

Fabulari

*Espacio de enseñanza de psicoanálisis
y la práctica clínica en la época.*

Nicolás Farji Trubba, Mario Kameniecki, Ricardo Paveto, Héctor Pérez Barboza

Conversaciones I, II.

Consumos problemáticos, psicoanálisis e instituciones.

MK: los intercambios que pretendemos desarrollar tienen como eje los tratamientos de los consumos de sustancias psicoactivas. En primer lugar tenemos que hacer una diferenciación que es fundamental en este tema, se trata de distinguir lo que es un consumo simple de sustancias y lo que con otros autores/colegas llamamos consumos problemáticos de sustancias o consumos problema de sustancias. Digamos que el consumo de sustancias psicoactivas se enmarca dentro de lo que se conoce como cultura del consumo, sociedad de consumo, relacionado estrechamente con las coordenadas del Discurso Capitalista -marco de nuestra época-, el empuje a consumir, en general. El consumo de sustancias sería entonces un epifenómeno de un fenómeno mayor: el consumo.

RP: Se podría hacer una distinción entre el fenómeno del uso y del consumo problemático. Creo que hay una diferenciación.

MK: nosotros lo que pensamos es que cuando hablamos de abordajes terapéuticos se trata de los consumos problemáticos, no de aquellos que no se tornan en problema para las personas. Vamos a pasar a explicar de qué se trata esta expresión, pero vale aclarar que hasta no hace mucho tiempo, regularmente, se hablaba en este campo de problemas, de uso, abuso y dependencia. Que en rigor son términos médicos, provenientes de la psiquiatría y que nos hablan de diferentes tipos de relación que alguien puede tener con la/s sustancia/s. Es decir, hay personas que pueden usarlas, otros que pueden abusar de ellas, y también, personas que se transforman en dependientes -solo en estas últimas podemos hablar de adicción. De todos modos ninguno de estos tres términos alcanza para definir un consumo como problemático. Porque en la experiencia de la práctica clínica sabemos que hay muchas personas que tal vez han desarrollado una dependencia y sin embargo para ellos el consumo no es problemático, ni tampoco para su entorno. Y hay personas que tienen un uso simple de sustancias y ese consumo sí se transforma en problema para ellos o para otros.

HPB: Consumo problemático lo empezamos a utilizar por la experiencia clínica. Este sintagma nos sirve para dar cuenta de una gama muy

amplia de casos. Como decía Mario, hay gente que por un consumo mensual o de un día tiene problemas infinitos, pierde el trabajo, la familia, espacios de relación. Y por otro lado hay gente que con una dependencia, necesitando a diario utilizar una droga, mantiene sus lazos. El tema no es la cantidad de sustancia. Por eso abuso, uso y dependencia son formas que tienen una visión cuantitativa. Lo que introduce hablar de consumos problemáticos es, por un lado el vínculo con el empuje de la sociedad de consumo o el capitalismo, algo desamarrado sin una medida, justamente porque el sistema capitalista, particularmente el llamado neoliberalismo capitalista, busca que uno se desamarre. Por otro lado el problema del sujeto que consulta, si verifica un problema en ese consumo, y por otra parte el problema que nos trae a nosotros como analistas, los que queremos trabajar como analistas. Porque complejiza mucho más el abordaje terapéutico. Cuando se piensa y se sostiene que la única función como tratante es que alguien deje de consumir, eso es mucho más sencillo que meterse en todas la complejidades que introduce el valor que tiene la función del tóxico para alguien. Me parece que eso es clave si uno toma en cuenta un orden terapéutico que contemple la subjetividad. Aquí entra en juego otra cuestión importante que es cómo clasificar los diversos abordajes terapéuticos. Uno puede pensar en dos formas muy groseras, una que es la prohibicionista, donde se busca que la persona se aleje de la sustancia. Incluye además el alejamiento de los amigos, familiares, el barrio, nada que recuerde la sustancia. La salida de estos tratamientos la llamamos “fóbica”, porque es evitativa. Por otro lado los abordajes que contemplen la subjetividad, esa sería una primera forma de pensarlo, que denominamos por la droga o por el sujeto. Dos formas de abordaje.

Otra forma, citando a Eric Laurent, quien plantea tres formas de tratamiento: una por vía de lo Real, constituyendo una especie de padre de la horda primitiva, es decir un lugar donde la persona encuentra una prohibición real, otra por la vía de lo Imaginario, que son los grupos de autoayuda con los pares, y por último la vía de lo Simbólico que es un tratamiento analítico por la vía del sujeto.

En otro texto posterior plantea que hay de acuerdo a los algoritmos de los Discursos cuatro modos de abordajes, uno por la vía del S1, como el imperativo amo que ordena, esto se ve en las C.T y los tratamientos directivos, el S1 es “adicto o no adicto”, una forma de proponer una identificación para el sujeto. Otra modalidad es por la vía del S2, que es la forma explicativa, decirle a la gente cuales serían los daños a futuro del consumo. Otra modalidad es por la vía del objeto (a), sustituir sustancia por sustancia, los casos más conocidos son las políticas europeas de sustitución de metadona por heroína, y por último, la más compleja, por la vía del sujeto. Siempre para nosotros como analistas es esta la forma de trabajo, que implica confrontar a la persona con la función o valor de la sustancia en relación a una solución respecto a algo que lo conflictuó. En general tiene que ver con respuestas a excesos o carencias de cuestiones vinculadas al amor, al deseo y al goce.

MK: Nosotros pensamos que consumos problemáticos es una expresión descriptiva de una realidad que encontramos en la práctica. Ninguna persona consulta por las categorías de uso, abuso y dependencia. Tampoco cuando su consumo no le resulta problemático ni a él ni a terceros. Se trata de las ocasiones, momentos, en que el consumo se le tornó un problema y consulta o pide ayuda, lo que no garantiza que realice un tratamiento; pide ayuda, es una suerte de llamado ¿que significa esto? Que consumos problemáticos comprende todas las situaciones, ya sean de salud mental o física, situaciones sociales, laborales, familiares, de pareja, con la policía, con la justicia, la escuela, etc., que se constituyan en un problema para esa persona o para alguien de su entorno en función del consumo. Si no hay consumo problemático, en virtud de nuestra experiencia, nadie pide ayuda ni consulta. Por eso es una especie de expresión-guía para nosotros.

RP: Tomamos en cuenta las cuestiones en las cuales se sostiene el sujeto cuando consulta, en todo caso la pregunta podría ser de cuantas redes se viene cayendo esta persona o no alcanzó a ser sostenido, dado que el problema no es solo el consumo. En la perspectiva de un tratamiento hay que tomar en cuenta que algunos cuentan con recursos para reconstruir esas redes, pero para otros hay que plantearse un dispositivo que haga de soporte como parte del tratamiento o como una ampliación de este. Cuando no se ve eso y solo nos centramos en si la persona consume o no, el soporte siempre queda ligado a un tratamiento o a una institución terapéutica, de alguna manera lo aliena o etiqueta, o es alojado con un nombre que no es el propio.

Proponemos la posibilidad de construir otros dispositivos en salud mental, por ejemplo un dispositivo de reinserción socio laboral como un elemento en que se haga foco, porque esto alude a situaciones de personas en situación de vulnerabilidad social, también producto de la época, ya que se trata de lo que queda caído por fuera del Capitalismo, del sistema. Muchas veces lo que ampara es una ley, o un nombre imaginario. Dado que las estadísticas demuestran que muchas de estas problemáticas son de carácter social.

NFT: Me gustaría agregar que el término consumos problemáticos, es un sintagma bastante nuevo. No estoy seguro donde nace, pero sí que es adoptado y bien recibido por la OMS sustituyendo al del “adicciones”. Me parece que este cambio de nombre termina siendo una cuestión política, una vez que es tomado por un organismo internacional como la OMS no se puede esperar otra cosa, más que quede atrapado por la maquinaria burocrática. Depende de nosotros qué hacer con este significante.

En la época del consumo generalizado se trata de una maniobra de des-patologizarlo, queda mal hablar de adicto en un mundo donde esa posibilidad es la que se nos ofrece. Usuario de drogas es otro ejemplo de hablar más correctamente, políticamente hablando.

