Eso depende de las relaciones que puedan haber. Alguien que no se levanta porque está cansado o catatónico, es a menudo tomado a cargo por otros; hay relaciones complementarias. A veces veo

pacientes pasar con la bandeja del desayuno, llevando el desayuno a alguno que no se levantó. En ese momento hay todo un diálogo que se instaura que puede llevar a que al día siguiente, él se levante. Debe haber matices en relación a las cualidades de la transferencia, tanto por parte del personal como por parte de los pacientes. Por ejemplo, hay una mujer que tiene dificultades para caminar, es gorda y está muy alucinada – una verdadera esquizofrénica – al mismo tiempo ella participa de un montón de cosas, sabe todo, una verdadera conserje. Recientemente ella no comía y no quería ir a la mesa. En su pieza está una joven, una psicosis histérica, una molesta como decimos, sobre la que toda una contra-transferencia del personal se ha proyectado: “¿Por qué esta chica no va a la mesa?, es una vergüenza que coma en la pieza”. Está muy bien que ella coma con la dama gorda, y además ellas se entienden muy bien. Uno no puede decirle a la chica que vaya a la mesa, si no la señora se quedará sola. Pero tampoco corresponde que esto dure mucho tiempo... ¿cómo decidir?. Esto se decide así, de manera un tanto enigmática, entre líneas, a un nivel de intervención de lo decisorio. Para entender mejor esta teorización, no estaría mal reflexionar sobre lo que dice Maldiney: que existe un derrumbe de lo *transpassible*⁵ en los esquizofrénicos. Lo *transpassible* es lo contrario de lo imposible y es del mismo orden que los axiomas de la cotidianidad. Lo *transpassible* permite que haya lo *transpossible*. En el melancólico lo *transpassible* funciona bien, pero lo *transpossible* está reducido a cero. Si el conjunto de un colectivo anda bien, es porque llegamos a la posibilidad, esa finalidad de lo que hemos querido hacer. Me parece que si uno no está ahí para intentar que haya posibilidad, no sé para qué estamos ahí. Es necesario que haya posibilidad pasando por técnicas de mediación indirectas, técnicas de educación o relaciones complementarias. La vida cotidiana debe ser una habilitación de lo que es del orden de lo *transpassible* y *transpossible*. Concretamente porque a menudo no es necesario gran cosa para que esto pueda

⁵ Ver en Boudier, J. “Transpassibilité et Traspossibilité”. En *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, Association Le Cercle Herméneutique Ed., Juin 2001.

tener lugar. La vida cotidiana es para intentar que esto tenga lugar, con el fin que pueda haber sorpresas, asombro y encuentros. Es por los encuentros que hay vida. Es la razón por la que decimos que la vida cotidiana está programada al azar; que pueda haber libertad de circulación y de encuentro por azar, no necesariamente alguien, sino un acontecimiento, un color que va a modificar alguna cosa. Esto juega un rol muy importante en el esquizofrénico; la vida cotidiana es el soporte de todo esto.

- ¿Podríamos decir que el llamado del cocinero es un encuentro, una emergencia?

- No, es una reivindicación. Él tiene razón a nivel de la razón razonante, él tiene razón para estar harto, entonces es necesario que él se atreva a decirlo, no en cualquier parte para que sea retomado inmediatamente, para lograr hacer eficaz ese mensaje de reivindicación, sino él se vuelve loco y malo con los pacientes. Él ha transformado la atmosfera reivindicativa en concepto de humor. Kierkegaard tenía razón al distinguir el humor de la ironía. El humor es algo productivo. Si no hay humor nada más pasa. ¡La vida cotidiana mal que mal significa que haya humor! Hay cantidad de ejemplos. Ayer en la reunión “Pitchoum” de los jueves con los pacientes, hablábamos del grupo “horarios”, un pequeño grupo organizado en el club con los pacientes, con uno o dos monitores, donde vemos personas que no tienen idea de donde vienen, de donde son, ni de lo que está pasando. Últimamente hubo un enorme conflicto. Desde hace unos treinta años, en el mismo lugar, a la misma hora, hay un grupo de información organizado por un señor muy rígido, muy regular, un poco obsesivo... En la semana anterior él fue desalojado por el grupo de ‘horarios’ que quería instalarse ahí. Pero este caballero corría el riesgo de desplomarse si lo desplazaban después de tantos años. Después de una larga discusión, dirigida sobre todo por una mujer dogmática, se encontró la solución: el grupo de información permanecía y el grupo de ‘horarios’ se correría una hora. Este pequeño detalle de la vida cotidiana evitó una catástrofe.

- A propósito de la deshumanización, ¿cómo separar entre un trastorno personal del psicótico, que permanece siendo bastante extraño para el otro, y un problema institucional?

- Es complicado de decir pero existe la noción de convivencia. La convivencia en español, es “vivir con,” la convivialidad de un modo más profundo. Por la organización del club, hay una suerte de consenso que se establece de relaciones de complementariedad de unos con otros. Cuando hay un paciente verdaderamente en dificultad, por ejemplo que puede tener una conducta suicida que quizás el médico no ha visto, son entonces otros pacientes que lo cuidan, lo toman y vienen a decirle al médico que tengamos cuidado con él. Se produce una inquietud colectiva, una convivencia. Lógicamente decimos que el esquizofrénico tiene dificultades de ser/estar con el otro, pero si nos fijamos bien ¿acaso los normópatas no tienen dificultades de ser/estar con los otros? Muchas veces hay una especie de racismo fantástico interindividual en los hospitales, en los grupos que son a veces un poco limitados. No corresponde poner únicamente a la esquizofrenia en este nivel. Cuando hay un sufrimiento muy visible, la persona es enseguida sostenida por los otros. Esto no quiere decir que hemos resuelto el ser/estar con el otro en el sentido trascendental del término. Pero hay algo del orden de la convivialidad; es un hábito el tener en cuenta a los otros. Esto puede ser sostenido colectivamente, incluso fabricarse, pero la mayor parte del tiempo es esto lo que no ha sido fabricado. A veces los estatutos, con toda suerte de responsabilidades múltiples y fraccionadas cortan toda posibilidad de esta convivencia. Para poder sanar ahora tenemos que estar en un movimiento de resistencia.

- ¿Es en este sentido, que se dice que en La Borde hay una convivencia más grande que en otras partes? ¿Quizás en este sentido que el señor Rondas de la radio belga ha propuesto “labordizar” el mundo?

- Es un problema bien complejo, pero en efecto a veces hay más humanidad en el grupo de los pacientes que en el mundo. Hay menos resistencias cognitivas y están más directamente comprometidos, confrontados. En un plano más general y Madiney lo vio muy bien, a nivel de la creación estética, Giacometti va directamente al nivel creacionista con un esfuerzo enorme; hay pacientes que de repente se encuentran ahí, dejando de lado todas las resistencias intelectuales o racionalizantes. Es como si el trabajo de la psicosis hubiese eliminado todas esas formas alienantes y paradójicamente ellos están menos alienados que los normópatas.

- ¿Podríamos acercar todo esto a la dialéctica entre lo abierto y lo cerrado?

- Es un problema análogo al de la pedagogía institucional. Le escribí en el año 1953 a Celestin Freinet, que conocí por intermedio de mi hermano Fernand Oury, que un curso muy tradicional se parecía mucho a un pabellón de agitados. Le decía que él aplicaba los mismos métodos que para los sectores de agitados, es decir, suprimir la clase frontal e instaurar pequeños grupos de responsabilización, la imprenta en la escuela y los consejos de curso, no para dividir sino para complementarizar, dicho brevemente, para crear una estructura. La estructura está hecha para responsabilizar a la gente, como en el aula de Freinet donde los niños imprimían con las máquinas y los rodillos de tinta. Hay niños que así aprenden las letras, ayudados por los otros. En un momento dado, es una suerte de cuasi fantasma concreto que ellos están fabricando de forma colectiva. Esto establece estructuralmente límites, ahí donde no había nada, en oposición con las escuelas libertarias que terminaron mal, porque no había estructura. Vemos bien que para que exista la libertad es necesario que esté estructurado. Un esquizofrénico sufre de una existencia cerrada. Nuestro trabajo es abrirlo, pero eso no se abre como una lata de conservas. ¿Cómo pasar de lo cerrado a lo abierto? Introduciendo una estructura. Es la razón por la que tomé el ejemplo del esquizofrénico, del gato y del taller de cerámica. Él llega a ese lugar, pero no a un

lugar cerrado. Él no viene a hacer cerámica, él viene a mirar el gato y eso es mejor aún. Si le decíamos que hiciera cerámica, él se cerraría nuevamente. Mientras que aquí es lo abierto que se sostiene o no se sostiene. Pero él sabe que es a tal hora y en tal lugar, entonces está muy estructurado. Es esto lo que trabajamos de manera permanente y por lo que digo que lo abierto es cuando introducimos los límites. Szondi introdujo el k+ en el Sch para delimitar la difusión del p-. Pero un injerto de abierto necesita un agenciamiento colectivo enorme, es decir pasar las fronteras del uno al otro. “Tú no eres ya yo-yo (moi-moi)”. Hay que atravesar el yo para estar “del lado de donde SWANN” dice, del lado del sujeto. Pero este lado, inaccesible, hay que tenerlo en cuenta porque está más oculto y menos conocido y del que no queremos saber nada.

- Quisiera saber si hay también gente que se va de La Borde. ¿Hay pacientes que ustedes mejoran y que se van del hospital? ¿Es posible la cura? ¿Es posible insertar ciertos pacientes en la vida normal?

- Sí, muchos. Desde el inicio de La Borde pueden haber pasado por aquí unas 15.000 personas. Hay un movimiento de gente que viene dos días y se va. Cuando viene un fiscalizador y me pregunta cuál es la media de la estadía, yo respondo siempre entre 35 años y 2 horas, y yo soy el más crónico de todos. En La Borde hay una composición de la población pesada que llamamos la psiquiatría pesada y de ésta tenemos un 72%, bastante más que en los hospitales. En los hospitales la gente ya no conoce nada; con el desarrollo de centros de crisis, ya no hay historia, ya no hay transferencia, ya no hay nada de nada. Los esquizofrénicos prontamente van a estar como en Nueva York, en las calles; de hecho ya los estamos recogiendo en el metro en las noches. El 45% de los vagabundos son esquizofrénicos. Incluso se prohíbe que sean hospitalizados porque podrían hacer caer las estadísticas. Todo esto para decir que La Borde es un lugar así, que existe, funciona o no funciona. Es un lugar que existe, pero una vez que ha funcionado, pueden irse. Yo veo gente por ejemplo que ha hecho episodios melancólicos desde hace 15 años. Yo no los he vuelto a ver. Pero un día llaman y dicen que no están bien.

