

Más allá de la fragmentación y el vacío de los 90'.

*El 2002 entre la depresión, el colapso y las nuevas
saludes.*

Fernando Fabris

Para citar este artículo:

Fabris, F. (2002). Más allá de la fragmentación y el vacío de los 90'. El 2002 entre la depresión, el colapso y las nuevas saludés. En Fabris, F. y Galiñanes, M.D. (2004). *Psicología clínica pichoniana, una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad*. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

Más allá de la fragmentación y el vacío de los 90'.

El 2002 entre la depresión, el colapso y las nuevas saludes¹.

Fernando Fabris

El objetivo de este trabajo es intentar aportar a la decodificación de los puntos de urgencia actuales en el terreno de la salud. Esto puede servir para ratificar o rectificar las estrategias de abordaje ya existentes y/o para diseñar dispositivos y estrategias de acción nuevas.

Me centraré, entonces, en lo que la clínica y otros dispositivos vinculares, grupales o comunitarios, hacen visible respecto de los efectos de la crisis en la subjetividad. Partiré de la fragmentación vincular y subjetiva y el vacío dominante en la década del 90 hasta llegar a algunas *aproximaciones* acerca del presente año 2002, tanto en sus aspectos como positivos como negativos.

Al reflexionar sobre *la expresión de la crisis en la clínica*² me ubico desde el enfoque de la psicología social pichoniana ya que esa es mi posición teórica tanto cuando trabajo en el campo del aprendizaje, la creatividad, la investigación, la promoción de la salud o la clínica psicoterapéutica.

Cuando Pichon-Riviere anexó a la palabra psicología la adjetivación "social" apuntó a subrayar la *perspectiva* social desde la que entendía lo psicológico. Simultáneamente focalizó nuevos ámbitos de intervención (grupales, institucionales, comunitarios) y puso el eje en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Sin embargo Pichon-Riviere nunca contrapuso este tipo de abordaje con lo específicamente clínico. Más aún, no estableció diferencias sustanciales entre lo clínico y lo social ya que entendía que eran campos y prácticas que se interpenetraban y tenían más de similitud que de diferencia. El creador de la psicología social, ya a fines de los 50, se oponía firmemente a la errada diferenciación que hacían algunos de sus discípulos entre el encuadre clínico y el encuadre operativo. La clínica pichoniana se realiza desde un encuadre operativo.

Uno puede trabajar desde una *psicología social, histórica y concreta* aún en la intimidad del encuadre terapéutico bicorporal (terapia individual). Y puede trabajar desde una *psicología individual y abstracta* aunque trabaje con grandes grupos o instituciones. Lo que define en última instancia la perspectiva psicológica que se sustenta no es el *ámbito* en que se trabaja sino *el enfoque* desde el que se lo hace.

Tanto en los tiempos de Enrique Pichon-Riviere y José Bleger, como en los actuales, nos encontramos en el marco de una disputa teórica que se inscribe en una lucha ideológica entre diferentes concepciones de la salud y la enfermedad, distintas concepciones del conocimiento y del papel que el sujeto tiene en la historia.

¹ Publicado en Fabris, F. y Galiñanes, M.D. (2004). Psicología clínica pichoniana, una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

² Este texto es la ampliación del trabajo presentado en el panel "La expresión de la crisis en la Clínica" realizado en las Jornadas de Psicología Social en Santa Fe – Septiembre 2002. En el mismo intervinieron Jorge Imhoff, Alejandro Scherzer y Daniel Kesner y Fernando Fabris. El panel fue coordinado por Ana Mercado.

Hechas estas aclaraciones que me parecen imprescindibles paso a comentar lo que observo respecto de los efectos subjetivos de la crisis social, crisis que ayer como hoy significa riesgo pero también oportunidad.

La década del 90

La década del 90 desde mi perspectiva, acorde con la de muchos otros psicólogos en distintos lugares del mundo y con el estudio sistemático que viene realizando Ana Quiroga en nuestro país hace más de una década, tuvo a nivel subjetivo ciertos rasgos dominantes: *la fragmentación subjetiva, la vivencia de "vacío", la vulnerabilidad en la interacción*. Estos rasgos tuvieron sus causas en una multiplicidad de factores.

Para citar sólo algunos recordemos que a comienzos de los 90' se impuso el llamado "*Nuevo Orden Mundial*" definido desde el poder como el "*único mundo posible*". La idea del *Fin de la Historia* y la *Muerte de las Ideologías* apuntó a orientar a los sujetos en la acomodación en una perspectiva capitalista, basada en la promesa de un desarrollo ilimitado en el cual, por el avance tecnológico, llegaría el fin de la necesidad del trabajo, el "*fin del trabajo*" mismo y el espacio para el juego, el tiempo libre y la recreación de la personalidad. Cuando se vieron los resultados prácticos de este "nuevo orden" hubo quienes dijeron que era sin duda injusto, que era "horroroso", pero lo propusieron inevitable ya que era una tendencia propia del desarrollo económico-social, de la globalización, de la supuesta sociedad pos-industrial y posmoderna.