Por otro lado si nos ubicamos en la clínica, “lo problemático” se vuelve más difuso de ubicar. ¿Para quién es problemático? Ese consumo puede serlo además de para el sujeto, para la familia, la escuela o la sociedad en su conjunto. Pero en el caso por caso el que determina lo problemático es el sujeto cuestionado. Lo problemático pensado como algo asociado a un “riesgo” para el sujeto dificultan el trabajo analítico.

Lo problemático también hay que ubicarlo en cada contexto socio-histórico en particular, inclusive hay que estar al tanto de los micro escenarios.

Otra cuestión que me vengo preguntando es que pasaría, si de acuerdo a la nueva ley de salud mental, ya no existiesen instituciones especializadas, cómo repercutiría eso en el modo en que la sociedad percibe lo problemático del consumo. Incluso se modificarían las mismas presentaciones clínicas. Creo que se le ha dado demasiado valor al objeto droga en la causalidad del –como se lo denomina- flagelo.

HPB: Me parece que lo que decís tiene que ver con ese doble juego que tiene el Estado. Existe una sociedad que empuja a consumir por un lado, consumir todo. Por otro lado ofrece algunas pequeñas “respuestitas” para los que obedecieron a ciegas el mandato. Tres o cuatro instituciones para responder a una oferta masiva de sustancias. O campañas de prevención de alcohol que el mismo Estado fomenta.

El problema de este consumo masivo es algo reciente en la historia. Va acompañado del desarrollo del Capitalismo de la época.

MK: Lo que sucede es que en el estadio o fase del Capitalismo de nuestra época, que no es el del trabajo, sino que se trata del capitalismo de la comunicación y financiero, el de la globalización, ya no existe el patrón que contratava a sus obreros, el modelo marxista clásico. Es lo que muchos denominan neoliberalismo, que es muy significativo, porque se trata de un capitalismo con falta de regulaciones. Vemos con claridad que hay una oferta de bebidas alcohólicas legales impresionante, pero a la vez se proponen programas de prevención del alcoholismo. Lo mismo con las drogas ilegales. La institución digámosle “drogológica” es un síntoma del Estado.

Insisto en que hay que tener en cuenta que cada consumo se puede volver problemático. Por algo hay quienes hablan de “patologías del consumo”, es muy fácil caer en una patología consumiendo. Hay que pensar el por qué. Quiere decir que hay algo en el empuje o imperativo a consumir que es imparable, que uno tiene que buscar recursos para pararlo, frenarlo de alguna manera. Pero consumos problemáticos como expresión o sintagma nos es muy eficaz en la práctica. Ya veremos de qué problema se trata. Surge algo, vinculado con el consumo que, en cierto momento, hace problema, puede ser a la escuela, familia, pareja, al mismo sujeto... pero hace problema.

RP: El tema de la escuela es que muchas veces se presentan consumos, pero no necesariamente son problemáticos. En general, es parte de la experimentación de un adolescente. Según cómo lo pueda observar la institución va a intervenir de una manera o de otra. Por ejemplo la escuela suele combatir el consumo cuando este conspira contra los objetivos pedagógicos y el proyecto del tránsito por la escuela. Por supuesto que sí hay casos de adolescentes con problemas de consumo que en articulación con la escuela se pueden asistir.

NFT: Piensen las consecuencias segregativas que suelen pesar sobre adolescentes con consumo en escuelas donde los profesionales o staff educativo tenga una lógica abstencionista/prohibicionista. Por eso creo que debe haber una apuesta a trabajar con los profesionales de la salud mental, en formar y discutir sobre estos prejuicios, mitos, ideologías y moralinas.

RP: Las instituciones especializadas y los discursos mediáticos también contribuyen a que las prácticas se vayan atravesando por la moral. Hay investigaciones acerca de cómo la nominación de adicto, en su relación con lo jurídico se va modificando en su concepción histórica.

MK: Quería retomar un par de cosas que se dijeron acá. Primero algo que dijo Héctor al principio en relación a los analistas. Creo que amerita explicar que nosotros pensamos los abordajes terapéuticos desde el psicoanálisis. No porque sea ni mejor ni peor que otros métodos, sino porque es el abordaje en el cual nos formamos y en el que apostamos en nuestra práctica clínica. Es un abordaje que tiene que ver con la palabra y que da lugar a la emergencia del sujeto. No trata a la sustancia. Esto implica un desplazamiento o corrimiento radical respecto a los tratamientos que más abundan en la sociedad, que están contra las drogas, donde se trata de combatir su consumo y que trata de sacar a una persona del consumo de sustancias, limpia de drogas, transformarla en un ex-adicto. ¿Cómo y qué se hace desde el psicoanálisis? Ese es otro tema. También es importante pensar en cuando aplicar el psicoanálisis, ya que no se trata de un método universal, que tiene posibilidades pero también limitaciones. Además, qué esperar del tratamiento de un sujeto con un consumo problemático.

Pienso que tenemos que pensar el tema de las instituciones. Todo el campo de problemas que tienen que ver con los consumos de drogas en general y los abordajes terapéuticos surgieron a partir de la creación de instituciones especializadas. Se crean como respuestas sociales y sanitarias a estos problemas -el estado crea instituciones como respuesta a este problema. Las instituciones terapéuticas que surgieron y que tuvieron hegemonía durante la década de los 90, o fines de los 80, y que a principios de los 2000 empezaron a declinar son las Comunidades Terapéuticas. En general tienen un esquema en común, más allá de sus diferencias; son creadas por personas que fueron consumidoras de drogas, o sea por ex-adictos como así se nombran, y que precisamente como saben de lo que se trata, crean estas instituciones para ayudar personas que atraviesan esos problemas. La CT en su origen y esquema básico es un tratamiento inter-pares, entre pares, sin profesionales con elementos espirituales o religiosos. Pero con el correr de los años, y por la intervención del estado, se profesionalizaron. Hoy en día ya prácticamente no existen CT sin profesionales; cuentan con psicólogos, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales y también psicoanalistas. Pero la CT parte de un esquema donde el adicto tiene un determinado perfil, un retrato típico, y por ello va a tener determinadas características.

Este es uno de los rasgos fundamentales de lo que podemos llamar su concepción, que a partir de ese tipo psicológico, que es el adicto, implementan sus herramientas y sus recursos terapéuticos. Implementan una suerte de reeducación de las normas o disciplinamiento hasta que esa persona se transforme en un ex-adicto, que cese su consumo y que entre en una vida de abstinencia de toda clase de sustancia psicoactivas. Basan su metodología en las sustancias, no en el sujeto. Y en líneas generales no singulariza a las personas, sino que todos forman un colectivo homogéneo, una especie de masa, porque todos son adictos.

Las instituciones del estado tienen otras características. Primero, no tienen el formato de las CT; su metodología deriva de la formación de los profesionales que las conforman. En general en Argentina la formación de los profesionales psi es preponderantemente psicoanalítica, aunque no únicamente. Esto tiene que ver con la posición que tiene el profesional que va a trabajar en una institución pública del estado respecto al sujeto que consulta. Las cosas se han modificado bastante en las instituciones públicas. En los años '70, '80 cualquiera que concurría a una institución pública especializada, de las que había en esa época -siempre fueron escasas, hasta la actualidad- se trataba de lugares donde se apuntaba exclusivamente a la abstinencia. Hoy pasó bastante agua bajo el puente, las cosas son diferentes. El consumo de drogas ya es aceptado como un fenómeno que está instalado en la sociedad. Y solamente se trata de abordar terapéuticamente a los consumos problemáticos. Siempre estoy hablando en líneas generales. Otra de las características de la institución pública es que no tiende a masificar a las personas que consumen, y esto está vinculado a la formación de los profesionales que las integran.

Cuando hablamos de dispositivos institucionales, colectivos de salud o de salud comunitaria, siempre corremos el riesgo de homogeneizar, de uniformizar y de masificar al sujeto. Ese es el riesgo de toda institución pública, a pesar de su diferencia con el esquema de las CT.

HPB: En relación a las instituciones públicas igualmente hay algunas que hacen un corte muy taxativo y expulsan a todos los que llegan con problemas de consumo. Eso es un fenómeno que hay que comentar. Hay dispositivos de salud mental que cuando uno cuenta que consume drogas es expulsado. Ya señalamos que las instituciones públicas que se ocupan de estos problemas siempre fueron pocas, es decir, las que aceptan tratar personas con problemas de consumo de sustancias.