Vuelven inmediatamente, y no se cuelgan porque ya han venido una vez y eso ha enganchado, guardaron un buen recuerdo. Daumezon llamaba a esto la transferencia sobre el colectivo. Eso funciona, hace interior de sí, de una manera más o menos inconsciente un espacio donde decimos: ahí algo pasó. Además La Borde trabaja siempre con otros. La Borde no se encierra, es un lugar, no es el centro del mundo, no es la estación de trenes de Perpignan. Dalí decía que en la estación de Perpignan está el eje del mundo, que el eje del mundo pasa por la estación de Perpignan. El eje del mundo me hace pensar en un enfermo de St. Alban, Arthur, que era un verdadero esquizofrénico. En ese tiempo todos los esquizofrénicos tenían un uniforme, decían para humanizarlos. Él no tenía más que una sola muda, una cosa de paño. Él estaba en un barrio, todo el tiempo a lo largo de un muro, bajo una canaleta. La canaleta no había sido reparada en años y goteaba gota a gota, a tal punto que había un musgo verde en el muro. Él estaba debajo y la gota le caía sobre la cabeza todo el día. Regularmente se daba vuelta, no me acuerdo si era en el sentido de las agujas del reloj; aunque se le dijera que parara y viniera a la terapia ocupacional, no había caso. Él tenía una responsabilidad, pero transcendental: St Alban es el lugar donde está el Macizo Central; hay tres cadenas de montañas, el Cantal, la Margeride y los montes de Lozerem que pasan por ahí; al mismo tiempo es la línea divisoria de las aguas, por un lado el Atlántico y por el otro el Mediterráneo; por lo tanto el eje del mundo pasa por ahí, por la gota. Arthur era responsable de la rotación de la tierra. Él debía girar. Había que tener cuidado. Si lo arrancáramos de ahí, sería el fin del mundo. Algunos años más tarde yo pasé a St. Alban y pregunté dónde estaba Arthur, él estaba en terapia ocupacional y en la carpintería trabajando con un cepillo y una gran tabla. Pero lo que era extraordinario es que en cada extremo de la tabla él daba una vuelta completa sobre sí mismo, al devolverse. Él había conservado su responsabilidad. Esto para decir que hay que considerar la calidad existencial del delirio de Arthur; aunque le hayamos dado una tabla, él continúa dando vueltas de todos modos.

VIVIANA PEREDA

LA COMUNIDAD DE COMUNIDADES

La grilla es un instrumento indispensable para instaurar una relación analítica entre las diferentes instancias institucionales y los efectos individuales y colectivos.

Afectaciones y afectos: la grilla está encargada de articular estas dos dimensiones.¹

Conocimos el uso que se daba a la grilla en las prácticas cotidianas de la Clínica de Saumery² y nos permitió mejorar nuestro trabajo. Se trata de una tabla de doble entrada, usada inicialmente por W.Bion³. Él buscó registrar elementos inconscientes durante el desarrollo de una sesión de psicoanálisis. Usó este registro para medir los progresos de los procesos de cura individual⁴. Luego fue aplicada por el análisis institucional, como medio para incorporar variables nuevas, que significaban efectos y carga de trabajo en el hospital. Una “supuesta” carga que tenían las personas, de carácter subjetivo, que toman a cargo estos cuidados difíciles.

En este caso la grilla nos facilita narrar los procesos que hemos tenido como equipo, ya no de forma cronológica sino bajo una perspectiva procesual. Es necesario aclarar primero que Comunidad terapéutica es el programa de rehabilitación más antiguo de la ONG Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén⁵ y

¹ Guattari, F. En “La Grille”. *Revue Chimères*. 1987. Pp. 6. Traducción Viviana Pereda.

² Clínica Psiquiátrica que practica el Análisis Institucional en la región de Blois, Francia.

³ Ver en <http://psiquebasica.blogspot.cl/2011/05/modelo-de-grilla.html>

⁴ Ver en Geismann, N. “XI Et Bion créa la grille”. *Découvrir W.R. Bion*. Éditeur Érès, 2001.

⁵ Figueroa, C. www.innovacionciudadana.cl/portal/imagen/File/Libro_20_Destacadas_del_premio_2004%5B1%5D.pdf

grilla es una metodología adoptada estos últimos años.

Este programa se inició en el año 1989. En esa época, el equipo de salud mental realizó trabajos de diagnóstico comunitario en el barrio, que detectaron personas sin tratamiento de salud mental y en situaciones difíciles⁶. Eran los últimos años de la dictadura militar y, organizada como una ONG, este grupo había logrado dar continuidad a su trabajo gestionando dineros de la Cooperación Italiana para dar tratamiento de salud mental en este barrio de la comuna Peñalolén. La casa y el programa son el espacio principal de desarrollo de prácticas de este colectivo de tratamiento, y hemos ido adoptando experiencias, métodos y conceptos de otros grupos.

Este grupo ha consolidado un espacio de acompañamiento diurno para personas jóvenes y adultas, realizando un trabajo cercano a las familias y las comunidades. Nuestra perspectiva considera el aparato mental, toda la riqueza de sus dinámicas y los efectos de estas dinámicas sobre el colectivo y bajo el enfoque de derechos actuamos accediendo a derechos civiles y sociales en todos los casos. Estos pilares se han traducido en tratamientos e intervenciones con la comunidad, las familias y las personas con sufrimiento mental.

Las dificultades pueden contemplar las actividades, las relaciones, los objetos, los contextos físicos o mentales implicados en cada una de estas áreas. Así, las dificultades se dan en relación a otros y se expresan en actividades del día a día, para comenzar, desarrollar y terminar el día, para la organización en el tiempo y el espacio y encontrar sentido en el hacer, en torno a un proyecto de vida que muchas veces no es posible pensar ni articular con otros.

El equipo de la Comunidad, hasta los años 90, tenía por un lado actividades que se hacían con las personas grupalmente, por otro estaba la asamblea que había sido extraída del modelo europeo de

comunidad terapéutica⁷ y las atenciones individuales a personas y familias. Los diferentes encargados no se reunían y por lo tanto no reuníamos lo visto de cada persona, no considerábamos aun los efectos que estos contactos tenían en cada uno de nosotros. Fuimos dando lugar en la reunión de equipo a una reflexión sobre las dificultades y las preocupaciones de los terapeutas y los monitores. Así, en un primer tiempo, los terapeutas y los monitores desarrollaron las actividades durante la semana. Entonces dos mañanas una artista desarrollaba actividades artísticas con un grupo, las terapeutas desarrollaba actividades grupales con objetos, y de forma paralela las familias y las personas recibían atención individual en las salas. Y el espacio de integración e interpretación grupal era una asamblea semanal. Un grupo abierto al que puede venir el que quiera y las materias de este grupo cambiaban, de acuerdo al grupo que se constituía o de acuerdo a los terapeutas que lo facilitaban. En los espacios en los que no había nadie “dirigiendo” una actividad, los consultantes se sentaban a esperar, fumaban o deambulaban ensimismados. Esta cotidianidad de actividades y atención estaba normalizada, y se interrumpía cuando alguna persona no podía o no quería participar. La instancia grupal de la asamblea fue levantando necesidad de integración y cambio. El grupo se iba constituyendo y en esa medida solicitaba más. Esta forma de trabajo fue luego dando paso a la necesidad de romper con las costumbres y la inercia de los procesos que se van instituyendo. Por ejemplo, el equipo se detenía dos veces en el año para reflexionar y programar el quehacer. Este quehacer ha ido enriqueciéndose de personas que vienen por momentos, que desarrollan proyectos específicos que no están orientados a las dificultades, sino más bien sobre un modelo progresivo. Es decir, cada monitor se encuentra proponiendo una actividad

⁶ Hunneuss, T; *Esquizofrenia*, Santiago: Ed. Mediterráneo, 2006

⁷ Ver en Sotelo, J.P “La Asamblea de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén: una experiencia de trabajo colectivo con personas con diagnóstico de psicosis en Chile. Una lectura desde la psicoterapia institucional”. Tesis para optar al grado de magister en psicología clínica adultos, Universidad de Chile. 2012

artística, culinaria o intelectual, centrada en el grupo y el objeto de trabajo en un determinado periodo. Esta implicación cambiaba notablemente la responsabilidad individual en la tarea grupal. Sin embargo, sabíamos que había acciones y momentos destinados sin sistemática a poner atención y apoyo a las personas, que sobrepasaban esta rutina diaria. Fuimos nombrando y notando que hacíamos “otras cosas” fuera de estas actividades tradicionalmente desarrolladas. La pregunta era ¿cómo incluir lo que hacíamos en el “otro tiempo” que nos hacía sentido en nuestro trabajo y que también compartíamos? ¿Qué hacíamos para registrarlos, darle el valor y visibilizar o integrar sus efectos?, pero también ¿cómo incorporar estos diferentes planos y funciones sistemáticamente como nuestras prácticas? Algunas personas y de más en más las situaciones no resultaban atendidas suficientemente por estos espacios de actividades grupales. La sistemática de reflexión del equipo necesitaba una herramienta que nos permitiera incluir esta complejidad que finalmente era nuestra norma.

La Grilla vino a apoyar la estructuración de la inserción de las personas⁸ en nuestra cotidianeidad frente a la necesidad de estructurar en el tiempo los aportes terapéuticos individuales, la carga grupal y los procesos individuales. En la medida que teníamos un colectivo, teníamos la necesidad de distinguir funciones, responsabilidades y dirigir las actividades considerando que estas acciones formaban parte del tratamiento de salud mental.

Otro de los aspectos difíciles en nuestra realidad y trabajo cotidiano era cómo desembarazarse de las palabras clásicas de la institución psiquiátrica y científica, que están todo el tiempo introduciendo sus métodos, medidas y vocabularios. Tanto para definir el problema como para implementar una intervención.

⁸ Ver en Guattari, F. En “La Grille”. *Revue Chimères*. 1987.

“SIN INSTITUCIÓN ELLOS ESTARÍAN VACÍOS, SIN CONCEPTOS ESTARÍAN CIEGOS.”⁹

Es interesante observar un proceso continuo de exploración sobre cada una de las instancias que han cohesionado - o no - el trabajo de estos años. Así vinieron los tiempos y la necesidad de conocer otras experiencias, las pasantías y los aportes del equipo venidos de la clínica de Saumery desde el año 2000 en adelante. Esta clínica se encuentra próxima a la Clínica de La Borde, institución reconocida por la aplicación del modelo de análisis institucional en el tratamiento de personas en psiquiatría. El año 2007, cinco terapeutas participamos de una estadía sobre análisis institucional y comenzamos a conocer también en ese viaje el trabajo de la Clínica de Saumery, que en esos años se encontraba retomando la tradición del análisis institucional en la región francesa de Blois. Recibimos también en esos años la visita de analistas¹⁰ que trabajaban allí.

