

¿Psicoanálisis y comunidad o Psicoanálisis comunitario?

Pensando la intervención psicoanalítica en contextos de vulnerabilidad psicosocial

Genaro Velarde Bernal

Si el psicoanálisis, junto a su significación científica, posee un valor como método terapéutico; si está en condiciones de asistir a seres sufrientes en la lucha por el logro de los requerimientos culturales, esta ayuda debe poderse dispensar también a la multitud de seres humanos que son demasiado pobres para recompensar al analista por su empeñoso trabajo.

(Freud, 1923)

1. Introducción: el contexto social-cultural/contexto institucional

Antes que otra cosa, una confesión: la práctica clínica que más me interpela, que más me cuestiona como psicoanalista, es la que practico en una institución pública ubicada en uno de los barrios mar-

ginados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en una de las tantas “villas”¹ o “barrios de emergencia” (más adecuado sería llamarlos “barrios en emergencia”) de la ciudad.

Si bien dicha institución tiene como objetivo el abordaje (orientación, prevención y asistencia) de los sujetos con consumos problemáticos de sustancias, en la experiencia se impone el hecho de que *los fenómenos asociados o derivados de la marginación y la exclusión social forman parte de las problemáticas que entraman la salud mental de los sujetos* que acuden a tratamiento y, por lo mismo, son aspectos centrales a considerar en el diseño de las estrategias de intervención terapéutico-comunitarias que los equipos y los profesionales llevamos a cabo.

En resumidas cuentas, el marco institucional en el que se inscribe mi práctica se define por la consideración de las problemáticas de consumo de sustancias desde una perspectiva -necesariamente- multidimensional y de reducción de riesgos y daños, el cual se distingue de los paradigmas prohibicionistas, que han declarado una “guerra contra las drogas”. Así, nuestro proyecto institucional nos acerca al abordaje desarrollado por el Dr. Nery Filho en su experiencia con poblaciones vulneradas en Brasil, el cual sintetizó -injustamente- con su noción de “reducción de vulnerabilidades”² (Nery Filho en Goltzman, 2016, p. 23).

¹ Las “villas” en la Argentina son asentamientos informales que “se caracterizan por ser barrios cuyos conjuntos de viviendas, que presentan diferentes grados de precariedad y hacinamiento, conforman una trama urbana irregular, no son barrios amanzanados. Éstas fueron conformadas a través de diversas estrategias de ocupación del suelo y se caracterizan por presentar deficiencias en el acceso formal a los servicios básicos y una situación dominial irregular en la tenencia del suelo. No cuentan con suficiente infraestructura de ciudad como espacios verdes o de recreación, calles en donde puedan circular automóviles, equipamiento público, paradas de colectivo, entre otros. Son barrios a los cuales se accede por medio de pasillos estrechos y tienden a crecer en altura ya que la disponibilidad de suelo es escasa o nula. Presentan una alta densidad poblacional y generalmente se encuentran localizadas cercanas a centros de producción y de consumo y en terrenos cercanos a vías del ferrocarril y cursos de agua” (TECHO, 2013, p.29).

² Pienso que la concepción de un sujeto con múltiples vulnerabilidades, o vulnerado en varias dimensiones de la esfera humana, le ofrece al psicoanalista un espacio de intervención en el marco de la multidisciplina. Será tarea de los psicoanalistas que trabajamos con sujetos vulnerados el pensar o repensar, definir o redefinir, nociones como vulnerabilidad,

Ambos, el marco social-cultural e institucional, matizan decisivamente mi pensar e intervenir psicoanalíticos en este contexto y lo distinguen del que llevo a cabo en mi consultorio privado.

Como decía, esta clínica me interpela más porque me incomoda más. Y, ¡cómo no!, si mi formación psicoanalítica (y, creo, la de una gran mayoría de los colegas) tuvo como eje un paciente imaginario que provenía de la clase media/alta, cuyo nivel de ingresos (o el de sus padres) le permitía cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud, etc. Aquel paciente imaginario había tenido acceso a la educación formal, a la información de actualidad y a ciertos recursos culturales que le permitirían o facilitarían un pensamiento abstracto y que harían de la asociación libre aquella actividad del pensamiento similar al de “un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla que describiera para su vecino del pasillo cómo cambia el paisaje ante su vista” (Freud, 1913, p. 136), salvo que alguna u otra resistencia lo impidiera. La cómoda situación económica de aquel paciente imaginario le permitiría iniciar un tratamiento psicoanalítico con una frecuencia de varias sesiones por semana. Ese paciente también buscaría voluntariamente un tratamiento (salvo excepciones, como los niños, algunos adolescentes y algunos psicóticos) porque algún malestar lo aqueja y, dado que el psicoanalista es un referente cultural por su conocimiento y su pericia en las cuestiones de salud mental, acudiría a este profesional esperando encontrar el anhelado alivio...

