

Hacia un psicoanálisis con perspectiva comunitaria: de la imprescindible intervención psicoanalítica en los sectores populares

Towards a psychoanalysis with a community perspective: on the indispensable psychoanalytic intervention in the popular sectors

Genaro Velarde Bernal

Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires

Resumen

El trabajo en su totalidad es una pregunta acerca del psicoanálisis como instrumento de intervención comunitaria y como transformador social. Apoyándose en una reflexión freudiana, el autor parte señalando la necesaria intervención del psicoanálisis y los psicoanalistas en los ámbitos comunitarios. En este recorrido, su experiencia como psicoanalista en una institución pública (territorial y con población en situación de alta vulnerabilidad) y algunas nociones cardinales de las prácticas comunitarias, son pensadas desde la óptica del paradigma psicoanalítico. Sus reflexiones lo llevan a pensar en la construcción de un campo singular de la práctica psicoanalítica, que denomina “Psicoanálisis con perspectiva comunitaria”. El autor sostiene que la posición psicoanalítica en estos contextos sociales es asistencial, diferenciándola de la intervención asistencialista. Describe al sujeto de los sectores populares como atravesados por múltiples sufrimientos, por lo que han de ser escuchados y asistidos como pacientes complejos.

Palabras clave: psicoanálisis, comunidad, sociedad, exclusión, vulnerabilidad, interdisciplina.

Abstract

This writing is a question about Psychoanalysis as a social transformer. Relying on a Freudian reflection, the author starts by pointing out the necessary intervention of Psychoanalysis and psychoanalysts in community settings. In this journey, his experience as a psychoanalyst who works in a public institution (on the territory, with a vulnerable population) and some cardinal notions of community practices are thought from the perspective of the psychoanalytic paradigm. His reflections lead him to think about the construction of a singular field

of psychoanalytic practice, which he calls “Psychoanalysis with a community perspective”. The author maintains that the psychoanalytic position in these social contexts is the assistance, differentiating it from assistentialism. He describes the subject of the popular sectors as traversed by multiple sufferings, for which they have to be listened to and assisted as complex patients.

Keywords: psychoanalysis, community, society, exclusion, vulnerability, interdisciplinary.

En este lenguaje, “salud” significa tanto salud del individuo como salud de la sociedad, y la madurez completa del individuo no es posible en un escenario social enfermo o inmaduro.

–Winnicott, 1963

Pensar hoy *lo comunitario* se impone como una tarea urgente e ineludible. Hoy es 23 de julio del 2020, hace poco más de cuatro meses que en la Argentina nos encontramos en aislamiento obligatorio debido a la pandemia COVID19.

En este contexto sanitario mundial resulta imprescindible (casi imperativo) que los psicoanalistas deconstruyamos nuestras prácticas, lo que implica también reflexionar sobre nuestros conceptos, cuestionar hábitos psicoanalíticos y atravesar los múltiples imaginarios que nos impregnan e impregnan, silenciosamente, nuestro quehacer.

Mi pregunta por “lo comunitario” tiene, por lo menos, dos raíces: por un lado, deriva de mi experiencia diaria con sujetos en situación de pobreza, desigualdad y exclusión social, con sujetos atravesados por múltiples vulnerabilidades. Por otro lado, surge de la fuerza que ha tomado la idea de “el psicoanalista en la comunidad” a lo largo de esta situación de pandemia, donde las instituciones y los profesionales están llevando adelante programas de asistencia virtual, gratuita o con honorarios reducidos; programas destinados a la contención de los profesionales de la salud sobre-exigidos hasta el límite por la situación actual, pero también dirigidos a la población en general o, como también se dice, a *la comunidad*.

A pesar de que hablamos de “la pandemia” como una experiencia generalizada, compartida y común, no hay que perder de vista que al mismo tiempo quedaron expuestas las distintas realidades sociales y la heterogeneidad de experiencias derivadas.

La imponente emergencia sanitaria, recién llegada, puso en evidencia las problemáticas económicas y sociales que son estructurales. Quedó al descubierto que hay distintas formas de padecer una pandemia, porque nuestras sociedades no son homogéneas; es decir, quedaron expuestas nuevamente las enormes desigualdades sociales, y quienes más sufren a consecuencia de ellas. Y es justamente ahí, en los sectores populares, donde también es importante la presencia del psicoanálisis y los psicoanalistas, tanto en pandemia como en pospandemia.

Es loable (pero también es lo-ético) el esfuerzo que realizan las instituciones y los psicoanalistas de volcarse a la comunidad y ofrecer el instrumento psicoanalítico a quienes sufren y no pueden acceder a él. Hoy, más que nunca, es importante volver nuestra mirada a la propuesta de Freud, continuar y sostener el proyecto freudiano de un psicoanálisis accesible a los sectores populares (Freud, 1919/1988), de un psicoanálisis como instrumento de comprensión y transformación social: “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, 1923/1988, p. 290).

Sólo puede resultar positivo el hecho de que, eso que llamamos genéricamente, “lo comunitario” ingrese y eche raíces en el lenguaje del psicoanálisis y en la práctica cotidiana de los psicoanalistas.

Mi intención, en lo que sigue de este escrito, es reflexionar sobre el campo de lo comunitario desde el marco psicoanalítico y sobre la necesaria relación de nuestra disciplina con las prácticas comunitarias, sin perder de vista las dificultades que esto produce. Mis coordenadas en este andar serán mi experiencia psicoterapéutica e institucional territorial, el marco teórico psicoanalítico y mi análisis personal, siempre presente.