MK: Sí, pero hay que diferenciar entre la institución pública especializada -siempre escasas-, y la que no lo es.

HPB: Lo que aparece como fenómeno es que a pesar de la Ley de salud mental, los dispositivos de salud mental excluyen a gente que tiene problemas de consumo. O los derivan a centros especializados.

NFT: Habría que hilar más fino y ver si las que expulsan son las instituciones o las personas que trabajan en ellas.

HPB: En muchas instituciones hay directivas que prohíben su atención. Para muchos profesionales esto es una ventaja porque no quieren saber nada del tema o porque no tienen formación, no quieren complicaciones con los "adictos". Y en otros casos a los profesionales se les indica que no reciban a esta población, ahí la institución es la que realiza el corte o segregación.

NFT: ¿Pero porqué la expulsión?

RP: El primer imaginario es que el dispositivo de salud mental no cuenta con aquello que supone que tiene que ser una institución para atender esta problemática. No tener internación, equipos de crisis, etc. Nunca va a haber otros parámetros, ¿Pero estas crisis qué tan seguidas se dan?

NFT: Si uno tiene un equipo de salud mental capacitado para atender de forma ambulatoria, insisto en definir cuál es el problema para atender personas usuarias de drogas. Si un paciente llega a tener una "crisis" o situación de riesgo, como cualquier otro paciente sin consumo, puede ser derivado a un dispositivo de mayor complejidad. El tema es que se diferencie a la persona que consume drogas en relación a duplicar dispositivos, ya sean ambulatorio, hospital de día o internación. No tiene sentido.

MK: Ese mismo problema tuvieron en España a mediados-fines de los años '80, cuando se tenían que hacer cargo del tema de las adicciones. Los profesionales de la red de salud mental se negaron, y por lo cual tuvieron que armar una red de "drogodependencias". Y de paso comentamos, que a diferencia de lo que sucedió en nuestra ciudad de Buenos Aires -no digo en nuestro país-, donde en el año 1990 se crea la red metropolitana de servicios en adicciones (RMSA), sin presupuesto, es decir, con cero pesos, España dotó a su Plan de Drogas y por lo tanto a cada programa local con sus redes de drogodependencias, de un presupuesto impresionante de recursos económicos y profesionales.

NFT: Me parece que institucionalmente lo que espanta es el "fracaso estadístico", esto que se escucha que el adicto no se cura. Se cuele algo del narcisismo de las instituciones y de las personas.

MK: El problema es que el concepto de cura -habitualmente excluyente- es que no consuman más, nunca más.

HPB: Ocurre que la salud mental está muy impregnada del discurso médico, Lacan lo plantea en "Psicoanálisis y medicina". La medicina no incluye el concepto de goce, entonces en ese punto para el discurso médico lo que atenta poner en riesgo la salud es inaceptable, no hay beneficio en eso. Es lo que E.Laurent plantea en los tratamientos comandados por el S2, "Ud. no puede fumar porque tiene enfisema". La parte de recuperación de goce que esa conducta puede tener no entra en juego.

NFT: Parecería ser que lo que molesta es esta cuestión de la negación de la pulsión de muerte.

HPB: La otra vuelta sería pensar ¿cuanto hay de límite al goce en una práctica que desde afuera puede ser vista como mortífera? Hasta que punto puede alguien ofrendar su vida en sacrificio para preservarse como sujeto.

RP: Con este concepto médico de cura entra en juego la cuestión de si es posible una vida sin riesgos en la interacción humana.

HPB: Es muy común escuchar en muchos casos lo que implica el factor "adrenalina". Es el consumir ya sea por las situaciones en que lo hacen, o por la vía elegida. El riesgo a veces convoca a consumir, pero por otro lado vivifica. El tipo que se tira de un puente con una cuerda sujeta al tobillo, por deporte, por ejemplo no es visto negativamente.

La pregunta en relación a esto en nuestra práctica como analistas, tomando los consumos problemáticos, que no es un diagnóstico ni una categoría médica sería: ¿Qué es lo que hay que curar?, ¿hacia donde apunta una cura que se diga analítica de una persona que viene a consultar por un consumo que se le convirtió en un problema?

RP: Quiero señalar dos cosas. Primero la eficacia de espacios no terapéuticos pero que pueden producir efectos terapéuticos o subjetivos. En relación a los dispositivos de reinserción socio laboral que no están en pos de adaptarse a algo, sino que sean un soporte para que cada persona pueda construir su proyecto singular. El descuido de esto en muchos tratamientos institucionales los llevan a fracasar, porque no contemplan este papel de soporte que puede ser positivo, ser parte del tratamiento clínico, con todo el valor que tienen, sobre todo para aquellos que salen de una institución totalitaria como pueden ser los sistemas penitenciarios.

MK: Respecto a un tratamiento desde el psicoanálisis tampoco se trata de pensar que no se echa mano a otros recursos, hay que tenerlos en cuenta si son necesarios.

HPB: Ese punto me parece interesante porque uno de los tópicos que pone en juego es la cuestión de la intersectorialidad y de la interdisciplina. Eso merece un capítulo aparte en lo que hace a instituciones para recibir a personas con este tipo de problemas. Porque cuando uno tiene un equipo donde podemos contar con psiquiatras, toxicólogos, trabajadores sociales, como es el caso en estos momentos del Centro Carlos Gardel, eso permite abarcar una complejidad de casos que de otro modo quizás sería más difícil de abordar, o tener que trabajar con muchos menos recursos.

El tema de lo transdisciplinario es clave, no solamente por la cuestión de medicar o no medicar, sino que da una capacidad de alojamiento de los pacientes donde se pueda evitar la medicación, o hacer una intervención directa desde lo médico, pero permite alojar. Por ejemplo ahora nos pasa que la adherencia a los tratamientos es mucho mayor que cuando trabajábamos solo psicólogos. Creo que marcar la distinción entre la inclusión o exclusión de un paciente dentro de un dispositivo, sobre todo los casos más complejos, esa capacidad la da el trabajo interdisciplinario, por eso es clave armar equipos en este sentido, pero con una orientación en donde cada sujeto pueda examinar sus condiciones singulares de relación con algo que cumple una función.

RP: Y el tema de la intersectorialidad no debe solo ser entendido de manera solo estatal, sino contando con todos los recursos comunitarios posibles.

HPB: Es importante contar con un trabajador social, operadores que permiten que uno pueda ofrecerle más al paciente, pero no hablo de un seguimiento de tipo policial, sino en conocer qué pasa fuera de esas dos horas que uno lo ve en el consultorio. Porque la capacidad de intervención nuestra es limitada, confiamos en la transferencia como el motor de la cura, pero ¿qué pasa con la persona por fuera de la consulta?

NFT: El qué esperar de un tratamiento creo es una de las principales dificultades para practicar esta clínica. Sigo insistiendo en qué diferencias hay en relación a lo que uno esperaría de un paciente en la dirección de una cura, ya sea consuma drogas o no. Creo que lo mejor es no esperar nada, dejarse tomar por el deseo del analista.

HPB: Lo que en todo caso se produce, es la puesta a prueba de ese deseo del analista en relación a desmontar una serie de cuestiones previas para lo que sería un tratamiento analítico. Por ejemplo hay una serie de demandas con mucha premura, hay una cuestión de supra sensación de los problemas y sobre todo las presentaciones en forma de objeto. Y esos tiempos merecen un saber-hacer del analista hasta poder ubicar la función de la sustancia.

NFT: La función de la sustancia es un concepto sobre el que los analistas teorizamos mucho, pero ¿qué quiere decir? ¿Se trata de una elaboración por parte del paciente, un saber obtenido?

Esta función en general está trabajada en relación a la economía libidinal del sujeto. También se debate acerca si puede ser estabilizadora o no en determinados casos, también puede diferenciarse según se trate de una estructura psicótica o neurótica por ejemplo.

Una función, matemáticamente hablando, nos remite a una operación de sustitución en donde depende de qué se introduzca en la “maquina” el resultado va a variar. Es un concepto muy valorado y para muchos analistas está en el horizonte el intentar descubrir esa x, esa incógnita.

HPB: Para qué sirve ubicar esta función orienta al que viene a consultar en relación a su acto de consumo.