Hoy puedo reflexionar que el Psicoanálisis fue pensado en sus inicios, y muchas veces aún hoy en día, como un dispositivo destinado a intervenir en una minoría de la población y que los psicoanalistas actuales, y quienes nos antecedieron, pertenecemos a esa misma minoría. Fuimos formados como psicoanalistas por y para esa minoría. No es una crítica, en el mejor de los casos es una observación que, de alguna manera, responde a la pregunta por la ausencia

subjetividad vulnerada o psiquismo vulnerado, pero desde una perspectiva amplia e inclusiva y en el marco de los contextos de pobreza, exclusión social e inaccesibilidad de derechos.

de psicoanalistas en contextos de extrema pobreza y vulnerabilidad psicosocial.

Si bien, cada vez con mayor frecuencia me encuentro con literatura y experiencias psicoanalíticas de otros colegas en estos contextos, éstas aún hoy siguen siendo *marginales* en el marco general de la literatura psicoanalítica. Pienso que la introducción y posicionamiento del Psicoanálisis en las instituciones de salud (públicas y privadas) ha producido nuevas experiencias que no pueden más que enriquecer el *corpus* teórico y *praxis* de los profesionales, lo que permite ampliar el campo de intervención de nuestra disciplina.

2. Contextos de exclusión y vulnerabilidad psicosocial: ¿territorios *marginales* para el Psicoanálisis y los psicoanalistas?

La preocupación por los alcances del Psicoanálisis y el deseo de que se convierta en una herramienta terapéutica a disposición de las grandes masas de la población, es de origen freudiana. En la paradigmática conferencia que ofreció en el Congreso de Budapest (1919), y después de lamentarse por las limitaciones que enfrentaba el Psicoanálisis para intervenir en los sectores populares, Freud sostiene, casi proféticamente, que en un futuro se crearán instituciones donde habrá psicoanalistas analizando a quienes no puedan pagar por ello. Dichos tratamientos serían gratuitos y la beneficencia privada aportaría el capital económico hasta el momento en que el Estado asuma esta responsabilidad. De esta forma, Freud imaginó un servicio de salud pública en la que el psicoanalista ocuparía un lugar predominante.

En aquella conferencia Freud (1919) sostuvo:

Cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones. No dudo de que el acierto de nuestras hipótesis psicológicas impresionará también a las personas incultas, pero *nos veremos precisados a buscar para nuestras doctrinas teóricas la expresión más simple e intuitiva*

[...] Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alejar el oro puro del análisis con el cobre de la sugerión directa [...] Pero cualquiera que sea la forma futura de esta *psicoterapia para el pueblo*, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del *psicoanálisis riguroso*³ [...] (p. 163).⁴

De forma muy similar, Freud expone, en su breve Prólogo a un trabajo de Max Eitingon, una genuina preocupación por el abordaje psicoanalítico de las problemáticas de las masas pobres: “Si el psicoanálisis, junto a su significación científica, posee un valor como método terapéutico; si está en condiciones de asistir a seres sufrientes en la lucha por el logro de los requerimientos culturales, esta ayuda debe poderse dispensar también a la multitud de seres humanos que son demasiado pobres para recompensar al analista por su empeñoso trabajo” (Freud, 1923, p. 290).

Freud sabía -y quienes trabajamos con pacientes en situación de vulnerabilidad psicosocial lo comprobamos día a día- que llevar el dispositivo psicoanalítico más allá de los límites del consultorio obligaría a realizar modificaciones en el encuadre y técnica clásicos, con la dificultad inherente de conservar la denominada “especificidad psicoanalítica”⁵. En esta misma línea entiendo la útil propuesta de

³ Las cursivas son mías.

⁴ Sobre estas líneas, especialmente sobre el “oro puro del análisis”, ya expuse algunas ideas en otro lugar (Velarde Bernal, 2016). Sólo quiero reiterar que entiendo que con el “oro puro del análisis” Freud enuncia un doble basamento desde el cual es posible sostener el trabajo psicoanalítico en cualquier contexto: la dimensión ética y la regla fundamental para ambos participantes de la relación analítica.

⁵ Me permito una digresión a propósito de la mencionada “especificidad” del Psicoanálisis. Y me detengo, brevemente, en este punto porque es una discusión que se repite en los espacios de intercambio teórico/clínico con otros colegas. Pienso tres cosas al respecto. Primero: que me parece más adecuado buscar la especificidad del dispositivo psicoanalítico en las cuestiones de fondo, no en las de forma. Segundo: que lo más enriquecedor para nuestra disciplina es que su especificidad sea dinámica y en continua construcción, no estática ni rígida. Lo que quiero decir es que las nociones nodulares del Psicoanálisis -

Eric Laurent acerca de la producción de “una clínica *no estándar*” (Laurent, 2000, p. 54) como desafío en la actualidad del siglo XXI.