Hacia un psicoanálisis con perspectiva comunitaria: esbozo de un campo de intervención

Los conceptos de *comunidad* y *comunitario* no son de raigambre en el corpus teórico psicoanalítico. No digo que no se hayan empleado, sino que no han sido trabajados rigurosamente, elaborados y puestos a disposición de los psicoanalistas como parte de un bagaje terapéutico-conceptual (¡menuda tarea tenemos por delante quienes trabajamos en territorio y con sectores populares!). A pesar de haber sido ampliamente discutidos y desarrollados por otras disciplinas (como la filosofía, la antropología, la sociología, el trabajo social, la psicología y psiquiatría), un primer acercamiento nos muestra que son conceptos amplios, con perspectiva histórica, polisémicos y de difícil abordaje (Galende y Ardila, 2011).

No es mi intención exponer una revisión exhaustiva de estos conceptos, ya que esta tarea ha sido realizada por otras disciplinas, por otros autores y en otros contextos (por ejemplo, Galende y Ardila, 2011); además, hacerlo en este espacio me desviaría del objetivo principal que me he planteado.

Pienso que, para los fines de este escrito, sólo son necesarias aproximaciones generales a los conceptos que se desprenden de las prácticas comunitarias, esto me permitirá pensarlos y articularlos con mi práctica psicoterapéutica diaria y el corpus teórico psicoanalítico del que hago uso.

Es importante mencionar que hay distintas formas de acercarse y comprender este vasto y complejo campo. Por ejemplo, es posible pensar a la comunidad tomando como eje distintos aspectos: la comunidad en función de los lazos de parentesco, de una localización geográfica, de una composición étnica en particular, entre otras.

En términos generales, las nociones de comunidad incluyen a los sujetos, las relaciones que establecen entre ellos, las creencias que comparten y las normas que rigen esas relaciones en el marco de un determinado territorio. Otras aproximaciones acentúan, por un lado, la dimensión relacional (intersubjetiva) que considera los afectos, los pensamientos, los valores, etc.; por otro lado, la dimensión espacial, que da cuenta de la relación del sujeto con el suelo, con el territorio donde se despliegan aquellas relaciones (Dieguez y Guardiola, 1998).

Independientemente de la noción que nos parezca más adecuada, parecería que toda comunidad se constituye en base a “algo” que, en principio, aparece como común o compartido por un conjunto de sujetos y sobre ese “algo” se constituye un *sentimiento de comunidad*, la experiencia de pertenecer o de formar parte de... Esto que es común o compartido no ha permanecido inmutable y las razones para constituir comunidad han variado a lo largo de la historia. Por ejemplo, en la forma tradicional de vida comunitaria se conformaba comunidad sobre la base de la filiación y el territorio. Según Bauman (2003), a la luz de la licuefacción moderna, las comunidades se constituyen sobre la base de la búsqueda de seguridad. De esta manera, también se reformulan las construcciones identitarias sociales.

Claro, el que exista un *sentimiento de comunidad* no quiere decir que toda comunidad sea un “Tlalocan”¹ y que escape a la dimensión conflictiva de la experiencia humana; o que no existan grandes o pequeñas, pero irreductibles diferencias hacia el interior de ella; o que las diversas instituciones, actores, prácticas e imaginarios no hacen de la dinámica intracomunitaria algo complejo. Y es este sentido en que Janine Puget (2008, 2015) piensa la constitución de la comunidad (donde lo común es distinto a lo semejante): no sobre la base de lo igual, sino en el trabajo sobre las diferencias, sobre la alteridad.

Por otro lado, nos encontramos con el adjetivo *comunitario*, que engloba a todo lo relacionado con la vida y la dinámica propia de una comunidad. En esta línea encontramos a las prácticas comunitarias, aquellas que intervienen en, con y para una comunidad determinada, en un *territorio* determinado.

Por cierto, *lo territorial* es una noción básica, esencial, de toda práctica que se jacte de ser comunitaria, o con tentativa de serlo. Este concepto se refiere, por un lado, a la dimensión espacial que no es sólo geográfica, sino también incluye la construcción de espacios y límites simbólicos; por otro lado, se refiere a las estrategias e intervenciones que implican un acercamiento de las instituciones, los dispositivos, los profesionales y los recursos a los sujetos y las comunidades que lo requieren. Esta segunda acepción implica el abandono de un posicionamiento pasivo. Es un “salir a...”, un “acercarse a...”. Esta noción es uno de los ejes que orientan las intervenciones en salud mental comunitaria y que sostienen el imperativo de no disociar al sujeto de su comunidad considerando la iatrogenia que esto produce; imperativo tajantemente anti-asilar.

El objetivo de las prácticas comunitarias es el de modificar una o más realidades de la comunidad, de tal forma que se produzcan mejoras en la calidad de vida de sus miembros (Marchioni, 2014), por esto se entiende que lo comunitario engloba a las prácticas que se dirige a una comunidad específica: a los sujetos con sufrimiento social y vulnerabilidades múltiples. Dichas prácticas son llevadas a cabo por una gran variedad de actores: profesionales, técnicos o personas sin formación académica o estudios

formales, pero con gran conocimiento de la dinámica de la comunidad y de sus necesidades; todos ellos pueden pertenecer a la misma comunidad, o no.

Si bien, las nociones de comunidad son amplias y diversas, en el marco de las prácticas comunitarias y territoriales, la comunidad en y desde la que se interviene es la que conforman grupos de sujetos con sufrimiento social y múltiples vulnerabilidades. Es decir, desde este lugar, *comunidad y comunitario son conceptos con referencia en los sectores sociales más carenciados*. Esta es la comunidad a la que se destinan las prácticas comunitarias; es la comunidad en la que despliego parte de mi práctica analítica y es la comunidad que tomo como eje del presente escrito.