Nos sorprendió la forma práctica de responsabilizar a los pacientes y el personal de la clínica, que incorporaba la función terapéutica. Es decir, que la actividad no era en sí, sino que conducía un valor terapéutico dependiendo de quien la realizaba y cómo la realizaba. Estas ideas eran concordantes con nuestra experiencia. Conocimos además la historia del movimiento reformista de Sant-Alban, al psicoanalista Jean Oury y luego la historia del médico y psicoanalista catalán François Tosquelles, su exilio y los efectos de la guerra.

Por otra parte, la clínica de La Borde nos parecía familiar en tanto se trataba de un establecimiento privado, en sus inicios de tamaño restringido y relativamente libre de los imperativos de la autoridad

⁹ Ver en Geismann, N. “XI Et Bion créa la grille”. *Découvrir W.R. Bion*. Éditeur Érès, 2001. Pp. 208.

¹⁰ Amaro de Villanova, Antoine Fontaine. *Psicoanalistas de la Société de Psychanalyse Freudienne*.

de salud. Como relata Félix Guattari, a partir de 1955 les tocó pasar de un trabajo más bien familiar a un trabajo que comprometió un aumento de su capacidad al triple en pocos años. Aumentó el personal y los antiguos métodos de organización consensuados y fusionales, no pudieron operar del mismo modo. En nuestro caso, también los procesos han tomado años. Coincidimos también en muchos aspectos que se relatan en este texto de Félix Guattari, y ha sido muy importante encontrar estas experiencias similares y desarrollar nuestro discurso. Si bien a una escala muy diferente, porque efectivamente estas realidades - la chilena, santiaguina y la francesa en esa región - son de algún modo incomparables, además de ser un espacio ambulatorio, sin cuidados médicos. Sin embargo, fuimos también reconociendo procesos similares durante esos primeros años de construcción y deconstrucción de prácticas en instituciones psiquiátricas que ya mostraban los efectos nefastos de la institución total.

Como grupo también vivimos estos tiempos descritos como fusionales, pasando luego por necesidades de mayor sistemática y formalización de relaciones en el colectivo. El equipo de la comunidad va tomando conciencia de los efectos transformadores de estas convivencias con el colectivo que se relaciona en este espacio: las personas, los familiares, las autoridades sanitarias, otros equipos y la comunidad ampliada. Nos encontramos también con las clásicas resistencias, las dificultades que personas e instituciones oponen a los cambios, y que niegan u omiten la existencia y derechos de las personas que atienden. Contamos con literatura sobre los mecanismos de resistencia al cambio, constitutivos de los sistemas totalitarios.

En la experiencia de la implementación del sistema de grillas, Félix Guattari describe cómo querían evitar que las actividades se volvieran estereotipadas y encerradas en sí mismas. Plantea que el objetivo era que la actividad permitiese enriquecer las relaciones sociales, promover un cierto tipo de responsabilidad, tanto en los residentes de la clínica como del personal. En ese momento no eran

favorables a la implementación de talleres de forma estandarizada (cerámica, macramé, etc.) con el ronroneo del responsable que viene a hacer su trabajo a lo largo de los años y con los residentes que vienen regularmente, pero de forma un poco mecánica. El objetivo de la terapia institucional no era producir objetos ni tampoco producir “la relación” misma, sino desarrollar nuevas formas de subjetividad. Al momento de implementar cambios, toda suerte de problemas se plantearon: percibieron que para hacer el taller, para desarrollar la actividad, lo más importante no era la calificación del personal dedicado a cuidar (diplomado de enfermería, de psicología, etc.), sino las competencias de las personas que pueden haber trabajado en el dominio agrícola o como cocineros, etc. Pero para poder desprender a esa persona de su servicio, de su función y poder afectarlos al nuevo trabajo de los talleres y las actividades relacionadas al Club, era necesario inventar nuevas soluciones organizacionales, porque si no estos cambios desequilibraban los servicios. No era evidente para los cuidadores, ni para los directamente concernidos. Fue necesario instituir un sistema de desregulación del orden “normal” de cosas, el sistema llamado “la grilla”, consistía en confeccionar un organigrama evolutivo donde cada uno tienen su lugar en función de 1) tareas regulares, 2) compromisos ocasionales, 3) turnos, es decir tareas colectivas para las que no queremos especializar personas (ejemplo, los turnos de la noche, que consisten en venir a las 5 de la mañana, el lavado de la loza, etc.) La grilla entonces es un cuadro de doble entrada que permite administrar colectivamente las afectaciones individuales en relación a las tareas. Es una suerte de instrumento de regulación de la necesaria des-regulación institucional, con el fin de volver posible y “encuadrada” su nueva organización.

Todos estos fenómenos propios de las organizaciones, de clausura, de no pensamiento, donde puede ocurrir que la actividad responde a las necesidades de otros sistemas - financiero, de gobierno, de normas sociales, etc., son cuestiones muy parecidas a las que vivimos como grupo. Si estos asuntos no son analizados, se naturalizan y pueden oscurecer y desplazar información importante

y terapéutica. Este hecho, el de pervertir lo que realmente importa, debe ser combatido con energía constantemente. Una suerte de paso del tiempo, sin consecuencia, sin aprendizaje, sin profundidad para con todas las personas que se hallan ahí, secuestradas, sin derechos. Esto es muy duro de ver: la no reacción, la desafectación, la incapacidad de reaccionar de las personas que se encuentran en este tipo de instituciones, sin análisis, sin pensamiento, con personas viviendo de forma inhumana. Es así como entendemos que estos lugares también pueden mantenerse bajo la impunidad de las leyes, pasando los años en actividades rutinarias sin sentido. Estos fenómenos de hospitalismo y los efectos de la institución total debe mantenernos despiertos y muy atentos en nuestra realidad. Además de considerar también que una vez que se implementan cambios en este tipo de organización, aparecen paradójicamente las resistencias. Interpretamos como resistencias las acciones, pensamientos y fantasías que acompañan el cambio de rutina y el cambio de costumbres y acciones concretas. Este hecho de aplicar una nueva concepción implica la mezcla entre tareas materiales y tareas sociales, las tareas de terapia ocupacional e inclusive las tareas burocráticas. Las primeras reacciones venían de aquellos que parecían más cargados de tareas estereotipadas y paradójicamente fueron ellos los más resistentes. Resistentes a la responsabilidad de tomar contacto con el sufrimiento y las necesidades de dependencia en estos casos, las fantasías que estos afectos provocan en cada uno. La carga psíquica de estos afectos, que provoca en muchos casos el rechazo más o menos explícito, requiere un trabajo de elaboración, metabolismo y grupalización constante y activo. No es un trabajo que podamos hacer de una vez y para siempre; cada caso nuevo, cada momento pueden significar afectación y reacciones que es necesario integrar conscientemente. En nuestro caso también la implementación de estas concepciones es un proceso continuo que nos toma un cierto tiempo, todo el tiempo. Porque ha sido integrado como una tarea, es parte del trabajo analizar e interpretar la actividad, su sentido y su carga o afectación en el terapeuta. Siendo un colectivo y considerando que estas experiencias no tienen correlatos en nuestra realidad,

fue también un largo proceso irnos proponiendo crear y por sobre todo respetar nuestra experiencia, integrando sistemáticamente la experiencia que vamos teniendo en los espacios con los consultantes, sus equipos médicos, sus familias, los equipos locales de salud y el equipo mismo de trabajo en la comunidad. Es esta atención e inclusión de aspectos sensibles lo que vimos reflejado en la lectura y las estadías de formación en Francia.

Actualmente, nuestra grilla interviene, regula periódicamente espacios y tiempos, en constante revisión. Nos permite interpretar mejor las cargas que el equipo puede trabajar. Nos es útil integrar en ella asuntos de administración y secretaria, los grupos, las primeras entrevistas, las impresiones de las duplas terapéuticas; además de considerar a los practicantes y pasantes, visualizar los recursos y referentes en los espacios cotidianos, los acompañamientos terapéuticos, las coordinaciones con los equipos sanitarios y/o sociales en el territorio. Esta lectura da mayor continuidad en las diferentes reuniones que se van integrando en el tiempo a los diferentes procesos terapéuticos. Una reunión organiza la carga semanal, la transforma en trabajo concreto y establece responsables.

Finalmente nos parece importante comentar la importancia de permanecer atentos a fenómenos de separación en los grupos que tienden a impedir el diálogo y la comprensión de experiencias. La colectividad implica esfuerzos de confianza y respeto en las capacidades de cada uno de los miembros del colectivo.

La grilla, entonces, que podría entenderse únicamente como una herramienta práctica, metodológica incluso, representa para nuestro equipo una manera de traducir en el quehacer cotidiano la necesidad de organizar un pensamiento que muchas veces se oscurece o debilita frente a las exigencias cotidianas. Un pensamiento que retoma la condición material del mismo, podríamos decir, ahí donde las exigencias de la locura - la de nuestros "pacientes," incluso la de nosotras mismas- puede tomar

lugar para poder transformarse. En comunidad, en el trabajo cotidiano con nuestras dificultades, pero también con nuestros logros.

JEAN OURY

“LIBERTAD DE CIRCULACIÓN” Y “ESPACIO DEL DECIR”¹

DESEO Y TRANSFERENCIA EN LOS “PARLÊTRE”

Es una cuestión muy antigua por supuesto, que se remonta a unas decenas de años. Que está en relación con una práctica de la vida cotidiana junto a personas de todo tipo, de la cual la mayor parte son psicóticos. Entonces, a priori, una suerte de decisión es pensar que en todas las personas, como en cada uno — aquellos que Lacan llama “parlêtres” — hay deseo. No solamente el deseo del que hablan desde hace una decena de años, lo que yo llamo el deseo de pacotilla de los nuevos filósofos, sino el deseo inconsciente en el sentido de Freud, articulado nuevamente de forma extraordinaria por Lacan. Hay deseo incluso en las personas supuestas como las más retrasadas, incluso en aquellas que tienen un CI de 30, los idiotas, los cretinos. Hay deseo y es esto lo que cuenta: podemos decir que es una opción ética. Entonces, si hay deseo, existe una dimensión psicoanalítica en el sentido de Freud, por mínima que ésta sea. Esto no quiere decir que intentaremos curas — de todas modos hay tantas formas de curas típicas — pero hay una dimensión de reflexión que debe considerar el deseo inconsciente. Si tomamos en cuenta el deseo inconsciente, articulamos también ese concepto fundamental, retomado por Lacan, el concepto de transferencia: “hay transferencia”. Sabemos bien lo que esto significa, el decir, incluso a nivel de las palabras “hay transferencia”. La transferencia, etimológicamente, corresponde a lo que Freud llamaba — pero es la misma palabra — “Übertragung,” o incluso el nombre que portan los autobuses en Atenas, las “metáforas,” es decir, portadores y transportadores.