De los pasajes citados previamente se desprende que Freud tenía un claro interés por la “masificación” de su descubrimiento. Sería injusto pedirle todo, pero intuyo que, de haber vivido un poco más, su pensamiento y sus esfuerzos se hubieran dirigido hacia lo que años después -y en tierras sudamericanas- Pichón Riviere denominó “democratización del Psicoanálisis” (Pichon-Riviere en Zito Lema, 1985, p. 103). Esto no debe ser leído desde la ingenuidad y simplicidad de la generación de un “Psicoanálisis para todxs”, sino desde la perspectiva que permite pensar en la ubicación del Psicoanálisis “en un lugar de un ‘uso posible’ para todos” (Laurent, 2000, p. 58).

Pienso que, en parte, las palabras de Freud se cumplieron y los psicoanalistas ocupamos cada vez más espacios en los sistemas de salud, lo que nos permitió poner el instrumento psicoanalítico a prueba y a disposición de un mayor número de personas, con la consecuencia de encontrarnos con sujetos con gran diversidad de padecimientos y de orígenes culturales, sociales y económicos. La proliferación de psicoanalistas (en la Argentina) dentro del sistema público de salud ha producido una relación de ganar-ganar, donde el Psicoanálisis se nutre de los nuevos contextos donde se practica y los sujetos acceden a una experiencia analítica que de otra forma no podrían solventar económicaamente.

La atención que el psicoanalista ofrece en el marco de un hospital público tiene algunas coincidencias con la que lleva a cabo en su consultorio privado, ya que ambos espacios funcionan, en términos generales, bajo las lógicas de los sistemas de salud. Pero, ¿qué pasa

tanto técnicas como metapsicológicas- tienen que ser discutidas y repensadas a la luz de los cambios culturales, de los nuevos paradigmas científicos, del conocimiento e intercambio con los saberes de otras disciplinas, de las realidades sociales y económicas, y de las prácticas y representaciones que son propias de las parcelas microculturales que atraviesan a los sujetos con los que trabajamos. Y tercero: pienso que el debate sobre la especificidad del psicoanálisis se torna sinuoso y despierta grandes pasiones porque, sin ser muy conscientes de ello, trasciende a la discusión teórico-clínica y toca la sensible fibra de la identidad psicoanalítica: la persona del psicoanalista y su construcción identitaria.

cuando el psicoanalista -profesional de la salud mental- trabaja en una institución con una lógica distinta a la del sistema hospitalario y de salud? ¿qué pasa cuando el psicoanalista trabaja “en territorio”, donde las intervenciones muchas veces trascienden las cuatro paredes del consultorio? ¿qué pasa cuando los pacientes con los que trabaja el psicoanalista viven en contextos de exclusión y vulnerabilidad psicosocial y, por lo tanto, las problemáticas de salud mental se entraman con otras del orden de las necesidades primarias (alimento, vivienda, educación, vestimenta, servicios, etc.), que complejizan las intervenciones? ¿qué pasa cuando el psicoanalista tiene que -realmente, y no sólo discursivamente- trabajar interdisciplinariamente, con psiquiatras, psicólogos (comunitarios, sistémicos, cognitivos), psicólogos sociales, trabajadores sociales, operadores socioterapéuticos, consultores psicológicos, psicopedagogos y docentes?

3. ¿Puede un psicoanalista intervenir en contextos de vulnerabilidad y exclusión social?

Mi experiencia (que no sólo incluye a la clínica individual, sino también como referente de un equipo terapéutico, como coordinador de la institución, participando en grupos de trabajo con instituciones u organizaciones barriales y en redes institucionales barriales) en el marco de una institución pública que también realiza intervenciones “en territorio”, me ha mostrado lo valioso que resultan la metapsicología y la clínica psicoanalíticas en la comprensión de las problemáticas derivadas de la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social, así como en el tratamiento de los sujetos que las padecen e incluso, en el diseño de estrategias de intervención comunitaria. La singular visión que ofrece el psicoanálisis acerca del fenómeno humano lo convierte en una invaluable herramienta terapéutica en estos contextos y en las intervenciones socio-comunitarias.

De la experiencia que estoy desarrollando día a día me surgen algunas de las preguntas que motivan las siguientes reflexiones: ¿es

possible pensar en un “psicoanálisis comunitario”? ¿es *necesario* pensar un psicoanálisis comunitario? ¿necesario para quién/es? En todo caso, si el psicoanalista hace Psicoanálisis y es lo que sabe hacer, ¿por qué denominarlo comunitario? ¿un Psicoanálisis comunitario se distinguiría de uno “no comunitario”?