Ahora bien, después de este preludio, breve aproximación a la comunidad y lo comunitario: ¿es posible pensar este campo e intervenir sobre ello con los instrumentos psicoanalíticos? ¿podemos construir algún puente entre las prácticas comunitarias y la intervención psicoanalítica sin que esto ponga en riesgo la singularidad de nuestra disciplina? En todo caso, suponiendo una posible relación dialógica, respetuosa, ¿cómo aportarían el psicoanálisis y los psicoanalistas a las disciplinas que llevan adelante intervenciones y prácticas comunitarias? ¿es posible pensar al psicoanalista como un promotor o facilitador de transformaciones sociales, comunitarias, culturales y políticas, lo que excedería, seguramente, el abordaje de la “sintomatología estrictamente individual” (si es que eso existe²) de los sujetos?

En otro lugar (2020) expuse algunas ideas acerca de lo que pienso como condiciones a considerar por un psicoanalista con miras a trabajar *en territorio* y con sujetos con múltiples vulnerabilidades. En ese momento sostuve que estas condiciones constituyen un *eje ético-terapéutico* fundamental para cualquier tratamiento en estos contextos sociales: el análisis de los preconceptos/prejuicios del analista o el análisis del analista como sujeto social (como sujeto potencialmente estigmatizador); la necesaria concepción hipercompleja³ de la subjetividad humana, que incluye no sólo a las dimensiones biológica, psicológica y social, sino también a la cultural, económica, comunitaria y política; y por último, la flexibilidad del consultorio y el dispositivo analíticos: es posible producir experiencia psicoanalítica ahí donde se encuentra un psicoanalista dispuesto a psicoanalizar y un(os) sujeto(s) que sufre(n)⁴ psíquica y socialmente dispuesto(s) a aventurarse en un tratamiento, lo que puede suceder dentro de cuatro paredes o no.

Es mucho lo que el psicoanálisis puede ofrecer a las prácticas comunitarias. La profunda y sofisticada comprensión de la subjetividad humana, en la que los psicoanalistas fundamentamos nuestra práctica, resulta invaluable para la elaboración de las estrategias de intervención comunitaria, sean asistenciales o preventivas; pero también hoy, tal vez más que nunca, se vuelve imprescindible la inserción del psicoanálisis y de los psicoanalistas en el abordaje directo del sufrimiento subjetivo de los sectores más carenciados: “se trata de reconocer las fracturas reales que en el plano de la experiencia subjetiva y social produce su situación en la sociedad actual” (Galende, 1990, p. 196).

En este punto me parece importante (incluso necesaria) la tentativa de diagramar este campo de intervención psicoanalítica, de darle entidad a la experiencia psicoanalítica con “los olvidados” (en alusión a Buñuel, 1950), denominándola *comunitaria*. Primero, porque si bien toda práctica impacta en alguna comunidad (y es difícil, si no imposible, pensar la experiencia humana por fuera de ella), no toda práctica es comunitaria. Y segundo, porque así como sucede en otros campos de intervención psicoanalítica (como

las psicosis, las adolescencias o en los abordajes con perspectiva de género y los fenómenos de la virtualidad), donde cada campo ha afinado sutilmente el instrumento para comprender la singularidad del padecimiento; así, de la misma forma, *la experiencia psicoanalítica en el campo comunitario requiere de una escucha específica*⁵: *una escucha compleja, desde la complejidad; una escucha de la subjetividad polifónica y multideterminada*, porque “la materia misma del decir acerca del vivir [...] sólo puede entenderse en clave de las condiciones sociales de producción de lo decible, visible y audible en contextos sociales, económicos y, por su puesto, barriales” (Epele, 2016, p. 24).

En esta tentativa de delimitar la amplitud del adjetivo “comunitario” y de pensarlo en función de la práctica psicoanalítica, pienso que puede resultar útil *reservar las denominaciones “psicoanálisis comunitario o psicoanálisis con perspectiva comunitaria” a todo el campo de nuestra disciplina (a la práctica e intervenciones de los psicoanalistas y a la metapsicología y técnica que se deriven) que tenga como eje a los sujetos que viven en situación de pobreza (o pobreza extrema), desigualdad y exclusión social, a quienes se encuentran atravesados por múltiples vulnerabilidades y vulneraciones, a quienes se encuentran en la indigencia y viviendo en situación de calle y a quienes su condición de vida puede ser comprendida como un estado de emergencia psíquica y social* (Viñar, 2006), todas ellas raíces de insostenibles sufrimientos y de muchas de las *problemáticas psicosociales complejas* que aquejan a una parte importante de la población.

En esa misma línea, no puedo dejar de mencionar (aunque parezca una obviedad) que el psicoanálisis en el marco de las intervenciones comunitarias (o, en su estrecha relación con ellas) no sacrifica de ninguna manera su cualidad terapéutica ni aquello que lo hace único: el trabajo con la subjetividad, con los procesos inconscientes y con los múltiples padecimientos que, de sus vicisitudes, se derivan; el compromiso con la construcción de un espacio en el que el interrogante, la palabra, el deseo y los afectos circulen, siempre sobre base de un vínculo transferencial, horizontal y de confianza; el sostenimiento del pleno respeto a la radical singularidad del otro y a sus derechos. Quiero decir, y en esto sigo a Galende, que nuestra disciplina, en el marco del trabajo multi e interdisciplinario, en contextos comunitarios y en territorio, a diferencia de otros saberes, no pone en riesgo su singularidad porque “el psicoanálisis tiene un desarrollo teórico interno específico, lo que le permite la elaboración crítica de lo que incorpora de otros terrenos teóricos, sin riesgo eclecticista” (*Idem*, pág. 263).