El poder impuso su discurso tanto por la fuerza como por la seducción ideológica. El mensaje seductor de un mundo en el que se aplanarían los conflictos, reforzado por la amenaza de exclusión para quien no lo acepte, encontró eco en muchas personas. La derrota de las experiencias socialistas generó un terreno fértil para la imposición de estas ideas y facilitó la eficacia de la estrategia de dominación. Millones de sujetos quedaron atrapados ante el doble mensaje que el desarrollo de los acontecimientos haría evidente. Un discurso de felicidad, disminución de los conflictos y la promesa de un desarrollo ilimitado contrastado cada vez más por la experiencia personal y colectiva de la destrucción de las condiciones básicas de vida. La exclusión laboral se generalizó, aumentó vertiginosamente el desempleo. Al mismo tiempo para otra parte de la población se incrementó la duración de la jornada laboral hasta límites inhumanos, propios de comienzos de siglo. Sobre esta base se instaló el terror de inexistencia.

El efecto subjetivo de este "nuevo orden" fue de *fragilización, fragmentación, vulnerabilidad acrecentada* y muchas veces *encierra en sí mismo*. Los teóricos del posmodernismo creyeron encontrar su paraíso en este orden de fragmentación ya que pensaban que la fragmentación era "la forma de ser" de las cosas.

*La fragmentación subjetiva y vincular dominante tuvo su correlato específico en el terreno psicopatológico. Aparecieron nuevas patologías y otras viejas adquirieron rasgos nuevos. Un trastorno específico, subyacente a muchos cuadros, comenzó a extenderse. El trastorno del narcisismo pasó a ser en los '90 la infraestructura psicopatológica dominante.*³

³ En consonancia con el pensamiento de Pichon-Riviere, quien cuestiona el concepto freudiano de narcisismo primario, consideramos en todos los casos al narcisismo como secundario, en tanto se constituye como producto de la internalización de una red vincular.

La década del 90 fue la de los ataques de pánico, de la depresión, de los trastornos de la alimentación, el vacío, las actuaciones, el falso self, el sobre-estres, la sobreadaptación, el aumento de la violencia familiar, la implosión psicósomática y las adicciones. En muchos casos se observaban serias dificultades en los procesos de simbolización. El daño psicológico se extendía y profundizaba. Los vínculos presentaron alteraciones significativas: la fragilización, proyecciones masivas de esa fragilidad, defensas como la banalización, la desestima y el encierro en sí mismo.

A pesar de la diversidad sintomática y de cuadros psicopatológicos, observamos por entonces que muchas de estas expresiones patológicas presentaban algo en común: un importante *sufrimiento centrado en la identidad*, la *vivencia de "naufragar" entre aspectos fragmentarios* y la *imposibilidad de delimitar cierta centralidad* desde la cual diseñar una estrategia de vinculación con otros y consigo mismos⁴.

Durante los 90 diversos autores se refirieron a formas de *fragmentación* como la "multifrenia", "yo saturado", "sujetos estallados", etc. Desde la psicología social pichoniana, para que se configure una estructuración subjetiva específica es necesario no sólo la "presión" de los "factores actuales" sino que los mismos se conjuguen con "factores disposicionales". En lo que refiere a *los aspectos disposicionales más regresivos*, vinculados a la personalidad de base, encontramos estas sugerentes observaciones realizadas por Hanna Segal y Melanie Klein. "Cuando los mecanismos de proyección, introyección, escisión, idealización, negación, e identificación proyectiva no alcanzan a dominar la ansiedad y ésta invade al yo, puede surgir *la desintegración del yo como medida defensiva. El yo se fragmenta y escinde en pedacitos para evitar la experiencia de ansiedad*. Este mecanismo, muy dañino para el yo, generalmente aparece combinado con la identificación proyectiva". "La desintegración es *el más desesperado de todos los intentos el yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla el yo hace lo que puede por no existir*, intento que *origina una aguda ansiedad específica: la hacerse pedazos y quedar pulverizado*"⁵ (cursivas mías). Segal, Hanna. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós. Buenos Aires, 1982.

El proceso social de los 90 producía efectos específicos creando nuevas patologías o sumando rasgos nuevos a patologías ya conocidas. La fragmentación del orden social tenía, evidentemente, eficacia en la configuración de las tramas intersubjetivas y por lo tanto intrapsíquicas. La fragmentación aparecía por entonces tanto como efecto de la crisis como defensa ante la misma.

⁴ Por entonces en casi la mitad de las consultas la fragmentación subjetiva y vincular aparecía como lo principal del cuadro o por lo menos como un componente secundario pero significativo.