No intentaré respuestas contundentes, cerradas, lineales o directas a estas preguntas. Pienso que siempre es más útil el intentar bordear, esbozar y jugar con la construcción de posibles respuestas y reflexiones. Para ello partiré de la idea, obvia tal vez, de que sí hay diferencias importantes que el psicoanalista debe considerar cuando interviene en su consultorio privado y cuando lo hace en contextos comunitarios o territoriales con sujetos en situación de vulnerabilidad psicosocial. Este último analista tendría que considerar, por lo menos, los siguientes tres aspectos antes de aventurarse a intervenir en los contextos ya descritos:

1) El psicoanalista y sus prejuicios

Lo primero y lo más esencial para un psicoanalista que interviene en estos contextos es, a mi juicio, el trabajo personal con los propios prejuicios y los estigmas sociales. Es el análisis del psicoanalista...individual y como sujeto social.

Como ya lo mencioné antes, en estos contextos *los fenómenos asociados o derivados de la marginación y la exclusión social forman parte de las problemáticas que entraman la salud mental de los sujetos*. La escucha e intervención analíticas pueden verse seriamente comprometidas si el profesional no revisa y elabora sus propias preconcepciones relacionadas con los fenómenos de la pobreza, la marginalidad, la vulneración de derechos, las violencias, la conflictividad con la ley, los consumos problemáticos de sustancias (abuso y dependencia), etc. Todas ellas problemáticas que lastimosamente han estigmatizado a los sujetos excluidos y vulnerados socialmente.

El “estigma”, tal como lo pensó Goffman (1963), hace alusión a un atributo que desacredita de muy diversas formas a quien funge como su portador. El estigma constituye parte de las categorías e identidades sociales atribuidas al otro.

Al ser muchas veces preconscientes o inconscientes, los estigmas permean la forma en la que nos vinculamos con los otros y en las que interpretamos, pensamos y actuamos sobre las distintas realidades sociales. Es lo que Bourdieu denomina *habitus*: esquemas de percepción, pensamiento y afectos, que han sido interiorizados, que son inconscientes y han sido encarnados (en los cuerpos, en la carne de los cuerpos); que configuran prácticas y matrices relationales: son “...estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, en tanto que principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones...” (Bourdieu, 2007, p. 86)

El psicoanalista es un sujeto inmerso en un magma de significados socioculturales que atraviesan su subjetividad⁶, como la de cualquier otro sujeto. Sucede que su labor lo obliga a posicionarse éticamente de una forma distinta a la del común de las personas, especialmente cuando sus intervenciones se dirigen a sujetos excluidos y estigmatizados socialmente.

Las preconcepciones sociales estigmatizantes no analizadas tienden a ser reproducidas con todo el peso de la violencia que le es inherente al juicio o acción estigmatizadora. Cuando esto sucede, los estigmas se ponen en juego tanto en formas manifiestamente violentas, como en la silenciosa desmentida de los aspectos de la ajenidad del otro (Berenstein, 2004), lo que produce sufrimiento social (Berenstein & Käes, 2002). *El riesgo es claro: el analista se transforma en agente estigmatizador; es el analista violentando a su paciente*

⁶ En lo que resta de este escrito empleo la noción de subjetividad de la forma en la que lo hace Berenstein: “...en un sentido fuerte y preciso, como referido al proceso de constitución del sujeto y a todo lo atinente a él desde el punto de vista psicoanalítico. No es usado en el sentido débil y convencional ni tampoco como adjetivo (“opinión subjetiva”), cuando se le otorga un sentido desvalorizado para calificar los dichos o sentimientos tenidos por lo personal y no sometidos al escrutinio propio de lo riguroso...” (Berenstein, 2004, p. 32).

(por reproducción de la violencia social o por la desmentida de aspectos de la subjetividad del otro), pero ya no en el campo social sino en el espacio terapéutico, lo que invalida toda función psicoanalítica.

Italo Calvino logra una descripción literaria de esta última violencia, la silenciosa, que no por silenciosa es menos desubjetivante. En “Ciudades Invisibles” nos cuenta de Leonia, ciudad donde “...cada mañana la población se despierta entre sábanas frescas, se lava con jabones apenas salidos de su envoltorio, se pone batas flamantes, extrae del refrigerador más perfeccionado latas aún sin abrir, escuchando las últimas retahílas del último modelo de radio” (Calvino, 1972, p. 49-50).