Lo comunitario en clave psicoanalítica: asistencia/asistencialismo

Si tuviera alguna validez el planteamiento previo intentaría, entonces, dar un paso más: pienso que una intervención psicoanalítica con perspectiva comunitaria tendría que partir de la base de *una noción amplia y compleja de la salud mental*, que considere las múltiples dimensiones que atraviesan la experiencia de la subjetividad humana, incluyendo a la dimensión política y de derechos, porque “no hay salud mental pensable cuando el sujeto es excluido de su condición de hombre político (...)” (Viñar, 2009, p. 42).

Pienso que concepciones de la salud mental que no consideren la complejidad del fenómeno conducen a comprensiones parciales (integralidad no es completitud), que psicologizan o psiquiatrizan las problemáticas sobre las que se interviene. Al desmentir

una o más dimensiones que nutren los padeceres se desmiente parte de la subjetividad de quien acude a nosotros. De esta forma, nuestras intervenciones se gestan en concepciones que, de entrada, violentan la subjetividad del otro, lo que no carece de consecuencias en el transcurrir de los procesos terapéuticos. Es el riesgo que corremos al fetichizar el constructo de lo individual, valorizándolo por sobre lo singular, donde lo singular es *lo complejo* (Morin, 2009). En esta misma línea sostiene Viñar:

Para entender y tratar la marginalidad y la exclusión es distinto utilizar como referente el modelo de la autarquía de un sujeto surgido en la burbuja de su intimidad pulsional, que aquel marcado por los códigos y claves de la familia y la cultura en la que habita [...] tal vez fue el trabajo con grupos marginados y con situaciones traumáticas extremas, la experiencia que con más fuerza nos advirtió sobre el carácter sesgado y restrictivo de un enfoque clínico que sólo subraya, privilegia y enfatiza aquello que en el psiquismo adviene como efecto de la causalidad inconsciente como determinante de la estructura psíquica, y nos lleva a explorar otros territorios y otros itinerarios conceptuales para darle un carácter complejo y policausal a la construcción identitaria. (Viñar, 2009, p. 112, 114)

Aunque no está en entredicho el hecho de que los psicoanalistas somos profesionales de la salud mental, no desconozco que son varias las dificultades que se plantean tras la inserción del psicoanálisis en este ámbito, sobre todo cuando hablamos de una dimensión pública e institucional. Pero hay obstáculos más importantes a sortear cuando se trata de pensar en la inclusión del psicoanalista en el ámbito de las prácticas comunitarias o en la salud mental comunitaria; cuando se trata de intervenir *en, con y para* una cierta comunidad.

Por eso, para seguir delimitando el campo de intervención psicoanalítica en estos contextos es necesario distinguir conceptualmente entre la *intervención asistencial* y la *asistencialista*, que hacen referencia al confuso par asistencia/asistencialismo. Si esta distinción práctica/conceptual tiene relevancia es porque en su seno problematiza la función del analista y porque de su deslinde se depende su posicionamiento en el marco de una práctica psicoanalítica con perspectiva comunitaria.

Pensar y distinguir estos dos conceptos, además, nos obliga a recordar que el psicoanalista en estos contextos sociales escucha al sujeto y escucha sus múltiples sufrimientos. Podemos decir, sin muchas precisiones, que unos son del orden de las necesidades básicas y otros de la dimensión subjetiva, vincular o social. Pero una separación tan taxativa es sólo superficial y engañosa: primero, porque ambas dimensiones constituyen necesidades básicas, esenciales; segundo, porque no debemos olvidar que desde el origen del psiquismo, necesidad y deseo se hilvanan de formas íntimas. Y acá la teoría freudiana nos muestra algún camino porque el mismo Freud construyó parte importante de su teoría teniendo como base la noción de *apuntalamiento (apoyo)*, que encontramos ya en sus “Tres ensayos...” (1905/1988).

Este entretrejo es el que el analista no debe perder de vista, ya que forma parte de la comprensión de *las problemáticas psicosociales complejas* que tratamos diariamente, donde ambas dimensiones se anudan en un entramado de afectos, sentidos y significaciones que analista y paciente han de desanudar en el proceso. Estas dimensiones son, en palabras de Silvia Bleichmar (2009), los dos ejes que constituyen la problemática de la subjetividad: los procesos de autoconservación y de autopreservación.

Por un lado, encontramos el campo de *las intervenciones asistenciales*, que son las que se producen en el marco de una estrategia que, generalmente, es institucional, multidisciplinaria y multisectorial; son siempre el resultado de la reflexión, discusión y/o super-visión (o mejor, de la inter-visión) (Weigandt, 2014) de uno o más equipos intervinientes, o de uno o más profesionales. Los objetivos de *la asistencia* se encuentran en función del abordaje de las múltiples vulnerabilidades y de sus consecuencias en los distintos planos de la subjetividad. Es también el abordaje que se pregunta por el sujeto político y la dignidad humana en estos contextos.

La asistencia sólo es posible en el marco de una relación de *horizontalidad* con el sujeto o los sujetos que sufren, y opera sobre la base de la puesta en juego de algún aspecto de la subjetividad, de la vida afectiva y de su sufrimiento psíquico y/o social, lo que posibilita un trabajo de construcción de la dimensión más agencial del sujeto y que se produzca, en el marco del proceso, una modificación de la posición subjetiva asociada con el padecer. Esto implica que los procesos asistenciales solo son posibles si el sujeto compromete algo de su propia subjetividad.

Por otro lado, se encuentran *las intervenciones asistencialistas*, que también pueden ser resultado de estrategias institucionales pero se llevan a cabo sobre la base de relaciones *verticales*, no dialógicas. Pienso que desde este lugar se interviene exclusivamente en el plano de la necesidad (¿necesidad de quién?), quedando por fuera la pregunta por el sujeto, el deseo, el padecimiento, el afecto, el conflicto y la demanda.

