

7000 178 171

Daño Psicológico

Consonando y resonando con el Dr. Fernando Ulloa

Autor: Kesselman, Hernán

Folio 198
D/F. 2

INTRODUCCIÓN

Quiero subrayar en este trabajo las consonancias y resonancias entre los desarrollos que Fernando Ulloa ha realizado acerca de la **Crueldad, lo Cruel** y la **Cultura de la Mortificación** y los estudios que contemporáneamente vengo investigando desde hace varias décadas sobre el **Daño Psicológico** y lo que denomino **SIDPA (Síndrome de Inmunodeficiencia Psicológica Adquirida)**. Justamente, a partir de sus valiosos aportes y conceptualizaciones, Ulloa me permite seguir profundizando en la clínica las observaciones que posibilitarían sistematizar la comprensión de ciertos cuadros con síntomas y signos (síndromes) que emergen de la articulación entre los abusos actuales de la globalización social y sus vinculaciones con la actividad intrapsíquica.

Así es que, estos temas tan afines a la psicología y a la psiquiatría social como al psicoanálisis y la fenomenología clínica establecen una contraseña que campea en la relación personal y profesional que he podido mantener con Fernando a lo largo de estos últimos cuarenta años.

LA RUTA DE LOS PSICOARGONAUTAS

Nuestra interacción personal y profesional ha sido duradera. En el trabajo en el Policlínico de Lanús, en el Servicio de Psicopatología, con Mauricio Goldenberg; luego por la proximidad a nuestro maestro Enrique Pichon Rivière, y a una figura tan admirada como José Bleger —con quien Ulloa introdujo y desarrolló el Psicoanálisis en la Facultad de Psicología de la U.B.A.—, y a otras tan queridas: Isabel Calvo, Marie Langer y Emilio Rodríguez, con quien Fernando compartió epopeyas revolucionarias en la Asociación Psicoanalítica Argentina, en la Asociación de Psicoterapia de Grupos, en nuestras pertenencias a Plataforma y Documento, grupos disidentes, renunciantes, de la I.P.A., pero no renunciando al psicoanálisis, tal como lo recuerda Emilio Rodríguez en el epígrafe que nos dedicó en su libro Sigmund Freud: El siglo del Psicoanálisis (dos volúmenes, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1996):

“Para la vieja guardia, los psicoargonautas de siempre

Armando, Fernando, Hernán y Tato, compañeros de mil batallas y algunas victorias.”

Fernando Ulloa fue un avanzado en la Argentina en el trabajo teórico-práctico del psicoanálisis en las instituciones, tema que difundió en la mismísima Asociación Psicoanalítica Argentina, en épocas en que hablar allí de psicoanálisis y grupos era sacrilego. Con él compartimos también la coordinación de grupos y enseñanza de la Medicina; y aunque no en el mismo lugar, la experiencia exiliar a partir de 1976 y el reencuentro en Argentina en el desexilio. No es casual que en los últimos años, nuestra atención, aunque por vías diferentes, se haya ido interesando cada vez más en la reflexión y conceptualización de los fenómenos psicosociales evidenciados a partir de la dictadura militar, que continuaron como rémora en la democracia y se acentuaron con los efectos deletéreos de la globalización.

En todos estos tramos, hemos podido disfrutar de ideologías compartidas y de diferencias compatibles, donde junto con Tato Pavlovsky lo hemos sentido nuestro joven maestro, nuestro hermano mayor, nuestro ideal de psicoanalista (tras la experiencia de Mimi Langer) y nuestro interlocutor inteligente de nuestros temas más intrincados.

MALTRATOS NATURALIZADOS Y EL ACONTECER DE LA CRUELDAD

“Acontecer de la Crueldad como propia conciencia de la disposición personal que en grados distintos habita a todo sujeto. Este acontecer es el pasaje intrapsíquico de lo cruel, en su estado latente, a la asunción ética de la propia disposición para la crueldad como toma de conciencia”. (Fernando Ulloa, *Notas para una clínica de la crueldad*, Revista “Clínica y Análisis Grupal”, Número 80, enero/abril 1999, Madrid, España)

Ulloa nos plantea las características fenoménicas descriptivas de la crueldad, que han sido referentes de mis desarrollos sobre Daño Psicológico.