¹ Extracto de una conferencia pronunciada en la jornada de estudios “Espaces” de la Association de Recherche clinique du premier secteur (A) de psychiatrie d’Indre et Loire. Tours, 16 de mayo de 1998. Publicado en <http://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2944>

Ahora bien, existe transferencia, y esto es así desde los orígenes, incluso antes que Freud llegara a conceptualizar de manera muy precisa la palabra “transferencia”. La transferencia estaba en relación con una suerte de movimiento, de desplazamiento, incluso de investidura sobre el cuerpo. Enseguida esto tomó otras dimensiones. Entonces hay movimiento: cuando decimos transferencia decimos movimiento, decimos deseo inconsciente. Resulta paradójico querer, no solamente tratar, sino en fin volver la vida un poco menos miserable a ciertas personas, sin tener en consideración que son “parlêtres,” es decir, que no son animales. No quiero hablar mal de los animales, yo los aprecio mucho, de cuatro patas, los gatos, los perros... pero no hay palabra en ellos. Cuando un gato me hable yo diré que existe tal vez transferencia, pero de otro modo no la hay, se trata completamente de otra “dignidad”.

TRANSFERENCIA DISOCIADA Y CONSTELACIONES

La acción sobre la vida cotidiana y su consideración debe tener en cuenta esto. Pero ¿por qué este prejuicio de la vida cotidiana? ¿Es acaso un prejuicio de no sé qué perversión doméstica? ¿Cuándo “nos hacemos cargo” de alguien? (¿por qué no? ¿cuándo tenemos una función “portadora”?). Cuando tomamos a cargo un psicótico o un esquizofrénico, aun si lo tratamos con técnicas más precisas como las de, por ejemplo, Gisela Pankow y muchas otras, si lo vemos una vez, dos veces, incluso tres veces por semana, una media hora cada vez, saco la cuenta: en una semana, hay siete días. Siete días menos media hora, menos una hora, ¿queda no poco tiempo de todas formas!

Ahora bien, de la cualidad de estas personas, nos damos cuenta que aquello que he llamado “la transferencia disociada,” una hipótesis, quiere decir que existe una transferencia dispersa que puede manifestarse no únicamente sobre el terapeuta que lo ve una vez por semana, pero que va a manifestarse toda la semana,

entre sesiones como decimos. De otra parte, es algo completamente banal, incluso fuera del tratamiento: sabemos que para alguien que está en análisis, no todo ocurre dentro de las sesiones. A menudo, la interpretación se realiza justamente en la inter-sesión, en la esquina de una calle. Algo puede ser desencadenado por la sesión, pero la interpretación a veces no está en absoluto al mismo nivel de la consulta del analista, ésta se hace tal vez en el tren, vamos a tener un encuentro, vamos a encontrar un texto extraordinario... Pero todo esto está tomado en el proceso analítico, puntualmente casi entretenido.

Del mismo modo, en el psicótico — ¡y esto es aún mucho peor! — no todo será dicho dentro de la sesión, sino ¡lejos de ahí! Es simplemente para intentar desencadenar algo. Para poder seguir verdaderamente un esquizofrénico en un proceso analítico (lo que es de todas formas raro) se requiere — por necesidad “estructural” - al menos una persona, un analista que esté en una posición particular y que pueda asumir lo que yo he llamado, sin entrar en detalles, “la función -1”. Es decir, fuera del campo, no solamente práctico sino fuera del campo lógico de la vida cotidiana. Esto no quiere decir que no deba estar en la vida cotidiana, ¡es otro asunto! Luego se requiere una decena de personas, lugares, etc... Porque nos damos cuenta que hay investiduras, que Tosquelles llamaba “multi-referenciales,” es decir, multi-investiduras, las más parciales investiduras. Vemos, a veces, que aquello que se juega tiene una importancia enorme para ciertas personas: cosas que ni siquiera conocemos, inesperadas, al pie de un árbol por ejemplo. Recuerdo que para un esquizofrénico lo que contaba trataba de un asno que había en la pradera. Le daba de beber al asno, y eso era lo único que reconstruía el mundo para esa persona. Si suprimimos el asno, diciendo que no es muy elegante como analista, ¡no habremos comprendido nada! Lo que cuenta es el conjunto.

No vamos a entrar en detalles, pero hay ahí todo un medio que puede funcionar, un medio social, micro-social, con un conjunto de gente de todas las naturalezas, lo que llamamos las

“constelaciones”. ¿Qué es lo que cuenta en la vida cotidiana? Puede ser tanto el compañero como el médico, un cocinero, un jardinero, un enfermero. Ahí, no hay “estatus,” nos tiene completamente sin cuidado, son simplemente afinidades. Esta persona, quiera o no, se ha vuelto responsable, portadora de investiduras parciales que él mismo ignora. Pero si queremos completar una suerte de metabolismo del tratamiento, debemos reconocer a esta persona y trabajar con ella. Entonces vemos que existen modificaciones extraordinarias del comportamiento, pero no simplemente del comportamiento, sino de la estructura de la persona que ha sido tomada a cargo por un colectivo. Aquí yo no hago más que relatar aquello que ya decía, hace más de cuarenta años, Racamier², cuando hacía referencia a la Clínica de Chestnut Lodge³, con experiencias que habría que retomar.

EMERGENCIA

¿Por qué hago referencia a esto? Es para decir que, a fin de cuentas, para que pueda haber multi-investiduras hacen falta también múltiples puntos de “referenciabilidad”. Esto requiere, más que un espacio, más que la posibilidad de acceder a tal o cual punto (¡no es un juego de pistas!) también circular, caminar, descubrir, encontrar espacios o personas diferentes. Por el contrario, en ciertas ocasiones he visto gente que llega a La Borde en ambulancia, atadas, amarradas a las camillas, que venían de establecimientos que no mencionaré. Por supuesto, podemos jugar a San Vicente de Paul: “Vamos, milagro, deshago las amarras, y funciona”. ¡Es verdad que eso ha funcionado! Koechlin hizo lo mismo en un hospital, en Montreal, donde había salas enteras con personas

atadas. Está bien, pero ¿qué hacemos una vez que están desatados? ¿Los ponemos de pie? El año pasado llegó una persona que hacía 24 años que estaba en un hospital, ya no sabía como mantenerse de pie. E incluso ahora se tiende en el suelo, pero todo el mundo se ha acostumbrado, a todo el mundo le da lo mismo: él se tiende en cualquier parte y seguimos hablándole, él no dice nada, no importa. No tiene perturbaciones neurológicas pero ya no sabe hablar, ni mantenerse en pie. Esto es muy complejo, ¿cómo acoger a esta persona?. Al cabo de un año, todo el mundo lo conoce, él ha investido muchas cosas. Pienso en él porque antes de ayer, estaba con su hermano y entonces - somos un poco brutos en esos casos — decimos: “¿Cómo está?”... En fin, ¡no sabemos muy bien qué decir! Él estaba contento de estar ahí, con su hermano, pero no quería sentarse, ¡por una vez se mantenía de pie! Al final, con sonrisas, me hizo (como siempre) un signo de la cruz, como si yo fuera el pequeño Jesús, y ahí, sacó su paquete de cigarrillos Gauloises, sacó un cigarro, tomó el suyo, tomó nuevamente su paquete de cigarrillos, sacó otro y me lo ofreció. ¡Afortunadamente yo no estoy por la ley Evin! Yo tomo un mechero y enciendo mi cigarro. Y ahí, una sonrisa, pero ¡extraordinaria! Y esa sonrisa vale la pena. A veces hacen falta años para una sonrisa, pero ahí, en algunos instantes ya estaba, había una sonrisa. Es infinitamente más importante tener una sonrisa que tener una especie de tipo que recita su tabla del Edipo o que habla de su abuela. Una sonrisa, y ¿qué había detrás de esa sonrisa? Detrás de esa sonrisa había ciertamente lo que podemos llamar una emergencia.

¿Cuál es la meta del psicoanálisis? Por supuesto es una moda que cuesta caro, pero a fin de cuentas, ¿a qué nos conduce? A veces no conduce a gran cosa, hay que decirlo. Pero cuando se logra, ¿cuál es su finalidad? No la finalidad como una meta, con un cordel y una zanahoria, sino la finalidad en el sentido de mi amigo Jean

² Paul-Claude Racamier, psiquiatra y psicoanalista francés.

³ Ubicada en Rockville, Maryland, E.E.U.U.

Gagnepain, que habla de la “teleótica”⁴. La teleótica, es un vector de dirección. Esto no quiere decir que vamos a alcanzar la meta, pero por ahí va. Ahora bien, la teleótica, me parece que cuando alguien está en apuros — o incluso, si no lo sabemos, que es a menudo peor — eso debe conducir a la conjunción de algo, y a una emergencia. Y ahí retomo las distinciones de Lacan y sobre todo de Levinas: la distinción entre el decir (dire) y el dicho (dit). Para ir rápido: si no hubiera decir, no habría dicho. El decir es una fábrica, es algo del inconsciente, no es muy lejano a lo que Lacan llamó, de manera magistral, “lalengua”... El decir es tal vez lo más importante, para tener la posibilidad de reagruparse, de delimitarse. En la esquizofrenia o en la psicosis grave hay una suerte de dispersión del decir.

El decir no está lejos del deseo inconsciente. Incluso Levinas – que no tenía una noción clara del inconsciente, pero por otro lado era de todas formas un genio — en un libro magnífico: “Distinto a ser o ser más allá de la esencia,” hace la aproximación entre el decir y el deseo, todo ello tomado en un espacio “an — árquico,” según el término que emplea. Entonces, ¿cuál es la meta de todo proceso analítico, en el sentido teleótico? Con ese esquizofrénico que ya no sabe mantenerse de pie pero que me ofrece un cigarrillo, que no pronuncia palabra y que yo ni siquiera veo en forma regular. Él es visto por otros, pero yo debo contar para él, simbólicamente yo soy tal vez Dios, ¿no sé!... No es una sobrecarga, en todo caso. Es lo que él ha sentido, que eso no me sobrecargaba, es por ello quizás que tuve el derecho a un cigarrillo. Pero lo que está en cuestión ahí es la emergencia de algo. ¿De qué? Pienso que existe una noción que podría servirnos ahí, pero no es en diez minutos que podemos enunciarla, es una vez más una noción de Lacan.