Claramente la intervención *asistencialista* es distinta, de muchas maneras, a la *asistencial*. En estos contextos ambas pueden coexistir durante ciertos lapsos de tiempo y pueden ser pensadas como abarcando espectros humanos distintos. Sin embargo, la fijeza y perpetuidad de la intervención asistencialista puede, sí, resultar iatrogénica a los procesos asistenciales y terapéuticos (que apuntan a la modificación de posiciones subjetivas, al trabajo con la singularidad, a la construcción de la dimensión más agencial del sujeto, etc.), ya que dicha perpetuación no sólo instala relaciones verticales de poder, también puede petrificar al deseo (la dimensión creativa de la subjetividad humana) y silenciar la demanda del sujeto. A mi parecer, este es el momento en que el asistencialismo se torna desubjetivante, disfrazando su violencia de buenas intenciones y beneficencia, obstaculizando los procesos asistenciales (incluidos los psicoterapéuticos): “Sólo el psicoanalista, frente a los materiales que trata, no se plantea el hacer el bien, no es tampoco una pedagogía. Se propone que la palabra emerja en el sujeto y está dispuesto a aceptar sus consecuencias” (Galende, 1990, p. 67).

Desde este punto de vista, la intervención asistencial es subjetivante, se construye sobre la base de la relación transferencial y pertenece al campo terapéutico⁶. Así, *el único posicionamiento posible de un psicoanalista en estos contextos sociales es el posicionamiento asistencial*, el cual se encuentra en sintonía con la ética y la terapéutica psicoanalíticas. Es en este sentido que Silvia Bleichmar sostiene:

La realidad que debemos recuperar es la de poder construir sistemas de representaciones que restituyan el derecho a pensar y a estructurar proyectos que no reduzcan a los seres humanos que constantemente el sistema expulsa hacia la marginalidad a sus puros cuerpos biológicos, que no limite nuestras acciones a un asistencialismo que despoja los restos de identidad y genera la engañosa propuesta de una sola realidad: la de una economía sin salida en el campo Nacional, la de un cuerpo sin subjetividad en el espacio de la vida humana. (Bleichmar, 2009, p. 72)

Equivocamos nuestras reflexiones si nos limitamos a pensar al asistencialismo solamente como la provisión estatal (o institucional) de insumos materiales, alimentos o viviendas, de becas o planes de seguridad social, etc. Un psicoanalista puede también, en el marco de su práctica, realizar intervenciones de corte asistencialista, antianalíticas, obturando los procesos terapéuticos. Me detengo brevemente en esto último...

Las múltiples vulnerabilidades y sufrimientos (psíquicos, corporales y sociales) que atraviesan a los sujetos en contextos sociales complejos, tocan las fibras más sensibles de quienes llevan a cabo prácticas territoriales. Es innegable que la sensibilidad social ha de ser una característica del psicoanalista comunitario, ya que constituye uno de los motores que pulsiona la actividad terapéutica; sin embargo, esta sensibilidad puede transformarse, de igual manera, en la rémora de la práctica terapéutica.

Una de las intervenciones asistencialistas que he podido observar es la que se deriva de una posición épica adoptada por el psicoanalista o profesional de la salud mental. El analista interviene de forma asistencialista en el momento en que las situaciones de urgencia, de extrema necesidad o sufrimiento del sujeto (o los sujetos) arrasan con su capacidad pensante y, por lo tanto, con lo que implica la posición y la función analíticas. En ese momento, el analista deja de intervenir en función del sufrimiento del otro (a quien, sin darse cuenta, pierde de vista) y lo hace alrededor del propio sufrimiento, de la angustia, del malestar que le produce el dolor psíquico y social que el paciente trae a sesión.

Es ahí cuando vemos que aparece el psicoanalista en posición épica: aquel dispuesto a salvar, a rescatar al otro de sus sufrimientos; pero en realidad su intervención es estrictamente especular y dirigida hacia sí mismo y a hacia su propio dolor. Muchas veces, este tipo de intervenciones asistencialistas aparece bajo la forma interpretaciones o señalamientos impulsivos de base maníaca, donde el psicoanalista podría fantasear, por ejemplo, con resolver directamente la situación de hambre, marginación y miseria social en la que se encuentra su paciente, perdiendo de vista los objetivos, las posibilidades e, incluso, las limitaciones del instrumento psicoanalítico. Cabe señalar que el “psicoanalista héroe” interviene de forma evacuativa, aliviando su propio sufrimiento, su sentimiento de impotencia y, en última instancia, la herida narcisista que el material y dicha impotencia le producen.

Esta reacción del analista (o profesional interviniente) no se entendería plenamente desde el plano transfero-contratransferencial, en sentido estricto. Más bien, es una reacción ante un material que muchas veces parecería desbordar las posibilidades de intervención del dispositivo analítico y del psicoanalista.

En algún punto, este tipo de intervenciones asistencialistas me hacen recordar al fenómeno de los mundos superpuestos de Puget y Wender (1982). Según estos autores, el FMS es una perturbación en la que el analista reacciona a un material manifiesto que trae el paciente. Este material reverbera en el analista de tal forma que lo aleja momentáneamente de su paciente, quedando en la mente del analista como residuo no elaborado psicoanalíticamente como interpretación. Puget (2014) sostiene que el FMS pone de relieve una problemática ética, en tanto la escucha deja de fundamentarse en hipótesis psicoanalíticas.