Lo cruel se naturaliza y constituye un daño psicológico como una cultura de la crueldad.

Hay una antigua psicología que se ha ido reformulando en los últimos cuarenta años con palabras distintas. Y hay una psicología de la vida cotidiana, que obedece al cambio social y de nuestros tiempos, que marca el clima escénico de la clínica, donde se despliega la subjetividad, que nos atraviesa a todos: terapeutas y pacientes.

Si hay una nueva psicología, hay una nueva psicopatología en la entrada del siglo XXI, y así vemos surgir cuadros psicopatológicos que comienzan a ser cada

vez más nombrados por su frecuencia y su intensidad. Así, las adicciones, trastornos alimenticios -anorexia y bulimia-, trastornos del sueño y de la ansiedad y otros, vinculados con el estrés de la vida contemporánea como: el Crash-Syndrome en las crisis sociales, el Burned Out y el Síndrome de Thomas de los profesionales de la salud y de la educación, el Bullying -violencia en las escuelas, patoterismo escolar, intimidación-, Mobbing y Bossing -acoso laboral, violencia en el trabajo-, etcétera, que se destacan en la demanda de asistencia de entre las clásicas neurosis (histérica, fóbica, obsesiva), con la misma urgencia de resolución con que, en los umbrales del siglo XX, demandaban lo que Freud llamó las "neurosis actuales" (neurosis de angustia y neurastenia), comprendidas como provenientes de la sobreexigencia emocional con que el ciudadano medio debía enfrentarse ante al impacto de la universalidad de las comunicaciones y el desarrollo vertiginoso de la sociedad industrial.

El clima en el que hoy vivimos respira en la era de la globalización económica y mediática. Es la era del dominio neoliberal del mercado que se despliega a escala planetaria amenazando cada mañana con terremotos inesperados e impredecibles, con la formación de una isla en la que algunos lograrán salvarse y la gran mayoría tendrá futuro incierto para su sobrevivencia y sus condiciones de vida digna.

Las realidades que en su actualidad nos transmiten los mass media, nuestro andar por las calles, las desilusiones y dolores del maltrato cotidiano entre los próximos, hasta el maltrato naturalizado entre usuarios y prestadores en cada campo, proporciona cada día irritación, desinfe, sensaciones de impotencia y pensamientos "sin salida".

Hoy todos parecíamos atravesar lo que en Medicina se conoce como enfermedad laboral del médico, Síndrome de Thomas -personaje de La insoportable levedad del ser- o Burn Out -desgastarse, quemarse- y que el Dr. Marcos Meeroff, pionero de la Bioética y la Antropología Médica, definió como:

"Enfermedad que contraen los profesionales del cuidado de la salud, en primer término los médicos, que adquiere habitualmente cronicidad, afecta preferentemente a los profesionales de menor categoría, sin diferencias de edad y sexo, contagiosa de persona a persona por "vía mental", últimamente muy difundida, especialmente en los centros de mucha población, que repercute intensamente en el medio familiar, de tratamiento muy complejo y escaso resultado aún".

Este síndrome que atraviesa la práctica cotidiana del médico, independientemente de sus diversas psicopatologías singulares, es el que observamos en la gran mayoría de los pacientes que solicitan asistencia psicológica. Y así, para que los que viven en la planicie (terapeutas y pacientes) puedan sobrevivir, tienen que aprender a producir habilidades y precauciones similares a las desarrolladas por quienes viven al borde del cráter de un volcán o en regiones espantadas por los sismos y maremotos. Se instala de este modo una nueva figura en las producciones de subjetividad singulares y colectivas, un

dispositivo que denomino **Psicosísmica**. En tanto curadores, detectamos "vibraciones" con nuestros aparatos de información y sensibilidad, tal como los sismólogos detectan los movimientos telúricos para organizar la prevención y los efectos perversos de los mismos.

Es en esta climatología del atravesamiento histórico social donde se recortan las "nuevas" patologías mencionadas, con una intensidad y una velocidad de expresión que hacen sobreponer lo urgente a lo importante. En nuestro caso, nuestra tarea es pensar la clínica actual, de tal manera que aquello que nos enseñaron las experiencias anteriores conecte con las invenciones que nuestro escenario clínico hace emerger.