Lacan, desde mi punto de vista, es una veta extraordinaria. A menudo digo que no hay nada más simple que Lacan porque hay

⁴ En francés téléotique

que registrar, podemos sacar muchas cosas y nunca es lo mismo cuando lo releemos; hay que leer diez, quince veces las mismas cosas. Y en una semana, “De un discurso que no fuera semblante”⁵, desde las primeras páginas dice cosas extraordinarias: “El discurso del inconsciente es una emergencia. Es la emergencia de cierta función del significante”.

Habría que revisar lo que dice, retomado particularmente en un texto muy difícil que se llama “El atolondradicho”⁶, que habla del semblante en tanto agente del discurso, es decir, agente de la estructura. Este discurso es justamente la puesta en movimiento del significante. Para aquellos que están pensando en ello, es: S1 S2 — el discurso del amo —y en el lugar de la producción, está “a”. Ahora, el semblante, es la primera posición de arriba, a la izquierda, es decir, lo que va a lanzar, ser el agente del discurso. El agente del discurso, ¿esto no quiere decir que nos vamos a poner a hablar como en la cámara de diputados! Incluso si no decimos nada, podemos estar en el decir, y el discurso está lanzado. Pero justamente en la esquizofrenia el agente del discurso está completamente hecho pedazos y el objeto del deseo mismo está disperso. Se trata de un proceso del que habría que hacer toda su arquitectura, toda su cartografía.

LÓGICA DE PASAJE

Cuando digo “libertad de circulación,” quiero decir que para que pueda existir libertad de circulación se requiere la existencia de un espacio y una circulación en el sentido concreto del término, poder caminar. Tener la libertad de caminar es tener a veces, también, la

⁵ Lacan, J. Seminario 18: *De un discurso que no fuera semblante*. Paidós, 2010.

⁶ Lacan, J. *L'Etourdit*, 1972

libertad de quedarse en el lugar. Porque la circulación no se hace simplemente con los pies, puede estar también dentro de la cabeza: una circulación, la libertad de estar tranquilo. Yo cito a menudo a alguien importante, que me decía hace algunos años: “Pero ¿qué es lo que podemos hacer por ustedes?” Yo le respondí: “Dejarnos en paz”. Por supuesto no fue bien visto; sin embargo, es muy importante estar ahí, no solamente dentro de una espontaneidad en el sentido de la espontaneidad más decadente, sino en una estructura que permita que valga la pena ir de un punto a otro. Simplifico: ir de un punto a otro quiere decir que si tomamos dos puntos, A y B, es necesario que B no sea como A - si no, no vale la pena desplazarse y fatigarse. Ahora bien, si existe diferenciación, es decir, una especie de tabla de distintividad, en ese momento podemos ir de un punto a otro sabiendo que a cada punto al que llegaremos no será igual al primero. Es a fin de cuentas una estructura; la libertad de circulación exige que exista una tabla de distintividad. Podríamos decir de forma bien fantasiosa que es un poco con el Gran Otro, con diferencias, concatenaciones y cosas como esas. Vemos que es justamente trabajando estas diferencias que podemos cambiar los itinerarios o los caminos. Pero no se trata de decir a alguien: “¡Vamos, circule!”. Esta estructura debe darse. Se necesita entonces una estructura colectiva donde podamos cultivar el “con,” desconfiando de esta palabra. Yo intenté hacer una metapsicología del “con”: ¿dónde podríamos ubicarlo? Yo lo había ubicado entre la para-exitación y la represión originaria — en fin, ¡esos son mis asuntos! — desconfiaba del mito del *mit*. *Mit*, en alemán, es el “con”. Pero lo importante es que haya posibilidades, por el hecho que hay otros que están ahí.

Sabemos que en las psicosis — pero desafortunadamente, no sólo en las psicosis — el otro no cuenta. Existe una suerte de confusión de sí mismo y el otro, pero no estamos aquí para intentar abrir eso a la fuerza por algún comportamentalismo... Estos límites que ni siquiera lo son, límites no limitados entre sí mismo y el otro. Estamos aquí para que esto pueda abrirse, bajo ciertas condiciones. Para que esto pueda hacerse, es necesario cambiar de lógica, no

quedarse encerrado en esta pseudo-cientificidad de fin de siglo. Es a la instalación de campos de concentración que conduce un positivismo lógico degenerado. Lo que cuenta para la relación con el otro, ciertamente no es llenar cuestionarios o hacer evaluaciones. A menudo digo que los cuestionarios han reemplazado las verdaderas preguntas. Lo que cuenta es a menudo un pequeño detalle... Esto yace en los detalles. Es una frase de la cábala: “Dios se encuentra en los detalles”. Pero no sólo Dios yace en los detalles, existen también inversiones que pueden cambiar la vida de alguien. Pero para que esto ocurra, ¿cómo hacer? La lógica de la que hablo, es compleja. Esta progresión exige la existencia del paso de un punto a otro, una lógica del pasaje. Respecto a esta lógica, remítanse a un gran especialista (que desafortunadamente se suicidó precisamente en el pasaje, perseguido por la SS), que se llama Walter Benjamin. Él estudió todos los pasajes que había citado Baudelaire, todos los pasajes de París, y de otras ciudades. Los pasajes, hay que considerarlo, es atravesar ciertos umbrales. Hablábamos hace un rato de Félix Guattari. La “transversalidad” de Félix es un poco la misma cosa. Para atravesar los pasajes, ¿qué lógica se necesita? En particular aquella que podemos retomar muy en detalle a partir del desciframiento, actualmente muy elaborados, de la lógica de Charles Sanders Peirce (tengo amigos en Perpignan que están muy especializados en Peirce).

Aquello que se descuida en la epistemología habitual, así como en Karl Popper y tantos otros, es que existe, además de las inferencias inductivas y deductivas, lo que Peirce llama “inferencias abductivas”. Ahora bien, ¿qué es lo que cuenta en la vida de todo el mundo? Son importantes, la deducción y la inducción, pero es necesario que antes exista la abducción. En Pierre y Marie Curie, por ejemplo, su descubrimiento del radio fue realizado por abducción: fue por azar que, abriendo un cajón, encontraron las placas con las impresiones. ¿Qué quiere decir esto? Ellos no metieron a propósito las placas sensibles al lado de no sé qué mineral. A partir de allí, hicieron una abducción: esa reacción no era un artefacto. Para simplificar, recientemente digo que la mejor manera de hablar de la abducción es la forma en que lo ha hecho Antonio Machado,

poeta español extraordinario: “Se hace camino al andar”. No hay trayectoria. Entonces, cuando me preguntan: “¿Cuál es su proyecto terapéutico?”, yo respondo: “Se hace camino al andar”. Porque si existe un proyecto, si existe una línea, una duración de la estadía, si hay cosas como esas, está todo arruinado, no habrá camino que se hará al andar; no estamos en las autopistas, en la vida cotidiana se trata de eso, del deseo: es justamente en el camino que se hace al andar, por la libertad, que puede haber, por azar, en un cruce o no, por azar, un encuentro. Un verdadero encuentro no es simplemente decir buenos días, buenas noches. Un verdadero encuentro es del mismo orden que una interpretación analítica, es decir, que cambia algo. Después de este encuentro, ya no será más como antes. Un verdadero encuentro es la “tyché”. Lacan, en “Los cuatro conceptos,” en el capítulo “Automaton y tyché,” habla de la tyché: es el azar que toca alguna cosa que va a inscribirse, que hará surco en el Real, que no podremos borrar. Y después ya no será más lo mismo. Entonces, en un sistema colectivo como éste, con esquizofrénicos, puede haber verdaderos encuentros, pero no podemos programarlos. A menudo yo digo que hay que programar el azar, pero frecuentemente esto fue mal comprendido: hay que programar el hecho que pueda existir libertades de circulación que permitan que haya azar y constelación. Pero no diremos: “¡Esta tarde, tu encontrarás el azar!”. ¡Es ridículo!

SER EN ALGUNA PARTE Y EL AMBIENTE

¡Eso es! Es una idea aproximada, pero habría que decir mucho más. Por ejemplo, aquello que he llamado “espacio del decir,” idea que me vino de una reflexión a partir del trabajo de Gisela Pankow, que conozco bien, y que desarrolla desde siempre la noción de “injertos de transferencia”. En las psicosis, aquello que llamo el narcisismo originario está completamente arruinado, con fisuras, y a menudo en relación con los defectos de estructura del Gran Otro. Por

ejemplo, en *Estructura Familiar y Psicosis*, Gisela Pankow muestra bien las relaciones entre el cuerpo vivido y la estructura familiar institucional. A fin de cuentas, la familia es una institución, ¡y no demasiado divertida!

Pienso en un esquizofrénico particular, cuya característica era (lo que se encuentra en muchos esquizofrénicos) no estar en “ninguna parte”. (¿Dónde está? ¡En ninguna parte!). Salomon Resnick, que es un amigo, retoma el ejemplo clínico. Es solamente un pequeño aspecto del esquizofrénico que está ahí. Él ha dejado otros pedazos en otra parte; tal vez haya que ir a buscar lo que quedó fuera de la oficina. Hay nueve décimos que están en otro lugar, ¡es importante saberlo! Él no está en ninguna parte, entonces antes de poder tener un discurso concreto analítico (podemos decir histórico, o más bien “historial,” en el sentido de Heidegger, *Geschichte*, en el sentido de reanudación de una historia), es necesario que el esquizofrénico esté en alguna parte. Es sobre esto que insiste Pankow, y con razón: antes de temporizar alguna cosa, es necesario, no exactamente espacializar, pero si estar en alguna parte. Es necesario estar delimitado en su cuerpo; no ser, como en Magritte o Dalí, un cuerpo transparente a través del cual vemos las montañas, es necesario rehacer todo aquello. Y esto demanda un esfuerzo enorme, no solamente un esfuerzo de relación, sino también un esfuerzo colectivo.