Si bien, ambas situaciones hablan de un material manifiesto que toca a la persona del analista, produciendo una suerte de situación microtraumática, pienso que una

diferencia importante entre los FMS y el tipo de intervención asistencialista a la que hago referencia radica en que, en la práctica territorial, el analista es un “turista” en el barrio y no comparte de forma cotidiana el medio, los códigos o las experiencias diarias de sus pacientes, como sí sucede en los mundos superpuestos de Puget y Wender, donde paciente y analista comparten el medio socioeconómico, institucional y microcultural. En estas intervenciones asistencialistas no hay mundos que se superponen, sino, y más comúnmente, mundos que se anteponen, lo que pone de relieve la consideración de la radical otredad o ajenidad en el marco de los procesos analíticos. Pienso que esto no puede ser dejado de lado al momento de pensar al analista en posición épica.

Aunque la intervención asistencialista no es terapéutica en términos de producir modificaciones estructurales (en el sentido más general del término) o modificaciones de las posiciones subjetivas, paradójicamente sí produce en el corto plazo un bienestar efímero tanto en el usuario o paciente como en el terapeuta. Es por esto que la intervención asistencialista es un lugar al que analista y paciente pueden volver una y otra vez, desviando el camino de lo psicoterapéutico/psicoanalítico.

La perspectiva comunitaria: una terapéutica psicoanalítica de la complejidad

Si nos tomamos en serio la propuesta freudiana de “dispensar [la experiencia psicoanalítica] también a la multitud de seres humanos que son demasiado pobres para recompensar al analista por su empeñoso trabajo” (Freud, 1923/1988, p. 290), es decir, de construir un psicoanálisis con perspectiva comunitaria, estamos obligados a darle mayor entidad a algunos conceptos de apellido “social”, como *exclusión social*, *desigualdad social*, *vulnerabilidad social*, etc. Estas son nociones que describen experiencias, situaciones y condiciones de vida en las que se constituye psiquismo y subjetividad: modos de percibir(se), pensar(se), comprender(se), interpretar(se) y de narrar(se); modalidades de goce, de acercamiento y de vinculación con un otro y, sin duda, también fuente de un sinnúmero⁷ de sufrimientos psíquicos y sociales.

Cuando hablamos de exclusión y desigualdad social, de pobreza extrema y marginalidad, hablamos de muchas cosas: por un lado, de carencias o ausencia de las condiciones esenciales y adecuadas que posibilitan una vida, mínimamente, digna: alimentación, educación, salud, vivienda, trabajo, etc. Por otro lado, aludimos a carencias simbólicas y afectivas, a la ruptura de vínculos sociales, a la construcción de los propios circuitos subjetivantes (sobre los que se erigen construcciones identitarias en las que se hilvanan muchas de las problemáticas psicosociales que tratamos) (ver Velarde Bernal, 2019), a experiencias de violencia, discriminación, estigmatización y desamparo social; hablamos de concatenaciones de traumatismos, de experiencias no comprendidas, no elaboradas, no simbolizadas; hablamos de vulneración de derechos⁸. Ahora bien, ¿cómo se constituye el aparato psíquico?, ¿cómo se organizan las subjetividades?, ¿cómo se llega a ser sujeto en contextos con experiencias como las descritas?

Como lo sostiene Viñar (2009), *excluido y marginado*, son nociones espaciales, tópicas, que invitan a las siguientes cuestiones: ¿marginados de qué? ¿excluidos de dónde? Baumann (1998), desde una óptica sociológica, sostiene que el pobre de la modernidad era el excluido del mercado laboral; hoy lo es del mercado de consumo, se encuentra al margen del consumo de muchos de los bienes materiales y simbólicos que la cultura ofrece (¿exige?) para consumir.

Desde el plano psicoanalítico también es posible pensar la experiencia subjetiva de *los olvidados*. A la pregunta ¿excluido de qué?, Viñar responde “de la comunidad de los hombres y por ello mismo de un aspecto esencial que define la condición humana” (Viñar, 2009, p. 126). Aunque coincido con él, a su reflexión sumaría una precisión que me parece importante: *los sujetos en situación de exclusión social y múltiples vulnerabilidades han sido excluidos de los circuitos sociales y culturales de subjetivación hegemónicos*. Esto los ha obligado a replegarse sobre sí mismos y a construir sus propios circuitos de subjetivación en el contexto de sus propias experiencias, sus barrios y comunidades, sus actividades económicas y sus propios códigos, legalidades y principios, siempre en búsqueda de una existencia digna. Pero esta subjetivación alternativa tiene un costo, no es sin consecuencias. Y aquí encontramos también algunas de las raíces de las problemáticas psicosociales que tratamos.

Para nosotros, psicoanalistas, el abordaje inmediato de estos sujetos (que no es el único posible) está dado desde los efectos que la pobreza, la desigualdad y la exclusión social producen en el psiquismo, en las subjetividades y en los lazos sociales. Decir “angustia” o “desamparo”⁹ es un primer paso, pero no resuelve ni aclara la experiencia, porque *los olvidados* se encuentran atravesados por *vulnerabilidades múltiples* y por esto han de ser escuchados, comprendidos y asistidos como *pacientes complejos*:

Primero, porque en la experiencia diaria es posible corroborar que *aquí los síntomas anudan, condensan, más de un sufrimiento: son síntomas individuales pero también son sociales, económicos, culturales y políticos, a la vez*. Parte de nuestra labor es ir desanudándolos en *la singularidad que los anuda*, en esa construcción tan propia de cada uno de los sujetos. Es por esto que esto que opto por la *singularidad* como material de trabajo, y ya no por la individualidad; esto implica *partir desde la sobredeterminación freudiana del síntoma individual hacia el sufrimiento subjetivo en el plano de la subjetividad compleja*.