⁵ Melanie Klein, en el trabajo "Envidia y gratitud" de 1957 dice: "En mi trabajo "Sobre la identificación" sugerí *cuán importante es para el desarrollo de la personalidad y la salud mental el hecho de que la fragmentación no domine en los primitivos procesos de disociación*. Allí dije: "Cuando se tiene la sensación de contener un pezón y un pecho no dañados -aunque coincidiendo con fantasías del pecho devorado y despedazado- *la disociación y proyección no están predominantemente relacionadas con las partes fragmentadas de la personalidad, sino con partes más coherentes del individuo*. Esto implica que *el yo no está expuesto al fatal debilitamiento por dispersión* y por esta razón *es más capaz de deshacer repetidamente la disociación y alcanzar la integración y síntesis en relación con los objetos*".(cursivas mías).

Cada época histórica instala un ideal de salud, un prototipo sano. *Con relación al prototipo sano predomina también, en cada época, un tipo de patología mental específico. El trastorno del narcisismo fue la contracara inevitable del ideal de salud impuesto en la década del '90.* La ideología del individualismo como salvación (“hacé la tuya”), del trabajador “adaptable”, “flexible” y “polifuncional”, “involucrado” masivamente en la empresa, generaron para muchos las condiciones ideológicas de esa fragmentación subjetiva y vacío característica de los trastornos del narcisismo.

Sin bien los rasgos dominantes de una época no se reflejan linealmente en las estructuraciones subjetivas e ideológicas es innegable la presión que la “época” ejerce sobre las características de la subjetividad. La fragmentación *práctica* que impuso el orden social tuvo una fuerte pregnancia en muchos sujetos aunque no significó en todos los casos el predominio de la fragmentación subjetiva. Marcó un predominio, una tendencia. Podríamos decir que todas las personas, en diferentes medidas, interiorizamos algo de esa fragmentación⁶.

Hagamos más explícito y preciso el *concepto de trastorno del narcisismo*. Seguimos aquí a Héctor Fiorini quien señaló sus características principales⁷:

1. las problemáticas están centradas en el sí mismo, en las imágenes de sí, en la no estabilidad ni coherencia de esas imágenes
2. implica siempre un trastorno de la autoestima en forma de una oscilación entre la impotencia y una omnipotencia muy severa,
3. fallas en la estructuración del psiquismo que se expresan en la fragilidad, inestabilidad, difusión
4. vivencias de riesgo permanente por lo que un acontecer cualquiera modifica la imagen de sí en forma súbita.
5. se produce un cuestionamiento constante, una vivencia de vulnerabilidad muy intensa en la interacción.
6. ansiedades hipocondríacas y distintos trastornos en la configuración del esquema corporal y ansiedades muy intensas.
7. Existencia de un factor disposicional temprano vinculado a un déficit en la estructuración de la personalidad a causa de detenciones de aprendizajes en etapas arcaicas o regresiones a esas etapas en las cuales predominan vínculos simbióticos, en los que el otro aparece poco diferenciado de sí.
8. El trastorno del narcisismo se presenta a veces con pensamiento confusional y un fondo depresivo en todos los casos.

⁶ Existe una relación dialéctica entre *la direccionalidad que tiende a imponer un orden social a la subjetividad* y otras circunstancias personales entre las que se encuentra *el factor disposicional*. La interacción de ambos factores da por resultante *la conducta de los sujetos en cada aquí y ahora* (Principio de Policausalidad). La presencia diferencial de lo disposicional explica que muchas personas hayan presentado lo que llamamos trastorno del narcisismo y muchas otras personas patologías con características diferentes. El “Factor Actual”, que no es simplemente *desencadenante*, - como en el esquema freudiano – sino *co-determinante*, tampoco fue el mismo para todos; dependió de la ubicación en la estructura productiva y vincular-social de cada sujeto. Refiriendo el problema de la Policausalidad a la *fragmentación subjetiva y vincular* podemos decir que a mayor *disposición* a la fragmentación hay menos necesidad de *factores actuales fragmentantes* para que esta se manifieste la fragmentación. Y a menor *disposición fragmentante*, *la fragmentación subjetiva* se desencadena sólo cuando el *factor actual fragmentante* es muy significativo.

⁷ Fiorini, Héctor. “Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista”. Ficha.

Es importante señalar que no en todos los casos la fragmentación subjetiva constituye el lado visible y manifiesto de la problemática narcisista. Muchas veces lo que aparece explícito es la reacción pseudo-cohesiva ante la misma⁸.

La fragmentación subjetiva y vincular – y el trastorno del narcisismo - aparecía manifiesta en el vacío, en muchos trastornos de la alimentación, en el ataque de pánico, en la violencia familiar, en las depresiones y las neurosis en general.