La ciudad de Leonia se rehace a sí misma todos los días cuando los restos, los residuos, del día anterior esperan pacientemente la llegada del carro del basurero para ser llevados a los márgenes de la ciudad y acumularse en grandes montañas de pestilentes e indestructibles desperdicios.

La opulencia de la ciudad, cuenta Calvino, se mide por “las cosas que cada día se tiran para ceder lugar a las nuevas” (*Idem*, p. 50). La acumulación que amuralla la ciudad es tal que existe un riesgo inminente de que suceda un derrumbe que la sumerja en sus propias excrecencias.

Al final de la descripción de Leonia, Calvino introduce un diálogo entre dos personajes, que transcribo íntegro:

“Kublai: Que no existan la fatiga, los alaridos, las heridas, el hedor, sino sólo esta planta de azalea.

Polo: Que los cargadores, los picapedreros, los barrenderos, las cocineras que limpian las entrañas de los pollos, las lavanderas inclinadas sobre la piedra, las madres de familia que revuelven el arroz mientras amamantan a los recién nacidos, existan sólo porque nosotros los pensamos.

Kublai: A decir verdad, yo no los pienso nunca.

Polo: Entonces no existen (...)” (*Idem*, p. 51)

En este esfuerzo por la toma de conciencia y elaboración de los propios prejuicios, es importante -en este contexto socioeconómico y cultural, más que en ningún otro-, desanudar también los prejuicios que psiquiatrizan, psicopatologizan o sociopatologizan *per se* a los sujetos con problemáticas que son complejas y multidimensionales. Me refiero al esfuerzo de no anteponer ni las nosografías sociales (“pibe chorro”, “bolita, paragua”, “negro cabeza”, “negro villero”), ni las nosografías psiquiátricas o psicopatológicas (sociopatía, psicopatía, toxicomanía) que, muchas veces latigamos y adjudicamos automáticamente. Este esfuerzo tiene la finalidad de dar lugar y sostener la posición más ética posible, aquella que tiene que ver con el respeto del otro en su radical ajenidad y a la singularidad del sujeto en su contexto socioeconómico y cultural.

2) De la necesaria multidimensionalidad

Tengo la impresión de que en gran parte de la bibliografía psicoanalítica poco se habla del medio socioeconómico y cultural de los pacientes y, por lo mismo, se encuentra ausente como aspecto a considerar en los desarrollos metapsicológicos. Como si ese ámbito no tuviera ninguna incidencia en la constitución subjetiva, en el mundo interno de quien acude a tratamiento o, incluso, en los avatares de los procesos psicoanalíticos.

Cuando analista y paciente comparten realidades sociales, económicas y culturales, es probable que éstas queden invisibilizadas, que no “hagan ruido” y pasen desapercibidas como material analítico y como escenarios y experiencias subjetivantes.

A esto se refiere Marcelo Viñar, y coincido con él, cuando sostiene que el “escuetamente llamado mundo externo (o realidad consensual, sociopolítica y cultural), suele permanecer en repliegue, casi diría como invariante clínica, dada nuestra común pertenencia a la misma lengua, a la misma cultura, a la misma época, con los mismos códigos y claves para definir las normas y las transgresiones, los

ideales y los valores propios de cada tiempo y lugar” (Viñar, 2009, p. 112).

Cuando esto sucede corremos el riesgo de simplificar y empobrecer el fenómeno de la subjetividad, disociando al sujeto de sus múltiples ámbitos subjetivantes (como si pensáramos que lo inconsciente no es, también, social y cultural). *La consecuencia de disociar a nuestros pacientes de su entorno social, político, económico y cultural no puede ser otra que la de llevar a cabo análisis de ficción con pacientes de ficción.*

El psicoanalista que trabaja en contextos sociales de alta vulnerabilidad no puede hacer esta concesión. Si en la práctica tradicional, la experiencia socioeconómica y cultural de los sujetos es, muchas veces, silenciosa (por no decir silenciada), en la práctica comunitaria y territorial estas experiencias se encuentran por todos lados: en los relatos, en las fantasías, en los sueños, en los síntomas, en las construcciones identitarias, en las formas de vincularse y de estar en el mundo, etc. Es la escucha de lo que Lacan llamó “palabra fundante”, aquella “que envuelve al sujeto, es todo lo que lo ha constituido, sus padres, sus vecinos, la estructura total de su comunidad, y no sólo lo ha constituido como símbolo, sino que lo ha constituido en su ser” (Evans, 2010, p. 148).

La subjetividad, en toda su complejidad, es también socioeconómica y cultural. De esta manera leo y entiendo a Freud cuando sostuvo: “(...) y por eso, desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social, en este sentido más lato, pero enteramente legítimo” (Freud, 1921, p. 67). Es el sujeto, su vida psíquica y sus procesos de subjetivación, en el contexto de su grupo, de su comunidad y sus condiciones de existencia.