Segundo, porque muchos de estos sujetos han sido, a mi parecer, “niños deprivados”, es decir, niños que carecieron de “experiencias hogareñas primarias” (noción winnicottiana que alude tanto a la provisión de alimento y ropa como al ofrecimiento de una estructura adaptable, consistente, estable, continua y afectiva) (Winnicott, 1965, 1984). Pero además, y esto me parece importante, estas experiencias de privación infantil se han extendido a lo largo de sus vidas y nos encontramos con sujetos que *han vivido en estados de privación sistemática*; situación sostenida y agudizada ya no solo por las ausencias parento-familiares, sino sociales, institucionales y estatales. En este sentido *es posible pensarlos como sujetos en situación de privación, sujetos en estado permanente de privación*.

El analista, en estos contextos, propone, co-construye y sostiene un espacio y una experiencia que muchas veces son inéditos. Para el paciente es un espacio consistente, propio y de intimidad; es una experiencia de encuentro con un otro que se interesa genuinamente, que escucha creativamente y sin sancionar. Un espacio en el que la palabra, los afectos y la singularidad florecen.

La experiencia psicoanalítica en estos contextos aporta a la construcción de *la experiencia de sujeto*. Con esto quiero decir que muchas veces el dispositivo analítico le ofrece al sujeto la primera experiencia de pensarse a sí mismo, a su historia, sus vínculos y su entorno; de tomar contacto con sus propios afectos, sus fantasías, sus pensamientos y de hilvanar todo ello en un mundo representacional; de sorprenderse con los sentidos

de la propia producción onírica y sintomática y de la existencia de motivaciones veladas a sí mismo.

Si pienso que estos sujetos deben ser comprendidos y atendidos como pacientes complejos, no es sólo porque las problemáticas que presentan son muchas veces críticas, urgentes y de difícil abordaje, sino porque exigen al psicoanalista de intervenciones creativas, de técnicas heterodoxas y del trabajo multi e interdisciplinario, así como intersectorial. Sus padecimientos interpelan profundamente nuestras reflexiones, nuestros cimientos teóricos y técnicos, incluso nuestras más íntimas posturas personales. Es en este sentido que se torna necesario el despliegue de una “clínica de la complejidad” (Nemirovsky, 2009, p. 132), que implica, de entrada, una clínica “no estándar” (Laurent, 2000, p. 54).

Algunas reflexiones finales

De la misma forma en que se distribuye el tejido social, en la constelación de los discursos que nos atraviesan (científicos, sociales, culturales, etc.) también es posible pensar en unos -que se ubican en el centro- y otros -que habitan los contornos o bordes- (Franco, 2008). Pienso que parte de la riqueza del psicoanálisis y de sus desarrollos, la potencia de su palabra, la creatividad de sus intervenciones y la singularidad de la comprensión que ofrece del fenómeno humano se encuentra, en relación a una necesaria posición crítica, des-centrada, des-alineada.

Este lugar se encuentra, ya de entrada, determinado por nuestro objeto privilegiado de investigación, estudio y abordaje. Lo inconsciente ubica al psicoanálisis en un lugar distinto al de la mayoría de los discursos. Lo inconsciente tampoco habita *los centros*, y esto no quiere decir que no sea fundamental: *es marginal, es periférico y, desde ahí, opera movilizándolo, poniendo en jaque, interpelando la coherencia y hegemonía de la dimensión más racional de la subjetividad humana.*

Desde este lugar, posición des-alineada, los psicoanalistas también operamos en los sectores populares. Y ahí lo hacemos, muchas veces, como agentes que operan sobre los más profundos efectos de la pobreza, la exclusión social y la marginalidad; sobre la dimensión sufriente asociada a la violenta desmentida desubjetivante del Otro/Estado y del Otro/Social y del impacto de todo ello en la constitución de las subjetividades, en la construcción de los propios circuitos subjetivantes, en las modalidades de vinculación y de goce. Otras veces, lo hacemos alojando (en términos de Weigandt et al. [2017] *alojar* en términos psicoanalíticos implica, por lo menos, la puesta en juego de un deseo factible de ser interrogado; es decir, una oferta) los malestares asociados a la indignidad, la desesperanza y la desesperación que producen esas formas de (sobre)vivir a las que estos sujetos han sido arrojados, donde alojar es también validar sus discursos, sus afectos y sus malestares psíquicos, sociales y corporales.

La pobreza, la desigualdad, la exclusión social y una gran cantidad de problemáticas psicosociales complejas asociadas, se imponen como punto de urgencia a resolver por los Estados, las instituciones y la sociedad civil en general.

Los profesionales, especialmente los de la salud mental, tenemos una importante responsabilidad en esta labor. Pienso que nuestras disciplinas pierden el rumbo si los conocimientos que generan no pueden ser puestos a disposición de la enorme cantidad de

personas sin posibilidad de acceso a servicios de salud de calidad y con muchos de sus derechos vulnerados.