Aparece implícita, ocultada en una pseudo-cohesividad en la llamada personalidad *light*, el falso self, muchas conductas sobreadaptadas, en patologías psicosomáticas, caracteropatías y actuaciones.

En ambos casos, cuando lo explícito es la fragmentación o cuando lo es la pseudo-cohesividad puede ocurrir que la problemática narcisística constituya lo fundamental del cuadro ó un aspecto secundario pero significativo. En todas estas circunstancias *la fragmentación subjetiva puede ser relacionada a un tipo de objeto que Joyce Mc Dougall llamó "objeto transitorio"*, esto es un tipo de objeto que por no poderse constituir como objeto interno lleva al sujeto a buscar sintomáticamente en el "afuera".

Además de los conceptos de *objeto externo* y *objeto interno* creados por Freud y desarrollados por Melanie Klein, Winnicott creó la categoría de *objeto transicional*, para referirse a un objeto que psicológicamente no es externo ni interno. Joyce Mc Dougall propuso el concepto de *objeto transitorio* para describir la modalidad de funcionamiento psíquico que observó en un tipo determinado de pacientes. El rasgo más significativo del objeto transitorio es que es un objeto que no puede establecerse como interno. El proceso de internalización está bloqueado por insuficiencia de transicionalidad en el vínculo – producida por una distancia excesivamente cercana o lejana del otro - y la imposibilidad que tiene el sujeto, inserto en esa estructura vincular, de perder psicológicamente el objeto externo. No se puede iniciar así el imprescindible proceso de duelo que precede a la internalización. Esto lleva al sujeto a buscar la satisfacción sintomáticamente en el afuera creándose una modalidad adictiva de relación con los objetos externos.

Según Mc Dougall el objeto transitorio se encuentra en la base de los trastornos psicosomáticos, la psicosis y la adicción. El acto-síntoma ocupa el lugar de una elaboración faltante, de un afecto penoso o agradable - connotado como prohibido o peligroso por el sujeto-. Al *objeto adictivo* - configurado por sustancias tóxicas, alimento ó personas- *se lo vive como un buen objeto* aunque subyace a esa elección una *sensación de vacío y angustias catastróficas*.⁹

⁸ Esta cohesividad del yo es lo que diferencia la reacción ante la angustia de fragmentación en los trastornos narcisísticos y en las psicosis. En el narcisismo el yo tiende a cohesionarse, en la psicosis tiende a fragmentarse.

⁹ Agrega Mc Dougall: Se produce *una fusión erótica con un objeto faltante, ya muerto* -ej: suicidio psicosomático-.

La presencia de un funcionamiento psíquico de este tipo se acompaña de *fantasías de omnipotencia muy primarias* y *control mágico* de los objetos. Se observa simultáneamente una *desconexión del self* que fue descrita como *alexitimia*. Este conjunto implica un estado de *carencia grave* y la *fragilización* de una parte de la personalidad. Toda esta situación dinámica tiene su base en las angustias más primarias vinculadas a la pérdida del objeto y de la vida misma. Esta estructura coexiste en un mismo sujeto con otras modalidades de vinculación no afectadas que pueden ser incluso muy creativas. Véase Mc Dougall, Joyce. "Para Pensar la Bulimia". *Zona*

Decodificar este trastorno básico y las formas pertinentes de abordaje del mismo, significó para muchos de nosotros durante los '90 una esforzada e indispensable tarea de investigación. La crisis producía fenómenos específicos que planteaban nuevas exigencias a la tarea clínica. Fuimos esclareciéndonos y encontrando líneas de trabajo para problemas clínicos para los que por entonces no teníamos respuestas suficientes¹⁰.

A mediados de la década del '90 significativos hechos irrumpieron en la escena social planteando modificaciones en el esquema previo. El orden impuesto a comienzos de la década comenzó a ser confrontado por nuevas luchas y prácticas sociales. Miles de personas, que venían sufriendo las consecuencias de los ajustes y despidos y que ya habían decodificado el carácter antagónico del mismo con las necesidades humanas, desarrollaron luchas con una consigna central: la dignidad. Estos procesos fueron modelando formas de salida de la fragmentación social y subjetiva. En el año 2000 observamos emergentes que expresaban que si bien la fragmentación era claramente lo dominante, otros tipos de estructuraciones subjetivas comenzaban a confrontarla¹¹.

La situación actual

Este análisis sobre la situación actual no pretende ser más que una *aproximación*, ya que refiere a hechos que están sucediendo en este preciso momento. La vertiginosidad de los mismos, una vez más nos interroga, requiriendo tal vez reajustes conceptuales. Es necesario reflexionar sobre las continuidades y rupturas que el momento actual parece presentar.