Cuento a menudo la historia de un esquizofrénico de ninguna parte. No podía estar en ninguna parte, era hiperinteligente, inventaba cosas, había incluso inventado cosas para sacar beneficios de la Seguridad Social ¡Valía la pena! Había enviado eso a todas las embajadas del mundo. Pero él no estaba ni en su pieza, ni en una silla, ni en un comedor... En ¡ninguna parte! Afortunadamente, estaba sobre una bicicleta reparada, transportando una máquina de escribir y papeles. ¡Pero era trágico! A tal punto que a veces, cuando quería verlo (forzando un poco), al cabo de cinco minutos, me detenía, si no se hubiera desmayado en la oficina, totalmente

sudado. Entones, para poder hablarle (lo veía a diez metros, de otro modo él no lo soportaba) una vez le escribí por correo. Recibió mi carta diciéndole que quería verlo tal día, a tal hora. Él estaba allí, en La Borde, pero eso no interesa, había recibido mi carta. Pero un día pudimos modificar lo que llamamos en La Borde la planta baja. Es toda una historia, la planta baja del castillo, era un lugar de paso, de vida, pero a menudo mal mantenido, sobre todo los post-68, que no comprendían nada. Pero una vez que eso se limpió un poco, volvió a estar vivo. Al cabo de un año, me dijeron: “Sabes, un tal, el esquizofrénico de ninguna parte vino esta tarde a las ocho a sentarse en el sillón de la pequeña sala, abrió un periódico, estaba tranquilo, se quedo hasta las diez”. ¡Oh la la! Esto puede parecer idiota, faltaron años de guerrilla con las bandas de los supuestos “cuidadores”; un trabajo gigantesco para llegar a ese punto! Incluso si se quedó ahí solo dos horas, ¡qué logro! Es como la sonrisa de hace un rato. Al día siguiente alguien me dijo (otro, que no estaba para nada esquizofrénico, pero un enfermo que estaba ahí desde hacía tiempo): “Es curioso, ayer, a las diez, yo estaba cerca de la pequeña sala, me senté, tejí, y me dije que hacía años que no me había sentido tan bien”. No fue por azar. Había algo en el ambiente, a nivel de lo que llamo “complacencia” (Es la ciencia de los gatos: cerrar los párpados). Había una “complacencia” que había cambiado, había otro aire, todo un otro ambiente.

Y es con ese ambiente que tratamos a las personas. No es haciendo discursos, haciéndose el listo, el interesante, diciendo: “¡Yo soy el profesor tal o cual!”. Eso me hace reír, ¡todo eso es una payasada! Es mucho más con el ambiente, pero ello requiere un trabajo enorme. Y puede entonces crearse el espacio del decir. El espacio del decir no es algo que encargamos así como así: “¡Yo voy a hacerles un espacio del decir!”; es algo que llega allí, como un efecto de sentido o un efecto de emergencia. Podemos pensar entonces que existe el “semblante” ahí, la emergencia de algo en relación con el orden del decir, de un decir que no se dice. Es la misma distinción que frecuentemente hacemos entre la lengua y el lenguaje: la lengua se habla, en cambio el lenguaje es una estructura infinitamente compleja. Podemos

tener acceso a uno u otro, pero sobre todo por los intersticios, es decir, por los entredichos, a través de algo que justamente los va a “conjugár,” y que está entre las palabras. Lacan decía: “Entre las palabras y entrelíneas”. El sentido está entrelíneas. Sabemos que el contexto (refiéranse a Roland Barthes, Hjelmslev y otros), el contexto, es justamente aquello que da lo connotativo, el sentido. Lacan decía también: “Entre líneas, ¿qué hay? Es el enigma”. Tiene absolutamente razón. Y si no tenemos acceso, incluso sin saberlo, a aquello que es el enigma, estamos completamente desorientados. Ahora bien, si queremos tener respeto, un poco de ética hacía el prójimo, es decir, de su deseo inconsciente inaccesible, que justamente no podemos forzar, que debemos simplemente hacer emerger, se trata de considerar al otro en su enigma mismo, y sobre todo no pretender suprimir este enigma ... No estamos en la glasnost, no estamos en la transparencia. Lo que yo llamo respeto por el otro, es la opacidad del otro.

Esto no quiere decir que nos dará igual, por el contrario. Es ahí que hay que introducir los ejercicios de lo próximo y lo distante, que debemos verdaderamente trabajar la dialéctica para estar justamente lo más próximo del otro, pero ¡sin jugar al toqueteo!

Estar lo más cerca del otro es justamente aceptar la lejanía del otro, en su opacidad. Y es esta dimensión de enigma, de la cual habla bien Lacan, la que está en cuestión cuando se trata del deseo. El deseo permanece enigmático e inaccesible, pero sin embargo, es a fin de cuentas lo que hace el valor, casi el alma de alguien. Ese es nuestro problema. Ahora bien, ¿cómo poder tratar todo esto? No se trata de decir: “Yo soy un gran psicoanalista y me ocupo de las psicosis”. Si el tipo insiste demasiado, más vale decirle: “Es un delirio megalómano lo que tú tienes mi pobre muchacho, ¡es incurable!” ¿Por quién te tomas? Esa omnipotencia, por tu palabra, por tu presencia, ¿vas a sanar el mundo? ¡Divertido! Un poco de modestia, sin la cual caemos en la megalomanía, analítica u otra.

LA KÍNESIS DEL LOGOS

Es eso lo que quería decir en pocas palabras. ¡Esto requiere por supuesto un mayor desarrollo! Pero a fin de cuentas (y termino aquí para que tengamos tiempo par discutir) lo que está en cuestión en todo esto, si quisiéramos decir las cosas de modo más tradicional, es que trabajamos (un poco como decía Heráclito, mucho antes que Platón) a nivel del logos. Y el logos no es simplemente hablar. El logos, es la puesta en relación, es la medida, las proporciones, pero es al mismo tiempo la reagrupación, la reunión de algo. Es por ello que pienso que Lacan tenía razón de haber traducido, en el primer número de la Revista de Psicoanálisis de la Sociedad Francesa de la época, en 1955, el texto de Heidegger, sobre Heráclito y el logos. No es por azar. A menudo yo agrego que lo que está en cuestión es el movimiento mismo, ya que no hay logos sin movimiento, es lo que yo llamo la “kinesis” del logos”. Ahora bien, estamos al nivel de la kinesis del logos. Si no caminamos, si no nos activamos, en el sentido de los métodos activos, no estamos al nivel de la kinesis del logo. No estamos al nivel de la reunión y entonces estaremos aun más lejos de todos los trastornos de la disociación esquizofrénica, que son inaccesibles.

Actualmente vemos florecer -si podemos decir “florecer” — una especie de campos pero bajo otro nombre; es decir, establecimientos sub-medicalizados, sin actividades serias, donde ya no sanamos a la gente... No crean tampoco que yo haga una distinción entre psiquiatría y psicoanálisis. Porque el psicoanálisis hay que hacerlo e inventarlo permanentemente, y la psiquiatría tendría aun también mucho camino por recorrer, en lugar de ser destruida como se perfila actualmente. Eso es más o menos lo que yo quería decir, en asociaciones diríamos “libres,” más o menos, caminando en el camino que se hace al andar, de libertad y espacios del decir.

**ASOCIACIÓN CULTURAL
DE SAUMERY**

PUNTUACIÓN DE LOS CUERPOS EN SAUMERY¹

Especies de espacios... la habitación, abrimos la puerta: libros en el suelo, papeles y cartas dispersas, pedacitos de cosas, construcciones barrocas, ropas mezcladas, la cama devastada... ¿Teatro del absurdo? No, solamente escenificación de la devastación psíquica de un paciente esquizofrénico en el lugar que ocupa.

Es evidente que se requiere trabajar antropológicamente el lugar, buscarle sentido a este desorden y prever un método para reintroducir una lógica. Aquélla que, tranquilizando, vuelve a pegar los pedazos del cuerpo disociado.

Para hacerlo, debemos mantener varios niveles simultáneamente: psíquico, espacial, temporal (una verdadera novela: unidad de tiempo y de acción), pero también una estrategia institucional, la de ir separando las funciones para trabajar de modo concertado. En Saumery, nos imaginamos la aplicación de una lógica, de un dispositivo de cuidados en estrella, conectando los distintos actores “cuidadores” de la clínica. Es el T.R.E.M.A. ¿Qué cuerpos, qué cuidados?

T.R.E.M.A: baño (Toilette), despertar (Réveil), efectos personales (Effets), aseo (Menaje), acompañamiento (Accompagnement): letanía cotidiana, temática del tomar a cargo, aquélla de la *acogida* permanente, el día a día del paciente psicótico.

Canción infantil, TREMA es puntuación en la sintaxis hospitalaria, cuyo anagrama puede leerse TRAMA, en el sentido imaginario de

¹ Cavaillez, P; Ceccon, P; Fontaine, A; Gadesaude, E; Godard, F; Mesnard, C; Rousselet, M-C; Tome, L. “Ponctuation des corps à Saumery”. *Revue Pratiques En Santé Mentale*. 1999, vol. 45, no 4 (46 p.) pp. 34-38. Fédération d'Aide à la Santé Mentale, Paris, FRANCE.

un tejido o de un perpetuo zurcido para la reconstrucción diaria del cuerpo desarticulado.

TREMA, lógica doméstica en el sentido noble (*domus/casa*) cuya relación hospital/hospitalidad nos lleva a una vigilancia extrema frente a los pacientes de larga estadía. Aquellos que habitan e invisten los lugares a menudo de manera delirante. Y a los terapeutas, que descifran el singular mensaje entregado por el caos de la habitación.

HISTORIA DEL CUERPO SOCIAL EN SAUMERY

Es necesario repetir el largo curso de Saumery. Evocar los mitos y convocar los fantasmas. Distintos personajes, perdidos en la lejanía, llevan a la ensoñación: Radulphus de Saumery mencionado en 1200, Oudin Malmouche que posee el castillo en 1284 y muchos otros... Jacqueline Salviati, la hermana de la Casandra de Ronsard, viuda heredera de Saumery en 1578.

En el siglo XVII y XVIII, los Johannes de la Carre, dueños de Saumery, adquieren la responsabilidad que los hizo gobernadores de Chambord y efectúan importantes trabajos que conducen a la configuración actual del castillo.

En esa época,

“Saumery era el nido de Chambord... Cuando toda la corte venía a Chambord, en el invierno se congelaban, y en verano estaba lleno de mosquitos. Chambord no estaba calefaccionado, había agua por todas partes; entonces iban a refugiarse a Saumery...”²

² Oury, J; *Il, donc*. Union Générale d'Éditions, 1978.

Mucho más tarde, en 1938, después de múltiples peripecias, el castillo de Saumery es arrendado por la SARL “Clínica Médica del Centro” y se convierte en una clínica psiquiátrica. Fundada por el Doctor Olivier, médico jefe del hospital psiquiátrico de Blois, Saumery acoge entonces a algunos enfermos privilegiados. En 1942, bajo la presión de los alemanes, este hospital se disolverá completamente, y los enfermos serán expulsados o deportados.

Luego, durante una decena de años, no quedarán en Loir-et-cher³, para una población de 250.000 habitantes, más que las 12 camas de Saumery. Cuando Jean Oury llega a Saumery en 1949, la situación es completamente *paupérrima*. A pesar de la precariedad y la soledad, Oury es el único psiquiatra del departamento, él va a desarrollar la actividad de la clínica y constituir un equipo que lo seguirá, más tarde en 1953, cuando parta a fundar la clínica de La Borde.