Referencias

- Bauman, Z. (1998). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Gedisa.
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Siglo XXI.
- Berenstein, I. y Käes, R. (2002). Diálogo Berenstein-Käes. *Psicoanálisis*, 24(1/2), 235-250. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/02/kaes-entr.pdf>
- Bleichmar, S. (2009). *La subjetividad en riesgo*. Topía Editorial.
- Dieguez A. y Guardiola, M. (1998). *Reflexiones sobre el concepto de comunidad. De lo comunitario a lo local. De lo local, a la mancomunidad*. Recuperado el 10 de julio del 2020 de <http://www.ts.ucr.ac.cr/>
- Epele, M. E. (2016) El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes urbanos de la Región Metropolitana de Buenos Aires. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 25. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/10.7440/antipoda25.2016.01>
- Franco, G. (2008) *El psicoanalista en la comunidad*. Congreso FEPAL Chile, 2008. <http://www.fepal.org/images/congresochile2008/cultura/franco2008.pdf>
- Freud, S. (1988). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica (Trad. J. L. Etcheverry). En *Obras completas* (Vol. XVII, pp. 151-163). Amorrortu. (Obra original publicada en 1919)
- Freud, S (1988). Prólogo a un trabajo de Max Eitingon. (Trad. J. L. Etcheverry). En *Obras completas* (Vol. XIX, p. 290). Amorrortu. (Obra original publicada en 1923)
- Freud, S. (2008). Tres ensayos de teoría sexual (Trad. J. L Etcheverry). En *Obras completas* (Vol. VII, pp.108-224). Amorrortu. (Obra original publicada en 1905)
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental*. Paidós SACF.
- Galende, E. y Ardila, S. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50. <http://www.unla.edu.ar/centros/centro-de-salud-mental-comunitaria/revista-salud-mental-y-comunidad/numeros-publicados>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1981) *Diccionario de psicoanálisis*. Labor Editorial.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Tres Haches.
- Marchioni, M. (julio-diciembre 2014). De las comunidades y de lo comunitario. *Revista Espacios Transnacionales*, 3. <http://www.espaciostransnacionales.org/tercer-numero/reflexiones-3/comunidadesycomunitario/>
- Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Nemirovsky, C. (2009). El psicoanalista tratando a un paciente grave. *Psicoanálisis*, 31(1), 129-152
- Puget, J. y Wender, L. (1982) Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanálisis*, 4(3), 502-532.
- Puget, J. (2008). Coartada social y psicoanálisis. *Psicoanálisis*, 30(2/3), 321-331.
- Puget, J. (2014). Mundos superpuestos. En C. Borensztein, A. Tramontano, M. Cóccharo, A. Doretti y A. Rascovsky (Eds.) *Diccionario de Psicoanálisis Argentino* (pp. 55-58). Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Puget, J. (2015). Conceptos de Freud en la metapsicología de hoy. *Psicoanálisis*, 37(2/3), 239-273.
- Velarde Bernal, G. (2019). El “pibe chorro” y su escena delictiva. *Psicoanálisis*, 41(1/2), 191-206.

- Velarde Bernal, G. (2020). ¿Psicoanálisis y comunidad o psicoanálisis comunitario? Pensando la intervención psicoanalítica en contextos de vulnerabilidad psicosocial. *Psicoanálisis*, 42(1/2), 315-333.
- Viñar, M. (octubre, 2006). *¿Qué puede decir un psicoanalista sobre exclusión social?* Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Lima, Perú.
- Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Ediciones Trilce.
- Weigandt, P.; Pavelka, G y La Vecchia, M. (2017). Universidad, psicoanálisis y posicionamiento comunitario. *El Hormiguero: Psicoanálisis: Infancia/s y Adolescencia/s*, 21(1)
<http://revela.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/psicohormiguero/article/view/1960/58362>.
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1984). *Deprivación y delincuencia*. Paidós.

¹ Suerte de paraíso que encontramos en la mítica mesoamericana.

² Entiendo lo individual y lo singular como dos cuestiones distintas. Me resulta más útil, y cercano a mi práctica, pensar y trabajar con el segundo de estos conceptos. Entiendo lo singular en el sujeto como aquello que se construye desde una subjetividad estructuralmente escindida y multideterminada; es decir, singularidad es complejidad.

³ Esto implica lo que, en la práctica comunitaria, se llama trabajo en *red*. El trabajo comunitario es multi e interdisciplinario, así como multisectorial. Es el psicoanalista tejiendo con otros.

⁴ Isidoro Berenstein, en su diálogo con René Käes (2002), sostuvo que es más adecuado hablar de sufrimiento, frustración o malestar social, y no de dolor social. El dolor conduce a la dimensión más biológica de lo corporal y no admite simbolización.

⁵ Intento desarrollar un poco más este tema en el punto 3 de este trabajo.

⁶ En este punto la pregunta por el psicoanálisis y su relación con el “bienestar” subjetivo y social, es ineludible.

⁷ Al 20 de marzo del 2020, día en que oficialmente entró en vigor el aislamiento social preventivo y obligatorio en la República Argentina, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe estimaba la existencia de 185 millones de pobres en la región, con la posibilidad de sufrir un incremento del 10% como producto de la caída económica en el contexto de la pandemia COVID-19. De esta forma, el número de pobres podría alcanzar los 220 millones de personas, más de un tercio de la población total de América Latina y el Caribe.

⁸ No me resulta viable sostener la predominancia de uno de estos aspectos por sobre el otro: tanto el cubrimiento de las necesidades materiales, como el de las simbólicas y afectivas son esenciales para la experiencia de una *existencia digna* y deben de ser pensados como derechos inalienables.

⁹ Las palabras *iknoyotl* o *iknotlakayotl* (de la lengua náhuatl) designan a los sustantivos “pobreza” o “miseria”; *iknotlakatl*, por otro lado, se refiere a la persona en situación de pobreza o de miseria. Estas palabras comparten la raíz *iknotl*, que significa “huérfano” o “abandonado”. En la literatura nahua la palabra *iknotl* también se emplea para representar el afecto de angustia; por ejemplo, en los *iknokuikatl* o cantos a la angustia (o la muerte).

No deja de sorprender la precisión de la ingeniería lingüística del mundo nahua cuando nos percatamos de que las palabras *iknoyotl*, *iknotlakayotl* e *iknotlakatl*, al compartir la raíz *iknotl*, recuperan no sólo la condición de orfandad, abandono y desamparo de los sujetos en situación de vulnerabilidad social, sino también describen el estado afectivo de angustia que deriva del (sobre)vivir de esa forma.