Al hablar de "situación actual" me refiero al período que se abre el 19 y 20 de diciembre de 2001 y llega hasta el presente (Octubre 2002). En diciembre pasado, a pocas horas de decretado el Estado de Sitio, se desencadenó una inmensa movilización popular que forzó la renuncia del entonces Presidente de la Nación. Emergió la consigna "que se vayan todos, que no quede uno sólo". Se inauguró un tiempo de crisis de consenso que se mantiene hasta el presente. Los valores, ideales y referencias identificadorias de la década anterior, que venían siendo confrontados y sufriendo un desgaste desde hace varios años, se desmoronaron. Las verdades indiscutibles de los '90

Erógena. Bs. As. Invierno 1994. La autora, psicoanalista francesa de origen neozelandés, es autora de *Teatros del Cuerpo* y *Teatro de la Mente*.

¹⁰ En mi caso fueron conclusiones a las que arribé en el marco de un equipo de investigación integrado por Irma Mazzotti, Berta Aronowicz, Mónica Burstein, Fernando Fabris y Jorge Repetto (años 1993-1999).

¹¹ Pudimos observar este fenómeno en una tarea de investigación creativa realizada en el año 2000. A través de técnicas dramáticas, que funcionan como test proyectivo grupal – en los que se objetivan procesos intrasubjetivos e intersubjetivos de los miembros participantes – observamos los siguientes existentes: a) la *alternancia de la fragmentación* (simbolizada por ejemplo en el descuartizamiento de Tupac Amarú) y *procesos de unificación transitoria*, muchas veces de contenido fusional; b) Las escenas, expresión de un período de transición, contenían un grado de *ambigüedad* elevado, donde por ejemplo una situación de nacimiento parecía remitir *indiferenciadamente* a una situación de muerte.

Lo fragmentado se fusionaba. Vale aclarar que la salida de la fragmentación no es necesariamente la integración y que otros caminos como la fusión – e indiscriminación- y/o el colapso son otras alternativas posibles para la misma. (Realizamos esta tarea con el Equipo de Investigación en Clínica Pichoniana (ICP) formado por Fernando Fabris, María Dolores Galiñanez, Gabriela Lachowicz, Ricardo Silva y Silvia Puccini)

fueron cuestionadas y repudiadas por millones de personas. Sobre esta base el movimiento popular realizó un nuevo avance en el desarrollo de formas de organización social. La correlación de fuerzas se volcó más a su favor hasta llegar a una situación de relativo equilibrio. Simultáneamente desde diciembre se aceleró el deterioro de la vida económica de millones de personas. Fueron fuertemente afectados los sectores medios y los sectores más humildes vieron aumentadas sus privaciones hasta niveles de hambre. Miles de niños mueren hoy por causas evitables y millones crecen en condiciones de subalimentación que comprometen su adecuado desarrollo físico y mental. Se extendieron ingnomiosamente los porcentajes de “necesidades básicas insatisfechas” e “indigencia”.

Sintetizando, se entrelazan tres fenómenos: a) la profundización de la crisis económica, pobreza, hambre, b) la crisis de consenso de los sectores dominantes que se expresa en el rechazo a los referentes e ideas políticas hasta diciembre vigentes c) el cambio a favor de los sectores populares de la correlación de fuerzas sociales y la emergencia nuevas formas de organización.

Estos procesos sociales y políticos – algunos de ellos inéditos - se acompañaron de vicisitudes subjetivas diversas.

a) En muchos sectores se desarrolla la *tendencia a la reconfiguración y recuperación de relaciones vinculares y sociales* que habían sido devastadas por más de una década de individualismo, encierro en sí mismo y significación del otro como rival a excluir. La recomposición de vínculos y relaciones sociales se expresa en un renovado sentimiento de poder influir en los acontecimientos. Las *nuevas formas de organización social* como el trueque, las asambleas barriales, las multisectoriales, organizaciones de ahorristas, las ocupaciones de fábrica por sus trabajadores, el desarrollo de las organizaciones de desocupados, etc. son tanto efecto del nuevo posicionamiento como estructuras de sostén del mismo. Sobre el marco de estas formas de organización social se dan procesos de cambio personal, elaboración de identidades y saludes nuevas¹².

b) Por otro lado está presente un *sentimiento de desesperanza* al que subyacen ansiedades catastróficas y la vivencia de derrumbe social (“Titanic”). También se observan vivencias melancólicas (por ejemplo la sensación de estar “fallado”).

c) Un hecho preocupante es el incremento y agravamiento de *severas expresiones patológicas*, fundamentalmente de carácter autodestructivo. Son informados altos índices de *suicidios* – en adolescentes y ancianos-, *cuadros depresivos*, *enfermedades y colapsos somáticos* – como por ejemplo muertes en adultos de mediana edad por infartos y accidentes cerebro vasculares-¹³.