RP: En realidad esa incógnita la revela el paciente, uno por ahí brinda cierto texto en un análisis, más que interpretar.

MK: Ubicar esta función es importante. Si sabemos cual es la función que cumple el consumo también vamos a saber qué es lo que evitó el sujeto. Por ejemplo, qué es lo que le suplió para que no constituya un síntoma. Pero no se trata de explicárselo a alguien a modo de “esta función le sirve para...”, eso puede no tener ningún efecto. La cuestión es en qué oportunidad o en qué momento uno puede introducir algo de eso. Pero de todos modos para el analista es muy importante que el paciente llegue a discernir o darse cuenta, a partir de lo que pasa en el tratamiento, cuál es la función para ese sujeto del consumo de sustancias. Esta puede ir variando, pero en general cuando un consumo se torna problemático es que algo pasó para que esto ocurra. Por ahí es algo que puede ser banal, en los inicios del consumo, hay gente que comienza por curiosidad.

HPB: Esta bueno, porque aún en eso banal, cuando entrás a preguntar un poco más, a veces uno se encuentra que para ese sujeto no había nada más de donde agarrarse que de la droga, en esos casos donde parecen quedarse “pegados” se constituye como un sentido, porque no existía nada interesante u otra cosa como proyecto vital.

MK: Muchas veces en lugar de constituirse un síntoma, digamos, un síntoma obsesivo, metafórico, se agarró del consumo, no “sintomatizó”. Por eso es importante. Pero no significa que, por ejemplo, en los casos donde una persona se queda pegada al consumo este sea problemático, por ahí este se constituyó como tal 5, 10 o 15 años después ante alguna contingencia de su vida ¿Que pasó que la función ya no funciona, que dejó de funcionar?

RP: A mi entender todo consumo tiene una función. Ya sea el chocolate en una pareja como objeto de seducción u otros que eligen fumar tabaco después del acto sexual, etc. El tema es cuando la función empieza a desfallecer.

HPB: Yo a veces lo pienso al revés. Cuando la gente viene con una práctica de consumo que es “maquinal”, exclamando “me lo pide el cuerpo”, no hay ahí una respuesta a por qué lo hace. Introducir la pregunta de cuál es la función, que no quiere decir enunciarla, es como meterle un palo a la rueda, eso que venía haciéndose en forma automática, si uno introduce que tiene una función, necesariamente despierta una pregunta en la persona, esa es la eficacia del psicoanálisis, ¿Qué logro con esto? Son todas preguntas que llevan mucho tiempo, porque aparte la función de un consumo puede ir variando a lo largo de una vida. Entonces, hay otros momentos, en los cuales tomar una droga tuvo un valor y en otros difiere. No importa que sea una ficción, no hay que buscar la esencia de la función, pero evidenciarla es una forma de novelar la historia de alguien que no pudo armarse un relato propio. Al fin y al cabo los relatos de un análisis son todos ficcionales.

MK: En algún momento del análisis esta función se decanta, sale. Y uno se da cuenta cómo le funcionó a ese sujeto y que le evitó. Qué pudo afrontar con eso. Esto para los casos en que se hace una formulación en esta dirección y el paciente se detenga a pensar en ello, ahí se produce un efecto de significación, alguna luz enfocó el paciente, pero para qué le servirá eso no se puede saber a priori.

RP: Creo que la cuestión de si el consumo estabiliza o no, está planteado más del lado de estructuras psicóticas con consumo, siguiendo a Le Poulichet.

HPB: Ubicar esta función no hay que plantearlo como un objetivo final de un tratamiento, sino como una condición para que se arme un tratamiento. Lo que se encuentra detrás de esta función es el concepto de intencionalidad, que no necesariamente es consciente, pero que el sujeto la implementó y en algún momento fue perdiendo su eficacia. Por eso cuando se habla de la droga como “una solución feliz” solo aplica cuando funciona.

RP: Es pensar al servicio de qué está el consumo. Pero creo que no hay que anticiparse a querer encontrarla, si no uno predispone la escucha.

MK: Todo lo que implica anteponer al discurso la teoría no sirve para nada. Pienso que la Ley de salud mental en lugar de resolver el problema lo complicó en el punto que señala que todos los lugares tienen que atender adicciones. Creo que la institución especializada cumple un rol importante, hay mucho rechazo en los servicios de salud mental para atender a estas personas, y muchas veces este rechazo es implícito. No es solamente moral. Si uno se queda callado en las primeras entrevistas el paciente no vuelve más, esa es una manera de rechazar. El argumento que circula es que “no hay demanda”. En el ámbito público, ¿Quién te va a reprochar esta posición? Nadie, porque mañana o la semana que viene va a aparecer otra admisión. Por eso es importante que la gente que quiera trabajar en esta temática tiene que estar dispuesta a afrontar las dificultades y el desafío de no homogeneizar.

RP: Yo entiendo que el objetivo de la Ley es bueno, pero a veces en cómo se transforma en políticas públicas hay malas decisiones que llevan a ninguna parte. Uno debería empoderar a los profesionales, aún en instituciones que ejercen este rechazo.

Conversaciones II

¿Qué cambió?

MK: Hace algunos meses, en agosto de 2019, nos reunimos para conversar, intercambiar ideas, reflexiones, en suma, dialogar acerca del modo o modos en que pensamos el campo de los consumos problemáticos de sustancias enmarcado en la clínica de la época. Ignorábamos lo que se avecinaba cuando en el mes de diciembre ya llegaban noticias sobre los primeros casos de una infección viral que se originó aparentemente en la ciudad de Wuhan en China, llamada COVID-19, coronavirus. Tampoco sabíamos que en apenas pocas semanas se propagaría a todo el planeta, adquiriendo dimensión de pandemia. Las medidas sanitarias adoptadas por los gobiernos, preventivas -ya que todavía no existe una vacuna-, con base en lo que comenzó a suceder en algunos países, no tardaron en instrumentarse. Es cierto que no fueron uniformemente consistentes ni en su aplicación ni en su alcance en los diferentes países, pero en la gran mayoría se impusieron la cuarentena y el aislamiento social para evitar contactos y no contagiarse. Resulta asombroso que finalizando la segunda década del siglo XXI se recurra a medidas tan antiguas en la historia humana. Nuestro gobierno las adoptó el 19 de marzo del 2020; se mantienen actualmente y no sabemos hasta cuando se prolongarán. *Cito, longe, tarde* -parte rápido, huye lejos, tarda en volver-, prescribía este aforismo que se remonta a Hipócrates en tiempos de plagas y epidemias cuya vigencia se prolongó hasta los siglos XVII- XVIII, aplicable en los albores de la ciencia y en un mundo no globalizado, cuando los viajes y traslados no eran sin dificultades ni peligros. Si el virus se propagó tan rápido fue merced a los contactos por los viajes que forman parte de la vida cotidiana en que gracias a los vuelos de líneas aéreas las distancias se acortan y los intercambios humanos están a la orden del día en todo el mundo. Hoy el contacto internacional de las personas es más fluido que nunca -hasta hace pocos meses, ya que ahora está interrumpido, y muchas fronteras cerradas. Y entonces las cosas cambiaron. No habíamos vivido nunca antes una situación de estas características: una catástrofe en todo el mundo habitado. Algo irrumpió en lo real y conmovió con fuerza nuestra fantasía de lo previsible, que por un lado, implica el hecho biológico de esta infección viral, y por el otro, el significativo pandemia -que ocupa lugar de S1, además de otros que surgieron-, que es un hecho de discurso. El carácter traumático de esta irrupción es insoslayable, rompe con la continuidad de la vida cotidiana a partir del aislamiento social obligatorio -otro significativo surgido en este marco-, y pone en evidencia un hiato en el saber, por lo cual tras la primera impresión se necesita empezar a ponerle palabras. Es decir, se pone de manifiesto una cierta ruptura.

Pensamos, aunque esta vez no pudimos encontrarnos para conversar pero sí reunirnos por medios virtuales, que debíamos barajar y dar de nuevo ya que la situación se había modificado, y necesitábamos intercambiar impresiones. Pero en esta contingencia planteando nuestras impresiones acerca de nuestra práctica clínica en la época.