Freud sabía muy bien -y así lo muestra en su obra- que no podemos entender la experiencia subjetiva como una experiencia solipsista del ser humano. Por ejemplo, nos muestra que la comprensión de la experiencia subjetiva de los menos privilegiados obligaba a considerar la existencia de un “plus de privación” (Freud, 1927, p.

13), que los diferenciaba de quienes se encontraban en mejores condiciones de vida. Es la experiencia psíquica y emocional hilvanada a las condiciones de existencia de los sujetos.

En una línea sociológica, Baumann caracteriza como “incertidumbre prolongada” a la experiencia interna de quien se encuentra en situación de pobreza (*Unsicherheit*: incertidumbre, inseguridad y desprotección) y la describe como aquella que produce en el sujeto “dos sensaciones similarmente humillantes: la de ignorancia (no saber lo que deparará el futuro) y la de impotencia (ser incapaz de influir en su rumbo)” (Bauman, 2014, p. 21). Clima emocional (familiar, barrial, comunitario) con que se encuentra el pichón de humano al momento de su arribo a este mundo y que lo acompañará a lo largo de su crecimiento y desarrollo físico y psíquico. Es en este contexto en donde el sujeto encontrará las distintas instancias en las que tramará su subjetividad (Rodulfo, 2013): personas, espacios, instituciones, grupos, códigos y acciones.

Es por lo anterior que Franco Basaglia, psiquiatra y pionero del movimiento antimanicomial en Italia, no se cansó de anunciar la estrecha relación que encontraba entre la enfermedad mental y la vulnerabilidad psicosocial, lo que lo lleva a sostener tajantemente que “una de las principales prevenciones de la locura y de la enfermedad mental es la lucha contra la miseria” (Basaglia, 2013, p. 49).

No hay que olvidar que “marginalidad” y “exclusión” son nociones tópicas porque ubican al sujeto en el espacio, en el tejido social: marginal ¿con respecto a qué?; excluido ¿de dónde? El “marginado” y “excluido” lo son, sostiene Marcerlo Viñar, “de la comunidad de los hombres y por ello mismo de un aspecto esencial que define la condición humana” (Viñar, 2009, p. 126).

Si bien coincido con Viñar, pienso que es importante subrayar que los sujetos en situación de vulnerabilidad psicosocial se encuentran particularmente excluidos de ciertos ámbitos o espacios privilegiados, cuyas cualidades o características matizan de otras formas las experiencias subjetivantes de quienes sí tienen acceso; circuitos de subjetivación en donde “los incluidos” mantenemos nuestra -nada gloriosa- hegemonía.

Lo que quiero decir es que, ante la mirada desubjetivante de los Polos y los Kublais (“los incluidos”), *el sujeto que se encuentra en situación vulnerable se ve obligado a producir sus propios espacios y experiencias subjetivantes, a generar sus propias estrategias de supervivencia, tanto física como psíquica*⁷. Es en este laberinto de producción subjetiva donde, pienso, encuentra su lugar el psicoanalista que trabaja con sujetos marginados y excluidos socialmente; el dispositivo psicoanalítico -la escucha, la consistencia y la intervención- resulta invaluable como espacio subjetivante en contextos comunitarios y territoriales.

3) El consultorio no es un bien inmueble

Finalmente, el psicoanalista que trabaja en un contexto como el descrito tendría que estar dispuesto a abandonar las condiciones “óptimas” que ofrece la comodidad del consultorio y aprehender fuertemente la convicción de que un psicoanálisis es lo que hace un psicoanalista en el marco de un vínculo analítico y que esta relación se puede gestar y sostener en el consultorio o fuera de él. En todo caso, *me gusta pensar que el consultorio psicoanalítico no es un bien inmueble, sino trasladable y con una gran capacidad de adaptación a las circunstancias -como una carpa o casa de “camping”, que se monta y desmonta para cumplir con su función-*.

Esto no resultará extraño a quienes hayan tenido alguna experiencia hospitalaria en el ámbito público (como profesional, residente o pasante), ya que con frecuencia la falta de consultorios y el alto número de pacientes obliga a los psicólogos a habitar y significar otros espacios, a llevar a cabo sesiones (incluso procesos terapéuticos completos) en espacios abiertos, sentados en los bancos, en los pasillos del hospital, en las cafeterías o cualquier otro lugar que lo permita.

⁷ Véase *El “pibe chorro” y su escena delictiva*, en la bibliografía de referencia.