¹² Un ejemplo de esto lo constituye una situación que me refirieron: una persona que tenía dificultades para permanecer parada durante una hora, podía estarlo durante cuatro horas al participar de una Asamblea Popular. Casos como estos ilustran respecto del significado de estructura de sostén que para los sujetos tienen las nuevas formas de organización social. Están en curso *redefiniciones de la identidad* que se expresan también en *procesos de crisis de elecciones de vida* (vocacionales, matrimonial, migración, de modelos sobreadaptados).

¹³ Este fenómeno está minimizado en los medios de comunicación masivos que muestran selectivamente hechos de violencia delictiva, tal vez apuntando a mantener la significación del otro como peligro, dominante durante los ‘90.

Los fenómenos “a”, “b” y “c”, suelen estar presentes, coexistiendo a veces en una misma persona y en un mismo sector social. La búsqueda de nuevas formas de salud y protagonismo, los sentimientos depresivos de desesperanza y la presencia de un cuadro depresivo ó el colapso somático están en unidad y lucha en la mayoría de las personas en la actualidad.

No para todos pero sí para una mayoría los ideales de una época cayeron. Con ello se desarticulan modalidades de funcionamiento psíquico que fueron relativamente funcionales en el pasado. La fragmentación subjetiva y las modalidades de adaptación *light*, dominantes en los '90, dejaron de ser útiles ante los nuevos acontecimientos. Cierta “darse cuenta” del mundo – ahora reconocido como devastado y perverso – se correspondió en muchas personas con la visualización de lo negado y renegado en la década anterior¹⁴. El reconocimiento de la realidad, tan fuertemente desestimada durante la década del 90, conllevó un reconocimiento de sí mismo y una resignificación del rol del otro. En términos generales nos encontramos, a nivel de la estructuración subjetiva, en el marco de un salto cualitativo parcial, avanzando posiciones, más allá de la fragmentación y el vacío de los '90¹⁵. En función de este proceso muchas contradicciones se tensan y agudizan. Lo viejo ya no sirve y lo nuevo aún no logra imponerse.

La expresión positiva de esta salida de la fragmentación, incipiente pero efectiva, es la que se da en las personas que al calor de nuevas formas de organización y vinculación, se reposicionan con relación a sus necesidades y generan nuevas formas de salud. La recuperación de la iniciativa, las formas colectivas de organización y un posicionamiento más activo respecto de los hechos permitió a muchos aliviar un padecimiento hasta hace poco sufrido pasivamente. Uno de los efectos de este reposicionamiento es el encuentro o reencuentro de cierta *centralidad* subjetiva personal, una visión más *totalizadora* y concreta de sí y los otros¹⁶. Este proceso tiende a oponerse a la fragmentación que dominó en la década anterior.

Es probable que este mismo proceso de reconocimiento de sí, aliviante para muchos, haya sido vivido como predominantemente doloroso para otros y en algunos casos – según la estructura de personalidad previa y circunstancia personal- puede haber sido sentido por algunas personas como algo intolerable. A este última vicisitud es probable que pertenezcan los casos de personas que sufrieron alguna de las formas de colapso personal que se dieron intensificadas en el presente año. Este signo, preocupante, requiere de dispositivos preventivos y de asistencia adecuados.

¹⁴ A pesar del carácter excesivamente simplista de la afirmación digo que el “darse cuenta” inicia un proceso de recuperación de la salud o desencadena el colapso. Más aún teniendo en cuenta que el insight que se produjo en muchas personas refiere a un proceso social que tuvo y tiene fuertes componentes perversos (corrupción sistemática, abuso de poder, desestima de la percepción, etc.).

¹⁵ El proceso de salida de la fragmentación, tal cual lo defino aquí, no implica necesariamente el avance a una integración más saludable. El encuentro con una cierta centralidad subjetiva (identidad) supone la percepción de la fragmentación previa y por lo tanto requiere la reelaboración de conflictos eludidos o “atemperados” por medio de la fragmentación, que funcionó como defensa psíquica. Para algunas personas se hace posible y elaborable un proyecto que apunte a integrar las “partes” escindidas. En otras, en las que observamos el desarrollo de situaciones de riesgo autodestructivo la “salida” de la fragmentación significó el colapso y no la posibilidad de una nueva salud.

¹⁶ Señala Eric H. Erikson que los atributos de lo que se denomina identidad pueden caracterizarse como “*centralidad, totalidad e iniciativa*”. (*Ética y Psicoanálisis*. Lumen-Hormé. Bs.As. 1993).

Es probable que sobre un mismo eje, cierto “insight” sobre el mundo que tuvo un efecto de resignificación sobre el rol de sí y los otros, se hayan movido las dos direcciones contrarias que tomó la subjetividad social predominante durante el 2002: la depresión y las sintomáticas formas de colapso personal por un lado, la reconfiguración de vínculos y una subjetividad menos fragmentada por el otro. Los dos fenómenos – uno positivo, otro negativo- se asientan sobre un emergente similar: la salida saludable o “fallida” de la fragmentación.