Duelo que implica la pérdida de una forma de lazo, pérdida de goce, confinamiento/aislamiento social, acceso desigual a la tecnología de internet que se pone en evidencia en este contexto, impacto traumático, incertidumbre que genera angustia, alteración/trastocamiento de la temporalidad en muchas personas, importancia de las redes sociales en la coyuntura que habilitan cierto contacto, agujero en el saber, el efecto de las muertes, control social, nada será igual en la pospandemia, radicalización del capitalismo o su contraria, servidumbre voluntaria (“a la La Boetie”) por el sometimiento al aislamiento obligatorio - estos, y otros temas, son tópicos que se proponen en las conferencias, conversaciones, clases, entrevistas con y entre profesionales, intelectuales, politólogos, filósofos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, psicoanalistas- que se suben a la red, especialmente a youtube, merced a la tecnología digital.

Prácticamente de un día para otro tuvimos que pensar cómo haríamos para dar continuidad a los tratamientos de pacientes y empezamos a implementar los recursos de la tecnología con los que contamos: whatsapp, videollamadas, skype, pronto descubrimos el zoom, etc, sin olvidar la antigüedad del teléfono fijo. La conexión a internet, Wi-fi, resulta imprescindible para utilizar esos recursos. Nos preguntamos una y otra vez cómo funcionarían...y, efectivamente están funcionando. Permiten mantener y sostener un lazo. Hace pocos meses no se nos hubiera ocurrido pensar en estas modalidades -excepto con pacientes que están distantes, o que residen en otros países, o en alguna emergencia. Si bien hay algo que se sustrae en estas modalidades virtuales -la presencia concreta de los cuerpos- hay algo de lo corporal que tal vez subsiste: la imagen (cuando se trata de video) y la voz. Es decir, que se mantienen los tres registros, R.S.I. La voz -un real- , la imagen en la pantalla, y la palabra en tanto que simbólica. Pero hay algo que se escabulle: la presencia real de los cuerpos en la transmisión de la palabra, que implica el goce. Eso no está. Recuerdo aquí un breve texto que encontré en estos días -el testimonio de una analizante de Lacan - , en el cual, prescindiendo aquí de sus conclusiones teóricas, habla allí del manejo de la transferencia en Lacan, y lo formula en términos de presencia, ritmo, voz y aliento. Patentiza de alguna manera eso que en las modalidades virtuales de atención no hay. Pero si hay algo que define nuestra práctica por medio de modalidades virtuales es que se trata de diferentes pantallas que nos reúnen/separan -analista y paciente están en escenas distintas- , en un espacio de dos dimensiones, que carece de grosor, donde el sin-imagen equivale en algunos casos al diván. Pero la imagen no es el cuerpo, entre imagen y cuerpo hay diferencias (remitimos al estadio del espejo), aunque la presencia del analista se determina en transferencia que se sitúa en causa en el tratamiento y hace su práctica en acto. Estas características que ha adquirido nuestra praxis clínica a consecuencia del aislamiento social obligatorio que transforma tiempo y espacio tienen como correlato la incertidumbre, ya que ignoramos, por ahora, hasta cuando se extenderá. La incertidumbre también toma a nuestros pacientes y se monta por así decir en sus síntomas y fantasmas.

Entonces hay nuevas cuestiones que se nos plantean y, como decía, trascienden el campo de los consumos problemáticos y se hacen patentes en nuestra práctica hoy. Varios temas aparecen en el escenario actual de la práctica clínica; los resumiremos en dos: la continuidad de los tratamientos en curso con pacientes que mantenían sesiones presenciales hasta el comienzo del aislamiento, y los nuevos tratamientos que comienzan en este contexto sin que sucediera un encuentro previo de los cuerpos. Esto genera un escenario nuevo como señalamos. Con pacientes que continúan un tratamiento psicoanalítico en este nuevo contexto, que se daba con regularidad mediante la idea al consultorio, es decir, con la presencia de los cuerpos, las cosas han tomado diferentes rumbos; hay quienes, de entrada, rechazaron una continuidad por medios virtuales ante la oferta de su analista y plantean querer retomar cuando la situación se normalice y termine el aislamiento social. Hay otros que aceptaron continuar por medio de la tecnología del whatsapp o de pantallas, y por último algunos de los primeros mencionados, que tras un tiempo, piden retomar las sesiones. Hemos escuchado también otros que dicen aburrirse en las sesiones telefónicas o por video llamada.

Por otra parte, es necesario hablar también de aquellos que en medio de esta situación consultan por primera vez y son atendidos por medios virtuales sin que tuviéramos ocasión previa de encuentros presenciales. Si bien la tecnología nos permite una posibilidad de encuentro sabemos -reconocemos-, que hay algo que se pierde. Y lo que se pierde no es lo que siempre se pierde -aún en un tratamiento presencial. La pérdida implica directamente al cuerpo, ya que si bien algo de lo corporal se mantiene -la imagen- , se pierde la dimensión de la presencia del cuerpo en tanto dimensión gozante. La manera en que alguien se recuesta en el diván, o el modo en que se sienta en una silla, cómo está vestido, su, digamos, “presentación social estética”, donde apoya o deja sus pertenencias, como una cartera, lentes, portafolio, paraguas, etc. Lo que hace o no cuando llega, cómo se mueve, cómo ingresa al consultorio, cómo saluda; cuando habla, por ejemplo, si al abordar algunos temas cambia o no de posición, sus gestos, si se apropia, toma con su mano, o juguetea, para hablar, de algún objeto propio o del consultorio del analista, si se olvida de pagar la sesión, si olvida alguna pertenencia en el consultorio y después regresa a buscarla, etc., etc., todas estas cuestiones que hacen al sujeto que atendemos y que no dejamos de registrar. Se verá después cuál es o no su importancia, su valor en transferencia.

Todo esto y otras cosas más se pierden con la virtualidad. Hay pacientes que nos hacen una videollamada recostados en un sillón, en un sofá, o caminan mientras hablan, o comen o beben algo, o recién se despiertan. Hay algunos que al carecer de privacidad en los lugares en que residen nos cuentan que se encierran en el baño, o en su automóvil para tener su sesión. Estos son algunos ejemplos y hay más... En el caso de nuevos pacientes, es decir, de aquellos que consultan, como decíamos, por primera vez en el contexto actual, la cosa no varía tanto, ya que lo que planteamos sobre lo que se pierde tiene aquí plena vigencia. Facilitamos o proveemos vía la tecnología digital de un canal posible para que algo del análisis funcione, y pensamos que en este contexto tiene eficacia por lo que podemos constatar, es decir, por los efectos. Tomando en cuenta en todos los casos, como decíamos, de aquello que se pierde. Sin embargo, valoro la posibilidad que nos ofrece la tecnología que permite el acercamiento en este contexto, y que posibilita una práctica clínica que, hay que decirlo, estamos inventando o adaptando dispositivos, para conjurar algo del aislamiento, y dar lugar al sujeto del inconciente. Lo digo de otra manera, y aunque estas impresiones sean transitorias, pienso que si algo hace que un tratamiento se sostenga o incita a iniciarlo ahora en estas condiciones, se trata de un deseo que invita a sortear el aislamiento social. Veamos qué dicen al respecto mis colegas.

Pero si hay algo que se hace palpable en esta contingencia es el agujero en el saber, el $S(A)$, el significante que falta en el Otro, para dar cuenta de lo que sucede, y que torna más angustiante para muchos la incertidumbre que se vive en esta pandemia, y que le confiere un valor actual a ese breve texto que escribió Freud sobre lo perecedero.