Saumery, verdadero “campo de base,” cuenta entonces con 40 camas, el equipo está formado por “una quincena de enfermeras o damas de servicio”. Para aquellos que idealizarían una edad de oro, correspondiente a este período, Oury los desengaña añadiendo: “... En Saumery, no había psicoterapia institucional... Al principio, en 1950, yo dije:” podríamos hacer pequeñas reuniones para hablar un poco de psicoterapia, etc... al cabo de 8 días renuncié a esto. Con la dueña de casa eso se degradaba en conversación de salón de té”⁴.

¿Qué hacían y qué hacen estas últimas, que preferimos llamar “dama de servicio” (ama de llaves), término que les confiere un toque anticuado? Estas damas de antaño se ocupan del aseo, del servicio de mesa y lavado de loza. Es a partir de este cuerpo social, discretamente anacrónico y de los intentos para hacerlo

³ Región de Francia

⁴ Oury, J; *Il, donc*. Union Générale d'Éditions, 1978.

evolucionar, que el TREMA se pensó, en filiación directa con la psicoterapia institucional.

Todo seguirá prácticamente igual hasta 1980, cuando un incendio causado por una paciente provoca 6 víctimas e implica numerosos daños y el cierre del establecimiento por 6 meses. El equipo existente aprovechará esta catástrofe para instalar un grupo de cuidadores y un equipo médico, realizaban sus prácticas en las 3 clínicas de Loir-et-Cher que participan de la psicoterapia institucional: La Borde, la Chesnaire y Freschines. Durante este cierre, numerosas reuniones van a realizarse en el comedor, lugar relativamente a salvo del incendio, para causar una ruptura epistemológica e ir llevando la organización del trabajo hacia un funcionamiento de tipo psicoterapia institucional.

Cuesta imaginar la situación que reinaba en Saumery antes de este cierre: un equipo de enfermeras durante la mañana y otras durante la tarde, rivales y sin ningún horario en común, ausencia total de reuniones, salas antiguas y mal mantenidas, un grupo de pacientes conformados esencialmente por ancianos, etc.

A pesar del peso del pasado, a partir de 1980 muchas cosas van a cambiar: horarios más variables, turnos (en particular la noche), se crean diversas comisiones (planificación, pasantías, contrataciones, admisiones, etc.), multiplicación de las reuniones, creación de talleres y actividades exteriores cada vez más numerosas. El perfil clínico de los pensionistas rejuvenece, los enfermeros y los “cuidadores” se convierten en “monitores” polivalentes.

Fundado en 1975, el club terapéutico (el S.A.C.E.S: sociedad de animación cultural y ayuda mutua de Saumery) es reactivado totalmente para coordinar la vida social de la clínica y hacer participar a una cincuentena de pensionistas.

Las distintas funciones se separan: no es raro ver a un maestro de mantenimiento participar en una cura de sueño o en entrevistas psicoterapéuticas, a una secretaria realizando la actividad de

teatro o monitores cocinando.

Sin embargo, un cuerpo social permanece relativamente marginalizado: “las damas de servicio”. Aunque desde hace algunos años participan cada vez más en las reuniones, pareciera que existencias especialmente vivas y surgiendo de todas partes impiden a esta categoría del personal implicarse más en el proceso de cuidado. Y no es una de las menores ventajas de la función TREMA, creada a principios de '98, querer abordar entre otras cosas este asunto, que podríamos llamar político. Ya que se trata efectivamente, en paralelo a tomar a cargo el cuerpo de los pacientes, intentar suprimir una segregación perjudicial para el conjunto del dispositivo de cuidado. En este sentido, el TREMA se inscribe en un proceso de aculturación más amplio, actualmente sostenido por una asociación cultural del personal.

EL TREMA

La instauración del dispositivo TREMA, tipo específico e individual de tomar a cargo, va dirigida a todos los pacientes que tienen dificultades para ocuparse de ellos mismos. La función TREMA es reciente en Saumery, pero lo que contiene ha sido siempre una tarea importante en los cuidadores. Lo que caracteriza esta función es que está institucionalizada, tiene un nombre, un cuaderno, una reunión semanal que reúne monitores, personal de servicio, un médico, lo que sirve para determinar qué pacientes y qué habitaciones serán tomadas por el TREMA en las semanas venideras. Esta función se inscribe sobre la grilla (la planificación diaria de los monitores); en resumen, será parte de ahí en adelante de los muros.

Una vez por semana entonces, el equipo de cuidados se reúne para establecer el programa de la semana. Los criterios se basan en las dificultades que los pacientes encuentran para realizar su propio

aseo, para organizar el espacio de su habitación, para mantener su ropa o simplemente invertir los lugares de la clínica. Algunas personas necesitan una presencia permanente y diaria para realizar las cosas más banales de la vida. Es función del equipo establecer la frecuencia del TREMA, de manera que los pacientes no lo vivan de manera intrusiva. El tomar a cargo individualmente es la ocasión de una relación privilegiada con el paciente, que aprovecha este cuidado para confiar sus dificultades; el cuidador utiliza este momento para orientarlo, ayudarlo a participar en distintos talleres u organizar el empleo de su tiempo.

LA MAÑANA DE TREMA DE UNA MONITORA

Voy a contarles una mañana de TREMA, un día donde “yo fui grillada” en él, como decimos en Saumery. Cada uno de mis colegas podría contar otra experiencia, inevitablemente diferente a la mía. Cuando, sobre la grilla, veo mi nombre en frente de “TREMA,” me dirijo al cuaderno sobre el cual se inscriben los pacientes para ese día. A continuación, aviso a los pensionistas concernidos, así como a la “ama de llaves,” que intervienen ese día. A menudo, considerados por los pacientes como más disponibles y más próximos a sus preocupaciones cotidianas que los cuidadores, el personal de servicio facilita la aproximación y permite frecuentemente que un paciente refractario a los cuidados acepte el TREMA.

Después de despertarse viene el baño, pero a veces nos damos cuenta de la poca ropa limpia que hay. Entonces, nos vemos obligados a acompañar inmediatamente al paciente a la lavandería o de ordenar con él su armario a fin de encontrar lo que necesita para lavarse y cambiarse.

Según la autonomía del paciente, su patología y su deseo lo acompañamos o no en el cuarto de baño. Cuando esto se hace, nuestro grado de acción varía de la simple presencia, al enjabonado,

al acompañamiento total del baño (relleno de la bañera con ajuste de la temperatura, desnudamiento, instalación en la bañera, champú, enjabonado, enjuague, secado, vestirse, selección de las prendas de vestir, peinado, cambio de bolsillos de los objetos personales...)

Cuando el paciente tiene bastante ropa que lavar, lo acompañamos al taller lavadero para que ponga una máquina en marcha. A continuación, y durante todo el día, nos preocupamos de volver al taller regularmente con él para ayudarlo a poner a secar la ropa, más tarde doblarla y guardarla.

Con el personal de servicio, hacemos participar al pensionista en el arreglo y la limpieza de su habitación. No para que la pieza quede “soplada,” sino para que el paciente salga de su apragmatismo o tome conciencia del interés por un medio ambiente limpio.

Realmente no hay una cronología ni una manera estandarizada de hacer un TREMA, el objetivo se mantiene pero la manera cambia sin cesar, en función de los participantes que están allí.

INSCRIPCIÓN DE LA FUNCIÓN TREMA: COLOMBO

A través de la historia de Colombo, queremos mostrar cómo el tomar a cargo el cuerpo de un paciente tiene importancia sobre su vida psíquica.

Colombo está hospitalizado en Saumery hace veinte años. Sufre de una psicosis esquizofrénica que comenzó por episodios de violencia y crisis clásicas espectaculares. Los episodios de violencia están vinculados a decepciones: a pesar de sus repetidas promesas, su madre no viene a verlo. La demanda de medicamentos es difícil de controlar.

Colombo tiene dificultades en participar en las actividades socioterapéuticas de la clínica. Intenta el taller de equitación, pero lo abandona al final de algunos meses. Colombo se ensimisma cada vez más. Las crisis de violencia se esfuman, pero el contacto es cada vez más difícil; Colombo huye de los otros pacientes tanto como del equipo. La institución lo deja entonces “tranquilo”. Los raros vínculos posibles se establecen con Jacqueline, una monitora que se ocupa de su ropa y con quien acepta a veces ir a la ciudad a hacer compras, y con el director que lo lleva todos los meses al banco a cobrar su pensión. Va a pesar de todo a la recepción todas las mañanas a buscar su dinero diario necesario para sus cigarrillos. Por último, tres veces al año, me solicita el taller de peluquería.

Físicamente, Colombo se deja estar, se lava muy raramente, fuma mucho, quema sus dedos y sus prendas de vestir, pasa por períodos en los que engorda, seguidos por períodos de adelgazamiento. Come solo, detrás de la barra de la cafetería que le sirve de pantalla. Durante años, el registro del equipo en la ficha clínica sólo menciona consultas por problemas cardíacos (síncope...). Colombo hace hablar su cuerpo para comunicarnos su “malestar interno”.

La negligencia total de Colombo alcanza tales proporciones que el director se niega a llevarlo en auto.

La dificultad que encontramos entonces consiste en saber cómo hacer para que Colombo permita ser tomado a cargo de manera más cercana.

Preocupada por su estado, Jacqueline hace intervenir “el espíritu de cuerpo” del equipo y pide a Yann, otro monitor, que la ayude para que Colombo tome un baño. Se nota aquí una re-emergencia de una trama “hípica” que la creíamos ya usada y desgastada. En efecto, Yann es también monitor del taller de equitación y se puede pensar que aunque aún no había llegado cuando Colombo frecuentaba ese taller, una transferencia alrededor del caballo y la

equitación se produjo. Yann tomó entonces el relevo de Jacqueline y acordó una cita semanal para el baño. Con la preocupación de asegurar la continuidad de los cuidados le propongo a Yann de integrarme al proceso ya emprendido y le pido “presentarme” el día de la equitación. Colombo acepta inmediatamente.

Fue en este período que se estableció la función TREMA. Durante las reuniones, los vínculos entre los distintos cuerpos de oficio se establecen progresivamente, y otras personas se acercan a Colombo, seguro de no ser abandonado.

Hoy es Colombo el que viene a preguntarnos: “¿quién me hace el TREMA?” incluso parecía reivindicarlo. Por primera vez, desde hace mucho tiempo, bajo el impulso del personal de servicio, Colombo hasta acepta almorzar en la sala común. Es más receptivo del mundo exterior, puede sentarse ahora en la enfermería y pedir hacer compras en la ciudad.