Es verdad que el espacio físico que cuenta con las condiciones “óptimas” (por ejemplo, cuatro paredes y un techo, sin filtración del ruido externo, control de la temperatura ambiental, comodidad de los asientos, estética del entorno, etc.) favorece en alguna medida el trabajo e instalación del dispositivo analítico, de la asociación libre y la atención parejamente flotante; pero si esas condiciones fueran decisivas en el devenir de los tratamientos no celebraríamos los largos procesos terapéuticos que se despliegan en los pasillos de los hospitales, en las salitas barriales o en las muchas instituciones comunitarias y dispositivos territoriales que intervienen en condiciones poco enviables de precariedad de recursos.

Fue el mismo Freud quien nos recordó que el Psicoanálisis no se encuentra en las condiciones externas al vínculo analítico, cuando en el verano de 1908 sostuvo una singular sesión con el compositor austriaco Gustav Mahler.

Sólo para señalar lo “poco convencional” de aquella sesión psicoanalítica cabe recordar que Freud citó a Mahler (después de dos sesiones que el músico había cancelado) en la ciudad holandesa de Leiden (palabra, cuya traducción es “padecer, sufrir, tolerar”); aquel encuentro tuvo una duración de 4hrs., en las que la pareja analítica deambuló en torno a la ciudad universitaria, por lo que Jones bautiza aquella sesión como una “walking-talking cure” (Soler, 2009); en aquella sesión Freud no cobró honorarios; lo hizo años después, tras la muerte del compositor, dirigiéndole una carta a la viuda de Mahler.

Muchas veces las circunstancias contextuales y las características psicosociales de mis pacientes, me han obligado a tomar decisiones que me han ubicado en situaciones extra-ordinarias y poco convencionales para el trabajo psicoanalítico, tal como lo practicamos en nuestros consultorios. Si bien, la regularidad de mi trabajo clínico es en el marco de un consultorio, he tenido la experiencia de tener sesiones caminando por la villa o sentados en algún parque del barrio; de atender pacientes -por circunstancias de salud o de crisis emocionales- en sus domicilios; por vía telefónica, cuando se han encontrado realizando tratamientos de internación o recluidos en cárceles

o institutos para menores; incluso, hemos trabajado el sueño de un paciente mientras viajábamos en el premetro, cuando lo acompañé para que tuviera su primera entrevista psiquiátrica.

Si bien, la intervención comunitaria o territorial obliga a desprenderse de las condiciones físicas y materiales “óptimas” o “ideales”, pienso que el trabajo psicoanalítico es posible en tanto contemos con los dos elementos mínimos necesarios: un psicoanalista y un sujeto que sufre psíquica y socialmente. El primero, dispuesto a escuchar, pensar e intervenir psicoanalíticamente; el segundo, dispuesto a aventurarse en un tratamiento con la finalidad de resolver aquello que lo aqueja.

Este es el contexto y ésta es la población que requiere, también, de nuestro instrumento. Lo más fácil es decir que ahí no se puede psicoanalizar, pero la aventura más interesante es la de pensar y encontrar las formas de psicoanalizar, de producir experiencia psicoanalítica, en estos contextos y en estas condiciones.

Hago mías las palabras de Theodor Reik, luego de que Freud le contara todo sobre aquel encuentro con Mahler: “las situaciones y circunstancias extraordinarias exigen medidas extraordinarias” (Jabif, 1998, p. 4).

Comentarios finales

El psicoanalista que trabaja con población vulnerada y en contexto comunitario y territorial se encuentra en una situación extraordinaria para el encuadre y el dispositivo psicoanalíticos, en la forma en la que tradicionalmente lo hemos pensando y practicado.

En la Argentina se dice, ante situaciones que evocan un cierto pesar y resignación, “esto es lo que hay”. Yo sé que “lo que hay” en estas condiciones no es lo ideal, pero también sé que puede ser “lo mejor”; porque “*lo mejor*” es *lo que el analista pueda hacer empática y creativamente con “lo que hay”*.

Para finalizar, pienso que los tres aspectos que he mencionado (el análisis de las preconcepciones del analista, la comprensión de la

subjetividad como fenómeno múltiple y complejo, la concepción plástica del consultorio psicoanalítico) son aspectos íntimamente entrelazados, resuenan entre sí porque en ellos reverbera la misma nota que los hace vibrar: *la ética psicoanalítica*.

Ψ Ψ Ψ

Resumen: El autor expone sus reflexiones en base a la experiencia psicoanalítica con sujetos en situación de exclusión y vulnerabilidad psicosocial. Sostiene la necesidad de distinguir la experiencia del analista en consultorio privado de aquel que interviene a nivel institucional, comunitario y territorial, donde las problemáticas psicosociales obligan a repensar la técnica y, muchas veces, la metapsicología. Desarrolla tres aspectos de principio que el psicoanalista ha de considerar si es que se aventura a intervenir en estos contextos: los prejuicios del analista, la necesaria multidimensionalidad y la concepción plástica del consultorio psicoanalítico. Aspectos que reverberan por su nota en común: la ética psicoanalítica.