Parafraseando a Borges en su "Nueva refutación del tiempo" cuando escribe que como a todos los hombres nos tocaron malos tiempos para vivir, podemos quejarnos por la situación de encierro y aislamiento en que nos encontramos, podemos quejarnos que nos toca un tiempo difícil para vivir. Tenemos derecho a la queja. No advertimos que todo momento, todo tiempo, tiene sus dificultades, y mal que nos pese, sus imprevisiones y contingencias. Pareciera que actualmente vivimos una suerte de tragedia, en el sentido que tenía para los griegos; muchos vivimos esperando lo peor, "lo peor está por venir" están afirmando las autoridades sanitarias en estos días. Además, las noticias que diariamente informan el número de muertes alimenta la dimensión trágica. Vivimos entonces en la inminencia de un desastre mayor, una amenaza que está aquí nomás, que nos evocan algunas ficciones literarias de diferente carácter - recuerdo ahora "La bestia en la jungla", el relato de Henry James, o "Zama" la novela de Antonio Di Benedetto, pero hay muchas más. Víctimas de la espera - que reconocemos en esos textos- , así estamos, así nos sentimos. ¿Hasta cuándo? Lo ignoramos. Pero no es así todos los días, afortunadamente; hay muchos días en que esto no nos agobia, ni nos fastidia, que nos sentimos bien. Hay quienes nos dicen que en este período no pueden leer o escribir, quienes nos cuentan que sufren pesadillas, otros que solo están pendientes de las noticias sobre la evolución de la pandemia y no pueden despegarse de eso. Hay también aquellos que dicen no poder pensar. Hay algo que se registra al menos para mí con cierta nitidez y es la falta de alternancia entre el irse y volver al hogar después de trabajar. La casa, el hogar, para quienes lo tenemos, se convirtió en un estar permanentemente, no hay ir y venir, desapareció la alternancia. No resulta simple salir del tema único que nos abarca: la pandemia con su correlato de aislamiento.

Por último, un dato con el que contamos, un estudio realizado por la Facultad de Psicología de UNC, que según informa tiene alcance nacional, dado a conocer en el mes de junio, registra un aumento en el consumo de sustancias (en este orden: alcohol, marihuana y nicotina) durante el tiempo que lleva la cuarentena y el aislamiento social (en el momento del corte eran unos dos meses). Se puede encontrar en la referencia que sigue:

<https://unciencia.unc.edu.ar/psicologia/estudio-detecta-un-aumento-en-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-durante-la-cuarentena/>

HPB: Para comenzar, me gustaría hacer una breve introducción. Pienso que este momento se caracteriza porque paradójicamente nos coloca entre la constatación y la incertidumbre. Constatamos que la muerte es una posibilidad cierta e inmediata. Hemos visto aterrados las fotos o videos de otros países con cadáveres en las calles, en camiones, fosas comunes. Los muertos se cuentan acumulativamente de a decenas aquí, y de a miles en otros estados. Lo mismo ocurre con la inminencia de la posibilidad de enfermar, que en épocas normales corre sólo por cuenta de la hipocondría. Los anuncios de que “lo peor está por venir” o “todavía no llegó el pico”, sumados al conocimiento de que los recursos para enfrentarlo son limitados, acentúan que nuestros cuerpos están destinados a corromperse, a ser anfitriones de lo enfermo. Del lado de la incertidumbre, está la pregunta por cómo quedará organizado el mundo en general: la circulación social, los viajes, la economía, la forma de relacionarnos con los otros cuerpos. No hay adónde huir, y las distracciones de las que disponemos tienen un límite. El pensamiento científico se muestra insuficiente para dar una respuesta categórica al virus. Desde que nos levantamos hasta que nos acostamos, soportamos ese agujero en el saber, nos confrontamos con la castración del Otro. Terreno fértil para la angustia, que es uno de las manifestaciones más frecuentes en estos días.

En el capítulo 3 de *El Malestar en la cultura*, Freud señala las tres principales fuentes del penar de la humanidad: **la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad del cuerpo, y la insuficiencia de las normas para regular los vínculos** (familia, estado, sociedad). En ese mismo trabajo, dice que la intoxicación es la manera más eficaz de calmar ese penar, pero también la más tosca. Parece que lo hubiera escrito ayer.

En relación a la pregunta que nos organiza, empezaría por lo que cambió con **las sustancias**. La cuarentena provocó alteraciones en el mercado de las drogas ilegalizadas: han desaparecido o disminuido la producción de algunas, y la distribución de otras. La escasez produjo encarecimiento, y despertó en algunos el afán por “estirarlas”, agregando mayor riesgo por adulteración. Del lado de las drogas legalizadas, hubo un aumento de las ventas y del consumo de alcoholes y psicofármacos. Las respuestas de los pacientes a estos fenómenos fueron variadas. Me llamó la atención que varios hayan tomado la situación como una oportunidad para disminuir el consumo o hacer la experiencia de dejar unos días para evaluar cómo se sentían: son personas que en la cuarentena se reencontraron con parejas, familia, etc. en situaciones de mayor contención que la habitual. Los problemas se exacerbaban para los que aumentaron el consumo, los que ensayaron intentos de abstinencia salvajes y los que han querido sortear el aumento de los costos mudándose hacia sustancias más baratas, y, en general, más dañinas para el organismo.

Estos cambios también enriquecieron la clínica. No son pocos los pacientes que se han reencontrado con viejos **síntomas**, con otros sufrimientos que habían quedado aplastados por los problemas de consumo. Reaparecieron el aburrimiento, la falta de deseo sexual, la insatisfacción, las depresiones, la ansiedad, las discusiones de pareja, el insomnio, dando lugar a que se los pueda interrogar.

En el campo de **los discursos**, asistimos a un “rebrote” de la influencia del discurso de la ciencia. Uno de sus rasgos, la exclusión del sujeto, llega de la mano de la cuantificación en sobredosis de estadísticas, porcentajes, tasas, barras, curvas logarítmicas y lineales, etc. Se refuerza la expectativa de que los científicos descubran mejores tests, y encuentren nuevos medicamentos mientras se acelera el maridaje entre los laboratorios que están a la vanguardia en la investigación para el desarrollo de una nueva vacuna, con la inversión de capital de los países industrializados.

Me pregunto si la deuda que contraeremos con la ciencia, si, como esperamos, resuelve el estrago que causa el virus, no acentuará más aún el papel rector de la biología. ¿Qué lugar quedará para la clínica de la palabra, más allá de la “contención” que se espera de parte del campo de los psi? Me pregunto también qué consecuencias de esa renovada fe se hará carne en nuestros pacientes, que siempre rezan al altar de la sustancia omnipotente.

Por otra parte, y tomando otro punto de vista, hay que decir que la cantidad de problemas sanitarios, económicos, sociales, psicológicos, es tal, que “favorece” un clima para que se extienda el discurso que promueve la reducción de daños. La crisis es tal, que sólo se pueden avizorar respuestas parciales, paliativas, que no pueden en sí mismas solucionar “todo” el problema.

Del lado de **los tratamientos**, la cuarentena y sus consecuencias inmediatas que son el aislamiento y el distanciamiento físico han traído una nueva exigencia a nuestro quehacer como practicantes del psicoanálisis. Nos servimos de los medios que la tecnología nos provee para permitir el despliegue de la palabra. ¿Pero qué cambios particulares vemos en los tratamientos de pacientes con problemas de consumo?

Tomando en cuenta que trabajamos frecuentemente en forma interdisciplinaria, hoy enfrentamos una gran dificultad para pedir todo tipo de interconsultas, indicar derivaciones, convocar a familiares. Por otra parte, las reuniones de grupos de narcóticos y alcohólicos anónimos a los que concurren algunos de nuestros pacientes, se vieron reducidas a una práctica casi clandestina entre muy pocos, reconducidas al Zoom, o directamente suspendidas.

A partir de la atención remota, el coloquio analítico en general, ha sufrido alteraciones que afectan a la escena clínica. Esas distorsiones se pueden repartir, en términos de la lingüística, entre la **enunciación** y el **canal**.

La atención a distancia, desdobra la situación de enunciación y empobrece ostensiblemente el intercambio semiótico entre los partenaires. Se desdibujan los signos que suelen estar presentes como telón de fondo a lo largo de cada sesión, y que constituyen el marco de lo que se dice y se calla. Despojada de ese marco la palabra adquiere otra densidad.

Una de las condiciones para los tratamientos es que el paciente no concurra a sesión bajo consumo. En la clínica presencial, la presentación general, vestimenta, aseo, color de la piel, brillo o enrojecimiento de los ojos, equilibrio, olores, etc. nos indican si cumple con ese requisito, mientras que en la atención remota sólo podemos guiarnos por algunos aspectos del discurso y del habla, a menos que nos lo haga saber dando otra clase de señales.

La no presencia de los cuerpos en simultáneo, es un hecho insoslayable. Freud hablaba de la “presencia del analista” como algo que acontecía cuando se detenían las asociaciones. Lacan alude a la presencia de los cuerpos en el Seminario 19 “O Peor” (El saber del psicoanalista.21-6-72) “... *cuando alguien viene a verme a mi consultorio, por primera vez, y yo escando nuestra entrada en el asunto mediante algunas entrevistas previas, lo importante es eso, es esa confrontación de los cuerpos. Es justamente porque de ahí parte, ese encuentro de los cuerpos, que cuando se entra en el discurso analítico ya no será más cuestión de eso*”.