DAÑO PSICOLÓGICO, SIDPA Y CULTURA DE LA MORTIFICACIÓN

"Lo cruel, sin sujeto manifiesto de la acción convive en sociedad sin escándalo, incluso con nuestra connivencia. No en vano la palabra connivencia remite en su etimología a guiño, o a cerrar los ojos. No es que en lo cruel no exista un sujeto intelectual responsable, pero cabe destacar que puede adquirir estatuto de costumbre, en el que las mismas víctimas conviven con una intimidación que permanece inadvertida. Así 'lo cruel' hace cultura, verdadera cultura de la mortificación en que la fecunda idea freudiana del malestar de la cultura es trocada por: malestar hecho cultura, donde claudica la valentía, la inteligencia y el cuerpo se desadueña". (Fernando Ulloa, *Notas para una clínica de la crueldad*, Revista "Clínica y Análisis Grupal", Número 80, enero/abril 1999, Madrid, España)

La perversión ética individualista y efficientista, cultura dominante del mercado es una infección social que ataca la personalidad de cada sujeto, produciendo efectos en su modo de ser y en su modo de estar en el mundo, naturaliza como costumbre aquello que debería ser excepcional: lo escandaloso como lo normal, las desviaciones éticas como medios que justifican la sobrevivencia y el éxito, y la ausencia de la consideración solidaria como lo esperable en los tiempos que corren. Y si consideramos este tema como el agua de navegación para nuestra tarea clínica, es imprescindible volver a interrogar qué se entiende por ética de la cura y qué es salud y calidad de vida y no sólo cuánto se está dispuesto a luchar por conseguirla sino también con qué y cuánto pagar para acceder a ella y sostenerla. Hay que volver a interrogar los sistemas de transmisión de los conocimientos en el campo de la psicología, porque también son atravesados por un daño psicológico en y entre nosotros mismos, pacientes y terapeutas, educadores y educandos, usuarios y prestadores en el campo de la Salud Mental. La infección debilita la claridad y la potencia habitual de nuestras defensas yoicas que constituyen la inmunidad natural de nuestro psiquismo cotidiano, fuerzas inmunológicas que sostienen la impermeabilidad y la reacción combativa contra las agresiones yoicas. Por ello y consonando con el nombre de la enfermedad

infecto-contagiosa más temible y globalizada de nuestros tiempos denominé -tal como lo mencioné al comienzo del presente trabajo- a este daño psicológico: **SIDPA**. Un conjunto de síntomas, signos y formas semánticas y comunicacionales que dibujan figuras metafóricas reconocibles en la observación clínica e instrumentables para la intervención operativa. Es también un nivel, un dispositivo de análisis para interrogar las bases de la clínica psicológica de la vida cotidiana en su conjunto.

Todos somos potenciales portadores del síndrome del **SIDPA** y en ocasiones la infección se torna virulenta y terriblemente activa. Sugiero repensar la clínica de nuestros días, con patologías atravesadas por este síndrome -en el que la crueldad hace pancarta apoderándose del territorio- y apuntar al ejercicio de medidas preventivas que continúen la investigación de terapias y rehabilitaciones que lo tengan en cuenta.

Siguiendo la tradición del maestro Pichón Rivière, de instaurar metáforas para fenómenos que él observaba en su quehacer clínico (conducta cosmética, tiado, abuelato, etc.), fui rastreando con mis colegas y discípulos elementos de daño psicológico tanto en España -en la Escuela de Psicología Social que fundé en Madrid en 1976- en la población de exiliados y españoles, como en Argentina -en el Centro de Psicoterapia y Técnicas Operativas (CPO) que fundé a mi regreso- en la población de los llamados desexiliados e insiliados.

En mi libro *La Psicoterapia Operativa* (dos volúmenes, Lumen, Buenos Aires, 1998) describo algunos de estos síndromes: Resonancia versus Rebote, Síndrome del portero eléctrico, Síndrome del ciclista, Síndrome de Búfalo Bill y otros que resultan formas de nombrar algunos fenómenos de mi observación clínica.