Hay muchos indicadores que hacen pensar que no predomina hoy esa modalidad de funcionamiento subjetivo que fue tan central en la década pasada: la fragmentación subjetiva y vincular. A pesar del relativo atraso que tiene la reconstitución de las redes sociales, el aún predominio de la fragmentación a nivel de la organización social y política y del agravamiento del sufrimiento social, no es hoy la fragmentación subjetiva la modalidad predominante de estructuración de la personalidad de los sujetos¹⁷. Como señalamos antes la crisis social no es directamente crisis de los sujetos así como la fragmentación social y el aumento del sufrimiento no es necesariamente fragmentación subjetiva. Los sujetos parecen haber encontrado una nueva centralidad, que aunque inestable y aún débil los posiciona de forma diferente a la década anterior¹⁸.

En base a esta observación y a la casuística – restringida – que me aporta la práctica clínica arriesgo la hipótesis de que en el terreno de la enfermedad mental no es ya predominante aquella infraestructura patológica que lo fue durante los 90. *No se observa la antes tan frecuente presencia de patologías caracterizadas por la fragmentación subjetiva y vincular, la vivencia de vacío y el trastorno de identidad, es*

¹⁷ Encontramos *el terreno vincular* recorrido por una significativa conflictividad. Hay una agudización de la *ritmia* en las contradicciones *encuentro/desencuentro, vinculación/aislamiento, acercamiento/distancia, solidaridad/temor al otro*. La inestabilidad de la situación produce pasajes de momentos *expectativa y esperanza a otros de rechazo, escepticismo, frustración y vacío*. Factores disposicionales agravados por la fragmentación de los noventa reaparecen con frecuencia; la sospecha y la desconfianza (significación negativa del otro) acecha, aún en los vínculos solidarios. Sin embargo, el conflicto no implica en todos los casos fragmentación *vincular*. La fragmentación en el vínculo implica una modalidad *específica* de relación en la que uno permanece predominantemente ajeno al otro (en tanto otro). En la situación actual observamos que los conflictos en los vínculos se dan sobre una nueva base que implica un grado mayor de *percepción y problematización* del rol del otro. Este movimiento en el vínculo es coincidente, en nuestra opinión, con el logro de cierta centralidad subjetiva que desde ya coexiste con aspectos fragmentados. Como dije antes, a nivel individual, *se reconoce* pero también *se niega y reniega*. Estas vicisitudes *intrapersonales* se corresponden con la conflictividad que muestran las relaciones *interpersonales*.

¹⁸ Recordemos que en el 2000 los emergentes referían a la dialéctica *“fragmentación / unidad fusional transitoria”*. En septiembre de 2002 encontramos los siguientes emergentes: a) *búsqueda y encuentro de unidad* que se re-descubre en el *“darse cuenta” del enemigo común* (que se vayan todos); b) *la necesidad de unos parece remitir a la de los otros* (no aislamiento); c) *la unidad de acción incluye una diversidad altísima* de roles sociales y posicionamientos personales distintos; d) *la posibilidad de humor en el reflejo de lo trágico*, que consideramos un indicador positivo de *simbolización*. Como rasgo negativo encontramos ciertas vicisitudes de *intolerancia ante los diferentes ritmos* y la formas en que distintas personas y sectores tienen de *“darse cuenta”*. (Actividad realizada por el Equipo de Investigación en Clínica Pichoniana en las Jornadas de Psicología Social en Santa Fe, septiembre de 2002).

decir, los trastornos del narcisismo. La hipótesis de esta modificación en la subjetividad colectiva dominante y su correspondiente expresión patológica requiere una observación detallada y cuidadosa, que desde ya ratificará o rectificará lo que aquí se afirma.

Notas sobre la tarea clínica

a) A nivel individual, en la práctica clínica, observé en el presente año muchas personas replanteándose aspectos propios que los implicaban en niveles profundos. Muchos se animaron a enfrentar defensas que en otro momento personal disminuyeron la angustia pero conservaron en estado latente el conflicto. *Emerge la posibilidad de encontrarse con los aspectos más dañados y estereotipados de sí mismo* y atreverse a abordar las escenas internas que por no haber sido elaboradas, fundaron los aspectos más rígidos y fragmentados de sí. Da la impresión que los sujetos encontrarán la oportunidad de, a partir de las modificaciones en el encuadre del contexto social, revisar núcleos encapsulados y ensayar conductas personales menos estereotipadas. Muchas veces este proceso coincide con la revisión de los aspectos más oscuros la *propia* historia vincular, familiar y social.