CONFUSIÓN DE LAS ZONAS CORPORALES E IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA: GISÈLE Y FOX

Gisèle está en fase maníaca. Como en otras ocasiones cuando su thymie aumenta, desencadena una extensa operación de limpieza interna: su cuerpo se llena con agua - hiperhidratación global. En paralelo a su llenado “hidro psíquica,” se constata que ella hidrata el “cuerpo” del castillo tapando las tuberías: todas las mañanas los baños y los W.C están inundados.

Como es muy discreta - ludismo maníaco o - llamamos al gasfiter. Es inútil, a pesar de algunas reparaciones anodinas, las fugas siguen. Al cabo de una semana de encuestas infructuosas realizadas por las damas del servicio, el fantasma que introduce pañales en los sanitarios continúa merodeando. Hay fuga por todas partes.

Otros pacientes deciden inscribir el problema en la tabla del día viernes de la asamblea general. Se hace una interpretación al grupo: el castillo tiene la misma estructura que un cuerpo: tubos internos, canalizaciones intestinas, uretrales, bañeras vejigales... Si su capacidad es sobrepasada, se desborda, como la angustia o la pena que surge cuando el aparato psíquico no puede contener más pensamientos inquietantes y debe proyectarlos exteriormente para aliviarse. Por otra parte, Gisèle se corta a veces la piel para hacer sacar el agua de su cuerpo.

Esta historia permite comprender de forma ejemplar la naturaleza de lo que está en juego a niveles terapéuticos frente a pacientes seriamente enfermos. Algunos conceptos deben retenerse:

- Las situaciones que ponen en cuestión el cuerpo deben conectarse directamente a la vida pulsional y a las angustias arcaicas que las acompañan, cuando su construcción falla y se desmantela en un caos esquizofrénico.
- Los problemas encontrados se refieren esencialmente a las relaciones entre el cuerpo biológico y el cuerpo psíquico: muy pronto, en la experiencia del bebé, los orificios corporales y sus secreciones constituyen zonas y elementos organizadores de la vida psíquica. Es a partir de las pruebas somáticas (interior/ exterior), (continente/contenido), (penetrante/penetrado), prontamente cargadas de emociones y afectos, que van a nacer las primeras distinciones y límites somatopsíquicos: entre sí y sí mismo, entre sí y el otro, y más tarde entre sí y el grupo.
- Según esta perspectiva, las modalidades de comunicación con los pacientes psicóticos permanecen muy vinculados a las primeras experiencias identificatorias preverbales, que son fundamentales en la construcción del narcisismo primario: identificación adhesiva, identificación proyectiva, etc.
- En presencia de un paciente que sufre de psicosis, experimentamos

frecuentemente sus “proyecciones” y sus comportamientos como una manera de defenderse - de protegerse del contacto, ya que el contacto pareciera generar dolor - pero a menudo olvidamos verlo de otra manera: la proyección es también un intento por comunicar con los objetos de su mundo interno. En el caso de Gisèle, el cuerpo del castillo es su propio cuerpo, y el agua, su perseguidor interno.

- Es preciso considerar la relación entre cuidador/cuidado como una relación padre/bebé. En efecto, el equipo es constantemente solicitado en su capacidad parental conteniente, para el registro materno: aliviar, reconfortar, animar, acompañar, sanar, alimentar, lavar... y para el registro paterno: limitar, hacer respetar las normas de la vida diaria, multar, prescribir, prohibir, reconocer, encuadrar...
- En el medio institucional, se pueden identificar tres niveles de conflictos vinculados al cuerpo: son a veces íntimos/privados y analizados en entrevista psicoterapéutica, a veces íntimos/semiprivados a escala de una habitación y abordados en reunión de habitación, a veces íntimos/públicos a escala del colectivo y hablados en asamblea general por todo el grupo.

Ocuparse del castillo, hacer la limpieza de una habitación, escuchar bien las necesidades corporales de un paciente, mantener los espacios, todo esto pertenece entonces a una preocupación maternal primordial. Se sabe que cuando una madre da de comer a su bebé o hace su aseo hace más que entregar calorías o secarlo. Por su presencia, su mirada, su palabra, ella alimenta, clasifica, limpia, alivia las angustias de su niño. Aquél, poco a poco podrá un día desenvolverse completamente solo, después de haber puesto en sí una suerte de combinación compleja que se puede llamar “madre interna,” la que toda su vida continuará ocupándose de él. Por distintas razones, la madre interna de nuestros pacientes psicóticos ha sido dañada gravemente. Son estos asuntos que la función TREMA intenta abordar.

Fox está hospitalizado desde hace un año y medio. Nos fue derivado para “liberar” su toxicomanía de una estructura psicótica subyacente. Al final de algunos meses de observaciones constatamos que las dificultades de Fox corresponden a un cuadro de psicosis. La negligencia total prevalece: tiene dificultades para lavarse todos los días, su habitación está en desorden y es un síntoma muy molesto, el TREMA es una trifulca - oposición de su parte - , es necesario despertarlo varias veces, enojarse, vaciar su habitación, ver a su médico. De hecho, el equipo comienza a investirlo y lo que al principio no era más que un trabajo molesto - soportar el olor de los pies de Fox - se convierte progresivamente en un cuidado.

Un día, en asamblea general, Fox aborda el problema que le plantea compartir los W.C colectivos, dice estar molesto con el olor de los otros. El debate llega a la conclusión que algunos pueden “oler de modo diferente”. Fox se ríe a carcajadas.

Se reduce actualmente la realización del TREMA de Fox. Él cuida de sus pies, ordena su habitación y participa más en la vida de la institución. Un proyecto de hogar terapéutico comienza a perfilarse.

Se puede plantear la hipótesis que el olor de pies de Fox es tanto reacción de defensa y ataque somático contra las tentativas de aproximación de un cuerpo materno (se opone a los cuidados, al TREMA) como manifestación corporal de angustia de abandono (su historia vuelve plausible esta hipótesis). La permanencia del dispositivo TREMA, la puesta en palabras de su curiosidad infantil frente a un mundo oloroso - se queja del olor de las heces de los otros en los W.C colectivos - y el reconocimiento de su vivencia psicótica, permitió a Fox encontrar un aspecto importante de su vida psíquica. Se dio cuenta que invadía a los otros con “cosas” de las cuales aún no tenía realmente conciencia. Los límites de su cuerpo están cada vez más claros.

SI LA HABITACIÓN ES UN CUERPO, ¿SE PUEDE COMPARTIR?
VALÉRIE, MULDER Y TRIP
OPOSICIÓN AL TREMA:

Valérie, 25 años, desea ocuparse de su habitación y se opone a toda penetración a su espacio por parte del personal de servicio o de una monitora. Si es normal para nosotros respetar esta “privatización” - la habitación no le pertenece totalmente en sentido estricto - aparece igualmente normal intentar vincularla a la historia de Valérie. Si su tiranía infantil trabaja para evitar toda apertura emocional.

- Valérie comprendió muy bien que el TREMA no solo se refería a la limpieza - se puede también pensar que tiene necesidad de protegerse de la intrusividad masiva y permanente de una madre perseguidora que no sabe mantener distancia.

Cerrar su habitación al TREMA da prueba aquí de una sana capacidad para oponerse - lo que Valérie no consigue hacer con su madre. El TREMA permite también abordar los problemas de la habitación.

REUNIÓN TREMA PARA HABLAR DE LA HABITACIÓN:

Mulder y Trip comparten la misma habitación. El primero sufre una parafrenia, el segundo sufre una psicosis post-autística. Recientemente, Mulder confiaba a su médico que no se atrevía a pedirle a Trip abrir la ventana por la noche, con lo que dormiría mejor. Por otra parte, ocurre que Trip dice a menudo a Mulder que va a morir pronto. Mulder teme permanentemente volver a la habitación por miedo a encontrar a Trip muerto sobre su cama.

Cuando Mulder dice que está enojado con Trip por dormir con las ventanas cerradas, pensamos que hace algunos progresos: el

espacio que comparte se convierte en un espacio que tiene desafíos concretos. En efecto, cuando habla de sus relaciones con los miembros de su familia, Mulder dice que no puede pedirles nada y que no hay que molestarlos. Si él pidiera algo, eso amenazaría su propia existencia o la de su familia; para Mulder, pedir equivale a romper los vínculos y quizá morir.

Cuando se producen acontecimientos como éste, el dispositivo TREMA puede tomar la forma de una reunión de habitación. Fácil de organizar. Intentamos ayudar a los pacientes a pensar juntos y poner en palabras la naturaleza de sus conflictos y las dificultades diarias con que se encuentran.

Para Mulder y Trip, este conflicto fue una ocasión para establecer vínculos entre ellos. Pero fueron necesarias primero las confianzas de Mulder a su médico y que los temores de una de las mujeres del personal de servicio, en relación a Trip, se hayan compartido en una reunión TREMA, para que la resolución concreta del problema en la realidad se concrete para ellos dos. Un mes más tarde, Mulder decía que Trip aceptaba dormir con la ventana abierta y que él aceptaba dejarla cerrada - debido a los mosquitos....

CONCLUSIÓN

Los cuidados del cuerpo ocupan un tiempo y un lugar muy importante en el trabajo diario de los equipos en psiquiatría. En general, tienen por objeto ayudar a los pacientes a adquirir autonomía. Pero frente al peso de la negligencia total esquizofrénica, el desaliento se apodera de los equipos. Es necesario apoyar este trabajo organizándolo en su duración y enriqueciéndolo de una adición de sentido a nivel clínico para superar la repetición cansadora de una exigencia higiénica del día a día. Pensar una “función limpieza” mejora los cuidados y sostiene eficazmente a los pacientes y los cuidadores

en su trabajo respectivo de introyección de una “maternidad” no superyoica ni intrusiva, en singular.

Articulando las distintas intervenciones, las reuniones TREMA aportan al equipo una posibilidad de elaboración clínica de la contratransferencia: dificultades encontradas en algunos momentos de los cuidados, reactivación de los cuidados para los pacientes que uno olvida o bien afinar el funcionamiento colectivo del equipo. El TREMA es también un dispositivo de cuidado del cuerpo social, el encuentro de distintos cuerpos de oficio hace posible mejorar las condiciones de trabajo para el conjunto del equipo.

Poner palabras, a estas situaciones diarias, corresponde a asumir una función parental. Pensar y contener por el pensamiento lo que los pacientes nos hacen vivir, corresponde a emplazar una relación de crecimiento psíquico. Percibimos que el cuerpo disociado se puede cuidar por medio de la capacidad semántica del equipo. Pensar el equipo que se ocupa de los cuidados como un cuerpo social que debe conectarse permanentemente, prever el espacio institucional como un cuerpo que debe mantenerse diariamente, permite sostener al equipo en su encuentro con el cuerpo de los pacientes y, de rebote, acompañar a los pacientes en su viaje hacia una impensable unidad somato-psíquica.