Descriptores: Comunidad, Sociedad, Exclusión, Vulnerabilidad, Ética.

Psychoanalysis and community or Communitarian Psychoanalysis? Thinking about psychoanalytic intervention in contexts of psycho-social vulnerability

Abstract: The author exposes his reflections based on the psychoanalytic experience with subjects in a situation of exclusion and psychosocial vulnerability. He maintains the need to distinguish the experience of the analyst in private practice from that which intervenes at the institutional, communitarian and territorial level, where psychosocial problems make it necessary to rethink technique and, many times, metapsychology. It develops three aspects that the psychoanalyst has to consider if he ventures to intervene in these contexts: the prejudices of the analyst, the necessary multidimensionality and the plasticity of the psychoanalytic consulting room. Aspects that reverberate through their common note: psychoanalytic ethics.

Descriptors: Community, Society, Exclusion, Vulnerability, Ethics.

¿Psicanálise e comunidad ou Psicanálise Comunitária? Pensar a intervenção psicanalítica em contextos de vulnerabilidade psicossocial

Resumo: O autor expõe suas reflexões a partir da experiência psicanalítica com sujeitos em situação de exclusão e vulnerabilidade psicossocial. Mantém a necessidade de distinguir a experiência do analista na prática privada daquela que intervém em nível institucional, comunitário e territorial, onde os problemas psicosociais tornam necessário repensar a técnica e, muitas vezes, a metapsicologia. Desenvolve três aspectos de princípio que o psicanalista deve considerar se se aventura a intervir nestes contextos: os preconceitos do analista, a multidimensionalidade necessária e a plasticidade da clínica psicanalítica. Aspectos que repercutem através de sua nota comum: a ética psicanalítica.

Descriptores: Comunidad, Sociedad, Exclusão, Vulnerabilidade, Ética.

Genaro Velarde Bernal: Lic. En Psicología (U. del Valle de México y U. Nacional de La Plata); Especialista en Psicoanálisis (IUSAM de APdeBA); Tesista Maestría en Cultura y Salud Mental (IUSAM de APdeBA); Miembro IPA y Miembro adherente de APdeBA; Coordinador y psicoterapeuta individual en institución pública de tratamiento por consumos problemáticos de sustancias.

Referencias

- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio* (2^a edición). Buenos Aires: Topía.
- Bauman, Z. & Dossal G. (2014). *El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s): ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I; Káes, R. (2002). Diálogo Berenstein-Käes. *Psicoanálisis*, 24 (1/2), 235-250.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Calvino, I. (1972). *Las ciudades invisibles*. Madrid: Siruela.
- Dylan, E. (2010) *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

- Freud, S. (1988). El porvenir de una ilusión. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 2-55). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1927)
- Freud, S. (2007). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. XII, pp. 122-144). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1913)
- _____. (1988). Psicología de las masas y análisis del yo. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 61-136). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1921)
- _____. (1988). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 151-163). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1919)
- _____. (1988). Prólogo a un trabajo de Max Eitingon. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 290). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1923)
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (1^a. Edición, 10^a reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.
- Jabif, E. (1998) *Alma y su dolor*. Recuperado el 10 de marzo de 2019, de http://www.efbares.com.ar/files/texts/TextoOnline_1262.pdf
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Hachas.
- Nery Filho, Antonio (2016). Sujetos vulnerables y vulnerados. En Goltzman P., *Memorias del Encuentro Intervenciones desde la Reducción de Daños: perspectivas y desafíos actuales* (pp. 23). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Rodulfo, R. (2013). *Andamios del psicoanálisis. Lenguaje vivo y lenguaje muerto en las teorías psicoanalíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, A. (2011). *Relato de un encuentro singular*. Recuperado el 10 de marzo de 2019, de <http://www.legadodeuntitan.com/blog/?p=477>
- TECHO Argentina (2013). *Relevamiento de asentamientos informales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: TECHO.
- Tovillas, P. (2010). *Bourdieu. Una introducción*. Buenos Aires: Quadrata.
- Velarde Bernal, G. (2016). Nuevos caminos del psicoanálisis: las coordenadas freudianas. *Psicoanálisis*, 33(1), 175-187.
- Velarde Bernal, G. (2019). El “pibe chorro” y su escena delictiva. *Psicoanálisis*, 41(1/2), 191-206.
- Viñar, M. (2009). *Mundos Adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Trilce.
- Zito Lema, V. (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon-Riviere. sobre el arte y la locura* (3^a. Edición). Buenos Aires: Ediciones Cinco.