La mirada, la voz, quedan intermediadas por un aparato. Si en la computadora miramos a la pantalla, el analizante no se percibe siendo mirado, y si optamos por mirar a la cámara vemos de refilón la imagen del analizante. Las presencias se reducen a imágenes proyectadas en una pantalla. Se ven empobrecidos los registros real e imaginario, y se ve ampliado el simbólico; la palabra queda desanudada del cuerpo y de la imagen.

El analizante habla desde un lugar geográfico, diferente al del analista. ¿De qué modo la vida doméstica queda separada de ese encuentro? Es necesario que se sustraigan a estímulos externos, renuncien a cualquier intento de multi tasking y se concentren únicamente en el tratamiento, desde un lugar privado, íntimo, a resguardo de intrusiones, y que en lo posible siempre sea el mismo. La falta del contexto del consultorio, exige que tomemos muchos recaudos para garantizar la confidencialidad, que es uno de los pilares de la transferencia.

Con respecto al **canal** de comunicación, en mi experiencia, son muy pocos los pacientes que se conectan con una computadora. La gran mayoría utiliza el teléfono, sea para videollamada, o para una llamada de voz. Este tema no es algo menor en los consumos problemáticos, ya que es un tópico recurrente la venta del celular en noches de “gira”. En las actuales circunstancias, esa práctica interfiere directamente con el análisis.

Por otra parte, no todos los teléfonos tienen buenas cámaras y micrófonos, no todas las conexiones a internet son veloces. El delay en las videollamadas hace que a veces nuestra intervención llegue cuando el analizante está iniciando una nueva cadena asociativa. En ocasiones tenemos que armar un rompecabezas para construir el enunciado original. Esto exige adecuar el tipo de intervenciones al estado del canal, que muchas veces es portador de una gran cantidad de “ruido”.

Hay algunas otras particularidades: el hecho de tener al analista casi al alcance de la mano, como dicen los vendedores ambulantes “en la cartera de la dama o en el bolsillo del caballero”, permite que algunos pacientes, nos manden mensajes, videos, de todo tipo a cualquier hora. Por otro lado están los que no se conectan a la hora acordada, y lo hacen dos horas después, esperando hablar como si uno estuviera siempre disponible. En cada caso es necesario resituar el tratamiento que damos a esos mensajes, no por amor al “encuadre”, sino con el objeto de perimetrar el espacio de la sesión, jerarquizar el encuentro analítico y el valor que allí tiene la palabra.

Las ausencias y llegadas tarde, tienen que correr por cuenta del paciente: me refiero a que olvidarse de llamar no tiene por qué tener un tratamiento diferente del olvidarse de ir al consultorio o a la institución. Sólo que no podemos pretender que esa equivalencia se adquiera súbitamente: hay que trabajar para instalarla.

La clínica realizada por medios virtuales, expone la gran dificultad que tienen nuestros pacientes para discriminar, y establecer secuencias que se construyan en términos de corte y continuidad. Muchas veces decimos que son holofrásicos, porque sus relatos tienden a ser confusos, o no tienen marcas de sujeto, tiempo y espacio.

El teléfono, es sólo una función de estos aparatos que ya deberían tener otro nombre. Es un aparato que condensa una gran cantidad de funciones y de programas. La comunicación con el analista, queda en una serie que puede extenderse desde los llamados de la verdulería, al jardín del hijo, al dealer, la novia. También ocurren en ese mismo terreno el intercambio de mensajes, de mails, los memes, las publicidades, los avisos de Facebook, de Instagram, etc. Puede ocurrir que entre un llamado importante en el medio de la sesión y no podemos pedirles que apaguen o silencien el teléfono.

Encontrarse presencialmente con el analista, sea en privado o en una institución, implica una preparación, alistarse, para concurrir a una “cita”, con alguien, recortado de la serie de los semejantes. Un traslado, una espera, salir del consultorio y pensar. Ese recorte, no va de suyo en la clínica “virtual”. Tal vez sea posible, lograr, con la singularidad de cada caso, que quien pretenda analizarse, ponga su tiempo, su dinero, su presencia, su palabra, y algo más. Que suspenda unos minutos antes de la sesión cualquier cosa que esté haciendo y que al finalizar también se dejen unos minutos, un tiempo para comprender.

A mi juicio, no tomar en cuenta esos detalles, puede hacer sucumbir o hacer caer la transferencia por el despeñadero de la banalización.

Habrà mucho para pensar e implementar respecto al análisis en modo virtual. También será interesante leer las nuevas teorizaciones de los principistas que sostenían que era imposible analizar si no se hacía en forma presencial.

Me acabo de enterar de que, nuevamente en China, han encontrado un virus porcino, ante el cual sugieren tomar muchas precauciones por su capacidad de contagio, en el caso de que pase a los seres humanos.

Personalmente, creo que estamos acertados al otorgarle un sitio relevante al análisis a distancia.

Héctor Pérez Barboza

NFT: Creo que para muchos analistas, entre los que me incluyo, lo primero que cambió es la resistencia de antaño en relación a realizar tratamientos bajo modalidad virtual. Es que parecería, como anticipaban algunos pioneros de la web, que el psicoanálisis continúa funcionando aún encriptado en bytes. Esta resistencia giraba en torno a la dimensión de la importancia del registro de los cuerpos, la presencia del analista en tanto “a” Real. Pero el psicoanálisis trabaja con los tres registros. Habría que pensar cómo se incluye algo de este registro en lo virtual.

Creo que la tecnología, si bien nos ayuda a poder acompañar a nuestros pacientes en este particular contexto de pandemia, también nos limita. Continúa generando la alienación en lo imaginario de las pantallas. Analizarse consta de un esfuerzo que es parte de la resistencia propia de la práctica, esta cuasi comodidad casera puede convertirse en un obstáculo. Hay que ir hasta el consultorio, bancarse si el día esta feo o cualquier otra contingencia de la vida cotidiana. Creo que hace a la práctica y es lo que pondera un poco el discurso del psicoanálisis. La pérdida tiene que ponerse en juego.

En primer lugar noto que lo “on line” desvirtúa lo temporal. Se tiende a la inmediatez. Por ejemplo: me derivan un paciente nuevo o en el caso de otro que requiere una entrevista, donde me ha pasado que ambos la solicitan para... ¡el mismo día! No por temas de urgencia, sino por el hecho que mencionaba, no hay que movilizarse, es una especie de “¡llame ya!”. Verifico además un incremento de msj y extensos audios. Todo parece urgencia.

Me sucedió también allá por marzo, al inicio de la cuarentena, que muchos pacientes privados discontinuaron el tratamiento, alegando que retomarían de manera presencial al normalizarse la situación. Sorprendido le comenté a un amigo analista, quién me tranquilizó de forma inmediata con la sentencia: “confiá en la transferencia”.

Por este y otros motivos, y para evitar una jornada laboral sin límites, siempre me mantuve rígido en las instituciones donde trabajo, mi postura era la de no dar mi celular a los pacientes. Obviamente me fue necesario ceder en este punto. Oh sorpresa, muchos casos que creía me iban a bombardear con urgencias telefónicas continúan respetando el encuadre. Salvo algún que otro paciente con diagnóstico de psicosis, donde la verdad, el encuadre lo ponen ellos, uno hace lo que puede...

Me pareció en un principio atinado, por ensayo y error, dar a elegir a cada paciente que modalidad virtual prefiere: llamada telefónica o video llamada. Creo que este es un dato clínico que puede trabajarse en cada caso. Qué formación del objeto a privilegia el paciente, voz, mirada.

En lo personal se me hace más llevadero solo la voz, la imagen de la pantalla evita que me concentre en escuchar, la función por excelencia del analista. Incluso me voy percatando que las sesiones telefónicas me permiten mantener de mejor manera la “atención flotante”. Confieso que quizás a veces con los auriculares puestos mientras atiando, me disperso o camino por mi casa, hasta que un significante en el discurso del paciente llama mi atención y me quedo sorprendido...estaba escuchando.