TERNURA Y RESILIENCIA

“Los suministros de la ternura son tres: el abrigo, para los rigores de la intemperie; el alimento, para los del hambre; y el buen trato, el trato según arte. Un trato que será bueno en tanto donación simbólica de la madre que concurre, no solamente a la invalidez material del niño, sino también a su invalidez simbólica. Precisamente con la experiencia de gratificación se irá instituyendo este buen trato, este trato según arte, basamento del sujeto comunicacional”. (Fernando Ulloa, *Notas para una clínica de la crueldad*, Revista “Clínica y Análisis Grupal”, Número 80, enero/abril 1999, Madrid, España)

A partir de mi investigación sobre el **Daño Psicológico** y el **SIDPA** destaqué algunas figuras propias de la vida cotidiana personal y otras que observé en el campo profesional de la Salud Mental, que me llevaron a reflexionar que no sólo daño había provocado esta infección psicológica sino también que la gente, para sobrevivir había desarrollado sus propias defensas para adaptarse a la realidad, produciendo una “cintura psicológica” que les ayudaba a hacer circular la vida para oponerse al deterioro cotidiano: sus anticuerpos. Por eso,

hablo no sólo del daño que provoca el **SIDPA**, sino de los anticuerpos posibles para luchar contra este daño, contra esta infección.

En especial, quiero resaltar los anticuerpos creativos, la cintura psicológica, desarrollada por los que resistieron en el exilio y en el insilio.

En el exilio tuvimos que aprender a ser extranjeros, ni temerarios ni temerosos, reaprendiendo a “hablar con extraños”, a decir aunque no se sepa bien cómo hablar, aprender “a irse a Sevilla aunque a veces se pierda la silla”, “a sentarse en el aire”. Que no sólo es huir, sino desplegarse.

En el insilio se aprendió a ser *intranjeros* (extranjeros, minoritarios en el propio país). Ni temerarios ni temerosos, aprender a no hablar con extraños, a adaptarse al silencio porque uno es dueño de lo que calla y esclavo de lo que dice, aprender a “hablar sin decir” o a “decir en clave”, que a buen entendedor... Lo que no sólo es escapar sino replegarse.

También deseo contribuir a difundir el concepto de **resiliencia**, palabra que proviene de la metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir su impacto y recuperar su estructura. En medicina se utiliza este término para nombrar la capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura. Por otra parte para las ciencias sociales, la resiliencia correspondería a la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. Esta capacidad es sometida a prueba, se activa frente a situaciones de estrés severo y prolongado, lo que generaría a su vez una serie de condiciones que provocan mayor resistencia o vulnerabilidad. Es una capacidad dinámica por lo que se puede estar más que ser resiliente y obedece a un impulso vital innato en el ser humano (graficado en el mito de Sísifo) que lo lleva a negarse a renunciar y por otro lado a salir adelante en un espíritu porfiado de superación. Entre los factores de riesgo que atacan la resiliencia encontramos el maltrato físico y psicológico, los déficit de enseñanza educacional y las situaciones de extrema pobreza. Lo importante es que todas las personas poseen esta característica aún en un medio tan conflictivo como la pobreza y por ello debe abordarse con recursos personales y sociales. Su eje preventivo desde la infancia hasta la adultez es el ejercicio incondicional de la ternura.

“La crueldad, como implementación de la condición agresiva y odiosa del hombre, es un hecho cultural y requiere una política que la ambiente. Dentro de esa política, ilustrada entre nosotros por los objetivos socioeconómicos de marginación que implementó el terrorismo de estado, o por las políticas de ajuste, se organiza ese dispositivo que da entorno directo a la mayor crueldad. Un dispositivo que configura la encerrona trágica donde, no habiendo tercero de apelación, no hay ninguna salida inmediata para la víctima”. (Fernando Ulloa, *Notas para una clínica de la crueldad*, Revista “Clínica y Análisis Grupal”, Número 80, enero/abril 1999, Madrid, España)

En el trabajo clínico cotidiano los que asistimos psicológicamente tenemos la oportunidad de ofrecernos como un *posible* tercero de apelación al extraño en otros y en nosotros mismos. Ser el que abra la puerta para ir a jugar.

Del libro Pensando Ulloa (Compilado por Beatriz Taber y Carlos Aschtul), Libros Del Zorzal, Buenos Aires 2004.