La tendencia a la revisión y al cambio coexiste con fuertes resistencias a los mismos, resistencia sin duda alimentada por un elevadísimo clima de inseguridad básica y temores depresivos. Es frecuente en la práctica clínica actual que a cada avance elaborativo suceda un retroceso defensivo y que el ritmo del cambio no sea el de una progresión más o menos sostenida sino más bien por oleadas, con fuertes avances y retrocesos relativos pero importantes. Se enfrenta y aborda pero también se posterga, se huye, se niega, se desmiente lo antes reconocido. Aparecen, muchas veces, manejos psicopáticos, actuaciones de mala fe, formas de no asumir y huir de la depresión, caotización de los roles familiares, etc.

b) Es probable que la situación actual, que incrementó los sufrimientos en forma masiva, esté convocando y actualizando con particular intensidad aspectos no elaborados de la historia individual y social. Esta articulación de factores es particularmente significativa en las personas en las que la crisis se expresa en términos de colapso personal.

c) En los sectores más empobrecidos, según informaciones que dispongo, está actuando, además del dramático problema de la supervivencia, conflictos vinculares y subjetivos que por contener elementos regresivos generan también riesgos elevados y específicos. El suicidio y la depresión tienen un lugar importante. La experiencia directa e indirecta con personas pertenecientes a sectores de desocupados muestra que también está activada la necesidad de revisión de aspectos personales y vinculares, cuestiones que algunas veces se transforman en puntos de urgencia que son indispensables abordar.

Es tarea del presente apoyar a los que luchan, asistir a los que sufren, que no necesariamente son dos categorías distintas de personas.

Del encierro en la propia piel y el individualismo posmoderno avanzamos paulatinamente a nuevas formas de vinculación y organización. Del relativismo cognitivo según el cual "cada uno tiene su verdad" se pasa en muchos lugares a experiencias colectivas de construcción de conocimiento en las cuales se trabajan las diferencias desde una perspectiva de unidad.

La recomposición del movimiento popular que desde hace algunos años avanza en identificar a sus enemigos, busca formas de unidad y mantiene la lucha por la

dignidad, es la base de una nueva y creciente resignificación del otro. En muchos sectores los otros no son visualizados como rivales a excluir sino más bien como otros necesarios, indispensables para la elaboración de un proyecto de cambio social sin el cual parecen no tener lugar los proyectos personales.

Existe una tendencia al desarrollo de *nuevas formas de salud*, de la cual son portavoces algunos integrantes del movimiento de desocupados que están proceso de organización y lucha. En algunos de ellos se observa una fortaleza yoica que afortunadamente está desprovista de rigidez. Es probable (y deseable) que en algunas personas y sectores sociales no se vuelva a formas de equilibrio anteriores y por lo tanto no se repitan las modalidades caracteropáticas, rígidas y disociadas que según muchos testigos especializados, entre ellos Pichon-Riviere y Otto Fenichel fueron predominantes en la subjetividad durante las décadas del 50' y del 60'.

La estructuración de nuevas subjetividades, que *apuntan* a cierta superación de la fragmentación, se expresa en la salud como proceso íntimamente ligado a la lucha por la dignidad y el encuentro parcial pero efectivo de un sentido nuevo a la vida, un reposicionamiento con respecto a las necesidades propias y de los otros mediatos e inmediatos, mayor conciencia de las formas organizativas adecuadas para resolver esas necesidades y la elaboración de nuevos proyectos.

En el terreno patológico como dijimos aparecen situaciones de emergencia que deben ser seguidos con atención y detalle.

Las vicisitudes del desarrollo del proceso salud-enfermedad tienen una dinámica inseparable de la agudización de la crisis así como de las prácticas de protagonismo colectivo que maduran en muchos lugares de nuestro país y sostienen la esperanza de un presente y un futuro más justo, más humano, más digno.

Bibliografía:

- Fabris, Fernando. "El posmodernismo en ciencias psicosociales: análisis y crítica". *Revista Temas de Psicología Social*. Octubre 2000 N° 19. Bs.As. Argentina.
- Fabris, Fernando. "Institución Salud", clase dada en junio de 2002 en la "Primera Escuela Privada de Psicología Social fundada por Enrique Pichon-Riviere".
- Fiorini, Héctor. "Perfil clínico y psicodinámico del trastorno narcisista". Ficha.
- Grupo de Investigación en Clínica Pichoniana (ICP). "¿De qué y cómo nos enfermamos? ¿Cómo y con quién nos curamos?". Actas de los Talleres de Investigación Creativa realizados en las "Segundas Jornadas Latinoamericanas de Psicología Social" (Capital Federal, octubre 2000) y Jornadas de Psicología Social en Santa Fe (septiembre 2002).
- Kesselman, Hernán. *Comunicación personal*
- Martinto de Paschero, Lucía R. "Situación Actual" en *Actualidad Psicológica*. Año XXVII, N° 296. Abril 2002. .
- Mc Dougall, Joyce. "Para Pensar la Bulimia". Zona Erógena. Bs. As. Invierno 1994.
- Quiroga, Ana. *Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo*. Ediciones Cinco. Bs.As. 1998.