No quiero dejar de mencionar que estas son impresiones en curso, algo novedoso, nada de lo que aquí escribo es decisivo. Son solo conjeturas.

Me sucede además que termino mucho más cansado de lo habitual, ya sea utilizando la computadora o el celular, creo que me afecta el hecho de que todo pase por la tecnología. Creo que es muy denso que el trabajo, los vínculos sociales y familiares, el entretenimiento y dispersión, que todo sea virtual. Es una locura. Pero entiendo que es lo que sucede en este “estado de excepción”.

Creo que tampoco hay que caer en el mito de la “Golden Age” o “todo pasado fue mejor”, capaz el “virus” del psicoanálisis continúe propagándose bajo esta nueva cepa.

Nicolás Farji Trubba

RP: Escribo con la idea de compartir algunas ideas, basadas en preguntas que fueron emergiendo en el transcurso de este contexto de Pandemia, sin pretender establecer certezas o dar un carácter vehemente a las mismas.

La irrupción del COVID-19 y el estado de Pandemia irrumpe con una voluptuosidad que impacta sobre el conjunto de la sociedad, las personas, las instituciones, el Estado, el contrato establecido en la Carta Magna, nuestra Constitución Nacional y los valores que sustentan y sostienen estos componentes, señalados de manera reducida, como integrantes de ese conjunto señalado.

De manera súbita, algo para lo cual la ciencia no tiene aún una propuesta de cura, nos coloca ante la posibilidad de la muerte, ya no aquella que sabemos que ocurrirá como al final de un ciclo vital singular, sino que se presenta mediante un virus que necesita de los cuerpos para vivir, reproducirse, expandirse, movilizarse, con una potencialidad de mortalidad para nada subestimable.

No hay cura aún, la sensación de fragilidad no es por enfermar, sino por la posibilidad de morir. La transmisión del virus se produce por el contacto o cercanía con un semejante. Recuerdo la referencia de Freud en Psicología de las masas y análisis del yo "...en la vida anímica individual, aparece integrado siempre, efectivamente, el otro, como modelo, objeto, auxiliar o adversario..." ¿en cuál de estos lugares aparece el otro en los discursos de diferentes actores que atravesaron la Prepandemia y lo que va de la Pandemia? ¿Qué valores subyacen en cada uno de ellos y qué impacto subjetivo han tenido, que de esto ha aparecido en la clínica desde cada singularidad?

Otra referencia que recordé es la de Elliot Jacques cuando escribió acerca de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad social. Posteriormente rectificó esta idea tomando como hipótesis de trabajo que son los sistemas sociales mal organizados los que activan la ansiedad social. La actuación del Estado, su política ante el COVID -19 y la Pandemia, se caracterizó por no circunscribir la nueva situación a una perspectiva sanitaria solamente, sino abordarla con una tendencia hacia una mirada más integral del problema, con insuficiencias en algunos aspectos que permitirían un abordaje integral más amplio, pero en su conjunto tendieron a ser políticas y acciones de amparo y de cohesión social para afrontar esta nueva situación.

Un Estado, que en los años del pasaje de la Sociedad de Estado a una Sociedad de Mercado, perdió capacidad de producción de subjetividad, hoy ocupa un lugar central y disputa al Mercado un horizonte diferente sobre cómo abordar la Pandemia, generando prácticas de amparo y solidaridad, a partir de la implementación de las decisiones políticas que toma para enfrentarla. ¿Un Otro social que convoca a considerar al semejante, paradójicamente con la distancia social y el aislamiento, como acción común de cuidarse con un sentido mutuo con el semejante? ¿Un movimiento del Estado hacia un lugar de regulación del atravesamiento central de la Pandemia sobre las vidas y el psiquismo de las personas? ¿Restitución de lazos sociales, urdimbres que reconstruyen y reparan deshilachamientos en tejidos sociales; perduraran?

Es notable el carácter bélico que imperó en la/s narrativa/s para hablar sobre el COVID-19 y la Pandemia. Aprovecho el mismo para señalar que es claro que el campo de batalla principal se libra en el seno de la comunidad, según la capacidad de "Salud Comunitaria" que la comunidad en articulación con las instituciones de salud hayan sabido construir, en pos de la evitación del contagio, disminuyendo los riesgos del contagio, reduciendo la cantidad de "heridos" por el COVID-19, de manera de sostener una adecuada capacidad de atención para aquellas personas contagiadas que deben ser alojadas en las instituciones específicas de salud para semejante tarea. Sin dejar de reconocer la enorme y tesonera labor de las/los trabajadores de dichas instituciones por brindar una atención adecuada y salvar vidas.

Para este nuevo tipo de problemas de salud, sin certezas cercanas de cura, que aparecen en el horizonte actual de la humanidad, la construcción permanente, no excepcionalmente, de Salud Comunitaria se vuelve insoslayable, lo que implica un descentramiento de los equipos profesionales y una apertura para favorecer un corrimiento de la comunidad a ocupar un lugar más central en el diseño, implementación, gestión y evaluación.

Si intervenimos en una comunidad, con pretensiones de producir un impacto efectivo en un tema de Salud, tiene que contar con una cercanía óptima que permita un acuerdo de cierto grado con la visión, del mundo y del problema a abordar, de la comunidad con la que se desarrolla una interacción, contemplando sin duda las condiciones concretas de su vida, cotidiana, como es su vivir, su habitar, su existir.

La experiencia de prácticas basadas en estrategias de reducción de daños con población usuaria de sustancias psicoactivas, legales y no legales, nos ha enseñado que, en el corto plazo, el objetivo principal es el mayor establecimiento de contactos con los consumidores por parte de las redes socio sanitarias, no sólo por su carácter de informantes claves sobre la particularidad local de las prácticas de consumo, sino sobre todo por el lugar que puede ocupar en la prevención y reducción de daños entre sus pares y en la elaboración de herramientas no heterónomas para tal fin.

La escasa consideración de este criterio, contribuyó a algunas de las insuficiencias en el abordaje de barrios y/o sectores poblacionales con atravesamientos de vulnerabilidad social, donde lo prescriptivo, para prevenir el contagio del COVID-19, dirigido al conjunto de la sociedad como un todo, no se adecuaba al vivir y habitar cotidiano de las personas de esos territorios., para cumplir plenamente con el ASPO y el distanciamiento social.

Consultas 2.0

La imposibilidad de las entrevistas presenciales potenció la existencia de una práctica clínica virtual que no era gravitante. La metamorfosis forzada de lo presencial a interacciones virtuales repercutió en lo habitual de nuestra práctica clínica. Las respuestas fueron dispares, de acuerdo a lo escuchado por otros colegas y artículos de lectura publicados al respecto.

En lo personal, me tomo en un momento de reconstrucción de un espacio de trabajo clínico, por lo tanto estaba con un grupo reducido de pacientes. No he venido atendiendo on line. En el comienzo de la cuarentena, la primera y segunda etapa tomé la decisión de esperar, con el acuerdo de los pacientes, dejando en claro la posibilidad de llamar durante la misma si lo consideraban necesario. Mantuvimos una comunicación telefónica con periodicidad mensual, pero sin pasar a desarrollar entrevista por llamada, video llamada u otra opción virtual. Sólo una vez un paciente se comunicó para solicitar un horario entrevista. En el tercer mes de cuarentena ofrecí la posibilidad de pasar a atención on line, la que hasta ahora ha sido desestimada por los pacientes.

Poco puedo aportar en este aspecto, la práctica desde el psicoanálisis en modalidad virtual. No la desestimo, la considero y probablemente, contexto mediante, incursionaré en el desarrollo de un espacio de atención virtual.

Por supuesto que lo presencial en algún momento retornará, pero lo virtual ha venido para quedarse como opción de práctica clínica. ¿En qué proporción con respecto a lo presencial? ¿En un tratamiento con combinatorias de ambas modalidades? ¿Exclusivamente en virtual? Preguntas que sólo se pueden responder desde lo singular de aquella persona que requiera de nuestra práctica y en un contexto de superación de la Pandemia, que no significará que no perduraran huellas de ella en el psiquismo de las subjetividades contemporáneas. Ante todo esto, como siempre, no debemos retroceder, persuadidos de que no se trata de repetir, de manera absoluta, nuestra práctica prepandémica, porque nada será igual.

Ricardo Paveto